

Respuesta a cuál es su diagnóstico

Psoriasis lineal Linear Psoriasis

Marlene Curbelo Alonso^{1*}

Yoan Bernárdez Cruz¹

Damaris Díaz Leonard²

Javier Martínez Navarro¹

¹Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

²Policlínico Cumanayagua. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mcurbelo@jagua.cfg.sld.cu

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica, que se caracteriza por presentar lesiones maculosas o maculopapulosas, recubiertas por escamas estratificadas, con tendencia a las recidivas y a la localización casi siempre simétrica. Se presenta el caso de una paciente femenina, de 61 años de edad, color de piel blanca, procedencia rural, con antecedentes de salud aparente. Muestra lesiones en la piel de miembro inferior izquierdo, hemiabdomen, genitales y glúteo izquierdo, intensamente pruriginosas, de más de 15 años de evolución, para lo cual había llevado múltiples tratamientos sin mejoría. Acude espontáneamente al servicio de Dermatología de nuestro hospital, donde se realiza biopsia de piel que confirma el diagnóstico de psoriasis lineal. Se presenta el caso por la importancia que tiene la dispensarización de los pacientes en la atención primaria, lo que permite el diagnóstico precoz de muchas enfermedades crónicas, dentro de ellas las dermatológicas.

Palabras clave: psoriasis lineal.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic and inflammatory disease characterized by the occurrence of macular or maculopapular lesions, covered by layered scales, with a tendency to relapse and location

almost always symmetrical. The case is presented of a 61-year-old female patient, white skin color, of rural origin, with an apparent health history. The case shows lesions on the skin of the left lower limb, hemiabdomen, genitals and left buttock, intensely itchy, of more than 15 years of evolution, for which she had taken multiple treatments without improvement. She spontaneously went to the Dermatology Service of our hospital, where a skin biopsy was performed, which confirmed the diagnosis of linear psoriasis. The case is presented due to the importance of patient dispensarization in primary care, which allows early diagnosis of many chronic diseases, including dermatological ones.

Keywords: linear psoriasis.

Recibido: 13/12/2017

Aceptado: 28/12/2017

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica, que se caracteriza por presentar lesiones maculosas o maculopapulosas, recubiertas por escamas estratificadas, con tendencia a las recidivas y a la localización casi siempre simétrica.^(1,2)

El primero en emplear el término psoriasis, del griego *psora*, prurito, fue *Galeno*, para designar una dermatitis pruriginosa del escroto. *Hipócrates* la clasificó dentro de las erupciones escamosas. *Willan*, en 1809, y *Hebra*, en 1841, hicieron la descripción exacta de esta enfermedad. *Van Scott* y *Ekel*, en 1963, demostraron el estado hiperproliferativo de los queratinocitos en la piel de los psoriásicos.^(2,3)

La causa que la origina es desconocida y se considera multifactorial, a pesar de que se han demostrado múltiples anormalidades en la cinética celular, la histomorfología y la bioquímica, y de tener un cuadro clínico bien definido, de ahí que se invoquen en su mecanismo de producción factores genéticos, inmunológicos, infecciosos, metabólicos, medicamentosos, endocrinos, psicógenos y ambientales.^(2,3,4,5,6)

Constituye entre 3 - 5 % de los casos de la práctica dermatológica corriente. Se presenta en todas las latitudes, es más frecuente en las edades próximas a la pubertad y la adolescencia, no es contagiosa, es familiar en el 5 % de los casos y se observa con menos frecuencia en la raza negra.⁽¹⁾

Caso clínico

Paciente femenina, de 61 años de edad, color de piel blanca, procedencia rural, con antecedentes de salud aparente, que presenta lesiones en piel de miembro inferior izquierdo, hemiabdomen, genitales y glúteo izquierdo, intensamente pruriginosas, de más de 15 años de evolución. Nunca había consultado a un médico, y se había automedicado por mucho tiempo con diferentes cremas esteroideas, antibióticas e hidratantes. Acude espontáneamente al servicio de Dermatología de nuestro hospital por la persistencia de las lesiones y el intenso prurito.

Al examen dermatológico presenta lesiones eritematoescamosas e hiperqueratósicas con un recorrido lineal o zosteriforme, que se extienden por todo el miembro inferior izquierdo, glúteo, hemiabdomen izquierdo, y genitales de ese mismo lado (Figs. 1, 2 y 3).



Fig. 1 - Lesiones eritematoescamosas que se extienden por todo el miembro inferior izquierdo.



Fig. 2 - Lesiones que se extienden a hemiabdomen izquierdo.



Fig. 3 - Lesiones que toman genitales externos.

Se le realizan exámenes de laboratorio que incluyeron hemograma completo, glicemia, colesterol total y eritrosedimentación globular, todos dentro de límites normales. VDRL y HIV no reactivos.

Se realiza biopsia de piel de las lesiones que confirma el diagnóstico de psoriasis lineal (Fig. 4).

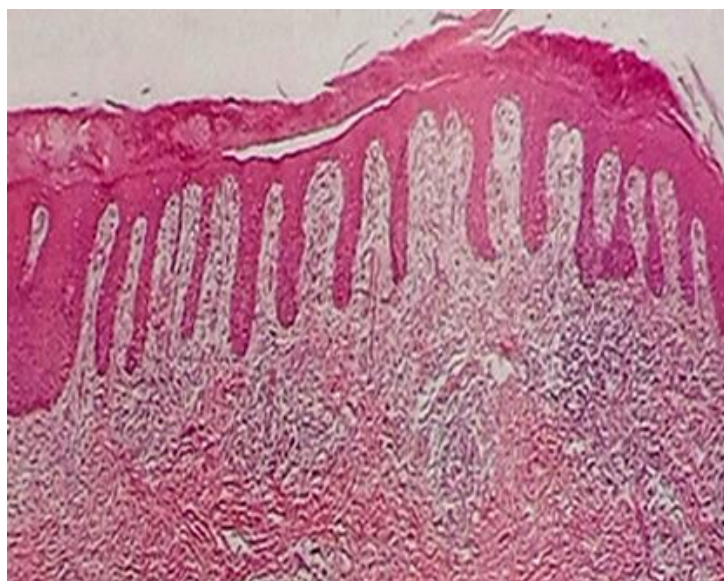


Fig. 4 - Imagen histológica que confirma el diagnóstico de psoriasis lineal.

