

Caso clínico

Psoriasis ostrácea con buena respuesta al tratamiento tópico

Miguel Ángel Cardona-Hernández,* César Alfonso Maldonado-García,**
José Alberto Ramos-Garibay,*** Ana Paula Orozco-Anahuatí****

RESUMEN

La psoriasis ostrácea es una forma hiperqueratósica poco habitual de la psoriasis. En esta variedad, el exudado por desecación forma costras que se entremezclan con la escama gruesa y dan lugar a placas que semejan el caparazón de una ostra. Algunos autores plantean que la gravedad de las lesiones hiperqueratósicas refleja la intensidad de la inflamación y podría incrementar el riesgo de desarrollar artritis psoriásica; asimismo, se ha observado resistencia al tratamiento convencional. En este artículo se comunica el caso de una mujer de 23 años de edad con diagnóstico de psoriasis ostrácea que recibió tratamiento tópico, y cursó con remisiones y exacerbaciones.

Palabras clave: Psoriasis ostrácea, tratamiento tópico, artritis psoriásica.

ABSTRACT

Ostraceous psoriasis is an unusual hyperkeratotic form of psoriasis. In this variant, exudate forms crusts that intermingle with the thick scale, forming plaques that resemble an ostrich shell. Some authors suggest that the severity of the hyperkeratotic lesions reflects the intensity of the inflammation and recommend discarding psoriatic arthritis. A resistance to the conventional treatment has been observed. In this article, we report the case of a 23-year-old woman with a diagnosis of ostraceous psoriasis who received topical treatment, with a remission and exacerbation.

Key words: Ostraceous psoriasis, topical treatment, psoriatic arthritis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial. Afecta aproximadamente a 2% de la población; sin embargo, se ha observado una prevalencia de hasta 8.5% en países como Noruega.¹ En ocasiones se asocia con artritis psoriásica, la cual es una espondiloartropatía seronegativa cuya prevalencia varía de 2 a 29.6%.²

La clasificación clínica se basa en la morfología de las lesiones. Dentro de las variedades poco comunes

se encuentran las formas hiperqueratósicas, las cuales se dividen en ostrácea, rupioide y elefantina.

Se han descrito otros tipos de psoriasis con hiperqueratosis en pacientes que han recibido PUVA (*Psoralen and Ultraviolet A Therapy*) de manera prolongada (22%).³ La psoriasis ostrácea fue descrita en 1898 por Deutsch como «psoriasis atípica». El primer caso en México fue publicado por Ramírez y colaboradores en 1957.⁵

La diferencia entre las formas hiperqueratósicas de la psoriasis (ostrácea, rupioide y elefantina) no ha sido aún bien definida. Algunos autores utilizan estos términos de igual manera; incluso en los reportes de la literatura existe confusión en cuanto a la morfología de cada uno. Sin embargo, en la psoriasis rupioide se observan múltiples placas pequeñas cónicas e hiperqueratósicas, y en la elefantina, las placas se caracterizan por ser extensas.

En la variedad ostrácea, además de presentar inflamación y queratinización anormal, se agrega un exudado seroso abundante. Se sugiere que la humedad

* Dermatooncólogo adscrito a la consulta externa.

** Dermatólogo adscrito al Servicio de Psoriasis.

*** Dermatopatólogo adscrito.

**** Residente del Curso de Alta Especialidad en Dermatooncología y Cirugía Dermatológica.

predispone a infecciones secundarias; incluso se ha propuesto la presencia de superantígenos estreptocócicos como factores desencadenantes.⁶ Asimismo, se ha planteado el papel de la mala higiene en este padecimiento. En el año 2015, Nascimento y colaboradores⁷ comunicaron el caso de un paciente con psoriasis ostraícea generalizada, en quien de manera inicial se sospechó que se trataba de una dermatosis neglecta.⁸ Afecta principalmente las extremidades inferiores. A diferencia de la psoriasis en placas, cuya escama se describe como blanca grisácea «yesosa», en esta presentación, el exudado forma costras que se entremezclan con la escama gruesa y forman placas bien adheridas, superpuestas, de distintos colores (hiperpigmentadas), concéntricas, cónicas, duras y con aspecto «sucio», semejando el caparazón de una ostra, lapa o arrecife de coral. La superficie interna es cóncava y en la periferia se observa un anillo eritematoinfiltrado. Esto confluye para formar placas que tienden a ser circulares y de bordes bien definidos.

