

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:




Psoriasis pustulosa. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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](#)

Psoriasis pustulosa. Reporte de un caso

Dr. Fermín Jurado S,* Dra. Sonia Torres González,** Dr. Alberto Ramos Garibay,*** Dr. Julio Casasola Vargas,**** Dr. Carlos Lizárraga García,***** Dra. Gabriela Fernández Arista*****

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica, de etiología no bien conocida aún, pero que presenta un acortamiento del ciclo celular con alteraciones en la maduración de los queratinocitos. Tiene diferentes formas de presentación, siendo la psoriasis vulgar la más frecuente, y la pustulosa es una de las más raras. En esta última, la lesión predominante son las pústulas estériles y así mismo, puede ser localizada o generalizada. Existe además la afección articular asociada, la artritis psoriásica, siendo poco frecuente, pero se ha asociado más a la forma pustulosa. Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años de edad, con diagnóstico de psoriasis pustulosa y espondiloartropatía.

Palabras clave: Psoriasis pustulosa, espondiloartropatías.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic disease, its etiology isn't well known, but is characterized by a shortening of the cell cycle and alterations on maturation of keratinocytes. Psoriasis has many clinical forms, psoriasis vulgaris is the most common, and the pustular psoriasis is the less one. In this variety, the pustules are the predominant lesions, and it may be localized or generalized. Moreover, in some cases (more frequent in pustular psoriasis), there is a joint involve associated. We report the case of a 34 years old male patient, with diagnosis of pustular psoriasis and spondyloarthropathy.

Key words: Pustular psoriasis, spondyloarthropathies.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, común, que cursa con múltiples expresiones clínicas.^{1,2} Se caracteriza por presentar defectos en la queratinopoyesis, conduciendo a un crecimiento epidérmico exagerado, con alteración en la maduración celular, además de cambios vasculares e inflamatorios.³ La forma más común, denominada psoriasis vulgar, clínicamente, presenta placas eritematosas, engrosadas y con escama; la afección varía desde localizada hasta ser generalizada.² Afecta preferentemente salientes óseos y piel cabelluda aunque puede comprometer cualquier área cutánea.²

EPIDEMIOLOGÍA

En los países occidentales afecta del 1.5-2% de la población. Afecta por igual a ambos sexos.^{3,4} Según la edad de inicio, se divide en dos grupos:²

Temprana (juvenil): Con incidencia mayor a los 22.5 años de edad.²

Tardía (del adulto): Se presenta alrededor de los 55 años de edad.²

La psoriasis de inicio temprano tiende a ser más severa, y de más difícil tratamiento.²

La forma pustulosa, de la cual no se conoce su frecuencia exacta, es muy rara.²⁻⁵

Existe una forma artropática que se presenta en 1-15% de los casos y la forma que más se asocia es la pustulosa.^{2,4}

ETIOPATOGENIA

La psoriasis se considera una enfermedad multifactorial, en la que están involucrados numerosos genes, así como factores ambientales; se ha asociado fuertemente con HLA-Cw-6,⁶ y también con HLA-B13, -B17, -Bw57.^{1,7}

* Dermatólogo, Jefe del Servicio de Enfermedades de la Colágena, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatooncóloga, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.

**** Reumatólogo, Hospital General de México.

***** Residente 3er año Dermatología CDP.

***** Residente Dermatooncología.

Entre los factores desencadenantes se han involucrado infecciones estreptocócicas agudas (variedad gutata), medicamentos como esteroides sistémicos (éstos son los principales medicamentos que se han asociado a la aparición de psoriasis pustulosa), litio, antimaláricos, interferón, β -bloqueadores,^{3,4,8} alcohol y tabaco.⁹

Se ha considerado que la respuesta inmune mediada por linfocitos T, con la producción de citocinas, entre las cuales destaca el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), es necesaria para mantener las lesiones de esta enfermedad, ya que existen muchas de estas células en las placas psoriásicas y rodeando los vasos.¹⁰

La alteración característica es el acortamiento del ciclo celular, de 311 horas, (normal) a 36, teniendo así, una duración 28 veces más corta.¹⁻⁴

VARIEDADES DE PSORIASIS

En placas, gutata, anular, circinada y pustular.^{2,4,5,11}

Éstas pueden ser: Desde localizadas hasta generalizadas.^{2,4,5}

La variedad pustular puede afectar sólo palmas y plantas (pustulosis palmoplantar de Barber), ser diseminada (variedad anular o dermatosis pustular subcórnea de Sneddon-Wilkinson), o ser generalizada, llamada Von Zumbush. De ellas la pustulosis palmoplantar es la más frecuente.^{2,4}

