

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE SEVERIDAD Y ÁREA DE PSORIASIS (PASI), EN 157 PACIENTES DEL CLUB DE PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, AÑO 2001

Zaida Gutiérrez Ylave*.

RESUMEN

Se evaluó a través del PASI a 157 pacientes psoriásicos pertenecientes al club de Psoriasis del HNDAC y se relacionó con la edad, sexo y tiempo de enfermedad a través de las pruebas estadísticas Chi cuadrado (comparación de proporciones) y Mann Whitney (comparación de promedios), obteniéndose un promedio general de 12.5 de PASI, con 15.08 para varones y 10.3 para mujeres, siendo estadísticamente significativa ($p = 0.016$); con un promedio aproximado de 42.97 años de edad. Un tiempo de enfermedad promedio de 8.77 años sin significancia estadística con respecto al PASI.

Palabras clave: psoriasis, índice de severidad, PASI

Dermatol Per 2003;13:185-188

SUMMARY

An evaluation has been done about Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 157 patients of the Psoriasis Hospital Club and it is correlated with the age, sex and time of the illness. It has been revised with the statistical tests of the Chi cuadrado and Mann Whitney (comparison of averages). The average of PASI was 12.5; for males, 15.8 and for women, 10.3; with a significant statistical difference of $p = 0.016$. It was a 42.97 year-old average, talking about the age, in which prevails the psoriasis type 2. The illness lasted 8.77 years where a significant statistical difference was not shown.

Key words: psoriasis, severity index, PASI

INTRODUCCIÓN

El índice de severidad y área de psoriasis (PASI)⁽¹⁻¹⁰⁾ evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje

del área topográfica comprometida, dando una puntuación de 0 a 72⁽¹¹⁾, siendo leve menor de 20, moderado de 21 a 50 y severo de 51 a 72⁽¹²⁾. El índice es de gran ayuda para la decisión terapéutica y controles posteriores⁽¹³⁻²¹⁾.

El PASI es un elemento importante que sirve para clasificar el grado de severidad de la psoriasis, los otros elementos son el impacto emocional y social que produce la enfermedad en el paciente y los tratamientos recibidos u hospitalizaciones que haya tenido, la suma de éstos nos dará el grado de severidad de la psoriasis. Podemos comparar al sistema del TNM del cáncer, con el Índice de severidad de la psoriasis donde la «T» es el PASI, «N» es el impacto psicosocial de la enfermedad y la «M» los antecedentes de tratamientos u hospitalizaciones. El PASI correlaciona muy bien con el grado de severidad de la psoriasis, salvo algunos casos de topografía especial⁽¹⁰⁾.

* Dermatóloga Hospital Nacional Daniel A. Carrión
Docente Universidad Nacional Mayor San Marcos



MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó a 157 pacientes psoriásicos pertenecientes al Club de Psoriasis del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao (HNDAC), se consideró la edad, sexo y tiempo de enfermedad de cada uno para lo cual se usó el *formato 024* del HNDAC, donde se consignaron los datos mencionados en un cuadro dividido en cuatro partes correspondientes a cada área topográfica: cabeza, tronco, miembro superior y miembro inferior con los respectivos elementos para evaluar eritema, infiltrado y descamación^(8,9) con puntuación de 0-4 siendo: 1= leve, 2 =moderado, 3= severo y 4= muy severo. El área topográfica comprometida fue evaluada de 0 - 100%, con la puntuación siguiente: 10%= 1, de 10 a 30%= 2, de 30 a 50%= 3, de 50 a 70%=4, de 70 a 90%=5 y de 90 a 100%= 6. Luego se sumó las puntuaciones de eritema, infiltrado, descamación en cada cuadrante topográfico y se multiplicó por el correspondiente % de la misma, este resultado se multiplicó por un cociente respectivo al área evaluada, siendo para la cabeza 0.1, tronco 0.3, MS 0.2, MI 0.4. Los resultados parciales de cada cuadrante se sumaron obteniendo el PASI del paciente.

