

Caso clínico

Psoriasis invertida: reto diagnóstico y terapéutico

Josefina De Peña-Ortiz,* César Alfonso Maldonado-García,**
 Angélica Villanueva-Otamendi,*** Maribet González-González,****
 Nilda Eliana Gómez-Bernal,*** Laura Ortiz-Lobato*****

RESUMEN

La psoriasis es una dermatosis eritematoescamosa con un gran polimorfismo clínico; su fisiopatogenia resulta del acortamiento del ciclo celular epidérmico asociado con factores genéticos y ambientales. Se presenta en 2% de la población mundial; la forma más común (en 80-90% de los casos) es la psoriasis en placas o vulgar. La psoriasis invertida se ha reportado hasta en 24%, se observa en pliegues (axilas, genitales, periné, áreas interglútea, retroauricular, inframamaria y abdominal). Se caracteriza clínicamente por la presencia de placas eritematosas con poca escama debido al ambiente húmedo de estas regiones, por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras dermatosis que afectan pliegues, como la candidiasis, tiña e intertrigo, por mencionar algunas. Debido al impacto clínico y en la calidad de vida, sobre todo en aquellos pacientes que presentan lesiones en genitales, es necesario instaurar un tratamiento a la mayor brevedad. Los fármacos de primera línea incluyen esteroides tópicos, derivados de la vitamina D3 e inhibidores de la calcineurina. En este artículo se presenta un caso de psoriasis invertida con manifestaciones clínicas muy características.

Palabras clave: Psoriasis invertida, dermatosis por acortamiento del ciclo celular epidérmico, dermatosis que afectan pliegues.

ABSTRACT

Psoriasis is considered an erythematous squamous dermatosis with great clinical polymorphism; it results from the shortening of the epidermal cell cycle associated with genetic and environmental factors. It occurs in 2% of the world population; the most common form (in 80-90% of the cases) is plaque or vulgar psoriasis. Inverted psoriasis has been reported in up to 24%, it affects folds (armpits, genitals, perineum, and the intergluteal, retroauricular, inframammary, and abdominal areas). It is characterized by erythematous plaques with few scales, given the humid environment of these regions. Therefore, it is necessary to perform a differential diagnosis with candidiasis, ringworm and intertrigo, to mention a few. Because of the clinical impact and quality of life, especially in those with genital lesions, it is necessary to start a treatment as soon as possible. The first line includes topical steroids, derivatives of vitamin D3 and calcineurin inhibitors. In this article we report a case of inverted psoriasis with characteristic clinical manifestations.

Key words: *Inverted psoriasis, dermatosis due to shortening of the epidermal cell cycle, dermatosis affecting the skin folds.*

INTRODUCCIÓN

La psoriasis, descrita por primera vez por el dermatólogo inglés Robert William, afecta a 2% de la población mundial en general; hombres y mujeres en igual proporción. En cuanto a edad, se presenta entre la segunda y sexta décadas de la vida. Predomina en gente de piel blanca; es rara en individuos de raza negra y japoneses.^{1,2}

Dentro de su patogenia se incluyen factores genéticos y ambientales. El desarrollo de las placas resulta del acortamiento del ciclo celular epidérmico, hiperproliferación

* Jefa de la Clínica de Enfermedades Ampollosas.

** Jefe de la Clínica de Psoriasis.

*** Dermatóloga.

**** Dermatopatóloga.

***** Residente del tercer año de Dermatología.

de queratinocitos y una reacción inmunológica mediada por células dendríticas y linfocitos T, con interacción de numerosas citocinas FNT- α , INF- γ , IL2 e IL17.^{2,3}

La prevalencia de esta dermatosis entre familiares de primer grado es de 17%. Se ha observado una concordancia en monogigotos hasta de 70%, y 23% en digigotos. Como factores inductores de psoriasis en pacientes con predisposición genética tenemos infecciones, estrés, infección por VIH, suspensión de esteroides, ingesta de fármacos como el litio, antimálaricos y betabloqueadores, y fenómeno de Koebner.^{3,4}

Con respecto a las manifestaciones no cutáneas, aproximadamente 30% de los pacientes padece artritis psoriásica; asimismo, se reporta una mayor incidencia de ciertas comorbilidades, incluyendo diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome metabólico y enfermedad coronaria.⁵

La forma clínica de presentación más común es la psoriasis vulgar o en placas, que representa hasta 90% de los casos, otras formas son eritrodérmica, pustulosa, en gotas e invertida. A esta última también se le conoce como psoriasis flexural o en pliegues debido a la localización que compromete axilas, genitales, periné, el área interglútea, el pliegue retroauricular, inframamario y abdominal. Su imagen clínica es característica, con la presencia de placas eritematosas con poca escama, de aspecto húmedo, que nos obliga a pensar en una gran variedad de diagnósticos diferenciales como candidiasis, tiña, intertrigo, pénfigo seborreico o liquen plano.^{6,7}

