

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i2.9619>

Eritrodermia psoriásica con queratodermia palmoplantar

Psoriatic erythroderma with palmoplantar keratoderma.

Mary Lisbeth Soto Pernia,¹ Marilyn Dayana Rivero Bermúdez,¹ Guillermo Rafael Guerrero Flores,² Sandra Carlina Vivas Toro³

Resumen

ANTECEDENTES: La eritrodermia, también conocida como eritrodermia exfoliativa, es un síndrome cutáneo inflamatorio grave caracterizado por eritema y descamación generalizada que afecta más del 90% de la superficie cutánea.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 47 años, fototipo cutáneo V/VI según Fitzpatrick, sin antecedentes médicos de importancia, quien manifestó una dermatosis universal, caracterizada por placas eritematosas de bordes regulares bien definidos, con escamas exfoliativas en su superficie de color blanco brillantes, signo de la vela positivo, pruriginosas de dos meses de evolución, edema en los miembros inferiores grado 1, en quien se diagnosticó eritrodermia psoriásica.

CONCLUSIONES: La eritrodermia psoriásica es una forma grave de la psoriasis, por lo que es una emergencia dermatológica que requiere vigilancia médica y hospitalización en gran parte de los casos.

PALABRAS CLAVE: Eritrodermia; psoriasis; eritema.

Abstract

BACKGROUND: Erythroderma, also known as exfoliative erythroderma, is a severe inflammatory skin syndrome characterized by generalized erythema and scaling affecting more than 90% of the skin surface.

CLINICAL CASE: A 47-year-old male patient, skin phototype V/VI according to Fitzpatrick, with no significant medical history, who manifested a universal dermatosis, characterized by erythematous plaques with well-defined regular edges, with exfoliative scales on their bright white surface, positive candle sign, itching for two months, grade 1 edema in the lower limbs, in whom psoriatic erythroderma was diagnosed.

CONCLUSIONS: Psoriatic erythroderma is a severe form of psoriasis, making it a dermatological emergency that requires medical surveillance and hospitalization in most cases.

KEYWORDS: Erythroderma; Psoriasis; Erythema.

¹ Médico residente del primer año del posgrado de Dermatología.

² Internista residente del tercer año del posgrado de Dermatología.

³ Internista-dermatóloga. Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Carabobo, Valencia, Venezuela.

Recibido: octubre 2022

Aceptado: noviembre 2022

Correspondencia

Mary Lisbeth Soto Pernia
mlisbethsoto@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Soto-Pernia ML, Rivero-Bermúdez MD, Guerrero-Flores GR, Vivas-Toro SC. Eritrodermia psoriásica con queratodermia palmoplantar. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (2): 199-204.

ANTECEDENTES

La eritrodermia, también conocida como eritrodermia exfoliativa, es un síndrome cutáneo inflamatorio grave caracterizado por eritema y descamación generalizada que afecta más del 90% de la superficie cutánea.¹ La describió Von Hebra en 1868 como la manifestación morfológica de una amplia variedad de enfermedades cutáneas.²

Existen múltiples causas, pero más del 50% de los casos se debe a una dermatosis previa (psoriasis, dermatitis atópica u otros eccemas, micosis fungoide, pitiriasis rubra pilar, pénfigo foliáceo, así como también toxicodermias, síndrome de la piel escaldada o síndrome paraneoplásico). Hasta el 40% de los casos de eritrodermia podrían estar causados por psoriasis; del 30 al 40% pueden ser idiopáticas y no encontrarse la causa.³

Las manifestaciones clínicas inician de manera aguda o insidiosa. Es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de 2.3/15.² Es importante la anamnesis detallada para conocer los eventos desencadenantes.⁴ Representa una emergencia dermatológica y puede ser potencialmente fatal debido sobre todo a sus complicaciones, su tasa de mortalidad es del 18 al 64%,⁵ por tanto, es importante determinar la causa exacta para facilitar su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 47 años, fototipo cutáneo V/VI según Fitzpatrick, sin antecedentes médicos de importancia, quien manifestó una dermatosis universal, caracterizada por placas eritematosas de bordes regulares bien definidos, con escamas exfoliativas en su superficie de color blanco brillantes, signo de la vela positivo, pruriginosas, de dos meses de evolución (**Figura 1**), edema en los miembros inferiores grado 1. Se evidenció también queratodermia blanco-amarillenta en las palmas y las plantas. **Figura 2**



Figura 1. Placas eritematosas, de bordes regulares bien definidos con escamas exfoliativas en su superficie de color blanco brillantes.



