

# CASO PRESENTADO EN

4° TERTULIA DE  
PSORIASIS DEL EJE  
CAFETERO

HOTEL MOVICH - Pereira

SABADO 24 DE NOV -  
8:00 a.m

Discusión de casos clínicos  
especiales de Psoriasis.

# 4° TERTULIA DE PSORIASIS DEL EJE CAFETERO

HOTEL MOVICH - Pereira

SABADO 24 DE NOV -  
8:00 a.m

Discusión de casos clínicos  
especiales de Psoriasis.





## CASO 3815

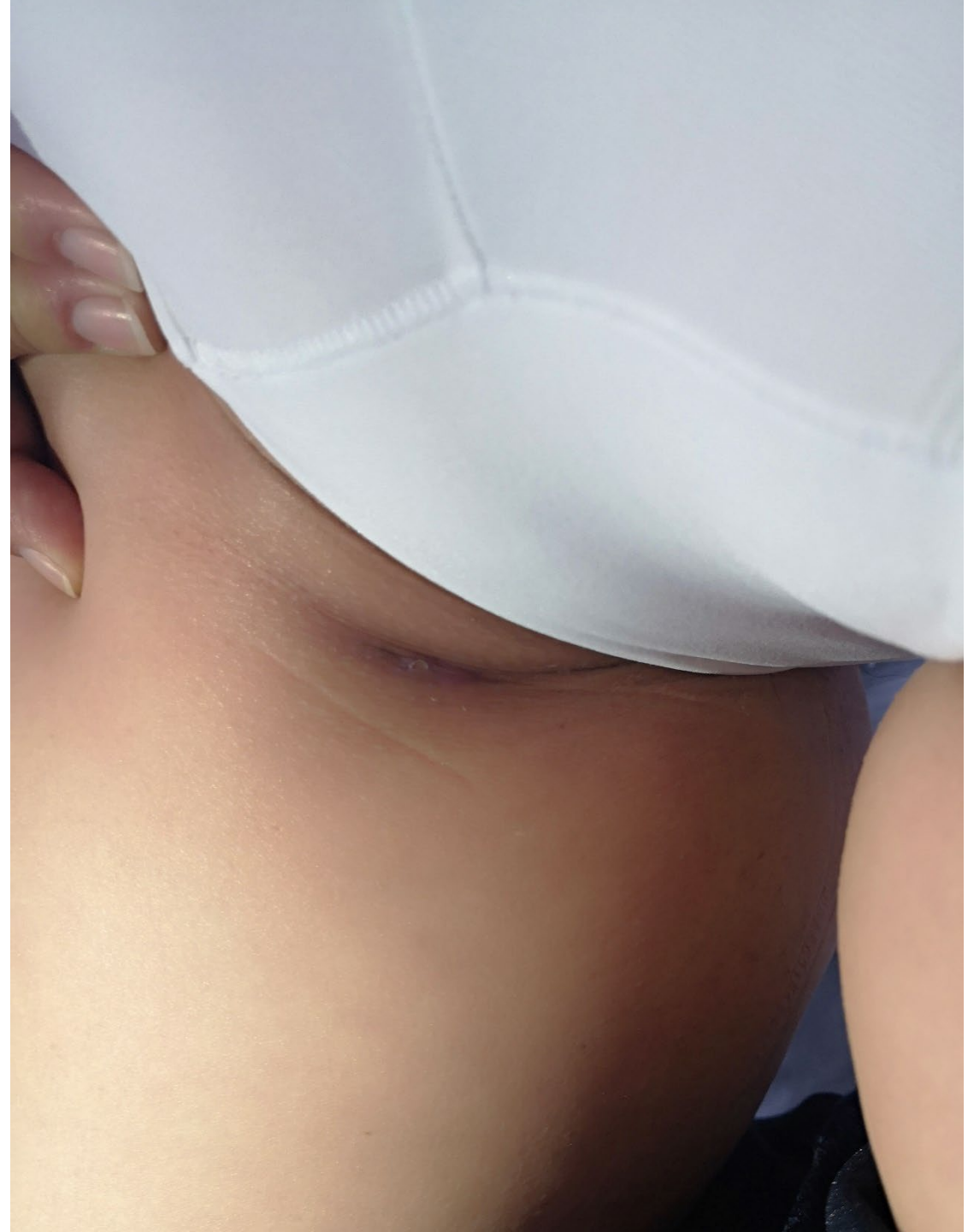
F, 55 años .

