

Caso para diagnóstico

Úlcera necrótica en pierna

María Guadalupe Olguín García,* Gisela Navarrete Franco,** Diana Aline García Arteaga***

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 10 años de edad, originaria y residente del D.F. quien acude por presentar una dermatosis localizada a extremidad inferior izquierda, de la que afecta cara anterior de pierna en su tercio medio. Constituida por una úlcera necrótica de 5 cm de diámetro, sin forma definida, con costras sanguíneas y melicéricas en su superficie, con islote de piel sana en el centro, de bordes bien definidos, con edema y eritema perilesional. De evolución crónica y discretamente pruriginosa (**Figura 1**).



Figura 1. Úlcera necrótica.

Al interrogatorio indirecto, refiere la madre que inició tres meses previos a su consulta con una «infección en la pierna». Fue tratada de forma intermitente con esteroides de alta potencia en forma tópica, aplicando también «hierbas» no especificadas. Con respecto al resto de la exploración, se observó en la región parietal discreta escama blanquecina, fácilmente desprendible.

Se realizó biopsia incisional, cuyo estudio histológico se muestra en la **figura 2**.

Con los datos clínicos e histológicos anteriormente proporcionados, ¿cuál es su diagnóstico?

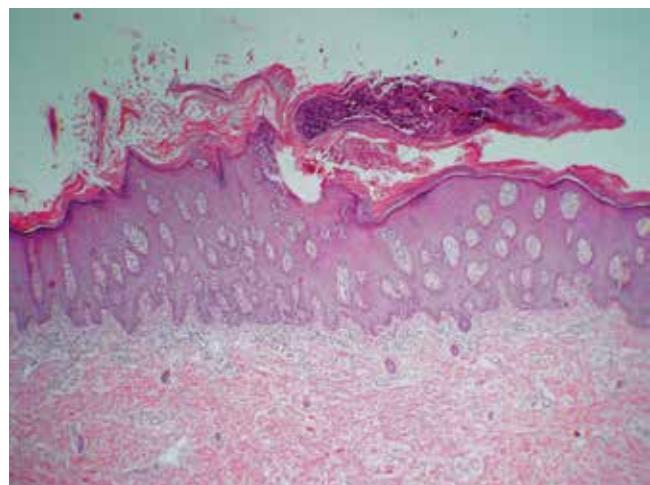


Figura 2. Histología (H&E 4x).

* Médico de base.

** Jefa del Servicio de Dermatopatología.

*** Residente de tercer año de Dermatología.

DIAGNÓSTICO: PSORIASIS EN PLACAS

La psoriasis (P) es una enfermedad crónica, inflamatoria, con componente inmunológico, que afecta del 1 al 3% de la población general a nivel mundial. Hasta un 45% de los casos inicia antes de los 20 años de edad.¹⁻³ En la infancia puede desarrollarse entre el primer mes de vida y hasta los 16 años de edad, con una media de presentación entre los 7 y 10 años, y puede manifestarse de diferentes formas a través del tiempo.^{3,4}

La afección es similar en ambos géneros (47% en niños, 53% en niñas). Se han descrito antecedentes hasta en el 71% de los familiares de primer grado, sobre todo en el área del pañal.⁵

Su incidencia exacta y los factores que la desencadenan aún se desconocen; sin embargo, se han descrito algunos estímulos exógenos y endógenos: infecciones de vías aéreas superiores, el estrés, los traumatismos y la xerosis.⁴

Se ha identificado claramente que los tipos de presentación clínica difieren de forma importante entre la P del adulto y la de inicio en la infancia.^{1,3} El compromiso facial es frecuente en niños, sobre todo con una distribución anular en la región infraorbitaria; puede ser la única manifestación hasta en el 4% de los casos; el desarrollo de lesiones en esta topografía se asocia en el 98% con diseminación de P del área del pañal.^{1,6} En la actualidad se describen 16 subtipos de P (**Cuadro I**). La P en placas es el tipo más frecuente (34.1%), seguida de la del área del pañal (12.7%).¹

La afección ungueal se observa en un 17-29% y no está relacionada con la edad de presentación o el tiempo de evolución.

