

## Estudio morfológico-funcional del intestino delgado en psoriasis

Por los Dres.:

GRACIELA JIMENEZ MESA<sup>20</sup> y PEDRO VELBES MARQUETTI\*

Jiménez Mesa, G.; Velbes Marquetti, P. *Estudio morfológico-funcional del intestino delgado en psoriasis*. Rev Cub Med 16: 4, 1977.

Se Investigan 35 pacientes portadores de psoriasis, mediante biopsia de yeyuno y pruebas funcionales de absorción (D-xilosa, Van de Kamer, TTL (*test* de tolerancia a la lactosa), así como 10 pacientes controles. La selección de estos últimos se realizó bajo el criterio siguiente: ausencia de lesión cutánea y de sintomatología digestiva, especialmente diarreas. La alteración morfológica más evidente fue el aplanamiento de las vellosidades intestinales en un 52%; le sigue en orden de frecuencia el Infiltrado inflamatorio crónico de lámina propia. La esteatorrea presente en el 25% de los pacientes. Se analiza que la presencia de lesiones morfológicas de intestino delgado puede ser un hecho aislado como expresión de una enteropatía dermatogénica. La existencia de estas lesiones no guardó relación con las pruebas de funcionalismo intestinal en el estudio realizado por nosotros.

### INTRODUCCION

En 1966, *Marks, Shuster y Watson*, demuestran por primera vez, mediante estudios con microscopio estereoscópico alteraciones de la mucosa yeyunal en pacientes con dermatitis extensas, destacándose en los mismos un grupo de dermatopatías tales como psoriasis y eczema, las que denominaron "enteropatías dermatogénicas",<sup>14</sup> deduciendo que en este grupo era la erupción la que originaba la enteropatía. Al desarrollar su hipótesis de trabajo estos autores señalaron que estas enteropatías no se limitaban a pacientes con lesiones generalizadas de la piel, y que podía observarse en erupciones localizadas.

Se destaca en esta entidad la presencia de esteatorrea, la que guarda estrecha relación con la extensión de la dermatopatía. Además de esteatorrea se señala malabsorción de D-xilosa, ácido fólico y hierro.

La verdadera causa de esta enteropatía se desconoce, postulándose las siguientes teorías.

- a) Que exista una disminución en el flujo sanguíneo intestinal, como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas de la enfermedad cutánea.
- b) La posibilidad puramente especulativa de la existencia de un factor humoral que produjese un cambio en la dinámica del epitelio intestinal.

- c) Se ha considerado la posibilidad de un defecto específico enzimático en la mucosa del intestino delgado, ya que se han encontrado anomalías de algunas enzimas del borde en cepillos de la vellosidad (leucín aminopeptidasa, fosfatasa alcalina y adenosín trifosfatasa).<sup>5,0</sup>

Este novedoso tema constituye una verdadera motivación para dermatólogos y gastroenterólogos, existiendo escasos datos en nuestro país sobre la misma, ello nos ha alentado a la realización de este estudio.

#### MATERIAL Y METODO

Se estudian 35 pacientes, distribuidos de la siguiente forma: 25 casos de psoriasis y 10 casos controles.

El criterio que se siguió para la selección de los casos controles fue fundamentalmente la ausencia de lesión cutánea, antecedentes de la misma y de sintomatología digestiva, especialmente diarreas. A los mismos se les realizó biopsia de yeyuno y exámenes parasitológicos, excluyendo aquellos casos en que se demostró parasitismo.

A los pacientes con psoriasis se les realizó las siguientes pruebas:

- a) Biopsia de yeyuno con sonda de Crosby.
- b) Estudio radiológico del intestino delgado.
- c) Pruebas de absorción intestinal:
  - Absorción de D-xilosa.
  - Dosificación de grasas en heces fecales por el método de Van de Kamer.
  - Prueba de sobrecarga oral a la lactosa (TTL).
- d) Estudios parasitológicos:
  - Heces fecales seriados.
  - Drenaje biliar.

Los valores que se tomaron como normales, para la interpretación de las pruebas de

absorción anteriormente señaladas son los siguientes:

*D-xilosa*: Normal, por encima de un 20% de excreción en orina.

*Van de Kamer*: Normal, menos de 5 gramos de grasa excretada.

