

## PSORIASIS ERITRODERMICA Y PSORIASIS ARTROPATICA

### Relato de dos casos

Prof. ADALBERTO STEEGER y Dra. AMANDA FRITIS

Cátedra de Pediatría del Prof. Adalberto Steeger.

Hospital "San Juan de Dios". Santiago.

En el Policlínico de Piel hemos observado varios casos de psoriasis corriente en niños; entre ellos se destacan dos casos que se acompañaron de otros síntomas sobreagregados que deforman el cuadro clásico: en uno, hubo un componente eritrodérmico y en el otro, una alteración artropática rebelde.

La literatura sobre psoriasis eritrodérmica muestra que estos casos son raros en la infancia. Hay un caso descrito por Finkelstein<sup>1</sup> Respecto a la psoriasis artropática no se ha descrito ningún caso en personas menores de 18 años<sup>2</sup>. En cuanto a la interpretación de este último cuadro existe cierta desorientación, el

criterio dominante es asimilarlo a la artritis reumatoídea<sup>3</sup>. Dawson y Tyson insisten en que la coexistencia de síntomas de parte de la piel y articulaciones no es un fenómeno casual. Hay hechos que tienden a probar la posibilidad de una etiología común entre la psoriasis y la artritis reumatoídea. Civate ha establecido que las alteraciones dérmicas en la psoriasis son asimilables a las que se encuentran en el líquido sinovial de las artritis. Madden y Karm<sup>4</sup> piensan que la artritis psoriásica no es otra cosa que una artritis reumatoídea que evoluciona en un psoriásico.

A. *Caracteres clínicos de la psoriasis:*  
1) Es una afección individualizada desde

el punto de vista morfo-histológico. 2) Es una dermatosis crónica, recidivante, tenaz, con poussées eruptivas de diversa duración, provocadas por diversas causas o sin causa aparente; de ritmo estacional (en invierno de preferencia). La poussée regresa espontáneamente o a raíz de algún tratamiento. En el niño las poussées son más cortas como ocurrió en nuestros casos; la gravedad es menor que en el adulto. 3) Presenta el fenómeno de Köbner, o sea: un excitante cualquiera de la piel (mecánico, químico o físico) provoca una placa de psoriasis, fenómeno que también se denomina psoriasis traumática. 4) No es contagiosa. 5) Tiene carácter hereditario familiar. 6) En el niño pequeño es muy rara y aumenta en el período prepuberal y puberal. Nuestros 2 casos se refieren a niños de 11 años. Elliot<sup>4</sup> ha descrito psoriasis en un niño de 13 meses. Sobre 120 psoriásicos, 3 solamente presentaron la afección antes de los 5 años; 11 entre los 5 y 10 años; 11 entre los 10 y 20 años y 30, entre los 20 y los 30 años<sup>2</sup>. 7) La influencia del sistema nervioso sobre el cuadro psoriásico sería decisiva. Siempre existe una irritabilidad marcada. Las emociones y factores psicósomáticos serían capaces de desencadenar una poussée. 8) La psoriasis artropática en el adulto tiene una frecuencia del 5%; en el niño es muy rara.

**B. Caracteres histológicos de la psoriasis:** 1) Hiperqueratosis. 2) Paraqueratosis. 3) Acantosis discreta. 4) Edema intracelular de la capa malpighiana que puede llevar a la formación de pequeños abscesos (de Sabouraud-Munro)<sup>3</sup>. La acantosis se aprecia únicamente en los mamelones interpapilares en forma digitada; por ello, las células del cuerpo mucoso a nivel de la parte prominente de las papilas queda reducida a 2 o 3 hileras de células. Esto explica el signo del rocío hemorrágico. La biopsia practicada en la Observación N<sup>o</sup> 1 nos muestra típicamente estas lesiones.

