

Psoriasis ostrácea. Presentación de un caso

Psoriasis ostraceous: A case presentation

DIANA SUGEY VERA-IZAGUIRRE,* CELIA RÍOS-ROMERO,* ELISA VEGA-MEMIJE**

*Residente de Dermatología; **Jefa del Departamento de Dermatopatología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF

RESUMEN

LA PSORIASIS OSTRÁCEA SE CARACTERIZA POR PLACAS HIPERQUERATÓSICAS CUYAS ESCAMAS SUPERPUESTAS, DURAS Y CONCRETAS, RECUERDAN EL CAPARAZÓN DE LA OSTRÁ. LOS TÉRMINOS *RUPIOIDE* U *OSTREÁCEA* SE RELACIONAN CON SUBTIPOS MORFOLÓGICOS DISTINTOS A LOS DE PSORIASIS EN PLACA. SE COMUNICA EL CASO DE UN PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON LESIONES EN PIEL CABELLUDA, REGIÓN RETROAURICULAR, ABDOMEN Y EXTREMIDADES INFERIORES DE PSORIASIS OSTRÁCEA QUE TUVO ADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO TÓPICO CON ÁCIDO SALICÍLICO Y ALQUITRÁN DE HULLA.

PALABRAS CLAVE: PSORIASIS OSTRÁCEA, PSORIASIS *RUPIOIDE*, ÁCIDO SALICÍLICO

ABSTRACT

PSORIASIS OSTRACEOUS IS CHARACTERIZED BY HYPERKERATOTIC PLAQUES SIMILAR IN SHAPE TO OYSTER SHELLS. THE TERMS *RUPIOID* AND *OSTRACEOUS* DESCRIBE MORPHOLOGICAL SUBTYPES OF PSORIASIS. WE REPORT A 54 YEAR-OLD MALE WITH PSORIASIS OF THE SCALP, EARS, ABDOMEN, AND LEGS. TREATMENT WITH TOPICAL SALICYLIC ACID AND COAL TAR YIELDED A SATISFACTORY RESPONSE.

KEY WORDS: PSORIASIS OSTRACEOUS, *RUPIOID*, SALICYLIC ACID

Introducción

La psoriasis es una enfermedad común, crónica, recurrente, poligénica, mediada inmunológicamente, que afecta piel, articulaciones y uñas.^{1,3} Tiene un significativo impacto negativo en el desenvolvimiento psicosocial, emocional y físico de los pacientes afectados.¹ Existen muchas formas clínicas de la enfermedad y su severidad varía dependiendo de los factores hereditarios y ambientales.^{2,3} En la mayoría de los reportes se ha concluido que la psoriasis es una enfermedad multifactorial, pero se han encontrado múltiples genes involucrados.^{2,4,5}

La prevalencia de la psoriasis se estima desde 0.5 a 4-6%, con rangos que varían entre países y razas. Tiende a ser más frecuente en latitudes altas que en bajas y más en caucásicos que en otras razas.² En México se presenta en alrededor de 2% de la consulta dermatológica. Afecta ambos géneros y cualquier edad, desde la infancia hasta la octava década de la vida y predomina entre el segundo y cuarto decenio de la vida.^{3,6,7}

Algunos pacientes presentan una enfermedad leve caracterizada por placas eritematoescamosas en codos, rodillas y piel cabelluda, seguidos en frecuencia de afección por uñas, manos, pies y tronco (incluyendo pliegues interglúteos);³

en algunos individuos se desarrollan lesiones en palmas y plantas (psoriasis palmoplantar) antes de que se afecten otras regiones, y ocasionalmente puede afectar genitales;^{1,2} mientras que otros pueden tener hasta 100% de su superficie corporal afectada (eritrodermia psoriásica).^{2,3,6}

La psoriasis en placas, que se presenta en 80% de los casos, se caracteriza por placas eritematoescamosas, redondas-ovales o numulares, bien delimitadas. Se puede observar un anillo blanquecino (signo de Woronoff) en la piel de alrededor de la placa psoriática.¹ Con extensión periférica gradual, las placas pueden desarrollar diferentes configuraciones dentro de las que se incluyen:

Psoriasis gyrata: predominan patrones lineales curvados.