*Prueba de sobrecarga oral a la lactosa (TTL)*: Se consideró normal un ascenso de la curva de más de 20 mg en relación a la basal y ausencia de respuesta clínica (diarreas, cólicos, borborismos, flatulencia, etc.).

#### RESULTADOS

El gráfico 1, expresa los resultados del estudio histopatológico del yeyuno en los 10 casos controles. La edad de este grupo osciló entre 18 y 67 años. Las alteraciones histopatológicas del yeyuno en nuestros pacientes con psoriasis (gráfico 2) fueron el acortamiento de la altura de la vellosidad y el aumento de la relación cripta/vellosidad, que representaron el 52% respectivamente. Este resultado está acorde con el que ofrecen otros autores que señalan más del 40% de mucosa convoluta (diagnóstico estereoscópico) y que se corresponde desde el punto de vista microscópico con las atrofas parciales. Le siguieron en orden de frecuencia la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico moderado de la lámina propia y las alteraciones de la chapa estriada (ausencia o disminución) correspondiendo a cada una de estas alteraciones un 48%.

En un 20% de los casos se observó en las vellosidades, epitelio de tipo cúbico. Las alteraciones de las células mucosas que se observaron con más frecuencia fueron la disminución del número de las mismas en un 20%, y en el 4% éstas estuvieron aumentadas.

Debemos señalar que en ninguno de nuestros casos se observó atrofia total de las vellosidades, dato que también concuerda con los informes de la literatura médica.

Gráfico 2  
 RESULTADOS DEL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DEL YEYUNO EN 10 CASOS CONTROLES

