

Psoriasis rupioide, una variante rara de psoriasis

Rupoid psoriasis, a rare variant of psoriasis

Lina Vanessa Gómez¹, Ángela María Londoño², Rodrigo Restrepo³, Ana Milena Toro⁴

1. Médica, residente de II año de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
2. Médica, dermatóloga y epidemióloga; docente, Universidad CES, Medellín, Colombia.
3. Médico; jefe, Programa de Especialización en Dermatopatología, Universidad CES; profesor de Dermatopatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
4. Médica, dermatóloga, docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la proliferación exagerada de queratinocitos. Se clasifica en diferentes subtipos de acuerdo con la apariencia morfológica de las lesiones, incluyendo formas en placas, gotas, pustulares y eritrodermicas; pero también, se reportan variantes raras, algunas de ellas con hiperqueratosis excesiva, como las psoriasis ostrácea, elefantina, pseudo-córnea y rupioide. Esta última recibe su nombre debido a la similitud con la rupia de la sífilis secundaria.

Con el propósito de identificar las características clínicas y la respuesta terapéutica, se presenta un caso de psoriasis rupioide en un hombre de 37 años de edad.

PALABRAS CLAVE: psoriasis, rupioide, variantes hiperqueratóticas.

SUMMARY

Psoriasis is a chronic inflammatory disease characterized by exaggerated proliferation of keratinocytes. It is classified into different subtypes according morphological appearance of the lesions, including plaque, guttate, pustular, and erythrodermic forms; but rare variants are also reported, some of them with excessively hyperkeratoticlike psoriasis ostreacea, elephantine, pseudocorneal and rupioides, this last named due to the similarity with the rupia of secondary syphilis.

For the purpose of identifying the clinical characteristics and therapeutic response, is presented a case of rupioid psoriasis in a man of 37 years old.

KEY WORDS: Psoriasis, rupioid, hyperkeratotic variants.

Correspondencia:

Lina Vanessa Gómez

Email:

lahegos@hotmail.com

Recibido: 15 de noviembre de 2014.

Aceptado: 27 de enero de 2015.

No se reportan conflictos de interés.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 37 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y consumo frecuente de alcohol, remitido al Servicio de Dermatología por presentar un cuadro clínico de siete meses de evolución de lesiones pruriginosas, con engro-

samiento marcado y progresivo, localizadas en miembros superiores e inferiores, espalda y genitales. Había recibido tratamiento previo con betametasona tópica, sin obtener mejoría.

En el examen físico se evidenciaron múltiples placas eritematosas de configuración oval y redonda, superficie hiperqueratósica de aspecto 'sobreelevado', con compro-



FIGURA 1. A, B, C. Placas eritematosas hiperqueratósicas 'sobrelevadas' en forma de cono, que comprometen espalda y extremidades.

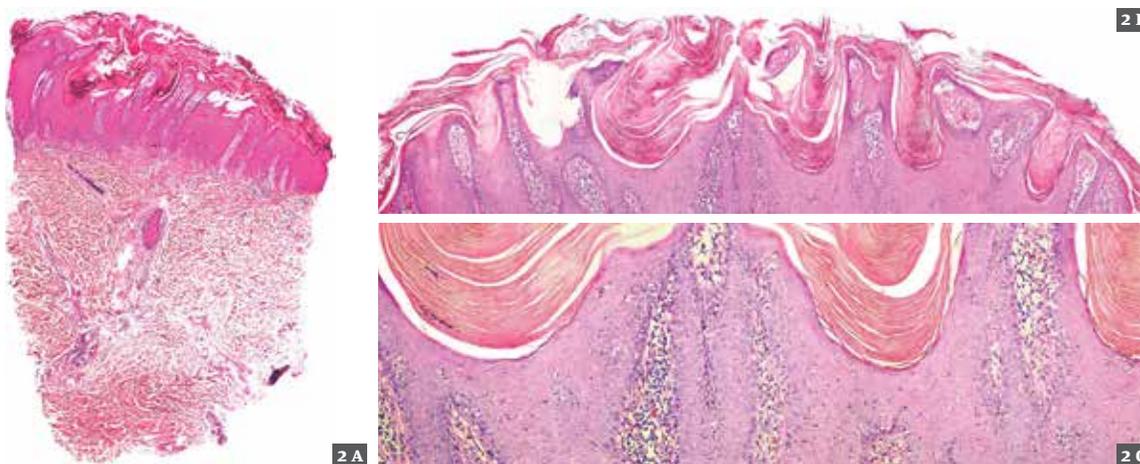


FIGURA 2. A. Hiperqueratosis marcada con acantosis irregular de la red de crestas. B. Hiperqueratosis y paraqueratosis alterantes con colecciones de neutrófilos. C. Dermis moderado infiltrado inflamatorio en las papilas.

miso de cuero cabelludo, tronco, extremidades y región interglútea; las uñas de los pies presentaban cromoniquia, hiperqueratosis subungular y onicólisis (FIGURA 1).

