

Coexistencia de psoriasis y vitiligo

MARÍA ISABEL MORENO, MD¹, LUIS HERNANDO MORENO, MD²

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 53 años de edad, con historia de 10 años de evolución de vitiligo y quien posteriormente, sobre estas lesiones, desarrollo psoriasis en placas, manifestándose como un fenómeno isomórfico de Koebner. En la actual recibe tratamiento con fototerapia, luz ultravioleta B de banda estrecha, con resultados satisfactorios especialmente en la psoriasis.

Palabras clave: Psoriasis; Vitiligo; Fenómeno de Koebner.

Coexistence of psoriasis and vitiligo

SUMMARY

We present a 53-years old male with a 10 years history of vitiligo who further developed psoriatic lesions clearly representing a Koebner's phenomenon. He is currently being treated with phototherapy and narrowband UVB with an interim satisfactory outcome especially in the psoriasis.

Keywords: Psoriasis; Vitiligo; Koebner's phenomenon.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 53 años de edad con antecedente de diabetes, controlado con metformina y glibenclamida. Diez años antes de la consulta desarrolló máculas acrómicas compatibles con vitiligo en miembros superiores, codos, dorso de manos y luego lesiones similares en la región anterior de las rodillas; dos años después sobre estas lesiones se observó la aparición de pápulas y placas eritemato-descamativas plateadas confluentes que no se manifestaron en piel sana. En un centro de salud periférico recibió varios tratamientos tópicos sin mejoría alguna.

Al examen físico se encontró un individuo con máculas acrómicas localizadas en la región flexora de codos, dorso de manos, región anterior de rodillas y en maléolos que se observaron fluorescentes a la luz de Wood, correspondiendo clínicamente a lesiones de vitiligo; en cada una de estas lesiones se notaron pápulas

y placas eritematodescamativas plateadas, regulares y con borde muy bien definido que respetaban la piel sana compatibles con psoriasis en placas (Foto 1).

En el estudio histopatológico se encontró hiperplasia epidérmica, paraqueratosis, dermis con papilas profundas, infiltrado linfocitario escaso y disminución en el número de melanocitos que fue confirmado con una coloración fontana informándose con impresión diagnóstica de psoriasis (Foto 2).

Se decide iniciar manejo con luz ultravioleta B de banda estrecha con una mejoría aproximada de 70% de las lesiones de psoriasis, siendo evidentes las máculas despigmentadas. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento (Foto 3).

DISCUSIÓN

El vitiligo es una enfermedad de la piel cuya etiología aún permanece desconocida. Se manifiesta

1. Residente, Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: mimoreno@imbanaco.com.co
 2. Profesor Auxiliar, Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: luis.moreno@imbanaco.com.co
- Recibido para publicación septiembre 26, 2007 Aceptado para publicación septiembre 18, 2008



Foto 1. Pápulas y placas eritematodescamativas que se desarrollaron sobre máculas acrónicas en codos.



Foto 2. En la patología se ve hiperplasia epidérmica con paraqueratosis y dermis con papilas profundas e infiltrado linfocitario escaso en la dermis superior correspondiendo a una psoriasis.

clínicamente como máculas despigmentadas o acrónicas circunscritas y de bordes generalmente bien definidos. Se ha encontrado que los melanocitos funcionales desaparecen de la piel afectada. Hay varias hipótesis sobre la etiopatogenia de esta enfermedad, sobre todo de tipo teoría inmune por la presencia de anticuerpos dirigidos contra antígenos de los melanocitos. Informes recientes dan importancia a los anticuerpos y la citotoxicidad celular directa dirigida contra los melanocitos; no es raro encontrar casos de asociación entre vitiligo y enfermedades de comportamiento autoinmune como la

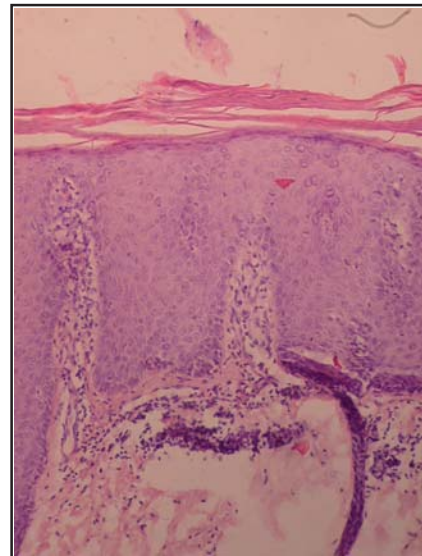


Foto 3. Después del tratamiento con UVB de banda estrecha es notoria la mejoría de las placas eritematodescamativas de psoriasis notándose claramente las máculas acrónicas de vitiligo.

diabetes y tiroiditis.