**C. Caracteres metabólicos:** Las alteraciones metabólicas que se observan en esta afección son las siguientes: a) *En la sangre:* 1) Hipoglicemia que se observa en el 50% de los casos. En nuestros casos la glicemia fué normal. 2) Existe una literatura abundante y discordante sobre el metabolismo de los prótidos. Se acepta que existe un aumento de las serinas plas-

máticas con elevación del cociente proteico especialmente en el período pre-eruptivo. Se debería a una inhibición del catabolismo proteico. La hiperserinemia sería un elemento destacado en la psoriasis y parece no existir en otra afección. Igualmente estaría alterada la neoglicogénesis. Se puede observar retención de ácido úrico, úrea, etc. 3) Hipercolesterinemia.

b) *Alteraciones metabólicas en las placas de psoriasis:* 1) Hipercolesterinemia. 2) Hiperglicemia. 3) El cociente metabólico de la piel está aumentado en un 400%. En las inflamaciones, eczemas, eritrodermias está aumentado sólo en un 50 a 100%. Este hecho es muy característico de la psoriasis y explica la despigmentación de partes de la piel, pues la melamina es destruída por el exceso de oxígeno. 4) En la psoriasis la única diferencia, en cuanto a lípidos se refiere con la piel normal, es la elevación de la colesteroína total y la elevación de la colesteroína libre.

**Etiopatogenia:** Lo primordial sería la alteración del metabolismo de los prótidos y de los glúcidos ya mencionados. El organismo se defiende con una hiperactividad de la hipófisis y de las otras glándulas de secreción interna y con la erupción psoriásica; por ello se dice que la psoriasis sería una enfermedad metabólica correctora.

La alteración del metabolismo proteico se debería a su vez a un trastorno del sistema nervioso central, especialmente del diencéfalo. Actualmente no se sabe en qué consiste esta alteración nerviosa funcional. Sólo se conocen algunas causas desencadenantes de este trastorno nervioso (shocks emotivos, complejos psicológicos, variaciones climatéricas, etc.)<sup>4</sup>.

Algunos consideran a la psoriasis como una enfermedad de adaptación en individuos predispuestos en que la erupción de la piel representa un esfuerzo saludable de corrección del desequilibrio neuro-metabólico-endocrino<sup>3</sup>.

**Tratamiento:** Hasta la fecha todos ellos han fracasado (dietéticos y químicos). Consecuente con los hechos expuestos, se busca la corrección del trastorno metabólico proteico, con activadores de los enzimos respectivos, con ACTH y cortisona. Estos elementos han ayudado a acortar los períodos eruptivos, pero no curan la

enfermedad, pues sus efectos son transitorios. Las dosis recomendadas son relativamente altas y prolongadas.

El tratamiento local se hace a base de exfoliantes y reductores, previa la acción de fotosensibilizadores, como radiaciones ultravioletas. Un día se aplica Luz Ultra Violeta y al otro día se coloca diversas sustancias (alquitrán, resorcina)

### CASOS CLÍNICOS

OBSERVACION Nº 1: G. V. (Obs. 6696). Edad: 11 años. Peso: 52 kilos. Talla: 1,34½ metros.

Sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Enferma bruscamente el 15 de Mayo de 1954, de una afección cutánea caracterizada por prurito de ambas manos, seguido cuatro días después por un eritema de color rojo violáceo de las palmas de las manos con descamación laminar fina. Estas lesiones aparecen cinco días después en placas localizadas en el abdomen, donde se extienden hasta cubrirlo completamente y alcanzar por las regiones laterales, hasta el dorso. Ingresa al hospital a los 10 días de su enfermedad.

Se comprueba una enferma en buen estado nutricional con sólo la lesión cutánea y una dentadura en malas condiciones. La lesión cutánea abarca casi todo el cuerpo y poco a poco invade las extremidades, el dorso y la región lumbar, respetando la cara que sólo se compromete en el curso de la tercera semana. El carácter de la lesión es muy similar en las distintas regiones del cuerpo: aparecen placas de 0,5 a 1 cm. de diámetro eritemato-descamativas, que se hacen confluentes especialmente en el abdomen donde las placas resultantes son extensas, blanquizas, descamativas. Las lesiones de codos y rodillas son típicamente psoriásicas (signo del erote de vela y rocío hemorrágico (Fig. 1). Las lesiones de las palmas de las manos y plantas de los pies, difieren un tanto de las lesiones ya descritas. En las manos y pies hay grandes láminas



Fig. Nº 1. — Obs. Nº 1. Aspecto de las lesiones cutáneas en los codos y en el dorso.



Fig. Nº 2. — Obs. Nº 1. Formación de gruesas láminas hiperqueratóticas en las palmas de las manos.

gruesas de color blanco amarillento, hiperqueratóticas, que se desprenden espontáneamente dejando al descubierto una piel apergaminada de color rojo vivo y húmedo (Figs. 2 y 3). En el cuero cabelludo las lesiones están localizadas de preferencia en la región correspondiente al nacimiento del cabello, no provocan caída del pelo, el cual está firme a la tracción. En la cara, las placas son pequeñas pápulo descamativas y ligeramente infiltradas y se localizan alrededor de los orificios naturales (Fig. 4). No hay compromiso de las mucosas bucal, nasal, conjuntival, anal, ni genital. Signo de Nikolsky (—).

