

Antecedente familiar, obesidad y tabaquismo como factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis

Family history, obesity and smoking as risk factors in adult people with psoriasis

Lucy Bartolo¹, Jenny Valverde^{2,3}, Percy Rojas^{3,4}, Dora Vicuña^{3,4}

RESUMEN

Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 35 pacientes con diagnóstico nuevo de psoriasis y 105 controles atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo-Perú entre abril 2009 y febrero 2010, con el objetivo de determinar si el antecedente familiar, la obesidad y el tabaquismo eran factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar de psoriasis (11.4% vs 1.9%; OR 6.65 IC95% 1.16-38.02), y la obesidad (25.7% vs 10.5%; OR 2.96 IC95% 1.11-7.90). Sin embargo el tabaquismo, a pesar de haber sido referido de manera frecuente por los pacientes con psoriasis, no mostró asociación estadísticamente significativa (20% vs 14.3%; OR 1.50 IC95% 0.56-4.05). El análisis de regresión logística mostró que el antecedente familiar de psoriasis fue la variable de riesgo más relevante. Se concluyó que el antecedente familiar y la obesidad constituyen factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis.

Palabras claves: Psoriasis, Herencia, Obesidad, Tabaquismo.

SUMMARY

We conducted a case-control study that included 35 newly diagnosed patients with psoriasis and 105 controls seen at the Dermatology Department of Hospital Regional Docente de Trujillo-Peru, between April 2009 and February 2010, in order to assess the role of heritage, obesity and smoking as risk factors in adults with psoriasis. Family history of psoriasis was associated with psoriasis (11.43% vs 1.90%; OR 6.65 95%CI 1.16-38.02), likewise obesity (25.71% vs 10.48%; OR 2.96 95%CI 1.11-7.90). While smoking, despite having been often referred by patients with psoriasis, showed no significant association with the disease (20% vs 14.29% OR 1.50 95%CI 0.56-4.05). Logistic regression analysis showed that family history of psoriasis was the most important risk factor. We concluded that family history and obesity are risk factors in adults with psoriasis.

Key words: Psoriasis, Heritage, Obesity, Smoking.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y de herencia multifactorial que afecta física y psicológicamente a quien la padece, incidiendo sobre la morbimortalidad en la atención dermatológica¹⁻⁶. Afecta aproximadamente al 1-3% de la población mundial^{7,8}, mostrando una frecuencia de presentación de 1.7% y 1.1% según lo referido por Tincopa (1996)⁹ y Díaz (1999)¹⁰ en el

Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) en Perú.

Con respecto a su etiopatogenia, diversos estudios familiares brindan evidencia sobre la predisposición genética en esta enfermedad. Uno de los estudios que apoya dicho concepto es el realizado en gemelos por Brandrup et al, en que el rango de concordancia para gemelos monocigotos fue de

¹ Residente de dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo-Perú.

² Médico dermatóloga jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo-Perú.

³ Profesor del Departamento de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo-Perú.

⁴ Médico dermatólogo asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo-Perú.

Correspondencia: Lucy Bartolo a dra_lbartolo@yahoo.com

aproximadamente un 70% en comparación con un 20% para gemelos dicigotos¹¹. Asimismo un estudio sobre psoriasis en niños, realizado en Australia, mostró que en promedio un 71% de estos pacientes presentaban historia familiar positiva para la enfermedad¹². Del mismo modo Naldi et al reportaron en dos estudios (el primero de 1988 a 1990¹³ y el segundo de 1988 a 1997⁵) realizados sobre factores de riesgo para psoriasis que la probabilidad de padecer esta dermatopatía fue mayor en aquellos que presentaban antecedentes familiares de primera línea.

Hasta el momento se han logrado identificar 19 diferentes loci relacionados¹⁴, siendo el mayor determinante el PSORS-1 (área del complejo mayor de histocompatibilidad localizado en el cromosoma 6)^{2,14,15}. La penetrancia de éste es aproximadamente 10-15%, reflejando que para el desarrollo de la psoriasis serían necesarias otras variantes genéticas y efectos ambientales, teniendo dentro de estos últimos al trauma crónico de la piel, cuadros infecciosos asociados principalmente a estreptococos β -hemolíticos del grupo A, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* y VIH, pero también asociados a medicamentos, obesidad y consumo de alcohol y tabaco^{2,13,14,16-18}.

