

PSORIASIS ERITEMA GYRATUM-LIKE (PSORIASIS FIGURADA)

PSORIASIS ERYTHEMA GYRATUM-LIKE

*Jairo Fuentes Carrascal¹, Esperanza Meléndez Ramírez², Beatriz Orozco³, Garip Chadid⁴,
Gersain Rodríguez Toro⁵, Vanesa Fuentes⁶, José Celano⁷, Paola Ortiz⁸*

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con cuadro clínico e histopatológico correspondiente a una Psoriasis vulgar, la cual muestra un patrón clínico tipo Eritema gyratum que se aleja de los patrones clásicos de esta dermatosis, siendo muy difícil su diagnóstico por sus manifestaciones clínicas excéntricas y poco usuales.

Palabras clave: Psoriasis, Eritema, Dermatosis.

ABSTRACT

We reported a patient with clinical and histopathological for a Psoriasis Vulgaris which shows a clinical pattern Erythema Gyratum that deviates from the classics of this dermatosis. Its diagnosis is very difficult by eccentric and unusual clinical manifestations.

Keywords: Psoriasis, Erythema, Dermatosis.

Recibido: Febrero 23 de 2011

Aceptado: Mayo 12 de 2011

-
1. Médico Dermatólogo. Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Barranquilla. jfuentes@unilibrebaq.edu.co
 2. Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Barranquilla.
 3. Docente división de salud Universidad del Norte.
 4. Médico dermatólogo.
 5. Médico fundador de la Asociación Colombiana de Dermatopatología.
 6. Residente Medicina Interna. Hospital Español de Buenos Aires.
 7. Médico miembro de la Asociación Colombiana de Dermatología.
 8. Residente Medicina Interna Fundación Universitaria San Martín.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la proliferación exagerada de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmune por medio de Linfocitos T en regiones cutáneas focales. La infiltración de células T, así como el aumento en los niveles de citocinas, juega un papel clave en la patogenia de la enfermedad (1, 2). La psoriasis en placa es una condición cutánea recurrente y crónica de severidad variable con una prevalencia a nivel mundial de 2 a 3%. De estos pacientes aproximadamente el 30% tiene una enfermedad moderada a severa y del 10 al 15% desarrollan la enfermedad antes de los 10 años de edad (3).

La psoriasis cutánea puede comprometer el cuero cabelludo, la piel glabra, las semimucosas y uñas. Afecta principalmente la piel sometida a trauma como rodillas, palmas, plantas y el tronco. También puede afectar los pliegues y los genitales. En las uñas, a nivel de la lámina puede producir *pits* o cribas, mancha en gota de aceite (4).

La psoriasis tiene diferentes formas clínicas en su presentación:

- **Psoriasis gutata.** Son pápulas eritemato-desquamativas que tienen entre 0,5 y 1,5 cm de diámetro y están coronadas por una escama, usualmente plateada, delgada.
- **Psoriasis en placas.** El 80% de los casos clínicos tiene esta forma de enfermedad. Se caracteriza por el desarrollo de lesiones elevadas, usualmente con más de 1 cm de diámetro, de base eritematosa, coronadas por una escama gruesa plateada y seca. Las placas pueden confluir y abarcar áreas extensas del cuerpo.
- **Psoriasis pustulosa.** Representa menos del 5% de los casos de psoriasis. Se caracteriza por nu-

merasas pústulas estériles que aparecen sobre una base eritematosa y se asocia con compromiso del estado general (5).

La forma pustulosa se divide en dos grandes grupos: Localizada y generalizada, dentro de la primera se encuentra la psoriasis pustulosa palmoplantar, donde el eritema y la escama se mezclan con pústulas estériles persistentes en las palmas o plantas. Es relativamente poco frecuente y de evolución crónica.

Por razones históricas, esta variedad ha recibido diferentes denominaciones: pustulosis palmoplantar de Barber, psoriasis pustulosa palmoplantar crónica, pustulosis palmaris et plantaris y pustulosis palmoplantar persistente (5).

- **Psoriasis invertida.** Es una variedad poco frecuente que puede causar discapacidad. Se encuentran placas rojas inflamadas en los pliegues, los genitales, la piel interglútea y submamaria. No suele haber descamación y el aspecto de la piel es liso y brillante.
- **Psoriasis eritrodérmica.** Se desarrolla en el 1 al 2% de los casos y representa el 20% de las eritrodermias. Es una forma grave de la enfermedad que puede comprometer la vida, tiene una alta mortalidad y su curso es impredecible. La piel adquiere un aspecto de quemadura con enrojecimiento generalizado, prurito intenso o sensación de ardor (1).