### EXAMENES DE LABORATORIO

Velocidad de sedimentación:

9-VI-54	15-VI-54	23-VI-54
9 m.	4 m.	22 m.

Examen de orina:

9-VI-54	21-VI-54
(—)	(—)



Fig. Nº 3. — Obs. Nº 1. Desprendimiento de las láminas de hiperqueratosis en las plantas de los pies, dejando al descubierto una piel apergaminada de color rojo vivo.



Fig. N° 4. — Obs. N° 1. Pequeñas placas pápulo-descamativas y ligeramente infiltradas alrededor de los orificios naturales.

<i>Hemograma:</i>	16-VI-54	23-VI-54
Glóbulos rojos	4.600.000	4.350.000
Hgb.	91%	84%
Leucocitos	10.200	11.100
Eosinófilos	7	4
Segmentados	60	58
Linfocitos	28	32
Monocitos	5	3
<i>Proteínas:</i>	10-VI-54	22-VI-54
Proteínas totales	7 gr.%	5 gr.%
Albumina	4,2 gr.%	3,5 gr.%
Globulina	2,8 gr.%	1,5 gr.%
Razón A:G	1,5 gr.%	2,2 gr.%

*Cultivo de las placas:* (—) en cuanto a hongos.

*Examen escamas:* (—) en cuanto a hongos.

En resumen la lesión de la piel tiene dos elementos diferenciables: 1) Las lesiones eritemato-descamativas de placas pequeñas y confluentes del abdomen, tórax, cara, cuero cabelludo y extremidades; y 2) Las lesiones eritemato-descamativas infiltradas, en grandes láminas hiperqueratóticas, que al desprenderse dejan piel apergamínada, roja y húmeda.

Se practica biopsia de la piel de la rodilla que dió el siguiente informe: "La muestra presenta estructura de piel que ofrece las siguientes particularidades: la epidermis parece un estrato paraqueratoso, faltando el estrato granuloso. Las papilas son largas y en forma de masa; en la parte superficial de la papila el tejido es edematoso. El corión presenta pequeños infiltrados leucocitarios polinucleares.

*Evolución:* Las lesiones cutáneas empiezan por las manos, se extienden al abdomen, tórax, extremidades, cuero cabelludo, con un carácter eritrodérmico muy manifiesto. La cara se compromete en el curso de la

tercera a cuarta semana, momento que marca el período álgido de la afección. Las lesiones comienzan a regresar primero las de la cara y palmas de las manos y plantas de los pies, después las del abdomen, tronco, cuero cabelludo, etc. Las lesiones eritemato-descamativas regresan dejando zonas de color rosado, en piel lisa, o acrómicas: en las manos y pies dejan un tinte rosado de la piel.

#### COMENTARIO DEL CASO.

Se trata de una psoriasis que en su evolución ha tomado el carácter eritrodérmico, forma rara de evolución en el niño y que no ha sido descrita en Chile. El diagnóstico se facilita por las placas típicas de psoriasis localizadas en las rodillas y codos que aparecen en este caso tardíamente (15 a 20 días de enfermedad). El diagnóstico diferencial debe plantearse con todas las afecciones que pueden adoptar el carácter eritrodérmico, a saber: 1) *Eczema generalizado*: Caracterizado por pússé, prurito y exudación. 2) *Péng-tigo foliáceo*: En su período estado puede presentar carácter eritrodérmico. La presencia de bulas, fiebre, Nikolsky positivo, prurito y grave compromiso del estado general, dá el diagnóstico. 3) *Sarna equina*: De forma eritrodérmica; las lesiones de sarna están encubiertas por las costras que cubren las manos. El examen microscópico revela el ácaro. 4) *Micosis*: Las placas no son tan numerosas como para mostrar un carácter eritrodérmico. La confusión puede presentarse en el cuero cabelludo. La caída del pelo y presencia de hongos da el diagnóstico de micosis. 5) *Lupus eritematoso disseminado*: Da lugar a placas eritemato-descamativas, pero las escamas son adherentes (conos córneos) y no permiten ser eliminadas por el raspaje a cucharilla sin producir una equimosis. La tendencia atrófica y la presencia de telangectasias son típicas del L.E. 6) *Eritrodermia tóxica*: Es total, no deja zonas de piel sana. Hay además compromiso del estado general, fiebre y alteraciones de las mucosas, junto a antecedentes de medicación tóxica anterior.

