



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis entre
18 y 60 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil los
Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023**

AUTORES:

Crespo Rojas Giómar Adrián

Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO
DE MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

Guayaquil-Ecuador

9 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Crespo Rojas Giómar Adrián y Piedrahita Pincay Fabiola Denisse, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR:



Firmado electrónicamente por:
ANDRES MAURICIO
AYON GENKUONG

f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA:

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 9 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Crespo Rojas, Giómar Adrián; Piedrahita Pincay, Fabiola Denisse**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis entre 18 y 60 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 9 de mayo del 2024

AUTOR:

f.  firmado electrónicamente por:
GIÓMAR ADRIÁN
CRESPO ROJAS

CRESPO ROJAS GIÓMAR ADRIÁN

AUTORA:

f.  firmado electrónicamente por:
FABIOLA DENISSE
PIEDRAHITA PINCAY

PIEDRAHITA PINCAY FABIOLA DENISSE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Crespo Rojas, Giómar Adrián; Piedrahita Pincay, Fabiola Denisse

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis entre 18 y 60 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 9 de mayo del 2024

AUTOR:



f. _____

CRESPO ROJAS GIÓMAR ADRIÁN

AUTORA:



f. _____

PIEDRAHITA PINCAY FABIOLA DENISSE

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

p72 PIEDRAHITA CRESPO

< 1%
Textos sospechosos



< 1% Similitudes

0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
> 1% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: p72 PIEDRAHITA CRESPO .docx
ID del documento: df00303ef67b5ccee9dbd8aa9bdd36904db39147
Tamaño del documento original: 2,73 MB

Depositante: undefined FABIOLA DENISSE PIEDRAHITA PINCAY
Fecha de depósito: 6/5/2024
Tipo de carga: email_submission
fecha de fin de análisis: 6/5/2024

Número de palabras: 11.319
Número de caracteres: 75.125

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TT, BARCIA - ROTHERMEL, ÚLTIMO AVANCE.docx TT, BARCIA - ROTHER... #560191 El documento proviene de mi grupo 68 Fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (511 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18875/4/IT-UCSG-PRE-MED-1275.pdf 64 Fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (421 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14961/3/IT-UCSG-PRE-MED-967.pdf.txt 44 Fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (397 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18954/3/IT-UCSG-PRE-MED-1315.pdf.txt 55 Fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (414 palabras)
5	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18874/3/IT-UCSG-PRE-MED-1274.pdf.txt 56 Fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (413 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1976/3/IT-UCSG-POS-EGM-DEB-10.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
2	201.159.223.180 http://201.159.223.180/bitstream/3317/2548/1/IT-UCSG-PRE-TEC-AGRO-48.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
3	ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TE501000804826/3/0804826.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
4	www.unach.edu.ec https://www.unach.edu.ec/wp-content/uploads/2021/09/Formulario-registro-y-Autorización-Trabaj...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
5	www.fundacionfemeba.org.ar Asociación entre psoriasis y enfermedad inflamat... https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/asociacion-entre-psoriasis-y-enferm...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://jcadonline.com/updates-in-psoriasis-management-md-2021/>
- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.15242>
- <https://reclamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/794/1186>



Firmado electrónicamente por:
ANDRÉS MAURICIO
AYÓN GENKUONG

TUTOR:

DR. AYÓN GENKUONG ANDRÉS MAURICIO

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, gloria a Dios, principal guía en este largo y fructífero camino; en segundo lugar, a mi familia: padres, hermanos, abuelitos, tías, primos, quienes fueron un pilar fundamental para culminar este trayecto y su aporte de motivación fue importante para ofrecer mi potencial académico en la carrera. Finalmente, agradezco a docentes y compañeros que tuve la oportunidad de conocer durante este recorrido tanto de la facultad como del internado, con quienes se compartió y ofreció conocimientos que aportaron para superarse en el día a día.

Crespo Rojas Giómar Adrián

AGRADECIMIENTOS

Gracias mamá por creer en mí cuando yo mismo dudaba, por alentarme a alcanzar mis metas y por estar siempre a mi lado, incluso en los momentos más difíciles. Tu amor y tu apoyo han sido el mayor regalo que podría pedir, y nunca podré agradecerte lo suficiente por todo lo que has hecho por mí.

Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

DEDICATORIA

Durante la vida existen y existieron personas que dejan impregnada una huella que tristemente ya no conviven en este mundo para poder ser testigos de los logros que uno obtiene, una de esas personas es mi abuelita Luz que desde el Cielo estará, seguramente, observando con satisfacción y orgullo mi superación.

Donde quiera que te encuentres mami Luz, este triunfo va a tu nombre.

Crespo Rojas Giómar Adrián

DEDICATORIA

Queridos mamá, papá y Ruti,

Hoy, al completar este proyecto, quiero que sepan que el amor y apoyo de ustedes ha sido el motor que me ha impulsado a alcanzar mis metas. Sin ustedes, este logro no habría sido posible. Estoy eternamente agradecida por todo lo que han hecho por mí y prometo seguir adelante.

Piedrahita Pincay Fabiola Denisse



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. RONNY MOSCOSO

f. _____

DR. YURI PATIÑO

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
1.1 EL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.2.1 Objetivo General:.....	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	25
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	26
3.4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
3.4.4 MÉTODO DE MUESTREO	27
3.4.5 OPERABILIDAD DE LAS VARIABLES.....	27
6.1 CONCLUSIONES	39
6.2 RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

RESUMEN

Introducción: La psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal son enfermedades inflamatorias crónicas que responden a factores ambientales, genéticos e inmunológicos. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca dos enfermedades como son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). La psoriasis constituye una afección inflamatoria crónica que impacta alrededor del 2-3% de la población global y se caracteriza por la presencia de placas enrojecidas y descamativas en la piel. La EII y la psoriasis se asocian de manera directa, tanto en la parte patogénica como en la genética, esto se traduce en el aumento de la prevalencia de la EII en paciente con artritis psoriásica.

Objetivo: Evaluar la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes diagnosticados con psoriasis.

Metodología: Se realizó un estudio relacional, de tipo retrospectivo, observacional y transversal llevado a cabo en el área de consulta externa del servicio de Gastroenterología y Dermatología del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023, e Guayaquil, Ecuador. Se trabajó con una población de 790 pacientes con diagnóstico de psoriasis y EII, se realizó cálculo de tamaño de muestra y se obtuvo una muestra de 259 pacientes cuyas historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de EII, Índice de la severidad del área de psoriasis (PASI). Se realizó el análisis según los objetivos propuestos mediante la herramienta SPSS.

Resultados: La enfermedad inflamatoria intestinal se presentó en un 5,79% de la muestra. El factor asociado más frecuente fue la obesidad con 20.08%, se observó mayor relación entre el grupo de 46 a 60 años y la presencia de EII ($p=0.024$), el tipo de EII con mayor porcentaje fue la colitis ulcerosa con 20.08%, Se observó mayor relación entre la psoriasis grave y la EII (grave: >15 puntos), el tiempo de evolución de la psoriasis fue de 6.73 años.

Conclusión: Se determinó que la prevalencia de la EII en pacientes con psoriasis fue de un 5.79%, donde la colitis ulcerosa tuvo mayor porcentaje (73.3%).

Palabras claves: Enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis, enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis and inflammatory bowel disease are chronic inflammatory diseases that respond to environmental, genetic and immunological factors. Inflammatory bowel disease (IBD) encompasses two diseases such as Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Psoriasis is a chronic inflammatory condition that impacts around 2-3% of the global population and is characterized by the presence of red, scaly plaques on the skin. IBD and psoriasis are directly associated, both in the pathogenic and genetic aspects, this translates into the increase in the prevalence of IBD in patients with psoriatic arthritis.

Objective: To evaluate the importance of the evolution of inflammatory bowel disease in patients diagnosed with psoriasis.

Methodology: A relational, retrospective, observational and cross-sectional study was carried out in the outpatient consultation area of the Gastroenterology and Dermatology service of the General Hospital of the North of Guayaquil Los Ceibos during the period from January 2020 to June 2023 in Guayaquil, Ecuador. We worked with a population of 790 patients with a diagnosis of psoriasis and IBD, a sample size calculation was performed and a sample of 259 patients was obtained whose medical records met the inclusion criteria. The following variables were considered: age, sex, type of IBD, Psoriasis Area Severity Index (PASI). The analysis was carried out according to the proposed objectives using the SPSS tool.

Results: Inflammatory bowel disease occurred in 5.79% of the sample. The most frequent associated factor was obesity with 20.08%, a greater relationship was observed between the group of 46 to 60 years and the presence of IBD ($p=0.024$), the type of IBD with the highest percentage was ulcerative colitis with 20.08%, A greater relationship was observed between severe psoriasis and IBD (severe: >15 points), the evolution time of psoriasis was 6.73 years.

Conclusion: It was determined that the prevalence of IBD in patients with psoriasis was 5.79%, where ulcerative colitis had a higher percentage (73.3%).

Keywords: Inflammatory bowel disease, psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis constituye una afección inflamatoria crónica que impacta alrededor del 2-3% de la población global y se caracteriza por la presencia de placas enrojecidas y descamativas en la piel. En la población adulta, las cifras oscilan desde un mínimo de 0.91% hasta un máximo de 8.5%, mientras que, en niños, la prevalencia fluctúa entre el 0% y el 2.1%. No se observa una preferencia clara de género con relación a la psoriasis. En cuanto a la edad de aparición, esta puede manifestarse en cualquier momento, si bien es más común en adultos. Es importante destacar la presencia de dos picos de incidencia a considerar: uno en la franja de edades entre los 30 y 39 años, y otro en el rango de 50 a 69 años. El enfoque terapéutico varía en función de la gravedad de los síntomas, que puede medirse mediante el Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI). En casos en los que la psoriasis es moderada, severa o no responde bien a tratamientos convencionales, se hace necesario recurrir a medicamentos que actúan en todo el organismo, pero estos pueden tener efectos secundarios indeseados y una alta probabilidad de recaída, lo que limita su uso efectivo. (1)

La prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) es aproximadamente del 0.3%. Hasta un 40% de los casos de EII pueden enfrentar complicaciones conocidas como manifestaciones extraintestinales (EIM). En algunos estudios, se ha observado que la prevalencia de estas manifestaciones es mayor en la enfermedad de Crohn (EC) que en la colitis ulcerosa (CU). Es importante señalar que prácticamente todos los sistemas orgánicos pueden sufrir impactos debido a la EII, incluyendo los ojos, la piel, los pulmones, los riñones, así como los sistemas hepato-biliar, inmunológico, hematológico y cardiovascular. La piel es uno de los órganos que se afecta con mayor frecuencia presentándose en más del 10% de los pacientes. (2)

Tanto la psoriasis como la enfermedad inflamatoria intestinal son enfermedades que responden a factores ambientales, genéticos e inmunológicos. Son consideradas enfermedades inflamatorias mediadas por el sistema inmunológico (IMID) y en el caso de estas patologías, se ha evidenciado que comparten niveles elevados de IL-17. Así mismo, el factor de necrosis tumoral alfa, una citocina

proinflamatoria, toma un papel importante en la evolución de ambas afecciones. La conexión genética y patogénica entre estas, justifica tanto el enfoque interdisciplinario dermatológico como el gastroenterológico en la atención a estos pacientes. (3)

CAPÍTULO I

1.1 EL PROBLEMA

Por diversos factores ambientales, genéticos o inmunológicos, el desencadenamiento de citocinas proinflamatorias en lesiones cutáneas también aumenta las citocinas a nivel sistémico por lo que se promueve la inflamación crónica y se asocia a otras patologías afectando el corazón, articulaciones como artritis psoriásica y enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento enfocado tanto en psoriasis como enfermedad inflamatoria intestinal ayudaría a evitar la progresión del daño asociado a la inflamación progresiva sistémica y mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que ambas patologías crean un estrés significativo tanto físico como emocional y social. Teniendo estos antecedentes en consideración, el este trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar la importancia de la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes diagnosticados con psoriasis.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General:

Evaluar la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes diagnosticados con psoriasis.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis.
2. Establecer los factores asociados más frecuentes en pacientes diagnosticados con la enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis.
3. Relacionar el grupo etario y sexo con la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis.
4. Relacionar el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal con la psoriasis en la población de estudio.
5. Establecer la relación entre la gravedad de psoriasis y la prevalencia de

enfermedad inflamatoria intestinal.

