

Desarrollo de penfigoide buloso en paciente con psoriasis vulgar

Development of bullous pemphigoid in patients with psoriasis vulgaris

Erick A. Bravo,¹ Zheleny Claudio,² Andrei Kochubei,² Gadwyn Sánchez^{1,2}

RESUMEN

Las enfermedades ampollares se asocian raramente con psoriasis. A la fecha, alrededor de 60 reportes de coexistencia entre penfigoide buloso y psoriasis vulgar están disponibles en la literatura. Se reporta el caso de un paciente de 84 años de edad con bullas que aparecen sobre una base de placas eritematosas en extremidades, tórax y abdomen. El paciente fue tratado satisfactoriamente con metotrexato más prednisona.

PALABRAS CLAVE. Penfigoide buloso, Psoriasis vulgar, Metotrexato.

ABSTRACT

Blistering diseases are rarely associated with psoriasis. To this point about 60 reports of coexistence between bullous pemphigoid and psoriasis vulgaris are available in the literature. We report the case of an 84 year-old male with blisters and bullae over erythematous plaque lesions on his extremities, chest and abdomen. This patient was successfully treated with oral methotrexate plus prednisone.

KEY WORDS. Bullous pemphigoid, Psoriasis vulgaris, Methotrexate.

INTRODUCCIÓN

En 1929, Bloom describió los primeros casos de penfigoide buloso (PB) asociados a psoriasis.¹ Dicha asociación se presenta en pacientes varones mayores de 60 años, quienes presentaban una larga data de psoriasis (20 años en promedio). Las ampollas se localizan sobre placas de psoriasis aunque también en zonas de piel no comprometidas por la enfermedad.² La aparición del PB se puede clasificar en aquellas producidas como complicación de un tratamiento específico para la psoriasis (PUVA o UVB

de banda angosta, alquitrán de hulla, terapia biológica) y los casos no relacionados con la terapia contra psoriasis.¹⁻³

La inmunofluorescencia directa es positiva hacia antígenos de membrana basal (BMZ), la inmunofluorescencia indirecta es positiva hacia el antígeno BP180,^{3,4} así como también hacia un antígeno de 200 kDa,^{2,5,6} el cual es más prevalente en pacientes con coexistencia de psoriasis y PB, que en la población general.^{3,6}

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 84 años, con historia de diabetes y demencia senil, presenta psoriasis vulgar desde hace 32 años, tratado irregularmente con corticoides tópicos y con metotrexato y acitretino en el pasado. Acude a consulta externa con un tiempo de enfermedad de dos meses, caracterizado por prurito marcado sobre lesiones de psoriasis en sus extremidades y tórax, días antes al ingreso paciente desarrolla ampollas y úlceras, además de malestar general.

Al examen físico se evidencian bullas tensas sobre áreas de placas eritematodescamativas en superficies extensoras de brazos y piernas, además de tórax y abdomen. El signo de Nikolski fue negativo.

1 Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

2 Departamento de Dermatología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.



Figura 1. Múltiples vesículas y piel denudada sobre placas eritematodescarnativas.

La analítica sanguínea inicial estuvo dentro de rangos normales. Cultivos de sangre, orina y secreción de úlceras fueron negativos. La histopatología e inmunofluorescencia directa fue compatible con PB.

COMENTARIO

La presencia de inflamación crónica, linfocitos activados y células dendríticas hallada en la psoriasis puede modificar los antígenos de la membrana basal, lo que desencadena producción de anticuerpos.^{4,6} Infecciones como faringitis estreptocócica también pueden desencadenar la aparición de anticuerpos en sangre y posteriormente contra la membrana basal.⁷ La pérdida de la barrera cutánea, combinada a terapias como antralina y terapia con luz ultravioleta también han sido postulados como causa del desarrollo de las ampollas subepidérmicas.^{5,6}

Casos de PB posterior a la terapia con UVA y UVB, han sido descritos en pacientes con psoriasis, pero también en pacientes con dermatitis atópica y micosis fungoide.³

El tratamiento en este caso sigue varios esquemas, mayormente con prednisona asociada a terapia inmunosupresora



Figura 2. Ampollas sobre placa psoriática en el antebrazo izquierdo.

adyuvante como azatioprina o metotrexato.^{4,7} La fototerapia está contraindicada.^{1,2,5,6} Nuestro paciente fue tratado con 10 mg de metotrexato por semana, más dosis diaria de 60 mg de prednisona. Luego de tres semanas el paciente mostró mejoría significativa en todas las lesiones. Otras opciones al tratamiento son dapsona, ciclosporina y eritromicina.⁷

CONCLUSIONES

La patogenia de desarrollo de penfigoide buloso en pacientes psoriáticos es aun poco conocida. Algunas reacciones inmunológicas en estas dos enfermedades están siendo descubiertas, para probar que dicha asociación no es solo una coincidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grunwald MH, David M, Feuerman EJ. Coexistence of psoriasis vulgaris and bullous diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13(1):224-8.
2. Denli YG, Uslular C, Acar MA, Boga H, Uzun S, Memişoğlu HR, Gönlüşen G. Bullous pemphigoid in a psoriatic patient. *Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000;14(4):316-7.
3. Chen YJ, Wu CY, Lin MW, Chen TJ, Liao KK, Chen YC, Hwang CY, Chu SY, Chen CC, Lee DD, Chang YT, Wang WJ, Liu HN. Comorbidity profiles among patients with bullous pemphigoid: a nationwide population-based study. *Br J Dermatol.* 2011;165(3):593-9.
4. Pasić A, Ljubojević S, Lipozencić J, Marinović B, Lončarić D. Coexistence of psoriasis vulgaris, bullous pemphigoid and vitiligo: a case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16(4):426-7.
5. Wilczek A, Sticherling M. Concomitant psoriasis and bullous pemphigoid: coincidence or pathogenic relationship?. *Int J Dermatol.* 2006;45(11):1353-7.
6. Lazarczyk M, Wozniak K, Ishii N, Gorkiewicz-Petkov A, Hashimoto T, Schwarz R, Kowalewski C. Coexistence of psoriasis and pemphigoid-only a coincidence? *Int J Mol Med.* 2006;18(4):619-23.
7. Rao R, Gupta A, Yunis F, Handattu S, Chandrashekar B. Coexistence of psoriasis with bullous pemphigoid. *Indian Dermatol Online J.* 2012;3(2):119-2.

Correspondencia: Erick A. Bravo.
erick.bravo@upch.pe

Fecha de recepción: 5 de marzo de 2014.

Fecha de aprobación: 25 de marzo de 2014.