A diferencia de la del adulto, no está aún clara su asociación con el aumento de comorbilidades metabólicas.^{3,7}

Los hallazgos histológicos característicos se observan sólo en un reducido porcentaje de muestras de biopsia, aun cuando se obtienen de lesiones clínicas típicas.^{8,9}

La histopatología varía con el tipo y estadio de la psoriasis. En las lesiones bien desarrolladas el cuadro histológico se caracteriza por la prolongación de los procesos interpapilares y el engrosamiento de su porción inferior; distensión y edema de las papillas, adelgazamiento del estrato de Malpighi suprapapilar, con presencia ocasional de una pústula espongiforme muy pequeña, ausencia de las células granulares, parakeratosis y microabscesos de Munro.

De acuerdo con el tipo y severidad de la enfermedad, se emplean diferentes tratamientos tanto tópicos

CUADRO I. TIPOS DE PSORIASIS DE INICIO EN LA INFANCIA.¹

Tipo	Número	Porcentaje
Placas	430	34.1
Psoriasis en el área del pañal con diseminación	161	12.7
Piel cabelluda	146	11.5
Anogenital	112	8.9
Guttata	81	6.4
Acropustulosis	60	4.7
Sobreposición eccema-psoriasis	55	4.3
Facial	54	4.3
Palmar y plantar	50	3.9
Localizada al área del pañal	45	3.6
Anular/no pustulosa	26	2.1
Folicular/micropapular	24	2.1
Pustulosa	8	0.6
Ungueal	8	0.6
Eritrodérmica	1	0.1
Lineal	1	0.1

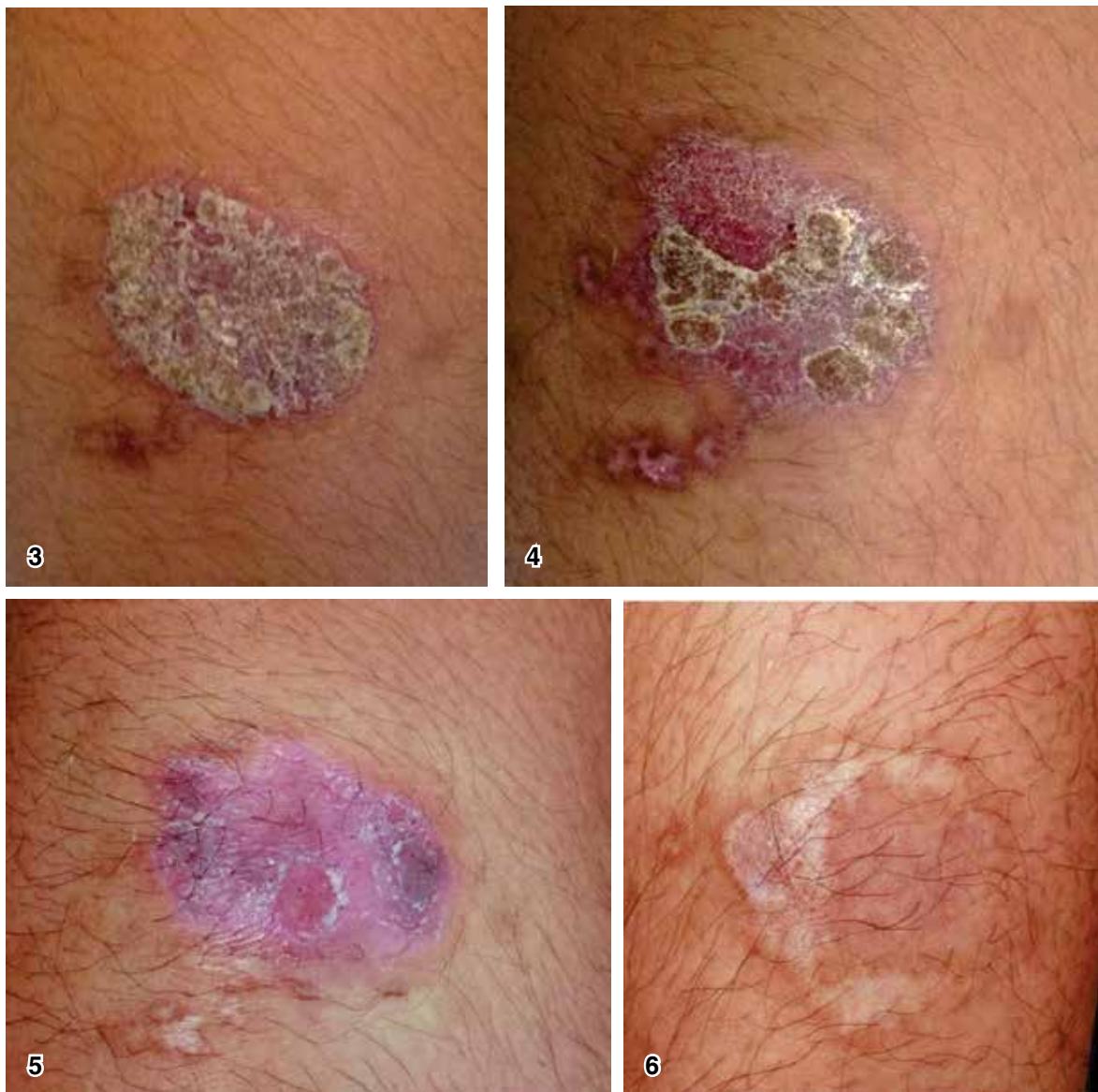
como sistémicos; en el primer grupo se encuentran los queratolíticos, los esteroides,^{10,11} análogos de la vitamina D,¹² y los inhibidores de calcineurina.¹³ Los tratamientos sistémicos con metotrexate, ciclosporina o acitretín se indican en pacientes con P en placas de moderada a severa, pustulosa o eritrodérmica y los agentes biológicos (de los cuales el etanercept es el único agente aprobado por la FDA); son también útiles para el tratamiento de P en placas en niños.

