

# Una complicación paradójica

**Autor:**

Marina González Cervantes  
*MIR 1 Pediatría*

**Rotatorio:**

Atención Primaria (C.S. San Vicente II)

**Tutor:**

Miguel Ángel Ruiz Castellano



# Índice



**01**

Caso clínico



**02**

Introducción



**03**

Diagnóstico



**04**

Tratamiento



**05**

Conclusiones



**06**

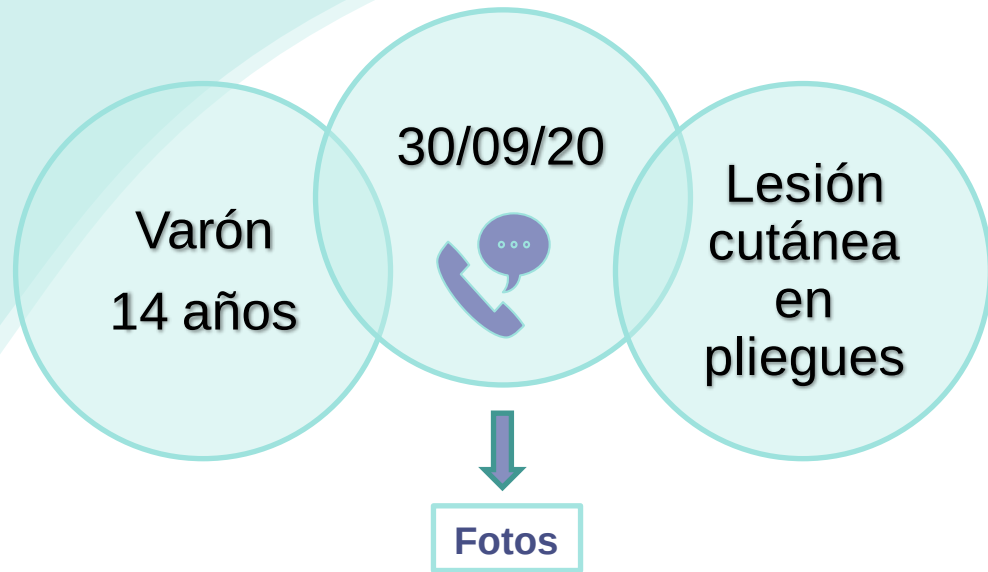
Bibliografía

# Abreviaturas

- VHS: virus herpes simple
- SI: sistema inmune
- EII: enfermedad inflamatoria intestinal
- TGI: tracto gastrointestinal
- EC: enfermedad de Crohn
- AS: análisis de sangre
- IC: interconsulta
- SC: superficie cutánea
- Vit: vitamina
- AR: artritis reumatoide
- Ps: psoriasis
- Sd: síndrome
- TNF: factor de necrosis tumoral
- IL: interleucina
- CDp: células dendríticas plasmocitoides
- Linfocito Th: linfocito T colaborador
- IFN $\alpha$ : interferón alfa
- CXCR3: receptor de quimiocinas CXCR3
- Tto: tratamiento
- RS: revisión sistemática
- Aps: artritis psoriásica
- CU: colitis ulcerosa
- EA: espondilitis anquilosante

# 01

## Caso clínico



# Fotos



Metilprednisolona  
0,1% crema

# Evolución



## Lesiones cutáneas en pliegues

Fotos

Metilprednisolona 0,1%

Cita programada para control:  
buena respuesta

## Mupirocina

**Amoxicilina-clavulánico**

Cita programada para control



# Evolución



30/09

Primera consulta



19/11

Revisión (PNS)



