

Eritrodermia como primera manifestación de psoriasis. Comunicación de un caso, en una paciente joven manejada satisfactoriamente con metotrexato

Dra. Karla Denise Castro Méndez,* Dr. Fermín Jurado Santa Cruz,** Dra. Virginia Martínez Estrada***

RESUMEN

La eritrodermia psoriásica, representa la forma generalizada de la enfermedad en la cual se encuentra afectada más del 90% de la superficie corporal total. Se presenta el caso de una paciente de 21 años, la cual debuta con eritrodermia. Se realizó diagnóstico histológico de psoriasis y el tratamiento con metotrexato fue satisfactorio.

Palabras clave: Eritrodermia, psoriasis, metotrexato.

ABSTRACT

The psoriatic erythroderma represents the generalized form of the illness in which it is affected more than 90% of the corporal total surface. We present the case of 21 years, old patient who debuts with erythroderma. It was carried out the histological diagnosis of psoriasis and the treatment with methotrexate was satisfactory.

Key words: Erythroderma, psoriasis, methotrexate.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis se define como una enfermedad crónica, de causa desconocida, constituida por placas eritematosescamosas que afectan diversas partes de la piel, en la cual existe queratinopoyesis acelerada.¹

La primera referencia de que se tiene noticia, aparece desde la época de Hipócrates, quien dio el término de *psora* a enfermedades escamosas y es hasta 1808 cuando Robert Williams realiza la descripción de la enfermedad y la designa como lepra vulgar. Más tarde Heinrich Köebner (1838-1940), describe la reacción isomórfica que lleva su nombre. Munro (1858-1910) y Sabouraud describen los abscesos histopatológicos característicos de la enfermedad.²

La eritrodermia psoriásica, se describe como una complicación de la enfermedad, en la cual se afecta más del 90% de la superficie corporal total.^{3,4}

Se describen dos formas, una que se presenta sobre una psoriasis crónica y otra como la forma inicial de la enfermedad, que puede ser súbita o precedida de un periodo de intolerancia a la luz, y en la cual la artritis psoriásica es más frecuente.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 21 años, ama de casa, soltera, originaria y residente del D.F., en San Rafael Azcapotzalco.

Presenta una dermatosis generalizada, bilateral y simétrica. Constituida por eritema, escama y áreas ecematosas. Crónica y pruriginosa (*Figuras 1 y 2*).

Restos de piel y anexos: edema de miembros superiores e inferiores ++.

Interrogatorio: Refiere una evolución de seis meses en que inicia con una “manchita roja” en antebrazo derecho, pruriginosa y una semana después enrojecimiento y escama en todo el cuerpo.

Tratamientos anteriores: Ampicilina 500 mg por cinco días, oxitetraciclina pomada al 3% .

* Residente de 2do año Dermatología, CDP.

** Jefe de Enseñanza, CDP.

*** Médico Dermatólogo Adscrito, CDP.



Figura 1. Aspecto eritrodérmico de la paciente.



Figura 2.
Dermatosis generalizada. Nótese el eritema y la descamación.

Diagnóstico inicial: Eritrodermia en estudio.

Protocolo de estudio: Biometría hemática con leucocitosis de 10,200, con una diferencial en límites normales.

Química sanguínea, examen general de orina, pruebas de función hepática dentro de valores normales.

Estudio radiológico de tórax, columna, manos y pelvis normal (*Figuras 3 y 4*).

Biopsia: Se realizó biopsia incisional en uso a nivel del antebrazo derecho, fue fijada en formol al 10%, los cortes fueron teñidos con hematoxilina-eosina. El estudio histopatológico mostró: una epidermis con para-



Figura 3.



Figura 4.

Figuras 3 y 4. Aspecto radiológico. Comparativo de manos y caderas sin alteraciones.

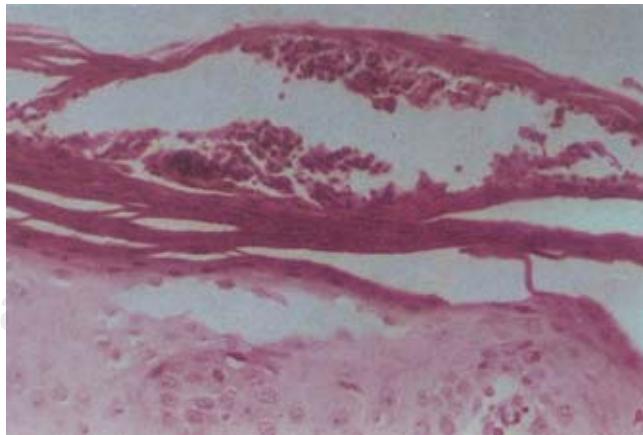


Figura 5. Epidermis con parakeratosis y microabscesos de Munro y Sabouraud (40x).

