

Psoriasis Overlap Eccema. ¿Una patología poco frecuente o subdiagnosticada?. Reporte de dos casos y revisión bibliográfica

Overlap eczema psoriasis. A pathology infrequent or underdiagnosed?. Report of two cases and review of the literature

Liz K. Cevallos-Riva¹, Adriana Gamarra-Luna², Eliana Sáenz-Anduaga³, María del Carmen Sialer-Vildózola³, Juan Carlos Luna-Tinta⁴, María Esther-Sanz⁵

RESUMEN

La Psoriasis es una condición inflamatoria crónica que se caracteriza clínicamente por la presencia de placas eritematoescamosas e histopatológicamente por presentar acantosis, paraqueratosis e infiltrado neutrofilico en la dermis suprapapilar. El eccema es un desorden inflamatorio de la piel pruriginoso, que presenta clínicamente criterios de la dermatitis atópica y a la histopatología presenta vesiculación, hiperqueratosis y espongirosis. Para los casos en donde las características clínicas e histológicas de ambas condiciones se superponen se puede denominar Psoriasis overlap eccema o usar el término PSEMA (Psoriasis y Eccema). Las exploraciones del genoma han identificado superposición con psoriasis y dermatitis atópica y las probabilidades de que ocurra son raras. Presentamos 2 casos clínicos de PSEMA, diagnosticados mediante clínica e histopatología.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, Eccema,

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory condition that is clinically characterized by the presence of erythematous plaques and histologically to present acantosis, parakeratosis and neutrophilic infiltrate in the dermis suprapapillary. Eczema is a pruritic inflammatory skin disorder that presents clinically criteria atopic dermatitis and histopathology has vesiculation, hyperkeratosis and spongiosis. For cases where the clinical and histological features of both conditions overlap can be referred to eczema or psoriasis overlap using the term PSEMA (Psoriasis and Eczema). Genome scans have identified overlap with psoriasis and atopic dermatitis and the likelihood that happening are rare. We report a case of PSEMA diagnosed by clinical and histopathology.

KEY WORDS: Psoriasis, Eczema

INTRODUCCIÓN

La Psoriasis se caracteriza clínicamente por la presencia de placas eritematoescamosas e histopatológicamente por presentar acantosis, paraqueratosis e infiltrado neutrofilico en la dermis suprapapilar. El eccema es un desorden inflamatorio de la piel pruriginoso, que presenta clínicamente criterios de la dermatitis atópica y a la histopatología presenta vesiculación, hiperqueratosis y espongirosis. Existen pacientes en donde es difícil diferenciar entre Psoriasis y Eccema o si se trata de Psoriasis overlap eccema para lo cual se requiere un estudio clínico e histopatológico minucioso, y en ocasiones biopsias seriadas. Se presentan 2 casos clínicos de Psoriasis overlap eccema diagnosticados por clínica e histopatología.

CASO CLÍNICO 1

Paciente varón de 14 años natural y procedente de Lima, estudiante sin antecedentes contributorios. Acude al Servicio de Pediatría del Hospital Militar Central (HMC) con un tiempo de enfermedad aproximado de 7 años de

1. Médico jefe, Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central. Lima, Perú.
2. Médico dermatóloga, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.
3. Médico asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central. Lima, Perú.
4. Médico anatomopatólogo, Instituto Arias Stella. Lima, Perú.
5. Médico asistente, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Militar Central. Lima, Perú.



Figura 1. Placas eritematoescamosas infiltradas en cuero cabelludo.



Figura 3. Eritema, descamación, y fisuración retroauricular; descamación en cuero cabelludo.



Figura 2. Placas alopecicas algunas eritematosas en apolillado en cuero cabelludo.



Figura 4. Múltiples pápulas eritematosas distribuidas en torax anterior y brazos, eritema y descamación periumbilical.

inicio insidioso y curso progresivo que inicia con resequead de piel cabelluda con prurito ocasional, le diagnostican Tiña Capitis y recibe tratamiento con leve mejoría. Hace cuatro años acude a Dermatología y recibe tratamiento con corticoides tópicos con mejoría parcial. Hace un año se agrega descamación retroauricular y lesiones se generalizan a tronco y extremidades por lo que se indica una biopsia. El examen físico evidenció en cuero cabelludo placas eritematoescamosas infiltradas y placas alopecicas

algunas eritematosas en apolillado. (figura 1 y 2). En cara eritema y descamación así como escasas pústulas y algunas pápulas eritematosas. Eritema, descamación, y fisuración retroauricular, descamación en cuero cabelludo (figura 3). Múltiples pápulas eritematosas distribuidas en tórax anterior y brazos, eritema y descamación periumbilical (figura 4). Fisuras y eritema en axilas, con zonas de hiperpigmentación postinflamatoria (figura 5). Pústulas aisladas en codo, xerosis marcada y eritema en zona de flexión (figura 6).