Todas presentan pústulas, las cuales son estériles, miden de 2-5 mm, en ocasiones llegan a confluir en lesiones más grandes ("lagos de pus") pueden aparecer sobre una piel sana o eritematosa, o rodeando placas eritematosas.^{2,4}

La forma generalizada, se ha asociado al uso de medicación sistémica con esteroides, comúnmente de inicio brusco, y suele cursar con fiebre y ataque al estado general, así como con leucocitosis. Existe además afección ungueal, con onicopaquia, onicodistrofia e incluso con pérdida de las láminas ungueales.^{2,4}

En el año 2000, Ozkaya-Bayazit et al, reportan un caso de psoriasis pustulosa lineal en un paciente que previamente había presentado psoriasis en placas y pustulosa generalizada. Se observó en relación a las líneas de Blaschko y consideran a tal patrón lineal como una variante más de la variedad pustulosa localizada.¹²

La artritis psoriásica forma parte de las espondiloartropatías negativas: espondilitis anquilosante, artritis enteropática, y síndrome de Reiter.^{2,4}

Tiende a comprometer las articulaciones periféricas, sobre todo las más pequeñas de las extremidades superiores y ser asimétricas. La incidencia es de 5-8%, en

la mayoría de los casos existen previamente lesiones de psoriasis.^{2,4}

Tiende a ocasionar osteólisis y ser mutilante. La forma periférica es la más frecuente y es asimétrica. La forma axial, afecta principalmente las articulaciones sacroiliacas y cervicales.²⁻⁴

Tratamiento

Se han empleado diferentes medicamentos para el manejo de psoriasis pustulosa, tales como PUVA terapia (psoralenos más radiación UVA),¹³⁻¹⁵ metotrexato y retinoides,¹⁶⁻¹⁸ incluso se reporta el uso de ciclosporina e hidroxiurea.^{19,20} Recientemente se ha incorporado la "terapia biológica" con aquellos fármacos cuyo objetivo es el TNF- α .¹⁰ Se ha reportado también el uso de aféresis de granulocitos y monocitos como otra alternativa terapéutica.²¹

Se contraindica el uso de esteroides sistémicos.^{4,15,16,19}

Caso clínico

Se trata de paciente del sexo masculino de 34 años de edad originario y residente de Jerécuaro, Guanajuato, quien acude al Centro Dermatológico Pascua por padecimiento de un año de evolución, el cual inicia con granitos y costras en cabeza y piernas, presentando en éstas, dolor tipo ardoroso.

Como antecedentes de importancia, menciona presentar limitación progresiva de la marcha, de 16 años de evolución, cursando con rigidez articular; por lo cual recibió tratamiento con prednisona por 15 meses, a dosis variable, siendo la más alta de 50 μ g/6 h. Al aparecer las lesiones cutáneas, utilizó betametasona tópica por aproximadamente 10 meses.

Presenta dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades inferiores, de los que afecta: piel cabelluda, región lumbosacra, cara anterior de muslos, y caras anteriores y posteriores de piernas. Dermatosis de aspecto polimorfo, constituida, en cabeza, por eritema, escama y pústulas, que conforman 3 placas de aproximadamente 3 cm de diámetro (*Figura 1*) en tronco por eritema y numerosas manchas hipercrómicas de forma y tamaño variables; y finalmente en extremidades inferiores, por eritema, escama, exulceraciones, incontables pústulas, (algunas confluyen formando "lagos de pus") que conforman 5 placas de forma irregular, dos de ellas de aproximadamente 15 x 30 cm (*Figuras 2 y 3*).

Resto de exploración física

Fascies Cushinoide, hallux valgus bilateral.

Los datos de laboratorio sólo mostraron, VSG 51, hemoglobina de 12.5 g y factor reumatoide negativo.

En las radiografías se observó: osteopenia, fracturas por compresión y fusión de cuerpos vertebrales (*Figura 4*), en columna lumbar; sacroileítis grado IV bilateral, (*Figura 5*) fusión de articulaciones coxofemorales, subluxación de todas las articulaciones metatarsofalángicas de ambos pies.

Con todos los datos mencionados, se establece el diagnóstico presuntivo de psoriasis pustulosa, además se consideró la posibilidad de estar asociada a artropatía psoriásica axial. Por lo que se solicitó valoración por el Servicio de Reumatología del Hospital General de México.

Donde, en base a sus antecedentes se interrogó intencionadamente, y el paciente mencionó dolor lumbar nocturno, dolor en cuello, tobillos y pies, limitación de movimientos en cuello, rigidez de columna, incapacidad para sentarse y limitación para la marcha. Se detectó hipersensibilidad en las entesis aquílea y plantares.

