

**FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES ESTOMATÓLOGICAS DE PSORIASIS
EN SUJETOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA- COLOMBIA.**

Carmona Lorduy Martha Cecilia ¹

Pupo Marrugo Stella ²

García Lozano Flora Fernanda³

Celedón Alcoser Jeison David ³

1. Odontóloga Universidad de Cartagena, Especialista en Estomatología,
2. Odontóloga Universidad de Cartagena, Especialista en Endodoncia
3. Estudiantes Facultad de Odontología Universidad de Cartagena

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PUBLICACIONES
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. OBJETIVOS	8
4.1. OBJETIVO GENERAL:	8
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	8
5. MARCO TEORICO	9
5.1. PSORIASIS	9
5.2. HISTORIA DE LA PSORIASIS.....	9
5.3. EPIDEMIOLOGIA.....	10
5.4. TIPOS DE PSORIASIS Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS	11
5.5. FACTORES DESENCADENANTES	12
6. RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES.....	13
6.1. DISLIPIDEMIA	13
6.2. OBESIDAD.....	13
6.3. DIABETES	13
6.4. HIPERTENSIÓN	14
6.5. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	14
6.6. MANIFESTACIONES ORALES	15
6.7. TRATAMIENTO	15
7. MATERIALES Y MÉTODOS	16
8. RESULTADOS.....	17
8.1. Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos con psoriasis	18
8.2. TABLA 2. Manifestaciones bucales en sujetos con psoriasis.....	19
8.3. Tabla 3. Tratamientos para la psoriasis	19

8.4. TABLA 4. Relación entre manifestaciones orales y características sociodemográficas.....	20
8.5. Grafica 1.....	21
8.6. Grafica 2.....	21
9. DISCUSIÓN	22
10. CONCLUSIÓN	24
11. BIBLIOGRAFIA	26
12. ANEXOS	31

1. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante, genéticamente determinada, de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de placas eritematoescamosas que afectan principalmente áreas de la piel como codos, rodillas, cuero cabelludo y articulaciones, se considera una enfermedad autoinmune y presenta niveles elevados del factor de necrosis tumoral (TNF- α) tanto en piel como en sangre¹.

La psoriasis afecta aproximadamente a 2% de la población mundial, su frecuencia es de 0.2 a 5%, con mayor prevalencia en los países del norte de Europa y menor en Asia y Suramérica². Castro en el 2016 encontró que el porcentaje epidemiológico de la psoriasis en la población colombiana fueron similares a los de estudios realizados en otros países de Latinoamérica, Asia y Europa³.

Chanussot en el 2014 explica que los factores que desencadenan esta compleja reacción inmunológica aún no han sido bien determinados pero se han citado el trauma, infecciones bacterianas o virales, estrés, uso de algunos medicamentos y alteraciones hormonales⁴.

Estudios recientes en este campo tienen demostrado que la psoriasis puede dar lugar a lesiones de la mucosa que involucran cavidad bucal⁵. No está claro si las lesiones bucales en las personas con psoriasis son circunstanciales y no tienen una relación directa en la aparición de la enfermedad en la población.

Mahnaz en el 2016 hizo un estudio en el cual encontraron que la lengua fisurada y lengua geográfica eran las manifestaciones más frecuentes en los pacientes con psoriasis también encontraron eritema en paladar y queilitis angular⁶.

Picciani en el 2014 en un estudio que realizó en rio de janeiro encontró también que las manifestaciones bucales más frecuentes en estos pacientes es lengua geográfica y fisurada concomitantemente asociando así la psoriasis con dichas patologías en lengua⁷. Por el contrario algunos autores encontraron la lengua geográfica y la lengua fisurada pero afirma que se observó en un muy bajo porcentaje no pudiendo asociar estas patologías bucales con la enfermedad⁸.

La lengua geográfica es principalmente un trastorno inflamatorio asintomático de etiología desconocida como la psoriasis, esta es una mucositis del dorso de la lengua que también se conoce como glositis migratoria, ya que cambia rápidamente su ubicación, color, forma y tamaño⁹. La lengua geográfica afecta el epitelio de la lengua que da lugar a lesiones similares a la úlcera debido a la pérdida localizada de filiforme. Puede presentar características genéticas, histopatológicas y clínicas similares, como la psoriasis; por lo tanto, se piensa que esta lesión podría ser una manifestación bucal de la psoriasis¹⁰.

El objetivo de este estudio es identificar las diferentes manifestaciones bucales que presentan lo sujetos diagnosticados con psoriasis por el servicio de dermatología del Hospital Universitario Del Caribe, esta investigación ayudaría a la comunidad científica y Dermatológica para tener en cuenta un examen intrabucal para observar y controlar las manifestaciones bucales que se presenten en los sujetos con psoriasis.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria y sistémica, que afecta principalmente la piel y las articulaciones, puede ser modificada por factores inmunitarios, ambientales, psicosomáticos y bacterianos. Se estima que su prevalencia mundial es de 2%¹¹. La forma más común de la enfermedad es la psoriasis en placas la cual se presentan lesiones eritematoescamosas de características clínicas variables, que afectan las superficies extensoras. Es más común en caucásicos, incidiendo en mujeres y hombres en igual proporción¹². Ésta varía en cuanto a gravedad y localización. Generalmente, suelen aparecer en determinadas zonas del cuerpo, aunque pueden extenderse a todo el tegumento cutáneo hasta llegar a afectar la cavidad en bucal. M. ahnaz Fatahzadeh y Robert A. Schwartz en el 2016 realizaron una revisión donde describen las diferentes manifestaciones orales que pueden presentar los pacientes con psoriasis dentro de las que se destacan: lengua fisurada, lengua geográfica, queilitis angular y estomatitis migratoria⁶. U.mattsson (2015) en Suecia reporta dos casos de pacientes diagnosticados con psoriasis que al realizarle el examen estomatológico presentaron lengua geográfica, lengua fisurada, eritemas en paladar y encía¹³.