Figura 5. Fisuras y eritema en axilas, con zonas de hiperpigmentación postinflamatoria.



Figura 6. Pápulas eritematosas en brazos y placas eritematosas en torax anterior; pústulas aisladas en codo, xerosis marcada y eritema en zona de flexión.



Figura 7. Papulas y placas eritematosas en miembros inferiores.

Papulas y placas eritematosas en miembros inferiores (figura 7). Con estos hallazgos clínicos e histopatológicos, se planteó el diagnóstico presuntivo de Dermatitis eritematodescamativa de Psoriasis vs Dermatitis Seborreica vs Dermatitis Atópica vs Dermatitis infecciosa. Los exámenes auxiliares muestran HTLV I y II: Negativo, IgE: 2409 IU/ml (0-100) PCR: 5.7 mg/dl (0-5). Examen micológico de cuero cabelludo: Directo: artrosporas: ectotrix, cultivo: negativo. El estudio anatomopatológico de la muestra en cuero cabelludo revela hiperqueratosis con paraqueratosis, hipogranulosis, acantosis psoriasiforme, infiltrado inflamatorio perivascular (figura 8), en la muestra de placa de brazo se espongiosis leve (figura 9, y en la pústula de brazo se aprecia hiperqueratosis, neutrófilos intracorneales: microabceso de munro, hipogranulosis leve, espongiosis, ectasia vascular e infiltrado linfocítico perivascular (figura 10). Los hallazgos clínicos de placas eritematoescamosas en cuero cabelludo, eritema y descamación en zona axilar, así como la histología de paraqueratosis, acantosis psoriasiforme, infiltrado inflamatorio perivascular, ectasia vascular y microabceso de munro compatible con Psoriasis. La clínica de xerosis marcada, eccema flexural en codos, los hallazgos de laboratorio de IgE elevada y la histología de espongiosis en placa de brazo compatible con Eccema. Los hallazgos clínicos e histopatológicos de las diferentes lesiones nos llevan a plantear el diagnóstico de Psoriasis overlap Eccema y se inicia tratamiento con Metotrexate, corticoides tópicos e hidratantes.

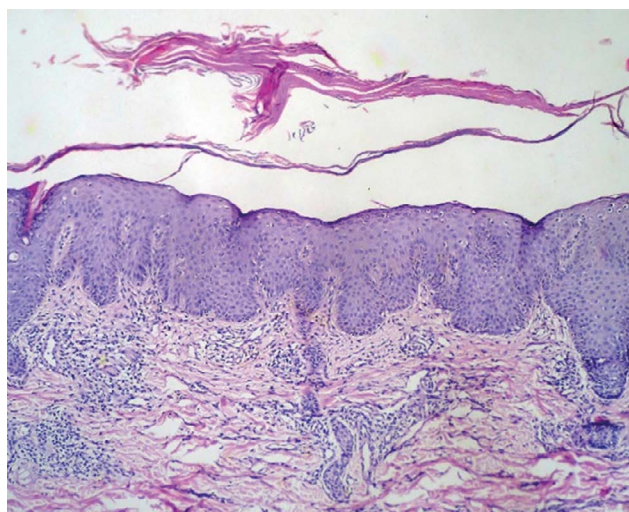


Figura 8. Hiperqueratosis con paraqueratosis, hipogranulosis, acantosis psoriasiforme, infiltrado inflamatorio perivascular.