La fototerapia se indica en pacientes con formas leves a moderadas, o con P en gotas. Es importante considerar que la radiación UV acumulada se asocia con un mayor riesgo de carcinogénesis.

Debido a la diversidad de las manifestaciones clínicas en la infancia, deben considerarse otras patologías en su diagnóstico diferencial como: dermatitis atópica, dermatitis seborreica, candidiasis, dermatitis por contacto e histiocitosis.

COMENTARIO

Se comunica este caso debido a que se trata de una manifestación inusual de una patología común en un paciente en edad pediátrica, tanto por su aspecto clínico como por su evolución. El estudio histopatológico fue determinante para llegar al diagnóstico. Al paciente se le



Figuras 3 a 6. Evolución del paciente después del tratamiento.

indicó tratamiento únicamente con fórmulas magistrales y medidas generales, con lo cual evolucionó satisfactoriamente, según puede observarse en las fotografías de control (**Figuras 3 a 6**). Se sugiere tener en cuenta esta patología como diagnóstico diferencial ante un paciente con úlceras en extremidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morris A. Childhood psoriasis: a clinical review of 1,262 cases. *Pediatr Dermatol*. 2001; 18: 188-198.
2. Popadic S, Nikolic M. Pustular psoriasis in childhood and adolescence. A 20 year single center experience. *Pediatr Dermatol*. 2014; 31: 1-5.
3. Wootton C. Psoriasis in children: should be worried about comorbidities? *BJD*. 2013; 168: 656-682.
4. Mahé E. Childhood-onset psoriasis: association with future cardiovascular and metabolic comorbidities. *BJD*. 2013; 169: 889-895.
5. Augustin M. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *BJD*. 2010; 162: 633-636.
6. Chiam LY. Juvenile psoriasis in European and Asian children: similarities and differences. *Br J Dermatol*. 2011; 164: 1101-1103.

7. Robinson A. Treatment of pustular psoriasis: from the medical board of the national psoriasis foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67: 279-288.
8. Raychaudhuri S. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2000; 17: 174-178.
9. Lever WF. *Histopatología de la piel.* 7a ed. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1991; pp. 149-154.
10. Busch AL, Landau JS. Pediatric psoriasis. *Skin Therapy Lett.* 2012; 17: 5-7.
11. Cordoro KM. Management of childhood psoriasis. *Adv Dermatol.* 2008; 24: 125-169.
12. Stahle M, Atakan N. Juvenile psoriasis and its clinical management: a European expert group consensus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010; 8: 812-818.
13. De Jager ME, De Jong EM. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62: 1013-1030.

Correspondencia:

Dra. María Guadalupe Olguín García
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351
E-mail: olquingog@yahoo.com.mx