HOJA DE PSORIASIS

FECHA : _____ TIEMPO DE ENFERMEDAD _____
EDAD : _____ SEXO: _____ PROCEDENCIA: _____
ocupación _____
Biopsia N° _____

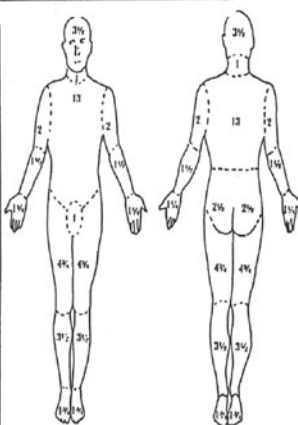
SISTEMA DE PUNTAJE	Puntaje ...0...	1	2	3	4	5	6
Eritema		leve	mod.	sev.	muy.s	-	-
Infiltración							
Descamación							
Área	< 10	10<30	30<50	50<70	70<90	90<100	

Fecha de inicio _____ Peso _____ Dosis _____
 Valor Creatinina Sérica _____ Presión Arterial _____ Nitrogeno Ureico _____
 Otros Datos de Laboratorio _____

Cabeza (C)	Tronco (T)	Puntaje	Puntaje
Eritema	Eritema		
Infiltración	Infiltración		
Descamación	Descamación		
Suma	Suma		
x Área	x Área		
x 0.1 =	x 0.3 =		

Miembros superiores (MS)	Miembros inferiores (MI)	Puntaje	Puntaje
Eritema	Eritema		
Infiltración	Infiltración		
Descamación	Descamación		
Suma	Suma		
x Área	x Área		
x 0.2 =	x 0.4 =		

PASI-C [] (T) [] (MS) [] (MI) []

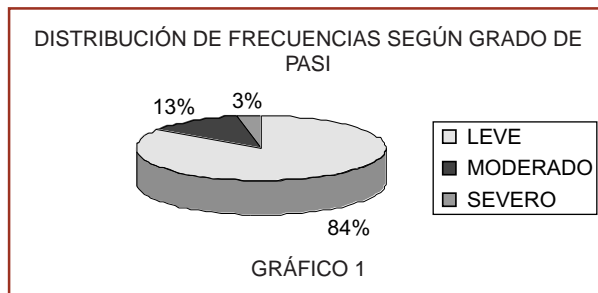


PATERNO	MATERNO	NOMBRES	H. C. N°
---------	---------	---------	----------

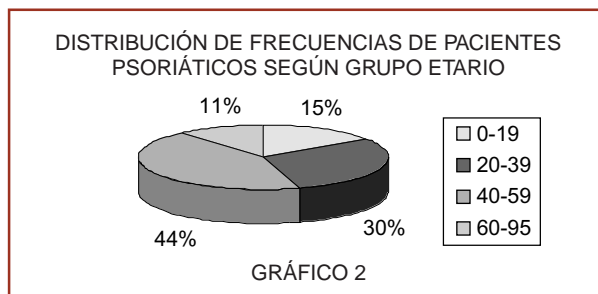
Formato 24 del HNDAC

RESULTADOS

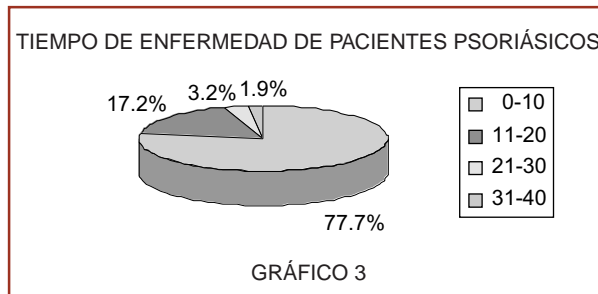
El PASI con mayor frecuencia correspondió al grado leve con 84.1% (132 pacientes), el grado moderado presentó una frecuencia de 12.7% (20 pacientes) y el severo 3.2% (5 pacientes) (Gráfico 1).