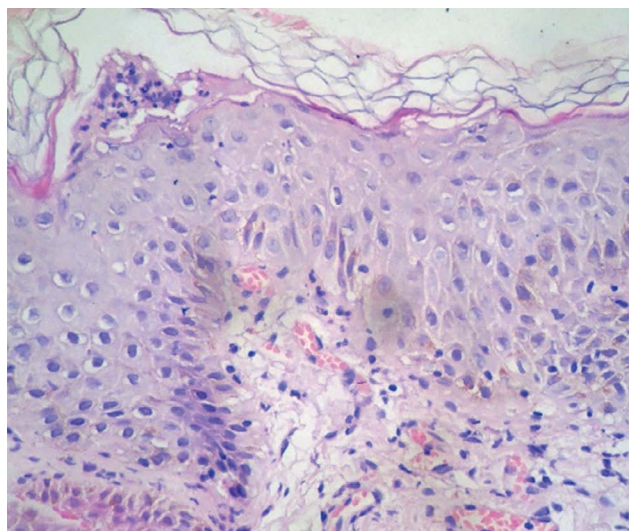


Figura 9. Infiltrado linfocítico perivascular, ectasia vascular, neutrófilos, leve espongirosis, neutrófilos intracorneales: microabceso de Munro.

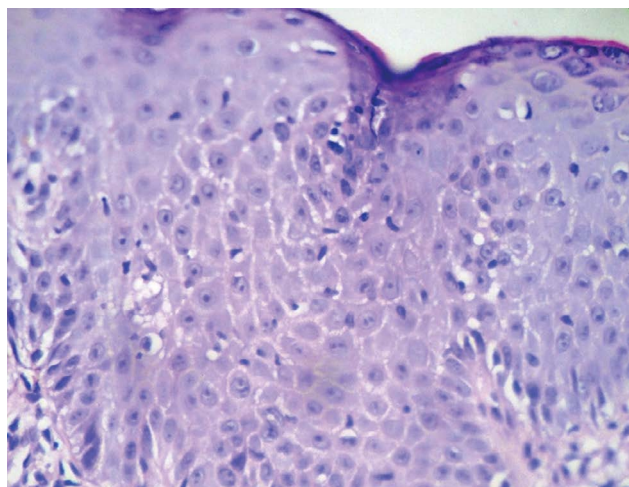


Figura 10. Espongirosis leve.

DISCUSIÓN

Psoriasis es una condición de activación de células T e hiperplasia epidermal caracterizada clínicamente por placas eritematosas bien demarcadas con descamación e histológicamente acantosis, paraqueratosis e infiltrado neutrofilico en la dermis suprapapilar.¹ Es una enfermedad diagnosticada clínica e histopatologicamente, sin embargo los criterios diagnósticos no están establecidos.² En la población pediátrica es, comúnmente, confundida con Dermatitis Atópica, por eso es necesario identificar las características que las diferencian.³ La Psoriasis se caracteriza por ser una enfermedad en que la respuesta de linfocitos TH1 juega un rol en el desarrollo y mantenimiento de las lesiones de piel.^{4,5}

Eccema se refiere a un grupo de desórdenes inflamatorios de la piel agudos o crónicos superficiales, pruriginosos caracterizados histológicamente por inflamación, edema intercelular (espongirosis), vesiculación y paraqueratosis.¹ Las características clínicas de la dermatitis atópica incluyen piel seca generalizada, eccema flexural visible, historia de ¹⁵eccema flexural.³ La respuesta inmunológica es básicamente de linfocitos TH2.^{6,7}

Algunos reportes sugirieron que ambas entidades eran mutuamente excluyentes.^{8,9} Sin embargo, nuevos estudios muestran que pueden ocurrir concomitantemente.^{10,11,12,13} Psoriasis y Dermatitis atópica comparten características similares como en la fase crónica de la Dermatitis Atópica con hiperplasia epidermal y una diferenciación terminal de queratinocitos alterada.¹⁴ Aproximadamente 5% de la población pediátrica muestra una superposición entre eccema y psoriasis.¹⁵

Se ha observado coincidencia genómica entre Dermatitis Atópica y Psoriasis y las probabilidades de que ocurra esta superposición entre Psoriasis y Dermatitis atópica al azar son de 3 en 100.000.¹⁶ Las exploraciones del genoma han identificado múltiples loci ligados a cada enfermedad y revelaron superposición con psoriasis y dermatitis atópica en los loci de los cromosomas 1q21, 3q21, 17q25 y 20p12.^{17,18,19} En un análisis de alelos de riesgo identificados previamente para la enfermedad atópica y la psoriasis cuatro variantes mostraron perfiles de riesgo equivalentes entre Dermatitis Atópica y la psoriasis, de tal manera que ambas enfermedades se asociaron con los mismos alelos incluyendo una variante común en el gen CARD14.^{20,21} CARD14 se expresa predominantemente en la piel, donde se activa la vía NF- κ B aumentando la respuesta de queratinocitos a las citoquinas inflamatorias.¹⁴

