Casos clínicos.

PSORIASIS PUSTULAR

Relato de un caso tratado con penicilina y golpe vitamínico D2 (*)

Por el Dr. JORGE ROSSELOT

Hospital M. Arriarán. Cátedras de Pediatría de los Profs. A. Bazza Goñi y Julio Menghella R.

Desde Barber (1930) se conoce con el nombre de psoriasis pustular a una variedad clínica de psoriasis, en que existe una erupción pustulosa de contornos bien definidos. Los fenómenos de pustulación no traducen simplemente una infección piógena asociada a manifestaciones de psoriasis, sino que representan una alteración esencial y primaria; las pústulas son simétricas y bilaterales e interesan principalmente las palmas de las manos y las plantas de los pies, pueden aparecer antes que existan placas de psoriasis o constituirse junto a estas lesiones. De ordinario a nivel de áreas eritematosas, aparecen pustulitas que aumentan de volumen o confluyen y llegan a constituir verdaderos lagos de pus, que pueden recubrirse de escamas a veces de considerable grosor; en otras ocasiones las pústulas aparecen en brotes, especialmente en las palmas y plantas, y sin romperse, desaparecen por un proceso rápido de desecación que termina originando manchas cobrizas, que pueden exfoliarse. La erupción a veces, sin perder su simetría, tiende a diseminarse en las distintas placas psoriásicas que existen en el tronco o extremidades (Andrews, 1946). La histopatología de la psoriasis pustular revela acentuada infiltración mononuclear del dermis, que progresa hacia las capas

más superficiales y origina abscesos de mayor tamaño que los denominados micro-abscesos de Munro y que son característicos de las formas simples de psoriasis; en la psoriasis pustular suele no comprobarse papilomatosis y la paraqueratosis puede no ser muy intensa, finalmente, a nivel del cuerpo mucoso de Malpighi se aprecian fenómenos de espongirosis y vesiculación, con desintegración celular e infiltración de neutrófilos, constituyéndose la llamada pústula espongiforme de Kogoj (Lever, 1949).

El tratamiento de la afección es difícil, ya que se ignora la etiopatogenia del trastorno. Se supone que a veces la pustulación se origine secundariamente a focos infecciosos, cuya extirpación acarrearía la curación de estas alteraciones. Los antisépticos a base de permanganato de potasio o acetato de aluminio y los antibióticos pueden controlar los brotes pustulares. Las lesiones asociadas de placas psoriásicas exigen el tratamiento local y general, preconizado con resultados discutibles en las formas de psoriasis típicas. En este sentido vale recordar el método de Goeckerman, que utiliza luz ultravioleta y medicación tópica a base de alquitrán; la administración masiva de vitamina D2, preconizada por Krafka (1936); el ácido undecilénico, proporcionado por vía oral (Perlman, 1949), y finalmente, la cortisona y el ACTH, que en la experiencia de algunos autores (Irons y cols., 1951), han tenido resultados eficaces.

(*) El estudio histológico contó con la colaboración del Prof. R. Jaramillo (R. Q. I. P.) y Dr. R. Toro.

La psoriasis pustular es una afección poco frecuente y aun su existencia misma ha sido discutida y se cree que a veces es difícil distinguirla de una psoriasis con pustulación secundaria o separar su cuadro clínico de otras manifestaciones pustulares, tales como las bacterides de Andrews (1935) y la acrodermatitis continua de Hallopeau (Le-

las manos y plantas de los pies y siguen un curso crónico; para los autores citados, los casos de verdadera psoriasis pustular serían raros.

Hemos tenido oportunidad de observar un caso, de típica psoriasis pustular, con coexistencia de brotes pustulares y placas psoriásicas y con regresión total de estas lesiones, después de indi-

Foto N° 1. — Obs. 57666.

Se advierten placas diseminadas a nivel del cuello y extremidades superiores, eritemato-infiltrativas y recubiertas de costras consistentes.