En cuanto a asociaciones, se ha sugerido que son las mismas que las observadas en la psoriasis de placa gruesa: género masculino, psoriasis ungueal y artritis psoriásica.⁹ En cuanto a esta última, se ha mencionado en muchos reportes de caso que en la psoriasis ostraícea existe mayor riesgo de afección articular.¹⁰ Murakami y su grupo observaron en la histología de la psoriasis ostraícea abundante y extenso infiltrado neutrofílico, y plantean que la intensa actividad de las lesiones hiperqueratósicas refleja la gravedad de la inflamación; sugieren descartar artritis psoriásica.⁶

Así como la variedad en placas, la psoriasis ostraícea también se exacerba por la ingesta de litio. En 2015, Nascimento y sus colegas reportaron el caso de un paciente que desarrolló psoriasis ostraícea generalizada 10 meses después de iniciar litio para el tratamiento de un trastorno psiquiátrico.⁷ Se desconoce el mecanismo por el cual el litio puede desencadenar o exacerbar la psoriasis; sin embargo, es un efecto adverso común que nos sugiere suspender dicho medicamento.

Otra asociación frecuente es la infección por VIH. En el año 2017, Itoi-Ochi y su equipo comunicaron el caso de un paciente con psoriasis rupioide y VIH; la seropositividad se demostró por tamizaje para el inicio del tratamiento con biológicos, por lo que se enfatiza la importancia de solicitar estudios de extensión antes de empezar tratamientos por vía endovenosa u oral.¹¹ Castillo y sus colaboradores también publicaron el caso de un individuo con psoriasis ostraícea e invertida más artritis psoriásica como presentación inicial de la infección por VIH.¹²

El estado inmune alterado en los pacientes con infección por VIH puede modificar la presentación clínica típica de las dermatosis y establecer un reto diagnóstico, por lo que en el caso de manifestaciones clínicas con una morfología poco habitual, grave, extensa o recalcitrante, se debe reinterrogar sobre factores de riesgo específicos y solicitar exámenes complementarios.¹³ También debemos recordar que la prevalencia de artritis psoriásica es más alta en pacientes con VIH, a diferencia de los inmunocompetentes (50 versus 20%).^{14,15}

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran la sífilis secundaria,¹⁶ sarna noruega,¹⁷ síndrome de Reiter, Bazas y micosis, entre otros. Se requiere un estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico; en éste, se observan los mismos hallazgos que en la psoriasis en placas, aunque con mayor grado de hiperqueratosis.

El tratamiento depende de la gravedad (PASI, SCA, DLQI regla de los 10), así como de la presencia de artritis psoriásica. En general, algunos autores describen a la psoriasis ostraícea como resistente a tratamientos tópicos por la hiperqueratosis tan marcada, aunque se sugiere que la adherencia al tratamiento es un factor decisivo.¹⁸

Como tratamientos tópicos se han empleado ácido salicílico, alquitrán de hulla, *liquor carbonis detergens*, urea, esteroides y análogos de la vitamina D, con respuestas variables.

Como tratamientos sistémicos se han utilizado metotrexato, acitretina, PUVA, infliximab,¹⁹ adalimumab,²⁰ e incluso, ustekinumab en un paciente con psoriasis rupioide generalizada y artritis psoriásica.²¹

Algunos autores mencionan que por tratarse de una barrera deficiente, en ensayos clínicos se ha observado absorción adecuada de esteroides tópicos sin necesidad de utilizar queratolíticos u otros métodos para remover la escama.²² Feldman y colaboradores comunicaron el caso de un paciente con mala respuesta a etanercept, prednisona, retinoides orales y fototerapia. Se indicó clobetasol cada 12 horas sin queratolíticos y mostró una marcada mejoría después de dos semanas.²²⁻²⁴

Otra observación de la variedad rupioide es la exacerbación posterior al uso de esteroides sistémicos, al igual que en la psoriasis en placas. Bonciani y su grupo publicaron el caso de un paciente que inicialmente fue diagnosticado como pénfigo foliáceo por histopatología; se le administraron esteroides sistémicos y tuvo exacerbación de la dermatosis, con aumento de la hiperqueratosis.¹⁵

En caso de VIH, el paciente presentado por Itoi-Ochi y sus colegas se trató con esteroide tópico, análogo de

la vitamina D y retinoide sistémico; tuvo una evolución satisfactoria y, posteriormente, se inició su manejo con antirretrovirales.¹¹ En la actualidad, se acepta que la primera línea de tratamiento en personas con psoriasis y VIH es la HAART (del inglés *highly active antiretroviral therapy*).

En el caso presentado por Murakami y su equipo, el paciente con psoriasis rupioide y artritis psoriásica respondió de manera adecuada a ciclosporina. La eficacia de la ciclosporina no ha sido establecida en artritis psoriásica; sin embargo, aquí se observó buena respuesta, por lo que se plantea que la psoriasis rupioide con artropatía podría ser un subtipo clínico que muestra mejor respuesta a este fármaco.⁶

CASO CLÍNICO

Se comunica el caso de una mujer de 23 años originaria de Guanajuato y residente de la Ciudad de México, con escolaridad licenciatura.

