
Psoriasis y dermatomicosis

CARLOS VALENCIA, HERTA VELEZ, LUCIA SANTAMARIA,
MARIA E. VARGAS, FERNANDO MONTOYA

Se realizó estudio micológico a 52 pacientes que tenían diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis, pertenecientes al servicio de dermatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, entre agosto de 1991 y febrero de 1993. Se tomaron 109 muestras a partir de las placas psoriáticas y de las lesiones sospechosas de dermatomicosis. En 10 casos (19.2%) se corroboró el diagnóstico de dermatomicosis; en 5 de ellos se encontró onicomicosis por *Candida albicans* sin asociación con la edad, el sexo, el oficio o el tratamiento de los pacientes. En 4 hombres se aisló *E. floccosum* de diferentes localizaciones y en una mujer *T. tonsurans* de lesiones interdigitales en los pies. Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la infección por dermatofitos y el uso de esteroides sistémicos ($p = 0.021$).

No se obtuvo crecimiento de dermatofitos a partir de las placas psoriáticas ni se vieron cambios histológicos típicos de la enfermedad en las lesiones producidas por los hongos. En conclusión, es baja la frecuencia de dermatomicosis en personas con psoriasis; usualmente la piel comprometida por los hongos está libre de cambios psoriáticos y el riesgo de contraer la dermatofitomicosis se incrementa en unas 30 veces en los pacientes tratados con esteroides sistémicos.

PALABRAS CLAVE

PSORIASIS
DERMATOMICOSIS
CORTICOSTEROIDES
DERMATOFITOS

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad de la piel de curso crónico, recurrente, con patrones clínicos variables caracterizada por placas de escamas poco adheridas entre sí, que al removerse dejan una base eritematosa y un punteado hemorrágico.

Se han informado pocos casos de psoriasis asociada con infecciones micóticas cutáneas, especialmente por dermatofitos; Alteras y colaboradores (1) y Grupper (2) afirman que esta baja asociación se debe a la incapacidad de los agentes para colonizar

DOCTOR CARLOS VALENCIA, médico dermatólogo; LICENCIADA HERTA VELEZ, Profesora Titular y LICENCIADA LUCIA SANTAMARIA, Profesora Asociada, Sección de Microbiología, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; DOCTOR FERNANDO MONTOYA, Profesor Titular, Centro de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; LICENCIADA MARIA E. VARGAS, Bacterióloga y Laboratorista Clínica, Sección de Microbiología, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

la capa córnea paraqueratósica propia de la entidad, dado su rápido recambio y la acelerada descamación de las células epidérmicas.

Arieli y colaboradores (3), contrariamente, logran producir dermatofitosis experimental sobre lesiones psoriáticas humanas; doce de 14 cepas de *T. rubrum* prendieron en las placas de la entidad, frente a 4 de 14 cepas del mismo patógeno que crecieron sobre piel sana. Se sugiere que la queratina paraqueratósica no sólo es un medio apto para el crecimiento de los dermatofitos sino que es más favorable que la capa córnea de la piel normal.

Dada esta controversia nos propusimos estudiar la asociación entre las dermatomicosis y la psoriasis y determinar algunos factores de riesgo.

MATERIALES Y METODOS

Se evaluaron 52 pacientes de ambos sexos, mayores de 13 años, con diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis, que acudieron a la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, entre agosto de 1991 y febrero de 1993. Se analizaron tanto los casos viejos como los nuevos.

A todos los pacientes se les realizó una encuesta que incluyó el sexo, la procedencia, el tiempo de evolución de la psoriasis, los sitios corporales comprometidos, la sospecha clínica de dermatomicosis y su localización y los tratamientos efectuados para la psoriasis durante el último año.

Una vez seleccionado el paciente se le practicaron examen directo y cultivo para hongos de una de las lesiones típicas de psoriasis y de todas las que fueran sospechosas de dermatomicosis, de acuerdo con una metodología estándar (4,5). Se consideraron lesiones sospechosas aquellas con borde activo, las refractarias a la terapia específica de la psoriasis y todas las situadas en palmas, plantas, uñas y áreas inguinocrurales. El paciente no recibió tratamientos tópicos durante las 48 horas previas al estudio micológico y se suspendieron los antimicóticos 7 días antes del examen.