Foto N° 2. — Obs. 57666. ♦

Se aprecian placas que interesan la cara de extensión de las extremidades inferiores con similares características que las consignadas en la Foto N° 1. En el dorso de ambos pies se observan algunas pústulas independientes, en el borde de las placas en período de desecación.

ver, 1944). En general, las erupciones pustulares recidivantes de los segmentos distales de las extremidades, constituyen afecciones de controversia. Sachs y Scannone (1945) y Sachs, MacKee y Rothstein (1947) hacen énfasis en una entidad pustular bien definida, a la que denominan acrodermatitis pustulosa perstans o la "llamada psoriasis pustular", en que no existen propiamente lesiones de psoriasis, sino únicamente pústulas que aparecen en las palmas de

car un tratamiento a base de antibióticos (sulfatiazol y penicilina) y de repetidos golpes vitamínicos D2.

El relato de dicha observación es el siguiente:

E. P. N. — Obs. N° 49/57636.

Enfermo de 7 años de edad, que ingresa el 4 de junio de 1949, por presentar lesiones cutáneas que evolucionan en brotes repetidos en el curso de los últimos 2 años interesando el cuello y las extremidades.

Antecedentes familiares: Padre de 32 años, sano, serología negativa en 1944. Madre de 27 años, sana, con serología negativa en 1945. Cinco hermanos sanos. Un aborto espontáneo de 3 meses. No hay antecedentes de tuberculosis ni de enfermedades alérgicas.

Antecedentes personales: Nació en parto eutrófico de término. Anduvo y habló al año de edad. La alimentación ha sido satisfactoria. No acusa enfermedades anteriores. No ha recibido inmunizaciones.

vas costrosas; hay también vesículas y pústulas en las mismas placas. Existen en el cuello y en el cuero cabelludo lesiones descamativas microlaminares. En el tronco hay menor número de elementos, casi todas placas pequeñas eritemato-descamativas. En la frente hay eritema y fina descamación. En la nuca y en las extremidades superiores (ambas caras) y en las inferiores (especialmente en la cara externa y anterior) hay

Foto N° 3. — Obs. 57666.

Brote pustular a nivel de las plantas de ambos pies, en período de desecación. Existen manchas cobrizas, algo infiltradas. La piel de la región plantar es francamente hiperqueratósica.

Antecedentes inmediatos del ingreso: Desde 2 años antes ha presentado en brotes de 3 meses de duración, lesiones cutáneas no pruriginosas, con carácter eritemato-descamativo en placas, que se ubican en las extremidades y en el cuello principalmente; también han existido brotes de pústulas en todo el cuerpo, de evolución transitoria.

Examen físico: Enfermo en estado nutritivo casi satisfactorio. Peso: 22 kg. Talla: 1.14 m. Pálido, sin molestias dolorosas, ni prurito. Temperatura: 37.2°. Pulso de buena tensión: 100. Presión: 13/9. No hay disnea.

Piel con lesiones polimorfas, generalizadas, con tendencia a la formación de placas bien delimitadas, eritemato-descamati-

Foto N° 4. — Obs. 57666.

Microfotografía de biopsia de la piel de la pierna derecha. Hemotoxilina-eosina x 75.

Papilomatosis, acantosis, paraqueratosis, infiltración dérmica perivascular.

grandes placas paquidérmicas con costras. En las palmas y en las plantas hay pústulas amarillentas en regular cantidad. (Fotografías Nos. 1, 2 y 3).

Microadenia submaxilar, axilar e inguinal. Cara pálida, no hay franca anemia de las conjuntivas. Labios secos y fisurados. Lengua saburral. Caries dentarias. Faringe rosada.

Tonos cardíacos timbrados. Pulmones despejados.

Abdomen depresible. No se aprecian visceras. Genitales: normales.

Impresión diagnóstica: En síntesis, los caracteres fundamentales de la afección cutá-

nea eran: curso crónico y evolución en brotes, ausencia de prurito, polimorfismo de las lesiones cutáneas con placas eritomatodescamativas costrosas con el aspecto de lesiones de psoriasis y con alguna predilección en su topografía, elementos pustulares en las placas citadas y también en las palmas y plantas. Se orientó el diagnóstico hacia una forma especial de psoriasis, descrita por Barber con el título de psoriasis pustular, en que concomitantemente aparecen lesiones de psoriasis y lesiones pustulosas.

Evolución y exámenes: Para certificar el diagnóstico se practicaron los siguientes exámenes: Hemograma: glóbulos rojos, 4.360.000; Hb: 76 %. Discreta anisocitosis. Normocromia. Glóbulos blancos: 12.700. Escasa granu-

Examen secreción nasal: Desarrollo microbiano (—).