Además, se valoraron las pruebas de metrología axial, encontrándose:

- Flexión anterior lumbar: 0 cm
- Distancia occipucio-pared: 15 cm
- Flexión lateral lumbar: 8 cm
- Rotación cervical: 15°
- Distancia intermaleolar: 15 cm

Con lo que se determinó la presencia de una forma severa de la enfermedad.

Se realiza biopsia incisional en piel cabelluda cuyo estudio histopatológico reporta:

Epidermis con hiperqueratosis y paraqueratosis focal, presencia de microabscesos de Munro y pústulas espon-

giformes, hipogranulosis, acantosis regular moderada a expensas de los procesos interpupilares. Dermis con papilomatosis y moderada reacción inflamatoria (*Figuras 6 y 7*). El diagnóstico es compatible con psoriasis.

Finalmente, se establece el diagnóstico definitivo de psoriasis pustulosa y espondilitis anquilosante.

Se inicia tratamiento con: Metotrexate 10 mg (dosis semanal), ácido fólico 5 mg/día, alantoína 2%.

Manejo reumatológico (establecido por el Instituto Nacional de Rehabilitación): Sulfasalazina 1.5 g/d, diclofenaco 150 mg/d, prednisona en reducción.

Un mes después es valorado, presentando resolución de lesiones en aproximadamente 90%, (*Figura 8*) cursando con remisiones temporales del dolor lumbosacro. Se continúa aún con metotrexate, y con el tratamiento reumatológico. Continúa en reducción de esteroides, hasta su suspensión. Se brindarán citas periódicas para seguimiento, tanto dermatológico como reumatológico.

Comentario

Dentro de la variedad de presentaciones clínicas de psoriasis, la forma pustular es de las menos frecuentes, su prevalencia no se conoce. Así mismo, la asociación con artritis, es más común en esta variedad. Debido a ello se presenta este caso, el cual cursa con una espondiloartropatía independiente de la psoriasis. Se determinó que se trata de una espondilitis anquilosante, en base al estudio radiográfico, metrología axial y a que cumple con los criterios modificados de Nueva York para diagnóstico de espondilitis anquilosante (*Cuadro I*).

CUADRO I. CRITERIOS DE NUEVA YORK MODIFICADOS PARA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

Criterio	Explicación
1. Dolor de espalda tipo inflamatorio	Aparición en menor de 40 años Comienzo insidioso Duración mayor a 3 meses Rigidez matutina Mejoría con ejercicio o actividad
2. Limitación de movimientos de columna lumbar	En planos frontal y sagital
3. Limitación de movimientos respiratorios profundos	
4. Sacroileítis (radiológica)	• Bilateral, grado 2-4 • Unilateral, grado 3-4

Se considera diagnóstico, al presentarse cualquiera de los criterios de sacroileítis más uno de los criterios clínicos. Taurog J, Lipsky P. Espondilitis anquilosante, artritis reactiva y espondiloartropatía indiferenciada, En: Fauci A, Braunwald E. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª ed. 1998; (2): 2163-70.



Figura 1. Placas eritematoescamosas con pústulas en la periferia, en piel cabelluda.



Figura 2. Eritema, exulceraciones y pústulas, en cara anterior de piernas.



Figura 3. Acercamiento de pierna derecha en la que se logra observar las pústulas pequeñas en la periferia de las placas eritematosas y exulceradas.



Figura 4. Radiografía de columna lumbar en la que se observa fusión de vértebras.

Aunque en la mayoría de los casos de artritis psoriásica, existen previamente lesiones cutáneas, en un porcentaje mínimo, puede presentarse inicialmente la artritis y desarrollar psoriasis posteriormente.

Podemos concluir, que se trata de un paciente, portador de espondilitis anquilosante, y de psoriasis pustular, estando ésta, probablemente asociada al uso de esteroides sistémicos por tiempo prolongado.

Dentro de las posibilidades terapéuticas, se decidió iniciar con metotrexato, ya que se consideraba la posibilidad de artritis psoriásica, y este medicamento es de



Figura 5. Radiografía de pelvis. Se observa sacroileítis bilateral.

