

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume

11

Número
Number

2

Mayo-Agosto
May-August

2002

Artículo:

**Parapsoriasis en grandes placas.
Reporte de dos casos**

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Parapsoriasis en grandes placas. Reporte de dos casos

Dra. Myrna Rodríguez Acar,* Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Verónica García Salazar***

RESUMEN

La parapsoriasis en placas (tipo grandes placas) es una condición premaligna, capaz de desarrollar un linfoma cutáneo de células T (LCCT). Sin embargo, es difícil distinguir los estadios tempranos de LCCT de la parapsoriasis en grandes placas. Se reportan dos casos de parapsoriasis de grandes placas. El primer caso se trata de una paciente femenina de 31 años de edad con 10 años de evolución, el segundo caso se trata de un paciente masculino con 10 años de evolución que progresó a un linfoma cutáneo de células T.

Palabras clave: Parapsoriasis de grandes placas, linfoma cutáneo de células T.

ABSTRACT

Parapsoriasis en plaques (large-plaque type) is a premalignant condition capable of developing into cutaneous T-cell lymphoma (CTCL). However, it is not known whether the early stage of CTCL can be distinguished from parapsoriasis en plaques. It is report two cases of large-plaque parapsoriasis. Case 1 patient female of 31 years-old, for ten years of develop. Case 2 patient male for ten years of develop, for progression to cutaneous T-cell lymphoma.

Key words: Large-plaque parapsoriasis, cutaneous T-cell lymphoma.

INTRODUCCIÓN

En 1897 Brocq describió la psoriasis de grandes y pequeñas placas como una sola entidad: la pitiriasis eritrodémica en placas diseminada. Fox y MacLeod en 1901 agruparon estas enfermedades describiéndolas como eritrodermia maculopapular.¹

Brocq propuso el término parapsoriasis en 1902 para designar un grupo de diferentes dermatosis caracterizadas en parte por su etiología desconocida, cronicidad y carácter, esencialmente asintomático y refractario a la terapia.^{1,2}

En 1916 Mucha, y Later Habermann describieron la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda como una forma distinta de pitiriasis liquenoide crónica y de otras enfermedades.^{1,2}

Una nomenclatura más simple identifica dos subgrupos mayores: Parapsoriasis de pequeñas placas (PPP) y parapsoriasis de grandes placas (PGP).¹⁻³

La parapsoriasis de grandes placas se identificó como una lesión potencialmente maligna.

Estos desórdenes aparecen en todos los grupos raciales y no son frecuentes, constituyen menos del 0.1% de la consulta dermatológica, la relación varón: mujer es de 2:1.^{1,2}

La parapsoriasis en grandes placas se caracteriza por la presencia de grandes placas que miden en promedio aproximadamente 10 cm o más.^{1,2} Comúnmente se localiza más o menos simétrica en uno o más de los siguientes segmentos corporales: nalgas, tronco en cara anterior y posterior, y posterior del tórax y abdomen, superficies de flexión, especialmente axilas y en mujeres en mamas.

Las placas son ligeramente induradas, infiltradas color café rojizo a rosado, escamosas, de bordes indefinidos e irregulares.^{2,3}

Otras características clínicas incluyen la presencia de atrofia, pigmentación y telangiectasias, las cuales son variables dependiendo de cada paciente.⁵

Se ha clasificado a la parapsoriasis en grandes placas en dos subgrupos:

- a) Poiquilodérmica.
- b) Placas simples o reticuladas.

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo CDP.

*** Residente de Dermatología 2do año, CDP.



Figura 1. Parapsoriasis en grandes placas. Aspecto clínico. Placas hiperpigmentadas, número, tamaño y forma variable (vista anterior).



Figura 2. Parapsoriasis en grandes placas aspecto clínico (vista posterior).



Figura 3. Aspecto clínico, con placas de bordes indefinidos e irregulares. Acercamiento de placas de la espalda.



Figura 4. Placa con escama fina en su superficie con aspecto en "papel de cigarrillo".

