

Psoriasis anular. Comunicación de un caso*

Dr. Hugo Alarcón,** Dra. Beatriz Cortez,*** Dra. Gisela Navarrete****

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad papuloescamosa que evoluciona por brotes, se caracteriza por la rápida queratinización e hiperplasia epidérmica. La mayoría de antígenos de histocompatibilidad que muestran los pacientes son HLA-Bw17, y HLA-B13. Afecta cualquier edad de uno y otro sexo. En México se calcula una prevalencia del 2% en la población general. Pueden observarse varias formas en su presentación; tipo placa, en gotas y otras formas menos frecuentes como anular y circinada. La biopsia de piel muestra datos característicos. Se han usado varias terapéuticas con buenos resultados.

Caso clínico: Femenina de 44 años de edad con historia de 18 meses de evolución con dermatosis caracterizada por eritema, escama y liquenificación y borde infiltrado.

Palabras clave: Psoriasis anular.

ABSTRACT

The psoriasis is a papulosquamous skin disease, characterized by a relapsing and variable clinical features. It showed hiperkeratosis and epidermal hyperplasia. The HLA-Bw17 and HLA-B13 are histocompatibility antigens most associated. The occurrence is any age and sex. In Mexico the prevalence is 2 percent. Clinical morphology in skin lesions of psoriasis describe difference types; plaque, guttata, annular. The Skin biopsy show typical changes. The therapeutic not is specific although with goods results. Clinic case: Female 44 years old with history 18 months of evolution with dermatosis characterized by erytema, scale, liquenification and infiltrate border.

Key words: Annular psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis vulgar es una enfermedad papuloescamosa que evoluciona por brotes, se caracteriza por la rápida queratinización e hiperplasia epidérmica. Se asocia a factores genéticos y aunado a situaciones multifactoriales refleja diferentes fenotipos en su expresión. La mayoría de antígenos de histocompatibilidad que muestran los pacientes son HLA-Bw17, y HLA-B13. Según Braun- Falcao¹ los factores ambientales influyen más que la misma situación hereditaria en la aparición de la psoriasis.

La psoriasis se presenta en cualquier edad, con predominio en la etapa adulta, con una relación similar en cuanto al sexo, frecuentemente se presenta el fenómeno de Koebner (isomórfico). Su curso es variable, muchos pacientes tienen la enfermedad estable afectándose pequeñas áreas de la superficie corporal o una involución espontánea y otros muestran exacerbaciones importantes.

En Estados Unidos se calcula que el 2.8% de la población está afectada por esta condición; entre tres y cinco millones de personas, en Alemania el 1.3%, en el Reino Unido el 1.6%, en Sudamérica el 0.97%, es rara en el Oeste de África. En México se calcula una prevalencia del 2% en la población general.¹

La psoriasis puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, las lesiones son de diferente tamaño y forma, los sitios más afectados son piel cabelluda, codos, región sacra y rodillas o dependiendo del sitio afectado recibe ese nombre; de la piel cabelluda, de las uñas e invertida cuando se ven afectados los pliegues.

* Minicaso presentado en la II Reunión Harvard Medical School & Sociedad Mexicana de Dermatología, Huatulco, Oaxaca. México. Julio 1999.

** Dermatólogo. Centro Dermatológico Pascua (CDP).

*** Médico Internista, CDP.

**** Dermatopatóloga, CDP.



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones.



Figura 2. Dermatitis de aspecto anular.

Pueden observarse varias formas en su presentación; tipo placa, en gotas y otras formas menos frecuentes como anular y circinada, los datos clínicos son la expresión de la dilatación vascular y la hiperplasia epidérmica, la superficie de la piel se ve cubierta por una escama gruesa, a veces de aspecto yesoso. En el caso de la psoriasis anular pueden observarse pústulas alrededor de las lesiones.

Bloch² publicó en 1907 un paciente que mostraba lesiones eritemato-escamosas parecidas al eritema circinado a quien calificó como una variedad eritematosa de la dermatitis herpetiforme. Posterior a esta comunicación han sido varios los autores que han publicado casos como una modalidad clínica y evolutiva de psoriasis.³⁻⁵

Lapiere³ describe en 1959 bajo el título de "Dos casos de psoriasis recidivante" dermatosis que según él, aún no había sido identificada, en ésta se refería a la descripción clínica de las lesiones que consistían en una pequeña placa eritematosa cubierta por fina escama, que al extenderse excéntricamente dejaba un centro aparentemente curado con un tinte cianótico o castaño y un borde que presentaba una escama fina en forma de anillo, localizada en raíz de extremidades inferiores, nalgas y grandes pliegues.⁶

Los estudios de laboratorio en general no son específicos. La biopsia de piel muestra datos característicos; hiperqueratosis, paraqueratosis, disminución o ausencia de la capa granulosa y acumulación de neutrófilos a nivel subcórneo (microabscesos de Munro), acantosis regular, con espongiosis y acúmulo de polimorfonucleares (pústula espongiforme de Kojog) elongación de la papila dérmica e infiltrado linfocitario en la dermis superficial.