6. Identificar el tiempo de aparición de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La importancia de la investigación propuesta se basa en la existencia de una notable similitud entre el mecanismo inflamatorio de ambas patologías, ya que estas poseen amplias áreas de interacción con exposición constante a diferentes factores ambientales, genéticos, e inmunológicos. Tanto la psoriasis como la enfermedad inflamatoria intestinal son enfermedades con vías inflamatorias comunes, en términos de similitudes en la respuesta inmunológica, se han detectado niveles elevados de IL-17 tanto en la EII como en la psoriasis. además, se ha observado una conexión genética entre la psoriasis y la EII involucrando regiones específicas del cromosoma 6p21, así como los genes IL23R e IL12B. (3)

El trabajo de investigación es viable ya que en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos existen pacientes con diagnóstico de psoriasis los cuales se beneficiarían con tratamiento multidisciplinario con enfoque tanto en dermatología como en gastroenterología ya que la psoriasis presenta una mayor prevalencia entre pacientes que sufren de enfermedad inflamatoria del intestino en comparación con la población general. Se ha documentado una prevalencia estimada del 5,7% al 7,5% en casos de colitis ulcerosa, y del 5% al 11,2% en situaciones de enfermedad de Crohn. (4)

Para la realización de este estudio, contamos con suficientes recursos de tiempo, financieros, materiales y humanos. Para ello, se necesitará de la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Se realizará la solicitud de los permisos respectivos para la examinación de pacientes y obtención de la información requerida en la casa de salud.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. DEFINICIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca dos enfermedades como son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). La enfermedad de Crohn se manifiesta de manera crónica afectando cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el ano, afectando todas las capas del intestino y dando como consecuencia dolor abdominal, mientras que la colitis ulcerosa tiene su inicio en el recto y posteriormente avanza hasta el colon superficialmente, y en su clínica destaca la diarrea. Sin embargo, el área colónica afectada no logra ser identificada en un 10% de los pacientes con EII, tomando la nominación de colitis indeterminada. La EII se caracteriza por presentar episodios de agudización según el área que afecte, alternando fases activas e inactivas. (5)

La psoriasis se define como una patología inflamatoria de carácter sistémico que afecta a los pacientes crónicamente. Esta patología se caracteriza por presentar placas blanquecinas con descamación y bordes bien limitados; y en algunos casos pueden ser eritematosas, su diámetro va desde 3 cm y su localización más frecuente es en extremidades. (6) (1)

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta a pacientes en dos rangos etarios, uno entre los 15 y 30 años y otro durante los 50 y 70 años. A alrededor de 10 millones de personas, entre pacientes y su entorno, se ven afectadas por esta patología. A nivel mundial, 5 millones de personas padecen de la enfermedad de Crohn y de colitis ulcerosa. En México un aproximado de 40 mil personas tienen EII. Actualmente, la enfermedad de Crohn registra 10 a 200 casos por 100.000 individuos, según estos datos se calcula que 1 millón de habitantes sufren de esta enfermedad. Según estudios del 2020, en Ecuador la prevalencia de EII es de 5,2/100.000 habitantes, de los cuales el 1,5 corresponde a la enfermedad de Crohn y el 3,7 a la colitis ulcerosa. (7)

La psoriasis puede afectar a hombres y mujeres por igual. Su prevalencia a nivel mundial fluctúa entre un 0,09% y el 11,4%. La psoriasis afecta a un 2.3% de la población en España. En el Ecuador, según datos del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de la ciudad de Quito durante el período 2010 y 2017, existe un total de 984 pacientes en consulta externa dermatológica, además, se reporta que la mayoría de pacientes con esta patología oscila entre los 41 y 60 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que esta patología es una problemática mundial, por ende, se la incluye en los esquemas de prevención de las enfermedades que no son no enajenables. (8) (9)

2.1.3 ETIOLOGÍA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Las causas de la EII se basan en varios factores, entre los cuales están los inmunológicos: disfunción de la barrera epitelial y apoptosis inusuales de los linfocitos T. Los factores genéticos engloban a personas de tez blanca y en gemelos monocigóticos. Además, los factores ambientales como la dieta baja en fibra y el tabaquismo han demostrado alterar el microbiota intestinal. (10)

PSORIASIS

En cuanto a la psoriasis, su etiología se desconoce, sin embargo, estudios revelan que su origen radica en múltiples factores como son genéticos y externos. Los factores que predisponen a una persona a padecer de psoriasis se basan en la determinación de haplotipos HLA, entre los principales se encuentran: HLA-CW6, HLA-DR7, HLA-B17: caracterizados por tener mayor seriedad y por presentarse de forma temprana; junto con ellos, se presenta el HLA-B27 que se manifiesta con pústulas. Si los padres padecen de esta patología, existe un 50% de riesgo de que los hijos puedan presentar la psoriasis. Los factores externos que puedan desencadenar el inicio de la psoriasis o exacerbar sus manifestaciones ya presentes son las infecciones secundarias de predominio de estreptococo, traumas a nivel de piel recurrentes, medicamentos como los betabloqueantes, AINEs, cambios en clima, alteraciones metabólicas,

situaciones emocionales de estrés, entre otros. (11)

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

En la fisiopatología de la EII intervienen varios factores como son la influencia genética, inmunológicos y ambientales. (5)

Factores Genéticos

Las personas caucásicas tienen mayor predisposición a padecer esta enfermedad. Se ha demostrado que los gemelos monocigóticos predominan en las estadísticas de la EII con una característica que muestran mayor agresividad en las manifestaciones clínicas de esta patología. Entre 30 alelos (LRRK2, JAK2, IRGM, ATG16L1, IL23R, HLA-II, STAT3, NOD, entre otros, ha presentado alteraciones en el genoma de la EII, estos alelos tienen un enlace directo con la identificación microbiana llevada a cabo por el sistema inmunitario innato. (10)

Factores Inmunológicos

Los principales factores inmunológicos son la apoptosis inusual de los linfocitos T y las alteraciones de la barrera epitelial. Los genes ATG16L1 e IRGM, vinculados a la muerte de células disfuncionales, se altera de tal manera que provoca un aumento en el riesgo del desarrollo de la EII, significativamente en la EC, su mecanismo se basa en que este proceso elimina el contenido no útil proporcionando seguridad a los microbios. En casos donde esta autofagia falla existe la amenaza de invasión de patógenos como por ejemplo la *Salmonella typhimurium*. Además, en literatura actual, se ha descrito que las alteraciones del receptor nucleotide oligomerization domain 2 (NOD-2), anexo a la respuesta inmune innata, están vinculadas con EII provocando modificaciones en la autorregulación del intestino, lo cual conlleva a una actividad excesiva en múltiples reacciones innatas y como resultado final una actividad intensa en otros procesos. (10)

Factores ambientales

La dieta es uno de los principales factores ambientales. Algunos estudios reportan que la eliminación de la ingesta de fibra en la alimentación puede llevar

a cambios en el microbiota intestinal y provocar alteraciones en la barrera a nivel de la mucosa intestinal, activación del sistema inmune y como resultado final un daño tisular irreversible.

En condiciones normales existen cuatro familias de bacterias en la microbiota intestinal: Firmicute, Bacteroidetes y en menor cantidad Actinobacteria y Proteobacteria. La principal función de estos organismos es protección contra patógenos que afecten el microbiota normal, como lo son la *Clostridium difficile*, cuando esta función falla se producen cambios relevantes y por ende el desarrollo de la EII, Estos cambios suelen ser el descenso de Bacteroidetes y Firmicutes, junto con un aumento de la Gammaproteobacteria. En resumen, en la EII se da un número menor de especies protectoras del microbiota. Adicional a esto, el tabaquismo juega un rol importante, es un protector en la CU, pero provoca daños en la EC. El microbiota intestinal se ve aumentada por el humo que entra producido por el tabaco, esto provoca aumento del número de los Bacteroidetes, phylum Proteobacteria, Prevotella y Clostridium. Estudios demuestran que el tabaquismo también perjudica los mecanismos de la inmunidad innata. (12)

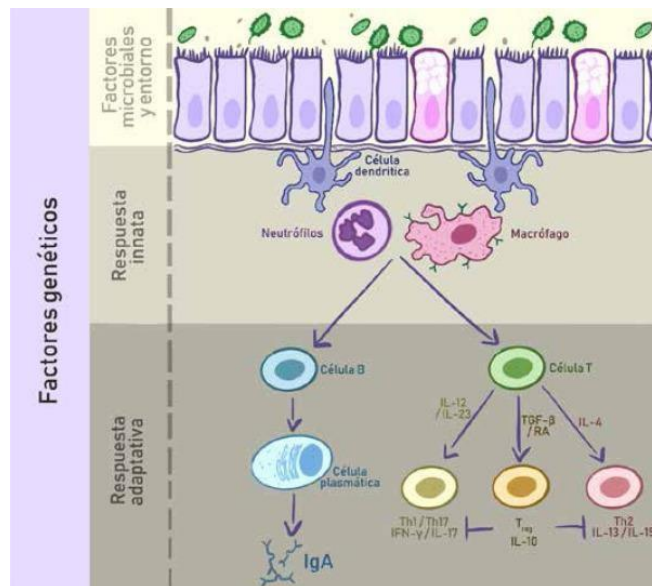


Imagen 1: La fisiopatología de la EII.