27/11

Seguimiento

## **Lesiones cutáneas en pliegues**

Fotos

Metilprednisolona 0,1%

Cita programada para control:  
buena respuesta

## **Mupirocina**

**Amoxicilina-clavulánico**

Cita programada para control

Mejoría pero persisten

Fotos

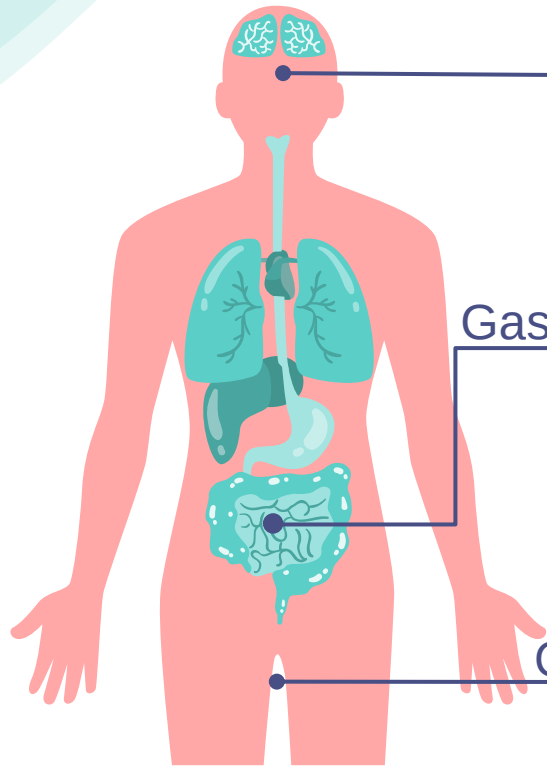
Cita programada 28/11  
(Gastroenterología Pediátrica)

# Fotos





# Antecedentes personales



Endocrinología

**Talla baja**

Antecedentes familiares:  
psoriasis materna

Gastroenterología



2015

Diagnóstico:  
**enfermedad de Crohn**  
(Ileal y perianal)  
*Infliximab*

2017

Cambio  
*Adalimumab*

2020

Continúa  
*Adalimumab*

Cirugía pediátrica

**Criptorquidia**  
**Hipospadia**

# 02

## Introducción

- Dermatitis intertriginosas
- Enfermedad de Crohn
- Manifestaciones cutáneas de la EC

# Dermatosis intertriginosas

- **Piel intertriginosa/ pliegues cutáneos:**

Superficies opuestas de la piel que contactan en reposo → **oclusión crónica**

- Clasificación: **inflamatorios, infecciosos, genéticos, otros**
- Diagnóstico:

## **Historia clínica**

*(edad, síntomas asociados, curso clínico, tratamiento y respuesta, AP y AF)*

**+**

## **Examen físico**

*(distribución y morfología).*

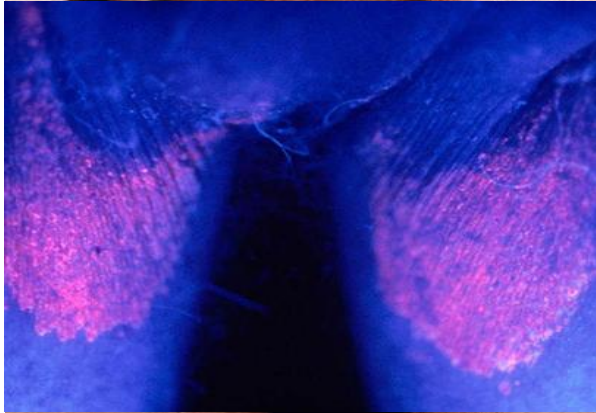
**Otros:** hidróxido de potasio, lámpara de Wood, cultivo, biopsia...

# Dermatosis intertriginosas

Morfología

Placas Eritematosas

Eritrasma



Pitiriasis Rosada



Dermatitis seborreica



# Dermatosis intertriginosas

Morfología

Placas Eritematosas

Tiña Cruris



Intértrigo



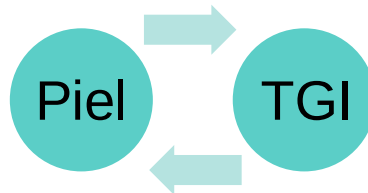
Psoriasis



# Enfermedad de Crohn

- EII: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, otros
- Etiología y patogenia no esclarecidas
- Brotes
- Manifestaciones no digestivas → **cutáneas**, osteoarticulares, otras