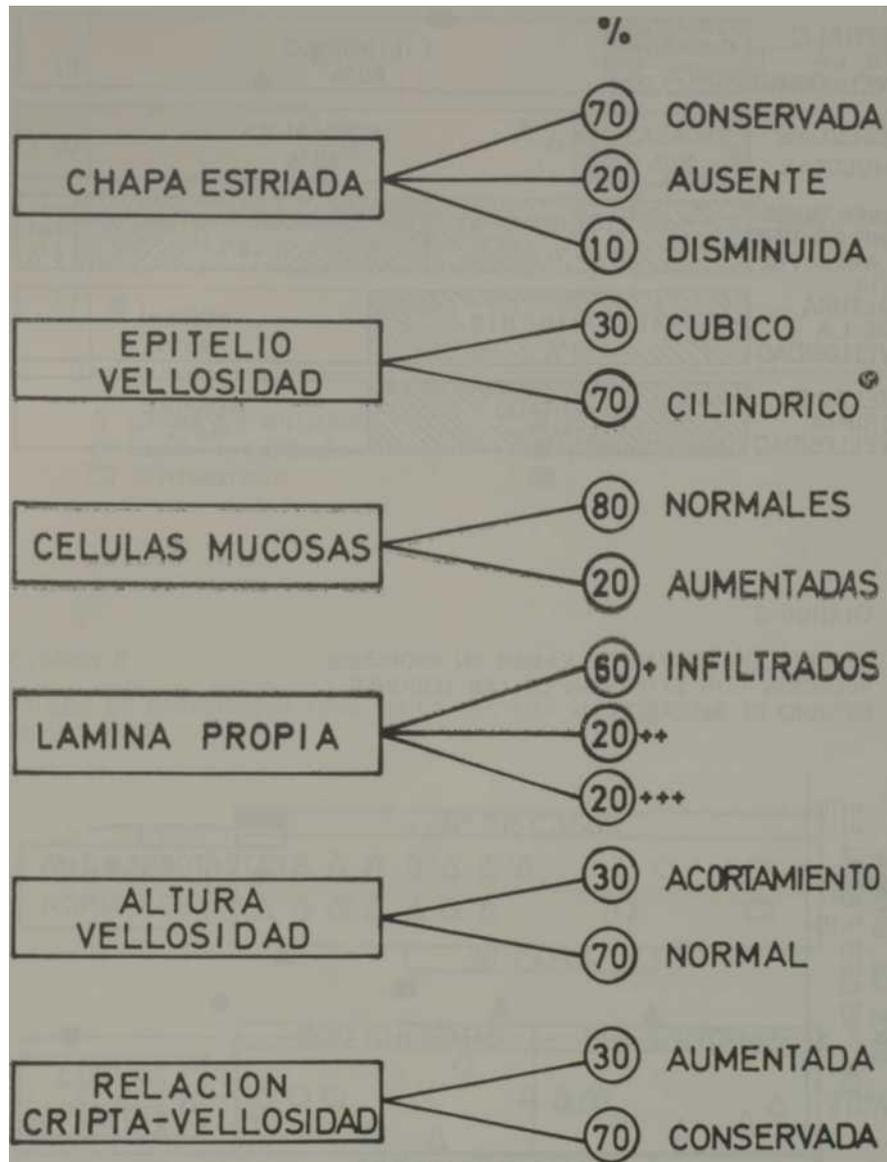


Gráfico 2

ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS DEL YEYUNO EN LA PSORIASIS