Comentarios

Si bien la psoriasis es más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida, la enfermedad puede presentarse en los extremos de ella. Se la ha descrito al nacimiento (aunque no es congénita) y hasta los 108 años de edad. Una edad temprana de comienzo antes de los 15 años predice una afectación más severa con relación al porcentaje de piel afectada y a la respuesta terapéutica.⁽²⁾

La psoriasis lineal ha sido reportada como manifestación aislada o asociada a psoriasis en placa o en gotas. Las lesiones adoptan una disposición en línea, ya sea a lo largo de una extremidad o de una metámera; puede aparecer espontáneamente, o por fenómeno de *Koebner* y ser extremadamente pruriginosa. Se distribuye siguiendo las líneas de *Blaschko*. Se considera una manifestación de mosaicismo.^(2,3)

Alfred Blaschko (1858 – 1922), fue un dermatólogo alemán que propuso en 1901 este sistema de líneas que no se correlacionaban con ningún patrón vascular, nervioso o linfático y eran seguidas por diversas dermatosis nevoides y adquiridas. Tienen la forma de una V sobre la espina dorsal, de S o de remolinos en las partes laterales y anteriores del tronco, así como una distribución lineal en las extremidades. Pueden deberse a una forma de mosaicismo, expresado como mutaciones de genes que se manifiestan en células

epidérmicas y desenmascararse ante eventos externos dando manifestaciones lineales a dermatosis adquiridas.⁽²⁾

La histología es típica de la enfermedad, en ella encontramos una epidermis con hiperplasia, hiperqueratosis, paraqueratosis, engrosamiento de los botones interpapilares (acantosis) y alargamiento de las papilas dérmicas (papilomatosis). Su vértice llega casi a la superficie, hasta el punto que en este nivel la epidermis parece atrófica y la capa granulosa es muy fina o está ausente.

Hay presencia de exocitosis con polimorfonucleares, que desembocan en microabscesos en la capa córnea o, por debajo de la misma (microabscesos de Munro), un edema de las papilas dérmicas cuyas asas capilares se presentan dilatadas y congestivas y un infiltrado perivascular superficial rico en polimorfonucleares. En el estrato córneo pueden haber colecciones de polimorfonucleares.^(2,4)

El tratamiento se apoya en los conocimientos patogénicos adquiridos y tiende a obtener la reducción de las mitosis, por tanto, deberá tener en cuenta los datos del examen, y adaptarse a la extensión de las lesiones, a su topografía, al grosor de la hiperqueratosis, a la existencia de complicaciones, y a la importancia de las repercusiones sociales y psicológicas.

En las medidas generales han sido usuales y frecuentes las restricciones dietéticas impuestas al paciente con psoriasis. Estos tratamientos han sido novedosos, por ejemplo, al aplicar restricciones proteicas no se han demostrado diferencias significativas en el curso de una psoriasis, últimamente se han demostrado los efectos beneficiosos de los aceites de pescado ricos en ácidos grasos polinsaturados (omega 3), los cuales también han sido usados con éxito en artritis reumatoidea, enfermedad inflamatoria intestinal y asma. Las bebidas alcohólicas deben ser restringidas, así como alimentos y bebidas calientes.

En el tratamiento tópico se incluyen queratolíticos (vaselina salicilada) unidos a corticosteroides locales, así como una mezcla de alquitrán con aceite de coco, da buenos resultados en esta patología. Los reductores parecen intervenir sobre la maduración epidérmica, pero su mecanismo de acción es todavía desconocido. Algunos de ellos han desaparecido como la crisarrobina, antralina, coaltar, el alquitrán de hulla y el aceite de cade. Asociados a los rayos ultravioletas constituyen uno de los métodos más eficaces de tratamiento de psoriasis (método de *Goekerman*).⁽⁷⁾

Referencias bibliográficas

1. Conrad C, Triboulet C, Gilliet M. Psoriasis: advances and challenges in 2015. Rev Med Suisse. 2015;11(468):756-8.
2. Christopher E, Mrowietz U. Psoriasis. En: Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2005. p.469-88.
3. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983-94.
4. Sánchez Saldaña L. Psoriasis. Dermatol. Peru. 2012;22(3):142-3.
5. Lysvand H, Hagen L, Klubicka L, Slupphaug G, Iversen OJ. Psoriasis pathogenesis - Pso p27 is generated from SCCA1 with chymase. Biochim Biophys Acta. 2014;1842(5):734-8.
6. Lowes MA, Suárez Fariñas M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. Rev. Immunol. 2014;32:227-55.
7. Ferrándiz C. Dermatitis eritematoescamosas. Dermatología Clínica. 2014;15:131-8.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Marlene Curbelo Alonso (seguimiento del paciente desde la primera consulta, redacción del artículo y revisión final del mismo).

Yoan Bernárdez Cruz (realización de la biopsia de piel del paciente y redacción del artículo).

Damaris Díaz Leonard (búsqueda bibliográfica para la confección del artículo y organización la información).

Javier Martínez Navarro (confección de historias clínicas del paciente y realización de la biopsia de piel)