

# Psoriasis eritrodérmica: reporte de un caso y revisión de la literatura

## Erythrodermic psoriasis: Case report and literature review

Génesis Alejandra Cabral Rodríguez,<sup>1</sup> Christian García Estrada<sup>2</sup> y Erick Elier Blanco Barraza<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de segundo año de Medicina Interna

<sup>2</sup> Médico internista

<sup>3</sup> Médico anatopatólogo

Hospital General de Zona 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango

### RESUMEN

La psoriasis eritrodérmica (PE) es la variante clínica más grave de psoriasis, y su manejo representa un desafío para el personal de salud debido a su alta morbilidad y mortalidad. El reconocimiento de esta forma de psoriasis requiere de una historia clínica detallada y una evaluación exhaustiva del paciente para establecer su diagnóstico y descartar afecciones que asemejen esta condición. En el siguiente texto se reporta el caso de una paciente diagnosticada con psoriasis eritrodérmica y múltiples comorbilidades, su evolución clínica y los hallazgos histopatológicos.

**PALABRAS CLAVE:** *eritrodermia, psoriasis, metotrexato, dermatitis.*

### Antecedentes

La eritrodermia, también llamada dermatitis exfoliativa generalizada, es un síndrome inflamatorio cutáneo que se caracteriza por descamación y eritema en más de 90% de la superficie corporal. Es potencialmente mortal y se ha asociado con una alta tasa de mortalidad en pacientes hospitalizados.<sup>1</sup> Se suele relacionar con la exacerbación de una dermatosis preexistente y representa la etapa final de muchas enfermedades dermatológicas en el adulto. Entre las etiologías más frecuentes se encuentran la psoriasis, enfermedades eccematosas, reacciones medicamentosas, pitiriasis rubra pilaris y, en menor porcentaje, de etiología maligna, como los linfomas cutáneos de células T.<sup>2</sup>

La psoriasis eritrodérmica es una variante rara de la psoriasis vulgar, la cual se caracteriza porque es potencialmente grave, por lo que con frecuencia se clasifica como una emergencia dermatológica.<sup>3,4</sup> Debido a la baja incidencia de la psoriasis eritrodérmica, existe poca literatura médica en relación con la evolución clínica y las

### ABSTRACT

Erythrodermic psoriasis is the most severe clinical variant of psoriasis and its management represents a challenge due to its high morbidity and mortality. Recognition of this form of psoriasis requires a detailed medical history and an exhaustive evaluation of the patient to establish the diagnosis and rule out other diagnosis. We report a case of a 33-year-old female diagnosed erythrodermic psoriasis as well as, her clinical evolution and histopathological findings.

**KEYWORDS:** *erythroderma, psoriasis, methotrexate, dermatitis.*

opciones terapéuticas para esta enfermedad, por lo que en este manuscrito se realiza la descripción, la evolución clínica y los hallazgos histopatológicos de un caso; además, se hace una comparación con otros casos reportados hasta ahora.

### Presentación de caso

Se trata de una mujer de 33 años de edad con historia de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, insuficiencia cardíaca, secuelas de infarto cerebral RANKIN 4 y psoriasis vulgar de cinco años de evolución bajo tratamiento con metotrexato (MTX), con dosis de 10 mg semanales. Comenzó su padecimiento un mes después de suspender el MTX, por instrucción del cuidador primario. Presentó exacerbación de las placas psoriásicas preexistentes, las cuales se extendieron de forma generalizada acompañadas de astenia, hiporexia, fiebre y dolor articular. En la exploración general la paciente se encontraba estuporosa, febril, además de que presentaba signos de deshidrata-

### CORRESPONDENCIA

Dra. Génesis Alejandra Cabral Rodríguez ■ genesis.cabral94@gmail.com ■ Teléfono: 81 2383 9111  
Predio Canoas, C.P. 34070, Durango, México

ción y desnutrición grave. En la exploración dermatológica se observaron lesiones eritematosas infiltrativas con descamación severa, las cuales formaban placas impenetradas que afectaban más de 90% de la superficie corporal, acompañadas de alteraciones ungueales con traquioniquia y manchas de aceite, además de queratodermia palmo-plantar de coloración amarillenta y signo de Auspitz presente (figuras 1-3).

En los estudios paraclínicos iniciales se observó leucocitosis de 12 750 mm<sup>3</sup> a expensas de neutrófilos (8 710 mm<sup>3</sup>), anemia normocítica normocrómica, creatinina de 1.0 mg/dL, glucosa sérica de 60 mg/dL, hipoproteinemia (proteínas totales 5.6 g/dL, albúmina 2.3 g/dL), hipokalemia (3.3 mmol/L), proteína C reactiva elevada (19.6 mg/dL), velocidad de sedimentación globular de 30 mm/h y acidosis metabólica.

