

CASO CLÍNICO

Erupción medicamentosa psoriasiforme simulando lupus cutáneo subagudo

María Delfina Esteves Baldó¹ , María Gabriela Uzcátegui² , Ana María Sáenz³ , Elizabeth Ball⁴.

¹Médico Cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela. Residente de Postgrado de Dermatología y Sifilografía, Hospital Universitario de Caracas.

²Médico dermatólogo, adjunto al postgrado de Dermatología y Sifilografía. Hospital Universitario de Caracas.

³Médico dermatólogo, adjunto al Servicio de Dermatología. Profesor Asociado, Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas.

⁴Dermatopatólogo. Adjunto al Servicio de Dermatología. Profesor Asociado, Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas.

Resumen

Las erupciones medicamentosas psoriasiformes son una variante excepcional de las erupciones medicamentosas que tienen una relación causal absoluta con los beta bloqueante y el litio, otros tienen una relación sustancial pero insuficiente con otros fármacos como los inhibidores de la ECA y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). Presentamos el caso de una paciente femenina de 65 años que presentó una erupción medicamentosa psoriasiforme inducida por losartán después de años de tratamiento, probablemente asociada al aumento de la dosis. Los dermatólogos debemos recordar que los antihipertensivos tipo ARA II pueden inducir erupciones medicamentosas que puede simular enfermedades como lupus eritematoso cutáneo (LEC) y psoriasis, incluso después de años de tratamiento.

Palabras claves: erupción, medicamentosa, psoriasiforme, losartán, antihipertensivos.

Información del artículo

Autor para correspondencia:
María Delfina Esteves Baldó
E-mail: delfi840@hotmail.com

Recibido: 15-07-2023
Aceptado: 30-08-2024

doi: <https://doi.org/10.70181/DV.2024.1.62.04>

Psoriasiform drug eruption simulating subacute lupus cutis

Summary

Psoriasiform drug eruptions are an exceptional variant of drug eruptions that have an absolute causal relationship with beta-blockers and lithium, others have a substantial but insufficient relationship with other drugs such as ACE inhibitors and ARA II. We present the case of a 65-year-old female patient with a psoriasiform drug eruption induced by losartan after years of treatment, probably associated with dose escalation. Dermatologists should remember that ARA II type antihypertensives can induce drug eruptions that can simulate diseases such as CLE, psoriasis, at any time, even after years of treatment.

Keywords: rash, drug eruption, psoriasiform, losartan, antihypertensive drugs

Introducción

Se conoce como reacción adversa a un medicamento cualquier efecto indeseado producto de la administración de una droga a dosis adecuada para tratamiento, diagnóstico o profilaxis de alguna patología. Los fármacos más frecuentes implicados en las erupciones medicamentosas son los antihipertensivos, los antiepilépticos, antiinflamatorios no esteroideos y los antibióticos. Siendo los antihipertensivos los responsables del 10 a 60% de las reacciones medicamentosas dermatológicas. Clínicamente dependiendo de la clase de antihipertensivos se pueden presentar como angioedema, púrpura, alopecia, urticaria, vasculitis, fotosensibilidad y en menor proporción erupciones psoriasiformes producidas principalmente por betabloqueantes. Sin embargo, faltan datos sobre la incidencia y los diferentes tipos de reacciones cutáneas que se pueden producir con los antihipertensivos^{1,2}.

Reporte del caso

Se presenta el caso de un paciente femenino de 65 años de edad, natural y procedente del estado Zulia, de profesión ama de casa. Con antecedentes conocidos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en tratamiento con Metformina 800 mg, glimepiride 4 mg y Losartán 50 mg vía oral BID, quien inició sintomatología en abril 2022 posterior a aumento de dosis de losartán a 100 mg BID, cuando presentó máculas eritematosas en cara, placas eritematodescamativas en cuero cabelludo, tórax anteroposterior, superficies extensoras de miembros superiores e inferiores afectando más del 80% de la superficie corporal total. (Figura 1)



Figura 1. Facies abotagadas, eritematosas. Placas eritematodescamativas de bordes regulares en cuero cabelludo, tórax anteroposterior, superficies extensoras de miembros superiores, abdomen y muslos.