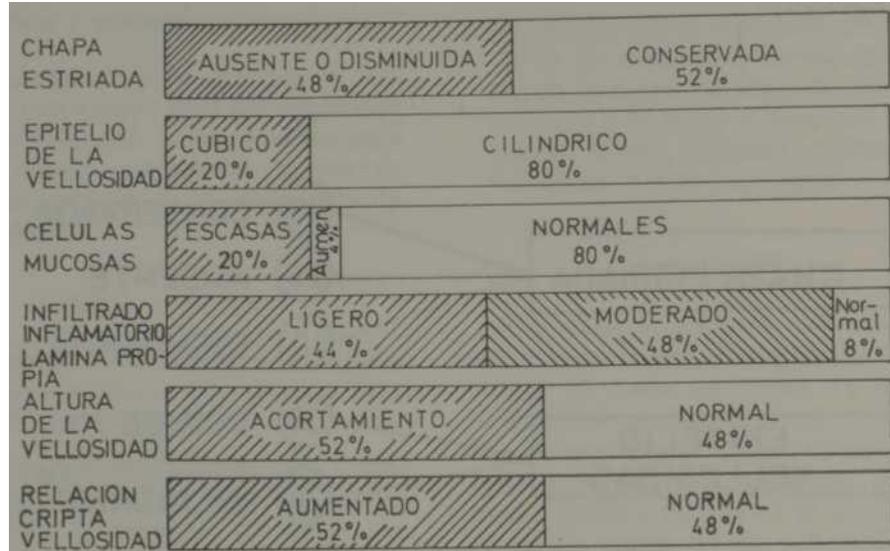


Gráfico 3

RESULTADOS DE VAN DE KAMER EN PSORIASIS  
RELACION CON EXTENSION DE LAS LESIONES ESTUDIO DE 25 CASOS

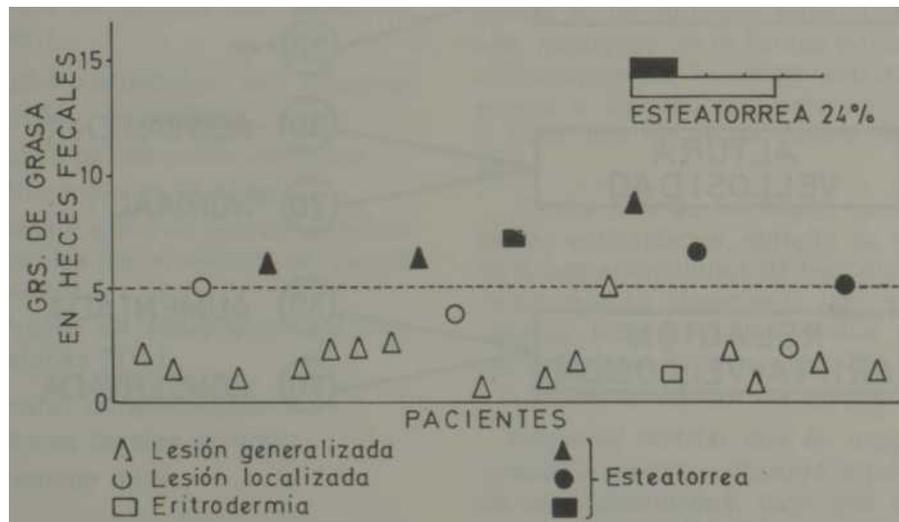


Gráfico 4  
 D-XILOSA EN PSORIASIS  
 CORRELACION D-XILOSA ESTEATORREA Y EXTENSION DE LA DERMOPATIA ESTUDIO DE 25 CASOS

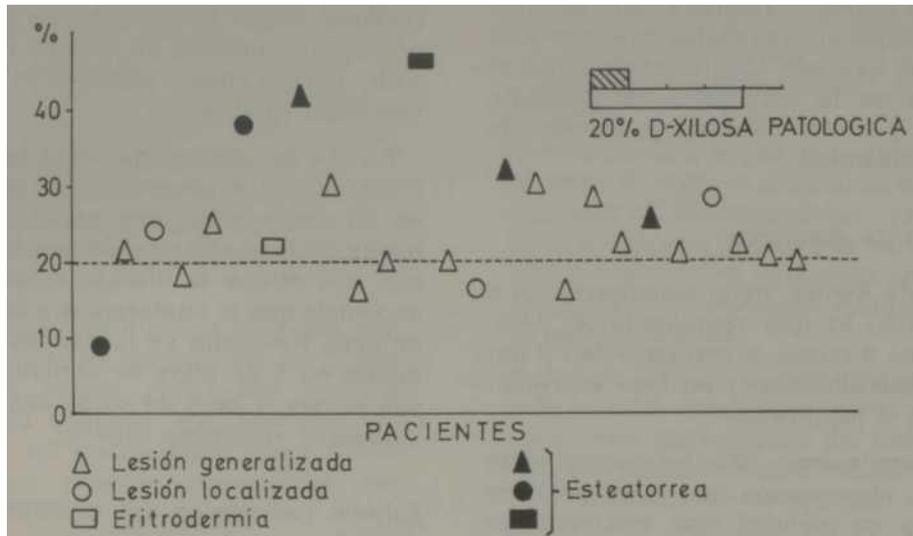
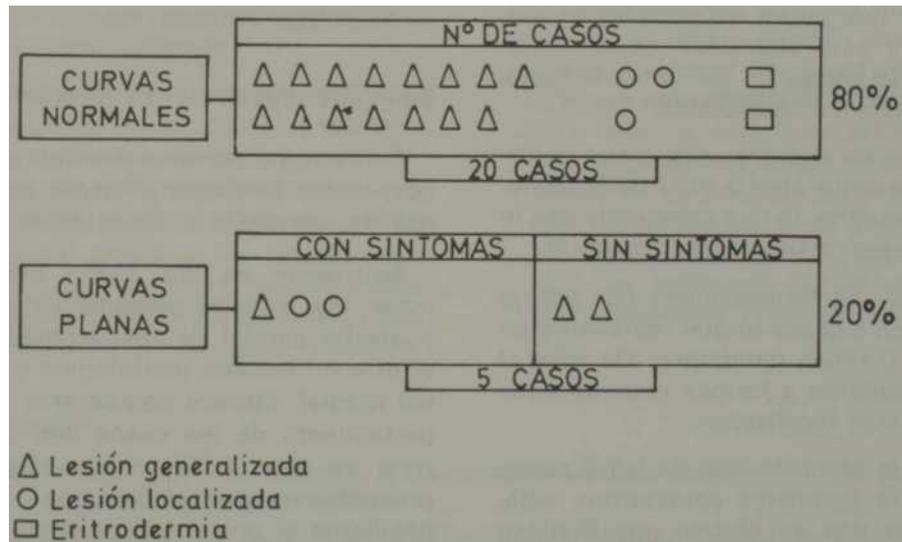


Gráfico 5  
 PRUEBA DE SOBRECARGA ORAL DE LA LACTOSA EN PSORIASIS RESULTADOS



Al comparar nuestros resultados del estudio histopatológico en psoriasis con los casos controles, se destaca la mayor incidencia del acortamiento de la altura de la vellosidad en los pacientes con psoriasis. Es también significativo, el mayor porcentaje de infiltrado inflamatorio crónico moderado, así como las alteraciones en las células mucosas y en la chapa estriada. La diferencia entre el epitelio de la vellosidad del paciente normal y el del paciente psoriásico no es considerable.

#### *Pruebas de absorción*

Van de Kamer: hubo esteatorrea en 6 pacientes, lo que representa el 24%. De estos 6 casos, 4 corresponden a formas generalizadas (1 en fase eritrodérmica) y 2 localizadas.

