

Psoriasis vulgar y miastenia gravis: Reporte de caso

Psoriasis vulgaris and myasthenia gravis: Case report

**María del Carmen Tello-Flores¹, Antonio Paredes-Arcos²,
Jorge Coronado-Portocarrero³, Gadwyn Sánchez-Félix⁴**

RESUMEN

La psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria, crónica de la piel; que cursa con manifestaciones clínicas muy variables, siendo la más frecuente la de placas eritemato-descamativas recidivantes. La miastenia gravis es un trastorno adquirido, neuromuscular, poco frecuente; cuya patogenia se explica por la disminución de receptores de acetilcolina en las uniones neuromusculares. La psoriasis y la miastenia gravis son enfermedades autoinmunes, ambas están relacionadas con el antígeno leucocitario humano. Se describe el caso de un paciente varón de 48 años de edad, que presenta el diagnóstico de miastenia gravis acompañado de psoriasis vulgar. Esta asociación es extremadamente rara, y su etiopatogenia continúa en estudio.

PALABRAS CLAVE: psoriasis vulgar; miastenia gravis, antígeno leucocitario humano.

Dermatol Peru 2015; 25 (4): 216-218

ABSTRACT

Psoriasis vulgaris is a chronic, inflammatory skin disease; that causes very variable clinical manifestations, the most frequent being the recurrent erythematous scaly patches. Myasthenia gravis is an acquired disorder, neuromuscular, uncommon; whose pathogenesis is explained by the decrease in acetylcholine receptors at the neuromuscular junction. Psoriasis and myasthenia gravis are autoimmune diseases; both are related to the human leukocyte antigen. We report a 48-year-old male patient with a diagnosis of myasthenia gravis accompanied by psoriasis vulgaris. This association is extremely rare, and the pathogenesis is still under study.

KEY WORDS: psoriasis vulgaris, myasthenia gravis, human leukocyte antigen.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica de la piel, posee un fuerte componente genético y bases inmunológicas grandemente asociadas a la patogenia de ésta patología.¹

La miastenia gravis (MG) es un trastorno crónico de tipo autoinmune, en el cual se fabrican autoanticuerpos contra los receptores de acetilcolina de tipo nicotínicos, alterando la transmisión postsináptica a nivel de la unión neuromuscular (UNM)². Existen diversas desórdenes autoinmunes que pueden acompañar a la MG debido a que comparten un mismo origen inmunológico, entre ellos se encuentran: psoriasis, pénfigo, vitiligo, alopecia areata, enfermedad de graves, tiroiditis de hashimoto, artritis reumatoidea, esclerodermia localizada, diabetes mellitus tipo I, colitis ulcerativa idiopática y anemia perniciosa.^{3,4}

En el presente artículo se expone el caso de un paciente varón de 48 años de edad con la asociación de las dos patologías antes descritas, así mismo se describirá el posible origen etiopatogénico que puede relacionar ambas manifestaciones. Además se muestra la buena y rápida respuesta que tuvo a la fototerapia con UVB de banda angosta (UVB-NB).

1. Médico Residente de 2° de Dermatología HNERM
2. Médico Asistente del Servicio de Dermatología HNERM
3. Médico Asistente del Servicio de Dermatología HNERM
4. Jefe del Servicio de Dermatología HNERM



Figura 1. Placas eritematodescamativas escasas en tórax anterior y abdomen.



Figura 3. Placas eritematodescamativas confluentes en espalda.



Figura 2. Placas eritemato-descamativas en forma de gotas, en miembro superior derecho.



Figura 4. Lesiones tipo placa eritematodescamativa distribuidas en ambos miembros inferiores.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 años de edad, natural y procedente de Lima, ocupación periodista; estado civil divorciado.

Como antecedentes patológicos presenta miastenia gravis, diagnosticada desde hace aproximadamente 7 años, en tratamiento con piridostigmina (al inicio del tratamiento recibió también prednisona 20mg/día); manteniéndose con un curso estable.

Acude al servicio de dermatología con un tiempo de enfermedad de 8 meses, con un reciente diagnóstico de psoriasis vulgar. Comenta que al inicio de su enfermedad recibe tratamiento tópico con fórmulas magistrales que

incluían queratolíticos y corticoides tópicos, teniendo una pobre respuesta. Su motivo de consulta fue la exacerbación de las lesiones cutáneas.

Al examen físico se evidencian lesiones eritematodescamativas en brazos, tórax anterior, posterior, abdomen y miembros inferiores, PASI > 10.

Se decide iniciar tratamiento con fototerapia con UVB – NB, dos veces por semana, manteniendo el tratamiento tópico con fórmulas magistrales. Se reevalúa al paciente al mes de iniciado el tratamiento, presentado no sólo mejoría clínica sino también en la calidad de vida del paciente (refiere disminución de prurito, mayor facilidad para realizar actividades de la vida diaria, etc.). (Figuras N° 1, 2, 3 y 4)

COMENTARIO

La psoriasis es un desorden inflamatorio cutáneo crónico, que se manifiesta a través de la presencia de placas y pápulas eritematoescamosas, aunque algunos pacientes pueden presentar también pústulas y eritrodermia. Afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial.