Acudió al Centro Dermatológico Pascua por una dermatosis de dos años de evolución, diseminada a extremidades inferiores, que afectaba ambas piernas; estaba constituida por placas circulares de diversos tamaños (la mayor de ellas, de 4 x 4 cm), con bordes bien definidos, superficie cubierta por gruesa escama blanquecina, con disposición concéntrica, simulando el caparazón de una ostra, con base eritematoinfiltrada (**Figuras 1 y 2**). En el resto de la exploración física se identificó sobrepeso (índice de masa corporal de 26 Kg/m²) y la siguiente clinimetría: SCA (superficie corporal afectada) 3%, PASI (*Psoriasis Activity Severity Index*) 4.8, PGA (*Physician Global Assessment*) severo.

En el interrogatorio dirigido comentó que ya había recibido ciclos cortos de análogos de la vitamina D y esteroides tópicos, con escasa mejoría. Negó antecedentes heredofamiliares y personales patológicos, así como tabaquismo, síntomas articulares o factores de riesgo para infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Se le solicitaron estudios de laboratorio, en donde únicamente se encontró velocidad de sedimentación globular elevada (35 mm/h), por lo que se le pidió una radiografía de las manos, la cual se encontró sin alteraciones.

Se realizó una biopsia que mostró los siguientes cambios: epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis y microabscesos de Munro. Hipogranulosis con acantosis regular moderada y ensanchamiento de los procesos interpupulares. Focos de espongirosis. La dermis mostraba edema y numerosos vasos dilatados.

Infiltrados linfocitarios moderados y cierta exocitosis (**Figuras 3 y 4**).

Con esto se integró el diagnóstico de psoriasis en placas variedad ostrácea y se inició un tratamiento con furoato de mometasona 0.1% + ácido salicílico 5% ungüento, con mejoría parcial. Posteriormente, se agregó una fórmula magistral con ácido salicílico 5%-urea 40%, con lo que se logró la resolución a las 12 semanas (**Figura 5**). Tres meses después, presentó



Figura 1. Placas eritematoescamosas diseminadas a las extremidades inferiores.



Figura 2. Escama gruesa con disposición concéntrica que simula el caparazón de una ostra.

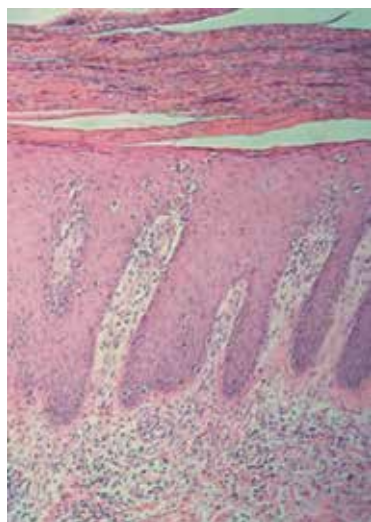


Figura 3.

Imagen panorámica en donde se observa la epidermis con hiperqueratosis, hipogranulosis y acantosis regular moderada (H&E 10x).

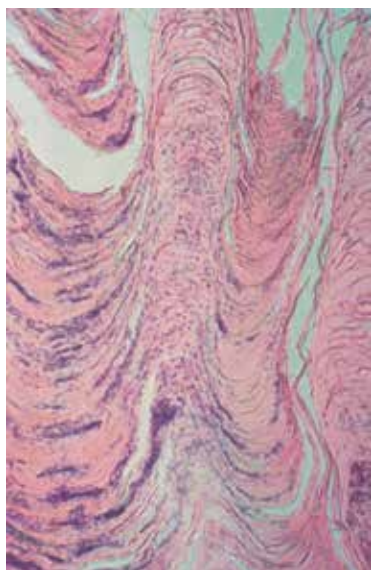


Figura 4.

A mayor aumento destaca la importante hiperqueratosis paraqueratósica (H&E 20x).

recurrencia, tratada con dipropionato de betametasona + calcipotriol, con resolución a las ocho semanas. Presentó una segunda recaída 15 meses después, tratada con *liquor carbonis detergens* 3%, con resolución de la dermatosis a las 12 semanas. No ha tenido lesiones a la fecha, tras cinco meses de vigilancia.

CONCLUSIÓN

La psoriasis ostrácea es una variedad poco frecuente de psoriasis, con escasos reportes de caso en la literatura. El tratamiento, en ocasiones, es poco exitoso y se debe individualizar.



Figura 5.

Imagen clínica en donde se observa la resolución de la dermatosis, con manchas postinflamatorias.