Si analizamos detalladamente este cuadro, observamos que la esteatorrea ha sido en realidad más frecuente en las formas localizadas que en la generalizada, ya que del total de 5 casos con lesiones localizadas, hubo esteatorrea en 2, para un 40%, mientras que de los 20 casos de forma generalizada, hubo esteatorrea en 4 casos para un 20%.

La diferencia numérica entre ambos grupos no nos permite establecer una conclusión definitiva, pero nos posibilita inferir que no es excepcional la presencia de esta alteración de la absorción de las grasas en pacientes portadores de lesiones localizadas.

Ninguno de nuestros casos con esteatorrea presentó atrofia total de la mucosa del intestino, lo que concuerda con lo señalado por la literatura (gráfico 3).

D-xilosa: obtuvimos cifras por debajo de 20% en 5 casos lo que representa un 20% de D-xilosa patológica. De ellos 3 correspondieron a formas generalizadas y 2 a formas localizadas.

Llama la atención que de los 6 casos en que se demostró esteatorrea, solamente en uno se obtuvo una D-xilosa patológica presentando los 5 restantes

esta prueba completamente normal.

Estos resultados en realidad podemos catalogarlos como paradójicos, ya que los 5 casos con esteatorrea y D-xilosa normal, presentaban acortamiento de las vellosidades.

La posibilidad de error técnico con las D-xilosa, queda descartada, ya que esta prueba fue repetida en más de una ocasión, obteniéndose siempre el mismo resultado (gráfico 4).

Prueba de sobrecarga oral a la lactosa (TTL): como se observa en el gráfico 5, en 20 casos obtuvimos resultados normales, lo que está acorde con los datos que nos ofrece la literatura, en la que se señala que la intolerancia a la lactosa es poco frecuente en la psoriasis. Solamente en 5 de ellos se obtuvieron curvas planas, y en 3 de estos casos hubo verdadera respuesta clínica.

#### *Estudio radiológico del intestino delgado*

Las alteraciones encontradas prácticamente fueron insignificantes, ya que solamente en 5 casos hubo fragmentación y floculación, y en igual número de casos la velocidad del tránsito estuvo acelerada. En ninguno de ellos se observó un verdadero patrón de malabsorción, ya que no se presentó dilatación, signo de "moulage", edema, etc.

#### *Síntomas digestivos en la psoriasis*

Refirieron trastornos dispépticos 6 casos, dados fundamentalmente por aerogastria, aerocolia y digestiones lentas.

Solamente en dos casos hubo diarreas; uno de ellos presentó esteatorrea y atrofia parcial de las vellosidades y el otro en estudio morfológico y funcional normal. Merece comentarse el comportamiento de los casos con esteatorrea, ya que de los 6 pacientes que presentaron esta malabsorción, 4 correspondieron al grupo asintomático, 1 refería síntomas dispépticos y 1, diarreas.

*Repercusión de las lesiones morfológicas del intestino delgado sobre la absorción intestinal en psoriasis*

No se comprobó un verdadero paralelismo entre las lesiones morfológicas del intestino delgado y su repercusión funcional en la absorción intestinal. Solamente en uno de nuestros 25 casos de psoriasis coincidió el aplanamiento de las vellosidades con todas las pruebas de absorción patológicas. Hemos obtenido resultados contradictorios en uno de nuestros pacientes, el cual presentó biopsia y yeyuno normal, esteatorrea y el resto de las pruebas de absorción sin alteraciones.

Otros hallazgos que nos permiten afirmar esta falta de correlación, es la presencia de varios casos con D-xilosa patológicas aisladas, sin lesiones morfológicas, así como alteraciones morfológicas sin ninguna repercusión funcional.

#### CONCLUSIONES

1. El estudio de los pacientes controles, si bien es cierto que no nos permite establecer conclusiones definitivas, nos facilita al menos comparar la incidencia de alteraciones morfológicas del intestino delgado entre pacientes con dermatopatías y pacientes sin lesiones cutáneas.
2. La alteración morfológica más evidente en los pacientes con psoriasis, fue el aplanamiento de las vellosidades en un 52%, siguiendo en orden de frecuencia el infiltrado crónico de la lámina propia y las alteraciones de la chapa estriada, siendo estos porcentajes mucho más elevados que los obtenidos en los casos controles.