En general, el diagnóstico se realiza con base en las manifestaciones clínicas; sin embargo, cuando existe duda diagnóstica, se puede hacer una biopsia incisional, cuyo estudio histopatológico muestra una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica y focos de polimorfonucleares llamados «microabscesos de Munro-Sabouraud», los cuales, si se localizan en la capa espinosa, reciben el nombre de «pústula espongiforme de Kogoj»; la capa granulosa se observa disminuida o ausente. Se presenta acantosis regular moderada con ensanchamiento de las porciones distales que da el aspecto de bastos o «patas de elefante», la porción suprapapilar es delgada. En la dermis superficial se incrementa el infiltrado linfocitario, con disminución de las células de Langerhans que rodean vasos dilatados y congestivos.⁷⁻⁹

Con respecto al tratamiento de la psoriasis, éste puede ser tópico o sistémico de acuerdo con la superficie corporal afectada.^{10,11} En los casos de presentación invertida, el abordaje de primera línea para uso a corto plazo son los esteroides tópicos de baja potencia, limitando su uso a no más de cuatro semanas continuas debido a sus efectos

adversos. Para la terapia a largo plazo se recomienda el uso de calcipotriol, pimecrolimus y tacrolimus. Con respecto a otras opciones de tratamiento (como la terapia biológica), se requieren estudios de extensión para ver si el paciente es un candidato adecuado.¹²⁻¹⁷

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 47 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México; acudió por presentar una dermatosis diseminada a cabeza y tronco. La primera afectaba la región retroauricular; del tronco, pliegues submamarios, infraabdominal e inguinales, de manera bilateral y con tendencia a la simetría. La dermatosis estaba constituida por eritema, exulceraciones, algunas costras hemáticas y áreas de descamación que conformaban múltiples placas de diversos tamaños, que se ubicaban en forma lineal (**Figuras 1 y 2**). Eran ocasionalmente dolorosas y de evolución crónica.



Figura 1. Placas eritematosas de aspecto infiltrado a nivel del pliegue inframamario.



Figura 2. Lesiones a nivel del pliegue infraabdominal e inguinal.

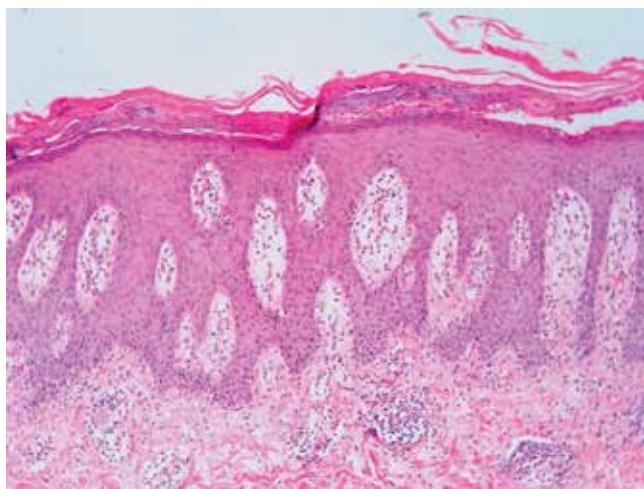


Figura 3. Epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis regular moderada a expensas de los procesos interpapilares (H&E 10x).

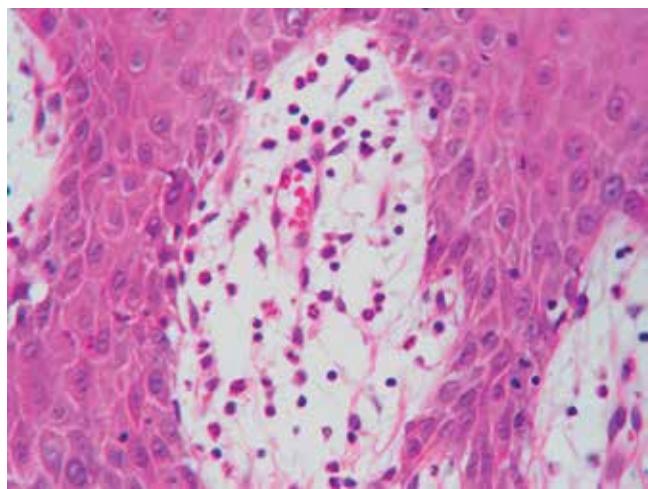


Figura 5. En la dermis superficial se observan vasos dilatados y congestionados, rodeados principalmente por polimorfonucleares (H&E 100x).