Consulta por lesión  
supurativa única en  
pliegue glúteo inferior.

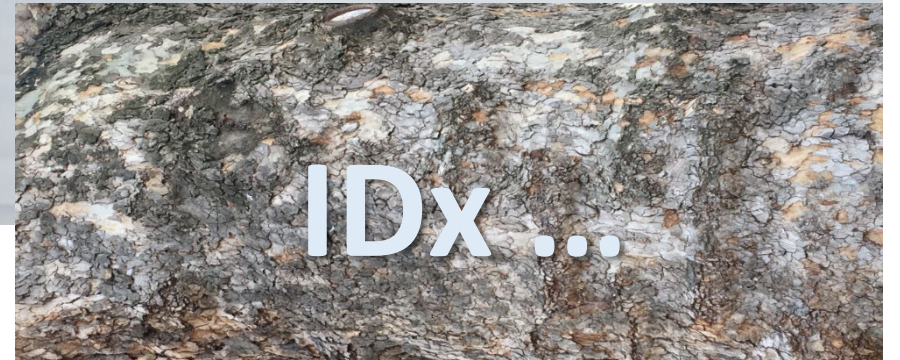
DOLOR.

Ttos previos con AB  
(cefalexina, dicloxacilina,  
clindamicina).

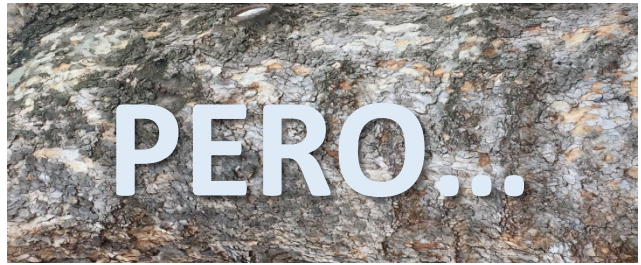
AP: 30 años de lesiones  
planta pie der, acné  
nodulo- quístico hasta  
hace 10 años . Cirugía de  
quiste pilonidal.















Se intento resección nódulo (PEQUEÑA ....) → RECURRENCIA

#### DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

En un frasco con formalina, marcado con el nombre de la paciente y sin rotular, se reciben 5 fragmentos de tejido de color pardo claro y consistencia blanda. El mayor de 1.4 x 0.5 x 0.4 cm. Se procesa todo en 1 canastilla.

#### DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Se identifica piel, tejido adiposo maduro, fibroconectivo con fibrosis y un intenso infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos, histiocitos, polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos.

#### DIAGNÓSTICO

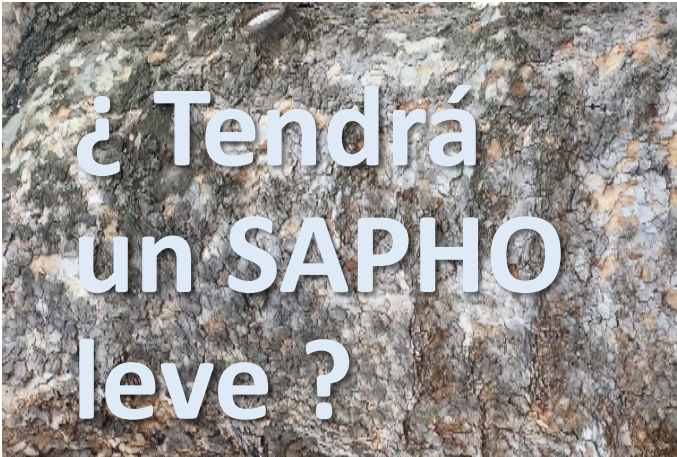
Pliegue glúteo izquierdo. Lesión. Resección:

FIBROSIS.

INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA.

NEGATIVO PARA MALIGNIDAD EN LA MUESTRA EVALUADA.





¿Tendrá  
un SAPHO  
leve?