Figura 2. Queratodermia palmoplantar: placas hiperqueratósicas amarillas adheridas bien delimitadas.

A la dermatoscopia de luz polarizada se observaron escamas blancas bien adheridas con vasos puntiformes de distribución regular y organizada sobre un fondo eritematoso. **Figura 3**

En la unidad ungueal se evidenció hiperqueratosis subungueal, onicólisis onicorrexis, onicomadesis y manchas en aceite en las uñas de los pies. La luz de Wood reportó fluorescencia positiva; el examen directo con KOH al 10% permitió observar hifas. **Figura 4**

Los estudios de laboratorios arrojaron: hematología completa, perfil hepático, perfil renal, proteínas totales y fraccionadas, ELISA para VIH, HTLV-1, anticuerpos para hepatitis B y C en límites normales. La radiografía de tórax no mostró alteraciones.

Se recibió lámina histológica teñida con hematoxilina-eosina que reportó en la epider-

mis: hiperqueratosis paraqueratósica, áreas de hipogranulosis alterna con hipergranulosis, microabscesos de Munro, acantosis psoriasiforme. En la dermis superficial: moderado infiltrado inflamatorio perivascular, con predominio de linfocitos. **Figura 5**

Se estableció el diagnóstico de eritrodermia psoriásica y onicomycosis. Se indicó tratamiento con sustituto del jabón, emolientes tres veces al día, cremas queratolíticas con urea al 10% en las palmas y las plantas con método oclusivo dos veces al día, vaselina simple 4 veces al día, metotrexato 12.5 mg vía subcutánea semanal, ácido fólico 5 mg vía oral orden día, vitamina D3 1000 UI vía oral orden día, antihistamínicos de primera generación 2 veces al día, baños coloidales con avena cada cuatro horas, antimicóticos vía tópica y oral, abundantes líquidos, con lo que obtuvo mejoría clínica a las 6 semanas con su respectivo seguimiento y control.

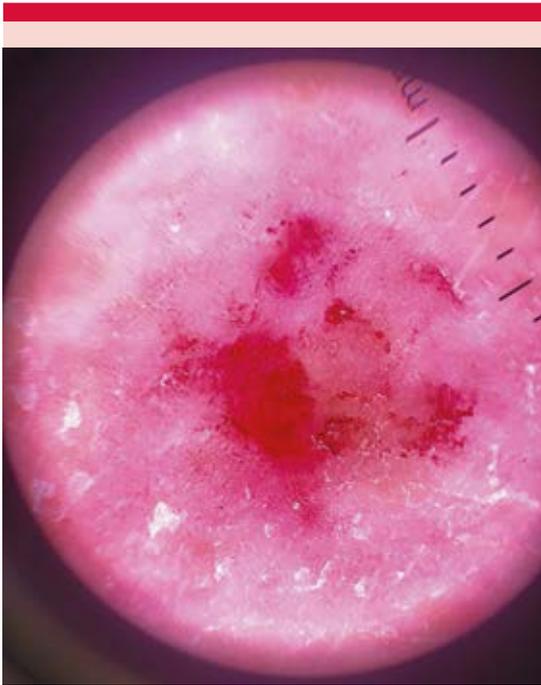


Figura 3. Dermatoscopia: escamas blancas bien adheridas con vasos puntiformes organizados sobre un fondo eritematoso. Signo de Auspitz positivo.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los estudios señalan que la eritrodermia suele asociarse con la exacerbación de una dermatosis preexistente; ésta es la razón por la que el historial médico del paciente es decisivo para establecer el diagnóstico y tratamiento correctos. La patogénesis parece estar relacionada con una interacción compleja entre las citocinas y las moléculas de adhesión celular, como la IL-1, IL-2, IL-8, la molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1), el factor de necrosis tumoral y el interferón gamma.^{1,4,6,7}

La psoriasis se define como una dermatosis eritematoescamosa frecuente en el 2-3% de la población y es de evolución crónica.^{8,9}



Figura 4. Método directo con KOH al 10% que muestra hifas en la muestra examinada.