En una contribución original realizada por Abramovits y col, estudiaron 100 pacientes con psoriasis y encontraron

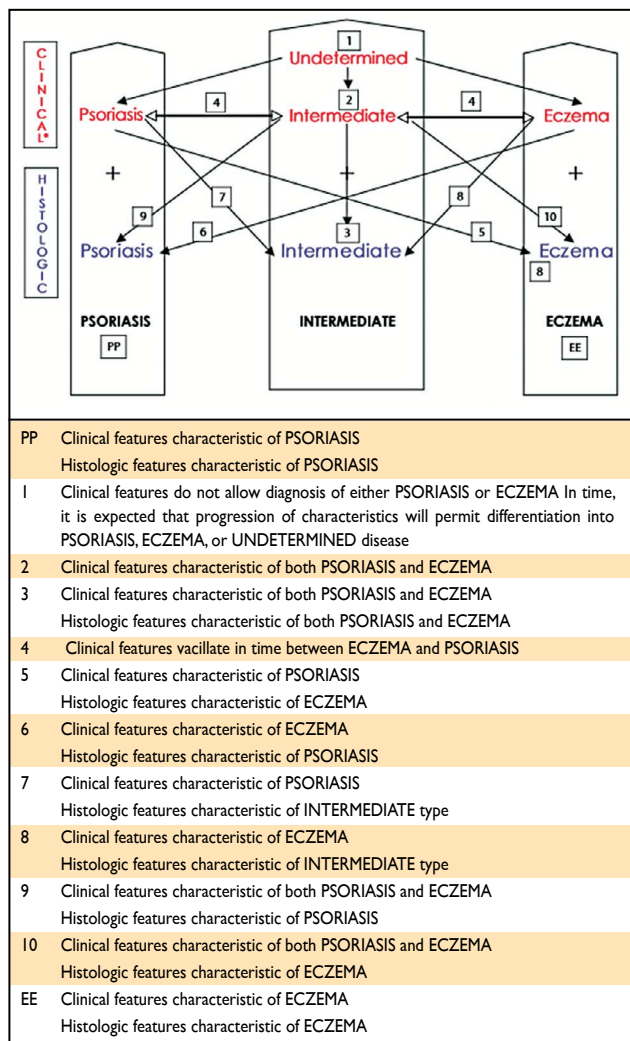


Figura 11. El espectro de condiciones inflamatorias de la piel entre psoriasis y eccema.¹

que el 20% de pacientes podría ser diagnosticado como intermedio (figura 11) ya que tenían lesiones con características de Psoriasis y Eccema o historia personal de ambos y sugieren nombrar esta categoría de enfermedad inflamatoria como PsEMa a esta condición de superposición en donde las características clínicas, el análisis histológico, las características moleculares y biológicas y la respuesta terapéutica muestra características de Psoriasis y Eccema.¹

En un estudio comparativo entre la psoriasis de la infancia y dermatitis atópica encuentran que la psoriasis y la dermatitis atópica difieren de la de un adulto, y los niños con ambas entidades, se asemejan clínicamente más a Psoriasis y a su tratamiento, los pacientes con Psoriasis y con Psoriasis más Dermatitis responden mejor a tratamiento con corticoides tópicos potentes, alquitran, calcipotriol y fototerapia.³ Hallazgos que permiten un mejor entendimiento de la condición de superposición de psoriasis/eccema.