Examen secreción faríngea: Estafilococo dorado +.

Examen secreción de pústulas: Desarrollo microbiano negativo.

Examen de escamas: Investigación de hongos negativa.

Examen otorino: Rinitis crónica, con tendencia atrófica.

Examen dental: Caries de 4°.

Radiografía codo derecho N° 71070107: "No se observan lesiones óseas".

Estudio histopatológico: Biopsia de piel, a nivel de placa en la pierna izquierda. Papiomatosis, acantosis, paraqueratosis, infiltración dérmica perivascular. Infiltración polinuclear intensa en las áreas que constituyen

Foto N° 5. — Obs. 57666.

Microfotografía de biopsia de la piel de la pierna derecha. Hematoxilina-eosina x 150. En esta preparación se observa con mayor aumento una zona de la microfotografía que ilustra la foto N° 4. Se aprecia gran infiltración celular y aérea de necrosis, que corresponde a un macro-absceso de la epidermis y del dermis.

Foto N° 6. — Obs. 57666.

Microfotografía de biopsia de la piel de la pierna derecha (control, en el alta). Hematoxilina-eosina x 150. Se aprecia notoria hiperqueratosis. Ausencia de lesiones histológicas, características de psoriasis.

lación patológica en los neutrófilos. Linfocitos y plaquetas normales. Eosinófilos (11), Baciliformes (5), Segmentados (32), Linfocitos (49), Monocitos (3). Dos hemogramas de control revelaron hallazgos similares, excepto en lo que respecta a los eosinófilos, que descendieron a 9 y 2.

Proteinemia: Total: 71 g o/oo. Serinas: 46 g o/oo. Globulinas: 25 g o/oo. Índice: 1.84. Colesterol: 80 mg o/oo. Fosfemia: 5 mg %. Calcemia: 12 mg o/oo. Pruebas de floculación: Hanger: +; timol, floculación: +; timol turbidez: 1; oro coloidal: 1; rojo escarlata: 3. Bilirrubina total: 0.20 mg %. Bilirrubina directa: 0.13 mg %.

Exámenes de orina y deposiciones: Normales.

Reacción de Kahn: Negativa.

macroscópicamente una pústula. (Fotografías Nos. 4, 5 y 6).

Tratamiento: Se indicó penicilina por vía paraentel para combatir la infección pustular. Por espacio de 50 días se inyectó cada 4 horas, 40.000 unidades de penicilina; hubo pequeñas interrupciones en el tratamiento de acuerdo con la evolución de las lesiones. Simultáneamente se aplicó penicilina local a la concentración de 5.000 unidades por gramo y con adición de ácido salicílico al 6 %. Entre los días 54 y 78 de hospitalización se indicó sulfatiazol por vía oral, a la dosis diaria de 4 gramos. Se practicaron golpes vitamínicos D2 durante 9 días, a la dosis de 300.000 unidades diarias y con un dosaje to-

tal de 2.400.000. Se utilizaron los preparados "Lactovitamina" por vía oral, "Radsterin" y "Vigantol" inyectables. Sólo durante 5 días se aplicó ungüento con alquitrán y precipitado blanco de mercurio, que hubo de suspenderse por agravación de las lesiones.

Se practicó defecación dentaria. El régimen fué normal.

Evolución: Una semana después del ingreso se apreció desaparición de las costras que imbricaban las placas eritemato-descamativas, especialmente a nivel de las rodillas y codos. Han aparecido nuevos brotes pustulosos, preferentemente en las extremidades inferiores. Al mismo tiempo algunos elementos pustulosos de las manos y plantas de los pies entran en rápida involución, dando lugar a manchas cobrizas. En este período se presentó artralgia en el codo derecho y por este motivo se practicó estudio radiográfico local, que fué negativo. En el primer mes se consiguió inmensa mejoría de todas las lesiones cutáneas, con desaparición de las pústulas y regresión franca de las placas eritemato-descamativas. En las plantas hay exfoliación. En este período y coincidiendo con la aplicación local del ungüento preparado con alquitrán y precipitado blanco, se apreció franca exacerbación de las lesiones con aparición de un nuevo brote pustular, similar al apreciado anteriormente; algunos elementos confluyen en forma circunada y originaban placas rojas con descamación. Se reinició la terapéutica local y general con penicilina, que se había suspendido y nuevamente se apreció en el plazo de una semana, remisión franca de las placas infiltrativas y desaparición de los elementos pustulares. El día 49 se inicia el tratamiento masivo con vitamina D₂; parece que coincidió con su administración una mayor rapidez en la involución de las placas que se mostraron luego rosadas, muy levemente infiltradas y con liquenificación en las rodillas. El día 88 aparece un reducido brote pustular, que desaparece rápidamente. El enfermo en toda la hospitalización recibió aplicación tópica de penicilina. Nunca hubo prurito. El estado general no se comprometió. El día 85 se practicó una segunda biopsia cutánea de control, que reveló sólo hiperqueratosis y ausencia de las lesiones antes advertidas como características de la psoriasis y los infiltrados de polinucleares. (Foto N° 6).

