

Coexistencia de vitílico y psoriasis. Reporte de un caso

Vitiligo and psoriasis' coexistence: A case report

Alejandra Coronado Aguilar*, Delfina Guadalupe Villanueva Quintero**, Conrado Romo Sánchez***,

*Residente de tercer año de dermatología en el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Secretaría de Salud de Jalisco, Zapopan, Jalisco;

**Subdirector médico del IDJ;

***Médico dermatólogo adscrito al IDJ

RESUMEN

El vitílico y la psoriasis son enfermedades crónicas de la piel con una prevalencia de 2% y 3% en todo el mundo, respectivamente. Koransky y Roenigk reportaron, en 1982, 25 casos de vitílico asociado a psoriasis. En la mayoría de los casos, la presentación inicial fue vitílico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 44 años con diagnóstico inicial de psoriasis y que 17 años después desarrolló vitílico, con coexistencia de algunas lesiones. Se analizó la epidemiología, manifestación clínica y las diferentes teorías de su fisiopatogenia.

PALABRAS CLAVE: vitílico, psoriasis, coexistencia

ABSTRACT

Vitiligo and psoriasis are chronic skin disorders with a world prevalence of 2% and 3%, respectively. In 1982 Koransky and Roenigk reported 25 vitiligo cases associated to psoriasis. In the great majority of the cases vitiligo preceded the onset of psoriasis. We report a 44 year-old male patient with a 17 years history of psoriasis before the onset of vitiligo, and coexistence of some of both typical lesions. We discuss epidemiology, clinical features and different physiopathological theories.

KEYWORDS: vitiligo, psoriasis, coexistence

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sobre todo eritematoescamosa, de etiología desconocida, incurable y recidivante, que se presenta en brotes o de manera constante por factores desencadenantes.¹ El vitílico se origina por trastornos de los melanocitos, es una despigmentación adquirida de piel y pelo, en algunas ocasiones hereditaria, que trae como resultado la destrucción selectiva de melanocitos;² ambas condiciones son comunes: el vitílico tiene una prevalencia de 1%, y la psoriasis, de 2% a 3%, por lo que no sorprende que se encuentren en el mismo individuo.³⁻⁴⁵ Tanto el vitílico como la psoriasis se deben a diversas etiologías, entre las cuales destaca el papel prominente del sistema inmunológico en su desarrollo.⁵

Koransky y Roenigk reportaron, en 1982, 25 casos de vitílico asociado a psoriasis, en la mayoría de los cuales la

presentación inicial fue vitílico,^{6,7} pero consideraron que esta asociación no era rara, sino más bien poco reportada, y aún se considera así en estudios actuales.³ Menter, en 1989, reportó el primer caso posible de psoriasis en gotas asociado a vitílico y restringido a lesiones acrómicas.⁸ En 1998, Dhar y Malakar describieron el primer caso de vitílico asociado a psoriasis en un paciente pediátrico,⁹ así como otros reportes de su asociación con otras patologías.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 44 años de edad con varias máculas acrómicas predominantes en cabeza, tronco y extremidades superiores, además de varias placas eritematoescamosas en tronco, extremidades y salientes óseas; algunas de estas lesiones afectan la misma localización (fotografías 1 y 2).

CORRESPONDENCIA

Alejandra Coronado Aguilar ■ alicoronado@hotmail.com

Av. Federalismo Nte. 3102. Teléfono: 30-30-45-36, fax: 30-30-45-39

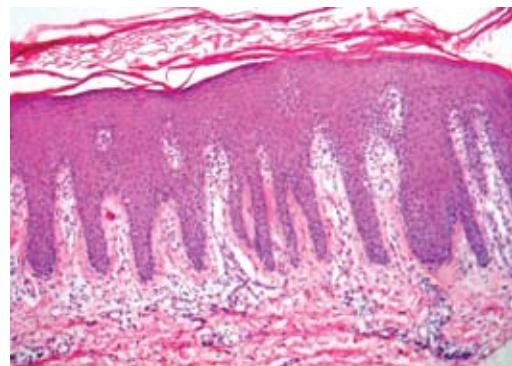


Fotografía 1. Lesiones eritematoescamosas y acrómicas.



Fotografía 2. Coinciden ambas lesiones.

No cuenta con antecedentes personales ni familiares de importancia. Inició su padecimiento con placas eritematoescamosas en cuello, tronco y extremidades compatibles con psoriasis de 17 años de evolución, durante los cuales se sometió a diversos tratamientos tópicos con períodos de mejoría y exacerbación, además de notar hiperpigmentación residual de ciertas lesiones. En el año y medio reciente observó manchas acrómicas en sitios de resolución de antiguas lesiones de psoriasis, tanto acompañándolas como de manera independiente a las lesiones activas de psoriasis, para lo cual no llevó tratamiento.