TGI continuación de la piel  
Epitelio con similares características



# Manifestaciones cutáneas EC

## Inespecíficas

- Pioderma gangrenoso
- Eritema nodoso

## Específicas

- EC metastásica
- Pioestomatitis vegetante

## Derivadas de la malabsorción

- Cuadros pelagroides
- Déficit de cinc
- Otros déficits globales

## Derivadas del tratamiento

- Sarcoma de Kaposi
- Psoriasis

# Evolución

| Inespecíficas                                                                                  | Específicas                                                                                         | Derivadas de la malabsorción                                                                                                      | Derivadas del tratamiento                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pioderma gangrenoso</li><li>• Eritema nodoso</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• EC metastásica</li><li>• Pioestomatitis vegetante</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuadros pelagroides</li><li>• Déficit de cinc</li><li>• Otros déficits globales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sarcoma de Kaposi</li><li>• Psoriasis</li></ul> |



12/12

Seguimiento

Reconsulta por empeoramiento  
Queilitis angular (08/09) → corticoides /  
AS no afectación nutricional  
IC telederma



# Evolución

| Inespecíficas                                                                                  | Específicas                                                                                         | Derivadas de la malabsorción                                                                                                      | Derivadas del tratamiento                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pioderma gangrenoso</li><li>• Eritema nodoso</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• EC metastásica</li><li>• Pioestomatitis vegetante</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuadros pelagroides</li><li>• Déficit de cinc</li><li>• Otros déficits globales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sarcoma de Kaposi</li><li>• Psoriasis</li></ul> |



12/12  
Seguimiento



15/12  
Seguimiento

Reconsulta por empeoramiento  
Queilitis angular/ AS no afectación nutricional  
IC telederma

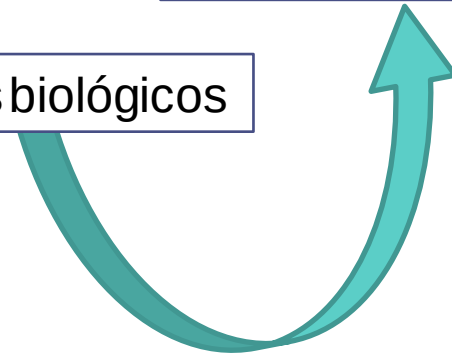
Telederma:  
Miconazol+Hidrocortisona  
Cita Dermatología

# 03

## Diagnóstico

Fármacos biológicos

Psoriasis invertida



# Psoriasis

- Enfermedad cutánea de base **inflamatoria** mediada por el **sistema inmune**
- Factores **genéticos + ambientales**
- Curso **crónico**, en **brotes**
- Principales **formas clínicas**:



Placas



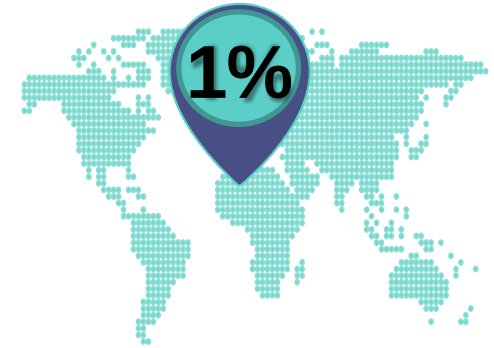
Gotas



Pustulosa

Fuente: dermatoweb

## Prevalencia



Eritrodérmica

> 90% SC; bruca/progresiva; grave

# Psoriasis

- Localizaciones especiales:

Fuente: dermatoweb



Cuero  
cabelludo



Invertida



Ungueal



Palmoplantar

- Diagnóstico: clínico → biopsia cutánea

- Tratamiento: no curativo



| TÓPICO                                                                                                                                                                  | SISTÉMICO                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Corticoides</li><li>Derivados vit D</li><li>Tazaroteno</li><li>Antralina</li><li>Breas</li><li>Inhibidores calcineurina</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Fototerapia</li><li>Retinoides</li><li>Ciclosporina</li><li>Metotrexato</li><li>Biológicos:<ul style="list-style-type: none"><li>antiTNF<ul style="list-style-type: none"><li>- etanercept</li><li>- adalimumab</li></ul></li></ul></li></ul> |