Vale la pena destacar que existen pocos reportes e investigaciones que describen o relacionan la psoriasis con lesiones en la cavidad bucal; la existencia de sus manifestaciones en boca ha sido cuestionada. Los pacientes afectados no suelen ser conscientes de estas manifestaciones ya que las lesiones son generalmente asintomáticas, por lo tanto en los pacientes con psoriasis diagnosticada, el

examen de rutina de la piel debe incluir el de la mucosa oral con la intención de identificar las manifestaciones que puedan presentar, por lo tanto, los médicos dermatólogos e internistas deben estar familiarizados con los signos y síntomas orales. Por tal motivo se realizó este estudio donde se indagó o estableció la presencia de alteraciones estomatológicas en estos pacientes.

Observando lo expresado anteriormente se concluyó la siguiente pregunta:

¿Se presentan manifestaciones orales en pacientes diagnosticados con psoriasis?

3. JUSTIFICACIÓN

La psoriasis es una dermatosis crónica no contagiosa, caracterizada por lesiones cutáneas eritematoescamosas bien definidas, que se localizan principalmente en cuero cabelludo, codos, rodillas, región sacra, superficie de extensión de extremidades, pudiendo afectar amplias zonas de la superficie cutánea y, excepcionalmente, al rostro¹⁴. También puede afectar a las uñas y a las articulaciones, aunque pueden extenderse a todo el tegumento cutáneo hasta llegar a afectar la cavidad bucal, en cuanto a las manifestaciones orales en las pocas revisiones que existen describen las diferentes manifestaciones estomatológicas que pueden presentar los pacientes con psoriasis dentro de las que se destacan: lengua fisurada, lengua geográfica, queilitis angular y estomatitis migratoria¹⁵. Existen pocos reportes e investigaciones que describen o relacionan la psoriasis con lesiones en la cavidad bucal; la existencia de estas aún no está clara por lo tanto con esta investigación se estableció y se identificaron las diferentes manifestaciones orales que presentan los pacientes diagnosticados con

psoriasis, se determinó cuál es el sitio más afectado en boca y se observó que la terapéutica para las psoriasis mejora las manifestaciones que puedan presentar en cavidad oral. Además familiarizaremos a los médicos dermatólogos o internistas sobre estos hallazgos para que al realizar el examen de rutina en piel se implemente el examen intraoral y no pasar por alto estas manifestaciones en cavidad oral.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Establecer la presencia de alteraciones estomatológicas en pacientes diagnosticados con Psoriasis.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las manifestaciones que se presentan en cavidad oral en pacientes diagnosticados con Psoriasis en piel.
- Determinar el sitio más afectado en cavidad bucal de pacientes con psoriasis
- Estimar la relación entre la psoriasis en piel y las manifestaciones orales presentes.
- Evaluar si la terapéutica empleada para la psoriasis es efectiva para las alteraciones que presentan en la cavidad bucal.
- Familiarizar a los médicos dermatólogos o internistas sobre estos hallazgos para que al realizar el examen de rutina en piel se implemente el examen intraoral.

5. MARCO TEORICO

5.1. PSORIASIS

La psoriasis es una dermatosis crónica no contagiosa, caracterizada por lesiones cutáneas eritematoescamosas bien definidas, que se localizan principalmente en cuero cabelludo, codos, rodillas, región sacra, superficie de extensión de extremidades, pudiendo afectar amplias zonas de la superficie cutánea y excepcionalmente, al rostro. También puede afectar a las uñas y a las articulaciones, puede presentarse con gran variación en la severidad y distribución de las lesiones. Habitualmente, las lesiones son tan características que es sencillo establecer el diagnóstico clínico. Hay hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada. Hasta el presente se considera de causa desconocida, con base genética e inmunomediada, donde influyen factores ambientales y psicosomáticos¹⁶.

