

Psoriasis inversa: Métodos diagnósticos y tratamientos

Néstor Sánchez Colón, MD, FAAD

Profesor de Dermatología y Patología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

Ángel Pagán González, MS3

Manifestaciones clínicas

La psoriasis inversa (PI), también conocida como psoriasis de las áreas flexurales o intertriginosas, es una condición crónica e inflamatoria de la piel. Se caracteriza por lesiones eritematosas con bordes bien definidos y poca escamosidad, en las axilas, en las flexuras de los codos y de las rodillas, en la hendidura intergluteal y en la ingle genital. Además, la PI tiene predilección por el área inferomamaria de la mujer, causando irritación durante los deportes y el ejercicio debido a la fricción de la piel.

Del mismo modo, la humedad –causada por la sudoración en las áreas flexurales o dobleces del cuerpo– tiende a crear un ambiente favorable para el crecimiento de hongos y bacterias. Este fenómeno genera a su vez, una PI complicada por infección, la cual conlleva una consulta especializada para su detección, para su diagnóstico preciso y para un régimen de tratamiento complejo.

Epidemiología

La psoriasis inversa se conoce como la variante oculta de la psoriasis, ya que las axilas, el área intergluteal y la ingle genital son cubiertos por la vestimenta y son zonas con una carga embarazosa para muchos pacientes. Se estima que hasta un 30% de los pacientes con psoriasis en los Estados Unidos tienen lesiones en estas áreas (flexurales) del cuerpo. De acuerdo a datos publicados en el *European Journal of Dermatology*, en personas de origen europeo suele haber una prevalencia del 12% al 36% de lesiones inversas en pacientes con diagnóstico de psoriasis.

De acuerdo a estudios realizados por la Universidad de California, no se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de PI en pacientes caucásicos, latinos ni hispanos. Por otro lado, estudios en China reportan una prevalencia de PI menor al 7% en pacientes con diagnóstico de psoriasis. A pesar de dichas variaciones en los datos epidemiológicos, la prevalencia exacta de la PI ha resultado difícil de elucidar.

Diagnóstico

En un análisis de la literatura actual realizado por el *British Journal of Dermatology*, se encontró que al momento no existe un criterio de diagnóstico universal para la psoriasis. Sin embargo, se concluyó que el examen clínico realizado por un dermatólogo certificado, con ayuda del diagnóstico histopatológico, es el método más efectivo para su diagnóstico preciso. Es decir, ninguna prueba genética, computarizada o estudio de imágenes de la piel es más efectiva que la evaluación clínica completa realizada por un dermatólogo.

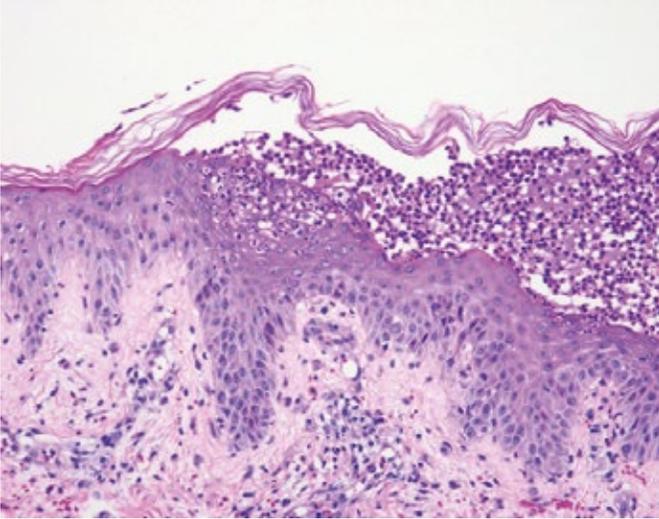
El diagnóstico clínico de la PI requiere identificar lesiones en las áreas mencionadas, como la ingle, el perineo, los genitales, la hendidura intergluteal, la zona axilar y el área inframamaria. Esta distribución “inversa” es lo opuesto a la psoriasis en placas, que suele comprometer las superficies extensoras de los codos, las rodillas y la nuca en el cuello.

Las placas de PI son brillosas, enrojecidas y con poca escamosidad, ya que las áreas flexurales del cuerpo tienen una superficie más lisa y fina que las áreas extensoras.

Histopatología

Se recomienda la biopsia de la piel en los casos en que el diagnóstico de psoriasis permanece incierto luego del historial clínico y del examen físico del paciente. La biopsia de afeitado superficial y la biopsia con sacabocado (“punch biopsy”) son igualmente aceptadas. Teñir la biopsia de piel con ácido periódico de Schiff permite visualizar hifas de hongo de color rojo bajo el microscopio, permitiendo diferenciar una lesión por psoriasis de una lesión causada por infección por hongos.