Psoriasis anular: se desarrollan lesiones semejantes a un anillo secundario a una zona de aclaramiento central.

Psoriasis follicularis: se presentan pápulas con escamas en las aberturas de los folículos pilosebáceos.¹

CORRESPONDENCIA:

Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra,
Del. Tlalpan, México DF, 14000
Tel: 5665-3511, ext. 168
E-mail: dvioo@yahoo.com

Los términos *rupioide* y *ostrácea* se encuentran relacionados con los diferentes subtipos morfológicos de la psoriasis en placa. Las placas de psoriasis rupioide son pequeñas (2-5 cm de diámetro) y muy hiperqueratósicas, semejando las valvas de una concha. La psoriasis ostrácea se refiere a placas hiperqueratósicas cuyas escamas superpuestas, duras y concretas, recuerdan el caparazón de la ostra.^{1, 8} Existen otras manifestaciones poco frecuentes, como la psoriasis inversa, la psoriasis congénita, la psoriasis elefantina, la psoriasis fotosensible y la psoriasis asociada a VIH.⁹ A continuación se presenta un caso de psoriasis rupioide y se revisa la literatura relacionada.

Caso clínico

Campesino de 54 años de edad, originario y residente de Michoacán, con un cuadro de tres años de evolución que se distinguía por la presencia de placas eritematosas acompañadas de escama fina en piel cabelluda, pruriginosas, que con la manipulación se desprendían parcialmente. Fue estudiado fuera de nuestro servicio, recibió tratamiento tópico no especificado que el paciente utilizó de manera inconsistente; en los meses subsecuentes presentó recurrencia y extensión de lesiones, y evolucionó hacia la hiperqueratosis en región inguinal y cara lateral de muslos.

Durante el examen físico presentaba dermatosis disseminada, bilateral y con tendencia a la simetría, que involucraba cabeza en piel cabelluda y regiones retroauriculares, abdomen a nivel de hipogastrio (Fotos 1 a 3), así como región inguinal derecha y caras laterales de muslos. En las uñas se observó un punteado, depresión, espesamiento y agrietamiento. Estaban presentes los signos de Auspitz, Duncan-Bulkey, de la bujía de halo Woronoff, así como el fenómeno de Koebner.

Se realizó el estudio histopatológico de las lesiones (Fotos 4 a 6), el cual confirmó la impresión diagnóstica de psoriasis por cúmulos de neutrófilos en estrato córneo formando abscesos de Munro, y áreas con exocitosis de neutrófilos que formaban pústulas espongiiformes de Kojog.

Recibió tratamiento con crema salicilada y alquitrán de hulla al 4%, una aplicación al día (durante dos meses), que tuvo como resultado la disminución del tamaño y la infiltración de las lesiones, dejando únicamente mancha residual (Foto 7).

Comentario

La psoriasis rupioide (cuya etimología proviene de rupia, del griego *rhypus*, suciedad) fue descrita por primera vez



Foto 1. Lesiones hiperqueratósicas, escamas gruesas, costras concéntricas en forma de concha de ostras.



Figura 2. Acercamiento de lesiones costrosas.

en 1944 por Fontana, quien la atribuyó a manchas antiguas de psoriasis que, presentando cierto grado de infiltración, forman estratos superpuestos de escamas a manera de las valvas de una ostra. Un año más tarde, Fuhs y Kumer opinaron que, si bien es cierto que en algunos casos las escamas se desprenden fácilmente, en otros se superponen de tal manera que adquieren la forma de conchas de ostras. En el mismo año, Pardo Castelló refirió que son lesiones en placas, cuyas escamas superpuestas, duras y concretas, recuerdan al carapacho de la ostra.



Foto 3. Lesiones en un gran pliegue.

