

# PSORIASIS PUSTULOSA CIRCINADA

## Reporte de un caso

Alvarez, María Inés  
Castaño, Olga Lucía  
León, Walter

### RESUMEN

Paciente masculino de 23 años que consultó al servicio de Dermatología del Hospital General de Medellín, por lesiones eritematosas circinadas con pústulas generalizadas, secundario a un episodio infeccioso respiratorio. Presentaba además lengua geográfica, sin compromiso en palmas, plantas o uñas. Se comprobó el diagnóstico de Psoriasis Pustulosa Generalizada Circinada por la histopatología en la que se aprecian los acúmulos neutrófilos estériles en la epidermis y demás hallazgos característicos de la Psoriasis. El paciente respondió rápidamente al tratamiento con corticoesteroides sistémicos y DDS.

### CASO CLINICO

Hombre de 23 años, natural de Cañasgordas (Ant.), residente en Medellín, conductor, soltero.

Consultó inicialmente por cefalea, congestión nasal, sinusalgia frontal, diarrea líquida en 3 ocasiones y brote eritematoso de cinco días de evolución pruriginoso, con sensación de ardor, que se inició en la cara para extenderse en el transcurso de los 5 días a tronco y extremidades, con la aparición de pústulas sobre todas las lesiones eritematosas. Recibió tratamiento con lincomicina, dexametasona y metronidazol, sin mejoría, por lo cual se decide hospitalizar para estudio.

R.S.: Fiebre subjetiva, rinorrea, tos seca.  
AP: y AF: Negativos.

### Examen Físico

PA 120/80; pulso 96 por min.; temperatura 37.8 C.  
Adenopatías cervicales anteriores, móviles, múltiples, no dolorosas.  
Cardiopulmonar y abdomen: negativo

Piel: Placas eritemato descamativas circulares, con pústulas en la periferia de dichas lesiones, que coalescen para dar formas circinadas, con crecimiento centrífugo, que comprometen cara, tronco, pliegues y extremidades. En mucosas se aprecia lengua geográfica y no hay compromiso de palmas ni plantas ni otras lesiones en mucosas.

Se inició tratamiento con prostaflina 1.5 gr IV c/6 horas por 2 días que se continuó con dicloxacilina 500 mg cada 6 horas hasta ajustar 7 días; hidrocortisona IV a dosis de 100 mg/ c/8 horas por 4 días que se

continuaron con 30 mg. diarios de prednisolona, dosis que se redujo gradualmente en el transcurso de la enfermedad, y dapsona, a dosis inicial de 100 mg al día, a partir de los 7 días de hospitalización, y que se aumentó a 150 mg/día, cuando se disminuyó la dosis del esteroide. Tópicamente se aplicó acetónida de triamcinolona al 0.01% durante toda la hospitalización.

El paciente estuvo hospitalizado durante 11 días, afebril todo el tiempo; su estado general nunca estuvo comprometido; a partir del quinto día de hospitalización, las pústulas, el ardor y el prurito comenzaron a desaparecer, lo que también fue potenciado con el inicio de la dapsona. Hacia el 9o. día de hospitalización no se apreciaban pústulas, y al undécimo día sólo persistía una descamación superficial por lo que se le dio de alta, tomando 150 mg. de DDS.

Los controles posteriores sólo mostraron hipopigmentación residual y persistencia de la lengua geográfica, asintomáticos; se disminuyó la dosis de DDS.

A los 2 meses el paciente continuaba asintomático y sostenido con 50 mgr. diarios de DDS.

### RESULTADOS

Durante la hospitalización se realizaron los siguientes exámenes:

Hemograma: Hemoglobina: 16.4 gm%; Hematocrito 51%; Leucocitos: 20.200 por mm<sup>3</sup>; Neutrófilos 79%; Linfocitos 21%; Velocidad de Sedimentación 1 hora: 20; Coprológico: positivo para E. nana; Parcial de orina: Normal; VDRL: Negativo; HIV: Negativo; Glicemia 91 mg%; Creatinina 1.0 mg%.