#### SUMMARY

Jiménez Mesa, G.; Velbes Marquetti, P. *Morphological-functional study of the small bowel in psoriasis*. Rev Cub Med 16: 4, 1977.

Thirty-five patients with psoriasis and 10 control patients underwent jejunal biopsy and absorption function tests (D-xylose, Van de Kamer, lactose tolerance test). Control patients were selected according to the following criteria: absence of skin lesions and of digestive symptoms, specially diarrhea. The most common morphological change was a flattening of intestinal villi in 52% of patients, followed by a chronic inflammatory infiltrate of the lamina propria mucosae. Steatorrhea was present in 25% of patients. It is suggested that the morphological changes of the small bowel can be an isolate manifestation of a dermatogenous enteropathy. In our study it was not found a relation between these lesions and intestinal function tests.

3. La presencia de esteatorrea se comprobó en el 25% de los pacientes con psoriasis.
4. No existe una verdadera relación entre las alteraciones morfológicas y la presencia de esteatorrea, ya que hemos tenido pacientes con francas esteatorreas y estudio microscópico de yeyuno normal, así como alteraciones morfológicas graves sin esteatorrea.
5. La prueba de D-xilosa no nos permite afirmar, ni negar la existencia de una enteropatía dermatogénica, ya que hemos encontrado D-xilosa normales (doble control) en pacientes con esteatorrea y alteraciones histopatológicas y viceversa.
6. Podemos plantear que la intolerancia a la lactosa, aun en presencia de alteraciones morfológicas del intestino delgado no es un hecho frecuente en la enteropatía dermatogénica.
7. El estudio radiológico del intestino delgado no aporta datos significativos al estudio de esta entidad.
8. La enteropatía dermatogénica, no tiene síntomas digestivos específicos que permitan sospecharla. Nuestro estudio reveló que el mayor porcentaje cursaba sin sintomatología digestiva.
9. La presencia de lesiones morfológicas de intestino delgado con repercusión funcional, puede ser la expresión de una enteropatía dermatogénica, aunque esta asociación es la menos frecuente según nuestra experiencia. La existencia de alteraciones morfológicas, o de pruebas de absorción patológicas aisladas, han sido los hallazgos encontrados con más frecuencia en nuestros pacientes.

## RESUME

Jiménez Mesa, G.; Velbes Marquetti, P. *Etude morphologique-fonctionnelle de l'intestin grêle chez des patients porteurs de psoriasis*. Rev Cub Med 16: 4, 1977.

Les auteurs réalisent une recherche sur 35 patients porteurs de psoriasis, au moyen de la biopsie du jéjunum et des épreuves fonctionnelles d'absorption (D-xylose, Van de Kamer, TTL (fesh de tolérance à la lactose), ainsi que sur 10 patients témoins. La sélection de ces derniers a été réalisée selon le critère suivant: absence de lésion cutanée et de symptomatologie digestive, notamment des diarrhées. L'altération morphologique la plus évidente a été l'aplatissement des villosités intestinales en 52%; en deuxième lieu, selon l'ordre de fréquence, se trouve l'infiltrat inflammatoire chronique de lame propre. La stéatorrhée était présente chez 25% des patients. On analyse que la présence de lésions morphologiques de l'intestin grêle peut être un fait isolé en tant qu'expression d'une entéropathie dermatogénique. L'existence de ces lésions n'était pas en rapport avec les épreuves fonctionnelles de l'intestin dans l'étude réalisée.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Shuster, S.; Marks, J.* Dermatogenic enteropathy, a new cause of steatorrhea. *Lancet I*: 1367, 1400, June 26, 1965.
2. *Marks, J.; Shuster, S.* Small-intestinal abnormalities in various dermatosis— fact or fancy. *GUT 11*: 281-291, 1970.
3. *Marks, J.; Shuster, S.* Dermatogenic enteropathy. *GUT 4*: 292-298, 1970.
4. *Shuster, S.* Dermatogenic Enteropathy. New York. State J Med pag 3160-3164, Dic. 15, 1968.
5. *Shuster, S. et al.* Small intestine in psoriasis. *Br Med J* pag. 458, 1967.
6. *Shuster, S.; Marks, J.* Systemic effect of skin disease. 1976. (Monography) pag. 103. William Heineman Medical Books, Ltd. London.