Con base en estas observaciones se integró el diagnóstico presuntivo de psoriasis eritrodérmica. En el estudio histopatológico se observó la epidermis con acantosis focal y elongación de clavos epidérmicos alternando con zonas de hipo e hipergranulosis, además de microabscesos en estrato córneo; en la dermis se mostró infiltrado crónico perivasicular (figura 4).

El manejo inicial de la paciente incluyó reanimación con soluciones y terapia sistémica con metotrexato en do-

sis de 15 mg semanales y ácido fólico en dosis de 5 mg diarios, sin embargo, debido a la gravedad (PASI 68 puntos y SOFA de 11 puntos) la paciente falleció a los 10 días del comienzo de la dermatosis, secundario a las complicaciones y comorbilidades agregadas.

### Discusión

La psoriasis eritrodérmica es la causa más común de eritrodermia y es responsable de aproximadamente 25% de todos los casos. Entre los pacientes con psoriasis tiene una prevalencia estimada entre 1 a 2.25%, con una relación hombre/mujer de 3:1.<sup>3</sup>

Se pueden identificar varios factores desencadenantes, como enfermedades sistémicas, infecciones, administración de corticoesteroides sistémicos, estrés emocional severo y la suspensión repentina del tratamiento antipsoriático sistémico, que se manifiesta como un fenómeno de rebote, esto sucedió en el caso de nuestra paciente.<sup>4,5</sup> Se tiene poca información respecto de la causa del fenómeno de rebote en pacientes con psoriasis, pero puede estar relacionado con una disminución en la regulación de la



Figura 1. Eritema generalizado acompañado de descamación severa.



Figura 2. Eritema y descamación severa con afectación en el rostro y la piel cabelluda.



Figura 3. Queratodermia plantar.

actividad celular, alteración en los receptores celulares y el desarrollo de taquifilaxia.<sup>6</sup> En el fenómeno de rebote la enfermedad se vuelve inestable y rápidamente más severa que antes, esto es, afecta regiones del cuerpo que antes no estaban involucradas o cambia su presentación clínica

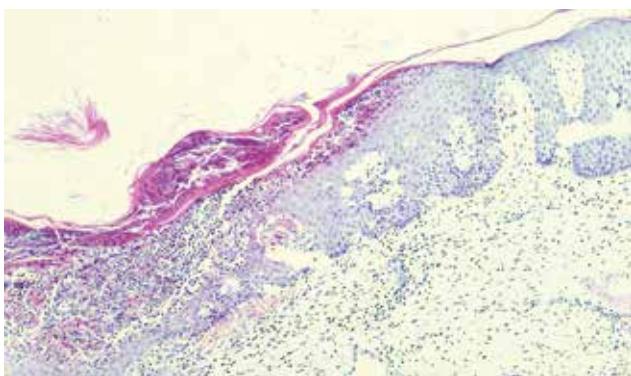


Figura 4. Biopsia de piel con tinción con hematoxilina-eosina (HE 10x). Vista panorámica con presencia de acantosis focal y elongación de clavos epidérmicos con hipo e hipergranulosis y microabscesos en estrato córneo.

volviéndose eritrodérmica o pustular. El riesgo del rebote varía dependiendo de tratamiento administrado.<sup>7</sup>

Aunque se considera un subtipo de psoriasis, en la psoriasis eritrodérmica los mecanismos patogénicos implicados no son idénticos a la psoriasis en placas. Se ha demostrado que los niveles de IgE en el suero son significativamente más altos en la eritrodermia psoriásica, también se ha asociado un aumento en niveles de IL-4 e IL-10.<sup>5</sup> Además se ha sugerido que la liberación sistémica de TNF- $\alpha$  puede ser responsable de la gravedad de la enfermedad, al igual que el IFN- $\gamma$  y la IL-17A.<sup>4,5,8</sup>

La eritrodermia psoriásica se puede clasificar en dos subtipos clínicos. La presentación típica tiene un curso crónico con placas psoriásicas y posterior evolución a eritrodermia generalizada, en donde las placas psoriásicas son diferenciables de la eritrodermia.<sup>8</sup> El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de psoriasis y el primer episodio eritrodérmico varía de 11 a 18 años, dependiendo de diferentes factores asociados.<sup>9</sup> También se puede manifestar de una forma atípica relacionada con artritis psoriásica, la cual se caracteriza por una evolución aguda con presencia de eritema generalizado y falta de placas psoriásicas delimitadas, con evolución inestable y un pronóstico desfavorable.<sup>8,10</sup>

Muchos factores afectan el curso clínico y el pronóstico, incluidos la edad del paciente, la etiología subyacente, las afecciones médicas coexistentes, la velocidad de aparición de la eritrodermia y el inicio de la terapia temprana.<sup>11</sup>