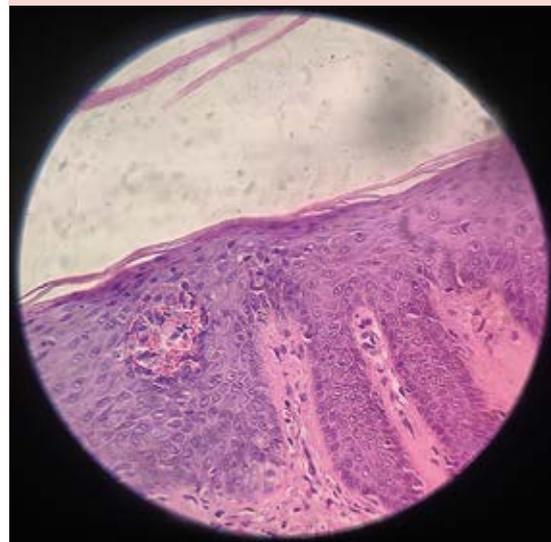


Figura 5. Estudio histopatológico: lámina teñida con H-E, 10x, que muestra paraqueratosis focal, microabscesos de Munro y acantosis irregular. En la dermis superficial hay moderado infiltrado inflamatorio linfocitario.

El cuadro clínico de la eritrodermia psoriásica inicia con placas eritematosas de bordes regulares bien definidos con escamas blancas, brillantes, generalmente bilaterales y simétricas que confluyen afectando toda la superficie corporal (más del 90%), cuero cabelludo, uñas, zonas plantares y palmares, aumento de la temperatura corporal, edema en los miembros inferiores, fatiga, pérdida de peso, prurito intenso y aspecto edematoso de la piel; puede ocasionar infección de los pliegues cutáneos, lo que agrava la situación y puede ser mortal.⁶

Además de las lesiones cutáneas propias de la psoriasis, pueden ocurrir alteraciones ungueales típicas hasta en el 55% de los pacientes, en las uñas de las manos y de los pies. Se manifiestan como *pits* (hoyuelos), onicólisis, hiperqueratosis subungueal, manchas en aceite y hemorragias en astilla.

Aunque estas alteraciones ungueales se reconocen como manifestación clínica de la psoriasis, también podrían ser motivo de confusión con otras enfermedades, como las infecciones micóticas.^{10,11}

En la bibliografía existen reportes de frecuencias variables de onicomycosis en pacientes psoriásicos y se ha estimado que la prevalencia es más alta que entre pacientes sanos comparables, probablemente debido a la alteración subungueal y la onicólisis, lo que puede facilitar la entrada de la levadura.¹²

La queratodermia palmoplantar afecta a más del 80% de los casos de eritrodermia adquirida, a la que algunos autores han señalado como signo clínico predictivo de psoriasis.²

La biopsia es una herramienta útil para el diagnóstico de la psoriasis y para distinguir otras causas desconocidas.⁵

En el manejo de la eritrodermia psoriásica son necesarios los estudios clínicos generales debido

a que se trata de un proceso sistémico, con posible alteración del medio interno, hipovolemia, hipoproteïnemia, hiperuricemia, hipocalcemia y falla de regulación de la temperatura corporal, entre otras.