Biopsia de piel: En la histopatología se encontraron: focos de hiperqueratosis y paraqueratosis en la epidermis, con acúmulos de neutrófilos formando abscesos por debajo de la capa córnea y a nivel de las capas más superficiales del estrato espinoso; alargamiento de crestas epidérmicas y papilomatosis dérmica. En la dermis papilar, se observan capilares dilatados y congestivos rodeados por histiocitos, linfocitos y polinucleares.

### DISCUSION

La Psoriasis vulgar es una entidad relativamente frecuente, de curso crónico y recurrente, clasificada dentro de las enfermedades eritemato escamosas. La morfología clínica de las lesiones varía considerablemente pudiendo ser gutata, ostrácea, inversa, eritrodérmica o pustulosa. Esta última es una forma más rara de presentación.

La Psoriasis pustulosa es aquella en la que macroscópicamente se aprecian pústulas, e histológicamente se encuentran acúmu-

María I. Alvarez, Residente III, CES, Medellín.  
Olga Lucía Castaño, Docente Dermatología, CES, Medellín.  
Walter León, Patólogo  
Correspondencia: Dra. María Inés Alvarez, Carrera 49 No. 50-01, Fax: (94) 512 83 38, Medellín.

mulos de neutrófilos en la epidermis. Existen dos tipos principales que son la Psoriasis pustulosa generalizada o la localizada.

Se clasifican así:

- ◆ Localizada:
  - Palmoplantar crónica
  - Palmoplantar aguda
  - Acrodermatitis continua
- ◆ Generalizada:
  - Generalizada Aguda
  - Del embarazo
  - Infantil y Juvenil
  - Circinada
  - Localizada (no en pies y manos)

La forma de psoriasis pustulosa generalizada se describe como una variante de la psoriasis vulgar. que puede ser la manifestación inicial de la psoriasis o aparecer en el curso de la enfermedad, como empeoramiento de la misma, probablemente desencadenada por factores tales como la terapia local irritante, infecciones, embarazo y drogas como son los corticoesteroides, salicilatos, litio y fenibutazona, entre otras.

En la histopatología se encuentra edema epidérmico y papilar con espongiosis, pústulas espongiiformes de Kogoj y formación de abscesos estériles con acúmulos de neutrófilos, que macroscópicamente se aprecian como pústulas. Puede encontrarse también acantosis, paraqueratosis y elongación de crestas epidérmicas.

Clínicamente puede iniciarse con síntomas generales vagos como fiebre, adinamia, malestar y además dolor y ardor cutáneos previos a la aparición de las lesiones eritematosas y pustulosas, de localización predominante e inicial en áreas flexurales, que luego se diseminan a todo el tegumento.

En la forma circinada o anular, se aprecian anillos eritematosos descamativos que tienen pústulas en la periferia; estos anillos crecen centrífugamente y coalescen para tomar formas circinadas que comprometen toda la piel.

Puede asociarse además la presencia de lengua geográfica y el compromiso ungueal con pústulas subungueales.

En cuanto al curso de la enfermedad, algunos pacientes pueden remitir espontáneamente en el transcurso de pocas semanas o pueden seguir un curso agudo y fulminante con presencia de complicaciones que pueden comprometer la sobrevivencia del paciente, como son la hipoalbuminemia, hipocalcemia, malabsorción y daño hepático, por lo que requieren tratamiento inmediato.

Para el tratamiento se ha recomendado el uso de metotrexate, dapsone, etretinato, corticoesteroides, ciclosporina, PUVA.

Las recurrencias son comunes en meses o años.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la Dermatitis pustular subcórnea, el impétigo herpetiforme, las lesiones pustulosas en la enfermedad de Reiter y aun con el eritema anular centrífugo, y en general con cualquier entidad que se manifieste con pústulas.