Se considera una enfermedad poligénica.¹ Uno de los factores más fuertemente asociados corresponde al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) que se encuentra en la región del brazo corto del cromosoma 6, quien codifica el sistema de antígeno leucocitario humano (HLA).⁵

La miastenia gravis es un trastorno neuromuscular, de tipo autoinmune, en el cual hay una disminución en el número de receptores de acetilcolina, debido a la fabricación de autoanticuerpos contra éstos. Clínicamente el paciente presenta fatiga y debilidad muscular, en especial de aquellos músculos inervados por los pares craneales. Posee una evolución progresiva y en brotes.⁶ Es una enfermedad poco frecuente, con una prevalencia de 14 por 100 mil habitantes aproximadamente.⁷

Debido a que comparten un origen inmunológico, es bien conocida su asociación con algunas dermatopatías como por ejemplo: pénfigo, vitiligo, alopecia areata y psoriasis; siendo éstas dos últimas muy raramente descritas.³

Es altamente conocida la asociación de la psoriasis con el HLA dentro de su patogenia. Aquellos que se encuentran más fuertemente relacionados y que incrementan la susceptibilidad de padecerla son los alelos HLA-A2, B8 y B17; mientras que por otro lado, los alelos HLA-A28, B5, y B12 muestran una asociación negativa.⁵

La miastenia gravis es otra de las enfermedades autoinmunes que se asocian al HLA, en ésta los alelos presentes en su patogenia son el HLA-B8 y el DR3.⁸

El caso presentado se refiere a un paciente que inicia su enfermedad cutánea a los 47 años de edad, en el contexto de tener un diagnóstico previo de MG. Como se expuso líneas atrás, se puede evidenciar que ambas enfermedades presentan características comunes en cuanto a su patogenia (HLA-B8), lo que podría explicar la coexistencia de ambas enfermedades en un paciente sin que sean dos eventos independientes. Se evidenció además durante su evolución la buena respuesta clínica que tuvo al tratamiento con

UVB-NB, pues es pocas semanas el paciente manifestó una mejoría notable.

Según la literatura éste es el cuarto caso reportado con ésta asociación.

CONCLUSIONES

Existe un sinnúmero de enfermedades que se presentan más frecuentemente en personas que poseen diversos alelos del CMH, dentro de éstas encontramos no sólo enfermedades autoinmunes sino también infecciosas.

Se sabe sin embargo que ésta asociación no es una condición *sine qua non* para que ocurra la enfermedad, pues también es necesaria la participación de factores ambientales para que se manifiesten. Existe hasta el momento una enfermedad fuertemente asociada a la presencia de HLA y ésta es la espondilitis anquilosante: HLA-B27.

Se expone éste caso con la intención de poner de manifiesto como estas dos enfermedades, que a primera vista pueden no tener relación, poseen una asociación genética que de alguna manera las vincula. También se presenta por la rara frecuencia de ésta asociación, ya que hasta la fecha existen sólo cuatro casos reportados en la literatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Johan E. Gudjonsson, James T. Elder. Psoriasis. In Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrist, Amy S. Paller, David Leffell, Klaus Wolff, Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. México: panamericana; 2014. p. 197-231.
- Papazian O., Alfonso I., Araguez N. Miastenia gravis juvenil. Medicina Bs As. 2009; 69(1).
- Filiz Koc, Deniz Yerdelen. Myasthenia gravis and psoriasis vulgaris. Neurosciences. 2009; 14 (2): p. 175-177.
- Arnaldo G.Z, Jesús P.N y José A.F Enfermedades autoinmunes asociadas a la miastenia gravis en 217 pacientes timectomizados. Rev Cubana Med. 1997; 36(3): p. 161-166.
- S. Umopathy, A. Pawar, R. Mitra, D. Khuperkar, J. P. Devaraj, y U. Khopka. HLA-a and HLA-b alleles associated in psoriasis patients from mumbai, western india. Indian J Dermatol. 2011 setiembre; 56(5): p. 497-500.
- Lorenzo DOH, Ferrer DJI, Albernas DFC, Hernández DAV. Miastenia Gravis: diagnóstico y tratamiento. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2009 setiembre; 13(5).
- J. Vasquez, E. Montesinos, G. Chavez, L. Rojas, J. Peralta. Timectomía como tratamiento de miastenia gravis. Experiencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. Rev Med Herediana. 2006 octubre; 17(4).
- Behan PO. Immune disease and HLA associations with myasthenia gravis. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. 1980 julio; 43(7).

Correspondencia:
Dra. María del Carmen Tello Flores
maricarmentello@gmail.com

Recibido: 20-05-15
Aceptado: 10-06-15