Fuente: Silva et al., 2019

PSORIASIS

La fisiopatología de la psoriasis suele ser compleja, se ha propuesto que la predisposición genética junto con factores ambientales tiene un rol importante en el inicio de la enfermedad. Se conocen genes que cuya función es la protección de la piel como son DEFB4, GJB2, LCE3, otros genes interactúan en el mecanismo de señalización del denominado factor nuclear- κ B y junto con ello en la dirección de la vía de la interleucina 23 (ERAP1, HLA-C, IL23R, IL23A, TRAF3IP2, IL23A, HLA-C, IL12B). La respuesta sistémica inflamatoria en la psoriasis es similar a la que se da en la artritis reumatoide o enfermedad de Crohn. Se ha demostrado la presencia de biomarcadores inflamatorios séricos como la haptoglobina^{17–18} y proteína C reactiva. Junto con ello, el número de niveles a nivel del plasma de IL-12, IL-6, IFN- γ , TNF- α , IL-8, e IL-2620 e IL-1819 aumenta. Estas citoquinas multiplican la producción de queratinocitos, incrementan los mediadores angiogénicos y sustancias de anexión del endotelio lo cual conlleva a una mayor infiltración de las células del sistema inmune al área cutánea lesionada. En conjunto este mecanismo inflamatorio provoca disfunción del tejido endotelial e inicio brusco de aterosclerosis, proceso que aumenta la probabilidad de que placas de ateroma se desarrollen y puedan provocar patologías cardiovasculares. (13) (14) (15)

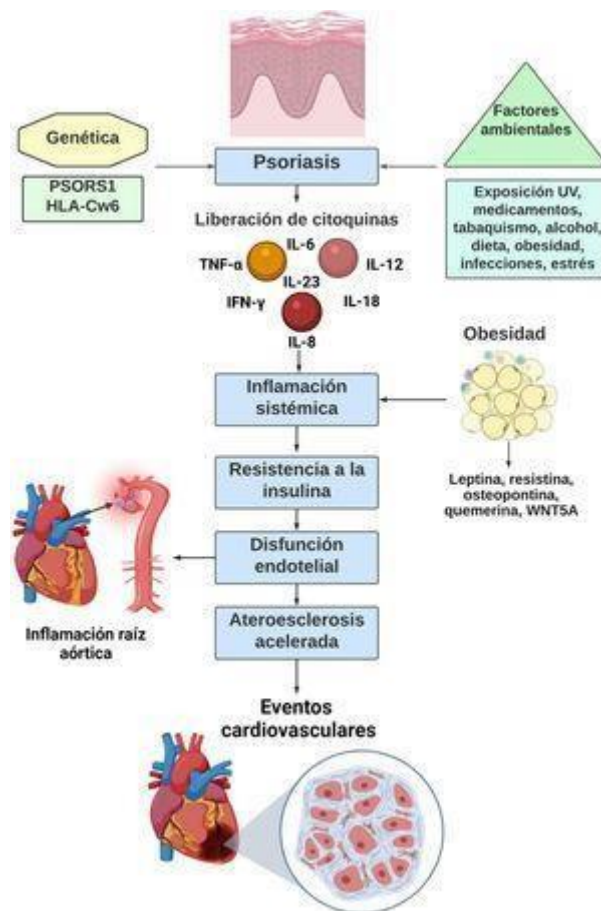


Imagen 2.

Mecanismo inmunopatológico e inflamatorio de la psoriasis y su relación con eventos cardiovasculares.

Fuente: Torres-Soto et al., 2022

2.1.5 CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

El diagnóstico de la EII se basa en una historia clínica minuciosa que conste de información sobre el inicio de las manifestaciones clínicas, crisis previas, presencia de sangrado en recto, dolor abdominal, diarrea, y, además, la presencia de síntomas extraintestinales. Junto con ello, estudios de laboratorio como biometría hemática, velocidad de sedimentación globular (VSG), hierro, ferritina, examen coprológico (calprotectina fecal). Adicional a esto, se deben realizar estudios de imágenes como una íleo-colonoscopia, ultrasonido

abdominal, RMI (imagen por resonancia magnética), que se prefiere a la TC (tomografía computarizada) por la exposición radiológica, exámenes radiológicos con contraste de bario (tránsito intestinal y colon por enema) en caso de no contar con RMI ni TC. En casos donde a pesar de todos estos estudios aún no se ha realizado en diagnóstico, se utiliza la cápsula endoscópica. En cuanto a la psoriasis, su diagnóstico corresponde a la presencia de placas rojas y escamosas en la piel, con bordes bien definidos. (16)

2.1.5.1 Enfermedad de Crohn

La clínica típica de la EC es el dolor abdominal en fosa ilíaca derecha acompañado por diarrea crónica, los niños pueden presentar retraso en su curva de crecimiento. Otros síntomas menos específicos suelen ser fiebre, astenia, anorexia, malestar general y pérdida de peso. (12)

2.1.5.2 Pruebas complementarias

2.1.5.2.1 Prueba de laboratorio

Es importante conocer valores nutricionales de la albúmina de la vitamina B12, cuyos valores bajos se relacionan con un íleo afectado. La anemia ferropénica suele ser un hallazgo frecuente. En la actualidad se utilizan marcadores de inflamación como son lactoferrina y calprotectina fecal, los cuales no son considerados específicos para EC, pero según estudios han ayudado en el diagnóstico y seguimiento en la evolución de los pacientes. (16)

2.1.6 Endoscopia e histología

La ileocolonoscopía que incluya la toma de muestra de 2 biopsias de íleon y recto es considerada la herramienta primordial para el diagnóstico definitivo de EC. Las características típicas son una inflamación parcheada que altera la mucosa del íleo terminal y segmentos del colon, por lo general el recto no se ve alterado. Suelen observarse pequeñas aftas junto con úlceras lineales y serpinginosas con apariencia en empedrado. El estudio histológico muestra inflamación crónica, parcheada y transmural, que presenta un aumento de linfocitos acompañados

de células plasmáticas. La EII además de sus manifestaciones propias del sistema digestivo, puede presentar clínica extraintestinal, como lo es el eritema nodoso, colangitis esclerosante, artritis periférica, aftas bucales y pioderma gangrenoso. (17)

2.1.6 Colitis ulcerosa

Los signo y síntomas que sugieren una CU son dolor abdominal, fiebre, urgencia fecal, acompañados o no de clínica extraintestinal como psoriasis, eritema nodoso, colangitis esclerosante primaria y uveítis. Esta patología tiene su inicio en la unión anorrectal y luego en el colon. (18)

2.1.6.1 Endoscopia e histología

La manera de diagnosticar la CU es uniendo la clínica con los hallazgos endoscópicos e histológicos característicos de la biopsia. La endoscopia suele presentar una lesión continua que inicia en la unión anorrectal que avanza proximalmente sin continuidad. La mucosa tiene un aspecto granuloso, eritematoso, sangrante a la presión con una trama vascular evidente.

La biopsia revela un epitelio no diferenciado, glándulas distorsionadas, además la presencia de criptitis debido a polimorfonucleares y granulomas faltantes.

Según la clasificación de Montreal se puede clasificar a la CU en tres tipos según la extensión:

- Proctitis (30-60%): se afecta el recto, puede llegar a afectar el sigmoides denominándose proctosigmoiditis.
- Colitis izquierda (16-45%): se inflama la mucosa desde el recto en dirección al ángulo esplénico.
- Colitis extensa (15-35%): la lesión sobrepasa el ángulo esplénico.
Pancolitis: se llegar a afectar incluso el ciego.

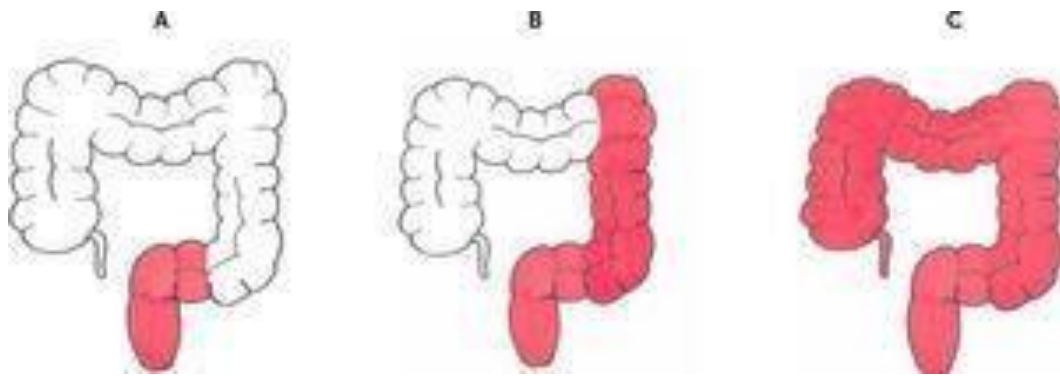


Imagen 3.

Lesiones del intestino grueso en la colitis ulcerosa

A: Proctitis. B: Colitis izquierda. C: Colitis extensa o pancolitis.

Fuente: Franken et al., 2021

Para clasificar la CU según la gravedad existe la clasificación de Mayo, la cual posee un parámetro endoscópico, al cual se le otorga un valor de 0 a 3 puntos (0 = normal, 1 = eritema, 2 = erosión, 3 = ulceración) y el UCEIS (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity) de 0-8. Los parámetros del UCEIS hacen referencia a la presencia de ulceración, visibilidad de la trama vascular y presencia de sangre. Un puntaje ≤ 2 indica enfermedad inactiva, entre 2 y 4 indica gravedad baja, entre 5 y 6 orienta a gravedad moderada y una puntuación entre 7 y 9 indicaría una enfermedad grave. Según estudios actuales, el 50% de los pacientes no han presentado clínica de la enfermedad después de 10 años de su diagnóstico. Un 40 % se ha mantenido en un período de agudización y remisión de su cuadro, y un 10% ha permanecido en una etapa crónica. (18)

2.1.6.2 Estudio radiológico

En la EII los métodos diagnósticos de imágenes complementarios para un adecuado diagnóstico son la ecografía, la resonancia magnética (RM), o la tomografía computarizada (TC), sirven para una mayor precisión de la extensión y localización de las lesiones, junto con ello, permite el reconocimiento de la existencia de fístulas o estenosis. Se debe tener en cuenta que la EII representa un alto riesgo de cáncer de colon, esto se dará según factores como extensión y lapso de la patología, junto con antecedentes de cáncer de colon en la familia, la

presencia de colangitis esclerosante y alteración en la parte histológica. (17)

2.1.5.2 PSORIASIS

El diagnóstico de la psoriasis es enteramente clínico, se complementa con pruebas como el raspado metódico de Broc que se basa en tres signos propios de esta patología: signo de Auspitz (es patognomónico), signo de la mancha de cera (o de la bujía), y fenómeno de la membrana epidérmica (membrana de Duncan-Dulckley). En algunos casos se pueden encontrar signos como el halo de Woronoff y fenómeno de Koebner, que son áreas psoriásicas en zonas de piel sana que han sido sometidas a traumas. Prurito, tumefacción y dolor en las articulaciones pueden presentarse en algunos pacientes. El porcentaje corporal afectado indica la severidad del cuadro clínico, otorgando un porcentaje según la longitud de la lesión, si es menor al 5% se considera leve, mayor o igual a 5% y menor al 10% se clasifica como moderado y mayor al 10% ya es un caso de psoriasis severo. (19)

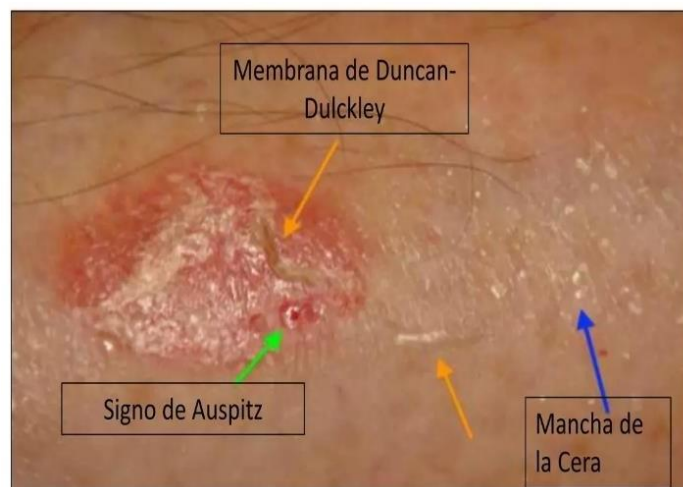


Imagen 4. Signos encontrados en el raspado metódico de Broc: Signo de Auspitz. Mancha de cera o signo de la bujía. Signo de Duncan- Buckley.

