

# Síndrome de distress respiratorio agudo asociado a eritrodermia psoriásica

## *Acute respiratory distress syndrome associated with erythrodermic psoriasis*

Eugenia Ameneiros-Lago<sup>1</sup>, Francisco José Fernández-Fernández<sup>1</sup>, Laura Rosende-Maceiras<sup>2</sup>

Servicio de Medicina Interna<sup>1</sup>, Servicio de Dermatología<sup>2</sup>, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

### Introducción

El síndrome del distress respiratorio agudo (SDRA) es una complicación severa que se ha asociado de manera excepcional a psoriasis pustular generalizado (PPG) y a eritrodermia psoriásica (EP)<sup>1,2</sup>. El conocimiento de esta entidad es muy importante ya que si no se trata precozmente con dosis altas de corticoides tiene una alta mortalidad. Describimos a continuación un paciente que desarrolló un SDRA asociado a EP.

**Palabras clave:** Síndrome de distress respiratorio. Psoriasis. Neumonitis.

**Keywords:** Respiratory distress syndrome. Psoriasis. Pneumonitis.

### Caso clínico

Paciente de 89 años, sin antecedentes de interés, que había sido diagnosticado 18 meses antes de psoriasis en la zona del escote recibiendo tratamiento con corticoides tópicos con mejoría. Acudió a la consulta de dermatología presentando eritema y descamación que afectaba al 65% de la superficie corporal y refería además en la última semana fiebre, escalofríos y odinofagia. En ese momento se diagnosticó de psoriasis en placas grave y amigdalitis aguda iniciándose tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona y amoxicilina-clavulánico. Cuatro días después el enfermo ingresó con fiebre, importante afectación del estado general y eritrodermia. La exploración otorrinolaringológica descartó complicación local de su amigdalitis. En la analítica realizada destacaba leucocitosis con neutrofilia y una proteína C reactiva (PCR) elevada de 455 mg/l. La radiografía de tórax y el sedimento de orina eran normales. Se realizaron hemocultivos y se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam y teicoplanina. En cuanto al tratamiento de la eritrodermia se desestimó el inicio de ciclosporina por su efecto inmunosupresor y se pautó acitretino a dosis de 25mg/día, además de continuar con el tratamiento tópico. A la semana del ingreso el paciente continuaba con fiebre y comenzó con disnea. En la exploración física estaba taquipneico, con crepitantes en las bases pulmonares, edemas generalizados y eritrodermia. La radio-

grafía de tórax demostró un patrón de ocupación del espacio aéreo bilateral (Fig.1) y un electrocardiograma evidenció una fibrilación auricular a 120 lpm.

Ante estos hallazgos sugestivos de insuficiencia cardíaca (IC), se inició tratamiento con oxígeno, furosemida y digoxina. En los días siguientes se comprobó que los estudios microbiológicos realizados, que incluían hemocultivos, cultivo de esputo y virus respiratorios eran negativos, se realizó un ecocardiograma que fue normal y una TC tóraco-abdomino-pélvica que demostró opacidades alveolo-intersticiales difusas y derrame pleural bilateral (Fig. 2).

Ante la evolución desfavorable se modificó el tratamiento antibiótico iniciándose al 10º día meropenem, vancomicina y claritromicina y se aumentó la dosis de diuréticos. A pesar de estos tratamientos, a la segunda semana del ingreso, el paciente seguía con fiebre, afectación cutánea severa, PCR elevada de 255 mg/l e insuficiencia respiratoria severa, con saturación de O<sub>2</sub> del 85% con FIO<sub>2</sub> al 50%. En ese momento se pautó metilprednisolona intravenosa (40mg/8 horas) y se suspendió el acitretino. Tras estas medidas el enfermo se quedó afebril, las lesiones cutáneas mejoraron progresivamente y la PCR descendió a 6 mg/l; en cambio, los edemas y la insuficiencia respiratoria persistieron y el paciente falleció a los 26 días del ingreso.

Figura 1. Rx de tórax: patrón de ocupación del espacio aéreo bilateral y cardiomegalia ligera.