Bajo el microscopio, la PI tiene características semejantes a otros subtipos de psoriasis como la paraqueratosis o la hiperqueratosis, que representan la retención y el exceso de queratinocitos en el estrato córneo de la epidermis. Además, la presencia de neutrófilos en el estrato córneo de la epidermis, conocida como microabcesos de Munro, son cambios patognomónicos de la psoriasis.



Dermatoscopía

Estudios en Italia sugieren que la técnica de dermatoscopia puede ayudar en el diagnóstico rápido de la PI. El dermatólogo observa así la lesión bajo una alta magnificación, hasta 100 veces su tamaño, y nota un patrón de capilares color rojo intenso y en forma tupida, parecida a un arbusto, hallazgos clásicos de las lesiones por psoriasis.

Tratamiento

En comparación con la psoriasis por placas, la PI presenta dos retos al tratamiento. Primero, la piel de las áreas flexurales del cuerpo es más fina y experimenta con más frecuencia los efectos adversos de algunos medicamentos tópicos. Segundo, las axilas, la ingle y la hendidura intergluteal sufren de mayor fricción, causando un efecto de oclusión al aire cuando ambas superficies de la piel entran en contacto.

La literatura actual divide los tratamientos tópicos para la PI en varias categorías:

- Los tratamientos de primera línea para PI son los corticosteroides de baja intensidad, los inmunomoduladores como el tacrolimo y pimecrolimo, y los análogos de la vitamina D como el calcipotriol y calcitriol; y
- Los tratamientos de segunda línea para PI son los emolientes y los tópicos a base de alquitrán, los cuales ayudan a mantener la barrera humectante de la piel y a remover el exceso de queratinocitos, respectivamente.

Es recomendable utilizar una combinación de medicamentos de primera y de segunda línea que mantengan un balance entre la disminución de los síntomas de la PI y minimizar los efectos secundarios.

Es importante recordar que la PI complicada por infecciones por hongos dermatofitos o por *Candida* se beneficia de fármacos tópicos antimicóticos como el clotrimazol y el miconazol. Los casos de PI resistentes a tratamiento pueden beneficiarse de inmunosupresores orales como la ciclosporina y el metotrexato, los cuales detienen el mecanismo autoinmune de esta condición.

Por último, los anticuerpos monoclonales y los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa han revolucionado el manejo de la psoriasis y son en la actualidad el enfoque de múltiples investigaciones y ensayos clínicos que se vienen realizando.

Comentario

La psoriasis inversa (PI) puede resultar embarazosa, causar dolor y afectar la autoestima de los pacientes. Es importante reconocer sus manifestaciones clínicas para ofrecer tratamientos efectivos y reducir su impacto en la calidad de vida de los pacientes. 

Referencias

1. Treatment of psoriasis in adults. UpToDate. (2020, Nov 25). <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults/>
2. Burden-Teh E, Phillips RC, Thomas KS, Ratib S, Grindlay D, Murphy R. A systematic review of diagnostic criteria for psoriasis in adults and children. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1035-1043.
3. Fan X, Yang S, Sun L, et al. Comparison of Clinical Features of HLA-Cw*0602-Positive and -Negative Psoriasis Patients in a Han Chinese Population. *Acta Derm Venereol*. 2007; 87(4):335-340.
4. Khosravi H, Siegel MP, Van Voorhees AS, Merola JF. Treatment of Inverse/Intertriginous Psoriasis: Guidelines Medical Board National Psoriasis Foundation. *J Drugs Dermatol*. 2017 Aug 1;16(8):760-766.
5. Merola JF, Li T, Li WQ, Cho E, & Qureshi A. Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2016;41(5):486-489.
6. Micali G, Verzi AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F. Inverse Psoriasis: From Diagnosis to Current Treatment Options. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019; 12:953-959.
7. Musumeci ML, Lacarrubba F, Catalfo P, Scilletta B, Micali G. Videodermoscopy evaluation of the distinct vascular pattern of psoriasis improves diagnostic capability for inverse psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2017;152(1):88-90.
8. Wang G, Li C, Gao T, et al. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: A hospital-based study. *Eur J Dermatol*. 2005; 15:176-178.
9. Yan D, Afifi L, Jeon C, Cordoro KM, Liao W. A cross-sectional study of the distribution of psoriasis subtypes in different ethnic racial groups. *Dermatol Online J*. 2018 Jul 15;24(7).