



Psoriasis *guttata* asociada a dermatitis perianal estreptocócica

Mercedes Cemeli Cano, Sara Beltrán García

Pediatra. CS Valdespartera. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
16-enero-2019

Mercedes Cemeli Cano:
mcmeli@salud.aragon.es

Palabras clave:

- Estreptococo β -hemolítico del grupo A
- Infección perianal
- Psoriasis *guttata*

Resumen

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica y recidivante de la piel, caracterizada por pápulas y placas eritemato-escamosas, con características clínicas variables. La forma de presentación más frecuente en los niños es la denominada en placas; existen otras formas más raras, pero con mejor pronóstico, como la psoriasis *guttata*. La patogénesis de la enfermedad es desconocida, el factor desencadenante más frecuente en los niños es la infección por estreptococo β -hemolítico del grupo A. Presentamos el caso de una niña con dermatitis perianal estreptocócica como principal desencadenante de psoriasis *guttata*.

Guttate psoriasis associated with streptococcal perianal dermatitis

Key words:

- Group A β -hemolytic streptococcus
- Guttate psoriasis
- Perianal infection

Abstract

Psoriasis is a chronic inflammatory systemic papulosquamous disorder with some clinical variable characteristics. Although the most common type of psoriasis among infants is the plaque type, other stranger forms have better prognosis in children such as the guttate psoriasis. Thus, we report a case of a female child with a streptococcal perianal under-diagnosed infection as a determining factor of guttate psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 0,6-4,8% de la población mundial^{1,2}. Sus manifestaciones clínicas en la piel son variables, desde placas (la más frecuente), pápulas (*guttata*) y pústulas hasta la afectación ungueal. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 15 y 25 años, y menos habitual en la edad pediátrica³. En los niños, las formas de presentación son similares a las de los adultos, pero hay más presentaciones atípicas que dificultan su diagnóstico precoz.

La psoriasis *guttata* es más frecuente en niños y adolescentes que en adultos, con una prevalencia muy variable según los diferentes estudios⁴, y en una elevada proporción de casos está precedida de infecciones por estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHA). La forma más frecuente de infección es la faringoamigdalitis estreptocócica, aunque en raras ocasiones puede ser de origen cutáneo: impétigo, erisipela, dermatitis perianal, balanitis o vulvovaginitis.

Dada la baja frecuencia de psoriasis en la infancia y la estrecha relación con la infección por EBHA, presentamos el siguiente caso clínico de una niña,

Cómo citar este artículo: Cemeli Cano M, Beltrán García S. Psoriasis *guttata* asociada a dermatitis perianal estreptocócica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:41-3.

que tras una infección por EBHA perianal, presenta lesiones compatibles con psoriasis *guttata*.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de seis años, de origen italiano, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta por fiebre de 38 °C vespertina, de cuatro días de evolución, asociada a la aparición de un exantema pruriginoso en el tronco y las extremidades en las últimas 48 horas. Al inicio, la exploración física fue anodina, salvo por las lesiones maculopapulosas en el cuello, el tronco y las flexuras, de tipo eczematoso.

A los dos días vuelve a consultar por aumento del prurito y por la extensión de las lesiones, que aparecen en las palmas de las manos y en la zona retroauricular. Además, la niña lleva varios días estreñida, con dolor anal moderado, que le impide defecar y le provoca dolor abdominal. En la reexploración se encuentra descamación central en las lesiones maculopapulosas, predominantemente en el tronco y el cuello, y la aparición de nuevas micropápulas eritematosas en la cara y las extremidades. En el área anal presenta un eritema intenso que abarcaba la zona anal y genital, con bordes bien definidos y pequeñas lesiones satélites, sin apreciarse fisuras ni otras lesiones. Se realiza test rápido de estreptococo del área anal con resultado positivo.

Ante la sospecha de psoriasis *guttata* asociada a lesiones perianales estreptocócicas, se inicia tratamiento con penicilina durante diez días. Se deriva a Dermatología, que confirma el diagnóstico y la trata con glucocorticoides, con mejoría progresiva. En la nueva anamnesis los padres refieren que en Italia la niña fue valorada en múltiples ocasiones por molestias anales y estreñimiento, tratada en múltiples ocasiones con mebendazol y medidas higiénico-dietéticas.

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica y recidivante de la piel, caracterizada

por pápulas y placas eritemato-escamosas, de características clínicas variables. Las lesiones son placas eritematosas bien definidas de diferente tamaño con escamas en la superficie. Al retirarlas por rascado se observa una superficie húmeda con un piqueteado hemorrágico característico (signo del rocío hemorrágico de Auspitz). Las lesiones se distribuyen simétricamente y afectan a las superficies de extensión de los codos y las rodillas y en el tronco.

