

Psoriasis pustulosa anular

Sr. Director:

Una mujer de 19 años, de raza árabe, sin antecedentes personales o familiares de psoriasis, en tratamiento desde hacía 8 meses con anticonceptivos hormonales, consultó por un cuadro de 1 mes de evolución consistente en la aparición de pústulas en áreas intertriginosas (pliegues submamarios, inguinales y abdominales) que evolucionaban a áreas descamativas. Las lesiones no remitieron y tras 9 días con itraconazol por vía oral, al cabo de 2 semanas las lesiones se extendieron con agravamiento del estado general y fiebre de 39°. En la anamnesis refería un proceso catarral en los días previos que había sido tratado por vía oral con amoxicilina-clavulánico. En la exploración se apreciaban placas extensas en tronco con pústulas en los bordes de progresión. En las pruebas complementarias destacaban: hemoglobina, 11 g/ dl; hematíes, 3,69 mill; urea, 13 mg/ dl; proteínas totales, 6,1 g/ dl; calcio, 7,89 mg/ dl; velocidad de sedimentación (VSG), 68 m. Los cultivos de pústulas cutáneas y faríngeas no revelaron la presencia de gérmenes. En el estudio histopatológico se apreciaba una pústula subcórnea, con mínima espongirosis. Con el diagnóstico inicial de pustulosis exantemática generalizada aguda se pautó tratamiento con dextrofeniramina 4 mg/ 8 h, penicilina G benzatina 1.200.000 U por vía intramuscular, y curas tópicas con permanganato potásico y acetónido de triamcinolona al 0,1%. La paciente evolucionó favorablemente, con descamación residual. Posteriormente presentó un nuevo brote que respondió a corticoterapia tópica. Mes y medio después acudió al servicio de Urgencias presentando lesiones generalizadas acompañadas de diarrea. Eran placas anulares, de borde elevado y formado por pequeñas pústulas (fig. 1). Los estudios de laboratorio revelaron una monocitosis relativa y en el proteinograma: alfa-1, 8%; alfa-2, 11,1%; beta, 13,1%, y gamma, 19,2%, sin monoclonalidad. El coprocultivo fue positivo para *Campylobacter jejuni*. En el estudio histopatológico se apreciaba una dermatitis psoriasiforme con pústulas subcórneas (fig. 2). La inmunofluorescencia directa fue negativa. Se pautó dieta absoluta con remisión del cuadro diarreico y prednisona oral en dosis de 30 mg/ 24 h. Tras una reagudización



Fig. 1. Placas eritematosas de borde pustuloso que afectaban a tronco y raíz de miembros.

del cuadro se inició tratamiento con sulfona oral 100 mg/ día, produciéndose la reducción de las lesiones en 1 mes.

COMENTARIO

Nuestra paciente presentaba un cuadro clínico patológico compatible con psoriasis pustulosa anu-

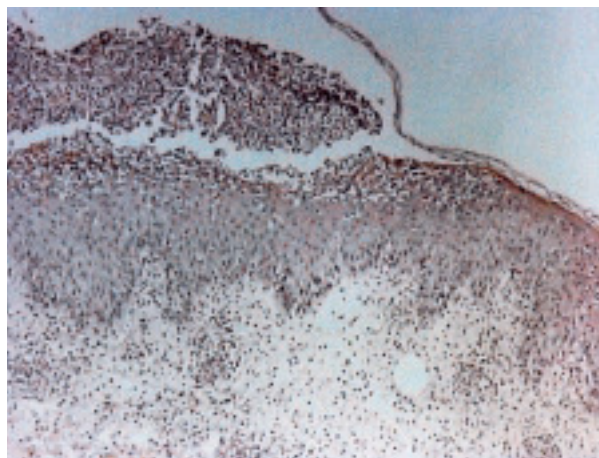


Fig. 2. Epidermis psoriasiforme con pústulas subcórneas.

Correspondencia:

M.^a Concepción Sánchez Bermejo. Dermatología. Fundación Hospital Manacor. Ctra. de Alcudia, s/ n. 07500 Manacor (Balears).

lar. Las erupciones pustulosas generalizadas asépticas son poco frecuentes y con frecuencia plantean problemas de diagnóstico diferencial.

La pustulosis aguda exantemática generalizada (PEGA) es una de estas infecciones en la que existe un antecedente de infección o ingestión de fármacos. Suele aparecer como un brote aislado que cura por sí mismo, y en la histología se evidencia una vasculitis que aparece antes de las pústulas epidérmicas¹. En series publicadas posteriormente² se han clarificado las diferencias entre la psoriasis pustulosa y la PEGA; así resultaron significativos a favor de la segunda la historia de toxicodermia, la administración reciente de fármacos, la duración más breve de las pústulas y la duración más corta de la fiebre. El papel etiológico de un trasfondo de predisposición psoriásico es motivo de debate, así como el papel etiológico de ciertos virus. En el estudio histopatológico, aunque la PEGA y la psoriasis pustulosa comparten la presencia de pústulas subcórneas en la dermis, los hallazgos son diferentes. Así, en la psoriasis se produce una dilatación de los capilares papilares que aparecen tortuosos, mientras que en la pustulosis exantemática puede existir una vasculitis leucocitoclástica, presencia de eosinófilos y edema en la dermis.

Existen unas variantes morfológicas descritas en las formas subagudas y crónicas de psoriasis pustulosa, como la psoriasis de tipo eritema circinado recidi-

vante³ o la psoriasis eritematosa circinada recurrente que puede aparecer incluso sin antecedentes de psoriasis⁴.

En nuestra paciente el tratamiento con sulfona fue eficaz y reservamos como segunda opción el uso de metotrexato o ciclosporina A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beylot C, Bioulac P, Doutre MS. Pustuloses exanthématiques aigües généralisées: à propos de 4 cas. *Ann Dermatol Vénéreol* 1980;107:37-48.
2. Roujeau J-C, Bioulac-Sage P, Bourseau C, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis. *Arch Dermatol* 1991; 127:1333-8.
3. Bazex A, Dupre A, Christol B. Psoriasis a type dérytheme circine recidivant de Bloch. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr* 1967;74:689-95.
4. Lapiere S. Deux cas de psoriasis recidivants a elements evoluant de façon anormalement rapide en quel ues jours. *Arch Belges Dermatol* 1959;15:7-12.

**M.^a Concepción Sánchez Bermejo,
Vicenc Rocamora Durán
e I. Amengual Antich***
Dermatología y *Anatomía Patológica.
Fundación Hospital Manacor.
Manacor. Illes Balears.