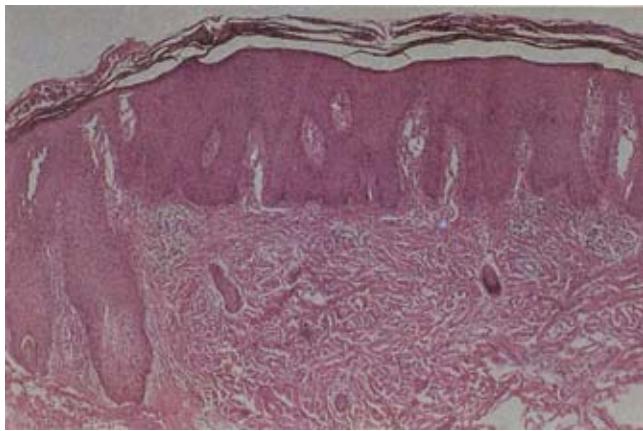


Figura 6. Acanthosis, ensanchamiento de los procesos interpapilares, e infiltrado inflamatorio en dermis (4x).



Figura 7. Posterior a un mes de tratamiento.



Figura 8.



Figura 9.

Figuras 8 y 9. Se aprecian placas eritematoescamosas en topografía típica de psoriasis.



Figura 10. Al término del tratamiento.

queratosis focal y microabscesos de polimorfonucleares en la capa córnea (*Figura 5*), acantosis regular a moderada con ensanchamiento de los procesos interpapilares. Dermis con papilomatosis y moderada reacción inflamatoria (*Figura 6*).

Diagnóstico histológico: Psoriasis

Tratamiento: Se inició metotrexato vía oral en dosis semanales de 10 mg, repartidos en dos dosis cada 12 horas por un periodo de dos meses y medio, e inerte oleosa. Con pruebas de función hepática mensuales.

Al mes de tratamiento, el eritema generalizado desapareció (*Figura 7*), formándose placas eritematoscasmosas en codos (*Figuras 8 y 9*), cara externa de antebrazos y dorso de manos.

A los dos meses de evolución sólo presentó escama en piel cabelluda y a los dos meses y medio clínicamente sana (*Figura 10*).

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Dentro de las causas de eritroderma, la psoriasis es la causa en el 17% de éstas⁴⁻⁷. Existe una afección mayor para el sexo masculino en una proporción 7:3 y la edad de presentación es después de la cuarta década de la vida.³⁻⁴

Se relacionan como factores desencadenantes, los esteroides de alta potencia, o sistémicos, las infecciones agregadas, o los traumatismos que condicionan *fenómeno de Köebner* que puede ser generalizado.⁸ Las manifestaciones clínicas características son eritema, descamación y edema, que afectan más del 90% de la superficie corporal total. Los anexos pueden verse afectados con alopecia difusa, que puede llegar a cicatrizal, y a nivel ungueal distrofia, así como la formación de surcos transversales o líneas de Beau. Las manifestaciones generales incluyen astenia, adinamia, fiebre o hipotermia. Se aprecia linfadenopatía en el 50% de los casos.³

La artritis psoriásica puede presentarse en las formas graves de eritrodermia, se describe como mutilante ya que afecta múltiples articulaciones, principalmente de manos, pies, columna, coxofemorales y sacroiliacas. Radiológicamente se encuentra desmineralización local, con ensanchamiento de los espacios articulares, tumefacción de partes blandas, son frecuentes las alteraciones sacroiliacas semejantes a la espondilitis anquilosante, sin osteófitos y calcificaciones de los ligamentos interespinales, a nivel cervical; esclerosis de las apófisis, estrechamiento articular y calcificación de los ligamentos anteriores.⁵

Dentro de los exámenes de gabinete, las alteraciones que suelen encontrarse son: anemia, VSG aumentada, leucocitosis y eosinofilia, hipoalbuminemia e hiperglobulinemia, que se asocian a proteinuria y esteatorrea.

La histopatología es de mucha utilidad y en este caso suele ser diagnóstica, los cambios histopatológicos incluyen: paraqueratosis, colección de neutrófilos a nivel del estrato córneo, acantosis, e infiltrados linfocitarios perivasculares en la dermis papilar.⁹

Las complicaciones en estos pacientes incluyen, las infecciones agregadas, úlceras de decúbito, bronconeum-

monías, trombosis venosas y tromboembolismos pulmonares.