Figura 3. Nótese el borde eritematoso e infiltrado.

Aunque no existe un tratamiento preciso, se han usado varias terapéuticas con buenos resultados en el control de la dermatosis; esteroides tópicos, alquitrán de hulla, ácido salicílico, urea, antralina, terapia con luz ultravioleta usando el régimen convencional de Goeckerman (UVB) o psoralenos con el uso de luz ultravioleta A (PUVA). Agentes antimetabolitos como el metotrexate, hidroxycortona y recientemente los retinoides orales.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 44 años de edad, casada, dedicada al hogar, originaria y residente de Huixquilucan, Edo. de México. Ella fue vista por primera vez en la consulta del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua el día 18 de abril de 1998, por presentar una dermatosis diseminada a extremidades

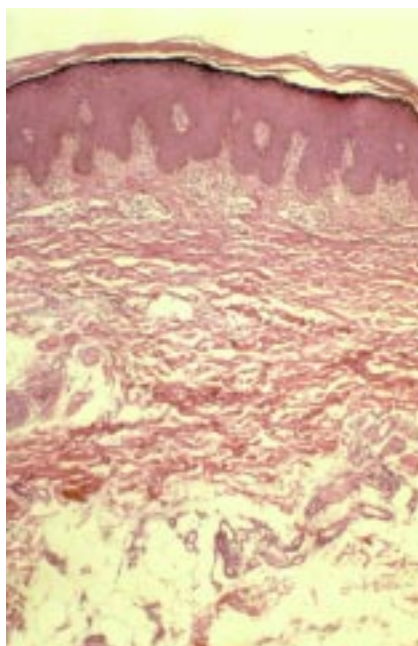


Figura 4. Aspecto histopatológico (H.E., 10X.).

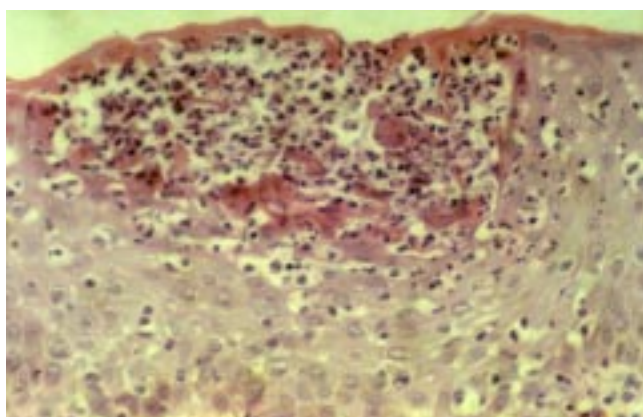


Figura 5. Detalle histopatológico; Pústula espongiforme de Kojog (HE, 40 X).

inferiores, se afectaban en forma bilateral y simétrica, aunque predominaba en las caras anteriores de pie, pierna y muslos. La dermatosis estaba constituida por eritema, escama, formando placas de diferente forma y tamaño; entre cinco a 30 cm aproximadamente, en algunas mostraba áreas de eczema y en otras zonas de atrofia. Otras lesiones mostraban un borde eritematoso e infiltrado (*Figura 1*).

En resto de piel y anexos; mostraba las uñas de los pies amarillas, distróficas en 80%, en plantas se observaban algunas vesículas y abundante escama.

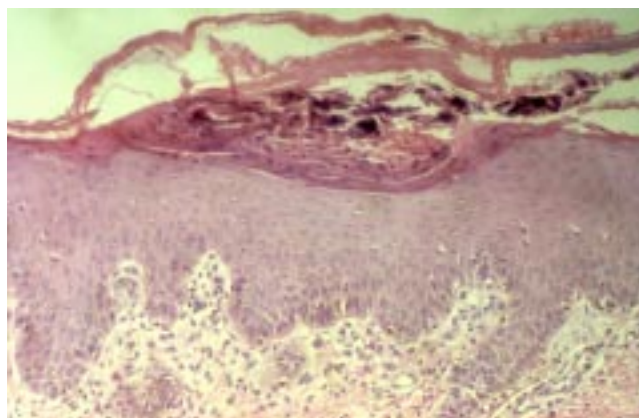


Figura 6. Detalle histopatológico: Microabsceso de Munro (HE, 40 X).



