

¿IMPETIGO HERPETIFORME O PSORIASIS PUSTULOSA?

Mesa Cock, Jairo

RESUMEN

Se presenta una paciente con Impétigo Herpetiforme (IH). Se destacan sus hallazgos clínicos y su respuesta escasa a la terapia con prednisona. Se discute su relación con la Psoriasis Pustulosa (PP).

Palabras Clave: Impétigo herpetiforme, Psoriasis pustulosa, Prednisona.

INTRODUCCION

El IH es una dermatosis predominantemente pustulosa, descrita originalmente por Von Hebra en 1872, que afecta típicamente a mujeres embarazadas. Hebra la describió en 5 casos, 4 de los cuales murieron. En 1910, Von Zumbusch, describió por primera vez la PP generalizada, una rara variante de la psoriasis en esa época.

La similitud de estas dos dermatosis ha causado desde entonces desacuerdos y discusiones, entre los investigadores, pues algunos consideran el IH como una entidad *sui generis* y otros lo incluyen como una variante de la PP¹.

El IH se ha definido como una pustulosis que ocurre durante el embarazo y puede amenazar la vida.

Es excesivamente raro y sólo se han reportado unos 100 casos. Cuadros característicos se han descrito en no embarazadas y en hombres².

HISTORIA CLINICA

Paciente multipara de 40 años de edad quien acudió a consulta particular (24-X-1991), en el 6º mes de su 4 embarazo, por presencia de un eritema difuso iniciado 8 días antes, en fosas antecubitales y poplíteas, pero más intenso en el tronco, (abdomen y espalda); igual cuadro había presentado 2 meses antes y lo atribuyó a la aplicación de vacuna antitetánica, prescrita en un Centro de Salud, donde le hacían el control de su embarazo; en esa ocasión hubo desaparición espontánea de su dermatosis en pocos días.

La actual sintomatología, volvió a aparecer al día siguiente de re aplicar una nueva dosis de la misma vacuna, prescrita de nuevo en el mismo Centro de Salud. Al examen físico, se halló además del eritema difuso, descamación furfurácea, numerosas y pequeñas pústulas, especialmente en abdomen, espalda y en menor grado en las extremidades. Con el diagnóstico de IH, se formuló con 60 mg/día de prednisona y se hospi-

talizó. Una biopsia mostró pústula subcórnea, con abundantes neutrófilos, espongiosis, e infiltrado dérmico perivascular y en las papilas, del mismo tipo. En vista de la poca mejoría clínica, la dosis de prednisona se aumentó a 100 mg diarios, con lo cual las lesiones mejoraron totalmente, pero volvieron a aparecer cuando se redujo la dosis paulatinamente, al llegar a 35 mg/día. Se solicitó la evaluación de Obstetricia, para considerar la posibilidad de inducir el parto de un feto que ya se consideraba viable (28 semanas), y tratar de evitar los problemas maternos y/o fetales conocidos de ésta entidad; pero ese Servicio determinó esperar el desarrollo normal del embarazo, bajo su observación estrecha, y la paciente tuvo un parto normal, con un feto también normal, el 23-XII-1991. Prácticamente desde ese mismo día empezaron a desaparecer las lesiones. Se dio salida al día siguiente en muy buenas condiciones, con 30 mg diarios de prednisona e instrucciones sobre los controles; las cifras de Calcio sanguíneo y los otros exámenes de laboratorio fueron normales.

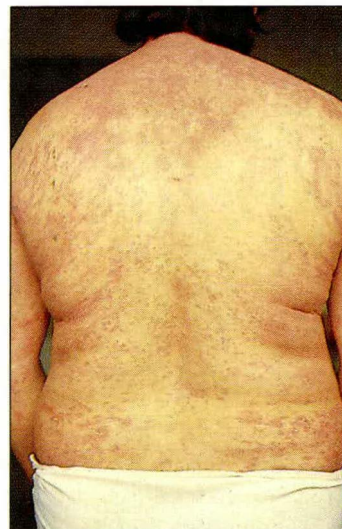


Fig. No. 1.



Fig. No. 2.

Jairo Mesa Cock MD, Dermatólogo
 Profesor Asociado, Servicio de dermatología Facultad de Medicina, Universidad de Caldas
 Manizales, Colombia
 Trabajo presentado en XIX Congreso Colombiano de Dermatología
 San Andrés (Islas), Septiembre de 1992.