Control posterior: Dos años aproximadamente después del alta, tuvimos oportunidad de practicar un examen de control en nuestro paciente. En esta ocasión comprobamos ausencia de placas psoriásicas y de lesiones pustulares. La superficie cutánea no mostraba manifestaciones patológicas.

Comentario.

La psoriasis es una enfermedad poco frecuente en el niño y muy rara antes de los 5 años de edad (MacKee, 1947); Moll (1947), entre nosotros, relata 2 casos de psoriasis infantil, una de ellas correspondía a un lactante de 2 años de edad. Nuestra observación es en este sentido interesante, ya que la forma pustular de psoriasis es rara de comprobar en cualquier período de la vida y lo es más aún en la menor edad.

En el caso que hemos relatado, las lesiones y el cuadro clínico e histopatológico correspondieron exactamente a las descripciones clásicas de la psoriasis pustular. Existía una erupción pustular simétrica, con predominio a nivel de las palmas de las manos y plantas de los pies y compromiso de otras áreas cutáneas con lesiones en placas eritemato-infiltrativas y costrosas, con el aspecto macroscópico de las manifestaciones de psoriasis. Los brotes de pústulas tuvieron breve duración y desaparecían por desecación, sin romperse y originando manchas cobrizas. En algunas regiones se advirtieron pústulas, confluentes, implantadas sobre una base eritematosa e infiltrada, que posteriormente se recubrió de escamas y costras amarillentas y consistentes, con el aspecto de rupias; ésta es otra de las características clínicas descritas en los casos típicos de psoriasis pustular, así como la ausencia de prurito y la esterilidad del contenido pustular, que se advirtieron en nuestro paciente.

El estudio histopatológico reveló moderada papilomatosis, acantosis y paraqueratosis, como se ha descrito en la psoriasis pustular, en que estas alteraciones suelen no alcanzar la intensidad que presentan en los casos de psoriasis simple. La gran infiltración celular se tradujo en verdaderos abscesos, que se aprecian claramente en los cortes histológicos.

Nuestra observación es también interesante por los resultados satisfactorios obtenidos con la administración conjunta de antibióticos y de repetidos golpes

vitamínicos D2. Se ha señalado que la psoriasis pustular es aún más rebelde a diversos tratamientos que la psoriasis vulgar, afección que ya constituye un problema en la terapéutica dermatológica (Andrews, 1948). Se aconseja practicar la defecación, que elimina la influencia de infecciones a distancia; en nuestro enfermo se extrajeron piezas dentarias cariadas, que podían constituir focos infecciosos. Creemos que ha sido de gran eficacia el tratamiento penicilínico local y general que se indicó en largos periodos, con interrupciones transitorias, que coincidieron con recaídas de las manifestaciones patológicas cutáneas. Por espacio de 24 días también se administró sulfatiazol por vía oral durante el período de exacerbación temporal de las lesiones y al término de este tratamiento ya todas las alteraciones de la piel estaban en vías de franca regresión. Creemos que la administración de repetidos golpes vitamínicos, totalizando 2.400.000 unidades de vitamina D2, en el lapso de 9 días, contribuyó a acelerar y mantener el eficaz resultado terapéutico logrado con los antibióticos. La administración local, durante sólo 5 días de tópicos a base de alquitrán, condicionaron una franca exacerbación de las lesiones pustulares, por lo que este tratamiento tuvo que ser rápidamente interrumpido y debió recurrirse a una nueva administración de antibióticos.