# Fármacos y reacciones paradójicas

## Fármacos biológicos

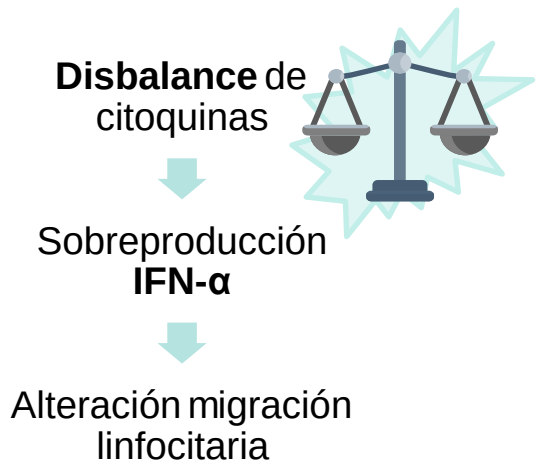
---

- ☐ Finales 1990
- ☐ Tratamiento dirigido contra componentes de la cadena inflamatoria
- ☐ Avance en el tratamiento de patologías inflamatorias inmunomediadas (EII, AR, Ps...)
- ☐ Efectos secundarios
  - Infecciones (lo más frecuente)
  - **Reacciones paradójicas**

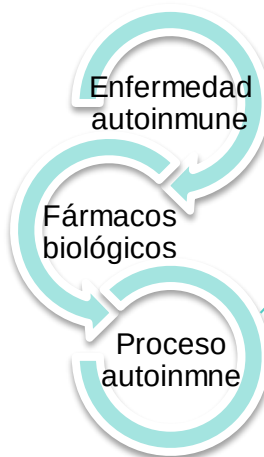
# Fármacos y reacciones paradójicas

Desarrollo *de novo* o el empeoramiento de una patología inmunomediada de base que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce

- La mayoría por fármacos **anti-TNF: infliximab > adalimumab > etanercept**
  - otros fármacos biológicos de más reciente aparición (ustekinumab, secukinumab...)



