

¿Dermatitis seborreica o psoriasis?

Seborrheic Dermatitis or Psoriasis?

Yaima González Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3584-9197>

Jessica Milagros Silvente Alarcón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7343-9503>

Henry Pérez López¹ <https://orcid.org/0000-0001-7987-4138>

Yaimara Zunen Hernández Puentes¹ <https://orcid.org/0000-0003-2573-0416>

¹Hospital Militar “Carlos J. Finlay.” La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: espdermatologih@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta piel, mucosas, uñas y en algunos casos articulaciones. Cuando las lesiones aparecen en región facial y regiones intertriginosas no es fácil realizar el diagnóstico diferencial con la dermatitis seborreica, incluso en algunos casos se utiliza el término de sebopsoriasis.

Presentación del caso: Se presenta paciente femenina de 26 años de edad, con lesiones eritematoescamosas, localizadas en cuero cabelludo, tronco y pliegues corporales, de seis años de evolución. Se le había diagnosticado una dermatitis seborreica y se le indicó tratamiento sin obtener mejoría. Acude a nuestro hospital donde se le indica biopsia de piel y se confirma diagnóstico de psoriasis.

Conclusiones: Se presenta el caso por la dificultad de realizar en ocasiones el diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

Palabras clave: psoriasis; dermatitis seborreica; sebopsoriasis.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease that affects the skin, mucous membranes, nails and joints, in some cases. When the lesions appear in the facial region

and intertriginous regions, it is difficult to make the differential diagnosis with seborrheic dermatitis, even in some cases the term sebopsoriasis is used.

Case report: A 26-year-old female patient is reported with erythematous lesions, located on the scalp, trunk and body folds, of six years of evolution. She had been diagnosed with seborrheic dermatitis and treatment was indicated without improvement. She came to our hospital. A skin biopsy was indicated and a diagnosis of psoriasis was confirmed.

Conclusions: The case is reported due to the difficulty in making the differential diagnosis between both entities.

Keywords: psoriasis; seborrheic dermatitis; sebopsoriasis.

Recibido: 20/07/2021

Aceptado: 26/08/2021

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la piel, las mucosas, las uñas y, en algunos casos, las articulaciones, y tiene importantes implicaciones metabólicas. Su etiopatogenia aún no está completamente esclarecida, pero se sabe que de forma adicional a la predisposición genética (presencia de HLA específicos, especialmente Cw6, y a la existencia de un locus de susceptibilidad psoriásica PSORS1), la acción de distintos factores desencadenantes entre los que se encuentran infecciones, traumatismos, fármacos, tabaquismo y exposición a radiaciones UVB induce una respuesta inflamatoria principalmente de linfocitos Th1, que da lugar a una queratinopoyesis acelerada y a hiperproliferación epidérmica anormal.⁽¹⁾

La prevalencia mundial de psoriasis se estima entre 1 y 3 %. En México, se considera una enfermedad frecuente, ya que afecta al 2 % de la población general, sin predominio de uno u otro sexo.⁽²⁾ En cuanto a la prevalencia de psoriasis facial y áreas intertriginosas, ésta difiere en diversas series publicadas. En EE.UU. se calcula que afecta al 10,8 % de los pacientes con psoriasis,⁽³⁾ mientras que en Europa, la cifra está entre 17 ay 46 %.⁽⁴⁾ En las últimas décadas la incidencia de este tipo de psoriasis ha aumentado, probablemente debido a la asociación con la infección por VIH.⁽⁵⁾

La psoriasis es una enfermedad que afecta a ambos sexos por igual.⁽⁴⁾ Su inicio suele ser posterior a la pubertad, y es muy raro verla antes de los 2 años de edad. Su forma congénita es excepcional. Su presentación clínica suele ser similar al adulto.⁽⁵⁾ Las lesiones son pápulas y placas eritematodescamativas muy bien definidas, de diferentes tamaños, con una escama gris plateada que se puede eliminar con facilidad. Las lesiones se distribuyen simétricamente y afectan las superficies de extensión de codos, rodillas y tronco e incluso pueden afectar exclusivamente el cuero cabelludo.⁽⁶⁾

