

Vitiligo y psoriasis en un niño es una asociación frecuente

Vitiligo and psoriasis in a child, is a frequent association

Maryla González Gorrín¹ <https://orcid.org/0000-0001-7034-5264>

Carlos Rafael Arocha González² <https://orcid.org/0000-0003-3335-9694>

Roland Jeffrey Wilches Torres² <https://orcid.org/0009-0002-2649-5745>

Lídice Bárzaga Guilarte² <https://orcid.org/0009-0004-4212-9694>

Margarita de Jesús Daza Mozo² <https://orcid.org/0009-0005-8811-6976>

¹Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

²Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: marylagg74@gmail.com

RESUMEN

Distintos estudios muestran que la incidencia de la psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general. Cuando estos se asocian, la aparición del vitiligo suele preceder a las lesiones psoriásicas, que se extienden indistintamente sobre piel normal y piel afectada por vitiligo. Se presenta paciente masculino de 15 años de edad, con diagnóstico de vitiligo segmentario desde los 9 años, que 10 días antes de acudir a la consulta de dermatología comenzó con lesiones en piel eritematoescamosas y pruriginosas. Se realizó biopsia y se confirmó diagnóstico de psoriasis. El paciente requirió tratamiento con metotrexate por generalización de las lesiones y fototerapia, con evolución favorable. Se presentó el caso por lo poco frecuente de esta asociación en nuestra especialidad, y lo interesante de estas.

Palabras clave: vitiligo segmentario; psoriasis; metotrexate; fototerapia.

ABSTRACT

Different studies show that the incidence of psoriasis in patients with vitiligo is not higher than in the general population. When they are associated, the appearance of vitiligo usually precedes psoriatic lesions, which extend equally over normal skin and skin affected by vitiligo. The case of a 15-year-old male patient is presented, with a diagnosis of segmental vitiligo since he was 9 years old, who 10 days before going to the dermatology consultation begins with erythematous, scaly and pruritic skin lesions. A biopsy is performed and diagnosis of psoriasis is confirmed. The patient required treatment with methotrexate due to generalization of the lesions and phototherapy, with favorable evolution. The case is presented because of the rarity of these addictions in our environment and its interesting nature.

Keywords: segmental vitiligo; psoriasis; methotrexate; phototherapy.

Recibido: 12/10/2024

Aceptado: 27/11/2024

Introducción

El *vitiligo* es una enfermedad pigmentaria adquirida, por destrucción selectiva parcial o completa de melanocitos, que afecta piel y mucosas. Está caracterizado por manchas hipocrómicas y acrómicas, asintomáticas, de curso crónico e impredecible.^(1,2,3)

Se clasifica en segmentario, no segmentario, localizado, generalizado y universal. Una variedad poco frecuente es la leucopatía punctata y reticularis simétrica o enfermedad de Safú, variedad reticulada diseminada y simétrica que predomina en las islas de Japón.⁽¹⁾

La psoriasis es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, generalmente pruriginosa. Se caracteriza por lesiones en placas eritematoescamosas, que

tienden a ser bilaterales y simétricas y evolucionan por brotes. Las escamas son gruesas, de color blanco nacarado.^(1,2,3,4)

Las lesiones se localizan con más frecuencia en cuero cabelludo, codos, rodillas, región sacra y cara, y extremidades. También puede afectar palmas de manos, cara, genitales, uñas y mucosas. No produce alopecia porque el pelo es capaz de atravesar la escama y las lesiones sobrepasan la línea de implantación del cuero cabelludo.^(1,5,6)

Al examen físico se describen tres signos patognomónicos, signo de la vela o de la mancha de esperma, signo de la película despegable fina de Brocq y signo del rocío sangrante o de Auspitz.^(1,2,5)

Distintos estudios muestran que la incidencia de psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general.^(7,8,9)

Caso clínico

Se presentó paciente masculino de 15 años de edad, con antecedentes de padecer de vitiligo desde los 9 años, para lo cual llevó tratamiento con cremas esteroideas (clobetasol), y melagenina. Acudió al médico porque desde más o menos 10 días antes comenzó a observar lesiones en piel, que al inicio aparecieron sobre las lesiones de vitiligo, pero posteriormente se extendieron a ambos miembros inferiores, superiores y tronco. Acudió al médico de su área de salud quien diagnóstico dermatitis alérgica y le indicó tratamiento con cremas esteroideas sin que el paciente presentara mejoría.

Examen dermatológico

Al examen dermatológico presentó mácula acrómica de gran tamaño, bordes bien definidos, en cara externa de la pierna derecha, que se extiende al muslo (fig. 1).



Fig. 1 - Mácula acrómica de gran tamaño, bordes bien definidos, en cara externa de miembro inferior derecho.

Se observaron, además, numerosas placas eritematoescamosas, de pequeño y mediano tamaño, bordes precisos, con escamas gruesas, blancas, diseminadas por toda la superficie corporal, que se acompañan de prurito moderado (figs. 2 y 3).