TRATAMIENTO

Edmundson y Guy en 1958 fueron los primeros en reportar el uso de metotrexato en el tratamiento de psoriasis. Van Scott y colaboradores, introdujeron la administración en dosis semanales de 50 a 175 mg de metotrexato IM y en reportes posteriores, la administración por vía oral con la cual los efectos colaterales disminuían.

Mecanismo de acción: El metotrexato inhibe la síntesis del ADN, mediante la inhibición competitiva de la dihidrofolato-reductasa, ejerciendo una fuerte acción antimitótica en la epidermis, siendo este su principal mecanismo de acción, aunque se ha reportado la inhibición de la quimiotaxis de neutrófilos.⁵

Farmacocinética: La absorción del medicamento por el tracto gastrointestinal es del 30-60%, uniéndose posteriormente a la albúmina plasmática, encontrándose niveles séricos a los 30 minutos y su pico máximo a los 60-120 minutos.

Su excreción es por vía renal en aproximadamente el 85%, y el resto por heces.⁵⁻¹¹

Dosis: La dosis total recomendada es de 0.2 a 0.4 mg por kg de peso, se administra semanalmente en dosis repartidas cada 12 horas.

Se observa discreta mejoría a la semana del tratamiento, siendo notoria a las ocho semanas.

Indicaciones: Psoriasis en sus formas eritrodérmica y pustulosa generalizadas.⁵

Artritis psoriásica¹⁰

Contraindicaciones: Hipoplasia medular, infección sistémica, úlcera péptica, colitis ulcerosa, alcoholismo crónico, cirrosis o fibrosis hepática, insuficiencia renal.⁵

Efectos colaterales: Los efectos tóxicos del metotrexato reportados con las dosis recomendadas incluyen; náusea, dolor dispéptico y anorexia. Cuando se excede la dosis, o hay antecedentes de enfermedad hepática o renal, o bien en tratamientos prolongados, se han reportado insuficiencia hepática secundaria a cirrosis, a nivel de médula ósea, leucopenia, trombocitopenia y anemia megaloblástica por déficit de folato.

La intoxicación aguda con metotrexato, ocasiona la formación de úlceras en mucosas, hemorragias de tubo gastrointestinal, erosiones cutáneas que pueden llegar hasta cuadros de necrólisis epidérmica. En estos casos, la administración de ácido folínico a grandes dosis por vía parenteral, puede mejorar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enno C, Wolfram S. Epidermis: Disorders of cell kinetics and differentiation. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff et al. *Dermatology in general medicine*. 4th edition. Boston Massachusetts: Mc Graw Hill 1993; 8: 489-514.
2. Corral ME. *Estudio semicerrado comparativo simultáneo DDS vs meclofenamato de sodio en psoriasis*. México, D.F. Tesis del CDP 1985.
3. Bosch F, Botella ER. Eritrodermias. *Med Cut* 1992; 20: 137-273.
4. Puig LI. Fisiopatología de las eritrodermias. *Piel* 1994; 9: 269-273.
5. Camp RDR. Cap 31. Psoriasis. In: Rook. Wilkinson. Ebling. *Textbook of dermatology*. 7th edition. Oxford. Blackwell scientific publications. 1992; 31: 1391-1457.
6. Orozco CL, Tamayo SL, Durán MC, et al. Psoriasis eritrodérmica y artropática con deprivación psicosocial. Inició a los 18 meses de edad. *Dermatología Rev Mexicana* 1991; 25: 447-450.
7. Orozco TR, Reyes E, Guzmán J et al. Eritrodermia. Estudio retrospectivo de 23 casos. Desarrollo de un algoritmo de estudio. *Dermatología Rev Mexicana* 1994; 38: 247-252.
8. Hill JP, Cohen P. Pustular and erythrodermic psoriasis In: Lebwohl M, Zanolli M. *Dermatologic Clinics. Psoriasis*. Philadelphia. Guest 1995; 13: 757-769.
9. Lever Walter. *Histología de la piel*. Intermédica. 8^a edición. Argentina 1990; 8: 148-156.
10. Roenigh H, Fowler W, Curtis GH. Methotrexate for psoriasis in weekly or doses. *Arch Derm* 1969; 99: 86-93.
11. Weinstein GD, Frost P. Methotrexate for psoriasis. *Arch Derm* 1971; 103: 33-38.