CASO CLÍNICO

A continuación presentamos un caso clínico de una paciente con lesiones psoriáticas que mostraban un patrón atípico y era muy difícil encajar en los patrones clínicos convencionales.

Paciente femenina, 19 años de edad, en buenas condiciones músculo-nutricionales, quien consulta por presentar lesiones en piel de cinco años de evolución, pruriginosas, las cuales se iniciaron en miembros inferiores y fueron extendiéndose a miembros superiores y región lumbar. La paciente refería que sus lesiones migraban cambiando de sitio y el cuadro en ocasiones se acompañaba de artralgias de codos y rodillas.

No se hallaron antecedentes personales de importancia ni algún síntoma adicional en la revisión por sistemas.

Al examen físico hallamos múltiples placas figuradas simétricas descamativas formando arabescos, que comprometían ampliamente el tegumento cutáneo respetando cara, palmas, plantas, cuero cabelludo, mucosas y uñas (Figura 1).

Tampoco se hallaron lesiones periorificiarias. La paciente traía un reporte patológico de otra ciudad, con fecha 21-08-08, la cual reportaba acantosis re-

gular leve, hiperqueratosis con paraqueratosis focal leve y en dermis, infiltrado linfocitario perivascular, concluyendo como diagnóstico Dermatitis Perivascular Superficial Compatible con Eritema Gyratum Superficial. Ante lo anterior nuestras impresiones diagnósticas fueron:

1. Eritema Gyratum Repens.
2. Eritema migratorio necrótico.
3. Eritema crónico migrans.
4. Eritroqueratodermia variabilis.

Los resultados de los paraclínicos solicitados fueron: Hemograma, urianálisis y química sanguínea normales; VDRL no reactivo, Insulina 18 u. (VN 0.1 -35), glucagón menor de 50pg/ml (VN menor de 61), TAC abdominal total dentro de límites normales, Rx de tórax normal, ASTO dentro de límites normales y PCR normal.

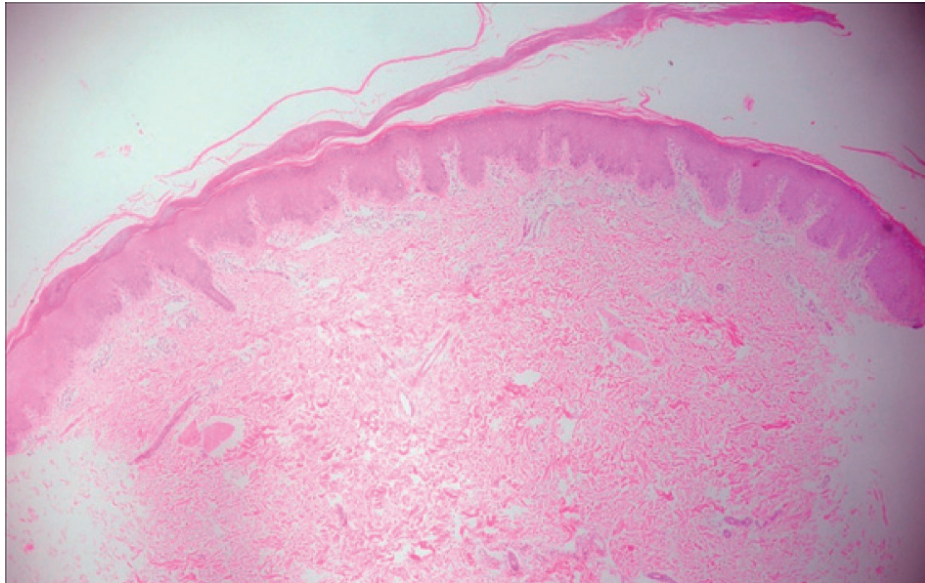
Se hizo nueva biopsia, la cual fue reportada con diagnóstico histopatológico de Psoriasis Vulgar (Figura 2).

Figura 1. Lesiones arciformes figuradas bilaterales y simétricas



Fuente: Archivo clínico.

Figura 2. Biopsia de piel hiperqueratósica con evidente cambio psoriasiforme e hipogranulosis suprapapilar focal. HE 4X



Fuente: Archivo clínico.