Según el grupo etáreo la mayor frecuencia estuvo en el de 40-59 años, 43.3% (68 pacientes); seguido por el de 20-39 con el 29% (47 pacientes); el grupo de 0-19 representó el 15.3% (24); el grupo de 60-95, 11.5% (18); representando el 72.3% los de 20 - 59 años. (Gráfico 2).



Según tiempo de enfermedad, el intervalo de 0-10 años presentó una frecuencia de 122 correspondiendo al 77.7%; seguido por el intervalo de 11-20 años con 27 pacientes, el 17.2%; el de 21-30 años con 5, el 3.2% y el de 31-40 con 3, el 1.9%. Teniendo un porcentaje acumulado de 94.9% los de 0-20 años de tiempo de enfermedad (Gráfico 3).



De acuerdo al sexo, presentó una frecuencia de 84 varones con 53.5%; sexo femenino 73 correspondiendo al 46% (Gráfico 4).

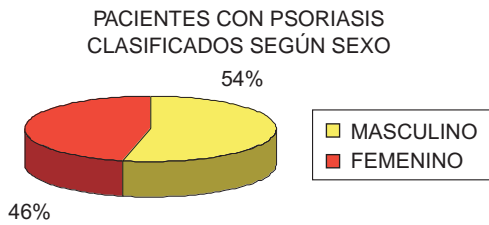


GRÁFICO 4

Relacion con PASI

Según el sexo, para PASI leve, el 41.4% correspondió al sexo masculino (65), y 42.67% al femenino (67); para PASI moderado 10.19% (16) para sexo masculino y 2.59% (4) para el sexo femenino, habiendo una diferencia estadística significativa en estas dos categorías (cuadro 6) con $p = 0.035$. Para PASI severo se obtuvo 1.9% (3) para el sexo masculino y 1.2% (2) para el femenino (Gráfico 5).

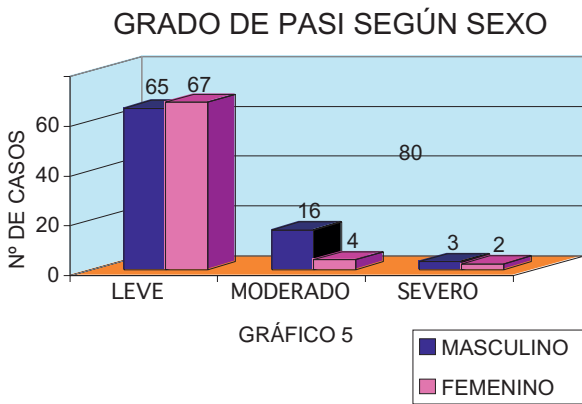


GRÁFICO 5

El PASI con respecto al sexo también fue analizado en función al promedio de éste, siendo 15.08 para el sexo masculino y 10.30 para el femenino, confirmándose mediante el test de Mann Whitney una diferencia significativa con $p = 0.016$. (Gráfico 6).

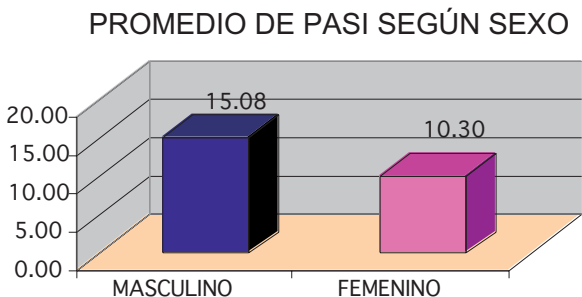


GRÁFICO 6

El PASI en relación a la edad de los pacientes : en el grupo etario de 0 a 19 el PASI fue leve en el 87.5%, seguido por moderado en el 12.5%. En el grupo de 20 a 39, predominó el PASI leve con 87.2%, el moderado con 10.6% y severo

con 2.1%. En el grupo de 40 a 59 años, PASI leve 79.4%, moderado 16.2 y severo 4.4%. En el grupo de 60 a 95 años, PASI leve 88.9%, moderado y severo 5.6%, cada uno.

La edad promedio de los pacientes con PASI leve fue de 39.86 con una desviación estándar de 17.17, con PASI moderado de 42.65 con una desviación de 14.09, con PASI severo 46.40 años con una desviación de 14.74. (Gráfico 7).