COMENTARIOS

En esta paciente, las características del IH están presentes: no hubo antecedentes de problemas cutáneos antes de su 4º embarazo, ni historia clínica personal o familiar de psoriasis, hasta hoy; la erupción mostró disposición flexural, con extensión posterior al tronco, abdomen y extremidades, de parches redondeados recubiertos de pústulas diminutas en disposición herpetiforme. No se observaron manifestaciones severas sistémicas, como en los casos originales de Von Hebra, ni desviaciones del metabolismo del calcio. Sólo se logró una discreta mejoría con los esteroides, pues aparecieron nuevas lesiones al rebajar la dosis. Es importante anotar que pocos autores han reportado buenos efectos con los esteroides; la mayoría sólo han encontrado una respuesta moderada. La mejoría esperada después del parto ha faltado en algunos casos.

Esta secuencia de eventos puede apuntar hacia una relación entre el IH y el embarazo. El caso actual confirma esta característica de la enfermedad, ya que la mejoría se presentó prácticamente en forma simultánea con el parto.

La muerte fetal en las últimas semanas del embarazo, junto con abortos, insuficiencia placentaria, y muerte perinatal, se han reportado en forma súbita e inexplicable, lo que implica un aspecto inesperado y aun no explicado en esta entidad.

La similitud clínica e histológica entre IH y PP ha llevado a pensar que son diferentes manifestaciones del mismo proceso; aunque las placas redondeadas y anulares se pueden ver en PP, en ésta erupción tiende a hacerse difusa y avanzar hacia la eritrodermia, con tendencia a formar amplios lagos de pus. En el caso presente, el eritema fue muy extenso, pero sin llegar a la verdadera eritrodermia.

La mayoría de los pacientes de PP, tienen una psoriasis vulgar preexistente.

El embarazo fue postulado circunstancialmente como un factor provocador de PP, como lo fueron la menstruación y las preparaciones sintéticas de progesterona. Sin embargo, pacientes con PP durante el embarazo, han tenido episodios posteriores de PP sin embarazo, o embarazos sin PP. En el presente caso, no sólo el embarazo, sino también la aplicación de vacuna antitetánica, han sido los antecedentes destacables a la erupción.

En el IH, la asociación con el embarazo es más que coincidental; la enfermedad recurre con cada embarazo sucesivo en forma temprana y con morbilidad cada vez mayor. Entre los embarazos las pacientes están libres de la enfermedad y no tienen manifestaciones de psoriasis.

La principal dificultad para distinguir IH de PP, ha sido la identidad histológica de las dos enfermedades formación de pústulas espongiformes en la capa malpigiana. Aunque los hallazgos histológicos de la psoriasis se pueden ver en la vecindad de la pústula en la PP, en ocasiones faltan^{1,2,3}

A pesar de que el tratamiento de elección del IH son los esteroides, sus resultados no son satisfactorios y así ha ocurrido en nuestra paciente. En la PP los esteroides logran un efecto inmediato, aunque su administración produce desacuerdo entre los médicos.

Otras terapias antipsoriásicas como PUVA o citotóxicos, no han sido efectivas en casos de IH que se han extendido más allá del parto.

La dapsona y los retinoides están contraindicados en el embarazo y por lo tanto no se han ensayado.

La finalización del embarazo trae usualmente la remisión del IH, mientras que la PP durante el embarazo, puede recurrir después del parto.

De acuerdo con algunas opiniones, el IH tiene hallazgos clínicos característicos y debiera ser considerado como una enfermedad aparte de la PP y los principales argumentos son: afecta a embarazadas sin historia previa de psoriasis, se resuelve después del parto y probablemente está asociado con abortos y muerte neonatal

SUMMARY

Here is a patient with Impetigo herpetiformis. Its clinical signs and symptoms and poor response to prednisone therapy are relieved. The relation of Impetigo herpetiformis with pustular psoriasis is discussed.

Key Words: Impetigo herpetiformis, Pustular psoriasis, Prednisone.

BIBLIOGRAFIA

1. Katzenellenbogen I, Feuermann EJ. Psoriasis pustulosa and impetigo herpetiformis: single or dual entity? *Acta Derm Venereol* 1966; 46: 86-94.
2. Oosterling RJ et als. Impetigo herpetiformis or generalized pustular psoriasis? *Arch Dermatol* 1978; 114: 1527-1529
3. Lotem M, et als. Impetigo herpetiformis: a variant of pustular psoriasis or separate entity? *JAAD* 1989; 20: 388-341