

ARTICULO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Psoriasis invertida de pequeños pliegues. Comunicación breve

INVERSE PSORIASIS OF THE INTERDIGITAL SPACES. BRIEF COMMUNICATION



Ene - Mar 2008 | Vol. 89 N°1

Artículo Original

Rev. argent. dermatol. 2008; 89 (1): 20 - 26

Publicado en línea 2008, Marzo / Published online 2008 March.

Aspectos clínico-epidemiológicos sobre pediculosis capitis en arenas, Estado Falcón, Venezuela.

Autores | Contacto

J E Restifo

*** Docente Autorizado en Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Médico Asistente Servicio de Dermatología. Hospital Francisco J. Muñiz. Uspallata 2272 (1282) – Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente de 48 años, que consultó por psoriasis invertida de pequeños pliegues en un pie. Se comentaron los resultados de una investigación bibliográfica que consistió en revisar textos de actualidad y clásicos, así como un importante trabajo reciente de la que se concluyó que no es mencionada en ellos esta particular localización de psoriasis invertida.

SUMMARY

A case of a 48 years old patient, suffering of inverse psoriasis of the interdigital spaces only in a foot. It was made a literature search, over classic text, still current and it was observed that they do not say anything about this particular form of reverse psoriasis.

PALABRAS CLAVES

Psoriasis invertida; Pequeños pliegues.

KEY WORDS

Reverse psoriasis; Interdigital spaces.

INTRODUCCIÓN

Voy a presentar un caso de esta modalidad de psoriasis, que sin tener precisión sobre su frecuencia, pienso que no es rara, en particular como participante de cuadros generalizados.

Los textos habituales de Dermatología que revisé no la consideran y cuando se refieren a psoriasis invertida, hacen alusión a las formas flexurales, es decir de grandes pliegues en forma exclusiva, o bien con el agregado de la psoriasis palmo-plantar.

Resultó sorprendente revisar en primer término Fitzpatrick¹ y no encontrarla mencionada, continuar con Andrews² o bien Rook³ con los mismos resultados, haciendo la salvedad que este último autor al tomar el tema psoriasis invertida hace mención al compromiso de los grandes pliegues y finaliza con un «... y otros pliegues».

Repasé mi texto de cabecera, Gatti-Cardama (hoy Cabrera-Gatti)⁴ y en este libro donde se presenta en forma básica casi todo, justo la psoriasis invertida de los pequeños pliegues aparece incluida en el «casi».

Entonces consulté los maravillosos libros de Darier⁵, Kaposi⁶, así como el texto de Brocq⁷ de quien conocemos su dedicación a las eritematoescamosas. Como resultado de esta búsqueda, concluí que es una experiencia extraordinaria rescatar del olvido a estos maestros, pero parecen no haber observado casos como el que hoy voy a presentar.

Sin embargo, estos grandes se caracterizaron entre otras cosas por pensar a base de criterio y no de «criterios»; entonces el maestro Moritz Kaposi nos advirtió «... hay lesiones atípicas que exigen reserva en el diagnóstico ... misma restricción para lesiones solitarias y muy discretas ...». No hizo mención a topografía en particular ni para incluir ni para excluir, tal vez esta prudencia lo llevó a exponer así.

Las lesiones menores de psoriasis son de diagnóstico difícil, pero para aprenderlas basta examinar en forma harto exhaustiva enfermos floridos, y antes de calcular el PASI⁸, pensar esas manifestaciones que serían de arduo diagnóstico si el paciente no tuviera otras localizaciones clásicas y hacer histología.

En nuestro ambiente, el Profesor Mom⁹ a través de su libro de psoriasis se refiere así a la psoriasis invertida: «... en los pliegues ...» y no especifica cuáles como vimos en Rook. Esto entonces, no excluye los pequeños y de la misma forma, el Profesor Mazzini¹⁰, parece no excluir pliegue alguno. De todos modos nadie afirma con certeza, la localización de pequeños pliegues (la prudencia de Kaposi?).

Investigué bibliografía reciente y pude recabar que el autor Wang no observó lesiones de pequeños pliegues en 48 enfermos de psoriasis invertida¹¹.

Y esto que ahora comienzo a llamar psoriasis invertida de pequeños pliegues, parece no estar en los libros pero sí en los pacientes.

Hemos podido observar a través de nuestra práctica cotidiana no solo casos participando de erupciones severas, sino también en forma esporádica como única manifestación de la dolencia. En el caso a presentar, es más exacto decir «casi única».

La clínica suele corresponder a pliegues interdigitales de pies y evoca con tanta intensidad a intertrigos micóticos, que tal vez esto tenga que ver con el silencio que suele rodear a esta dermatosis.

Ante esta dificultad para encontrar observaciones escritas de estos cuadros, pensé entonces que será útil difundir esta observación que no es la primera que pude vivir. Agregaré a la descripción comentarios de mi experiencia.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de 48 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Realizó una consulta en nuestro servicio por una dermatosis que situó en pie derecho y sus palabras fueron: «Hace dos años que estoy luchando con unos hongos que nunca se van». De acuerdo a nuestra experiencia, a este enunciado le podemos contestar: «entonces dudo que sean hongos». Al efectuar el examen físico notamos que el paciente, solo padecía dermatosis inflamatoria en tal extremidad y se caracterizaba por intertrigos de los cuatro espacios interdigitales; es bueno destacar que la anatomía del pie no presentaba alteraciones que pudieran justificar intertrigo micótico del primero y segundo pliegues.