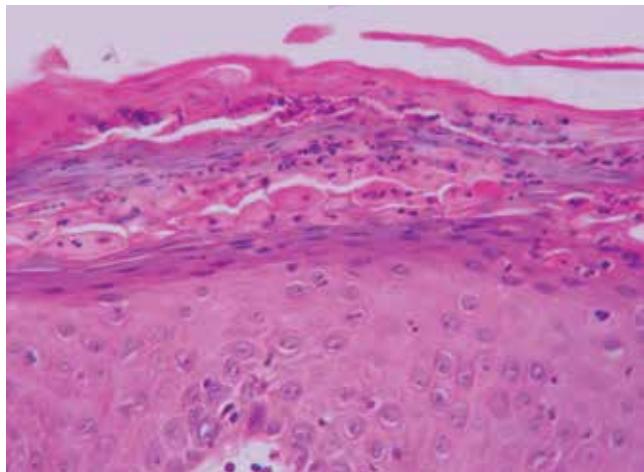


Figura 4. Microabscesos de Munro-Sabouraud y zonas con ausencia de la capa granulosa (H&E 40x).

El resto de piel y anexos sin alteraciones. Antecedente de sobrepeso.

Al interrogatorio refirió dos meses de evolución con enrojecimiento de la piel.

Se le realizó una biopsia incisional en huso y se envió a estudio histopatológico para la confirmación diagnóstica. Éste mostró una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica y con focos de polimorfonucleares, zonas con ausencia de capa granulosa, así como acantosis regular moderada a expensas de los procesos interpapilares. En la dermis superficial, con vasos dilatados y congestionados rodeados por infiltrados moderados

constituidos por linfocitos y polimorfonucleares (**Figuras 3 a 5**).

La paciente fue manejada con una crema a base de calcipotriol y betametasona, con una sola aplicación diaria, por cuatro semanas, con reducción paulatina de la aplicación y medidas generales como mantener seca la zona, con lo cual se observó una mejoría notable de la dermatosis, sin recidivas hasta el momento actual.

COMENTARIO

La psoriasis invertida es una forma de presentación infrecuente de una patología frecuente en el área de la dermatología; requiere mención especial debido a que sus diagnósticos diferenciales y tratamiento varían con respecto a los tipos vulgar o en placas. Para el diagnóstico diferencial deben tomarse en cuenta todas aquellas dermatosis que topográficamente afecten los pliegues, sobre todo las de tipo infeccioso e inflamatorio como la candidiasis, la dermatofitosis, el intertrigo por *Malassezia*, el eritrasma, la dermatitis seborreica, el eccema, entre algunos otros. Por ello, el interrogatorio debe ser minucioso, tomando en cuenta la edad, comorbilidades, sintomatología, evolución y tratamientos previos; por otra parte, el examen físico debe ser completo, y de ser necesario, deben realizarse estudios complementarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivas Bejarano JJ, Valdecantos WC. Psoriasis as autoinflammatory disease. *Dermatol Clin.* 2013; 31: 445-460.

2. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw Hill; 2008. pp. 169-197.
3. Torres V, Camacho F, Mihm M, González S, Jurado F, Sánchez-Carpintero I. *Dermatología práctica ibero-latinoamericana*. México: Encuentros Científicos Académicos S.C.; 2012. 49: 1: 4923.
4. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009; 361: 496-509.
5. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-Associated Comorbidities. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103 Suppl 1: 1-64.
6. Ammar M, Souissi-Bouchlaka C, Gati A, Zaraa I, Bouhaha R, Koudhi S et al. Psoriasis: physiopathology and immunogenetics. *Pathol Biol (Paris)*. 2014; 62: 10-23.
7. Wilmer EN, Hatch RL. Resistant "candidal intertrigo": could inverse psoriasis be the true culprit? *J Am Board Fam Med*. 2013; 26: 211-214.
8. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 181-189.
9. Navarrete G, Moreno LM, Mercadillo P, González M, Ramos JA. *Programa de actualización continua. PAC Dermatología 3, Libro 4. Dermatopatología de dermatosis inflamatorias*. Intersistemas Editores; 2010. pp. 184-185.
10. Calanje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH. *McKee's pathology of the skin: with clinical correlations*. Elsevier; 2012. pp. 201-217.
11. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 61: 451-485.
12. Wozel G. Psoriasis treatment in difficult locations: scalp, nails, and intertriginous areas. *Clin Dermatol*. 2008; 26: 448-459.
13. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Horn EJ et al. Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 120-124.
14. Gribetz C, Ling M, Lebwohl M, Pariser D, Draehs Z, Gottlieb AB et al. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of intertriginous psoriasis: a double-blind, randomized study. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51: 731-738.
15. Lebwohl M, Freeman AK, Chapman MS, Feldman SR, Hartle JE, Henning A et al. Tacrolimus ointment is effective for facial and intertriginous psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51: 723-730.
16. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L et al. Update of the topical treatment of psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 190-200.
17. Zampetti A, Tiberi S. Inverse psoriasis. *Clin Med (Lond)*. 2015; 15: 311.

Correspondencia:

Dra. Josefina De Peña Ortiz
Dr. Vértiz Núm. 464, Esquina Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel: 5519 6351
E-mail: jovi.60@hotmail.com