Fuente: Didac Barco et al., 2023

Exámenes de laboratorio

Se pueden obtener resultados como valores elevados del ácido úrico y de la velocidad de sedimentación globular, anemia leve, entre otros. Sin embargo, no suele haber parámetros alterados.

Estudios de imágenes

La radiografía suele ser necesaria solo en casos de dolor articular que persista en el tiempo y sugiera una artropatía psoriásica. (19)

Estudio histológico

Para un diagnóstico definitivo se realiza una toma de biopsia la piel lesionada para su respectivo análisis anatómico-patológico. (20)

Es importante diferenciar los diferentes tipos de psoriasis y sus posibles complicaciones para un óptimo tratamiento, por ello se detallan a continuación:

La psoriasis vulgar, se observa en un 90% de casos. Presenta placas simétricas eritematosas y descamativas ubicadas en cuero cabelludo, glúteos, región lumbosacra. La psoriasis ungueal afecta al 80% de los pacientes. Suele relacionarse con mayor gravedad de la enfermedad ya que podría llegar a desarrollar artritis psoriásica afectando así la funcionalidad de las articulaciones y por ende la calidad de vida del paciente. Cuando lesiona la matriz suele presentar leuconiquia, piqueteado/pitting, distrofia de la lámina manchas rojas en la lúnula, si afecta el lecho conlleva a manchas de aceite o salmón e hiperqueratosis subungueal, hemorragias en astilla y onicólisis. La psoriasis guttata (en gotas) se caracteriza por tener pápulas de 0.5 a 1.5 cm, que se ubican con frecuencia en la parte más proximal del tronco y de las extremidades. Los pacientes adultos jóvenes son los más afectados. La psoriasis inversa (flexora) presenta un eritema con brillo con límites bien definidos que se localiza en los pliegues de mayor diámetro como la región genitocrural, el cuello y las axilas con poca descamación. Psoriasis eritodérmica es la forma generalizada que afecta cara, tronco, extremidades, manos, pies y uñas. Su principal complicación es la vasodilatación que provoca hipotermia o hipertermia, incluso presentan edema en extremidades inferiores. La psoriasis pustulosa (Von Zumbush) es poco frecuente, su característica es la presencia de fiebre junto con la presencia súbita de pústulas estériles de 2 mm de diámetro que se ubican en el tronco y extremidades, palmas y plantas, e incluso en el lecho ungueal. Se asocia al cese del tratamiento con corticoesteroides o infección anteriores. (19)



Imagen 3. Tipos de psoriasis: 1. Psoriasis en placas. 2. Psoriasis guttata o en gotas. 3. Psoriasis invertida. 4. Psoriasis eritrodérmica. 5. Psoriasis pustulosa. 6. Psoriasis ungueal.

Fuente: Guerrero Sotelo, 2020

2.1.6 TRATAMIENTO

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

El tratamiento para la EII es individual para cada paciente identificando la delimitación, la gravedad, grado de afectación, la evolución con respecto a la respuesta del fármaco de la patología y el cuadro clínico de la patología. Se tiene como objetivo principal controlar la remisión sin el uso de glucocorticoides, evitar un procedimiento quirúrgico, lograr que la mucosa cicatrice, y de manera enérgica, que la calidad de vida del paciente sea la óptima. En las siguientes líneas enlistamos los tratamientos para la EII según la literatura actual. (5)

Tratamiento nutricional

Consiste en un aporte adecuado de ingesta proteica debido a que la EII aumenta considerablemente el catabolismo lo cual conlleva a un elevado gasto de la energía del organismo. Se prioriza en momentos previos a la cirugía. (5)

Cese del tabaco

Primordialmente en pacientes con EC, en donde se debe para el uso del tabaco y por consiguiente lograr que el paciente forme parte de programas de rehabilitación. (17)

Antibióticos

Son prescritos en casos donde se ha demostrado enfermedad perianal o la existencia de una sobrepoblación bacteriana. Estudios actuales han demostrado la eficacia en la remisión de la rifaximina en dosis de 800 mg/día, sin embargo, aún son necesarios más estudios para poder recomendar este fármaco de forma generalizada. (5)

5-aminosalicilatos

En este grupo de fármacos se incluye a la mesalazina. Estudios revelan que estos fármacos han demostrado proporcionar una ligera mejoría a nivel del colon al administrarse como terapia de mantenimiento mediante vía oral, a pesar de aquello, aún se precisan más estudios para poder ser prescritos de manera rutinaria. (17)

Glucocorticoides

Se utilizan en fase activa de la EII, se administra budesonida vía oral cuando la lesión se localiza a nivel ileocecal, este fármaco es ideal ya que actúa localmente y presenta baja disponibilidad, solo el 10% atraviesa hacia la circulación sistémica. En casos donde la budesonida no proporcione los resultados esperados o la lesión se encuentre en otro sitio, es recomendable administrar prednisolona. La disminución de la dosis del fármaco debe ser escalonada en un lapso de 8 y 12 semanas a fin de impedir alguna reagudización. Si el cuadro

clínico no evoluciona satisfactoriamente se opta por la hospitalización del paciente para el inicio de corticoides endovenosos. Los suplementos orales de vitamina D, calcio y potasio deben iniciarse cuando el tratamiento sobrepasa las 6 semanas de duración. (5)

Inmunomoduladores

Son útiles en el tratamiento de mantenimiento porque su efecto se da de manera lenta. Evitan el número de recaídas en un 50% de los casos. Cuando se ha llegado a la remisión de la primera etapa activa de la patología la azatioprina por vía oral se encuentra entre la mejor opción. En pacientes que no la toleren se prescribe mercaptopurina, con excepción a pacientes con pancreatitis o citopenia. La tiopurinas en pacientes menores de 35 años y adultos mayores han reportado casos con aumento de riesgo de linfoma, displasia cervical y cáncer de piel. En casos de su intolerancia se opta por el metotrexato por demostrar remisión en la mitad de los casos, sin embargo, se ve limitado por sus efectos secundarios como vómitos, diarreas, entre otros. (3)

Anti – factor de necrosis tumoral (anti-TNF)

Se utilizan como tratamiento de segunda línea cuando se presenta dependencia a los corticoesteroides. En la lista constan el certolizumab, infliximab y adalimumab, los cuales poseen similar efectividad y efectos adversos, su uso dependerá del criterio médico, el costo económico y la disponibilidad en la casa de salud correspondiente. En casos de recaídas graves en pacientes con tratamiento de inmunodepresores se recomienda la administración de un anti-TNF; según estudios el esquema terapéutico con mayor eficacia es la azatioprina y el infliximab, esta combinación ha reportado aumento del porcentaje de remisión sin necesidad de esteroides junto con la cicatrización de la mucosa. Evidencia actual ha demostrado que el inicio del tratamiento con anti-TNF durante los primeros 2 a 5 años presenta una mayor resolución. A pesar de ellos, este tipo de tratamiento tiene problemas para los pacientes, uno de ellos con las infecciones oportunistas, razón por la cual es de vital importancia verificar el estado inmunitario del paciente antes de iniciar la terapia. Se considera indispensable estar al día en vacunas como la vacuna contra el neumococo, conservar una correcta higiene dental, excluir la presencia de tumores. Una de

las principales desventajas de este tipo de fármacos es que pueden ocasionar aumento de infecciones oportunistas; es por ello que es de suma importancia que antes de iniciar el manejo con anti-TNF se debe verificar una inmunización adecuada del paciente, teniendo al día las vacunas, añadiendo la vacuna contra el neumococo, descartando tuberculosis latente, asegurar una adecuada higiene bucodental y descartar tumores. (5)

Tratamiento quirúrgico

EL tratamiento quirúrgico se basa en el estado de agravamiento del cuadro clínico de la EII. En la CU se habla que solo un 10 – 20% necesitará un algún tipo de procedimiento quirúrgico de urgencias y esto será solo en el caso de la presencia de una colitis fulminante cuya evolución sea desfavorable y comprometa la vida del paciente, por otro lado, existen las cirugías programadas en el caso de un cáncer colorrectal. El panorama cambia cuando hablamos de la EC, ya que esta patología requiere de varias intervenciones quirúrgicas durante su evolución, por ello debe ser manejada con un equipo multidisciplinario para precautelar la calidad de vida de los pacientes. Los principales indicadores son rechazo a la terapéutica médica, complicaciones como hemorragia masiva, obstrucciones, entre otras, tratamiento de neoplasia a nivel colorrectal, etc. La recuperación postquirúrgica debe ser manejada según cada paciente, por ejemplo en placientes que tengan enfermedad ileocólica con patrón fistulizante o que ha tenido resección anterior y además sean fumadores activos, se sugiere aplicar un tratamiento con anti-TNF o con inmunomoduladores 2 a 3 semanas posteriores a la cirugía. Se indica que a los 3 y 6 meses después de la cirugía se realice un control por vía endoscópica. (3) (5)

PSORIASIS

El tratamiento inicial de la psoriasis se basa el uso de corticoesteroides de uso tópico. En el siguiente texto se detallará el tratamiento para cada tipo de psoriasis. (21)

Tipo de psoriasis	Terapéutica
Vulgar	Se la trata con corticoesteroides, fármacos derivados de la vitamina D, retinoides y agentes biológicos
Guttata	Su tratamiento incluye pulsos con luz ultravioleta.
Inversa	Suele responder de manera satisfactoria al tratamiento con corticosteroides tópicos, agentes biológicos, análogos de vitamina D y a la fototerapia.
Eritrodérmica	Este tipo de psoriasis requiere tratamiento sistémico el cual debe ser llevado a cabo en hospitalización.
Pustular	En cuadros generalizados se utiliza un tratamiento a nivel sistémico de soporte.