5.2. HISTORIA DE LA PSORIASIS

En el siglo XVIII, el dermatólogo Robert Willan (1757-1812) incluyó a la psoriasis dentro de las condiciones eritematodescamativas y la separó clínicamente de la lepra que hasta entonces se consideraba junto con la psoriasis como una misma enfermedad. En 1841, gracias al trabajo de Ferdinand von Hebra (1816-1880) y Moritz Kaposi (1837-1902) de la escuela de Viena, la psoriasis fue definitivamente aislada de la lepra y sus características clínicas y anatomopatológicas fueron descritas separadamente. Posteriormente, el primero en describir la relación de la

psoriasis con la artritis fue Jean-Louis Alibert en el siglo XIX y luego en 1860, Pierre Bazin describió la artritis psoriásica como una entidad clínica bien definida.¹⁷⁻¹⁸

5.3. EPIDEMIOLOGIA

El Psoriasis afecta aproximadamente 125 millones de personas de sobre una base global, que es 2,2% de la población mundial. La incidencia varía en diversas áreas del mundo, sin embargo, con tipos más altos señalados en los países desarrollados que explican 4,6% de la población. Como observación general, la incidencia de la psoriasis es también más alta entre las poblaciones que viven más lejos del ecuador. Es la enfermedad autoinmune más común de los Estados Unidos, con 7,5 millones de americanos estimados que sufran de la condición. Tiene una conexión hereditaria fuerte, con una en tres pacientes que tengan una pieza de parientes cercanos con la condición¹⁹. La incidencia del psoriasis es la más común entre las edades de 15 y 25, pero puede afectar a individuos de cualquier edad. La psoriasis afecta a todos los grupos étnicos variando su frecuencia en un rango de 0.2% a 4.8% aceptándose en la literatura médica un 2% como prevalencia general en la población mundial. Noruega y Dinamarca tienen las prevalencias más altas, específicamente en las islas Feroe poniendo a Europa del norte como la región más afectada a nivel mundial. En asiáticos y nativos suramericanos se presenta la incidencia general más baja.²⁰

5.4. TIPOS DE PSORIASIS Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La lesión primaria típica de la psoriasis es una placa eritro-escamosa como un correlato clínico de la inflamación y la hiperqueratosis, respectivamente. Aproximadamente 2 tercios de los pacientes presentan manifestaciones de prurito. En general, la psoriasis es una enfermedad crónica que cursa con períodos libres de enfermedad y agravamientos de aparición y duración muy variables. El tipo clínico más frecuente, que afecta al 80 % - 90 % de los pacientes, es la psoriasis vulgar o psoriasis tipo-placa. Los sitios más frecuentemente afectados por las placas son el cuero cabelludo, las superficies extensoras de los codos y las rodillas, la región sacra, y la región perianal. En niños es frecuente la distribución de las lesiones en las regiones facial, genital y anal. Las lesiones pueden durar meses e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades. Las placas psoriásicas estacionarias son frecuentes en la psoriasis crónica y son distintivas de la psoriasis eruptiva aguda o psoriasis guttata, la que se caracteriza por la presencia de placas pequeñas, similares y numerosas, localizadas preferentemente en el tronco. Frecuentemente esta es la forma de presentación inicial, después de una infección por estreptococo, aunque no todas evolucionan a psoriasis tipo-placa.²²

La eritrodermia o psoriasis eritrodérmica es una variante rara de la psoriasis vulgar que afecta más del 90 % de la superficie corporal. Se puede acompañar de signos generales como fiebre, leucocitosis, desequilibrio electrolítico y déficit proteico. En la psoriasis intertriginosa los focos inflamatorios escamosos aparecen en regiones

intertriginosas como las axilas y las regiones inguinal, submamaria e interglútea. Estas lesiones pueden coexistir con la psoriasis vulgar o constituir la única manifestación de psoriasis. La psoriasis pustulosa se caracteriza por el desarrollo de pústulas, además de los otros signos psoriásicos. Este tipo clínico puede variar desde formas localizadas como la pustulosis palmo-plantar y la acrodermatitis continua o de Hallopeau, en la que las pústulas inflamatorias se concentran en las falanges distales de los dedos de manos, pies o ambos, asociada con frecuencia con anomalías severas de las uñas; hasta la psoriasis pustulosa generalizada (psoriasis de von Zumbusch) que puede coexistir con la psoriasis eritrodérmica. Las formas agudas de psoriasis, como la psoriasis guttata y la psoriasis pustulosa generalizada suelen estar asociadas con cuadros infecciosos²³.

5.5. FACTORES DESENCADENANTES

En los individuos con predisposición genética, el inicio o las exacerbaciones de la enfermedad suelen ser precedidas de un grupo de factores desencadenantes, entre ellos, los traumatismos (fenómeno de Koebner), las infecciones respiratorias altas por estreptococo, la infección por VIH, la hipocalcemia, el estrés psicológico y ciertas drogas como el litio, los betabloqueadores, los antimaláricos, el interferón alfa y las altas dosis de esteroides.²⁴

6. RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES

6.1. DISLIPIDEMIA

Se han publicado otros estudios que sugieren que no existe una asociación clara; sin embargo, alertan ante la alta posibilidad que existe en los casos de psoriasis con, al menos un año de duración, de tener elevación de LDL y apolipoproteína A-1, y alteración de los niveles del colesterol y triglicéridos comparados con los controles normales.²⁵