La historia y los hallazgos clínicos como el compromiso de mucosas o la asociación con el embarazo, además de la histopatología, nos ayudan a diferenciar todas las entidades pustulosas.

El caso que presentamos fue desencadenado por una infección respiratoria previa; fue la primera manifestación de psoriasis en este paciente, se acompañó de lengua geográfica, tuvo un curso corto sin complicaciones y respondió satisfactoriamente al tratamiento con corticoesteroides y DDS, tal como se ha informado en la literatura.

## SUMMARY

A 23-year old man was seen in the Dermatology Service, General Hospital, in Medellín, Colombia, with erythematous, circinate and pustular lesions that appeared after a coryza episode.

The entire body surface was involved; tongue was geographic but there was no compromise of palms, soles or nails. The diagnosis of circinated pustular psoriasis was confirmed by biopsy. Response was good to treatment with systemic steroids and DDS.



Fig. No. 1. Tronco: Se aprecia la forma circinada y generalizada de las lesiones con las pústulas periféricas, ya algunas en descamación.



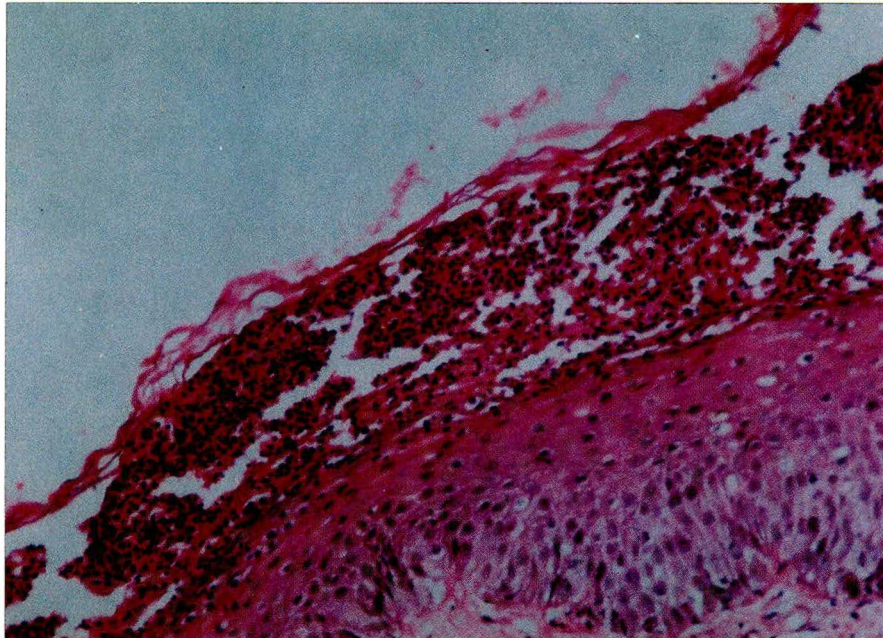


Fig. No. 2. Histología: Detalle de la colección subcórnea de PMN, formando la pústula.

## BIBLIOGRAFIA

1. Christophers, E. and Sterry, N., Psoriasis. In Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (Eds.) *Dermatology in General Medicine*. Fourth Edition. Mc Graw Hill, 1993
2. Marks R, Wilkinson DS. Psoriasis. In Rook AJ; Wilkinson DS, Ebling FJG et al. *Textbook of Dermatology* 5 Edn. Vol 3 1992.
3. Baker H, Ryan T. Generalized Pustular Psoriasis: A clinical and epidemiological study of 104 cases. *Br J. Derm* 1968; 80, 771.
4. Dawson, TAJ. Tongue lesions in generalized pustular psoriasis. *Br J Dermat* 1974; 91, 419.
5. Braverman IM, Cohen I, O'keefe E. Metabolic and ultrastructural studies in a patient with pustular psoriasis. *Arch Derm* 1972; 106: 189-196.
6. Saider DN et al. Lymphocyte kinetics in pustular psoriasis. *J AM Acad Derm* 4:358-60, 1981.