Tabla 1. Terapéutica de los tipos de psoriasis

Fuente: Gudiño, 2022

Terapia tópica

Este tipo de terapia se utiliza en casos leves. Como primera línea están los corticoesteroides, con predominio de la hidrocortisona, dipropionato de betametasona o propionato de clobetasol. De igual manera se reporta el uso de acetona de triamsinolona en presentación acuosa, derivados de la vitamina D como el calcipotrieno. (21) (17)

Rehabilitación sistemática

Preferida en terapias incapacitantes moderadamente graves (por ejemplo, pustulosas o artropáticas) que no muestran respuesta positiva al esquema tópico. Se conocen dos tipos de administración: terapia radiante y terapéutica sistémica por vía oral. El tratamiento sistémico provoca un alto número de

efectos secundarios por ello debe ser observado por un especialista de la piel.
(21) (1)

Terapias radiantes (Fototerapia)

Se utilizan con frecuencia en la psoriasis de moderada a grave cuando existen placas de gran diámetro. La radiación UVB con banda extensa de 290 – 320 nm es la más frecuente con resultados seguros y eficaces. (22)

Terapia sistémica vía oral

Utilizada en situaciones donde el tratamiento tópico no muestra resultados positivos. Suele indicarse en casos moderados o severos de psoriasis, en psoriasis pustulosa tanto localizada como generalizada, artropatía psoriásica, eritrodermia psoriásica y en casos discapacitantes de manos, pies, genitales, ungueal y cara. Entre los fármacos más utilizados tenemos:

Fármaco	Indicaciones
Metotrexato	Considerado el esquema más seguro, su dosis va desde 2.5 a 5 mg dividido en 3 dosis cada 12 h una vez a la semana con un máximo de 7.5 a 15 mg/semana, se reportan casos como mejoría luego de la 6 a 8 semana se su uso.
Cicloporina	La ciclosporina se administra a una dosis de 3 a 5 mg/kg/ día.
Acitretina	Su mecanismo de acción se basa en la propagación y diferenciación de los queratinocitos que conlleva a la disminución del factor de crecimiento del endotelio, salida de la epidermis de

	TNF-a y por consiguiente se inhibe la respuesta Th17.
--	---

Tabla 2. Terapia sistémica vía oral en la psoriasis.

Fuente: Carranza, 2022

2.1.7 ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y LA PSORIASIS

La EII y la psoriasis se asocian de manera directa, tanto en la parte patogénica como en la genética, esto se traduce en el aumento de la prevalencia de la EII en paciente con artritis psoriásica. Los pacientes con diagnóstico de psoriasis poseen un 1,70 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad de Crohn, mientras que un 1,75% de padecer una colitis ulcerosa. (2)

La psoriasis tiene factores predisponentes, los cuales según estudios basados en el genoma, son los genes PSORS1 [OMIM 177900], IL12B [OMIM 161561] e IL23R [OMIM 607562]). Mientras que en la EII se han encontrado loci denominados IBD del 1 al 9. (3) (11)

Según investigaciones se ha encontrado una relación causal entre la EII y psoriasis, específicamente la artritis psoriásica (APs), además la enfermedad de Crohn (EC) parece tener relación con la psoriasis total y la Aps. Por ello, la comprensión detallada sobre los tipos de psoriasis y EII son relevantes para el adecuado manejo de estas patologías. (3) (4)

Esta correlación se manifiesta se da por un desequilibrio inmunológico común representado por el aumento de las citoquinas proinflamatorias: factor de necrosis tumoral (TNF) – alfa y las células Th17 activadas. Junto con ello se denota una sensibilidad genética añadida, además de polimorfos de ADN. Estudios actuales han demostrado que la principal molécula patogénica en la psoriasis es la IL175, la cual la fabrican o liberan los mastocitos y linfocitos T

gamma-delta residentes y polimorfonucleares en la inmunidad innata, y los linfocitos T cooperadores (Th17) y linfocitos CD 8+ (Tc17, que prevalece en la epidermis de las lesiones de psoriasis) en la adquirida. Adicional a esto, la psoriasis y la EII comparten el cromosoma 16 como loci de susceptibilidad común. La alteración del microbiota junto a alguna disfunción en la parte inmunológica, podría dar origen a las dos patologías, sin embargo, no suelen manifestarse al mismo tiempo, pero sí en un lapso considerable. (5) (6)

Adicional a ello, se han detectado genotipos, desarrollo de la clínica y características relacionadas con la parte inmunológica, que comparten tanto la psoriasis con la EII. Los genes IL23R e IL12B y el locus cromosómico 6p21 se incluyen en estos hallazgos. Los niveles altos de IL-17 en la psoriasis y la EII ha sido involucrados en la fisiopatología inmunológica de ambas patologías. A pesar de ello, aun no existe una relación clara entre estas enfermedades. Los avances en el tratamiento de la psoriasis y la EII han tenido importantes resultados, esto se debe a que comparten las vías inflamatorias y esto permite un tratamiento simultáneo de ambas patologías, principalmente con productos biológicos enfocados en el TNF- α e IL-12/23. La principal preocupación radica en que estos medicamentos que inhiben la vía de IL-17 y son eficaces en el tratamiento de la psoriasis, pueden empeorar la clínica de la EII. Recientes estudios sobre el uso del ixekizumab a largo plazo (3 años) han reportado efectos secundarios como candidiasis mucocutáneas. (7)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA

3.1.2 LUGAR

Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, Av. del Bombero, Guayaquil 090615.

3.1.3 PERIODO

Enero de 2020 a junio de 2023.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Según la intervención del investigador es observacional ya que no hubo intervención en las variables estudiadas, según la planificación de la toma de datos es retrospectivo porque la información fue tomada de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de EII y psoriasis atendidos en consulta externa del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de enero de 2020 a junio de 2023. Adicionalmente, es transversal y analítico debido a que se realizó una sola toma de las variables relacionadas con la EII y la psoriasis.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En esta investigación se realizó la debida solicitud vía correo electrónico a docencia del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos, con la aprobación del área de docencia se envió petición de autorización al departamento de TICS que solicitó la debida autorización a los departamentos de Gastroenterología y Dermatología para el uso de la base de datos correspondiente.

al que se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a realizar una revisión detallada de las historias clínicas y evoluciones registradas en el Sistema Integrado de Información de Salud (AS400) del HGNGC durante el período de enero de 2020 a junio de 2023. Los datos obtenidos se ingresaron en

una hoja de Microsoft Excel en la versión 2019 tomando en cuenta el cuadro de variables, posterior a ello se ordenó toda la información para su respectivo análisis, con ayuda del software estadístico IBM SPSS® Statistics 25.0 se realizaron las tablas cruzadas según los objetivos expuestos, y sus respectivos gráficos. Se presentaron frecuencias y porcentajes para cada variable y la prueba de asociación de variables con “Chi cuadrado”. Además, se hizo uso de medidas centrales: media, mediana y moda; del mismo modo se emplearon medidas de dispersión como la desviación estándar para las variables cuantitativas de la investigación.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

Se recopiló una población de 790 pacientes con los diagnósticos correspondientes a los códigos CIE-10: L400, L401, L404, L408, L409, que fueron atendidos en consulta externa en los servicios de Gastroenterología y Dermatología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo de enero de 2020 a junio de 2023. Se seleccionaron los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que se detallan a continuación:

3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 a 60 años
- Pacientes con diagnóstico CIE-10 de L400, L401, L404, L408, L409,
- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Pacientes atendidos en consulta externa en el servicio de Gastroenterología y Dermatología en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo de enero de 2020 a junio de 2023.

3.4.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas

3.4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

De la población total conformada por 790 pacientes, se realizó el cálculo de tamaño de muestra para población finita utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

Se obtuvo un tamaño muestra de 259 pacientes, que representan al subconjunto de la población con el cual se realizó nuestro trabajo de investigación, con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.

3.4.4 MÉTODO DE MUESTREO

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio.

3.4.5 OPERABILIDAD DE LAS VARIABLES

<i>Nombre Variables</i>	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
<i>Psoriasis</i>	Examen físico	Variable categórica nominal dicotómica	-Presencia de características clínicas -Ausencia de características clínicas
<i>Tipo de EII</i>	Historia clínica	Variable categórica nominal dicotómica	-Enfermedad de Crohn -Colitis ulcerosa
<i>Edad</i>	Historia clínica	Variable numérica intervalo discreto	Años
<i>Sexo</i>	Historia clínica	Variable categórica nominal dicotómica	-Masculino -Femenino
<i>Manifestación de EII</i>	Historia clínica	Variable categórica nominal dicotómica	-Antes de la manifestación de la psoriasis -Después de la manifestación de psoriasis
<i>Índice de la severidad del área de psoriasis (PASI)</i>	Examen físico	Variable categórica nominal politómica	-Leve PASI <7 -Moderado PASI de 7-15 -Severo PASI > 15

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

La muestra de nuestro estudio fue de 259 pacientes diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis. Según los objetivos planteados, a continuación, se describen los resultados de la presente investigación.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON PSORIASIS:

Tabla 1. Prevalencia de la EII según la edad

		Estadístico	Error estándar	
EDAD	Media	45,05	,639	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	43,79	
		Límite superior	46,31	
	Mediana	46,00		
	Varianza	105,590		
	Desv. Estándar	10,276		
	Mínimo	19		
	Máximo	60		
	Rango	41		
	Rango intercuartil	16		

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Gíomar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 1 se observó que, según los resultados de este estudio, el rango de edad de pacientes va de 19 a 60 años, la edad promedio es de 45,05 años, con una mediana de 46 años y una desviación estándar de 10,27 años.