Fig. 2 - Placas eritematoescamosas de pequeño y mediano tamaño, bordes precisos, con escamas gruesas, localizadas en tronco.



Fig. 3 – Placas eritematoescamosas bilaterales y simétricas en ambas piernas.

Ante este cuadro clínico se sospechó diagnóstico de psoriasis en placa. Se indicó biopsia de piel (fig. 4) y exámenes de laboratorio. Se comenzó tratamiento con antihistamínicos (difenhidramina), cremas esteroideas (clobetasol) y se citó para seguimiento.



Fig. 4 – Imagen histológica compatible con psoriasis.

Exámenes complementarios

Se hicieron los siguientes exámenes complementarios: hemograma, leucograma, VSG, glicemia, creatinina, pruebas de función hepática y renal, VDRL, HIV, exudado nasal, faríngeo y otros: Todos dentro de límites normales.

Al acudir nuevamente el paciente a la consulta, se observó aumento del número de lesiones, las que ya se encontraban generalizadas. Refirió no haber mejorado con el tratamiento.

Se discutió el caso en colectivo, y por la extensión de las lesiones y la resistencia al tratamiento tópico se decidió comenzar tratamiento con metotrexate a dosis de 7,5 mg semanales, y seguimiento semanal del paciente. Se mantiene la crema esteroidea.

Se decidió, además, interconsulta con psicología.

A la semana del tratamiento con metotrexate se observó evidente mejoría clínica de las lesiones de psoriasis, y luego del mes el paciente estaba totalmente libre de estas.

En la actualidad el paciente se mantiene libre de lesiones de psoriasis y continúa con tratamiento de fototerapia para el vitiligo y seguimiento por dermatología.

Comentarios

Cuando la psoriasis y el vitiligo se asocian, la aparición del vitiligo suele preceder a las lesiones psoriásicas que se extienden indistintamente sobre piel normal y piel afecta por vitiligo.^(7,8,9,10)

En la literatura médica se han descrito muy pocos pacientes con lesiones de psoriasis que se extendían únicamente por áreas de vitiligo.⁽⁷⁾ En nuestro caso, aunque las lesiones comenzaron por las zonas del vitiligo posteriormente se extendieron a toda la superficie corporal.

Aunque existen casos de aparición simultánea el vitiligo suele ser previo.^(7,8,9) Nuestro paciente coincide con lo reportado en la literatura, pues cuando acudió a la consulta con lesiones de psoriasis ya tenía diagnóstico de vitiligo segmentario.

Se desconoce la patogenia de esta correlación anatómica estricta entre las pápulas psoriásicas y las máculas de vitiligo, pero este patrón es lo suficientemente específico para no ser una simple coincidencia.⁽⁸⁾

Hay distintas teorías basadas en el fenómeno de Koebner, neuropéptidos o autoinmunidad.^(7,8)

Conclusiones

Aunque los estudios muestran que la incidencia de la psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general, sí se ha demostrado la asociación entre ambas entidades.

Se presentó el caso por lo interesante que resulta, y aunque existen reportes de esta asociación en la literatura, no es frecuente en nuestro medio.

Referencias bibliográficas

1. Arenas Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7 ed. México, DF: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A.; 2019 [acceso 13/12/2022]. p. 1025. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2775>
2. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2002. p. 173.
3. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4 ed. España: Elsevier; 2018.
4. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, editors. Fitzpatrick`s Dermatology. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
5. Falabella R. Fundamentos de medicina en Dermatología. 8 ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas; 2024
6. Silva Gutiérrez J, Sánchez Zapata MJ, Jaramillo Arboleda A, Barrera Montañez MY, Gil Quiñonez R, Motta A. Psoriasis y vitiligo, una asociación poco frecuente. ELSEVIER. 2023;38(10):662-4. DOI: [10.1016/j.piel.2023.04.001](https://doi.org/10.1016/j.piel.2023.04.001)
7. Monteagudo B, Miranda Filloy JA, Regueira Pan E, Ramírez A, de la Heras C, Santiago T, et al. Coexistencia anatómica estricta de vitiligo y psoriasis. Actas Dermo-Sifilográficas. 2008;96(9). DOI: [10.1016/S0001-7310\(05\)73152-5](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(05)73152-5)
8. Morales Sánchez MA, Peralta Pedrero ML, de la Cruz Peñázola LC. Factores de riesgo y pronóstico de vitiligo no segmentario en adultos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2023 [acceso 21/05/2024];32(3):91-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
9. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: a review. Dermatology. 2020;236:571-92. DOI: [10.1159/000506103](https://doi.org/10.1159/000506103)
10. Aristizabal PA, Velásquez Lopera MM. Psoriasis: una mirada actual a su patogenia y biomarcadores. 2024;68(3):344-57. DOI: [10.24245/drm/bmu.v68i3.9777](https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i3.9777)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.