# SAPHO

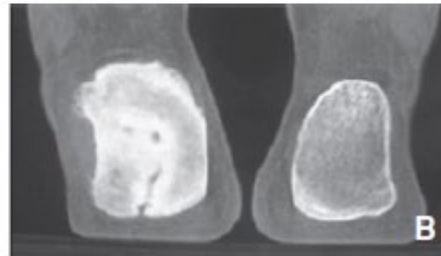
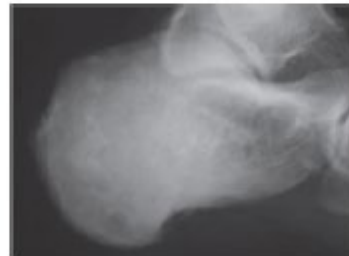
S. Ottaviani

*En 1987, un equipo francés propuso el acrónimo SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) para designar una entidad clínico-radiológica que asocia signos cutáneos, óseos y articulares y que actualmente forma parte de las espondiloartritis.*

*La afectación ósea y la de la pared torácica anterior son los signos osteoarticulares más sugestivos. Las pruebas de imagen ocupan un lugar preponderante en el diagnóstico, con la osteítis hiperostótica como lesión elemental. La evolución es buena a largo plazo. Aún no está clarificada la fisiopatología, pero se ha sugerido la hipótesis de una disregulación neutrofílica secundaria a la persistencia de determinados gérmenes como Propionibacterium acnes, que tendría como consecuencia la secreción de citocinas proinflamatorias. El tratamiento no está codificado, pero el tratamiento sintomático se basa en los antiinflamatorios no esteroideos y los corticoides, mientras que se proponen el metotrexato y la salazopirina en los casos con afectación articular crónica. Las formas resistentes se tratan con bisfosfonato intravenoso o agentes biológicos o, incluso, mediante un tratamiento antibiótico prolongado.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.





## “Puntos esenciales

- El SAPHO forma parte de las espondiloartritis.
- La afectación ósea y la de la PTA son los signos osteoarticulares más sugestivos.
- En las pruebas de imagen, la osteítis hiperostótica sugiere el diagnóstico.
- Los bisfosfonatos constituyen el tratamiento de elección del SAPHO, sobre todo en caso de afectación ósea.

**Cuadro 2.**

Características clínicas y radiológicas del síndrome SAPHO.

	<i>n</i> pacientes (% mujer)	Edad en el diagnóstico	HLAB27 (%)	Osteítis (%)			Artritis (%)	PTA (%)	Afectación axial (%)		Piel (%)		
				Total	P	M			Vértebra	SI	PPP	PV	AG
Hayem et al <sup>[11]</sup>	120 (58)	38	13	91	23	11	36	63	91	40	55	31	25
Chamot et al <sup>[9]</sup>	85 (42)	38	19	58	9	1	31	80	27	33	52	–	15
Witt et al <sup>[13]</sup>	64 (81)	35	15	70	–	–	–	77	27	27	66	25	14
Salles et al <sup>[12]</sup>	52 (50)	37	18	93	2	2	33	73	19	27	51	33	39
Jansson et al <sup>[15]</sup>	89 (65)	10 <sup>a</sup>	7	100	–	1,5	0	< 10	37	–	20	4	–
Aljuhani et al <sup>[8]</sup>	41 (73)	45	0	95	–	–	24	68	39	29	46	7	5
Colina et al <sup>[10]</sup>	71 (67)	38	4	–	10	1	28	83	66	13	60	5	19
Sonozaki et a. <sup>[14]</sup>	53 (70)	< 50	0	–	32	94	34	13	100				

PTA: pared torácica anterior; P: periférica; M: mandíbula; SI: sacroilitis; PPP: pustulosis palmoplantar; PV: psoriasis vulgar; AG: acné grave.

<sup>a</sup> Serie pediátrica.





**¿ Qué sugieren  
frente al manejo y  
al tratamiento ?**

# NUEVO CASO

F, 53 a.

Hace 8-10 meses muchos cambios : Duelo muerte de la mamá. El año anterior esposo con Qx de columna y luego IM.

Luego Dx de DM , Hta. No obesidad (IMC normal) , Perfil lipídico normal.

ESPOSO MÉDICO.

Inicio lesiones pie izq.

Tto inicial para hongo : Fluconazol 2 meses.