Gráfico 1. Representación de la EII según la edad

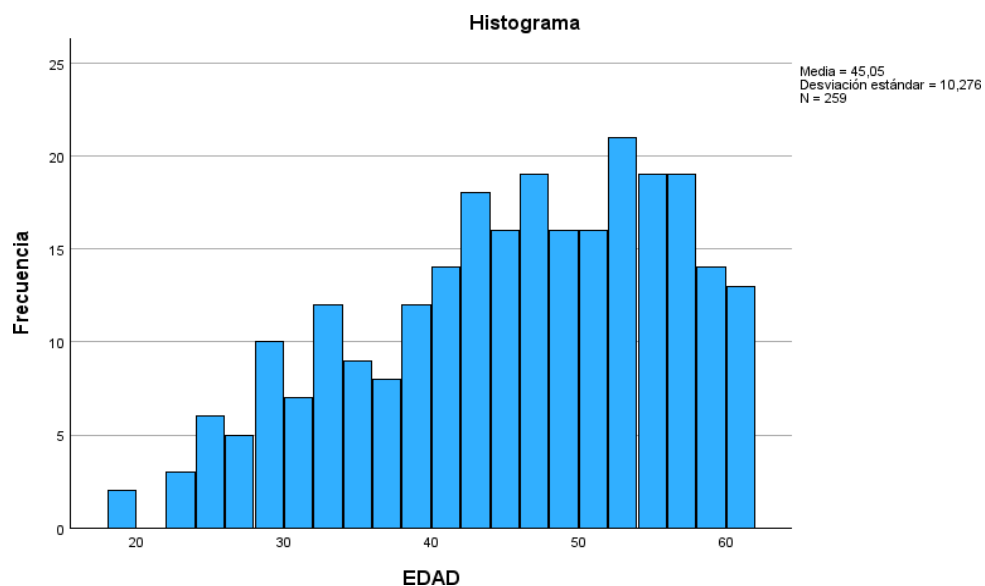


Tabla 2. Prevalencia de la EII según grupos etarios

TABLA CRUZADA GRUPO DE EDAD - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Recuento

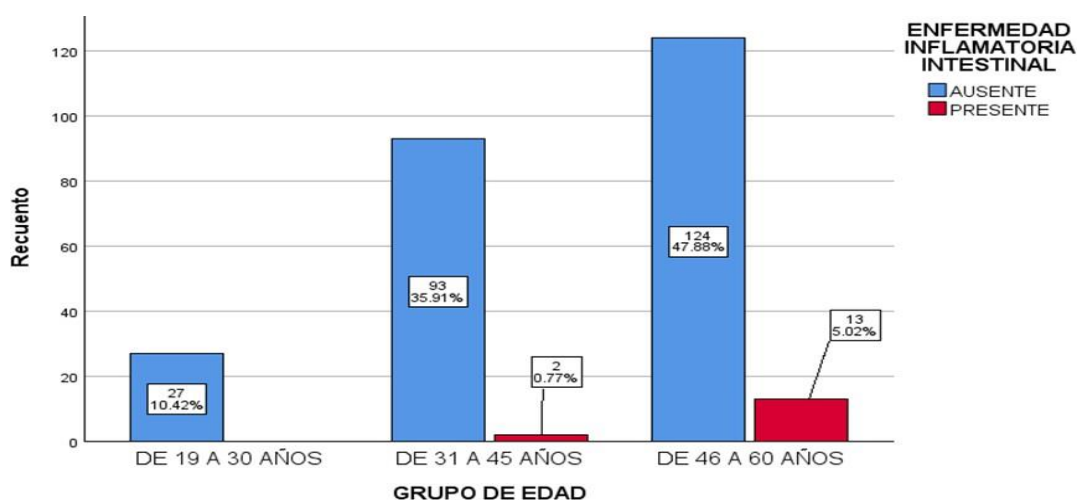
		ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		Total
		AUSENTE	PRESENTE	
GRUPO DE EDAD	DE 19 A 30 AÑOS	27	0	27
	DE 31 A 45 AÑOS	93	2	95
	DE 46 A 60 AÑOS	124	13	137
Total		244	15	259
Chi-cuadrado de Pearson		X = 7.459 ^a		P= 0.024 (<0.05)

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Giómar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 2 se observa que, en el estudio, el rango de edad en esta población va de 19 a 60 años. La edad promedio fue de 45,05 años, con una mediana de 46 años y una desviación estándar de 10,27 años. La EII se presentó en un 5,79% de la muestra, de este porcentaje un 5.02% se presenta en el rango de 46 a 60 años. No se evidenciaron casos de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis dentro del rango de 19 a 30 años.

Gráfico 2. Representación de la prevalencia de EII según edad



P=0.024

Tabla 3. Prevalencia según sexo

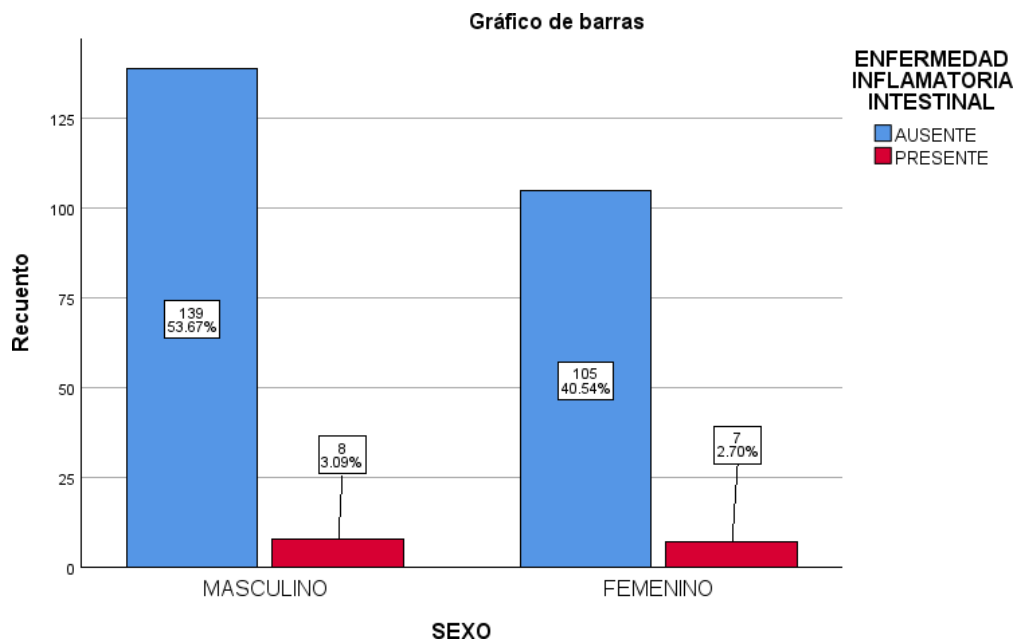
TABLA CRUZADA SEXO - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Recuento

		ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		Total
		AUSENTE	PRESENTE	
SEXO	MASCULINO	139	8	147
	FEMENINO	105	7	112
Total		244	15	259
Chi-cuadrado de Pearson		X = 0.076 ^a		P= 0.783 (>0.05)

En la tabla 3 se observa la prevalencia de EII en pacientes con psoriasis según el sexo. En los resultados se observa que un 3.09% corresponde a pacientes masculinos con psoriasis y EII presente, y un 2.70% a pacientes femeninas.

Gráfico 3. Representación de la prevalencia de EII según sexo



P= 0.783

FACTORES ASOCIADOS

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis según factores asociados.

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	NO PRESENTA	105	10.5
	OBESIDAD	52	5.2
	CONSUMO DE ACOHOL	2	.2
	CONSUMO DE TABACO	2	.2
	ESTRES PSICOLOGICO	42	4.2
	ANTECEDENTES FAMILIARES	7	.7
	OBESIDAD Y ESTRES	23	2.3
	OBESIDAD, ESTRES Y CONSUMO DE TABACO	3	.3
	CONSUMO DE TABACO Y ESTRES	4	.4
	CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTRES	1	.1
	OBESIDAD, ESTRES, ANTECEDENTES FAMILIARES Y CONSUMO DE TABACO	2	.2
	OBESIDAD Y CONSUMO DE TABACO	5	.5
	OBESIDAD, ESTRES Y CONSUMO DE ALCOHOL	1	.1
	ESTRES Y ANTECEDENTES FAMILIARES	2	.2
	OBESIDAD Y ANTECEDENTES FAMILIARES	3	.3
	CONSUMO DE TABACO Y ANTECEDENTES FAMILIARES	1	.1

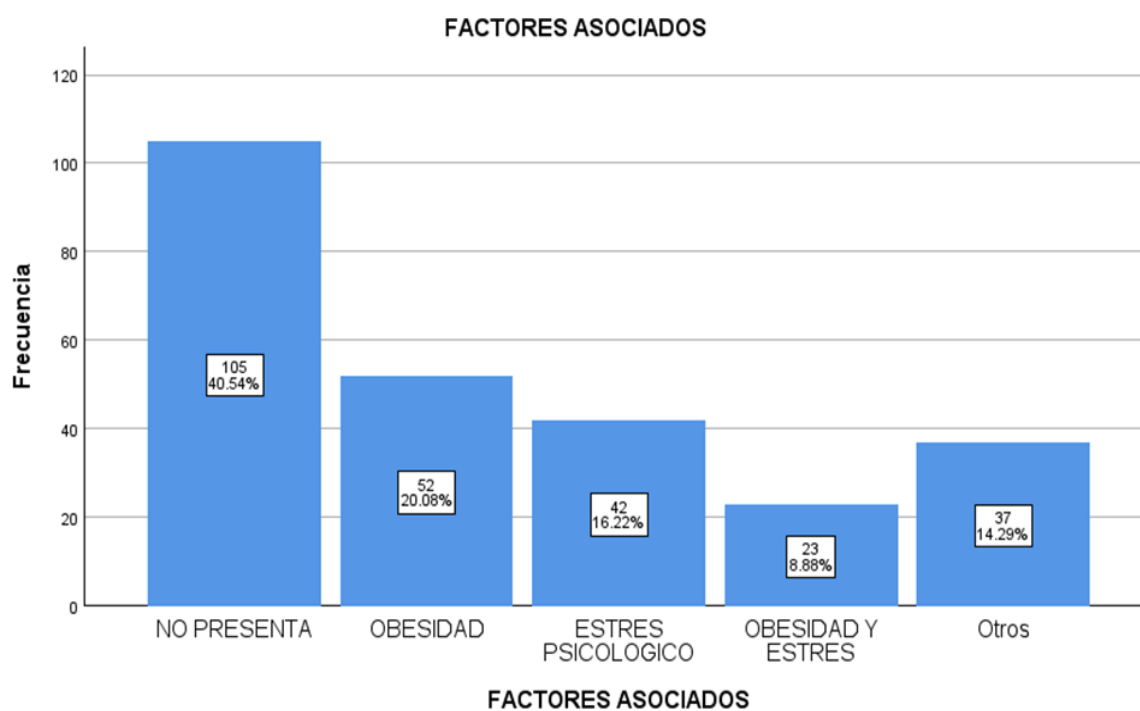
	CONSUMO DE TABACO, ANTECEDENTE FAMILIAR Y ESTRES	2	.2
	CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	1	.1
	OBESIDAD, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTRÉS	1	.1
	Total	259	25.9
Perdidos	Sistema	740	74.1
Total		999	100.0

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Gíomar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 4 se observa que de la muestra, 40.54% de los pacientes no registraron factores de riesgo asociados, el 20.07% reportaron obesidad, el 16.2% estrés psicológico, el 8.88% obesidad y estrés, y un 14.28% reporto otro tipo de factores como consumo de tabaco, consumo de alcohol.

Gráfico 4. Representación según frecuencia y porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis según factores asociados.



TIPOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MÁS FRECUENTES

Tabla 5. Relación entre los tipos de enfermedad inflamatoria intestinal y pacientes con psoriasis.

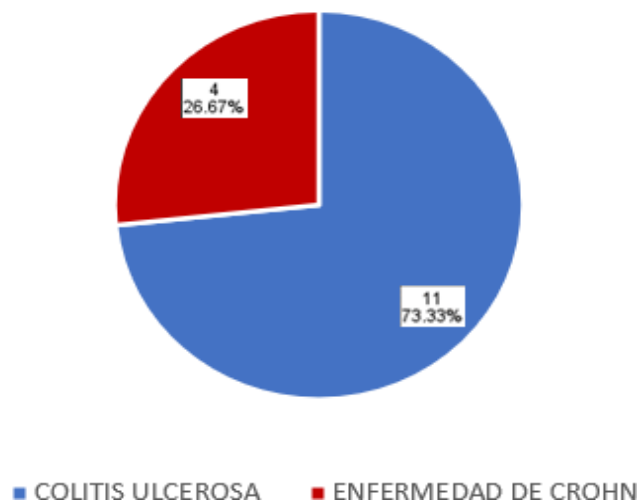
TIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	NO PRESENTA	244	94.22
	COLITIS ULCEROSA	11	4.24
	ENFERMEDAD DE CROHN	4	1.54
	Total	259	100

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Giómar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 5 se observa la relación entre los tipos de EII: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, en pacientes con psoriasis. Se observó que del total de pacientes un 73,3% representa de colitis ulcerosa, mientras que un 26,67% a la enfermedad de Crohn.