Al estudio histopatológico se evidenció ortoqueratosis en cesta, paraqueratosis focal, epidermis con tendencia al adelgazamiento, espongiosis difusa, vacuolización de la capa basal, infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial intersticial con elastosis solar severa. (Figura 2)

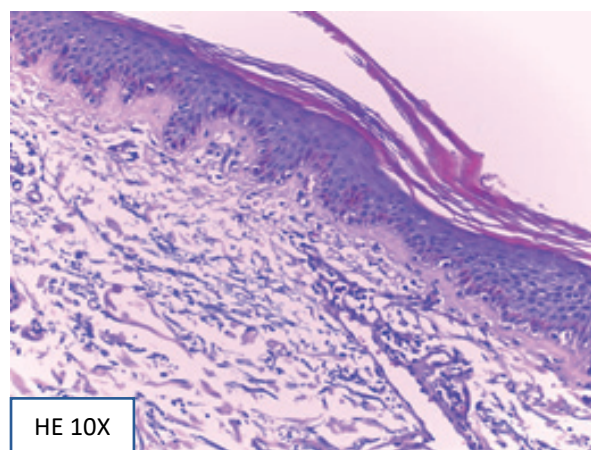


Figura 2. Ortoqueratosis en cesta, paraqueratosis focal, epidermis con tendencia al adelgazamiento, espongiosis difusa, vacuolización de la capa basal, infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial intersticial con elastosis solar severa. (Foto cortesía Dra. Elizabeth Ball)

Se inició tratamiento con corticoesteroides tópicos de alta potencia y emolientes, y descenso de la dosis de losartán a 100 mg OD, presentando resolución completa a los 30 días evidenciando máculas hipopigmentadas de aspecto residual. (Figura 3)

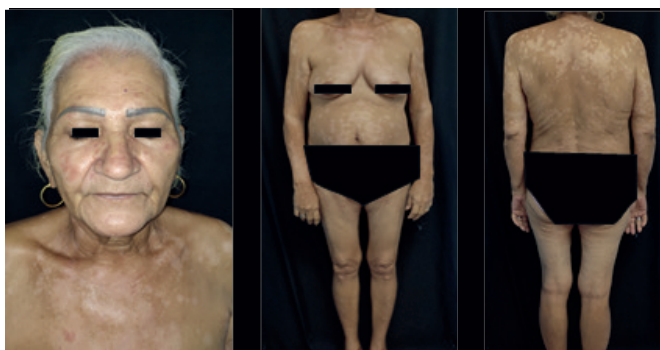


Figura 3. Máculas hipopigmentadas de aspecto residual en tórax anteroposterior y abdomen.

Discusión

Las erupciones medicamentosas psoriasiformes son infrecuentes y representan el 2.1%. Los diferentes grupos de antihipertensivos pueden producir diversos tipos de erupciones medicamentosas cutáneas,

donde las más frecuentemente descritas son angioedema, urticaria, púrpura, penfigoide, erupciones liquenoides, psoriasiformes y eczemasas generalmente inducidas por los beta bloqueantes, mientras que los bloqueadores de los canales de calcio se ha descrito púrpura, penfigoide, fotosensibilidad, lupus eritematoso cutáneo subagudo, psoriasis y Síndrome de Steven Johnson; y en el grupo de diuréticos se ha descrito principalmente erupciones medicamentosas tipo vasculitis, fotosensibilidad y eritema multiforme^{1,2} (Tabla 1).

Tabla 1. Familias de medicamentos antihipertensivos y presentación cutánea de las erupciones medicamentosas.

Inhibidores ECA/ R ECA II	Bloqueadores de los canales calcio	β bloqueantes	Diuréticos tiazídicos
Angioedema Urticaria Prurito Erupciones ampollares Fotosensibilidad Alopecia	Púrpura Penfigoide Fotosensibilidad LECSA Psoriasis EM SSJ Erupciones morbiliformes Eritrodermia Ulceras orales	Erupciones liquenoides Erupciones psoriasiformes Erupciones eczemasas	Vasculitis, fotosensibilidad, EM y eczema Furosemida Penfigoide y pseudoporfiria

Dentro de las erupciones medicamentosas psoriasiformes existen medicamentos que tienen una relación causal absoluta como los beta bloqueantes, litio y antipalúdicos. Y una relación sustancial pero insuficiente como los inhibidores de la ECA y los ARA II3. (Tabla 2).

Tabla 2. Relación causal de medicamentos que producen erupciones medicamentosas psoriasiformes.