PROMEDIO DE EDAD SEGÚN PASI

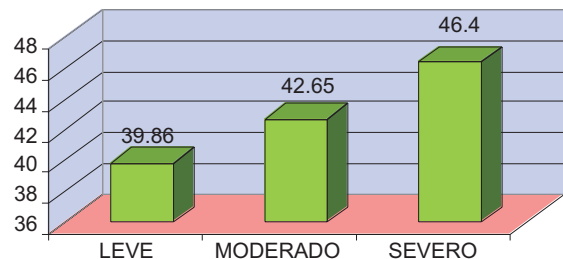


GRÁFICO 7

El tiempo promedio de enfermedad en años para PASI leve fue 7.12 con desviación estándar de 7.40, para PASI moderado de 7.83, con desviación estándar de 6.12, y para el PASI severo de 11.80 con una desviación de 9.93. (Gráfico 8)

PROMEDIO DE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y PASI

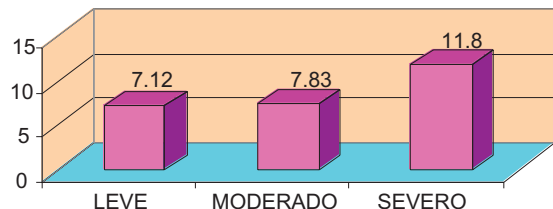


GRÁFICO 8

CONCLUSIONES

1. El promedio de PASI fue de 12.5.
2. La mayoría de la población afectada (80%) está entre los 20 y 50 años de edad lo que significa que predomina la psoriasis tipo II, que está en relación con menor carga genética heredada, si no mutada⁽²²⁾.
3. No hay relación del PASI con la edad⁽¹⁾
4. El tiempo de enfermedad fue menor de 10 años en el 77.7%, y sólo el 1.9% en el grupo de 31 a 40 años (3 pacientes), ¿significa que el psoriásico no llega al promedio de vida esperada?
5. Aunque no hay diferencia de psoriasis con el sexo⁽¹⁾ encontramos un promedio de PASI mayor para varones, sobre todo los que tienen moderado, con



respecto a la mujer. ¿Estará en relación a la protección hormonal femenina?

COMENTARIO

El PASI que predominó fue el leve (84%) seguido por el moderado (12%), siendo entre los dos el 96 % de todos los casos de psoriasis en este grupo de estudio⁽¹¹⁾.

El 80% de la población está entre 20 y 59 años de edad; 29%, de 20-39; 43%, de 40-59 años predominando la psoriasis tipo II, en este grupo^(1,19).

No existe relación entre el PASI y edad⁽¹¹⁾.

El tiempo de enfermedad menor de 10 años representó el 77.7%, siendo 94.9 % los menores de 20 años. No conocemos el promedio de vida del psoriásico en nuestro medio, porque en el grupo de 31 a 40 de tiempo de enfermedad sólo hay 3 paciente (1.9%).

El tiempo de enfermedad promedio para PASI leve y moderado fue 7.1 y 7.8 años respectivamente, para el severo de 11.8, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.362$).

PASI relacionado con el sexo dio un promedio de 15 para el sexo masculino y 10 para el femenino, siendo esta diferencia significativa, según el Test de Mann-Whitney ($p = 0.016$).

PASI moderado en relación con el sexo dio una diferencia significativa, presentándose el 19.9% para el sexo masculino y 5.5% para el sexo femenino, con un Chi cuadrado igual a 6.69 y $P = 0.035$.

Se recomienda hacer trabajos similares con mayor número de pacientes o en grupos poblacionales diferentes para tener una idea clara de la epidemiología de esta enfermedad en el Perú.

Debemos educar, porque la psoriasis es poco conocida por la población con estigmas de misterio y miedo, que llevan al paciente a deambular por diferentes centros buscando la cura mágica, que aún no existe, porque es una enfermedad de base genética, crónica y recidivante, por lo que se recomienda su diagnóstico precoz y tratar de lograr una remisión duradera para disminuir la morbilidad⁽²²⁾ y mejorar su calidad de vida^(3,8).