De los factores de riesgo referidos, la obesidad y el tabaquismo parecen tener un impacto importante en diversos aspectos de la psoriasis, desde su historia natural y terapéutica hasta su participación en temas de salud pública¹⁹. Actualmente, la obesidad es considerada una enfermedad crónica multifactorial, constituyéndose en un problema de interés global debido al notable incremento de su prevalencia a nivel mundial y a su reconocida asociación con otras patologías, aumentando la morbimortalidad y alterando la calidad de vida de quien la padece^{20,21}. Es así que en Estados Unidos en los años 60 la prevalencia de obesidad estuvo en el rango de 12.8% y desde 1980 hasta la actualidad ha mostrado un incremento de un 1% por año²². Mientras que en el Perú Rosas et al en el año 2001²³ y Carrión et al en el 2005²⁴ encontraron una prevalencia de obesidad en la ciudad de Lima de 17.9% y 19.4% respectivamente. Naldi et al en el año 2005 reportaron que el índice de masa corporal (IMC) se relacionaba directamente con la psoriasis⁵. Del mismo modo Mark et al encontraron que la prevalencia de obesidad en pacientes con psoriasis fue mayor que el de la población general (34% vs 18%)¹⁹.

Se postula también que el tabaquismo jugaría un papel importante como factor de riesgo en la presentación de psoriasis. Reflejando esto, Naldi et al¹³ y Huerta et al²⁵ reportaron que el riesgo de padecer psoriasis era mayor en fumadores activos en comparación con aquellos que nunca habían fumado, considerando a este hábito un factor de riesgo independiente para esta patología cutánea.

Teniendo en cuenta que en nuestro medio la psoriasis constituye una de las diez patologías dermatológicas más frecuentemente atendidas en la consulta externa⁹, además de su importante impacto económico y social, el hecho de que

los estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo son escasos, y que existe la posibilidad de retrasar la aparición de la enfermedad y sus consecuencias con la modificación de éstos, es que decidimos realizar el presente trabajo, planteándonos como objetivo determinar si el antecedente familiar, la obesidad y el tabaquismo constituyen factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional, de casos y controles que incluyó a pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HRDT. En el grupo de casos se incluyeron a varones y mujeres mayores de 18 años de edad, con diagnóstico clínico nuevo de psoriasis, excluyendo a diabéticos, hipertensos, infectados por el VIH¹⁷ y gestantes²⁶. Los controles fueron seleccionados entre los pacientes con cualquier otra patología dermatológica nueva diferente a psoriasis, dermatitis seborreica y parapsoriasis. Los casos y controles se parearon por sexo y edad (tres controles del mismo sexo y una diferencia ± 2 años). En ambos grupos se recopiló información sobre el antecedente familiar de primera línea de psoriasis y el hábito de fumar (considerándose las categorías de fumador actual: fumador activo y los participantes con una exposición mínima continua al cigarrillo de un año hasta días circundantes a la evaluación y menos de un año de haber cesado su consumo; fumador pasivo: sujetos expuestos durante una o dos horas por semana al humo producto de la combustión del tabaco de otras personas; no fumador: participantes que nunca fumaron o dejaron de fumar hace más de 10 años)²⁷ y se determinó el IMC (considerando obesidad un IMC mayor o igual a 30kg/m²)²⁸.

La asociación de estos factores de riesgo y psoriasis se evaluó con la prueba paramétrica de chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05, y su fuerza de asociación con la determinación del OR con sus intervalos de confianza. Además, se realizó un análisis multivariado utilizando la regresión logística.

RESULTADOS

Se estudiaron 35 personas adultas con diagnóstico clínico nuevo de psoriasis (casos) y 105 con cualquier otro nuevo diagnóstico clínico dermatológico (controles), encontrándose que en el grupo de casos el 62.9% correspondió al sexo masculino y el grupo etario más frecuentemente afectado tuvo entre 40 y 60 años de edad (48.6%). Dentro de los diagnósticos clínicos realizados en el grupo control los más frecuentes fueron la dermatitis de contacto (11.4%), onicomicosis pedis (6.7%), acné (5.7%) y tiña pedis (5.7%).

El antecedente familiar de psoriasis fue referido por el 11.4% de los casos y 1.9% de los controles, mostrando un OR de 6.65 [IC 95% 1.16-38.02], igualmente la obesidad se constató en el 25.7% de los adultos con diagnóstico de psoriasis y en el 10.5% de los controles, OR de 2.96 [IC 95% 1.11-7.90], en ambos casos la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Por otro lado el tabaquismo fue referido por el 20% de los casos y el 14.3% de los controles, mostrando un OR de 1.5 [IC 95% 0.56-4.05], que no fue estadísticamente significativo. Tras el análisis de regresión logística, que incluyó los tres factores de riesgo, el antecedente familiar de psoriasis constituyó la variable de riesgo más relevante mostrando un OR ajustado de 6.64 [IC 95% 1.16-38.02] ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio el género masculino resultó ser el más frecuente (62.9%), dato similar a lo encontrado en nuestro medio por Díaz¹⁰ (63.5%), en Italia por Naldi et al en dos estudios^{5,13} (56.8% y 55.3%) y en el Reino Unido por Brauchli et al²⁹ (55%). Del mismo modo, el grupo etario más afectado estuvo entre los 18 y 60 años de edad, información concordante con múltiples estudios epidemiológicos^{1,2,4,13,28,30}.