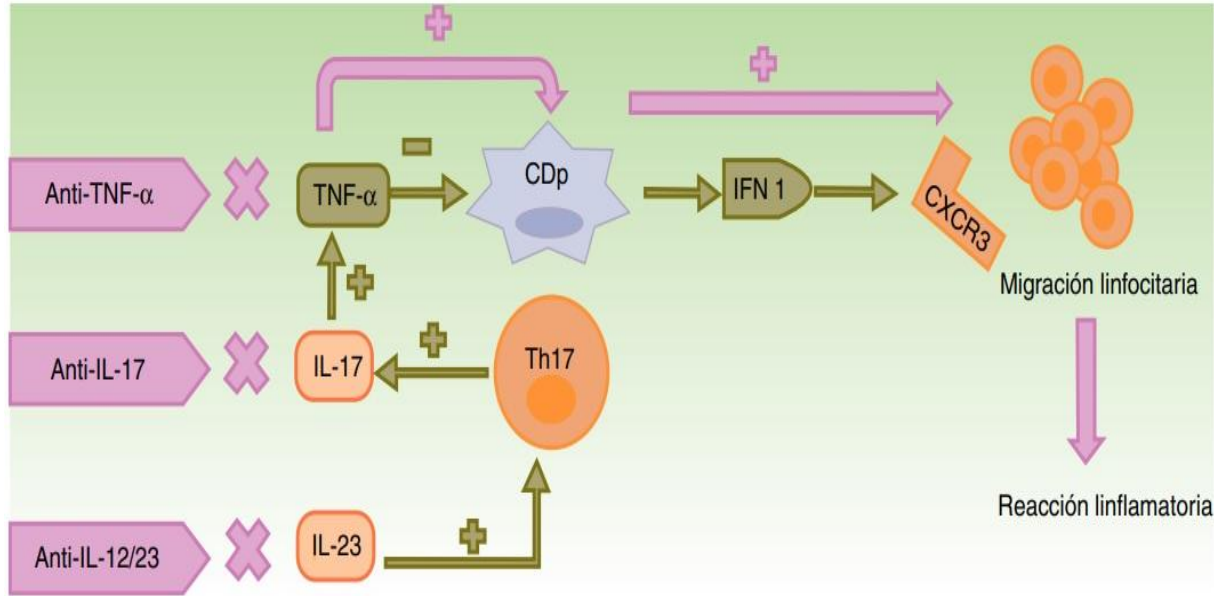
P  
A  
R  
A  
D  
Ó  
J  
I  
C  
A



- Erupciones psoriasiformes**
- Exacerbaciones EII
- Hidradenitis supurativa
- Sd. Lupus-like

# Fármacos y reacciones paradójicas

## Hipótesis patogénica

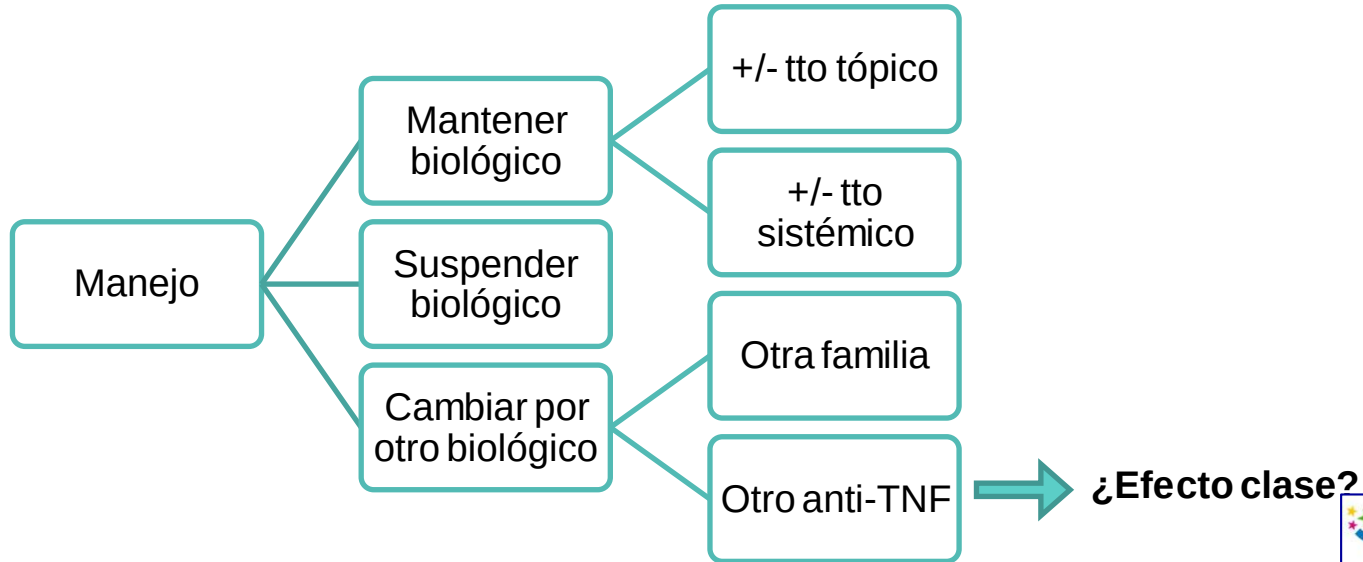


**CDp:** células dendríticas plasmocitoides  
**CXCR3:** receptor de quimiocinas CXCR3  
**IFN:** interferón  
**IL:** interleucina  
**Linfocito Th:** linfocito T colaborador  
**TNF:** factor de necrosis tumoral

Fuente: M. Munuera-Campos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2018

# Psoriasis paradójica

- Reacción paradójica **más frecuente** y la **primera** en describirse
- Características histológicas **indistinguibles de la psoriasis espontánea**  
**Eosinófilos/células plasmáticas** → ¿inducida por fármacos?