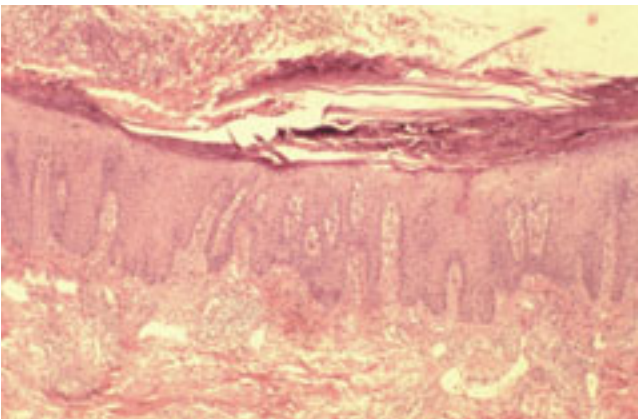


Figura 6. Imagen histológica. La epidermis muestra un microabsceso de Munro en la capa córnea. Acanthosis regular de procesos interpupilares. (H-E 10x)

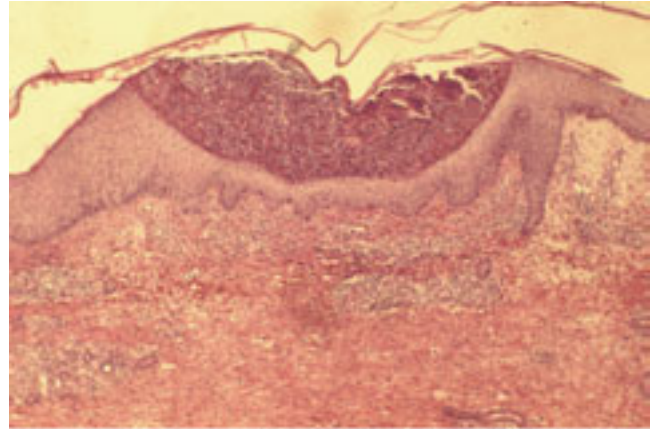


Figura 7. Imagen histológica. En la porción superior de la capa espinosa, se demuestra una pústula esponjiforme. (H-E 10x)



Figura 8. Posterior a un mes de tratamiento, se observa disminución de pústulas.

los más útiles para tal afección, además de ser de menor costo que los retinoides.

La respuesta de la afección cutánea, al tratamiento ha sido adecuada; en cuanto a la afección reumatológica, dada la presentación severa de la enfermedad, el pronóstico es menos favorable.

El manejo reumatológico se lleva a cabo por el Instituto Nacional de Rehabilitación, y en conjunto daremos seguimiento al paciente, en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schön M, Boehncke WH. Psoriasis. Review Article. *N Engl J Med* 2005; 352: 1899-912.
2. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. *Fitzpatrick's, color atlas & synopsis of clinical dermatology*. 5th ed. 2005: 54-71.
3. Peters B, Weissman F. Pathophysiology and treatment of psoriasis. *Am J Health-Syst Ph* 2000; 57(7): 645-662.

4. Camisa C. *Psoriasis*. Blackwell Scientific Publications. 1997: 7-177.
5. Koo J, Lee E et al. *Psoriasis*. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 613-22.
6. Elder JT, Nair RP, Henseler T et al. The genetics of psoriasis 2001: the odyssey continues. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1447-54.
7. Capon F, Munro M, Baker J, Trembath R. Searching for the major histocompatibility complex psoriasis susceptibility gene. *J Invest Dermatol* 2002; 118: 745-51.
8. Tsankov N, Kazandjleva J, Drenovska K. Drugs in exacerbation and provocation of psoriasis. *Clin Dermatol* 1998; 16: 333-51.
9. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25: 107-10.
10. Mehlis S, Gordon K. The immunology of psoriasis and biologic immunotherapy. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: S44-50.
11. Alarcón H, Cortez B, Navarrete G. Psoriasis anular. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9(1): 11-14.
12. Özkaya-Bayazit E, Akasya E et al. Pustular psoriasis with a striking linear pattern. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 329-31.
13. Lebwohl M. Acitretin in combination with UVB or PUVA. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(Suppl): S22-4.
14. Roenigk RK, Gibstine C. Oral isotretinoin followed by psoralens and Ultraviolet A or B for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13: 153-5.
15. American Academy of Dermatology. Committee on Guidelines of care, Task Force in psoriasis. Guidelines of care for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 632-7.
16. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 2. Systemic Therapies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 649-61.
17. Roenigk HH, Auerbach R et al. Methotrexate in psoriasis: consensus conference. *J Am Acad Dermatol* 1998; 338: 478-85.
18. Moy RL, Kinston TP, Lowe NJ. Isotretinoin vs etretinate therapy in generalized pustular and chronic psoriasis. *Arch Dermatol* 1985; 121: 1297-301.
19. Lebwohl M, Ellis C, Gottlieb A et al. Cyclosporine consensus conference with emphasis on the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 464-75.
20. Smith CH. Use of Hydroxyurea in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 1999; 24: 496.
21. Kanekura T, Yoshii N, Yonezawa T et al. Treatment of pustular psoriasis with granulocyte and monocyte adsorption apheresis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 329-32.