Dentro de las características evaluadas como probables factores de riesgo para psoriasis, el antecedente familiar de primera línea constituyó uno de ellos. Hallazgo que concuerda con lo reportado por un estudio en población italiana en que el antecedente en padres representó un OR de 18.8 y en los hermanos de 3.2 para esta patología cutánea¹³. Otro estudio realizado por el mismo autor encontró que el riesgo de padecer psoriasis fue mayor en aquellos con antecedentes familiares de primera línea (OR= 5.4)⁵. Un trabajo de investigación sobre psoriasis en 1 262 niños australianos mostró que en promedio un 71% presentaban antecedente familiar de primera línea de dicha patología¹². De este modo nuestros resultados también brindan evidencia sobre el fuerte componente genético en psoriasis; aunque la intensidad de su asociación no haya sido tan alta como en otros reportes, diferencia que podría deberse a que la valoración del antecedente familiar de psoriasis fue recogida por distintos métodos, en nuestro caso sólo se tomaron datos de la anamnesis sin haber realizado evaluación clínica de los familiares de primer grado de estos pacientes.

Nuestro estudio también identificó a la obesidad como un factor de riesgo para psoriasis, coincidiendo con lo encontrado por Naldi et al, quienes reportaron un OR de 1.6 para participantes con sobrepeso y 1.9 para obesos en comparación con pacientes sin psoriasis⁵. Del mismo modo Herron et al encontraron que la prevalencia de obesidad en pacientes con psoriasis fue mayor que el de la población general (34% vs 18%, $p < 0.01$)¹⁹. Una investigación sobre enfermedades concomitantes en pacientes hospitalizados

por patología dermatológica reportó un mayor número de obesos entre los 2 941 casos de psoriasis ($p < 0.05$)³¹. Debemos mencionar que el método para valoración de la obesidad (medición del IMC) fue el mismo en nuestro estudio y los encontrados en la literatura.

Se considera que la obesidad incrementa la probabilidad de expresión del genotipo para psoriasis¹⁹, por lo que la relación entre ambas patologías podría ser el estado proinflamatorio común³³. Se ha destacado que la psoriasis y la obesidad comparten mediadores inflamatorios similares^{6,32-34}, así como promotores de la inflamación adipocítica y psoriásica (adipocito y macrófago respectivamente) los cuales derivan de un mismo origen mesotelial. Esta relación sugiere que la obesidad podría potenciar el efecto inflamatorio de la psoriasis y viceversa, permitiendo la persistencia de ambas condiciones⁶.

El tabaquismo, en este estudio, también fue referido con más frecuencia por los casos que por los controles, sin que dicha diferencia mostrara significancia estadística. Esto podría deberse al reducido número de pacientes con psoriasis evaluado, a que la población peruana está dejando de fumar de manera decidida después de los 35 años de edad según lo referido por Pinillos et al³⁵; o a que muchos pacientes con psoriasis cesarían el consumo del cigarrillo tras la aparición de las lesiones cutáneas.

Por lo mencionado, la identificación y modificación conductual de estos factores en el desarrollo de psoriasis proveería una oportunidad en la prevención, diagnóstico oportuno y manejo adecuado de esta enfermedad crónica.