Se requiere un examen clínico completo para diagnosticar la causa; asimismo, la histopatología es primordial y satisfactoria en más del 50% de los casos.⁴

La eritrodermia es una urgencia dermatológica y los casos graves requieren ingreso hospitalario; lo primordial es controlar la temperatura ambiental, ya que estos pacientes tienen pérdida de las funciones homeostáticas corporales y termorreguladoras que previenen el enfriamiento o el sobrecalentamiento. La barrera cutánea puede mejorarse con emolientes, corticosteroides tópicos de baja potencia como método antiinflamatorio por corto tiempo y para evitar atrofia cutánea, baños coloidales y compresas húmedas sobre una superficie no mayor a una cuarta parte del cuerpo, antihistamínicos con efecto sedante para tratar el prurito, lo que previene infecciones cutáneas secundarias al rascado y al mismo tiempo disminuyen la ansiedad del paciente.

Por último, el tratamiento sistémico de elección que sugieren los expertos es con inmunosupresores y biológicos; la ciclosporina (evidencia IIB) o el infliximab (evidencia IIB) podrían ser los agentes con efecto más rápido. Otros de primera línea son la acitretina (evidencia IB) o el metotrexato (evidencia III), si bien actúan de forma más lenta.⁴ Sin embargo, en este caso se prescribió metotrexato con buena respuesta a las 4 semanas.

CONCLUSIONES

La eritrodermia psoriásica es una forma grave de la psoriasis, por lo que es una emergencia dermatológica que requiere vigilancia médica y

hospitalización en gran parte de los casos. Con frecuencia las características clínicas son inespecíficas, por lo que deben buscarse pistas orientadas a la causa subyacente y así llegar al diagnóstico para otorgar un tratamiento específico y oportuno.

REFERENCIAS

1. Cuellar-Barboza A, Ocampo-Candiani J, Herz-Ruelas ME. Eritrodermia en el adulto: un enfoque práctico para el diagnóstico y tratamiento. *Actas Dermosifiliogr* 2018; 109 (9): 777-90. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.011.
2. Bartolo L, Valverde J, Rojas P, Vicuña D. Eritrodermia adquirida en un adulto TT - Acquired erythroderma in an adult. *Dermatol Peru* 2010; 20 (2): 114-8.
3. Santana Intriago OL, Zambrano Vélez AK, Castro Jalca LJ, Reyes Sánchez YV, et al. Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con eritrodermia psoriásica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* 2019; 1057-1077. doi: 10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.1057-1077.
4. Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. *Int J Dermatol* 2004; 43 (1): 39-47. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.01975.x.
5. Morar N, Dlova N, Gupta AK, Naidoo DK, Aboobaker J, Ramdial PK. Erythroderma: a comparison between HIV positive and negative patients. *Int J Dermatol* 1999; 38 (12): 895-900. doi: 10.1046/j.1365-4362.1999.00846.x.
6. Tso S, Satchwell F, Moiz H, Hari T, Dhariwal S, Barlow R, Forbat E, Randeva H, Tan YT, Ilchyshyn A, Kwok MM, Barber TM, Thind C, Tso ACY. Erythroderma (exfoliative dermatitis). Part 1: underlying causes, clinical presentation and pathogenesis. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46 (6): 1001-1010. doi: 10.1111/ced.14625.
7. Mumoli N, Vitale J, Gambaccini L, Sabatini S, Brondi B, Cei M. Erythrodermic psoriasis. *QJM*. 2014; 107 (4): 315. doi: 10.1093/qjmed/hct139.
8. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet* 2015; 386 (9997): 983-94. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7.
9. Velásquez Flores JS. Psoriasis: presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Rev Med Hondur* 2017; 85 (3 y 4).
10. Arellano J, Yagnam M, Vidal M, Corredoira Y. Eritrodermia psoriática en un hombre joven: sospechar infección por VIH. *Rev Chil Infectol* 2017; 34 (6): 603-606. doi: 10.4067/S0716-10182017000600603.
11. Méndez-Tovar LJ, Arévalo-López A, Domínguez-Aguilar S, Manzano-Gayosso P, Hernández-Hernández F, López Martínez R, Silva González I. Frecuencia de onicomosis en pacientes con psoriasis en un hospital de especialidades. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015; 53 (3): 374-9.
12. Klaassen KM, Dulak MG, van de Kerkhof PC, Pasch MC. The prevalence of onychomycosis in psoriatic patients: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28 (5): 533-41. doi: 10.1111/jdv.12239.

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