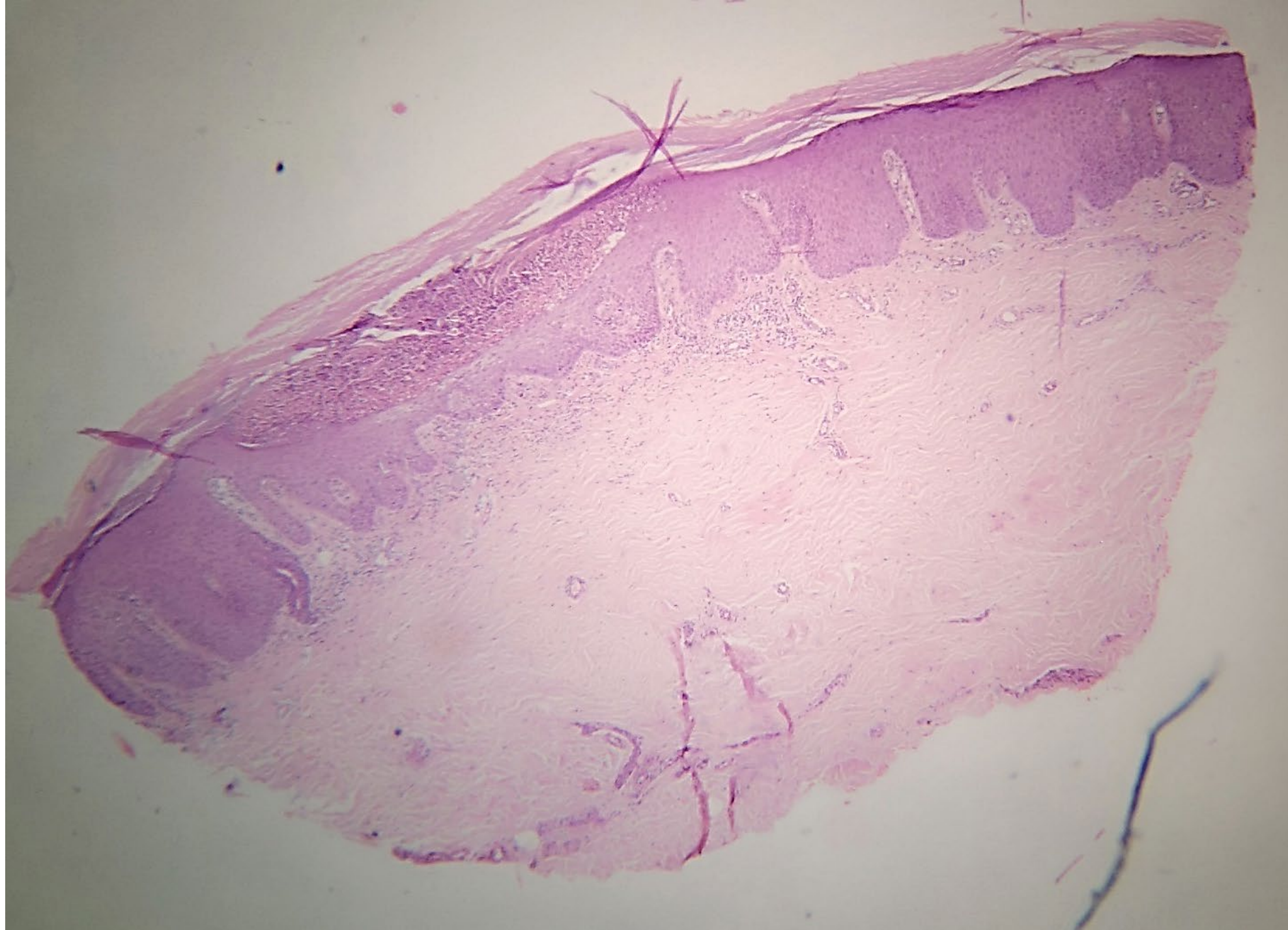




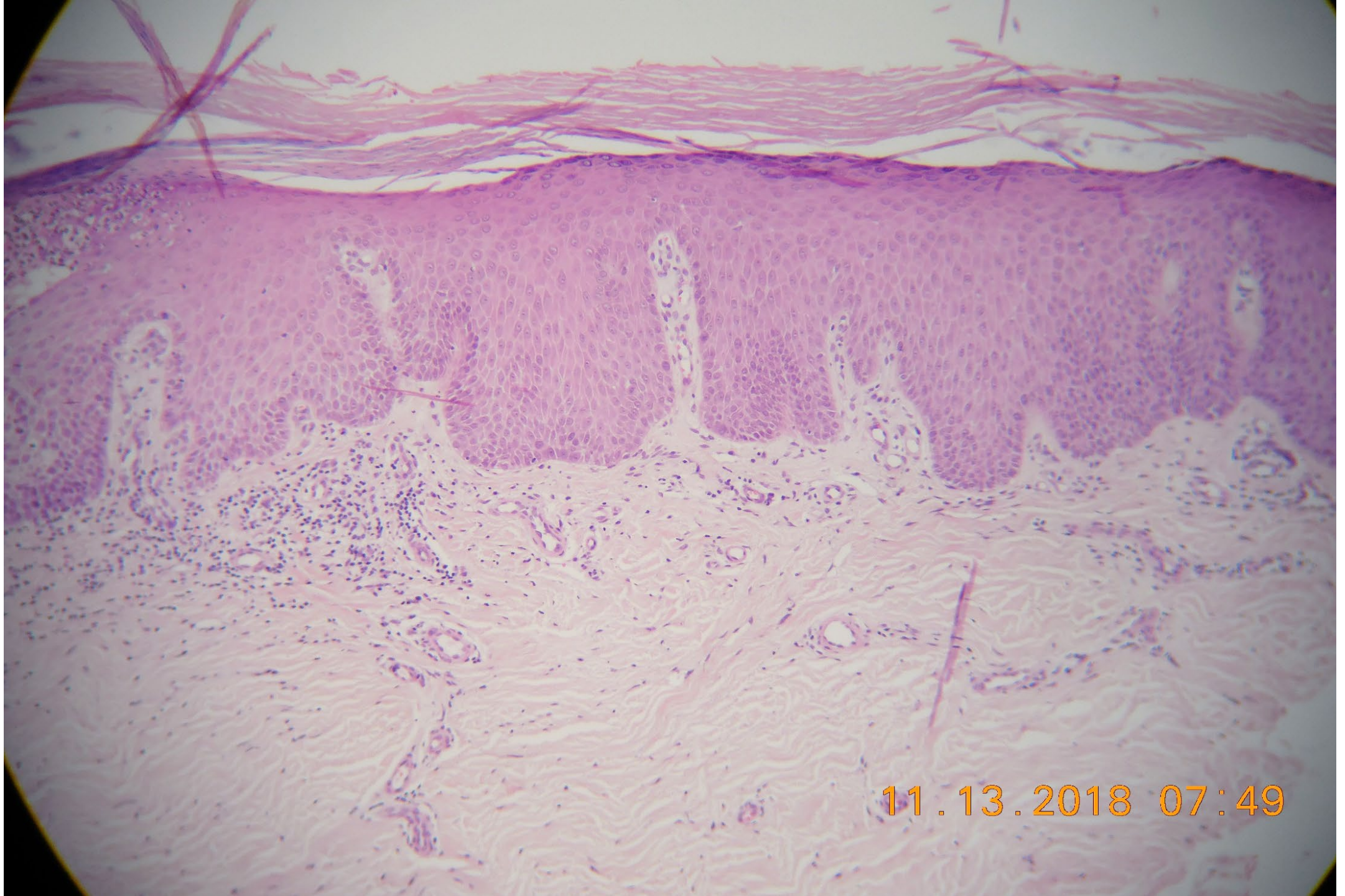
# PUSTULOSIS PALMO-PLANTAR





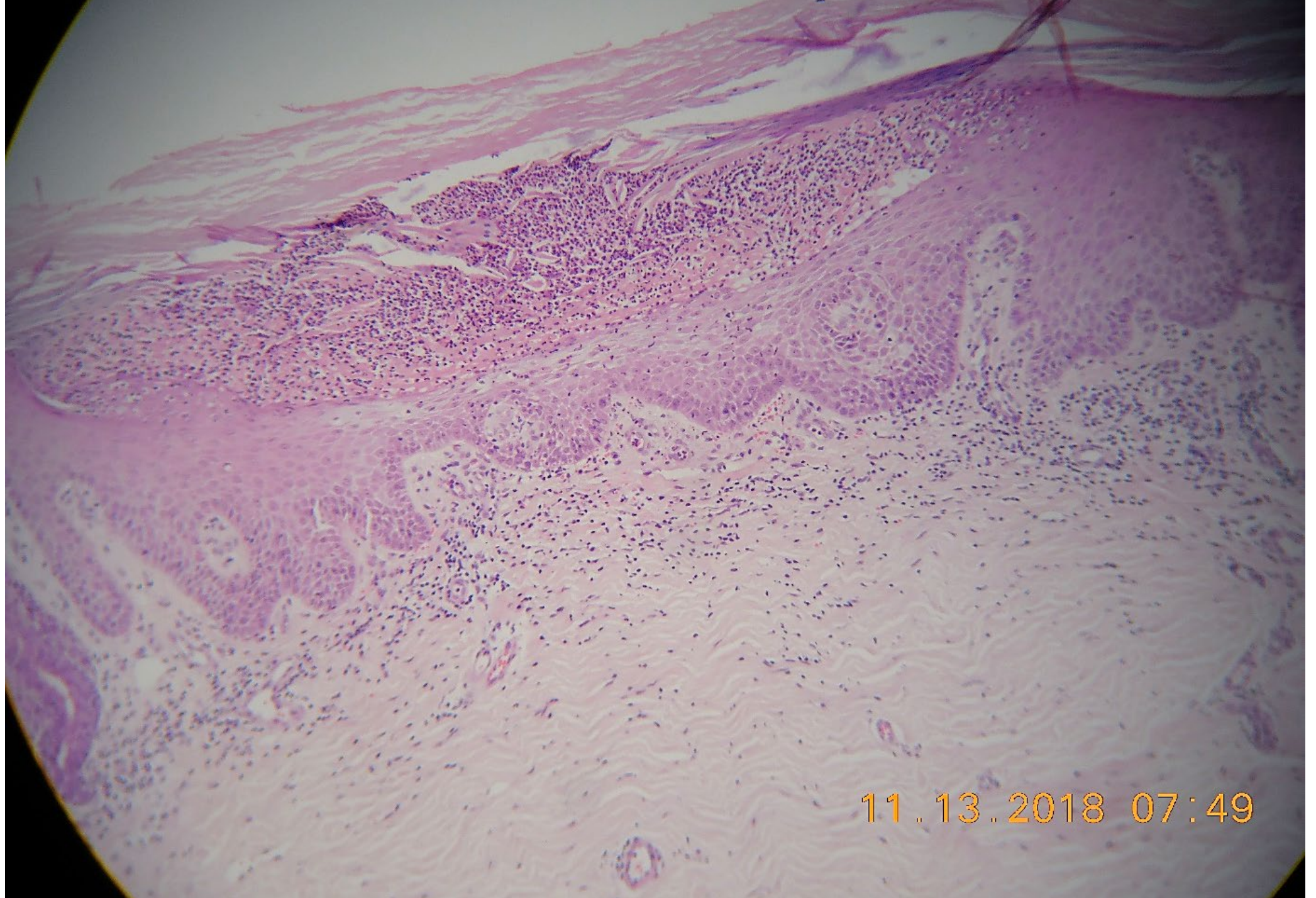






11.13.2018 07:49





11.13.2018 07:49

## Pustulosis palmoplantar una enfermedad distinta de la psoriasis

Debería considerarse como una enfermedad de la inmunidad innata que comparte algunas características con la psoriasis, pero es genéticamente diferente.

Autor: Dres. Anne C. de Waal & Peter C. M. Van de Kerkhof *Journal of Dermatological Treatment*. 2011; 22: 102-10

	PPP	Psoriasis
Psoriasis	0.01-0.05%	1-3%
Pico de edad de inicio	45-65 años	12-25 años
SAPHO	Asociado	No asociado
Asociación PSORS1	Sí	No
TNF-238/-308 promoter polymorphism	Sí	No
Expresión SKALP	Extensa	Mínima
Mejoría luego de la amigdalectomía	Sí	No
Efecto de tópicos	Mínimo	Primera línea de tratamiento
Anti-TNF alfa	Desalentador	Efectivo
Anti-IL-8	Efectivo	Desalentador