6.2. OBESIDAD

Según la OMS, la obesidad afecta el 35% de la población. En diferentes estudios se ha señalado la asociación entre psoriasis y obesidad, principalmente, en hombres entre los 35 y los 50 años. En algunos se demuestra que la obesidad puede ser un factor de riesgo independiente para sufrir psoriasis, preceder su aparición, y la relación entre su gravedad y el índice de masa corporal. Además, se ha reportado que, después de perder peso mediante cirugía bariátrica, algunos pacientes presentan remisión de la psoriasis, y que aquellas personas que pierden entre el 5 y el 10% del peso basal, presentan con mayor frecuencia remisión con tratamientos como la ciclosporina.²⁶

6.3. DIABETES

Se ha podido determinar que los pacientes con psoriasis tienen incremento del riesgo de presentar diabetes, independiente de otros factores de riesgo como la obesidad y la dislipidemia. En algunos estudios se ha encontrado asociación entre

la gravedad de la psoriasis y la presencia de marcadores de resistencia a la insulina.²⁷

6.4. HIPERTENSIÓN

La asociación entre psoriasis e hipertensión arterial sistémica ha sido controversial, pues en los grandes estudios de población no se ha encontrado asociación cuando se controlan factores como la obesidad y el consumo de cigarrillo.²⁸

6.5. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Se ha podido determinar que el sufrir de psoriasis grave no tratada desde las etapas tempranas de la vida aumenta este riesgo, independientemente de otros factores de riesgo cardiovascular. Es así como una persona de 30 años con psoriasis tiene un riesgo relativo de sufrir un infarto de 3,1 veces, frente al riesgo de 1,6 de una persona de 60 años. Además del riesgo de arteriosclerosis, los pacientes con psoriasis tienen riesgo de otras complicaciones cardiovasculares, como arritmias cardíacas, hipertrofia ventricular izquierda, difusión diastólica y enfermedad valvular²⁹.

6.6. MANIFESTACIONES ORALES

No está claro si las lesiones bucales en las personas con psoriasis son circunstanciales y no tienen una relación directa en la aparición de la enfermedad o son realmente lesiones mucosas producidas por la alteración inmunológica de la piel. El diagnóstico de psoriasis bucal es actualmente basado en el curso clínico concomitante y las características histopatológicas de las lesiones en boca y en piel. Las manifestaciones bucales de psoriasis son pocas frecuentes y pueden verse de múltiples formas: lesiones en placas blancas, grisáceas o amarillentas, y eritemas difusos de la mucosa o el paladar. Aunque se ha intentado relacionar la glositis migratoria y la lengua fisurada con psoriasis, estudios muestran resultados contradictorios en relación a ambas entidades.³⁰

6.7. TRATAMIENTO

El tratamiento de la psoriasis incluye agentes antiinflamatorios y antiproliferativos tópicos, fototerapia, drogas inmunosupresoras sistémicas, y más recientemente, agentes biológicos dirigidos contra estructuras moleculares que intervienen en la patogenia de la enfermedad. Las drogas más frecuentemente usadas son los esteroides tópicos y los análogos de la vitamina D que tienen acción antiproliferativa sobre los queratinocitos. Dentro de estos últimos, los más usados son el calcitriol (derivado natural de la vitamina D), el calcipotriol y el tacalcitol. Aunque son beneficiosos y de menor riesgo que los esteroides, son menos efectivos que estos. También se han empleado con buenos resultados,

preparaciones combinadas de calcipotriol con esteroides de fuerza intermedia.³¹ Los retinoides son derivados de la vitamina A, como el tazaroteno, un retinoide de tercera generación que se emplea en forma de gel y tiene una eficacia semejante a la de los análogos de la vitamina D. La aplicación de luz ultravioleta es útil en la psoriasis moderadamente severa que no responde al tratamiento tópico solo. La fototerapia puede inducir células T reguladoras supresoras y eliminar células T patológicas. Su uso prolongado se ha asociado con alto riesgo de cáncer de piel. El tipo más comunmente empleado es la terapia con luz ultravioleta de banda estrecha. Su uso después de la administración oral de un fotosensibilizador como el psoralen, es altamente efectivo.³²

7. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en adultos que estuvieron dispuestos a participar en esta evaluación con diagnóstico de psoriasis, acudieron a la Facultad de Odontología Universidad de Cartagena remitidos desde el servicio de Dermatología Del Hospital Universitario Del Caribe. Los sujetos de estudio fueron seleccionados aleatoriamente, se realizó una revisión de historias clínicas, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Pacientes diagnosticados con psoriasis con mínimo 1 año de evolución, de todas las edades, tanto género masculino como femenino. Paciente con enfermedad sistémica controlada. Fue necesario que todos los sujetos aceptaran participar en el presente estudio a través del diligenciamiento de un consentimiento informado por escrito, teniendo en cuenta la

normatividad legal vigente (resolución 008430 de 1993 Ministerio de salud, República de Colombia) Se excluyeron aquellos participantes con enfermedad de base con complicaciones y pacientes con discapacidad física. Además se diligenció un formato de recolección de datos diseñado para el presente estudio, almacenando la información clínica obtenida; la cual constaba de un estudio clínico intraoral. Posterior a la firma del consentimiento informado se realizó la historia clínica, se establecieron las condiciones sociodemográficas de la población, teniendo en cuenta: Edad, Vida familiar (soltero, casado viudo, unión libre), Síntomas, Actividades diarias (estudio, trabajo, ocio), Relaciones interpersonales, Tratamiento, Antecedentes de estados depresivos, Antecedentes de ansiedad y Autoestima, luego se realizó el examen intraoral completo donde determinamos las manifestaciones en boca de estos pacientes diagnosticados con Psoriasis.

