



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Psoriasis pustulosa generalizada en pacientes mayores de 65 años: serie de 5 casos clínicos



#### Elderly-Onset Generalized Pustular Psoriasis in the Elderly: A 5-Case Series

Sr. Director,

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica caracterizada por presentar una incidencia bimodal, aunque puede manifestarse a cualquier edad<sup>1</sup>. Existe escasa literatura sobre el comportamiento de esta enfermedad en la tercera edad, a pesar de la nada despreciable frecuencia de casos en este rango etario. Aunque la forma de psoriasis en placas es la manifestación clínica más frecuente en general, y en la edad avanzada en particular<sup>2</sup>, las formas de psoriasis pustulosa en el anciano (sin incluir la pustulosis palmoplantar [PPP]) han sido escasamente caracterizadas<sup>1,3,4</sup>.

Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional, de los pacientes mayores de 65 años, con un diagnóstico de psoriasis pustulosa (PP) de inicio tardío (edad superior a los 50 años), con al menos un episodio de pustulosis generalizada de más de cuatro semanas de evolución y sin la presencia de pustulosis palmoplantar asociada, que hubieran sido atendidos y/o estuvieran en seguimiento en la consulta monográfica de psoriasis del Hospital General Universitario Gregorio Marañón desde enero de 2000 hasta diciembre de 2021. Los datos clínicos, analíticos, terapéuticos y evolutivos se obtuvieron a partir de la historia clínica informatizada del servicio.

Se recogieron un total de 5 pacientes (tabla 1), 3 los cuales eran varones (60%). Estos 3 pacientes habían presentado lesiones de psoriasis en placas previo al inicio de la manifestación pustulosa; el tiempo desde el diagnóstico de psoriasis en placas hasta el desarrollo de formas pustulosas generalizadas fue de 31, 34 y 42 años. En las 2 mujeres no existían antecedentes personales ni familiares previos de psoriasis ni de otra enfermedad dermatológica. La edad al diagnóstico de las formas pustulosas varió desde los 50 a los 83 años (tabla 1).

En 4 casos se analizó el estado mutacional del gen del antagonista del receptor de la IL36 (*IL36RN*), sin encontrar variantes patológicas en ninguno de ellos.

Todos los pacientes precisaron ingreso en algún momento de la evolución de la PP, siendo en 2 casos en el momento de debut de la forma pustulosa, al acompañarse de fiebre y de clínica sistémica (psoriasis pustulosa generalizada [PPG] von Zumbusch).

Los 5 pacientes de la serie recibieron tratamiento con un corticoide tópico y acitretina como tratamiento sistémico de primera línea (dosis terapéuticas habituales, 10-25 mg/día), siendo suficiente para el control de la clínica cutánea en solo un caso. La combinación con apremilast fue la combinación de control en 2 pacientes y, en los casos restantes, lo fue el tratamiento biológico con guselkumab.

En comparación con las series de psoriasis vulgar, los estudios sobre las características epidemiológicas y clínico-evolutivas de los pacientes con una PP son escasos<sup>5-10</sup>, y aún más cuando nos referimos a pacientes mayores de 60-65 años, encontrando una única serie que aborde de forma específica este subgrupo de pacientes<sup>5</sup>.

El diagnóstico de las formas pustulosas de psoriasis suele establecerse en torno a la cuarta década de la vida<sup>6</sup>, formas en las que las mutaciones asociadas a una PP son más prevalentes<sup>7-9</sup>.

En la serie de 7 casos de PPG en pacientes mayores de 60 años (edad media  $70,7 \pm 9,2$  años)<sup>5</sup>, ninguno de los pacientes presentaba antecedentes personales o familiares de psoriasis y el estudio genético fue negativo en 6 de los 7 casos analizados. En comparación con una serie de 32 pacientes con PPG sin diferenciación por edad, los pacientes mayores presentaban mayor tendencia a la eritrodermia<sup>5,7-9</sup>.

La PP, aunque poco frecuente, es una enfermedad que, especialmente en su forma PPG, puede llegar a ser grave, condicionar el fallecimiento del paciente y, de forma frecuente, requerir ingreso hospitalario<sup>8-10</sup>. En nuestro medio se estima la necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos en el 6,1% y una mortalidad del 4,8% para los pacientes con PPG, globalmente, sin tener en cuenta rangos etarios<sup>10</sup>. En nuestra serie, todos los pacientes precisaron ingreso en algún momento de la evolución de la enfermedad. De los 7 pacientes de la serie anteriormente mencionada<sup>5</sup>, 2 casos precisaron hospitalización.

Respecto al tratamiento, los pacientes de edad avanzada, *per se*, son una población más frágil<sup>1</sup>, con mayores

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.10.049>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1** Características de los pacientes incluidos en la serie