Fotografía 3. Acanthosis con áreas de hipogranulosis con elongación de procesos interpapilares.



Fotografía 4. Tinción de Fontana-Masson.

Se realizó biopsia donde confluían ambas lesiones y se observó en los cortes histológicos datos característicos de psoriasis, y con la tinción de Fontana Masson se evidenció la ausencia de pigmento melánico (fotografías 3 y 4).

Discusión

Se ha referido que el riesgo de desarrollar vitílico y en especial psoriasis es más alto cuando existe historia familiar positiva,¹⁰ pero no se ha observado diferencia estadística de presentación de psoriasis en pacientes con vitílico respecto de la población general, como lo demuestran estudios en pacientes con diagnóstico de vitílico por Mofty en 1980, con 821 pacientes,³ y por Liu y colaboradores en 2005, con 4 118 pacientes.¹¹ En un estudio en 740 pacientes sometidos a fototerapia, en el que a 35.27% se le diagnosticó vitílico y a 44.72% psoriasis, se observó asociación entre ellas en nueve pacientes, con un promedio de presentación de 32 años de edad, de los cuales seis eran hombres y tres mujeres, y sólo se registró un paciente con historia familiar de vitílico, y, en tres casos, el fenómeno de Koebner.³ No existen otros estudios que ofrezcan cifras con valor estadístico en cuanto a los datos mencionados.

Fisiopatología

Algunos autores consideran que la coexistencia de estas enfermedades en un individuo quizás sea coincidental y que falta evidencia sustancial de un vínculo en la patogénesis de ambas.¹² Pero encontramos varios casos en la bibliografía que reportan ambas patologías con coexistencia de lesiones que se atribuyen al fenómeno de Koebner,^{3,16} mientras que otras, a radiaciones UV que desarrollan cambios en melanocitos o neurotransmisores citotóxicos,³ y a factores genéticos¹⁰ y autoinmunes.^{3,5} En psoriasis y vitíligo, la mayoría de los casos ocurre esporádicamente, aunque se observa mayor frecuencia de la enfermedad entre los padres, hijos y otros familiares cercanos; esto sugiere que los factores familiares y genéticos (tal vez de herencia poligénica no mendeliana) pueden relacionarse con la patogénesis de estas enfermedades.¹⁰

Existe la hipótesis de que el vitíligo generalizado es un proceso autoinmune que se basa sobre todo en su asociación a otras patologías presumiblemente autoinmunes y debido a la demostración de anticuerpos antimelanocito.^{3,5,13,14,15} En cuanto a la psoriasis, la mejoría importante con ciclosporina fue la primera evidencia sólida de que se trataba de una enfermedad autoinmune, y esto apoyó la idea de que se trata de una enfermedad mediada por células T⁵ de manera más específica, sustentó la noción de que se debe a los cambios patológicos que se dirigen de manera importante por citoquinas, como interleucina 2 (IL-2), interferón-gama (IFN-gamma) y factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-alfa), que pertenecen sobre todo a la familia de citoquinas de células T cooperadoras;³ por esto se considera la psoriasis una enfermedad autoinmune mediada por células T más frecuentes.¹⁰ Dhar y colaboradores⁹ concluyen que puede existir similitud estructural entre anticuerpos antiestrato córneo y anticuerpos antimelanocito, así como la presencia de un neuropéptido común que puede ser responsable de la cohabitación de vitíligo y psoriasis.⁵

En un paciente que desarrolla vitíligo después de la resolución de placas psoriásicas durante la terapia con PUVA se denota que el vitíligo puede preceder a algunas enfermedades inflamatorias, como liquen plano, micosis fungoide y psoriasis. También encontramos casos publicados acerca de pacientes que desarrollan psoriasis en los sitios anatómicos antes afectados por vitíligo después del tratamiento con PUVA, lo que causa especulación sobre el papel de las células T activadas en el desarrollo y persistencia de lesiones de psoriasis, pues el PUVA reduce de manera importante el número de células T activadas en la piel con psoriasis por medio de la inducción a apoptosis

de células T;⁵ por lo anterior, estos pacientes no deberían desarrollar lesiones de psoriasis en las lesiones de vitíligo tratadas con PUVA.

Para explicar esta paradoja por la heterogeneidad clínica de psoriasis se recurre al aparente patrón multigenético de herencia y a una combinación de variables en el desarrollo de psoriasis, además de una explicación alterna, el fenómeno de Koebner,⁵ el cual sabemos es una característica típica de ambas patologías: la presentación de lesiones cutáneas después de una irritación local;^{3,12} su mecanismo patogénico se atribuye a alteraciones en las citoquinas locales en psoriasis o a la separación y eliminación transepidermica de melanocitos siguiendo algún trauma menor en vitíligo. Papadakis y colaboradores mencionan que esto es posible en casos de psoriasis limitada a áreas de vitíligo,^{4,12} mientras que otros autores refieren que sólo se presenta en pacientes susceptibles. Sin embargo, observamos que otros autores no coinciden en esto, y refieren que, si bien el fenómeno de Koebner es común en ambas patologías, no explicaría el retardo en la presentación de placas psoriasisiformes ni la localización exacta de ambas lesiones,³ por lo que se requiere mayor investigación en estos ámbitos para apoyar o descartar las diversas teorías.