La eritrodermia puede provocar una serie de complicaciones metabólicas, incluido el desequilibrio hidroelectrolítico, además de insuficiencia cardiaca de alto gasto, síndrome de dificultad respiratoria aguda, complicaciones tromboembólicas, alteraciones termorreguladoras e infecciones secundarias.<sup>11</sup>

Aproximadamente 70% de las presentaciones de psoriasis responden de manera adecuada con terapias farmacológicas tópicas, las formas restantes requieren tratamiento sistémico.<sup>6</sup> La psoriasis eritrodérmica a menudo requiere una intervención farmacológica inmediata para un control adecuado de la enfermedad. En 2010 la junta médica de The US National Psoriasis Foundation publicó pautas de consenso que proponen el uso de ciclosporina o infliximab como terapia de primera línea en casos inestables, y el uso de acitretina y metotrexato reservados para tratamientos más estables, sin embargo, se deben valorar algunos factores que limitan su uso, como la toxicidad de los fármacos y el riesgo de infecciones oportunistas.<sup>12-14</sup>

Con base en los casos reportados, se ha observado eficacia con tratamientos habituales y otros nuevos, incluido el uso de biológicos (tabla 1). Los equipos de Teran,<sup>15</sup>

Tabla 1. Características de casos reportados con psoriasis eritrodérmica

REFERENCIA	SEXO	EDAD	HISTOPATOLOGÍA	AFECCIONES MÉDICAS	TERAPIA EMPLEADA	OBSERVACIONES
Teran <i>et al.</i> <sup>15</sup>	Femenino	9 años	Paraqueratosis e hiperqueratosis con infiltración de neutrófilos	Antecedente de psoriasis vulgar	Metotrexato	
Tracey <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Femenino	50 años	Hiperplasia psoriasisiforme con una capa granular disminuida y colecciones focales de neutrófilos	Antecedente de asma y supuesta dermatitis atópica tratada con dupilumab	Metotrexato y esteroides tópicos	Dupilumab actuó como factor desencadenante de la psoriasis eritrodérmica
Madhuri <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Masculino	13 años	No especificado	Antecedente de psoriasis vulgar	Metotrexato y metilprednisolona	
Rao <i>et al.</i> <sup>14</sup>	Femenino	64 años	No especificado	Antecedente de psoriasis y enfermedad hepática	Prednisona y ciclosporina	La ciclosporina causó lesión renal
Kumar <i>et al.</i> <sup>18</sup>	Masculino	3 años	Paraqueratosis, hiperplasia epidermal psoriasisiforme e infiltración perivascular	No especificado	Isotretinoína	
Rendo <i>et al.</i> <sup>19</sup>	Femenino	68 años	Dermatitis psoriasisiforme	Obesidad mórbida	Infliximab	
Lee <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Masculino	32 años	No especificado	Antecedente de psoriasis vulgar	Golimumab	Durante su abordaje se diagnosticó con artritis psoriásica
Lu <i>et al.</i> <sup>20</sup>	Femenino	70 años	No especificado	Psoriasis y uveítis	Secukinumab	Durante su abordaje se diagnosticó con artritis psoriásica

Tracey<sup>16</sup> y Madhuri<sup>17</sup> reportaron casos de psoriasis eritrodérmica con afectación sistémica tratados con metotrexato, logrando una remisión de las lesiones cutáneas y mejoría clínica en la sintomatología agregada en un promedio de un mes tras comenzar el tratamiento, sin embargo, en el caso de nuestra paciente no se logró completar el mínimo tiempo requerido para poder esperar una mejoría inmediata. Una alternativa terapéutica inmediata es el uso de la ciclosporina, considerando sus posibles efectos adversos, como el daño renal y la hipertensión arterial, los cuales limitan su empleo en ciertos pacientes, por lo que es importante mantener una vigilancia estrecha para considerar su suspensión o la disminución de dosis.<sup>14</sup> El uso de retinoides sistémicos se debe considerar en pacientes estables, ya que en promedio requieren un mes para poder ver los primeros efectos clínicos significativos.<sup>18</sup> Debido al aumento de casos de fracaso o intolerancia a los tratamientos sistémicos convencionales, se ha enfatizado en la necesidad de estrategias terapéuticas innovadoras, como las terapias biológicas. Uno de los primeros biológicos en ser estudiados fue el infliximab que, además de tener un efecto antiinflamatorio, también normaliza la diferenciación de los queratinocitos e induce la apoptosis de los queratinocitos.<sup>19</sup> Los equipos de Lee<sup>13</sup> y Lu<sup>20</sup> reportan dos casos de psoriasis eritrodérmica relacionados con

artritis psoriásica con una mala respuesta al tratamiento farmacológico convencional, los cuales recibieron terapia biológica con golimumab y secukinumab, respectivamente, presentando mejoría clínica significativa.

