

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Rosario Betancur¹, Gerzaín Rodríguez²

1. Médica dermatóloga, Sincelejo, Colombia
2. Médico, profesor, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

COMENTARIO

La clínica y la histopatología de la enfermedad demostrada tienen características típicas de la pustulosis subcórnea, o enfermedad de Sneddon-Wilkinson, médicos ingleses que la describieron en 1956^(1,2). Predomina en mujeres mayores de 40 años, afecta los pliegues, es crónica, recidivante y puede desaparecer por años o meses, para recurrir después. Se ha descrito también en niños⁽¹⁾.

Las pústulas se localizan preferentemente en los pliegues axilares, submamaros e inguinales, como en esta paciente, tienden a formar fragmentos de círculos con centro indemne (circinadas) o a involucionar por una zona y extenderse por otra (serpiginosas). Tienen una porción superior que contiene líquido seroso y una profunda, densa, que corresponde a cúmulos de neutrófilos (**figura 2**), característica denominada en inglés como *half-half*^(1,2).

La pustulosis subcórnea es una dermatitis neutrofílica no infecciosa, que puede asociarse con otras entidades, como gammapatía monoclonal por IgA, mieloma múltiple, pioderma gangrenoso, lupus eritematoso, artritis reumatoide, hipertiroidismo, síndrome SAPHO, pustulosis exantemática aguda generalizada y otras más⁽¹⁻³⁾.

Su etiopatogenia es desconocida. Se ha demostrado abundante expresión de TNF- α y adecuada respuesta terapéutica con etanercept o infliximab^(1,4). Podría incluirse entre las entidades autoinflamatorias.

Su diagnóstico diferencial incluye pénfigo por IgA, impétigos, tiñas, pénfigo foliáceo, pustulosis aguda exantemática generalizada y varias más⁽¹⁻³⁾. Cuando quiera que veamos pústulas intraepidérmicas, es imperativo hacer coloración de PAS para descartar una tiña, lo cual se hizo en la biopsia de esta paciente.

La pustulosis subcórnea es de difícil diferenciación con la psoriasis pustulosa y sus diferentes variables. Ackerman afirma que las diversas formas de dermatosis pustulosas intraepidérmicas (acrodermatitis pustulosa, impétigo herpetiforme, queratodermia blenorragica, bacteride pustulosa 'bactéride' pustulosa, pustulosis subcórnea), son variedades de la psoriasis pustulosa, en diversas fases de evolución, localización o expresión clínica⁽⁵⁾. Calonje, et al., consideran la pustulosis subcórnea como una entidad diferente de la psoriasis⁽³⁾.

El tratamiento básico consiste en la administración de 50 a 200 mg diarios de dapsona, con buenos resultados^(1,4); esta medicación que le fue formulada a la paciente. Se usan también esteroides locales, pero no se aconsejan los sistémicos por la posibilidad de exacerbación de las lesiones al suspenderlos; la fototerapia de banda estrecha UVB es útil también^(1,2,4). Una amplia revisión del tema se incluye en la referencia 4. La paciente fue remitida a su empresa promotora de salud

Correspondencia:

Gerzaín Rodríguez

Email:

josert@unisabana.edu.co

Recibido: 30/05/18

Aceptado: 05/07/18

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

(EPS) para su seguimiento y la práctica de exámenes complementarios.

REFERENCIAS

1. Tosi V, Buján MM, Merediz J, Cervini AB, Pierini A. Pustulosis subcórnea de Sneddon-Wilkinson. Arch Argent Dermatol. 2009;59:159-63.
2. Cheng S, Edmonds E, Ben-Gahir M, Yu RC. Subcorneal pustular dermatosis: 50 years on. Clin Exp Dermatol. 2008;33:229-33.
3. Calonje E, Brenn T, Lazar, McKee PH. Spongiotic, psoriasiforme and pustular dermatoses. In: Calonje E, Brenn T, Lazar, McKee PH, editors. McKee's Pathology of the Skin. Fourth edition. London: Elsevier; 2012. p. 215.
4. Brooke RCC, Chalmers RJG, Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I. Subcorneal pustular dermatosis. In: Brooke RCC, Chalmers RJG, Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I, editors. Treatment of skin disease: Comprehensive therapeutic strategies. London: Saunders Elsevier; 2010. p. 722-4.

5. Ackerman AB, Boer A, Bennin B, Gottlieb GJ. Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. Third edition. New York: Ardor Scribendy; 2005. p. 325-6.



Figura 1. Pústulas axilares dispersas y blanquecinas. Alternan con lesiones diminutas marrones resultantes de pústulas anteriores decapitadas e involutivas.

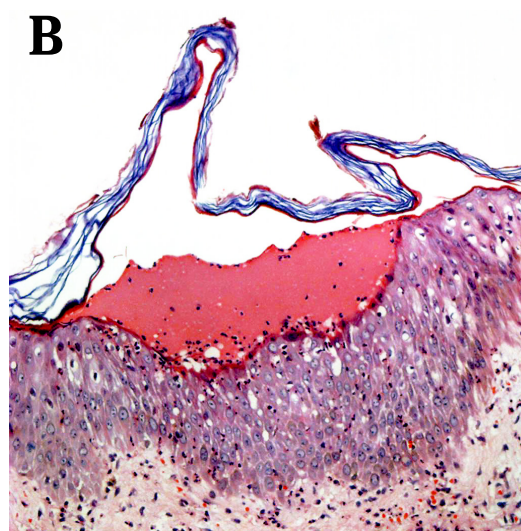
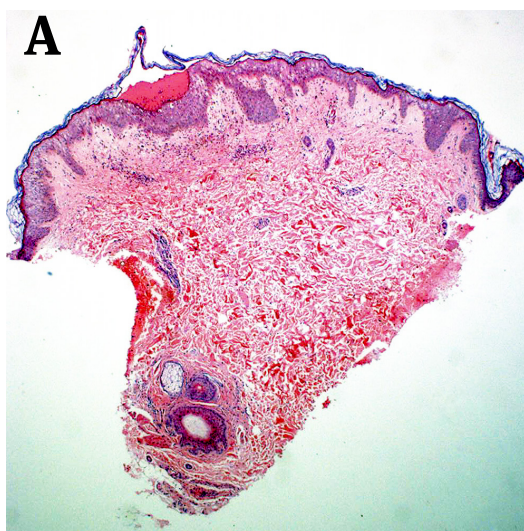


Figura 2. A) Imagen panorámica de la biopsia de una lesión reciente. Se observa una vesicopústula intraepidérmica subcórnea y edema de la dermis papilar, con púrpura e infiltrado discreto. El resto de la epidermis muestra cambio vacuolar malpighiano superficial.

B) La lesión está cubierta por una capa córnea ortoqueratósica, tiene una porción superior homogénea y eosinófila que representa material seroso, y en la base se ven cúmulos de neutrófilos. Representan el *half-half* que se describe en el examen clínico. En la dermis papilar, hay edema, púrpura e infiltrado de polimorfonucleares y linfocitos. Hematoxilina y eosina, 16X.