Se ha observado que se relaciona con artritis psoriásica; sin embargo, se necesitan más estudios para verificar dicha asociación, y también para determinar si este subtipo tiene un pronóstico y evolución diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013; 133: 377-385.
2. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27: 1387-1404.
3. Verhagen AR, van der Wiel AG, Wuite GG. Atypical psoriasis of the face and hands after PUVA treatment. *Br J Dermatol.* 1984; 111: 615-618.
4. Colom C, De Andrés B, Castiglioni MG, Chiramberro S, Arrospide L, Cozzi S. Psoriasis rupioides: una variante inusual de psoriasis. *Arch Argent Dermatol.* 2014; 64: 159-161.
5. Ramírez O. Psoriasis ostrácea. Comunicación de un caso. *Dermatología Rev Mex.* 1957; 1: 332-336.
6. Murakami T, Ohtsuki M, Nakagawa H. Rupoid psoriasis with arthropathy. *Clin Exp Dermatol.* 2000; 25: 409-412.
7. Nascimento BA, Carvalho AH, Dias CM, Lage TL, Carneiro CM, Bittencourt Mde J. A case of generalized ostraceous psoriasis mimicking dermatitis neglecta. *An Bras Dermatol.* 2015; 90: 197-199.
8. Park JM, Roh MR, Kwon JE, Lee KY, Yoon TY, Lee MG et al. A case of generalized dermatitis neglecta mimicking psoriasis vulgaris. *Arch Dermatol.* 2010; 146: 1050-1051.

9. Christensen TE, Callis KP, Papenfuss J, Hoffman MS, Hansen CB, Wong B et al. Observations of psoriasis in the absence of therapeutic intervention identifies two unappreciated morphologic variants, thin-plaque and thick-plaque psoriasis, and their associated phenotypes. *J Invest Dermatol.* 2006; 126: 2397-2403.
10. Salomon M, Omulecki A, Sysa-Jedrzejowska A, McCauliffe DP, Woźniacka A. Psoriasis rupioides: a rare variant of a common disease. *Cutis.* 2011; 88: 135-137.
11. Itoi-Ochi S, Hayashi M, Yamaoka T, Kobayashi Y, Isei T, Shirasaka T et al. Occult HIV infection in Japanese rupioid psoriasis. *J Dermatol.* 2017; 44: e172-e173.
12. Castillo RL, Racaza GZ, Roa FD. Ostraceous and inverse psoriasis with psoriatic arthritis as the presenting features of advanced HIV infection. *Singapore Med J.* 2014; 55: e60-e63.
13. Bartlett BL, Khambaty M, Mendoza N, Tremaine AM, Gewirtzman A, Tying SK et al. Dermatological management of human immunodeficiency virus (HIV). *Skin Therapy Lett.* 2007; 12: 1-3.
14. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1899-1912.
15. Bonciani D, Bonciolini V, Antiga E, Verdelli A, Caproni M, Senetta R. A case of rupioid psoriasis exacerbated by systemic glucocorticosteroids. *Int J Dermatol.* 2015; 54: e100-e102.
16. Zhu K, Zhou Q, Han R, Cheng H. Acute monoarthritis in a delayed diagnosis of syphilis patient with persistent rupioid psoriasis-like lesions. *BMC Infect Dis.* 2012; 12: 338.
17. Garofalo V, Saraceno R, Milana M, Lenci I, Angelico M, Orlandi A et al. Crusted scabies in a liver transplant patient mimicking rupioid psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2016; 26: 495-496.
18. Feldman SR, Brown KL, Heald P. 'Coral reef' psoriasis: a marker of resistance to topical treatment. *J Dermatolog Treat.* 2008; 19: 257-258.
19. Burbano C, Motta A, Díaz M, Rolón-Cadena MC. Psoriasis ostrácea con artritis psoriática tratada con infliximab. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2007; 15: 241-243.
20. Arias-Santiago SA, Naranjo-Sintes R. Images in clinical medicine. Generalized ostraceous psoriasis. *N Engl J Med.* 2010; 362: 155.
21. Necas M, Vasku V. Ustekinumab in the treatment of severe rupioid psoriasis: a case report. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat.* 2010; 19: 23-27.
22. Warino L, Balkrishnan R, Feldman SR. Clobetasol propionate for psoriasis: are ointments really more potent? *J Drugs Dermatol.* 2006; 5: 527-532.
23. McClain R, Yentzer BA, Feldman SR. Keratolytics for psoriasis: are they necessary? *Dermatol Online J.* 2009; 15: 11.
24. Shokeen D, O'Neill JL, Taheri A, Feldman SR. Are topical keratolytic agents needed in the treatment of scalp psoriasis? *Dermatol Online J.* 2014; 20(3). pii: doj_21762.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández
 Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
 Col. Buenos Aires, 06780,
 Alcaldía Cuauhtémoc,
 Ciudad de México, México.
 Tel: 5519 6351
 E-mail: drmiguelcardona08@hotmail.com