Presentación clínica

Cuando confluyen las dos dermatosis, no existe un patrón de distribución definido; es decir, las lesiones de vitíligo y de psoriasis pueden sobreponerse total o parcialmente, así como encontrarse con una distribución por completo distinta, y la localización anatómica estricta se menciona sólo de forma ocasional.¹² La mayoría de los reportes menciona que el vitíligo precede a la psoriasis.^{4,7,12,16,17} Ya los primeros reportes de Powell y Dicken mencionan que lo observaron en 14 de 29 pacientes, y sólo en un paciente se mostró de manera simultánea; denotaron también que la presencia de vitíligo no influía en el tipo o gravedad de la psoriasis.⁷ Se considera que las áreas más afectadas son cabeza, rostro y extremidades superiores.¹²

La asociación de su patogénesis tiene un componente inmunológico prominente, que resulta de un sistema inmune desequilibrado,¹⁰ aunque algunos autores refieren que, por esta misma razón, no sorprende que se encuentren asociadas en un mismo individuo.⁵

Comentario

Este caso es demostrativo de la asociación de ambas dermatosis, sin embargo, aún no contamos con elementos para establecer si esta relación es meramente fortuita o existen elementos inmunológicos de una de una u otra,

o ambas, que faciliten su asociación. Con todo esto nos vemos en la necesidad de buscar terapias médicas adecuadas que ofrezcan mejor pronóstico para tratar ambos tipos de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amaya G, Barba F, Blancas G, Gómez F, Gómez T, González S y cols. "Consenso mexicano para el manejo de terapia biológica en psoriasis". *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004; 13 (3): 172-184.
2. Zhang X, Liu J, Gui J, Li M, Xiong Q et al. "Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo". *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 383-390.
3. Berger TG, Kiesewetter F, Maczek C, Bauer N, Lueftl M, Schuler G et al. "Psoriasis confined strictly to vitiligo areas -A Koebner-like phenomenon?" *European Academy of Dermatology and Venereology* 2006, 20: 178-183.
4. Castro CCS. "Prevalence of psoriasis in a study of 261 patients with vitiligo". *An Bras Dermatol* 2005; 80(5): 489-492.
5. Inamadar AC, Sampagavi VV, Athanikar SB, Patil MN, Deshumpkh NS. "Vitiligo and psoriasis: Coexistence with colocalization". *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* 2001; 67: 214-215.
6. Koransky JS, Roenigk Jr. "Vitiligo and psoriasis". *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 183-189.
7. Doyle J. "Photosensitive psoriasis". *Aust J Derm* 1984; 25: 54-58.
8. Menter A, Boyd AS, Silverman AK. "Guttate psoriasis and vitiligo: Anatomic cohabitation". *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 698-700.
9. Dhar S, Malakar S, Dhar S. "Colocalization of vitiligo and psoriasis in a 9-year old boy". *Paed Dermatol* 1999; 1: 242-243.
10. Prignano F, Pescitelli L, Ricceri F, Lotti T. "The importance of genetical link in immuno-mediated dermatoses: Psoriasis and vitiligo". *International Journal of Dermatology* 2008; 47: 1060-1062.
11. Liu JB, Li M, Yang S, Gui JP, Wang HY, Du WH et al. "Clinical profiles of vitiligo in China: An analysis of 3 742 patients". *Clinical and Experimental Dermatology* 2005; 30: 327-331.
12. Torchia D, Terranova M, Fabbri P. "Photosensitive psoriasis in a vitiligo patient". *Journal of Dermatology* 2006; 33: 880-883.
13. Herkz KC, Gazze LA, Kirkpatrick CA et al. "Autoimmune vitiligo: Detection of antibodies to melanin producing cells". *N Eng J Med* 1997; 297: 634-636.
14. Kemp EH, Waterman EA, Weetman AP. "Immunological pathomechanism in vitiligo". *Expert Rev Mol Med* 2001; 3: 1-22.
15. Naughton GK, Eisinger M, Bystryn JC. "Antibodies to normal human melanocytes in vitiligo". *J Exp Med* 1983; 158: 246-251.
16. Papadavid E, Munn S, Chu AC. "Strict anatomical coexistence of vitiligo and psoriasis vulgaris -A Koebner phenomenon?" *Clinical and Experimental Dermatology* 1996; 21: 138-140.
17. Powell FC, Dicken CH. "Vitiligo and psoriasis". *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 136-137.