Se practicó una biopsia de piel en la que se observó hiperqueratosis notable con acantosis irregular de la red de crestas, zonas alternantes de hiperqueratosis y paraqueratosis, con colecciones de neutrófilos en estas últimas. En la dermis había infiltrado inflamatorio linfocitario en cantidad moderada, localizado particularmente en las papilas sin afectar la dermis más allá del componente epidérmico (FIGURA 2).

Teniendo en cuenta los hallazgos clínicos característicos y sumando los hallazgos histológicos clásicos de

una psoriasis con componente hiperqueratósico importante, se estableció el diagnóstico de psoriasis rupioide.

Al momento de la evaluación, se calculó un PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) de 24 y un DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) mayor de 10, por lo que se decidió iniciar tratamiento sistémico, considerando como mejor opción el metotrexato por su respuesta terapéutica, además de calcipotriol más betametasona, como tratamiento tópico coadyuvante.

En los exámenes paraclínicos iniciales se reportó: creatinina, 0,79 mg/dl; BUN, 10,7 mg/dl; colesterol total, 201 mg/dl y HDL, 33 mg/dl; triglicéridos, 140 mg/dl; hemoglobina, 16,2 g/dl; hematocrito, 49 %; leucocitos,



FIGURA 3. A, B, C. Seguimiento clínico a las 12 semanas de tratamiento con metotrexato.

7.590/mm³; neutrófilos, 55 %; linfocitos, 33%; plaquetas, 238.000/mm³; serologías para hepatitis B, C y VIH, negativas; ALT, 70 U/L (valor normal hasta 55) y AST U/L, 43 (valor normal hasta 34); bilirrubina total, 1,01 mg/dl y directa, 0,34 mg/dl.

Dada la elevación ligera de las transaminasas y los antecedentes del consumo de alcohol, se solicitó una ecografía de hígado y vías biliares que demostró esteatosis hepática; posteriormente, el paciente fue valorado por un hepatólogo, quien no contraindicó el uso de metotrexato, con vigilancia estrecha. Se inició a dosis de 15 mg semanales por vía oral, con seguimiento clínico y de laboratorio a la semana 4 y la 12.

En el control, el PASI fue de 4,3 y el DLQI, menor de 10, evidenciando mejoría clínica (**FIGURA 3**) y de calidad de vida significativa. Las pruebas hepáticas se mantuvieron estables. Lastimosamente, el paciente se perdió del seguimiento después de una fase exitosa de inducción de tratamiento.

DISCUSIÓN

El término ‘rupioide’ se ha usado para describir lesiones en placas, bien definidas, con forma de cono y con una costra oscura, dura, gruesa, laminada y adherente, que da el aspecto de una concha u ostra de mar. Su nombre se deriva del griego *rhupos*, que significa suciedad o inmundicia. En la histopatología, esto corresponde a un exudado serohemático entre las capas engrosadas de la piel¹.

Existen varias formas raras de psoriasis con hiperqueratosis excesiva, entre las que se incluyen la rupioide, la ostrácea, la elefantina y la pseudocórnea, con diferencias

mínimas entre ellas². El primer reporte en la literatura científica data de 1902, en Northampton, Inglaterra, de un caso grave de psoriasis que requirió de baños alcalinos para su tratamiento³. Sin embargo, solo fue hasta 1948 que la dermatóloga polaca Marian Grzybowski hizo una descripción más precisa de estas variantes, agrupándolas bajo el nombre de ‘psoriasis exudativa’, por las capas costrosas exudativas que se formaban semejando la rupia de la sífilis secundaria².

Específicamente, las lesiones de psoriasis rupioide consisten en capas circulares concéntricas descamativas, una sobre otra, que configuran una forma cónica semejante a una lapa o molusco marino^{2,4}. Estas tienden a tener compromiso extenso de palmas, plantas, dedos y uñas^{1,2}. También, es común que tengan manifestaciones articulares⁵.