Se presenta este caso debido a la dificultad para llegar a un diagnóstico ya que el paciente presenta características de Psoriasis y Eccema. La superposición de ambas enfermedades es poco frecuente, siendo controversial su manejo y debido al incremento de psoriasis en niños, es necesario identificarla y tratarla tempranamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovits W, Cockerell C, Stevenson L, Goldstein A, Ehrig T, Menter A. PsEMa- A Hitherto Unnamed Dermatologic Entity with Clinical Features of Both Psoriasis and Eczema. LE JACQ 2005;275-281.
- Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, et al. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. J. Am. Acad. Dermatol. 2010; 62:979-87.
- Kapila S, Hong E, Fischer G. A comparative study of childhood psoriasis and atopic dermatitis and greater understanding of the overlapping condition, psoriasis-dermatitis. Australian Journal of Dermatology. 2012; 53: 98-105.
- Characterization of dermal dendritic cells in psoriasis. Autostimulation of T lymphocytes and induction of Th1 type cytokines. J Clin Invest. 1994;94:202-209.
- Schlaak JF, Buslau M, Jochum W, et al. T cells involved in psoriasis vulgaris belong to the Th1 subset. J Invest Dermatol. 1994;102:145-149.
- Grewe M, Gyufko K, Schopf E, et al. Lesional expression of interferon-gamma in atopic eczema. Lancet. 1994;343:25-26.
- van Reijssen FC, Bruijnzeel-Koomen CA, Kalthoff FS, et al. Skin-derived aeroallergen-specific T-cell clones of Th2 phenotype in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 1992;90:184-193.
- Christophers E, Henseler T. Contrasting disease patterns in psoriasis and atopic dermatitis. Arch Dermatol Res. 1987;279(suppl):S48-S51.
- Garofalo L, Pisani V, Mazzotta F, et al. Psoriasis in atopic children. Acta Derm Venereol Suppl. 1989;146:63-65.
- Beer WE, Smith AE, Kassab JY, et al. Concomitance of psoriasis and atopic dermatitis. Dermatology. 1992;184:265-270.
- Lambert A, Dalac S. Association of psoriasis and atopic dermatitis. A prospective study. Ann Dermatol Venereol. 1992;119:221.
- Welp K, Gieler U, Stander M, et al. Psoriasis and atopic dermatitis. Dermatologica. 1989;179:54.
- Williams HC, Strachan DP. Psoriasis and eczema are not mutually exclusive diseases. Dermatology. 1994;189:238-240.
- Weidinger S, Willis-Owen Saffron, Kamatan Yoichiro, Baurecht H, Morar N, Liang L et al. A genome-wide association study of atopic dermatitis identifies loci with overlapping effects on asthma and psoriasis. Human Molecular Genetics. 2013; 22: 4841-4856.
- Altobelli E, Petrocelli R, Marziliano C, et al. Family history of psoriasis and age at disease onset in Italian patients with psoriasis. Br. J. Dermatol. 2007; 156: 1400-01.
- Cookson, W.O., Ubhi, B., Lawrence, R., Abecasis, G.R., Walley, A.J., Cox, H.E., Coleman, R., Leaves, N.I., Trembath, R.C., Moffatt, M.F. et al. (2001) Genetic linkage of childhood atopic dermatitis to psoriasis susceptibility loci. Nat. Genet., 27, 372-373.
- Bowcock A, Cookson W. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. Human Molecular Genetics. 2004; 13: R43-R55.
- Capon, F., Novelli, G., Semprini, S., Clementi, M., Nudo, M., Vultaggio, P., Mazzanti, C., Gobello, T., Botta, A., Fabrizi, G. et al. (1999) Search for psoriasis susceptibility genes in Italy: genome scan and evidence for a new locus on chromosome 1. J. Invest. Dermatol., 112, 32-35.
- Trembath, R., Clough, R., Rosbotham, J., Jones, A., Camp, R., Frodsham, A., Browne, J., Barber, R., Terwilliger, J., Lathrop, G. et al. (1997) Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. Hum. Mol. Genet., 6, 813-820.
- Tsoi, L.C., Spain, S.L., Knight, J., Ellinghaus, E., Stuart, P.E., Capon, F., Ding, J., Li, Y., Tejasvi, T., Gudjonsson, J.E. et al. (2012) Identification of 15 new psoriasis susceptibility loci highlights the role of innate immunity. Nat. Genet., 44, 1341-1348. 48.
- Jordan, C.T., Cao, L., Roberson, E.D., Duan, S., Helms, C.A., Nair, R.P., Duffin, K.C., Stuart, P.E., Goldgar, D., Hayashi, G. et al. (2012) Rare and common variants in CARD14, encoding an epidermal regulator of NF-kappaB, in psoriasis. Am. J. Hum. Genet., 90, 796-808

Correspondencia:
Dra. Liz K. Cevallos-Riva.
Email: dracervallosriva@hotmail.com

Recibido: 14-03-17
Aceptado: 20-04-17