A todos los pacientes con exámenes directos y/o cultivos positivos para hongos se les tomó biopsia de la lesión respectiva para estudiar cambios locales específicos de psoriasis y detectar la presencia de agentes de dermatomicosis. Se excluyeron de este procedimiento los pacientes que no lo aceptaron, los

que no regresaron a controles y aquéllos con lesiones ungueales.

Para el análisis de tablas de 2 x 2 se aplicó la prueba exacta de Fisher, con un nivel de confianza del 95%. La fuerza de asociación se determinó mediante la razón de disparidad (RD). Se utilizó el paquete Statxact turbo, versión 2.11 de la firma Cytel Software Corporation (USA).

RESULTADOS

Cuarenta pacientes (77%) fueron mujeres y 12 hombres (23%), con edades entre 14 y 71 años. Treinta y cuatro (65.4%) eran de Medellín, 5 (9.6%) de otros municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá y 13 (25%) de otros municipios del departamento de Antioquia. La duración media de la psoriasis fue 9.3 años con una variación entre 3 meses y 40 años.

En más del 75% de los casos las áreas anatómicas comprometidas por la psoriasis fueron los miembros inferiores, los superiores, el cuero cabelludo, la espalda y el abdomen.

En total se obtuvieron 109 muestras para estudio micológico tanto de las placas de la enfermedad como de las lesiones sospechosas de dermatomicosis.

En 32 pacientes se tuvo la sospecha clínica de dermatomicosis (10 hombres y 22 mujeres) pero únicamente se confirmó en 10 casos (19.2%). En 5 de ellos (9.6%), 2 hombres y 3 mujeres, se encontró onicomosis por *Candida albicans*, todas en las manos, sin diferencias significativas. El examen directo en estos 5 casos fue negativo. No se encontró en este grupo de pacientes asociación con la edad o el oficio. En los 5 casos restantes (9.6%) el estudio micológico detectó dermatofitos; en 4 hombres se aisló *E. floccosum* y en una mujer *T. tonsurans*. En dos de los hombres el microorganismo se aisló de lesiones únicas (tiña cruris y pedis) y en los restantes de localizaciones múltiples (glúteos, ingles, rodillas, plantas y uñas de los pies). El *T. tonsurans* se aisló de lesiones interdigitales de los pies. El examen directo fue positivo en todos los casos excepto el de la paciente con *T. tonsurans*.

No se obtuvo crecimiento de dermatofitos de las placas psoriáticas y los aislamientos se lograron únicamente de las lesiones sospechosas de dermatofitosis.

En los pacientes con onicomicosis por *Candida* no se realizaron biopsias y en los casos de dermatofitosis no se demostraron cambios histopatológicos típicos de psoriasis ni se visualizaron hongos en los diferentes estratos cutáneos; los únicos hallazgos correspondieron a inflamación crónica inespecífica.

Los tratamientos administrados para controlar la psoriasis durante el año previo a la investigación fueron en su mayoría (45/52) con queratolíticos o esteroides tópicos; cuatro pacientes recibieron metrotexate; tres (todos del sexo masculino) esteroides sistémicos y tres más dapsona. De los casos con dermatofitosis 3 recibieron tratamientos tópicos y 2 esteroides sistémicos. No hubo pacientes tratados con metrotexate o dapsona.

En la tabla Nº 1 se muestra la asociación entre el uso de esteroides sistémicos y la dermatofitosis. Su uso confiere un riesgo de 30.7 veces calculado como RD y una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.021$). Los tratamientos tópicos no confirieron susceptibilidad o protección ($RD = 0.3$ y $p = 0.24$).

frecuencia de dermatofitosis (9.6%) y en sólo un caso hubo compromiso ungueal, hallazgos similares a los de Zaias (6) quien supone que esta baja frecuencia sería debida a los altos niveles séricos y ungueales de una glicoproteína inhibidora del crecimiento de los dermatofitos, presente en los pacientes con la enfermedad. Igualmente rara fue la tiña corporis, vista sólo en un paciente. Dada su escasa frecuencia, Lee y colaboradores (7) ya habían publicado un caso en 1980.

Llama la atención la ausencia de dermatofitos en los estudios histológicos, explicable quizás por su localización superficial y su desprendimiento durante el proceso de la muestra. Cabe resaltar la negatividad del examen directo en los casos de onicomicosis por *C. albicans*. Aunque el crecimiento fue abundante, nos planteamos dudas acerca del papel patógeno del hongo en estos casos.