Figura 7. Aspecto clínico cinco meses después de tratamiento.

Interrogatorio: Refiere que lo inicia tres meses antes al presentar “granitos” en dorso de pies, manejada con tratamientos no especificados sin ceder, con diseminación posterior a pierna y muslo hasta adoptar la morfología descrita, refería prurito leve.

Con antecedente de importancia de ser portadora de artritis reumatoide de dos años de evolución manejada con betametasona intramuscular en 18 dosis (Diprospan 10 mg x mes), posteriormente se cambió por esteroide oral (Deflazacort 30 mg por día por tres meses) hasta el momento de su valoración.

A la exploración física: Con facies cushinoide, obesidad exógena con presentación centrípeta, giba y algunas estrías en abdomen.

Diagnósticos presuntivos: Se integraron los siguientes diagnósticos; probable tiña corticoestropeada, a

descartar eritema anular centrífugo, tiña de los pies, onicomicosis, síndrome de Cushing y obesidad exógena.

Estudios complementarios: Laboratorio: biometría hemática y química sanguínea normal, velocidad de sedimentación globular 48 mm/h y factor reumatoide positivo. Examen directo micológico y cultivo negativo para las lesiones de piernas y dorso de pies negativo, en uñas de pies positivo con crecimiento de *T rubrum*. La primera biopsia mostró datos de dermatitis crónica por lo que fue necesario tomar una segunda biopsia que fue reportada como psoriasis pustulosa (*Figuras 3 y 4*).

Diagnóstico final: Psoriasis anular, onicomicosis y tiña de pies, síndrome de Cushing yatrógeno, artritis reumatoide.

Tratamiento y manejo: La psoriasis se manejó con crema salicilada al 5% y alquitrán de hulla al 5%; así como reducción progresiva del esteroide. El manejo de la artritis reumatoide fue a base de antiinflamatorio no esteroideo, presentando una buena evolución y mejoría de las lesiones, desaparición de las mismas a los cinco meses y hasta la actualidad sin recidivas (*Figura 5*). La onicomicosis en Tx con antimicóticos sistémicos.

COMENTARIOS

La psoriasis es una enfermedad crónica, la variedad clínica anular debe diferenciarse de otros diagnósticos. La biopsia en estos casos muestra cambios de la variedad pustulosa como en nuestro caso. La frecuencia real de la psoriasis variedad anular no se conoce.

El caso clínico presentado mostró datos relevantes en relación a su comportamiento clínico. El haber utilizado esteroides sistémicos por casi dos años nos orientó a pensar en una micosis corticoestropeada. Sin embargo, el estudio de la dermatosis no lo confirmaba ya que los datos clínicos y micológicos positivos en uñas y planta de ambos pies lo orientaba, pero el examen micológico de dorso de pies y piernas lo descartaba, además la biopsia de esta región mostró sólo datos de dermatitis crónica. Por lo que fue necesario realizar una segunda biopsia en la que se observaron datos de psoriasis pustulosa. Al hacer una correlación clinicopatológica se integró el diagnóstico final. El tratamiento fue excelente y actualmente la paciente se encuentra en control de medicina interna por su problema articular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun-Falcao O. The initial psoriatic lesion. p 1. In Farber EM, Cox, AJ, (eds) Psoriasis, Proceedings of the Second International Symposium. *Yorke Medical Books*, New York 1977.
2. Bloch M. Erytheme circine recidivant. *Ann Derm Syph* 1907; VIII: 126.
3. Lapiere S. Deux cas de psoriasis recidivant a elements evoluant de facon anormalement rapide en quelques jours. *Archeves Belges Derm* 1959: 15; 7.
4. Calvert H. Pustular psoriasis (type laiere) *Brit J. Derm* 1967; 79: 719.
5. Marks R, Gold s. Erytheme Annular like pustular psoriasis. *Arch Dermatology* 1973: 108; 687.
6. Jaimovich L, Souza L, Abulafia J. Psoriasis de tipo anular centrífugo. *Med Cut ILA*. 1974; 4: 255-262.