# Psoriasis paradójica

## Datos

dermatológica

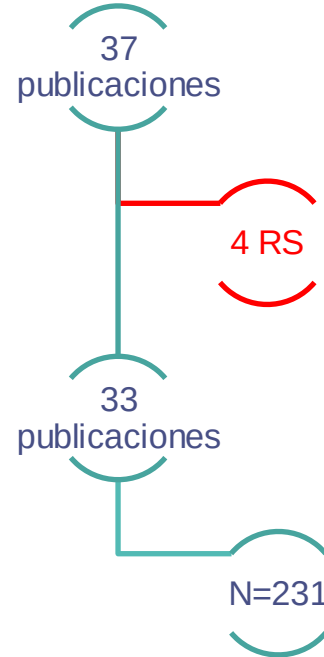
**Psoriasis paradójica como efecto adverso por el uso de la terapia biológica. Revisión de la literatura**

Trull, I. B., Catalá, J. C.

*Enfermería dermatológica 2017; 11(30): 43-49*

**Análisis** de los aspectos clínicos más relevantes:

1. Aspectos demográficos
2. Enfermedad de base
3. Fármacos biológicos
4. Manifestaciones clínicas
5. Aparición de psoriasis
6. Tiempo de latencia
7. Manejo terapéutico



Resultados extrapolables

# Psoriasis paradójica

## Datos

### 1) Aspectos demográficos

- Sexo **femenino** (68,2% frente a 31,8%)
- Edad media **35,5 años** (7-78 años)

### 2) Enfermedad de base

- **EC** (55,4%)
- **AR** (20,7%)
- **Aps** (9,4%)
- **CU** (7,5%)
- **EA** (1,4%)
- **Otras** (5,6%)

### 3) Fármacos biológicos

- **Infliximab** (62,9%) > **Adalimumab** (23,1%) > **Etanercept** (10,3%)

### 4) Manifestaciones clínicas

- **En placas** (47,9%)
- **Pustular palmoplantar** (36,6%)
- **Invertida o flexural** (2,3%)

### 5) Aparición de psoriasis

- **De novo** (88,7%)