### Conclusiones

La eritrodermia es un síndrome desafiante con un enfoque diagnóstico difícil que puede comprometer el pronóstico de vida. Es importante considerar la psoriasis eritrodérmica en el diagnóstico diferencial del paciente que presente eritema con descamación con placas gruesas en más de 90% de la superficie corporal, especialmente en el contexto de una suspensión reciente de la inmunosupresión, como sucedió en el caso de nuestra paciente. Es importante continuar con la investigación de estudios y reportes de casos, los cuales son fundamentales para apoyar el establecimiento de pautas de tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Egeberg A, Thyssen JP, Gislason GH y Skov L, Prognosis after hospitalization for erythroderma, *Acta Derm Venereol* 2016; 96(7):959-62. DOI: 10.2340/00015555-2445.
2. César A, Cruz M, Mota A y Azevedo F, Erythroderma. A clinical and etiological study of 103 patients, *J Dermatol Case Rep* 2016; 10(1):1-9. DOI: 10.3315/jdcr.2016.1222.

3. Singh RK, Lee KM, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B *et al*, Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives, *Psoriasis* (Auckland) 2016; 6:93-104. DOI: 10.2147/PTT.S101232.
4. Shao S, Wang G, Maverakis E y Gudjonsson JE, Targeted treatment for erythrodermic psoriasis: rationale and recent advances, *Drugs* 2020; 80(6):525-34. DOI: 10.1007/s40265-020-01283-2.
5. Lo Y y Tsai TF, Updates on the treatment of erythrodermic psoriasis, *Psoriasis* (Auckland) 2021; 11:59-73. DOI:10.2147/PTT.S288345.
6. Madke B, Doshi B, Pande S y Khopkar U, Phenomena in dermatology, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77(3):264-75. DOI: 10.4103/0378-6323.79695.
7. Sullivan JR y Prenda VA, Treatments for severe psoriasis, *Aust Prescr* 2009; 32:14-8. DOI:10.18773/austprescr.2009.00.
8. Singh RK, Lee KM, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B *et al*, Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives, *Psoriasis* (Auckland) 2016; 6:93-104. DOI:10.2147/PTT.S101232.
9. Stinco G y Errichetti E, Erythrodermic psoriasis: current and future role of biologicals, *BioDrugs* 2015; 29(2):91-101. DOI: 10.1007/s40259-015-0119-4.
10. Griffiths CE y Barker JN, Pathogenesis and clinical features of psoriasis, *Lancet* 2007; 370(9583): 263-71. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61128-3.
11. Mistry N, Gupta A, Alavi A y Sibbald RG, A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin), *Adv Skin Wound Care* 2015; 28(5):228-36; quiz 237-8. DOI: 10.1097/01.ASW.0000463573.40637.73.
12. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo BF Jr *et al*, Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation, *J Am Acad Dermatol* 2010; 62(4):655-62. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.05.048.
13. Lee WK, Kim GW, Cho HH, Kim WJ, Mun JH, Song M *et al*, Erythrodermic psoriasis treated with golimumab: a case report, *Ann Dermatol* 2015; 27(4):446-9. DOI:10.5021/ad.2015.27.4.446.
14. Rao S, Bernshteyn M, Sohal R, Proumen R, Goodman A y Shepherd Z, The management of erythrodermic psoriasis complicated by cyclosporine, *Case Rep Dermatol Med* 2020; 2020:5215478. DOI: 10.1155/2020/5215478.
15. Teran CG, Teran-Escalera CN y Balderrama C, A severe case of erythrodermic psoriasis associated with advanced nail and joint manifestations: a case report, *J Med Case Rep* 2010; 4(1):179. DOI: 10.1186/1752-1947-4-179.
16. Tracey EH, Elston C, Feasel P, Piliang M, Michael M y Vij A, Erythrodermic presentation of psoriasis in a patient treated with dupilumab, *JAAD Case Rep* 2018; 4(7):708-10. DOI: 10.1016/j.jdcr.2018.05.014.
17. Madhuri G, Kallappa CH y Kumar S, Erythrodermic psoriasis: a case report, *MJPS* 2019; 5(2):71-3.
18. Das A, Kumar P y Jain S, Infantile erythrodermic psoriasis: a case report and review of the literature, *Ind J Paediatr Derm* 2017; 18(3):248. DOI: 10.4103/2319-7250.193026.
19. Rendo M, Boster J, Dalton SR y Yun H, An uncommon presentation of erythrodermic psoriasis in a patient without a history of psoriasis, *Cureus* 2019; 11(7):e5099. DOI: 10.7759/cureus.5099.
20. Lu J, Tang S, Yu N, Yi X y Li Y, Successful secukinumab treatment of erythrodermic psoriasis and psoriatic arthritis concomitant with severe noninfectious uveitis: a case report, *J Int Med Res* 2020; 48(11). DOI:10.1177/0300060520969494.