

Vitiligo y Psoriasis en un niño: ¿asociación frecuente?

Maryla González Gorrín ¹	https://orcid.org/0000-0001-7034-5264
Carlos Rafael Arocha González ²	https://orcid.org/0000-0003-3335-9694
Roland Jeffrey Wilches Torres ²	https://orcid.org/0009-0002-2649-5745
Lídice Bárzaga Guilarte ²	https://orcid.org/0009-0004-4212-9694
Margarita de Jesús Daza Mozo ²	https://orcid.org/0009-0005-8811-6976

1 Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón, Servicio de Dermatología, La Habana-Cuba.

2 Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Miguel Enríquez”, Servicio de Dermatología, La Habana-Cuba.

Resumen

Distintos estudios muestran que la incidencia de la psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general. Cuando se asocian, la aparición del vitiligo suele preceder a las lesiones psoriásicas, que se extienden indistintamente sobre piel normal y piel afecta por vitiligo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 15 años, con diagnóstico de vitiligo segmentario desde los 9 años de edad, que 10 días antes de acudir a la consulta de dermatología comienza con lesiones en piel eritematoescamosas, pruriginosas, se realiza biopsia y se confirma diagnóstico de psoriasis. El paciente requirió tratamiento con Metotrexate por generalización de las lesiones y fototerapia, con evolución favorable. Se presenta el caso por lo poco frecuente de esta asociación en nuestro medio, y lo interesante del mismo.

Palabras clave: vitiligo segmentario, psoriasis, metotrexate, fototerapia

Abstract Different studies show that the incidence of psoriasis in patients with vitiligo is not higher than in the general population. When they are associated, the appearance of vitiligo usually precedes psoriatic lesions, which extend equally over normal skin and skin affected by vitiligo. The case of a 15-year-old male patient is presented, with a diagnosis of segmental vitiligo since he was 9 years old, who 10 days before going to the dermatology consultation begins with erythematous, scaly, pruritic skin lesions, a biopsy is performed and a diagnosis of psoriasis is confirmed. The patient required treatment with methotrexate due to generalization of the lesions and phototherapy, with favorable evolution. The case is presented because of the rarity of these associations in our environment, and its interesting nature.

Key Words: segmental vitiligo, psoriasis, methotrexate, phototherapy

Introducción

El vitiligo es una enfermedad pigmentaria adquirida, por destrucción selectiva parcial o completa de melanocitos, que afecta piel y mucosas, caracterizado por manchas hipocrómicas y acrómicas, asintomáticas, de curso crónico e impredecible. ⁽¹⁻³⁾

Se clasifica en: segmentario, no segmentario, localizado, generalizado, y universal. Una variedad poco frecuente es la leucopatia punctata et reticularis simétrica o enfermedad de Safú, variedad reticulada diseminada y simétrica que predomina en las islas de Japón. ⁽¹⁾

La psoriasis es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, generalmente pruriginosa. Se caracteriza por lesiones en placas eritematoescamosas, que tienden a ser bilaterales y simétricas y evolucionan por brotes. Las escamas son gruesas, de color blanconacarado. ⁽¹⁻³⁾

Las lesiones se localizan con más frecuencia en cuero cabelludo, codos, rodillas, región sacra y cara de extensión de extremidades. También puede afectar palmas de manos, cara, genitales, uñas y mucosas. No produce alopecia porque el pelo es capaz de atravesar la escama, y las lesiones sobrepasan la línea de implantación del cuero cabelludo. ^(1, 5, 6)

Al examen físico se describen tres signos patognomónicos: signo de la vela o de la mancha de esperma, signo de la película despegable fina de Brocq y signo del rocío sangrante o de Auspitz. ^(1, 2, 5)

Distintos estudios muestran que la incidencia de psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general. ⁽⁷⁻⁹⁾

Caso clínico

Se presenta paciente masculino de 14 años, antecedentes de padecer de Vitiligo desde los 9 años, para lo que ha llevado tratamiento con cremas esteroideas (clobetasol), y melagenina. Que ahora acude porque desde hace más menos 10 días comienza con lesiones en piel, que al inicio aparecieron sobre las lesiones de vitiligo, pero posteriormente se extendieron a ambos miembros inferiores, superiores y tronco, acudió al médico de su área de salud quien diagnóstico dermatitis alérgica y le indicó tratamiento con cremas esteroideas, sin observar el paciente mejoría.

Examen dermatológico: Presenta mácula acrómica de gran tamaño, bordes bien definidos, en cara externa de pierna derecha, que se extiende al muslo (Figura 1).



Fig. 1 - Mácula acrómica de gran tamaño, bordes bien definidos, en cara externa de miembro inferior derecho.

Se observan además numerosas placas eritematoescamosas, de pequeño y mediano tamaño, bordes precisos, con escamas gruesas, blancas, diseminadas por toda la superficie corporal, que se acompañan de prurito moderado (Figuras 2 y 3).