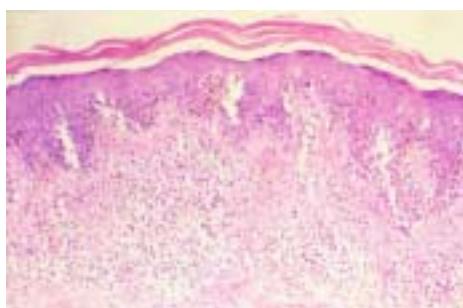


Figura 5. Parapsoriasis de grandes placas. Epidermis con queratosis ortoqueratósica.

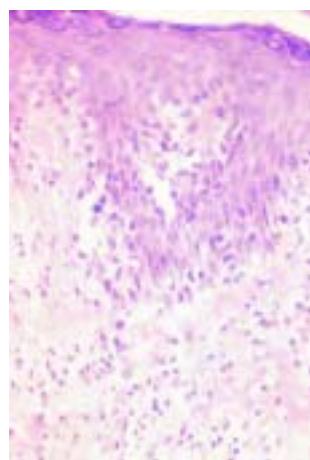


Figura 8. Parapsoriasis de grandes placas. Dermis con papilomatosis, con infiltrado linfohistiocitario con disposición en banda, con áreas de epidermotropismo.

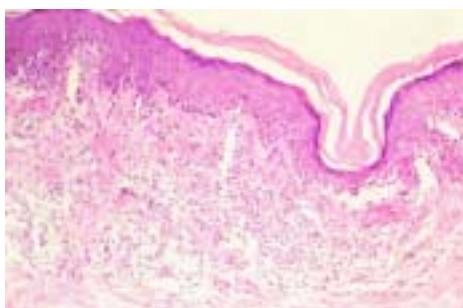


Figura 6. Parapsoriasis de grandes placas con formación de tapones cónicos.



Figura 9. Parapsoriasis en grandes placas. Aspecto clínico. Lesiones en cara anterior de tronco y brazos.



Figura 10. Parapsoriasis en grandes placas. Placas eritemato-infiltradas en muslos y piernas.



Figura 11. Parapsoriasis en grandes placas. Aspecto clínico de placa eritematosa indurada, en cara externa del tercio medio de antebrazo.



Figura 14. Acercamiento de placa eritemato-infiltrada con escama fina y adherente en la superficie.



Figura 15. Parapsoriasis en grandes placas. Aspecto clínico-topográfico de las lesiones, en cara posterior de extremidades inferiores.



Figura 12. Aspecto clínico de lesión en cara externa del tercio distal de brazo y proximal de antebrazo.



Figura 17. Se observa epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, papilomatosis y denso infiltrado linfohistiocitario que abarca hasta dermis profunda (H:E 10X). Imágenes histopatológicas compatibles con parapsoriasis de grandes placas.

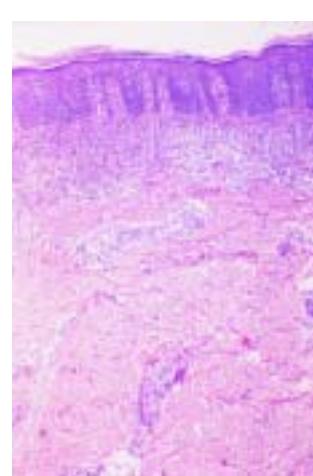


Figura 13. Aspecto clínico de lesiones de forma y tamaño variable, con escama fina, blanquecina en su superficie.



Figura 18. Acercamiento, se observa epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica y dermis con denso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos (H-E 40X).

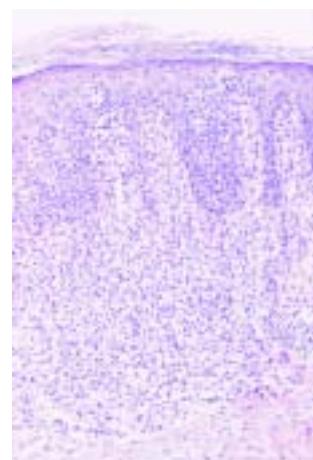


Figura 19. Se observa marcado epidermotropismo. (H-E 40X).