La psoriasis es una enfermedad crónica por lo general asintomática, caracterizada por placas eritematodescamativas plateadas de bordes bien definidos. Existen de ella varias formas clínicas como la psoriasis vulgar que se caracteriza por la presencia de lesiones localizadas usualmente en codos, rodillas, región sacra, cuero cabelludo y las uñas. La psoriasis en gotas, una forma clínica de pequeñas placas, se asocia con infecciones por estreptococo. Existen también formas severas de esta entidad como la artritis psoriásica, la eritrodérmica y la pustulosa. Histológicamente presenta hiperplasia epidérmica y proliferación de queratinocitos, acantosis y papilomatosis, paraqueratosis e infiltrado linfocitario por lo general escaso. Su etiología es desconocida y presenta un comportamiento autoinmune. Hasta el momento se cree que su etiopatogenia es multifactorial siendo importante las alteraciones inmunitarias donde la célula T juega un papel importante, igual que las alteraciones neurogénicas con un aumento en la concentración de neuropéptidos^{1,2}.

A pesar de que la asociación entre psoriasis y vitiligo se describió desde 1890, la relación entre estas dos enfermedades no es clara. Se ha sugerido que la disminución o ausencia de melanina puede ser un factor predisponente para desarrollar las placas eritemato-

descamativas de la psoriasis; además, su incidencia en personas de piel oscura es baja comparada con pacientes de piel clara.

Hay mecanismos sobre todo de tipo auto-inmune que pueden llevar a esta correlación. Se ha encontrado que ambas enfermedades comparten haplotipos de HLA como el CW*6 y el B*27; los neuropéptidos comunes, donde se aumentan los niveles de factor de necrosis tumoral alfa induciendo neurotensinas desde los melanocitos en paciente con vitiligo, también se ha encontrado aumentado en pacientes con psoriasis.

En ambas enfermedades está elevada la producción de moléculas pro-inflamatorias como interleukina-1, interleukina-6, interleukina-8, factor de necrosis tumoral, factor nuclear-kB y péptido vasoactivo²⁻⁴.

Otra de las causas que puede desencadenar la coexistencia de psoriasis con vitiligo es el fenómeno isomórfico de Koebner que se caracteriza por la aparición de lesiones sobre piel sana sometida a algún proceso traumático que estimularía el factor de crecimiento de fibroblastos liberados por queratinocitos lesionados llevando a una proliferación de células endoteliales. Este fenómeno se ha encontrado tanto en vitiligo como en psoriasis en forma individual y en otras enfermedades cutáneas como el liquen plano. También se ha descrito una reacción similar en algunas entidades virales como la verruga común y el molusco contagioso, aunque en estos casos, se atribuye a contagio.

Las terapias para el manejo de estas dos enfermedades tanto tópicas como sistémicas y combinadas, son similares en la gran mayoría de los pacientes. La fototerapia es una buena opción especialmente UVB de banda estrecha, siendo un tratamiento de primera línea sobre las enfermedades descritas en este caso, con resultados satisfactorios^{4,5}.

En conclusión, se presenta el caso de un paciente que desarrolló pápulas y placas de psoriasis sobre lesiones de vitiligo como un fenómeno isomórfico de Koebner. Estas dos entidades clínicas comparten patogenia y comportamiento auto-inmune y neuropéptidos que las hacen inmunológicamente similares. Su terapia tópica y sistémica en muchos casos es similar.

REFERENCIAS

1. Berger TG, Klesewetter F. Psoriasis confines strictly to vitiligo areas- a Koebner like phenomenon? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 178-83.
2. Sandhu K, Inderjeet K. Psoriasis and vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 51: 149-50.
3. De Sica AB, Wekelin S. Psoriasis vulgaris confined to vitiligo patches and occurring contemporaneously in the same patient. *Clin Exp Dermatol.* 2004; 29: 434-5.
4. Ujiie H, Sawamura D. Development of lichen planus and psoriasis on lesions of vitiligo vulgaris. *Clin Exp Dermatol.* 2006; 31: 375-7.
5. Weiss G, Shemer A. The Koebner phenomenon: review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002; 16: 241-8.