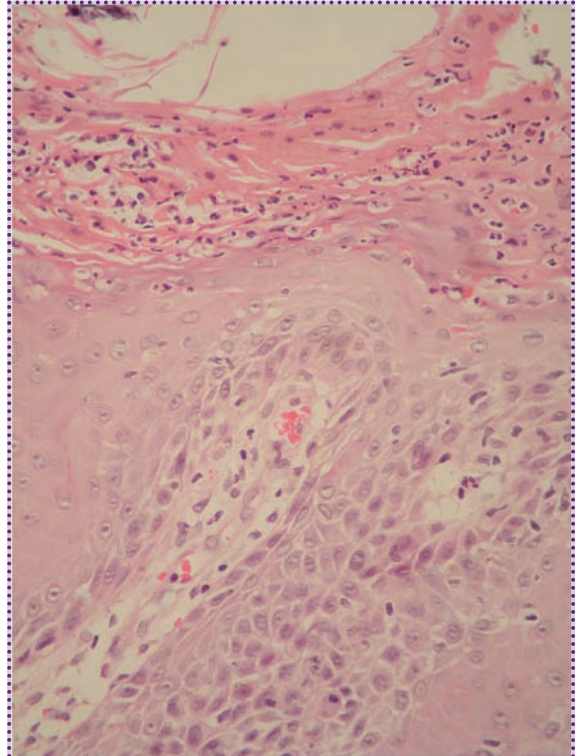


Foto 5. Hiperqueratosis y microabsceso de Munro (HE 20X).

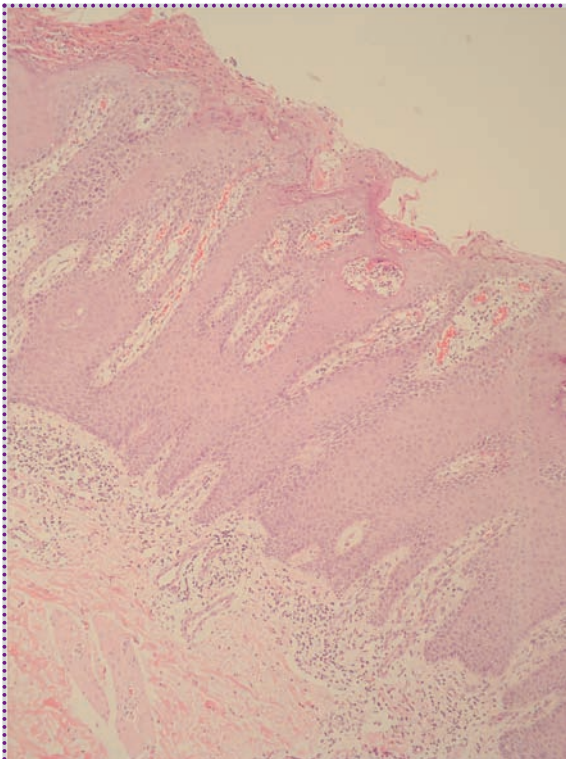


Foto 4. Hiperqueratosis con paraqueratosis y microabscesos de polimorfonucleares. Hiperplasia psoriasisiforme. En dermis reticular superficial, infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial (HE 10 X).

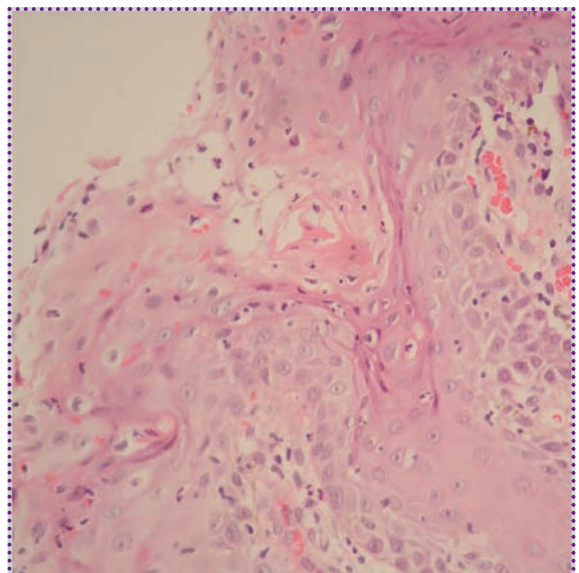


Foto 6. Acercamiento del microabsceso y vasodilatación de papila (HE 40X).



Foto 7. Lesión residual después del tratamiento.

Cuando hay cierta humedad y se levanta la costra hay infecciones piógenas secundarias que contribuyen a formar la masa ostrácea por aglutinación de las costras y sequedad de la secreción seropurulenta.