En los niños, las lesiones tienden a ser más pruriginosas y friables, pero menos descamativas que en los adultos¹. El solapamiento psoriasis-eczema es una forma de presentación típica de la edad pediátrica, con características de eczema y de psoriasis, hecho que dificulta su diagnóstico inicial.

A diferencia de en la edad adulta, en los niños son más frecuentes las formas de presentación atípicas, como la psoriasis *guttata*^{3,4}. Se manifiesta con numerosas pápulas pequeñas (menores de 0,5 cm) de color asalmonado, principalmente en las extremidades, la espalda y la cara, y a menudo es precedida por una infección por EBHA; el brote de psoriasis persiste durante tres a cuatro meses y remite espontáneamente.

La localización de la infección estreptocócica más frecuente es la faringoamigdal, aunque en raras ocasiones puede ser de origen cutáneo perianal. Y aunque el diagnóstico y tratamiento de la lesión estreptocócica perianal no ofrece dificultades, muchas publicaciones indican lo contrario: múltiples consultas y tratamientos que no resuelven el problema, y pasan incluso meses hasta llegar al diagnóstico.

La infección estreptocócica perianal es una patología propia de la infancia y la mayoría ocurre entre los tres y los cinco años, en general por debajo de los ocho años. Un 66% de los pacientes con cultivo positivo perianal también son portadores del estreptococo en la faringe⁵. Diferentes estudios apuntan la fuerte relación entre la infección por EBHA y la psoriasis *guttata*, el brote en la piel ocurre 2-3 semanas después de la infección en un 56-97% de los pacientes, y la anitis estreptocócica es la localización más excepcional^{6,7}.

En la psoriasis *guttata* no existe predilección por sexos y en un 30-40% de los casos hay un antecedente familiar de psoriasis. No es una enfermedad genéticamente homogénea y existe evidencia de que los diferentes subfenotipos de la enfermedad pueden estar asociados a distintas variaciones genéticas.

La patogénesis de la psoriasis *guttata* no está bien definida; sin embargo, se ha propuesto una hipótesis multifactorial en pacientes que tienen una predisposición genética y que implica una incorrecta respuesta inmunológica. El factor desencadenante más importante y conocido es el infección (EBHA) junto a una predisposición genética HLA (en concreto el alelo HLA Cw*0602)⁸⁻¹⁰, presente en el 30% de psoriásicos frente al 10-15% de la población general. Otros factores de riesgo son el estrés, hábitos tóxicos, factores endocrinos, metabólicos,

climatológicos y determinados fármacos. Esta asociación EBHA y HLA CW*0602, condicionaría una pérdida de tolerancia frente a autoantígenos epidérmicos con expresión aumentada o de nueva aparición (neoantígenos) en la psoriasis.

La psoriasis no es frecuente en los niños, pero la presentación *guttata* es típica de esta edad y ante su sospecha hay que buscar una infección por EBHA generalmente faringoamigdal y con menor frecuencia anal.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

EBHA: estreptococo β -hemolítico del grupo A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusuf SM, Nashabaru I. Psoriatic diaper rash in a 6 month old west African infant. *J Turk Acad Dermatol*. 2016;10:16101c4.
2. Naldi L. Epidemiology of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy*. 2004;3:121-8.
3. Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:867-73.
4. Kwon HH, Na SJ, Jo SJ, Youn JI. Epidemiology and clinical features of pediatric psoriasis in tertiary referral psoriasis clinic. *J Dermatol*. 2012;39:260-4.
5. Prinz JC. Psoriasis vulgaris-a sterile antibacterial skin reaction mediated by cross-reactive T cells? An immunological view of the pathophysiology of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2001;26:326-32.
6. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanoposthitis: a study of five cases. *Pediatr Dermatol*. 1994;11:168-71.
7. Herbst RA, Hoch O, Kapp A, Weiss J. Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal dermatitis in a four-year-old boy. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:885-7.
8. Wu D, Wu Y, Liu JL, Wang B, Zhang XD. Association between HLA-Cw*0602 polymorphism and psoriasis risk: a meta-analysis. *Genet Mol Res*. 2011;10:3109-20.
9. Mallbris L, Wolk K, Sánchez F, Ståhle M. HLA-Cw*0602 associates with a twofold higher prevalence of positive streptococcal throat swab at the onset of psoriasis: a case control study. *BMC Dermatol*. 2009;9:5.
10. Gudjonsson JE, Karason A, Runarsdottir EH, Antonsdottir AA, Hauksson VB, Jónsson HH, et al. Distinct clinical differences between HLA-Cw*0602 positive and negative psoriasis patients--an analysis of 1019 HLA-C- and HLA-B-typed patients. *J Invest Dermatol*. 2006;126:740-5.