Su evolución es crónica en forma de brotes, y el diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque algunas veces se precisará una biopsia cutánea para confirmarlo.⁽⁷⁾

No existe una norma fija de tratamiento para todos los pacientes, este debe ser individualizado.⁽⁶⁾ El uso de sustancias queratolíticas, reductoras, antiinflamatorias e inmunomoduladoras, ya sea por vía tópica o sistémica, se encuentran entre los fármacos más empleados.⁽⁷⁾

Presentación del caso

Se presenta una paciente femenina, fototipo de piel V, de 26 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento con clortalidona (25 mg) una tableta al día.

La paciente acude a consulta porque refiere que hace aproximadamente seis años comenzó a presentar lesiones en la piel, las que describe en forma de manchas rojas, mal olientes, y que le provocaban mucho prurito. Se le diagnosticó una dermatitis seborreica y se le indicó tratamiento con diferentes cremas antimicóticas tales como ketoconazol, terbinafina, tolnaftato, pero las lesiones persistían y se habían extendido a todos los pliegues del cuerpo, a la cara y el cuero cabelludo, motivo por el cual acude a nuestro hospital.

Al examen físico presentaba una erupción diseminada que interesaba cuero cabelludo, surcos nasogenianos, conductos auditivos, región esternal, pliegue submamario, abdomen, ombligo, región interescapular, pliegues axilares, región inguinal y pliegue interglúteo dada por lesiones eritematoescamosas, en placas de tamaño variable que oscilaban entre 0,5 cm y 20 cm de diámetro, de bordes bien

definidos y elevados, con eritema intenso, con escamas en su superficie, blanquecinas, oleosas, en número y tamaño variable (Figs. 1, 2, y 3).



Fig. 1 – Lesiones eritematoescamosas a nivel de línea de implantación de cuero cabelludo.



Fig. 2 – Lesiones eritematoescamosas en placas, en pliegue submamario y tronco.

Se indican exámenes complementarios, los cuales están todos dentro de parámetros normales.

Se realiza biopsia de piel que confirma el diagnóstico de psoriasis (Fig. 3).



Fig. 3 - Psoriasis. Presencia de hiperqueratosis con ligera paraqueratosis, las redes de crestas muestran elongación regular con engrosamiento en su porción inferior. Papilas dérmicas alongadas y edematosas. Hematoxilina y Eosina 8X.

Se le explica al paciente y familiares en qué consiste esta enfermedad, su evolución y la importancia de cumplir correctamente el tratamiento. Por la extensión del cuadro se indica el uso de metrotexato (tabletas de 2,5 mg) a dosis de 7,5 mg semanales durante 6 meses, y de cremas esteroideas de alta potencia como el clobetasol. Se constata mejoría clínica de la paciente y se le indica seguimiento por consulta.

Discusión

La psoriasis es una enfermedad crónica que se distingue por exacerbaciones y remisiones.⁽⁵⁾ Muestra un espectro clínico muy amplio y diferentes grados de afección, por lo que no existe un sistema único de clasificación.⁽⁶⁾

No existe consenso sobre si la psoriasis facial debe considerarse un tipo diferente de psoriasis o sólo una localización especial de psoriasis en placas. Si bien hasta hace algunos años se creía que la psoriasis facial era más frecuente en la infancia que en la vida adulta, lo que algunos autores atribuyeron a la presunta capacidad antipsoriásica de la secreción sebácea y a la exposición crónica a la radiación ultravioleta,⁽⁷⁾ recientemente se publicó que afecta incluso al 46 % de los pacientes adultos con esta enfermedad.⁽⁸⁾

La psoriasis en la cara muestra distintas expresiones clínicas, y se propone clasificarlas en: periférica, centrofacial, mixta, psoriasis facial verdadera y sebopsoriasis.⁽⁹⁾ La

periférica es la forma más frecuente y se localiza en el tercio superior de la frente donde puede afectar la línea de implantación del pelo. Se asocia con el daño extenso y severo de la piel cabelluda. La psoriasis centrofacial afecta los pliegues nasolabiales, el centro de las mejillas, la nariz, las orejas y las cejas. En la psoriasis mixta, las lesiones son periféricas y centofaciales.^(8,9)