La aparente relación entre el sexo y los dermatofitos es una asociación espúrea, dado que fueron los hombres los únicos que recibieron esteroides sisté-

TABLA Nº 1

ASOCIACION ENTRE EL USO DE ESTEROIDES SISTEMICOS Y LA DERMATOFITOSIS

ESTEROIDE SISTEMICO	DERMATOFITOSIS								
	Nº	Si	%	Nº	No	%	Total	Nº	%
Si	2		66.7	1		33.3		3	100.0
No	3		6.1	46		93.9		49	100.0
Total	5		9.6	47		90.4		52	100.0

$p = 0.021$
RD = 30.7

DISCUSION

El presente estudio muestra una baja frecuencia de asociación de psoriasis y dermatomycosis lo que concuerda con Alteras y colaboradores (1) quienes luego de 12 años de seguimiento clínico y micológico de individuos con psoriasis sólo encontraron 34 casos con dermatomycosis. Así mismo fue poca la

micosis en este trabajo. La asociación entre esteroides sistémicos y dermatofitosis podría explicarse por los efectos inmunosupresores que facilitarían el crecimiento de los agentes y por la disminución de la tasa mitótica de las células epidérmicas que disminuiría el barrido natural de los microorganismos (7).

En nuestro medio es escaso el aislamiento de *T. tonsurans* y excepcional su hallazgo en el espacio

interdigital. La identificación del *E. floccosum* como el agente más común contrasta con los aislamientos en individuos sin psoriasis en quienes los agentes más frecuentes son el *T. mentagrophytes* y el *T. rubrum*.

Otros trastornos de la queratinización, especialmente de índole genética, como la ictiosis congénita, la eritrodermia congénita, la queratodermia palmo-plantar y la pitiriasis rubra pilaris, contrariamente a la psoriasis, favorecen la infección por dermatofitos con riesgos hasta 36 veces mayores en relación con los individuos normales (8).

Creemos que la psoriasis y las dermatofitosis coexisten en un mismo individuo como enfermedades separadas, con escasa relación de dependencia, tal como lo afirmara Grupper (2).

SUMMARY

PSORIASIS AND DERMATOMYCOSIS

Mycological study was performed on 52 patients with clinical and histopathological diagnosis of psoriasis; they were attending the Dermatology Service at *Hospital Universitario San Vicente de Paúl*, Medellín, Colombia, between August 1991 and February 1993. One hundred and nine specimens were obtained from either psoriatic plaques or lesions suggestive of dermatomycosis. The diagnosis of dermatomycosis was established in 10 patients (19.2%); 5 of them had *Candida albicans* onychomycosis that was not associated with age, sex, occupation or psoriasis therapy; 4 men suffered from *E. floccosum* infection and

in one woman *T. tonsurans* was found in interdigital lesions of the feet. Statistically significant association was found between dermatophytic infection and the use of systemic steroids ($p = 0.021$).

Dermatophyte growth was not obtained from the psoriatic plaque and histological changes typical of the disease were not seen in the mycotic lesion. In conclusion: the frequency of dermatomycosis is low in psoriasis patients; the skin infected with fungi is free from psoriatic changes and the risk of acquiring dermatophytic mycosis increases about 30 times in patients receiving systemic steroids.

BIBLIOGRAFIA

1. ALTERAS I, INGBERG A, SEGAL R, SCHVILI D. The incidence of skin manifestations by dermatophytes in patients with psoriasis. *Mycopathologia* 1986; 95: 37-39.
2. GRUPPER CH. Trichophytie diffuse à *T. rubrum* chez un malade atteint de psoriasis. *Bull Soc Franç Dermatol Syphil* 1972; 79: 610-612.
3. ARIELI G, ALTERAS I, FEUERMAN EJ. Experimental inoculation of dermatophytes on psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1979; 72: 33-34.
4. RESTREPO A, QUINTERO M, MONCADA LH, CALLE G. Agentes causales de micosis superficiales en nuestro medio. *Ant Med* 1970; 20: 77-87.
5. RIPPON JW. Medical mycology. 3th ed. Philadelphia: Saunders, 1988: 169-275.
6. ZAIAS N. Psoriasis of the nail. A clinico-pathologic study. *Arch Dermatol* 1969; 99: 567-579.
7. LEE SC, SAVOY LB, CHAPEL TA. Psoriasis with tinea corporis. *Cutis* 1980; 26: 158-160.
8. CHERIF F, CHAKER E, SFARZ, et al. Troubles héréditaires de la kératinisation et mycoses. *J Mycol Med* 1991; 1: 125-130.