La pustulosis palmoplantar (PPP) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con un deterioro considerable de la calidad de vida caracterizado por presentar pústulas estériles y piel roja en las palmas y plantas. La posición de PPP en relación a la psoriasis es poco clara. Algunos autores consideran a PPP como una entidad distinta, mientras que otros categorizan a PPP como una manifestación de psoriasis. Con relación a ésta discusión es la pregunta sobre el tratamiento de PPP. El tratamiento de PPP debería seguir las guías de psoriasis o es una enfermedad que tiene que tratarse de una manera diferente?. El propósito



REVIEW

# The Efficacy of Biologic Therapy for the Management of Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: A Systematic Review

Isabelle M. Sanchez · Eric Sorenson · Ethan Levin · Wilson Liao

440 Dermatol Ther (Heidelb) (2017) 7:425–446

**Table 5** Clinical improvement of palmoplantar psoriasis or palmoplantar pustulosis following treatment with biologic agent

Medication	Variant treated	Total number of cases	Cases in which patients demonstrated improvement*	Serious adverse events
Adalimumab	Hyperkeratotic PP [14, 15]	150	142 (94.7%)	No SAEs reported
	Pustular PP [24]	1	1 (100.0%)	No SAEs reported
	PPP [22, 23, 50, 53]	7	2 (28.6%)	No SAEs reported
	Total <sup>b</sup>	169	152 (89.9%)	
Etanercept	Hyperkeratotic PP [17, 25]	60	41 (68.3%)	No SAEs reported
	Pustular PP [27, 28, 30]	3	2 (66.7%)	Reactivation of latent TB
	PPP [12, 22, 28, 31, 32, 49]	23	13 (56.5%)	No SAEs reported
	Total <sup>b</sup>	87	57 (65.5%)	
Guselkumab	Hyperkeratotic PP [15]	100	90 (90.0%)	No SAEs reported
	Pustular PP	0	0	
	PPP	0	0	
	Total	100	90 (90.0%)	
Infliximab	Hyperkeratotic PP [13, 33, 34]	32	24 (75.0%)	Cellulitis, hepatitis, infusion-related urticarial reaction
	Pustular PP [35, 37, 39]	8	4 (50.0%)	
	PPP [20, 22, 34, 36, 38, 40, 50]	8	8 (100.0%)	Serum sickness-like infusion reaction, autoimmune hepatitis
	Total <sup>b</sup>	49	37 (75.5%)	

Ixekizumab	Hyperkeratotic PP [17]	206	170 (82.5%)	No SAEs reported
	Pustular PP	0	0	
	PPP	0	0	
	Total	206	170 (82.5%)	
Secukinumab	Hyperkeratotic PP [16, 18]	183	63 (89.1%)	150 mg 5.9% SAE, 300 mg 2.9% SAE, placebo 2.9% SAE <sup>c</sup>
	Pustular PP	0	0	
	PPP	0	0	
	Total	183	63 (89.1%)	
Ustekinumab	Hyperkeratotic PP [10, 41–43]	15	13 (86.7%)	No SAEs reported
	Pustular PP [10, 11, 45, 51, 54]	40	22 (55.0%)	
	PPP [11, 46–48, 53, 54]	17	10 (58.8%)	
	Total	72	45 (62.5%)	

*“...The difference in response to biologics observed between PP and PPP may be explained by some notable differences in their genetic profiles. The psoriasis susceptibility gene locus (PSORS1) that is strongly linked to psoriasis is not found in patients with PPP. Additionally, both a missense mutation in the interleukin (IL)-36 receptor antagonist (IL36RN) and caspase recruitment domain family member 14 (CARD14) have been identified in patients with PPP, which could influence patient response to treatment with biologics . However, both PP and PPP involve IL-17 as a mediator of inflammation,...”*

*“...Overall, biologics are effective and well-tolerated for the treatment of hyperkeratotic PP, as demonstrated by the [ 80% efficacy for adalimumab, guselkumab, ixekizumab, secukinumab, and ustekinumab. The strong support for effective hyperkeratotic PP treatment is derived from multiple large RCTs, and thus providers may consider tailoring their treatment to include biologics earlier when a patient presents with this recalcitrant chronic disease. Infliximab and ustekinumab showed moderate efficacy for pustular PP, but the data were limited to small trials or case reports. Less data are available for the treatment of PPP; however, to date infliximab is the most efficacious treatment...”*