8. RESULTADOS

El grupo de evaluados estaba conformado por 20 sujetos diagnosticados con psoriasis vulgar, Se comprobó que los sujetos diagnosticados con la enfermedad presentaron manifestaciones bucales como los son lengua geográfica y lengua fisurada. Este estudio se basó en un análisis descriptivo consistiendo en frecuencia y porcentaje, por intermedio del programa SSPS versión 23 IBM que nos arrojó los siguientes resultados:

En la tabla 1 podemos apreciar que de los 20 sujetos diagnosticados con psoriasis que fueron examinados en la facultad de odontología de la universidad de

Cartagena, la mayoría de los sujetos de estudio fueron de sexo masculino, y con lo referente a las edad se puede observar que el rango donde más prevalencia hay de psoriasis es el rango que equivale a edades entre 51 a 70 años.

8.1. Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos con psoriasis

Sexo y edad		
	frecuencia	Porcentaje %
Masculino	14	70
Femenino	6	30
rango edad		
20 a 35	3	15
36 a 50	4	20
51 a 70	13	65
Total	20	100

En la tabla 2 se observa que 19 pacientes correspondiente al 95% presentaron alteraciones en lengua distribuidas así: 7 sujetos que equivalen al 35% presentaron lengua geográfica, mientras que 3 sujetos correspondientes al 15% presentaron lengua fisurada y 9 sujetos equivalentes al 45% presentaron lengua

geografía y fisura concomitantemente. 1 sujeto correspondiente al 5% presento patología no relacionada con la enfermedad como gránulos de fordyce. Indicadores de error e incertidumbre no aplican para el estudio.

8.2. TABLA 2. Manifestaciones bucales en sujetos con psoriasis

Manifestaciones Bucles		
	Frecuencia	Porcentaje %
Lengua Geográfica	7	35
Lengua Fisurada	3	15
Lengua Geográfica y Fisurada	9	45
Otras	1	5
Total	20	100

En la tabla 3 se muestra que el 85% de los sujetos estaban bajo tratamiento el cual consistía en: betametazona, clobetazol o ustekinumab. El 15% restantes estaban sin tratamiento.

8.3. Tabla 3. Tratamientos para la psoriasis

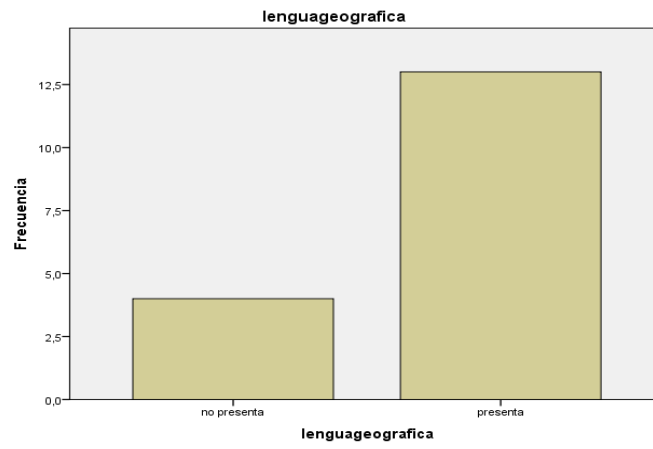
Tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje %
No Presenta	3	15
Presenta	17	85
Total	20	100

En la tabla 4 podemos observar la relación existente entre las manifestaciones bucales y características sociodemográficas, donde se aprecia que la lengua geográfica tubo mayor prevalencia en un rango de edad de 36 a 50 años, la lengua fisurada se presentó con más predominio en el rango establecido entre edades de 51 a 70 años, y con relación a la lengua geográfica acompañada con la lengua fisurada se presentó una superioridad en el rango correspondiente a edades entre 51 a 70 años.

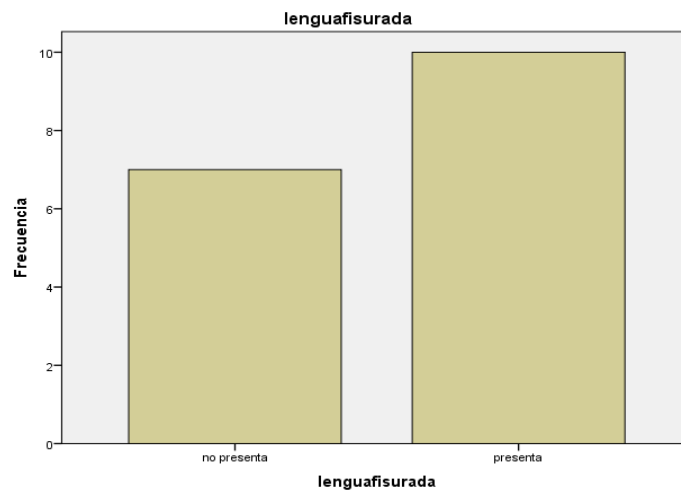
8.4. TABLA 4. Relación entre manifestaciones orales y características sociodemográficas

manifestaciones bucales	rango de edades			
	20 a 35	36 a 50	51 a 70	total
lengua geográfica	2	3	2	7
lengua fisurada	0	1	2	2
lengua geográfica y fisurada	1	0	8	9
otras	0	0	1	1
Total	3	4	13	20