El control histopatológico, practicado en el alta del paciente, cuando no existían lesiones clínicas, reveló sólo moderada hiperqueratosis y ausencia de lesiones propias de psoriasis. El control clínico practicado 2 años después demostró que la mejoría de las manifestaciones de psoriasis pustular no había sido transitoria, sino permanente, ya que el enfermo no había presentado nuevas lesiones del tipo de las advertidas en la anterior hospitalización. Los exámenes posteriores podrán certificar, en el futuro, las ventajas definitivas del tratamiento indicado.

Sumario.

Se da a conocer la fisonomía clínica de la psoriasis pustular, forma especial de psoriasis, en que existe asociación de brotes pustulares recidivantes, con características peculiares.

Se insiste en el carácter primario y fundamental que adquieren los fenómenos de pustulación en la psoriasis pustular y que determinan la autonomía nosológica de la afección.

Se señala la rareza de la enfermedad en cualquiera época de la vida y más aún, en la edad infantil, en que la psoriasis misma es muy poco frecuente. Se recalca la torpidez de la afección, que se muestra rebelde a los tratamientos que a veces condicionan la mejoría de las formas simples de psoriasis.

Se relata la observación de un paciente de 7 años de edad, que presentó lesiones clínicas e histológicas, características de la psoriasis pustular, de evolución prolongada, cerca de 2 años y que mejoró totalmente de la afección después de la administración prolongada de antibióticos (penicilina local y general y sulfatiazol) y de golpes vitamínicos D2. El control practicado 2 años más tarde reveló que la mejoría alcanzada tenía carácter permanente. Exámenes posteriores podrán confirmar a más largo plazo la eficacia de la terapéutica utilizada.

Summary.

The author stresses the clinical aspects of pustular psoriasis, a special form of psoriasis, consisting of an association of recidivant pustular episodes, with special characteristics.

He insists on the primary and fundamental characteristics that the pustular phenomena acquires in this variety of psoriasis that determines the nosological autonomy of this condition.

The rarity of the condition at any age is pointed out, more so in infancy in which psoriasis itself is infrequent. He stresses the torpity, of the condition which does not respond to treatments

that sometimes condition the recovery of simple forms of psoriasis.

The clinical history of a seven year old child, with clinical and hystological lesions characteristic of pustular psoriasis, with a 2 years evolution, that recovered completely from this condition after prolonged administration of antibiotics (local and generalized penicillin and sulfathiazol) and massive doses of vitamin D₂, is detailed a control practised 2 years later the recovery persisted. Future controls will permit us to judge the efficacy of the treatment employed.

Bibliografía.

- 1.—ANDREWS, G. C. — Diseases of the Skin. W. B. Saunders. Co. Philadelphia and London. 1946.
- 2.—ANDREWS, G. C. y MACHACEK, G. F. — Pustular Bacterids of the hands and feet. Arch. Dermat. & Syph. 32: 837, 1935.
- 3.—BARBER, H. W. — Acrodermatitis continua vel Perstans (dermatitis repens) and Psoriasis Pustulosa. Brit. J. Dermat. 42: 500, 1930.
- 4.—IRONS, E. N.; AYER, J. P.; BROWN, R. G. y ARMSTRONG, S. H. — ACTH and Cortisone in diffuse collagen disease and chronic dermatoses. J. A. M. A. 145: 861, 1951.
- 5.—KRAFKA, I. — Simple treatment of Psoriasis. J. Lab. and Clin. Med. 21: 1147, 1936.
- 6.—LEVER, W. F. — Acrodermatitis continua (Hallopeau), Arch. Dermat. & Syph. 49: 273, 1944.
- 7.—LEVER, W. F. — Histopathology of the Skin. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. London. Montreal. 1949.
- 8.—MOLL, N. — Psoriasis Consideraciones sobre dos casos Rev. Chilena de Pediat. 18: 267, 1947.
- 9.—PERLMAN, H. H. — Undecylenic acid orally given in Psoriasis and Neurodermatitis: preliminary report. J. A. M. A. 139: 444, 1949.
- 10.—SACHS, W. y SCANNONE, F. — So called "Pustular Psoriasis". J. Invest. Dermat. 6: 349, 1945.
- 11.—SACHS, W.; MACKEE, G. M. y ROTHSTEIN, M. J. — Acrodermatitis Pustulosa Perstans (so called Pustular Psoriasis). Arch. Dermat. & Syph. 56: 766, 1947.