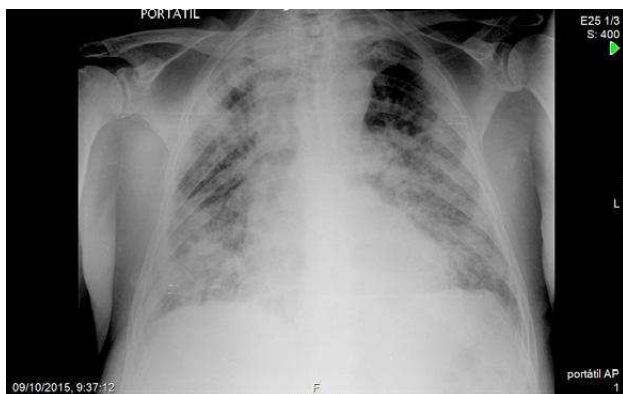
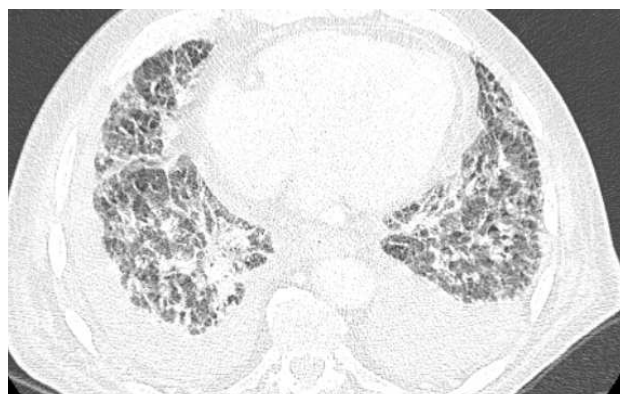


Figura 2. TC torácica: opacidades alveolo-intersticiales difusas y derrame pleural bilateral.



## Discusión

En 1972 Landry y Muller publicaron el primer caso de SDRA en un paciente con PPG3. Posteriormente se han descrito varios casos asociados a PPG y EP<sup>4,5,6,7</sup>. La patogénesis de este síndrome aún no está aclarada, pero se ha implicado a varias citocinas proinflamatorias, principalmente el factor de necrosis tumoral alfa, que podría jugar un papel en el reclutamiento de linfocitos en el pulmón.

El cuadro clínico habitual consiste en un deterioro respiratorio rápido en un paciente con fiebre y una de estas formas graves de psoriasis. La radiografía de tórax y la TC torácica muestran opacidades alveolo-intersticiales bilaterales. Estos hallazgos clínico-radiológicos nos hacen pensar en entidades mucho más frecuentes como la IC y la infección pulmonar, como ocurrió en nuestro paciente. También se deberían incluir en el diagnóstico diferencial las reacciones de hipersensibilidad a fármacos utilizados en el tratamiento de la psoriasis como el metotrexate y el acitretino<sup>8</sup>. El síndrome de fuga capilar inducido por acitretino tiene una presentación similar, aunque en él, el compromiso respiratorio se asocia con edemas generalizados, fallo renal e incluso shock hipovolémico<sup>9,10</sup>. Estas dos últimas complicaciones no estaban presentes en nuestro paciente, lo que hace improbable este diagnóstico.

El tratamiento del SDRA asociado a EP se basa en el uso de esteroides a dosis altas y de forma precoz. En nuestra opinión, la dificultad para excluir en un primer momento una infección subyacente no debería retrasar este tratamiento sino que debería ser administrado junto con el tratamiento antibiótico desde el inicio.

## Bibliografía

1. Kluger N, Bessis D, Guillot B, Girard C. Acute respiratory distress syndrome complicating generalized pustular psoriasis (psoriasis-associated aseptic pneumonitis). *J Am Acad Dermatol* 2011;64:1154-8.
2. Al-Niami F, Lyon C. Erythrodermic psoriasis complicated by acute respiratory distress syndrome. *Eur J Dermatol* 2011; 21 (3): 429-30.
3. Landry M, Muller SA. Generalized pustular psoriasis. Observations on the course of the disease in a familiar occurrence. *Arch Dermatol* 1972; 105:711-6.
4. Abou-Samra T, Constantin JM, Amarger S, Souteyrand P, Bazin JE et al. Generalized pustular psoriasis complicated by acute respiratory distress syndrome. *Br J Dermatol* 2004; 150: 353-6.
5. Vos L, Vermeer M, Pavel S. Acitretin induces capillary leak syndrome in a patient with pustular psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 339-42.
6. Nogueira-Maehara L, Teixeira de Gois AF, Yamada S, Magalhaes-Mariano M, Padilha MH, Maria-Porro A. Acute respiratory distress syndrome as a complication of generalized pustular psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2011; 86 (3): 579-81.
7. Griffiths MR, Porter W, Fergusson-Wood LA, Adrians B. Generalized pustular psoriasis complicated by acute respiratory distress syndrome. *Br J Dermatol* 2006; 155: 496-7.
8. Cuhadaroglu C, Korular D, Erelel M, Kiyan E, Kilicasian Z. Respiratory distress with acitretin reversal by corticosteroid. *Dermatology online Journal* 7 (2): 5.
9. Estival JL, Dupin M, Kanitakis J, Combermale P. Capillary leak syndrome induced by acitretin. *Br J Dermatol* 2004; 150: 150-2.
10. Vos L, Vermeer M, Pavel S. Acitretin induces capillary leak syndrome in a patient with pustular psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 339-42.