8.5. Grafica 1



8.6. Grafica 2



9. DISCUSIÓN

Las manifestaciones bucales de la psoriasis fueron descritas por primera vez por Oppenheim en 1903³³, pero hoy en día estas lesiones han sido cuestionada³⁴⁻³⁵, varios autores han descritos lesiones bucales como lengua geográfica, lengua fisurada, queilitis angular, y eritema en paladar; en este estudio de tipo descriptivo con una muestra de 20 sujetos se encontró en un 45% lengua geográfica en compañía de lengua fisurada como las manifestaciones más prevalente de la psoriasis, luego se encontró que en un 35% lengua geográfica por sí sola, y por último en un 15% la lengua fisurada.

Hernández y col; realizaron un estudio observacional en México en 207 pacientes (132 mujeres y 75 hombres), en el que encontraron lesiones orales en el 67.5% de sujetos con psoriasis, encontraron al igual que en este estudio lengua geográfica, lengua fisurada y ambas patologías en lengua simultáneamente pero con frecuencia diferente, en su revisión la lengua geográfica estaba presente en el 12.5% la lengua fisurada en un 47.5% y encontraron en un 7,5% la lengua fisurada y geográfica simultáneamente³⁶.

Miloğlu realizó un estudio con 7619 pacientes (3819 mujeres, 3800 hombres) en un ambulatorio dental turco y se encontró lengua geográfica en el 1,5% de todos los sujetos examinados³⁷, Patil y col; en un estudio en India sobre 4926 pacientes de los cuales la lengua geográfica contribuyó hasta 16.4%³⁸.

Germi, en el 2012 realizó un estudio controlado y observacional, en el cual los datos obtenidos sugirieron que la lengua geográfica es una manifestación oral de

la psoriasis (tipo de placa), el estudio mostró que de 535 sujetos con psoriasis el 35.1% tenían lesiones bucales, la lengua geográfica contribuía con el 5.2%³⁹, en nuestro estudio no coincidiendo con los anteriores autores el 95% de los pacientes presentaron lesiones bucales de los cuales el 35% presentaron lengua geográfica.

Kkilikan y col; en el 2011 realizó un estudio descriptivo en 200 pacientes diagnosticados con psoriasis en la ciudad de Caracas-Venezuela el cual le dio como resultados que solo el 4% de sus pacientes presentaron lengua geográfica mientras que el 3% presentó lengua fisurada⁴⁰.

Los autores anteriormente mencionados en su examen bucal no encontraron lengua fisurada y lengua geográfica concomitantemente, al contrario que en este estudio en el cual se observó que el 45% de los pacientes presentaron lengua geográfica y fisurada simultáneamente y solo el 5% de los pacientes no presentaron lesiones bucales relacionadas con psoriasis.

Tapia realizó un seguimiento a un paciente con diagnóstico de psoriasis en el cual no se evidenció lesión en lengua como lengua geográfica y fisurada, pero este autor pudo observar queilitis angular en ambas comisuras labiales y aftas herpetiformes en paladar⁴¹; claramente en nuestra muestra no se pudo determinar este tipo de manifestaciones en los sujetos examinados.

Kkilikan y col; determinaron que la Psoriasis rara vez presenta lesiones en mucosa bucal ya que no pudieron observar asociación entre lengua geográfica y lengua fisurada con la Psoriasis.

En esta investigación llegamos a la conclusión que las manifestaciones bucales de la psoriasis sigue siendo un enigma, en el estudio se observó que el 95% de

los pacientes presentaron alteraciones en lengua dándonos una asociación entre la psoriasis y la lengua geográfica con lengua fisurada, en base a esto y a los estudios ya mencionados nos lleva a destacar que la lengua fisurada y la lengua geográfica son las lesiones más comunes o frecuentes en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad.

10. CONCLUSIÓN

A pesar de las diversas dificultades presentadas al realizar este proyecto se pudo llegar a la conclusión que la lengua fisurada y la lengua geográfica son las lesiones más comunes o frecuentes presentadas en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad ya que se observó que la mayoría de los pacientes presentaron alteraciones en lengua, dándonos una asociación entre la psoriasis y la lengua geográfica con lengua fisurada.

Los resultados arrojaron que el rango de edad donde más se presentan las manifestaciones estomatológicas, es el comprendido entre 51 a 70 años, el sexo más prevalente fue el sexo masculino y las lesiones más prevalentes fueron lengua fisurada en compañía de la lengua geográfica.