CONCLUSIONES

El antecedente familiar de psoriasis y la obesidad constituyeron factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis. A diferencia del tabaquismo que no constituyó un factor de riesgo para esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WOLFF K, GOLDSMITH L, KATZ S, GILCHREST B, PALLER A, LEFFELL D. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7ed. New York: McGraw-Hill Professional; c2008. Capítulo 18, Psoriasis; p. 169-93.
2. SCHÖN MP, BOEHNCKE WH. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2005; 352(18):1899-912.
3. GALADARI I, SHARIF MO, GALADARI H. Psoriasis: a fresh look. *Clin Dermatol*. 2005;23(5):491-502.
4. TRAUB M, MARSHALL K. Psoriasis: pathophysiology, conventional and alternative approaches to treatment. *Altern Med Rev*. 2007;12(4):319-30.
5. NALDI L, CHATENOU D, LINDER D, BELLONI-FORTINA A, PESERICO A, VIRGILI AR, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol*. 2005;125(1):61-7.
6. STERRY W, STROBER BE, MENTER A; International Psoriasis Council. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol*. 2007;157(4):649-55.
7. RAYCHAUDHURI SP, FARBER EM. The prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15(1):16-7.
8. FEDERMAN DG, SHELLING M, PRODANOVICH S, GUNDERSON CG, KIRSNER RS. Psoriasis: an opportunity to identify cardiovascular risk. *Br J Dermatol*. 2009;160(1):1-7.
9. TINCOPIA L. Frecuencia de enfermedades dermatológicas en consultorio externo del Hospital Regional Docente de Trujillo 1992-1996 [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1996.
10. DÍAZ M. Psoriasis: Características clínicas y epidemiológicas en pacientes atendidos en el H.R.D.T. durante Enero 1994 a Diciembre 1998 [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1999.
11. BRANDRUP F, HOLM N, GRUNNET N, HENNINGSEN K, HANSEN HE. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol*. 1982;62(3):229-36.
12. MORRIS A, ROGERS M, FISCHER G, WILLIAMS K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1 262 cases. *Pediatr Dermatol*. 2001;18(3):188-98.
13. NALDI L, PARAZZINI F, BREVI A, PESERICO A, VELLER-FORNASA C, GROSSO G, et al. Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;127(3):212-7.
14. BOWCOCK AM, KRUEGER JG. Getting under the skin: immunogenetics of psoriasis. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(9):699-711.
15. SMITH CH, BARKER JN. Psoriasis and its management. *BMJ*. 2006;333(7564):380-4.
16. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Psoriasis. Guías de tratamiento. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología; 2004, 33p.
17. MALLONE, YOUNG D, BUNCE M, GOTCH FM, EASTERBROOK PJ, NEWSON R, ET AL. HLA-Cw*0602 and HIV-associated psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(3):527-33.
18. ALFONSO I, DÍAZ M, SAGARÓ B, ALFONSO Y. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. *Rev Cubana Med*. 2001;40(2):122-34.
19. HERRON MD, HINCHKLEY M, HOFFMAN MS, PAPPENFUSS J, HANSEN CB, CALLIS KP et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol*. 2005;141(12):1527-34.
20. SOLOMON CG, MANSON JE. Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *Am J Clin Nutr*. 1997;66(4 Suppl):1044S-50S.
22. PEÑA M, BACALAO J. La obesidad y sus tendencias en la región. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10(2):75-8.
23. MOKDAD AH, SERDULA MK, DIETZ WH, BOWMAN BA, MARKS JS, KOPLAN JP. The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA*. 1999;282(16):1519-22.
24. ROSAS A, LAMA G, LLANOS F, DUNSTAN J. Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima-Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2002;19(2):87-92.
25. CARRIÓN J, IZA A, PINTO J, MELGAREJO L. Índice de masa corporal, circunferencia abdominal y su impacto en los niveles de presión arterial. *Diagnóstico*. 2007;46(3):103-7.
26. HUERTA C, RIVERO E, GARCÍA AL. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1559-65.
27. FINCH TM, TAN CY. Pustular psoriasis exacerbated by pregnancy and controlled by cyclosporin A. *Br J Dermatol*. 2000;142(3):582-4.
28. GARCÍA C, SÁEZ J, GARCÍA JM, GRAU J, MOLTÓ JM, MATÍAS J. El fumador pasivo como factor de riesgo cerebrovascular. *Rev Neurol*. 2007;45(10):577-81.
29. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final report. *Circulation*. 2002;106(25):3143-421.
30. BRAUCHLI YB, JICK SS, MEIER CR. Psoriasis and the risk of incident diabetes mellitus: a population-based study. *Br J Dermatol*. 2008;159(6):1331-7.

31. GELFAND JM, WEINSTEIN R, PORTER SB, NEIMANN AL, BERLIN JA, MARGOLIS DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2005;141(12):1537-41.
32. HENSELER T, CHRISTOPHERS E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32(6):982-6.
33. WELLEN KE, HOTAMISLIGIL GS. Obesity-induced inflammatory changes in adipose tissue. *J Clin Invest.* 2003;112(12):1785-8.
34. PANAGIOTAKOS DB, PITSAVOS C, YANNAKOULIA M, CHRYSOHOOU C, STEFANADIS C. The implication of obesity and central fat on markers of chronic inflammation: the ATTICA study. *Atherosclerosis.* 2005;183(2):308-15.
35. KIMBALL AB, WU Y. Cardiovascular disease and classic cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Int J Dermatol.* 2009;48(11):1147-56.
36. PINILLOS L, QUESQUÉN M, BAUTISTA F, POQUIOMA M. Tabaquismo: un problema de Salud Pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2005;22(1):64-70.