Gráfico 5. Representación de la relación entre los tipos de enfermedad inflamatoria intestinal y pacientes con psoriasis.



GRAVEDAD DE LA PSORIASIS EN LA MUESTRA

Tabla 6. Prevalencia de la gravedad de la psoriasis en la muestra

INDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	LEVE	199	79.83
	MODERADO	41	15.83
	GRAVE	19	7.33
	Total	259	100

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Gíomar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 6 se describe la prevalencia de la gravedad de la psoriasis en la muestra. Se observa que dentro de la severidad leve hubo un 79.33% seguido de moderado con un 15.83% y grave con un 7.33%.

Gráfico 6. Representación de la prevalencia de la gravedad de la psoriasis en pacientes con EII

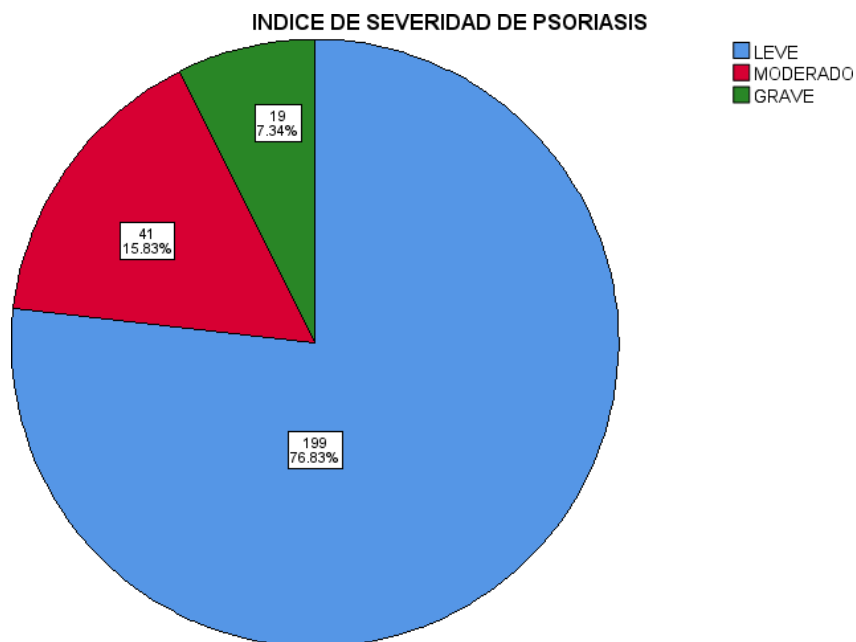


Tabla 7. Relación entre la severidad de la psoriasis y la presencia o ausencia de la EII

TABLA CRUZADA INDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Recuento

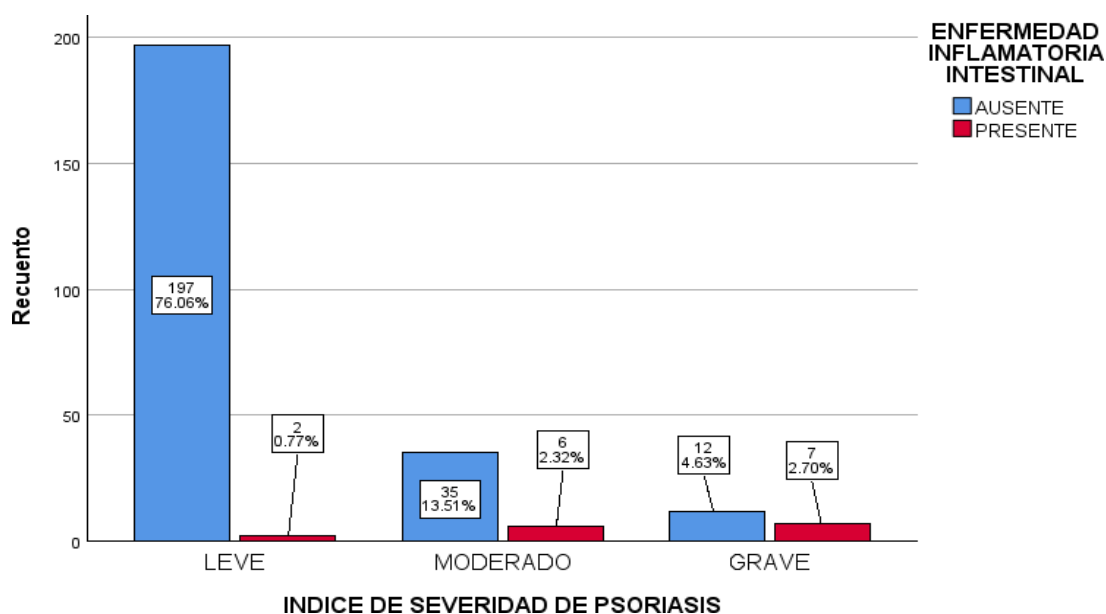
		ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		Total
		AUSENTE	PRESENTE	
INDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS	LEVE	197	2	199
	MODERADO	35	6	41
	GRAVE	12	7	19
Total		244	15	259
Chi-cuadrado de Pearson		47.807 ^a		.000

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Giómar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 7 se observa que los pacientes con EII presente, tuvieron mayor prevalencia cuando el índice de severidad de psoriasis fue grave con un 36.84%, seguido del grupo de severidad moderada con 14.63% y el grupo de severidad leve de psoriasis con un 0.77%

Gráfico 7. Representación de la relación entre la severidad de la psoriasis y la presencia o ausencia de la EII



P= .000

Tabla 8. Tiempo de aparición de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente con psoriasis

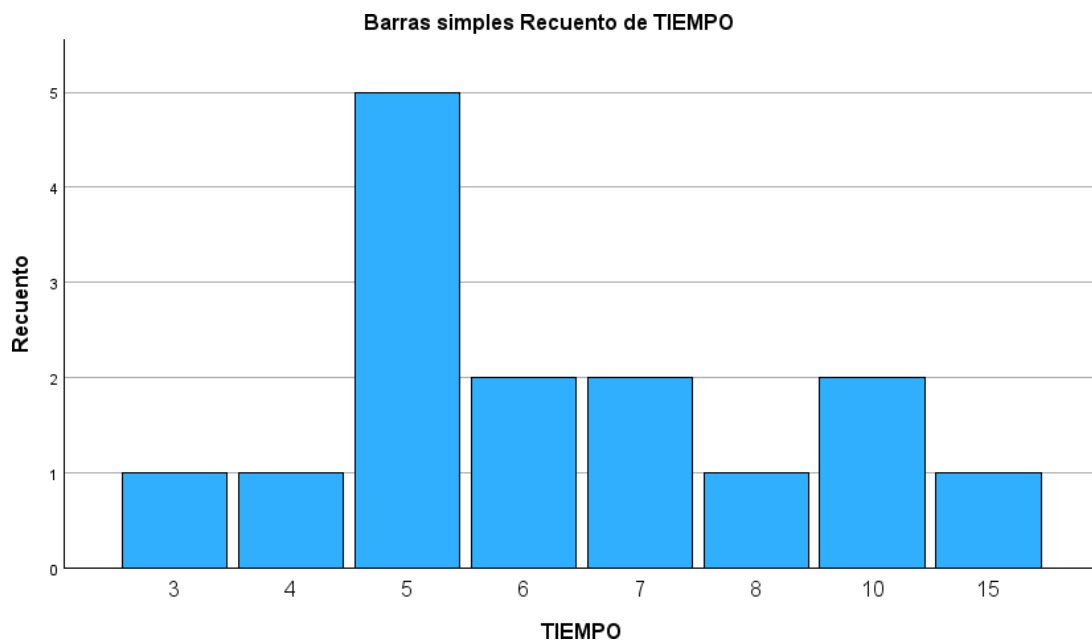
Media	6.73
Mediana	6.00
Moda	5
Desv. Desviación	3.035
Mínimo	3
Máximo	15

Fuente: Base de datos del HGNGC

Elaborado por: Crespo Rojas Gómar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse

En la tabla 8 se observa que el tiempo promedio de aparición de la EII en la muestra es de aproximadamente 6.73 años con una mediana de 6.00 años. El tiempo de aparición más común es de 5 años. La desviación estándar es de aproximadamente 3.035, lo que indica la variabilidad en los tiempos de aparición. El tiempo mínimo de aparición registrado es de 3 años y el tiempo máximo de aparición es de 15 años.

Gráfico 8. Representación del Tiempo de aparición de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente con psoriasis



CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En la investigación de Vázquez Vázquez, M.E. y cols., en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (Ciudad de México, 2020), se determinó que el 7.5% presentaron EII, cifra cercana a nuestros resultados (5,79%). Además, en el mencionado trabajo predominó el sexo femenino con el 66.6% a diferencia de este trabajo, donde el sexo masculino predominó con 56,75%. En el estudio a colación, la edad promedio fue de 53.33 años, en comparación al presente estudio donde se identificó que la edad promedio fue 45 años. En cuanto al tiempo de evolución de la psoriasis, Vázquez et al. reportaron una media de 8.33 años de evolución de la psoriasis, mientras que el presente trabajo el tiempo promedio fue de 6.73 años. (31)

En esta muestra se observó que la colitis ulcerosa obtuvo un mayor porcentaje (73,3%), mientras que la enfermedad de Crohn obtuvo un 26,67%, resultados distintos al metaanálisis realizado por Fu Y, Lee C, Chi C. de JAMA Dermatology (Reino Unido, 2018), donde se reportó relación entre la psoriasis y la enfermedad de Crohn (IC: 95%). (32)

Los factores de riesgo más frecuentes reportados en la muestra fueron la obesidad (20.08%), estrés psicológico con (16.22%). Los mismos factores de riesgo se observaron en la investigación de Pasquel Soleto AK y cols. (Ecuador, 2014), en donde la diabetes (0.28%), y otros factores cardiovasculares (0.17%) tomaron protagonismo. (33)

Con respecto a la severidad de la psoriasis en esta muestra, el grupo con índice de severidad leve fue mayor con (79.83%). Sin embargo, los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tuvieron mayor prevalencia cuando el índice de severidad de psoriasis fue grave (puntuación >15) con el 2.70%, a diferencia del estudio de Maddalena Napolitano et. al., donde el grupo más prevalente según el índice de gravedad del área de la psoriasis fue el leve (puntuación 3.7). (34)

Dentro de las limitaciones presentadas en nuestra investigación se encontraron historias clínicas incompletas, lo cual limitó la tabulación de las variables.