La sebopsoriasis es llamada así por su similitud topográfica y morfológica con la dermatitis seborreica. Algunos autores opinan que se trata de la modificación de una dermatitis seborreica en un paciente con susceptibilidad genética para padecer psoriasis. Afecta las mismas áreas que la psoriasis facial, pero también puede extenderse hacia la línea de implantación del pelo, la región preesternal, interescapular y pliegues.⁽⁹⁾

El diagnóstico se realiza con base en el cuadro clínico característico y se confirma por medio de estudio histopatológico. En ausencia de hallazgos típicos de psoriasis en otra localización corporal, el diagnóstico diferencial de psoriasis facial con dermatitis seborreica resulta difícil, por lo que el diagnóstico de sebopsoriasis es muy eficaz cuando se tienen dudas de estar en frente a una seborrea intensa o a una variante de psoriasis. Los datos que orientan hacia un origen psoriásico son: antecedente familiar, afección del pliegue retroauricular, escama blanquecina y seca en lugar de amarilla y untuosa, y alteraciones ungueales.⁽¹⁰⁾

El término sebopsoriasis se ha utilizado indistintamente para nombrar la psoriasis facial que se manifiesta en áreas seborreicas, y a los cuadros en los que no es posible distinguir entre una dermatitis seborreica y una psoriasis, por lo que su definición se ha prestado a confusión. Sin embargo, se propone que cuando existan elementos que orienten hacia el origen psoriásico, se denomine simplemente psoriasis invertida, y que el término sebopsoriasis se reserve para los cuadros en los que, a pesar de haber realizado un protocolo de estudio cuidadoso, no sea posible llegar a un diagnóstico diferencial e incluso se trate de la coexistencia de las dos enfermedades.⁽¹¹⁾

Consideraciones finales

En el caso que se comunica, el patrón clínico de las lesiones impide orientarlo hacia un origen exclusivamente psoriático, o un origen seborreico. No obstante, el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de psoriasis.

Se presenta el caso por la dificultad de realizar en ocasiones el diagnóstico diferencial entre ambas entidades, lo que representa todo un reto para el dermatólogo.

Referencias bibliográficas

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008. p. 169-93.
2. Amaya GM, Barba F, Blancas GF, Gómez FM. Consenso mexicano para el manejo de la terapia biológica en psoriasis. Rev Cent Dermatol Pascua. 2004;13:172-84.
3. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: A population-based study. J Am Acad Dermatol. 2008;60:394-401.
4. Van de Kerkhof PC, Murphy GM, Austad J, Ljungberg A. Psoriasis of the face and flexures. J Dermatol Treatment. 2007;18:351-60.
5. Morar N, Willis-Owen S, Maurer T, Bunker CB. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinicopathological features, and management. Lancet Infect Dis. 2010;10:470-8.
6. Griffiths C, Christophers E, Barker JN, Chalmers RJ. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. Br J Dermatol. 2007;156:258-62.
7. Bernhard JD. Facial sparing in psoriasis. Int J Dermatol. 1983;22:291-2.
8. Park JY, Rim JH, Choe YB, Youn JI. Facial psoriasis: Comparison of patients with and without facial involvement. J Am Acad Dermatol. 2004;50:582-4.
9. Woo SM, Choi JW, Yoon HS, Jo SJ, Youn JI. Classification of facial psoriasis based on the distribution of facial lesions. J Am Acad Dermatol. 2008;58:959-63.
10. Camisa C. Handbook of psoriasis. 3rd ed. Malden: Blackwell Science; 2004:16.
11. Robertson J, Braune L. Splinter haemorrhages, pitting and other findings in fingernails of healthy adults. Br Med J. 1974;4:279-81.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses para la presentación de este documento.