El cuadro presentado por esta enfermedad se ajusta a una psoriasis universal o eritrodérmica por: 1) La presencia de lesiones típicas en las rodillas y codos. 2) Todos los elementos presentan aspecto psoriasiforme. 3) La eritrodermia con zonas de piel sana como "mapa geográfico". 4) Las lesiones del cuero cabelludo, su localización típica y caracteres antes descritos. 5) La falta de compromiso del estado general. 6) Resultado de la biopsia.

OBSERVACION N° 2: S. P. (Obs. 119348). Edad: 11 años. Peso: 33 kilos. Talla: 1.33 metros.

Niño vago cuyos antecedentes se ignoran. Consulta por deformaciones de los dedos de las manos y dolores generalizados, pero de preferencia en las manos y pies. El examen físico revela: un buen desarrollo



Fig. Nº 5. Obs. Nº 2. Aspecto de las lesiones en ambas rodillas.

pondo-estatural y nutritivo; lesiones cutáneas consistentes en: hiperqueratosis palmoplantar y placas eritemato-descamativas de las rodillas y piernas que se catalogan como psoriasis por presentar los signos clásicos (del cerote de vela y del rocío sanguinolento o signo de Auspitz (Fig. 5); adenopatía axilar izquierda que después se hace bilateral, indolora; deformación de las articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas bilaterales, sin líquidos en el interior, las demás articulaciones están indemnes; curso febril (fiebre de carácter irregular con remisiones matinales); exantema de tipo morbiliforme caprichoso en su aparición, localización, duración y reaparición; y pies planos.

Con estos síntomas se formula el diagnóstico de psoriasis artropática, basado en la coexistencia de los signos de la piel y articulares y el estado febril que se prolongó durante varias semanas.

La alteración ganglionar, como complicación de este cuadro, fué pasajera y duró alrededor de 20 días. Sin embargo, se piensa en la posibilidad de una mononucleosis infecciosa (fiebre, adenopatía, exantema) pero los hemogramas seriados la descartan, como asimismo la reacción de Paul y Bunnell que es repetidamente (—). El adenograma descarta la enfermedad de Hodgkin.

#### EXAMENES DE LABORATORIO.

Hemogramas:	22-VIII-54	2-X-54	19-IX-54
Globulos rojos	4.400.000	4.010.000	3.900.000
Hgb.	78%	74%	68%
Leucocitos	11.800	13.600	11.200
Eosinófilos	2	4	5
Basófilos	2	2	0
Baciliformes	16	8	8
Segmentados	62	62	62
Linfocitos	12	20	22
Monocitos	6	2	3
Sedimentación:	55	45	30,

Mantoux al 1 por mil (—).

Radioscopia de tórax (—).

R. de Khan (—).

R. de Vidal y paratíficas (—).

R. de Huddleson (—).

Urocultivos (—).

Coprocultivos (—).

Uricemia 35 mg.‰.

Cloro globular 2,36%. Cloro plasmático 3,59%.

Indice: 0,66 (ligeramente aumentado).

Proteinemia:	22-VIII-54	2-X-54
Albúminas totales	7 gr.‰	6,3 gr.‰
Seroalbúminas	3,8 gr.‰	3,5 gr.‰
Seroglobulinas	3,2 gr.‰	2,8 gr.‰
Indice	1,1	1,2

Porcentaje de protrombina: 30%.

Reacciones de floculación:

Hanger: ++.

Timol: ++.

Takata Ara (—).

Bilirrubinemia: Directa (—), Total 6 mg.‰.

Colesterinemia 1,30, 1,28 y 1,60 gr.‰

Uremias 0,21 y 0,20 gr.‰

Glicemia 1,17, 1,20 y 1,16 gr.‰

Mielograma (dentro de los límites normales).

Electrocardiograma: Normal.

Adenograma: No se encuentran células de Sternberg.

En resumen, se trata de una afección cuyas características principales son: 1) coexistencia de lesiones de la piel y articulares, 2) es poliarticular, 3) es crónica, progresiva y deformante, 4) ausencia de lesiones valvulares, y 5) presenta signos típicos de la psoriasis artropática.