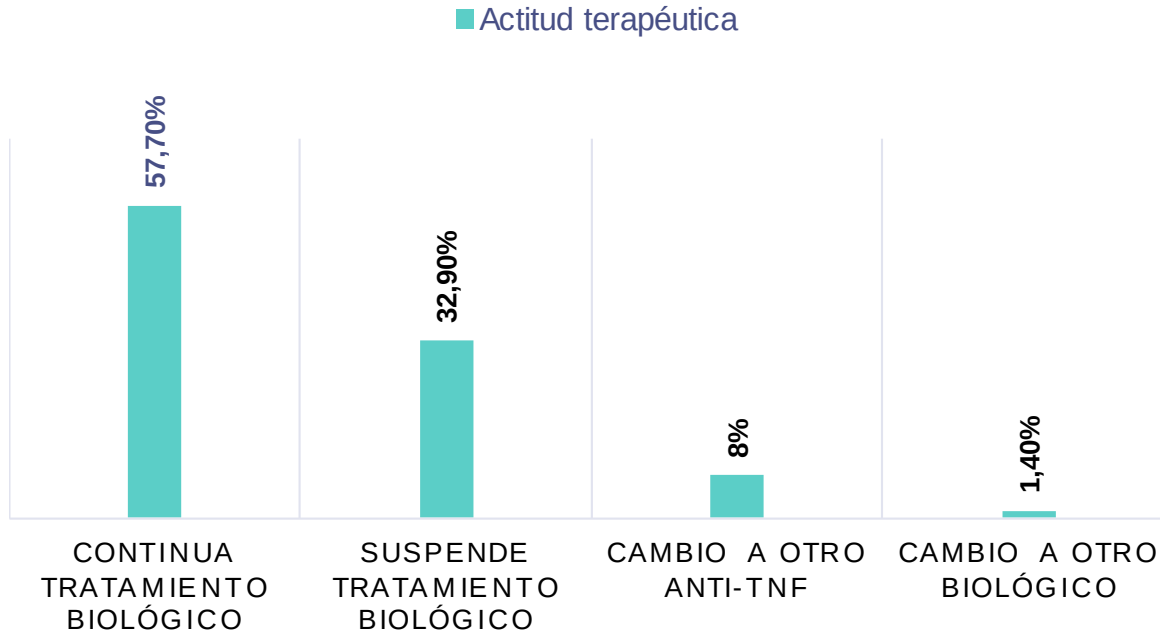
### 6) Tiempo de latencia

- **16,34 meses** (7 semanas-62 meses)

# Psoriasis paradójica

## Datos

### 7) Manejo terapéutico



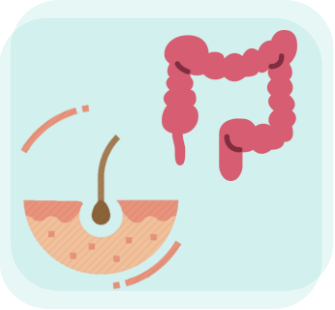


# 04 Tratamiento Plan

# Tratamiento/Plan



- Hidrocortisona+miconazol
- Jabón natural



- Gastroenterología Pediátrica
- Dermatología

Optimizar dosis  
adalimumab

¿Mejoría?

Psoriasis

¿Empeoramiento?

Reacción  
paradójica

# Conclusiones

1. Las reacciones paradójicas se definen como la aparición *de novo* o el empeoramiento de una patología inmunomediada que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce
2. Las reacciones paradójicas se han descrito, en su mayoría, por fármacos anti-TNF
3. El bloqueo del  $\text{TNF}\alpha$  resulta en un exceso de  $\text{IFN}\alpha$  que estimula la migración de los linfocitos T, provocando la reacción inflamatoria
4. La reacción paradójica más frecuentemente descrita es la psoriasis
5. En la psoriasis paradójica no siempre es necesaria la suspensión del biológico ni su cambio por otro fármaco del grupo, ya que en muchas ocasiones se controla con tratamientos tópicos
6. Es necesario que los pediatras conozcan estos efectos secundarios, dado el uso cada vez más frecuente de estos fármacos en la edad pediátrica

# Bibliografía



- Green Clayton B. Approach to the patient with an intertriginous skin disorder. Stratman E, ed. UpToDate [En línea]. 2020 [Fecha de consulta: 3-XII-2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-intertriginous-skin-disorder>
- Azaña-Defez JM, Martínez-Martínez ML. Psoriasis in childhood and adolescence. *Pediatr Integral*. 2016; 20: 234-43
- Domingo-Herranz H, Soria-Gili X, Ribera-Pibernat M. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria del intestino. *Piel*. 2006; 21: 295-305
- Ávila-Álvarez A, García-Alonso L, Solar-Boga A, García-Silva J. Psoriasis secundaria al tratamiento con infliximab y adalimumab en la enfermedad de Crohn. *An Pediatr*. 2009; 70: 278-81
- Mahil SK, Capon F, Barker JN. Update on psoriasis immunopathogenesis and targeted immunotherapy. *Semin Immunopathol*. 2016; 38: 11-27
- Munuera-Campos M, Ballesca F, Carrascosa JM. Reacciones paradójicas de los tratamientos biológicos utilizados en psoriasis: revision de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2018; 109: 719-800
- Balaguer-Trull I, Calvo-Catalá J. Psoriasis paradójica como efecto adverso por el uso de la terapia biológica: revisión de la literatura. *Enferm Dermatol*. 2017; 11: 43-49

# Una complicación paradójica

Marina González Cervantes  
Correo electrónico: [marina95ct@gmail.com](mailto:marina95ct@gmail.com)