La forma poiquilodérmica presenta lesiones que tienen telangiectasias, placas con escama fina dando un aspecto en "papel de cigarrillo".^{2,4} Ésta es la forma que tiene más potencial para malignizarse.³

La parapsoriasis reticulada generalmente es más extensa, tiene una distribución en red o "franjas de cerebra" con pápulas escamosas rojas o pardas brillantes y planas, la atrofia suele ser prominente.^{1,2,5}

Sus características histopatológicas son hiperqueratosis, paraqueratosis focal y algunos focos de espongiosis, en la dermis hay un infiltrado perivascular de aspecto liquenoide compuesto de células mononucleares¹ células de núcleos atípicos grandes e hipercromáticos. La más característica de ellas es un gran linfocito de núcleo cerebriforme, hipercromático, conocido como la célula de micosis fungoide, el número de estas células aumenta si la enfermedad avanza hacia la malignidad.

Puede haber atrofia epidérmica con un grado variable de degeneración en la zona basal, y licuefacción, pérdida de crestas interpapilares, incontinencia pigmentaria y dilatación de vasos sanguíneos superficiales, estos cambios se aprecian clínicamente como atrofia epidérmica y poiquilodérmica.^{2,4}

A continuación se presentan dos casos de parapsoriasis de grandes placas.

PRIMER CASO

Paciente del sexo femenino de 31 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal. Acude al Centro Dermatológico Pascua el 4 de mayo del 2000, debido a una dermatosis diseminada que afecta tronco, extremidades superiores e inferiores. De éstas afecta: pecho, pliegues submamarios, tercio superoexterno de ambas mamas, espalda, abdomen, cara interna de brazo izquierdo, pliegues de flexión, piernas y muslos en todas sus caras. Bilateral y asimétrica (*Figuras 1 y 2*) dermatosis constituida por la presencia de placas hiperpigmentadas de color café rojizo, de número, tamaño y forma variable, siendo la menor de ellas de 3 cm de diámetro y la mayor de ellas de 12 cm de diámetro, de bordes indefinidos e irregulares. En mamas dos placas con escama fina en su superficie, con aspecto en "papel de cigarrillo" (*Figuras 3 y 4*).

Esta dermatosis tenía una evolución de diez años y únicamente refería prurito intenso como sintomatología agregada. La dermatosis continúa evolucionando en forma lenta y paulatina, incrementándose el número de lesiones y el prurito, por lo que acude al Centro Dermatológico Pascua donde se decide la realización de biopsia incisional de una de las placas de la espalda.

Los hallazgos histopatológicos muestran una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica con formación de tapones córneos, discreta acantosis irregular a expensas de los procesos interpilares alternando con áreas de atrofia.

En dermis hay papilomatosis, un infiltrado linfohistiocitario que tiende a disponerse en banda, con áreas de epidermotropismo. En dermis media y profunda hay infiltrado linfocitario discreto perivasicular y perianexial (*Figuras 5, 6, 7 y 8*).

SEGUNDO CASO

Paciente masculino de 56 años de edad, originario y residente de Cuautla Morelos, quien acude por presentar dermatosis diseminada con tendencia a la generalización, presenta incontables placas eritemato-infiltradas, de forma y tamaño variables, superficie cubierta de escama fina, blanquecina, adherente, con bordes bien definidos (*Figuras 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16*). Presenta diez años de evolución, como único síntoma presenta prurito. Acude al Centro Dermatológico Pascua en 1994, se decide la realización de biopsia incisional de una de las lesiones, reportándose datos histopatológicos compatibles con una parapsoriasis de grandes placas (*Figuras 17, 18 y 19*).

El paciente se mantuvo en observación con control histopatológico donde se reportó posteriormente la progresión a linfoma cutáneo de células T, tipo micosis fungoide.

DISCUSIÓN

Actualmente aún se encuentra en discusión el hecho de que la parapsoriasis en grandes placas sea un estadio premaligno o un estadio temprano del linfoma cutáneo de células T (LCCT).

Se describe que la micosis fungoide tiene cuatro fases: premicosis fungoide, lesiones aisladas, placas y tumores.