Como tratamiento se le indicó cortisona en dosis de 100 mgr. cada 12 horas y después 50 mgr. durante 10 días. Dosis total: 1,50 gr. Con esta terapia

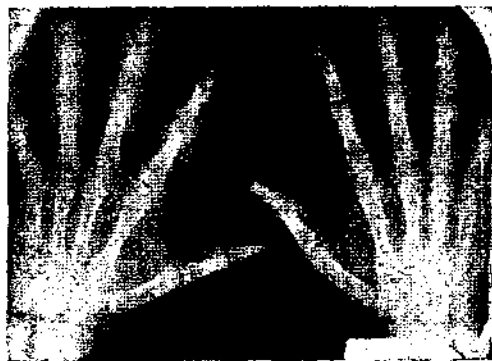


Fig. Nº 6. — Obs. Nº 2. Zonas de destrucción ósea de la cabeza de las falanges y formación de osteofitos.

desaparecen los signos de la piel, las lesiones articulares mejoran al desaparecer el dolor y la movilidad se hace mejor, pero la deformación persiste. Actualmente está hospitalizado por presentar una nueva poussée articular. Las lesiones articulares se han hecho progresivas (muñecas). Las lesiones de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas están en una etapa más avanzada, comprobándose rarefacción, descalcificación generalizada y especialmente de las extremidades de los huesos, con destrucción ósea a nivel de las cabezas articulares (Fig. 6).

#### COMENTARIO DEL CASO.

1. La iniciación de la psoriasis artropática es variable. Lo más frecuente es la iniciación simultánea, como sucedió en nuestro enfermo.

2. Generalmente se toman primero las pequeñas articulaciones (interfalángicas en nuestro enfermo).

3. La fiebre es frecuente, de carácter irregular, con remisiones matinales, de duración variable (semanas y aún meses). En nuestro enfermo duró 50 días.

4. Los episodios artropáticos son mucho más largos que las poussées habituales de la psoriasis; en nuestro enfermo con el tratamiento de cortisona mejora la lesión de la piel, pero la lesión articular y la fiebre se prolonga un mes más.

5. La lesión cutánea regresa totalmente como se observa en nuestro enfermo pero la articulación afectada queda algo más grande y no recupera su movilidad primitiva, lo que ha ocurrido con las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas en nuestro enfermo.

6. A medida que la enfermedad progresa, manifiesta una doble tendencia: es plástica con limitación de los movimientos por anquilosis relativa, y es progresiva, como se observa en la tercera hospitalización de este enfermo en que aparecen zonas de destrucción ósea de la cabeza de las falanges y formación de osteofitos.

7. La cronicidad es habitual con algunas remisiones espontáneas, hecho observado en nuestro enfermo, que ha presentado desde Junio de 1953, tres poussées agudas con periodos de remisión de cinco a siete meses.

#### RESUMEN

Se presentan dos casos de psoriasis en niños de 11 años de edad, un varón y una niña. Uno de ellos, con un componente eritrodérmico y el otro con un compromiso artropático rebelde. Ambas afecciones son muy raras en la infancia, a tal extremo, que en la literatura no se describen casos de psoriasis artropática en niños, ni en personas menores de 18 años. La forma eritrodérmica está descrita por Finkelstein.

Se hacen algunas consideraciones sobre la psoriasis en la infancia, su frecuencia, formas clínicas y tratamiento.

#### SUMMARY

#### ERYTHRODERMIC AND ARTHROPATIC PSORIASIS.

Two cases of psoriasis in children of 11 years of age are presented, a boy and a girl. One of them, with an erythrodermic component and the other one with a rebellious arthropatic complication. Both conditions are very rares in children, to such an extreme, that in the literature none case of arthropatic psoriasis has been reported in persons younger than 18 years old. The erythrodermic form was described by Finkelstein.

Some considerations are made about psoriasis in infancy, its frequency, clinical forms and treatment.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—DARIER y SABOURAUD. — Nouvelle Pratique Dermatologique (Vol. 7).
- 2.—DARIER. — Précis de Dermatologie.
- 3.—CHARPY, J. — Les reactions organiques non specifiques en Dermatologie.
- 4.—Anales de Dermatología y Sifilografía N° 5 (Nov. y Dic. 1953).
- 5.—Anales de Dermatología y Sifilografía N° 3 (Mayo y Junio 1954).
- 6.—PRATS, F. — Apuntes de Dermatología.
- 7.—RAMIREZ, G. — Apuntes de Dermatología.