Se realizó una tercera biopsia que confirmó el diagnóstico de Psoriasis Vulgar.

La impresión diagnóstica final fue: Psoriasis Eritema Gyratum-Like.

Las decisiones fueron:

1. Realizar radiografía comparativa de manos y columna lumbosacra, la cual estuvo dentro de límites normales.
2. Iniciar tratamiento con metrotexate más UVB, que produjo notable respuesta terapéutica.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de nuestra paciente eran compatibles con Eritema Gyratum Repens, no así su histopatología. Teniendo en cuenta las condiciones clínicas que semejan la forma de presentación de la psoriasis en esta paciente, revisemos los principales diagnósticos diferenciales:

ERITEMA GYRATUM REPENS

Se caracteriza por placas de figuras concéntricas, anulares, bordes descamativos, ondulados con tendencia a la migración, muy pruriginosas. Se acompaña de hiperqueratosis palmoplantar. En un 80% está asociado a tumores internos: pulmón, intestino, tracto genitourinario y neoplasia hematológica, donde antígenos tumorales pueden reaccionar en forma cruzada con antígenos endógenos cutáneos. Algunos autores sostienen que productos tumorales pueden alterar los antígenos cutáneos endógenos haciéndolos más susceptibles al reconocimiento autoinmune y existe una tercera hipótesis que sugiere que los antígenos tumorales pueden formar complejos inmunes con anticuerpos, los cuales son depositados en tejidos cutáneos (6). Varios desórdenes pueden semejar el Eritema Gyratum, por ejemplo, el lupus eritematoso y el penfigoide ampolloso, además se han descrito pocos casos que semejen psoriasis (7).

ERITEMA MIGRATORIO NECROLÍTICO

Se manifiesta como una reacción cutánea por hiperglucagonemia secundaria a glucagonoma, insuficiencia pancreática y cirrosis hepática. También se puede asociar a carcinoma nasofaríngeo y bronquial. Se caracteriza inicialmente por máculas que se extienden superficialmente con formación de erosiones y ampollas. La extensión centrífuga, irregular, causa patrón marginado costroso, policíclico, con centro sano. Se acompaña de erosión perianal, perigenital, glositis y queilitis (8).

ERITEMA CRÓNICO MIGRANS (Borreliosis de Lyme)

Se manifiesta inicialmente como un nódulo que se expande lentamente con aclaramiento central, apareciendo posteriormente múltiples placas con patrón policíclico. Se acompaña de fiebre, linfadenopatía y síntomas gripales.

CONCLUSIÓN

Este cuadro evidencia que las manifestaciones clínicas de la psoriasis pueden ser extremadamente diversas, semejando algunas veces al Eritema Gyrtum Repens, haciendo difícil el diagnóstico, por lo que la histopatología juega el principal papel. Existen pocos reportes en la literatura de esta forma de presentación clínica, razón por la cual se decidió adicionar uno más, ya que existen algunos casos reportados de psoriasis like-eritema anular, pero esos corresponden a formas de psoriasis pustulo-

sa. En nuestro caso no se presentaron pústulas e igualmente existen reportes de psoriasis que al ser tratadas con acitretin dieron lugar a lesiones que simulan psoriasis pustulosa palmar unilateral (7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N England J Med.* 2005; 352(18): 1899-912.
2. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of Psoriasis. *Nature* 2007;445: 866-73.
3. Incidence and prevalence Database, search term psoriasis statistics. [homepage on the Internet]. capitola; [updated 2008 May 28; cited 2008 Aug 29]. Available from: [www:TDRdata.com](http://www.TDRdata.com)
4. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007; 25: 510-8.
5. López L, Ruiz D. Psoriasis pustulosa, psoriasis palmoplantar, psoriasis eritrodérmica y etanercept. *Actas dermosifoliográficas.* 2010;101(9): 739-816.
6. Chalela J, González C, Castro L. Guías de manejo de psoriasis. Consenso colombiano. *Asocolderma.* 2008: 11-23.
7. Verma P, Samson S, Monk B. A curious eruption: erythema gyratum repens in resolving pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2008; 22(5):637-8.
8. Shi W, Liao W, Mei X, Xiao Q, Zeng R, Zhou Q, et al. Necrolytic migratory erythema associated with glucagonoma syndrome. *J Clin Oncol* 2010;28(20):e329-33.