Fig. 2 - Placas eritematoescamosas, de pequeño y mediano tamaño, bordes precisos, con escamas gruesas, localizadas en tronco.



Fig. 3 – Placas eritematoescamosas bilaterales y simétricas en ambas piernas

Ante este cuadro clínico se sospecha diagnóstico de psoriasis en placa. Se indica biopsia de piel (Figura 4), exámenes de laboratorio. Se comienza tratamiento con antihistamínicos (difenhidramina), cremas esteroideas (clobetasol) y se cita para seguimiento.

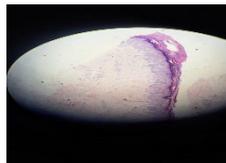


Fig. 4 – Imagen histológica compatible con psoriasis.

Complementarios realizados: Hemograma, leucograma, VSG, glicemia, creatinina, pruebas de función hepática y renal, VDRL, HIV, exudado nasal, faríngeo y otro, todos dentro de límites normales.

Al acudir nuevamente el paciente a la consulta, se observa aumento del número de lesiones, las cuales ya están generalizadas. Refiere no haber mejorado con el tratamiento.

Se discute el caso en colectivo, y por la extensión de las lesiones, y la resistencia al tratamiento tópico, se decide comenzar tratamiento con metotrexate a dosis de 7.5 mg semanales, y seguimiento del paciente semanal. Se mantiene crema esteroidea.

Se decide además interconsulta con psicología.

A la semana del tratamiento con metotrexate se observa evidente mejoría clínica de las lesiones de psoriasis, y luego del mes paciente totalmente libre de las mismas (Figura 5).





Fig. 5 - Paciente luego de concluido el mes de tratamiento con metotrexate libre de lesiones de psoriasis.

En estos momentos el paciente se mantiene libre de lesiones de psoriasis y con tratamiento de fototerapia para el vitiligo, con seguimiento por Dermatología.

Comentarios

Cuando la psoriasis y el vitiligo se asocian, la aparición del vitiligo suele preceder a las lesiones psoriásicas, que se extienden indistintamente sobre piel normal y piel afecta por vitiligo. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

En la literatura médica se han descrito muy pocos pacientes con lesiones de psoriasis que se extendían únicamente por áreas de vitiligo. ⁽⁷⁾ En nuestro caso, aunque las lesiones comenzaron por las zonas del vitiligo posteriormente se extendieron a toda la superficie corporal.

Aunque existen casos de aparición simultánea el vitiligo suele ser previo. ⁽⁷⁻⁹⁾ Nuestro paciente coincide con lo reportado en la literatura, pues cuando acudió a la consulta con lesiones de psoriasis ya tenía diagnóstico de vitiligo segmentario.

Se desconoce la patogenia de esta correlación anatómica estricta entre las pápulas psoriásicas y las máculas de vitiligo, pero este patrón es lo suficientemente específico para no ser una simple coincidencia. ⁽⁸⁾

Hay distintas teorías basadas en el fenómeno de Koebner, neuropéptidos o autoinmunidad. ^(7, 8)

Conclusiones

Aunque los estudios muestran que la incidencia de la psoriasis en pacientes con vitiligo no es mayor que en la población general, si se ha demostrado la asociación entre ambas entidades.

Se presenta el caso por lo interesante del mismo, y aunque existen reportes en la literatura de esta asociación, no es frecuente en nuestro medio.

Referencias bibliográficas

1. Arenas Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7 ed. México, DF: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A.; 2019 [acceso 13/12/2022]. p. 1025. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2775>
2. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas de La Habana. 2002. [acceso 12/05/2023]. p. 173. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu>
3. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4ª ed. España: Elsevier; 2018.

4. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, editors. Fitzpatrick's Dermatology. 9th edition. New York: McGraw-Hill Education. 2019.
5. Falabella R. Fundamentos de medicina en Dermatología. 7ma ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas; 2019.
6. Mains D. Colocalization of vitiligo and psoriasis in a 9-year-old boy. *Pediatric Dermatol.* 2019; 20: 698-700
7. Monteagudo B, Miranda Filloy JA, Regueira Pan E, Ramírez A, de la Heras C, Santiago T, et al. Coexistencia anatómica estricta de vitiligo y psoriasis. *Actas Dermo-Sifilográficas.* 2021; 96(9). doi: 10.1016/S0001-7310(05)73152-5
8. Valbuena MC, Patiño LA. Psoriasis lineal y vitiligo segmentario, manifestación sobrepuesta de dos enfermedades frecuentes. *Rev. argent. dermatol.* 2023; 94(1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-672042>
9. Molerio Pérez O, González Quintana A, Álamo González A, Ferrat Clark I, Noriega Fundora N. Caracterización del estrés en pacientes con psoriasis y vitiligo. *Medicentro.* 2000; 4(2). Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2975>
10. Whang Y. Psoriasis vulgaris confined to vitiligo patches and occurring contemporaneously in the same patient. *Clin Exp Dermatol.* 2024; 29: 434-435.