La fase premicótica puede persistir durante meses o años y sólo manifestarse con lesiones en placas pruriginosas, como sucede en estos dos casos presentados.⁴ Es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre el LCCT en estadios tempranos, de una parapsoriasis en grandes placas, la cual se menciona tiene un potencial de desarrollar un linfoma cutáneo hasta en un 10 a 20% de los casos.^{5,10}

En los casos presentados actualmente sólo uno de ellos ha evolucionado a linfoma cutáneo de células T, mientras que la primera paciente aún persiste sólo con

prurito, aunque llama la atención el desarrollo de dos nuevas lesiones en las mamas con aspecto poiquilodérmico, lo cual puede hablarnos de que el proceso está activo, evolucionando hacia la malignidad.²⁻⁵ La importancia de la vigilancia en estos pacientes radica en la respuesta que se tiene al tratamiento en la fase premaligna y en los estadios tempranos del LCCT en comparación con los estadios avanzados del mismo.⁴

Se han realizado numerosos estudios de inmunohistoquímica en los que se ha encontrado que tanto en los estadios tempranos de micosis fungoide, como en la parapsoriasis de grandes placas existe una deficiencia de antígeno Leu-8/leu9 por lo que varios autores concluyen que la parapsoriasis de grandes placas es un estadio temprano de micosis fungoide.^{6,7}

En cuanto al tratamiento de esta patología se menciona que no es satisfactorio, en ocasiones la parapsoriasis de grandes placas puede mejorar después de exposición a la luz UV o aplicación de corticosteroides tópicos pero generalmente al dejar el tratamiento presentan recaídas.²

Los efectos de la fotoquimioterapia tampoco han sido satisfactorios ya que se ha observado que la recaída ocurre en aproximadamente siete meses en el 60% de los casos.^{2,8} Con el tratamiento basado en PUVA se ha observado que hasta un 80% de los enfermos responde satisfactoriamente en la parapsoriasis en grandes placas, así como también en los estadios tempranos de la micosis fungoide, que no sucede en estadios avanzados de la misma.

En estos casos ambos pacientes son candidatos a tratamiento con PUVA debido a la fase premaligna y temprana en la cual se encuentran.

Requieran además un estrecho monitoreo para tratar de frenar la evolución del proceso.⁹ Su pronóstico es variable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott R, Sanchez J. Parapsoriasis a century later. *Inter J Dermatology* 1990; 29: 329-330.
2. Fitzpatrick, Eisen. *Dermatology in general medicine*. 5th Ed. McGraw-Hill, Inc. 1999: 1124-28.
3. Arenas. Parapsoriasis. *Dermatología, Atlas. Diagnóstico y tratamiento*. 2nd Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1996: 401-402.
4. Fortson JS, Schroeter AL, Esterly NB. Cutaneous T-cell lymphoma (parapsoriasis en plaque). An association with pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in young children. *Arch Dermatol* 1990; 126(11): 1449-53.
5. Arata K, Wataru N, Takashi H. Parapsoriasis en plaques: its potential for progression to malignant lymphoma. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 419-422.
6. Lindae M, Elizabeth A, Richard T. Poikilodermatous mycosis fungoidea and atrophic large-plaque parapsoriasis. Exhibit similar abnormalities of T-cell antigen expression. *Arch Dermatology* 1988: 366-372.
7. Brian D, Margot S, Sigrid A, Muller M. T-cell receptor gene rearrangement Analysis: Cutaneous T cell lymphoma, peripheral T cell lymphoma, and premalignant and benign cutaneous lymphoproliferative disorders. *J Am Acad Dermatology* 1991; 25: 787-96.
8. Westphal HJ, Walter A. Phototherapy of parapsoriasis. *Dermatologische Monatsschrift* 1989; 175: 555-60.
9. Powel FC, Spiegel GT, Muller SA. Treatment of parapsoriasis and mycosis fungoidea: the role of psoralen and long-wave ultraviolet light A (PUVA). *Mayo Clinic Proceedings* 1984; 59: 538-46.
10. Alagheband M, Cairns ML, Chuang TY. Xanthoerythrodermia perstans and alopecia mucinosa in a patient with CD-30 cutaneous T-cell lymphoma. *Cutis* 1997; 60(1): 41-2.