Entre los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta, están: la psoriasis ostrácea, cuyas lesiones tienen capas descamativas de varios colores con una superficie característicamente cóncava en forma de concha de mar; y la psoriasis elefantina, con placas extensas engrosadas y de larga duración, clásicamente localizadas en extremidades superiores, espalda y glúteos². También, deben distinguirse de otras enfermedades en las que se han descrito lesiones rupioides, como es el caso de artritis reactivas^{6,7}, histoplasmosis diseminada⁸, sarna noruega⁹ y sífilis secundaria o maligna⁷.

Para el diagnóstico es necesario hacer biopsia de piel, además de solicitar serología no treponémica para excluir casos de sífilis^{1,2}.

Se ha descrito resistencia al tratamiento tópico solo, por la pobre penetración de los medicamentos a través de las lesiones tan gruesas¹; sin embargo, el uso de agentes

queratolíticos coadyuvantes, como ácido salicílico, urea y antralina, ha producido una buena respuesta ^{2,10}; con este fin también se han utilizado esteroides tópicos o intralesionales^{1,11}. De igual forma, la fototerapia UVA con psoraleno, usada tres veces por semana, se reportó como exitosa en un paciente que tenía importante compromiso de palmas y plantas².

En lo que respecta al tratamiento sistémico, particularmente al uso del metotrexato, en la revisión de la literatura sólo se encontró el reporte de un caso tratado con dosis de 10 mg por semana, junto con esteroides tópicos, en un hombre de 28 años con lesiones generalizadas; la mejoría fue descrita como notable en las primeras semanas, pero luego requirió esteroides intralesionales, tratamiento conjunto que se mantuvo hasta la resolución clínica completa, sin recaídas tras dos años de seguimiento¹.

Otras alternativas reportadas incluyen: ciclosporina en un paciente con artropatía asociada⁵, acitretín en una mujer con importante compromiso, con un PASI inicial de 16 y que disminuyó a 5 tras tres meses de tratamiento¹⁰, y adalimumab y ustekinumab, utilizados para los casos que no mejoraron con tratamiento sistémico y tópico^{1,12}.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de psoriasis rupioide, entidad con escasos reportes en la literatura médica y de gran impacto en la calidad de vida por el compromiso extenso subyacente. En este caso, el tratamiento con metotrexato fue exitoso, demostrando que, pese a considerarse una variante de difícil respuesta terapéutica, el uso de la clinimetría y la implementación de metas de tratamiento, garantizan un seguimiento adecuado y permiten una correcta transición entre las diferentes opciones terapéuticas.

REFERENCIAS

1. Chung HJ, Marley-Kemp D, Keller M. rupioid psoriasis and other skin diseases with rupioid manifestations. *Cutis*. 2014;94:119-21.
2. Salamon M, Omulecki A, Sysa-Jedrzejowska A, McCauliffe DP, Wozniacka A. Psoriasis rupioides: A rare variant of a common disease. *Cutis*. 2011;88:135-7.
3. Buszard F. Northampton general infirmary. A case of psoriasis rupioides. *Lancet*. 1902;159:814-6.
4. Duque Estrada B, Mesquita Couto de Azevedo P, Regazzi Aveleira JC, Tamler C. Dermatologia comparativa: psoríase hiperce-ratósica. *An Bras Dermatol*. 2007;82:369-71.
5. Murakami T, Ohtsuki M, Nakagawa H. Rupoid psoriasis with arthropathy. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25:409-12.
6. Sehgal VN, Koranne RV, Shyam AL. Unusual manifestations of Reiter's disease in a child. *Dermatologica*. 1985;170:77-9.

7. 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.
8. Corti M, Villafañe MF, Palmieri O, Negroni R. Rupoid histoplasmosis: First case reported in an AIDS patient in Argentina. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2010;52:279-80.
9. Costa JB, Rocha de Sousa VL, da Trindade Neto PB, Paulo Filho Tde A, Cabral VC, Pinheiro PM. Norwegian scabies mimicking rupioid psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2012;87:910-3.
10. Colom C, De Andrés B, Castiglioni MG, Chiramberro S, Arzopide L, Cozzi S. Psoriasis rupioides: una variante inusual de psoriasis. *Arch Argent Dermatol*. 2014;64:159-61.
11. Arias-Santiago SA, Naranjo-Sintes R. Generalized ostraceous psoriasis. *N Engl J Med*. 2010;362:155.
12. Necas M, Vasku V. Ustekinumab in the treatment of severe rupioid psoriasis: A case report. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2010;19:23-7.