BIBLIOGRAFIA

1. Robert S. Stern. Epidemiology of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13(4):717-21.

2. Fleisher AB Jr, Clark AR, Rapp SR, Reboussin, Feldman SR. Commercial tanning bed treatment is an effective psoriasis treatment results from an uncontrolled clinical trial. *J Invest Dermatol* 1997; 109(2): 70 - 4.
3. Fortuna DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffith CE. Assessing illness related stress in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stress inventory. *J Psychosom Res* 1997; 43(5):467-75
4. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvime It. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriasis patients. *Acta Derm Venereol* 1996; 76 (6):467 - 71
5. Fleisher AB Jr, Feldman SR, Rapp SR. Alternative therapies commonly used within a population of patients with psoriasis. *Cutis* 1996; 58(3):216-20
6. Ginsfurg I. Psychological and psycho physiological aspects of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13(4): 793-804
7. Nicholas J. Lowe, MD. *Practical Psoriasis Therapy* 2º Ed. Los Angeles Mosloy Jun Book 1993; 1-22
8. Brian Ki, Helen L, Richard Clin PsyD, Pick Woo MRCP, Elaine Hindlo MRCP, Christopher J. Main PhD, Christopher EM, Griffiths MD. FRCP. Physical and psychology measurer are necessary to asses overall psoriasis severity *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 72-6
9. -Lebwohl M. Advances in psoriasis therapy. *Dermatol Clin* 2000; 18(1):13-19
10. Behrens S, Grudmann-Kollman M, Shien R, Ralf-Uwe P, Kershar M. Combination phototherapy of psoriasis with narrow band UVB irradiation and topical tazarotene gel *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(3): 493-5
11. Kruger CG, Feldman SR, Camisa C et al. Two consideration for patient with psoriasis and clinicians: what defines mild, moderate and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? *J Am Acad Dermatol* 2000,43: 281-5.
12. Mc Kenna, Sten RS. The cutaneous movement and new measures of the severity of psoriasis *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:534-8.
13. Gupto M, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36(4): 259-62
14. Fleming CJ, Holme ER, Mackie RM. Systemic complement activation in psoriasis vulgaris. *Clin Esp Dermatol* 1996; 21(6):415-8
15. Griffiths T, Griffiths C. Immunopathogenesis and immunotherapy of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13(4):739-45
16. Meffert H, Brautigam M, Farber L, Weidinger G. Low dose (1.25 mg/ks) cyclosporin A: treatment of psoriasis and investigation of the influence of lipid profile. *Acta Derm Venereol* 1997; 77(2):137-41
17. Hamanaka S, Ujihara M, Nume F, Kato H. Serum level of squamous cell carcinoma antigen as a new indicator of disease activity in patients with psoriasis. *Arch Dermatol* 1997; 133(3): 393-5
18. De Riema, Zonneveld MI, Witkamp L et al. Soluble Interleukin-2 receptor is a marker of disease activity in psoriasis: a comparison of sIL-2R, sCD 27, sCD4, sCD8 y sICAM-1. *Act Derm venereol* 1996; 76 (5):357-60
19. Goettlieb A, Lebwow M, Shirin S et al. Anti-CD4 monoclonal antibody treatment of moderate to sever psoriasis vulgaris: Results of a pilot ,multicenter multiple dose, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43(4): 595-604
20. Grundanann-Kollmann M, Moosen G, Zollner T, Kaskel P. Treatment of chronic placa-stage psoriasis y psoriatic arthritis with mycophenolato mofetil. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(5): 835-7
21. Charles J. Oh MD, Kiron M, Das MD, Ph D, Alice B, Gottles MDPLD. Treatment with anti-tumor necrosis factor alfa (TNF alfa) monoclonal antibody dramatically decreases the clinical activity of psoriasis lesions. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(5): 829-30
22. Rapp SR, Feldman SR, Exum MI, Fleisher AB Jr, Rebousin DM. Psoriasis causes as much disability as other medical condition. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401-7.