Sequeira, Ingram y Brain, en 1947, la describieron como un trastorno cutáneo caracterizado por la aparición de escama amarillenta, gruesa, que forma costras concéntricas en forma de conchas de ostra. Se observa en los casos de psoriasis abandonadas. Por su parte, Ormsby y Montgomery la consideraron como una variedad de psoriasis de costras cónicas que forman anillos concéntricos en forma de placas. Algunos casos terminan por ser psoriasis verrucosa.⁸

El diagnóstico de psoriasis rupioide u ostrácea se basa casi enteramente en las características clínicas y en menor proporción en la confirmación histológica. Los hallazgos histológicos típicos incluyen acantosis con elongación de los procesos interpapilares, hipo y agranulosis, hiper y paraqueratosis, dilatación de los vasos capilares e infiltrado perivascular de linfocitos con neutrófilos de forma aislada o aglutinados en la epidermis o en la capa córnea.⁶

La psoriasis rupioide u ostrácea es una variante rara de psoriasis.¹⁰ Para nuestro conocimiento existe sólo un caso publicado en una revista mexicana por Ramírez,⁸ y tres casos publicados en revistas internacionales.^{5, 11, 12} En el último se describen las manifestaciones clínicas raras de psoriasis rupioide y se confirma, por los hallazgos histopatológicos, que está asociada a artropatía, con buena respuesta a dosis bajas de metotrexate (20-10 mg por semana), esteroides tópicos y emolientes, sin efectos adversos importantes ni recurrencia de las lesiones.⁹

En los pacientes cuya psoriasis se limita a zonas localizadas, la terapia tópica se convierte en la base de su régimen terapéutico, y para la artritis psoriásica pueden requerirse o no terapias adicionales.

Entre los viejos remedios tópicos para la psoriasis que aún siguen utilizándose se encuentra el alquitrán de hulla, aunque la incomodidad de su uso, la producción de migración e irritación local disminuyen su prescripción. Las preparaciones queratolíticas como las que contienen ácido salicílico y emolientes son también efectivas para remover el exceso de escama,

que se convierte en un problema para muchos pacientes con psoriasis,¹³ como lo observamos en este caso.

REFERENCIAS

1. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. *Psoriasis: Epidemiology, clinical features, and quality of life*. Ann Rheum Dis 2005; 64 (Suppl III): iii18-ii23. doi:10.1136/ard.2004.033217
2. Lebwohl M. *Psoriasis*. Seminar. Lancet 2003; 361: 1197-1204
3. Habif TP. *Skin diseases. Diagnosis and treatment*. Mosby, 2001, 84-93
4. Barker JN. *Genetic aspects of psoriasis*. Clin Expert Dermatol 2001; 26: 321-325
5. Asumalahti K, Veal C, Laitinen T et al. *Coding haplotype analysis supports HCR as the putative susceptibility gene for psoriasis at the MHC PSORS1 locus*. Hum Mol Genet 2002; 11: 580-597
6. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP et al. *Dermatology*. Vol. 1. Mosby, 2003; 125-147
7. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw Hill-Interamericana, 3ª ed., México 2004; 491-495
8. Ramírez O. *Psoriasis ostrácea. Comunicación de un caso*. Dermatología Rev Mex 1957; 1 (4): 332-336
9. Jung-Luh Wang, Jen-Hung Yang. *Rupoid psoriasis associated with arthropathy*. The Journal of Dermatology 1997; 24: 46-49
10. Camp RDR. "Psoriasis". In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. *Textbook of Dermatology*. Blackwell Scientific Publication, 5th ed, Cambridge, MA, 1992; 1391-1457
11. Cvejic S, Milakov J. *Psoriasis rupioides et verrucosa*. Medicinski Pregled 1967; 20: 67-179
12. Golousenko II, Fadeeva VI, Omran A. *Case of psoriasis rupioides with arthropathy*. Vestnik Dermatologii i Venereologii 1984; 3: 74-75
13. Lebwohl M, Ting PT, Koo JYM. *Psoriasis treatment: traditional therapy*. Ann Rheum Dis 2005; 64 (Suppl II): ii83-ii86. doi:10.1136/ard.2004.030791