Relación causal	Fármacos
Relación causal absoluta	Bloqueadores beta, litio, antipalúdicos sintéticos, antiinflamatorios no esteroideos, tetraciclinas
Sustancial pero insuficientes	Inhibidores de la ECA, ARA II, interferones, Terbinafina
Asociación ocasional	Clonidina, digoxina, amiodarona, quinidina, dihidropiridinas antagonistas del calcio, carbamazepina, ácido valproico, fluoxetina, acetazolamida, sulfonamidas, penicilina amoxicilina, ampicilina, morfina, procaína, cimetidina, ranitidina, oro, mercurio, oxandrolona, progesterona, gemfibrozilo, yoduro de potasio, factores estimulantes de colonias de granulocitos-macrófagos

Estas lesiones inician entre 6 semanas hasta 9 meses posterior al inicio del fármaco y suelen desaparecer tras la retirada del mismo. Se diferencian

clínicamente de la psoriasis vulgar ya que las placas son menos gruesas, eritematosas, se pueden localizar en áreas fotoexpuestas, no fotoexpuestas, y no suelen existir afectación ungueal^{4,5}.

El mecanismo por el cual se puede inducir o exacerbar la psoriasis se desconoce, aunque se ha propuesto como hipótesis el bloqueo de los receptores beta-adrenérgicos, que provoca una disminución del AMPc y calcio. También se ha descrito que la angiotensina II (ATII) estimula la proliferación de queratinocitos a través del receptor ATII, lo que podría explicar cómo los ARA II inducen o exacerban la psoriasis produciendo vasodilatación, activación cascada bradiquinina- óxido nítrico - GMPc que a su vez aumenta la inflamación⁶⁻⁹.

A diferencia de la psoriasis vulgar, histopatológicamente las erupciones medicamentosas psoriasiformes no presentan neutrófilos ni microabscesos de Munro. Las lesiones suelen desaparecer tras la retirada del fármaco causal en semanas hasta meses^{10,11}.

Conclusiones

Las reacciones cutáneas adversas a drogas como los antihipertensivos son muy comunes, se pueden presentar incluso años después del inicio del tratamiento, por lo que es importante conocer los diferentes tipos de reacciones cutáneas y los fármacos casuales, ya que estos son de uso frecuente y pueden simular otras enfermedades, y al no hacer un buen interrogatorio esta información puede pasar por alto, retrasando el diagnóstico, tratamiento y la mejoría del paciente.

Referencias

1 Turk BG, Gunaydin A, Ertam I, Ozturk G. Adverse cutaneous drug reactions among hospitalized patients: Five year surveillance. *Cutan Ocul Toxicol*. 2013;32:41-5.

2 Özkaya, E. and Didem Yazganoğlu, K. (2014) Adverse cutaneous drug reactions to cardiovascular drugs. London: Springer. p: 86-87.

3 Ranugha P, Betkerur J. Antihypertensives in dermatology Part II - Cutaneous adverse reactions to antihypertensives. 2018;84(2):137-147.

4 Brauchli YB, Jick SS, Curtin F, et al. Association between beta-blockers, other antihypertensive drugs and psoriasis: population-based case-control study. *Br J Dermatol*. 2008;158:1299–1307.

- 5 Lamba G, Palaniwamy C, Singh T. Psoriasis induced by losartan therapy: a case report and review of the literature. *J Ther.* 2011;18(3):e78-80.
- 6 Steckelings UM, Artuc M, Paul M, et al. Angiotensin II stimulates proliferation of primary human keratinocytes via a non-AT1, non-AT2 angiotensin receptor. *Biochem Biophys Res Commun.* 1996;229:329–333.
- 7 Marquart-Elbaz C, Grosshans E, Lipsker D, et al. Sartans, angiotensin II receptor antagonists, can induce psoriasis. *Br J Dermatol.* 2002;147:617–618.
- 8 Upadhayai JB, Nangia AK, Mukhija RD, et al. Cutaneous reactions due to antihypertensive drugs. *Indian J Dermatol.* 2006;51:189-91.
- 9 Thestrup-Pedersen K. Adverse reactions in the skin from anti-hypertensive drugs. *Dan Med Bull.* 1987;34(1)3-5.
- 10 Tsankov N, Kazandjieva J, Drenovska K. Drugs in exacerbation and provocation of psoriasis. *Clin Dermatol.* 1998;16:333–51.
- 11 Steckelings UM, Artuc M, Wollschla ger T, et al. Angiotensin- converting enzyme inhibitors as inducers of adverse cutaneous reactions. *Acta Derm Venereol.* 2001;81:321–325.