En cuanto a las fortalezas del estudio, gracias al sistema AS400 pudimos recopilar de manera ágil y segura los datos necesarios desde enero de 2020 a junio de 2023 según los CIE-10 en cada paciente, esto permitió la clasificación de los tipos de la enfermedad inflamatoria intestinal y asociarlos con la psoriasis.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal de 5.79%.
- Los principales factores de riesgo asociados fueron la obesidad (20.08%) y el estrés psicológico (16.22%)
- La aparición de la EII es mayor en el grupo de 46 a 60 años; no se observó relación entre la presencia de EII y el sexo.
- El tipo de EII más frecuente fue la colitis ulcerosa (73,3%), seguido de enfermedad de Crohn (26.67%)
- La psoriasis grave está relacionada a la EII en un 36.84%
- El tiempo de evolución de la EII en pacientes con psoriasis fue de 6.73 años.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar historias clínicas completas donde se indique el índice de severidad de la psoriasis para su respectiva clasificación, ya que no todas las historias clínicas contaban con esta información.
- Se recomienda evaluaciones médicas enfocadas en el diagnóstico de EII en pacientes mayores de 46 años con síntomas relacionados a colitis ulcerosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García DMC, Mondragón DEYM, Perez DNT. Psoriasis, abordaje diagnóstico y tratamiento. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 6 de abril de 2023;7(2):1711-8.
2. Cueva Dobao PDL. Psoriasis en el siglo xxi. Perspectivas actuales. Más Dermatol. 1 de julio de 2021;(35):29-34.
3. Li Y, Guo J, Cao Z, Wu J. Causal Association Between Inflammatory Bowel Disease and Psoriasis: A Two-Sample Bidirectional Mendelian Randomization Study. Front Immunol. 2022;13:916645.
4. Mayorga Garcés A, Rodríguez Vélez V, Dávila Bedoya S, Andrade Zamora D, Carrillo Ubidia J, Ordoñez Arce M. Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana. Acta Gastroenterológica Latinoam [Internet]. 30 de marzo de 2020 [citado 8 de diciembre de 2023];50(1). Disponible en: <http://actagastro.org/epidemiologia-y-comportamiento-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-poblacion-ecuatoriana/>
5. Editor JO. JCAD | The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2021 [citado 9 de diciembre de 2023]. Updates in Psoriasis Management 2021. Disponible en: <https://jcadonline.com/updates-in-psoriasis-management-md-2021/>
6. Silva F, Gatica T, Pavez C. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. Rev Médica Clínica Las Condes. julio de 2019;30(4):262-72.
7. Long-term safety profile of ixekizumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: an integrated analysis from 11 clinical trials - Langley - 2019 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.15242>

8. Solís MJH, Redondo KFV, Carvajal MM. Psoriasis: visión general. Rev Medica Sinerg. 1 de noviembre de 2021;6(11):e732-e732.
9. García MSC, Naranjo GS. Terapia biológica en psoriasis: experiencia de siete años en un hospital de tercer nivel de Ecuador.
10. Hernández WMB, Esquivel FLS. Psoriasis: : Revisión bibliográfica. Rev Cienc Salud Integrando Conoc. 22 de junio de 2021;5(3):ág. 52-59.
11. Vista de La psoriasis como desorden común de la piel. Causas y tratamientos [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/497/757>
12. Solís MJH, Redondo KFV, Carvajal MM. Psoriasis: visión general. Rev Medica Sinerg. 1 de noviembre de 2021;6(11):e732-e732.
13. Vista de Psoriasis, diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/794/1186>
14. Meza-Ortiz CJ, Martínez-Vázquez SE, Yamamoto-Furusho JK. Asociación del consumo de fibra dietética con la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Estudio exploratorio en población mexicana. Gac Médica México. 3 de febrero de 2022;158(1):7440.
15. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin DT. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. Gastroenterology. octubre de 2021;161(4):1118-32.
16. Mehrmal S, Uppal P, Nedley N, Giesey RL, Delost GR. The global, regional, and national burden of psoriasis in 195 countries and territories, 1990 to 2017: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. J Am Acad Dermatol. 1 de enero de 2021;84(1):46-52.

17. González-Gay MA, González-Vela C, González-Juanatey C. Psoriasis: una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de septiembre de 2012;103(7):595-8.
18. Hernández WMB, Esquivel FLS. Psoriasis: : Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc*. 22 de junio de 2021;5(3):ág. 52-59.
19. Branisteanu DE, Cojocaru C, Diaconu R, Porumb EA, Alexa AI, Nicolescu AC, et al. Update on the etiopathogenesis of psoriasis (Review). *Exp Ther Med*. 1 de marzo de 2022;23(3):1-13.
20. García DMC, Mondragón DEYM, Perez DNT. Psoriasis, abordaje diagnóstico y tratamiento. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 6 de abril de 2023;7(2):1711-8.
21. Leopoldo Rodríguez Weber F, Díaz Greene EJ, Zertuche DL, Borbolla Schega I. Psoriasis e implicaciones cardiovasculares. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2021;19(2):253-7.
22. Iborra M, Fernández-de la Varga M, Beltrán B. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las formas agudas graves de colitis ulcerosa. *Medicine (Baltimore)*. 1 de mayo de 2020;13(11):635-41.
23. Torres-Soto SA, Silva-Quintero LA, Rojas-Zuleta WG. Marcha psoriásica: una mirada desde la fisiopatología hasta el riesgo cardiovascular. *Rev Colomb Reumatol [Internet]*. 21 de mayo de 2022 [citado 8 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812322000299>
24. Hedin CRH, Sonkoly E, Eberhardson M, Ståhle M. Inflammatory bowel disease and psoriasis: modernizing the multidisciplinary approach. *J Intern Med*. agosto de 2021;290(2):257-78.
25. Delgado KAC, Villavicencio AFM, Moncayo JLN, Hidalgo BRS. La psoriasis como desorden común de la piel. Causas y tratamientos. *RECIAMUC*. 3 de agosto de 2020;4(3):38-49.

26. Sicilia B, García-López S, González-Lama Y, Zabana Y, Hinojosa J, Gomollón F. Guía GETECCU 2020 para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Elaborada con metodología GRADE. Gastroenterol Hepatol. 1 de agosto de 2020;43:1-57.
27. Morales SSF, Orrego AMG. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Medica Sinerg. 1 de septiembre de 2021;6(9):e713-e713.
28. Castilho AC da S, Lopes C de OP, Salles BCC. Fisiopatologia da psoríase e seus aspectos imunológicos: uma revisão sistemática. Res Soc Dev. 30 de agosto de 2021;10(11):e256101119346-e256101119346.
29. Paniagua MB, Gutiérrez RM. Actualización en la terapéutica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Tratamientos biológicos y biosimilares. Segunda Parte. TIEMPOS Enferm SALUD. 2021;3(11):57-63.
30. Merino Gallego E, Gómez Torres K, Martínez Amate E. Debut de enfermedad inflamatoria intestinal secundaria a tratamiento con ixekizumab en paciente con psoriasis moderada de difícil manejo. Gastroenterol Hepatol. 1 de diciembre de 2020;43(10):622-3.
31. Vázquez Vázquez, M.E. Prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis en el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Tesis de especialización en Medicina Dermatología. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"; 2020. Citado el 15 de marzo del 2024. Disponible en. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000804826/3/0804826.pdf>
32. Fu Y, Lee C, Chi C. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel DiseaseA Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Dermatol. 2018;154(12):1417–1423. doi:10.1001/jamadermatol.2018.3631.

33. Pasquel Soletto AK. Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital "Dr. Luis Vernaza" 2000-2010 [tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Graduados; 2014.

34. Napolitano M, Testa A, Ferrillo M, Villani A, Balato N, Megna M, Nardone OM, Fabbrocini G, Castiglione F. Psoriasis Features in Patients with Inflammatory Bowel Disease. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Mar 28;7(6):1001-1003. doi: 10.3889/oamjms.2019.161. PMID: 30976349; PMCID: PMC6454185.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Crespo Rojas, Giómar Adrián**, con C.C: # 0929538692 y **Piedrahita Pincay, Fabiola Denisse**, con C.C: # 0922255260 autores del trabajo de titulación: **Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis entre 18 y 60 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la **SENESCYT** a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de mayo del 2024

f: 
Firmado electrónicamente por:
**GIOMAR ADRIAN
CRESPO ROJAS**

Crespo Rojas, Giómar Adrián
C.C: 0929538692

f: 
Firmado electrónicamente por:
**FABIOLA DENISSE
PIEDRAHITA PINCAY**

Piedrahita Pincay, Fabiola Denisse
C.C: 0922255260

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con psoriasis entre 18 y 60 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023		
AUTOR(ES)	Crespo Rojas Giómar Adrián, Piedrahita Pincay Fabiola Denisse		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	9 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	43
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, dermatología		
PALABRASCLAVES/ KEYWORDS:	Psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn		

RESUMEN: **Introducción:** La psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal son enfermedades inflamatorias crónicas que responden a factores ambientales, genéticos e inmunológicos. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca dos enfermedades como son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). La psoriasis constituye una afección inflamatoria crónica que impacta alrededor del 2-3% de la población global y se caracteriza por la presencia de placas enrojecidas y descamativas en la piel. La EII y la psoriasis se asocian de manera directa, tanto en la parte patogénica como en la genética, esto se traduce en el aumento de la prevalencia de la EII en paciente con artritis psoriásica. **Objetivo:** Evaluar la importancia de la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes diagnosticados con psoriasis. **Metodología:** Se realizó un estudio relacional, de tipo retrospectivo, observacional y transversal llevado a cabo en el área de consulta externa del servicio de Gastroenterología y Dermatología del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el período de enero de 2020 a junio de 2023, e Guayaquil, Ecuador. Se trabajó con una población de 790 pacientes con diagnóstico de psoriasis y EII, se realizó cálculo de tamaño de muestra y se obtuvo una muestra de 259 pacientes cuyas historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de EII, Índice de la severidad del área de psoriasis (PASI). Se realizó el análisis según los objetivos propuestos mediante la herramienta SPSS. **Resultados:** La enfermedad inflamatoria intestinal se presentó en un 5,79% de la muestra. El factor asociado más frecuente fue la obesidad con 20.08%, se observó mayor relación entre el grupo de 46 a 60 años y la presencia de EII ($p=0.024$), el tipo de EII con mayor porcentaje fue la colitis ulcerosa con 20.08%, Se observó mayor relación entre la psoriasis grave y la EII (grave: >15 puntos), el tiempo de evolución de la psoriasis fue de 6.73 años. **Conclusión:** Se determinó que la prevalencia de la EII en pacientes con psoriasis fue de un 5.79%, donde la colitis ulcerosa tuvo mayor porcentaje (73.3%). **Palabras claves:** Enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis, enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0993401322, 098471604	E-mail: g.cresporojas@gmail.com , fabiolapiedrahial@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Diego Antonio Vásquez Cedeño Teléfono: +593 98 274 2221 diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	