La lengua geográfica y fisurada suele ser asintomática por tal motivo es olvidada por los sujetos y los médicos, por lo tanto se sugiere que los médicos presten especial atención a la mucosa bucal de los pacientes con psoriasis, se recomienda

que los médicos verifiquen las lesiones cutáneas en sujetos con lengua geográfica y los sujetos con psoriasis deben someterse a un examen intrabucal detallado

A partir de este estudio se pueden sugerir ideas nuevas tales como; establecer si el progreso de la psoriasis también afecta la progresión de las manifestaciones orales.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Arango F, F. M. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Parte 2: Medicamentos biológicos y no tradicionales. Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología (2011).
2. R. Parisi, D. P. M. Symmons, C. E. M. Griffiths, and D. M. Ashcroft, "Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. 2013
3. Ayarza.C. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. Julio 2017.
4. Caroline Chanussot, Roberto Arenas, Psoriasis. A Descriptive Study of Comorbidities in 114 Patients. diciembre, 2014.
5. Szczerkowska-Dobosz A, S. M. (2014). The age of onset of psoriasis and the relationship to clinical presentation of psoriasis: study of 404 patients from northern Poland. . Int J Dermatol. 2014.
6. Mahnaz Fatahzadeh a Robert A. Schwartz ,Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma April 2, 2016
7. Picciani B, Silva-Junior G, Carneiro S, Sampaio A, Goldemberg D, Oliveira J, Porto L, Dias E: Geographic stomatitis: an oral manifestation of psoriasis? J Dermatol Case Rep 2012.
8. Tomb R, Hajj H, Nehme E. Oral lesions in psoriasis. Ann Dermatol Venereol. 2010

9. Yesudian PD, Chalmers RJ, Warren RB, Griffiths CE: In search of oral psoriasis. Arch Dermatol Res 2012R.
10. Bruna L.S. Picciani, T. Souza, B. Santos, A. Domingos, Sueli Carneiro, João Carlos Avelleira, David R. Azulay, Jane M.N. Pinto, and Eliane P. Dias Geographic Tongue and Fissured Tongue in 348 Patients with Psoriasis: Correlation with Disease Severity. 31 July 2014.
11. Raychaudhuri SP. A cutting edge overview: psoriatic disease. Clin Rev Allergy Immunol. 2013
12. E. Daudéna, S. Castañeda, C. Suárez, J. García-Campayod, A.J. Blascoe*, M.D. Aguilar, C. Ferrándiz, L. Puigg, J.L. Sánchez-Carazo - Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis, Actas Dermosiliogr. 2012
13. Mattsson U, Warfvinge G, Jontell M: Oral psoriasis – a diagnostic dilemma: a report of two cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015
14. Alfonso-Valdés M. Immunopathogenesis of psoriasis. Impact on clinical manifestations and its treatment. 2012
15. S. Singh, S. Nivash, and B. K. Mann, Matched case-control study to examine association of psoriasis and migratory glossitis in India. 2013.
16. M. Antal., G. Braunitzer, N. Mattheos, R. Gyulai, K. Nagy. Smoking as a Permissive Factor of Periodontal Disease in Psoriasis. 2013.
17. Gupta R, D. M. Genetic Epidemiology of Psoriasis. Curr Dermatol Rep. 2014.

- 18.** Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010.
- 19.** Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. *Psoriasis.* 2012.
- 20.** Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain. 2011.
- 21.** Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010.
- 22.** Brunasso AM, P. M. Clinical and epidemiological comparison of patients affected by palmoplantar plaque psoriasis and palmoplantar pustulosis: a case series study. 2013.
- 23.** Simen BB, Duman CH, Simen AA, Duman RS. TNFalpha signaling in depression and anxiety: behavioral consequences of individual receptor targeting. *Biol Psychiatry.* 2006.
- 24.** Jon Love T, Qureshi A, Wood E, Gelfand J, Choi H. Prevalence of the metabolic syndrome in psoriasis results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2010.
- 25.** Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Rradtk M. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis: Analysis of health insurance data in Germany. 2010.

26. Ma C, H. C. The association between psoriasis and dyslipidaemia: a systematic review. 2013.
27. Armstrong A, H. C. The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Nutrition & diabetes. 2012.
28. Armesto S, C.-S. Psoriasis and hypertension: a case-control study. 2012.
29. Choi WJ, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Association between psoriasis and cardiovascular risk factors in Korean patients. Ann Dermatol 2010.
30. L. Marchenas, C. Fernandez, Etiología de la lengua geográfica, 2015.
31. Manresa.J. Moreno.J. tratamientos tópicos de la psoriasis. 2015.
32. AA López, LS Rosas. Uso de agentes biológicos en psoriasis. Experiencia en un hospital de tercer nivel. 2012.
33. Oppenheim M: Psoriasis mucosae oris. Monatsschr Prakt Dermatol 1903
34. Scully C, Hegarty A. The oral cavity and lips. 2010.
35. G. Ganzetti, A. Campanati, A. Santarelli, V. Pozzi, E. Molinelli, I. Minnetti, V. Brisigotti, M. Procaccini, M. Emanuelli A. Offidani Involvement of the oral cavity in psoriasis: results of a clinical study. November 2014.
36. Hernández-Pérez F1, Jaimes-Avelaño A, Urquiza-Ruvalcaba M de L, Díaz Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, et al. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010
37. Milolu O1, Göregen M, Akgül HM, Acemolu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010

38. Patil S, Kaswan S, Rahman F, Doni B. Prevalence of tongue lesions in the Indian population. J Clin Exp Dent. 2013
39. L Geremi, V De Giorgi, F Bergamo, MC Niccoli , F Kokelj, M Simonacci , et al. Psoriasis and oral lesions: Multicentric study of oral mucosa diseases italian group (GIPMO). Dermatology Online Journal. 2012
40. R. Kkilikan, M. Villarroel-Dorrego, C.Jiménez, M Mata de Henning, Lesiones bucales en pacientes con psoriasis: estudio descriptivo de 200 pacientes. Diciembre 2011.
41. R. Tapi, W. Quispe. La psoriasis y sus manifestaciones clinicas bucales: reporte de un caso clínico. 2015.

12. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACION “MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA- COLOMBIA”

FACULTAD DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

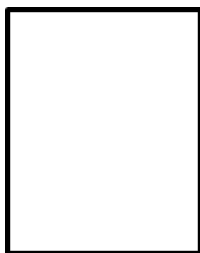
Yo, _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento, en nombre propio o como representante legal del paciente en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al grupo de investigación, para que realice la valoración oral, pruebas diagnósticas en la siguiente investigación.

Confirmando que se me han expuesto todos los riesgos y beneficios de los procedimientos y que estoy en libertad de abandonar dicha investigación cuando no me sienta cómodo. Todos los procedimientos serán utilizados para mi beneficio y afirmo que entendí lo expuesto por el grupo de investigación.

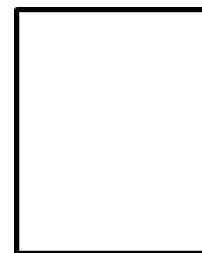
La investigación durará 2 años y durante ese tiempo vendré a la facultad para realizarme los procedimientos que se requieran. Se me ha explicado que no se compartirá la identidad de los participantes. Autorizo además a utilizar toda la información obtenida como fotos y datos que resulten de la investigación para fines académicos.

Ratifico que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Firma del Participante



Firma del Testigo



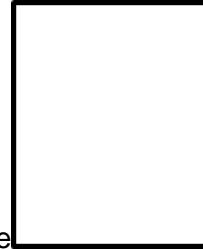
CC:

CC:

Fecha _____

SI ES ANALFABETA

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.



Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 HISTORIA CLINICA DE PROYECTO DE INVESTIGACION MANIFESTACIONES
 ESTOMATOLOGICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PSORIASIS.
 H.C. N°: _____

DATOS PERSONALES									
NOMBRES:					N° DE IDENTIFICACION			ESTRATO:	
DIRECCION:					TELEFONO			CIUDAD/DEPARTA...	
FECHA			EDAD		SEXO		ESTADO CIVIL		
DIA	MES	AÑO		HOMBRE	MUJER	SOLTERO	CASADO	OTRO	OCUPACION:
									PROFESION:

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: _____

DATOS BASICOS	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
Tratamiento médicos			Cuál? :	Diabetes			
Ingestión medicamentos				Fiebre reumática			
Reacciones alérgicas				Hepatitis			
Anestesia				Hipertensión			
Antibióticos				Embarazo			
Irradiaciones				Enfermedades renales			
Sinusitis				Enfermedades gastrointestinales			
Enfermedades respiratorias				Órganos de los sentidos			
Cardiopatías				Enfermedades infectocontagiosas			
Hemorragias				Otras			

DIAGNOSTICO DE PSORIASIS -----

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____ CUANTOS TRATAMIENTOS: _____

HABITOS Y VICIOS _____

HALLAZGOS CLINICOS	LESIÓN ELEMENTAL	NORMAL	EXAMEN DENTAL	UBICACIÓN	NORMAL	
1.LABIOS			1.SUPERNUMERARIOS			
2.MUCOSA LABIAL						
3.MUCOSA YUGAL IZQUIERDA			2.ABRASIÓN			
4.MUCOSA YUGAL DERECHA			3.CAMBIOS DE COLOR			
5.PALADAR DURO			4.PATOLOGIA PULPAR			
6.PALADAR BLANDO			5.MALOCLUSIÓN			
7.OROFARINGE			6.INCLUIDOS			
8.LENGUA: CARA DORSAL			7.TRAUMAS			
9.LENGUA: CARA VENTRAL			8.ENCIA			
10.LENGUA: BORDES LATERALES					SI	NO
11.PISO DE BOCA			EXAMEN PERIODONTAL			
12.TABLA MAXILAR INTERNA			1.BOLSAS			
13.TABLA MAXILAR EXTERNA			2.PLACA BLANDA			
14. TABLA MANDIBULAR INTERNA			3.CALCULOS			
15.TABLA MANDIBULAR EXTERNA			4.MOVILIDAD			
16.SENOS MAXILARES			5.PERDIDA N° INSERCION			
17.GANGLIOS			6.SANGRADO			
			7.EXUDADO			

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

SINTOMATOLOGIA EVA:

COLORACIÓN:

TAMAÑO:

DIAGNOSTICOS: 1.LENGUA GEOGRAFICA:
 2. LENGUA FISURADA:
 3. ERITEMA EN PALADAR:
 4. ERITEMA EN ENCIA:

5.QUEILITIS ANGULAR:
 6.OTROS DIAGNOSTICOS:

ESQUEMA DE LOCALIZACION