Como participante de este cuadro observamos extensión discreta a cara plantar de los dedos y una leve dermatosis eccematoide seca, algo eritematosa, con límites netos y pulcramente festoneados en el dorso de los mismos. Acompañan y dan jerarquía a la dermatosis, leves alteraciones en uñas de los primeros dedos como pigmentación e hiperqueratosis marginal. Se trata entonces de una dermatosis que compromete piel y uñas.

Los mencionados intertrigos presentaban base con eritema discreto y con fisuras; lo más notorio era una formación blanca, húmeda y macerada que evocaba casi con certeza el exudado en «leche cuajada» que dan las candidiasis, en nuestra experiencia raras en pies, hecho que nos sirve para pensar que podemos estar frente a un intertrigo no micótico. Otra vertiente para evaluar es plantear que el causante puede no ser el hipotético agente fúngico, que bien podría ser hallado.

Los márgenes lesionales eran de nuevo netos y pulcramente festoneados, con una llamativa hiperqueratosis. Límites netos y festoneados pueden caracterizar a la tiña de la piel lampiña, pero es más complejo pensarlos en este sitio y el agregado de esa hiperqueratosis bien puede exceder al diagnóstico de tiña plantar.

Los exámenes micológicos (directo y cultivo) que incluyeron los sectores comentados, fueron negativos. Entonces, la sospecha de psoriasis se vio fortalecida para luego confirmarse con el informe histopatológico del Dr. Esteban Maronna.

Informe histopatológico: hiperparaqueratosis, acantosis regular, vasos dilatados y papilomatosis, infiltrados mononucleares, algunos neutrófilos. Compatible con psoriasis.



Fig 1: intertrigo cuarto espacio. Se puede pensar ahí el signo de Auspitz.



Fig 2: otra imagen para observar la misma situación.



Fig 3: dorso de pie: Observar sutiles eritema y escamas marginales.



Fig 4: cara plantar: lesión eczematoide de bordes festoneados y límites netos. Uñas con discreta afección marginal.

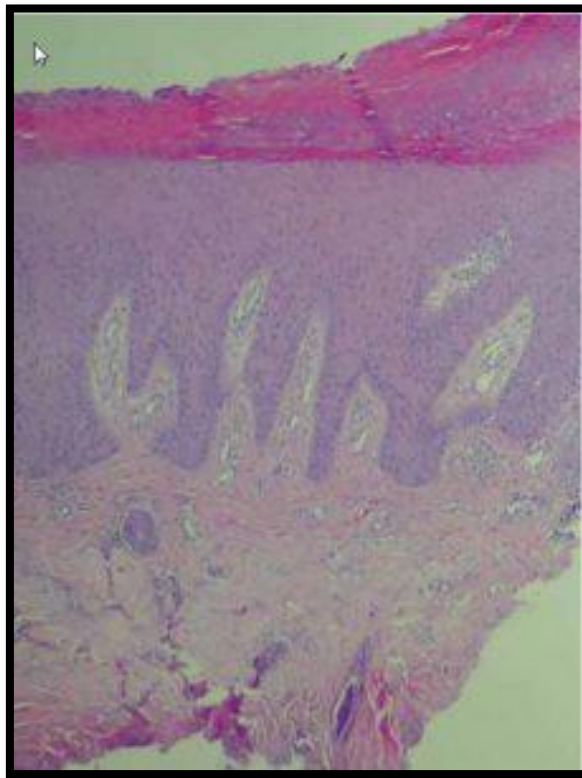


Fig 5: histopatología: hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis regular, vasodilatación en papilas dérmicas, con infiltrados mononucleares y algunos neutrófilos.

COMENTARIOS

La verdad solo puede ser dicha a medias según el pensamiento de Lacan, la que considero aplicable con respecto a este caso, que alude a la clínica de la psoriasis, nombrada psoriasis por Galeno entre el año 133 y el 200 de nuestra era.

Pasaron tiempo, estudios, observaciones y progresos que en estos días llegaron al PASI que eminentemente mide más de lo que describe, tal vez por pensarse agotada la clínica del cuadro.

Pero la ciencia que procura cubrirlo todo, siempre deja un resto que se expresa en las pruebas estadísticas de suficiencia. Resto que relanza el deseo de buscar novedades. Y es así como les presenté esta viñeta clínica.

REFERENCIAS

1. Fitzpatrick TB, Eizen AZ, Wolff K y col. Dermatología en Medicina General. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1993; 585-616.
2. Andrews R y col. Diseases of the skin. Saunders Company. Novena Edición. 2000; 229-242.
3. Rook, Wilkinson y Ebling. Textbook of Dermatology. Hardcover. Sexta Edición. 1998; 1314-1367.
4. Cabrera HN y Gatti CF. Dermatología de Gatti-Cardama. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 2003; 68-69.
5. Darier J. Compendio de Dermatología. Editorial Salvat. Segunda Edición Española. Barcelona. España. 1935; 103-115.
6. Kaposi M. Maladies de la Peau. Editorial Masson. Francia. Paris. 1891; 541- 584.
7. Brocq L. Maladies de la Peau. Octava Edición. Francia. Paris. 1892.
8. Fredriksson T y Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. Dermatologica 1978; 157 (4): 238-244.
9. Mom A. Psoriasis. López Libreros Editores. Buenos Aires. Argentina. 1965.
10. Mazzini MA. Clínica Dermatológica. Hachette. 1958.
11. Wang G, Li C y Liu Y. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: a hospital-based study. Eur J Dermatol 2005; 15 (3): 176-178.