|   | Caso 1                                 | Caso 2                     | Caso 3                    | Caso 4  | Caso 5   |
|---|--|----------------------------|---------------------------|---|--|
| Sexo  | Mujer                                  | Varón                      | Varón                     | Mujer   | Varón  |
| Edad actual (años)                                | 92                                     | 65                         | 76                        | 82  | 85   |
| Antecedentes personales                           | Fibrilación auricular<br>Anticoagulada | Infección VIH<br>HTA<br>DL | Carcinoma de recto<br>HTA | HTA<br>DM tipo 2<br>Insuficiencia renal<br>crónica en hemodiálisis  | Insuficiencia renal<br>crónica en hemodiálisis |
| Edad al diagnóstico de psoriasis (años)           | 50                                     | 15                         | 40                        | 62  | 52   |
| Edad al diagnóstico de psoriasis pustulosa (años) | 50                                     | 57                         | 74                        | 62  | 83   |
| Antecedentes familiares de psoriasis              | No                                     | No                         | No                        | No  | No   |
| Forma clínica de presentación                     | PPG anular y circinada                 | PPG anular y circinada     | PPG anular y circinada    | PPG von Zumbusch  | PPG von Zumbusch                               |
| Biopsia cutánea confirmatoria                     | No                                     | No                         | No                        | No  | Sí   |
| Estudio mutación IL36RN / resultado               | Sí / negativo                          | Sí / negativo              | Sí / negativo             | Sí / negativo   | No   |
| Tratamiento corticoide tópico                     | Sí                                     | Sí                         | Sí                        | Sí  | Sí   |
| Tratamiento fototerapia                           | No                                     | Sí (UVBbe)                 | Sí (UVBbe)                | No  | Sí (UVBbe)                                     |
| Tratamiento sistémico                             | Acitretina                             | Acitretina                 | Acitretina                | Metotrexato<br>Ciclosporina<br>Acitretina                           | Acitretina                                     |
| Tratamiento apremilast                            | No                                     | Sí                         | No                        | No  | Sí   |
| Tratamiento biológico                             | No                                     | No                         | Sí                        | Sí  | No   |
| Líneas de tratamiento biológico                   | -                                      | -                          | Guselkumab                | Etanercept<br>Adalimumab<br>Ustekinumab<br>Ixekizumab<br>Guselkumab | -  |
| Fármaco control                                   | Acitretina                             | Acitretina + apremilast    | Guselkumab                | Guselkumab  | Acitretina + apremilast                        |
| Tiempo hasta control de la enfermedad (meses)     | 4                                      | 6,5                        | 5                         | 24  | 1,5  |

DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; IL36RN: antagonista del receptor de la IL36; PPG: psoriasis pustulosa generalizada; UVBbe: ultravioleta B, banda estrecha; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

comorbilidades<sup>1,4</sup> y, si se tiene en cuenta la potencial gravedad de la enfermedad, todo ello puede dificultar el manejo terapéutico<sup>2,3</sup>. Es por ello que el uso de fármacos biológicos está aumentando en el tratamiento de la PGG<sup>6,8,9</sup>. De la misma forma que en nuestra serie, de los 7 pacientes de edad avanzada y PGG<sup>5</sup>, el uso de acitretina fue la primera estrategia terapéutica, aunque 3 pacientes precisaron el uso de terapias biológicas.

La PP puede ser un cuadro de inicio tardío, especialmente en pacientes sin psoriasis en placas previa<sup>5,8</sup>, que precisa tratamiento sistémico para su control<sup>9</sup>, pudiendo manifestarse de forma grave con afectación sistémica<sup>10</sup> y que no necesariamente implica mutaciones en *IL36RN*<sup>5-7</sup>, especialmente cuando debuta en el anciano<sup>7-9</sup>. A pesar de la inmunosenescencia típica de estos pacientes, estos cuadros pueden ser resistentes al tratamiento y necesitar terapia biológica para alcanzar la remisión de las lesiones y el control de la psoriasis<sup>8</sup>.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación ninguna para su realización.

## Contribución de los autores

Todos los autores han participado en la redacción de este trabajo y todos los autores están de acuerdo en la publicación de este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la publicación de este artículo.

## Bibliografía

1. Kassi K, Djeha D, Gbery IP, Kouame K, Sangaré A. Psoriasis in elderly patients in the Côte d'Ivoire: socio-demographic, clinical and therapeutic aspects and follow-up. *Int J Dermatol*. 2016;55:e83-6.
2. Phan C, Sigal ML, Estève E, Reguiat Z, Barthélémy H, Beneton N, et al. Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects and evaluation of patients with very late onset psoriasis. *JEADV*. 2016;30:78-162.
3. Kwon HH, Kwon IH, Youn JI. Clinical study of psoriasis occurring over the age of 60 years: is elderly-onset psoriasis a distinct subtype? *Int J Dermatol*. 2012;51:53-8.
4. van Winden MEC, ter Haar ELM, Groenewoud HMM, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Lubeek SFK. Disease and treatment characteristics in geriatric psoriasis: a patient survey comparing age groups. *Acta Derm Venereol*. 2020;100:adv00215.
5. Chao JP, Tsai TF. Elderly-onset generalized pustular psoriasis: a case series. *Clin Exp Dermatol*. 2022;14:1567-70.
6. Zheng J, Chen W, Gao Y, Chen F, Yu N, Ding Y, et al. Clinical analysis of generalized pustular psoriasis in Chinese patients: a retrospective study of 110 patients. *J Dermatol*. 2021;48:1336-42.
7. Twelves S, Mostafa A, Dand N, Burri E, Farkas K, Wilson R, et al. Clinical and genetic differences between pustular psoriasis subtypes. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;143:1021-6.
8. Ohata C, Tsuruta N, Yonekura K, Higashi Y, Saito K, Katayama E, et al. Clinical characteristics of Japanese pustular psoriasis: a multicenter observational study. *J Dermatol*. 2022;49:142-50.
9. Wang TS, Chiu HY, Hong JB, Chan CC, Lin SJ, Tasi TF. Correlation of *IL36RN* mutation with different clinical features of pustular psoriasis in Chinese patients. *Arch Dermatol Res*. 2016;308:55-63.
10. Montero-Vilchez T, Grau-Perez M, García-Doval I. Epidemiología y distribución espacial de la psoriasis pustulosa generalizada en España: un análisis poblacional a nivel nacional basado en datos de ingresos hospitalarios (2016-2020). *Actas Dermosifiliogr*. 2023;1114:97-101.

L.M. Nieto-Benito<sup>a,\*</sup> y O. Baniandrés-Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lula.m.nieto@gmail.com](mailto:lula.m.nieto@gmail.com) (L.M. Nieto-Benito).