

CASOS CLÍNICOS

# Psoriasis pustulosa en un paciente con astrocitoma

## Pustular psoriasis in a patient with astrocytoma

Pedro Mercado Puello<sup>1</sup>, Yanina Berberian<sup>2</sup>, Vicenta Neglia<sup>3</sup> y María Inés Hernández<sup>4</sup>

### RESUMEN

La psoriasis pustulosa es una forma rara y clínicamente desafiante de psoriasis, ya que su diagnóstico y tratamiento pueden ser complejos por su presentación inusual y la posibilidad de asociaciones con otras patologías. Se ha observado una relación poco común entre la psoriasis pustulosa y los tumores del sistema nervioso central, sin embargo, hasta el momento no se han encontrado publicaciones que describan su asociación con el astrocitoma. El astrocitoma es un tumor del sistema nervioso central que se desarrolla a partir de células llamadas astrocitos. Esta asociación puede representar un reto diagnóstico debido a la posibilidad de manifestaciones

cutáneas atípicas en pacientes con patología neurológica subyacente, así como un desafío terapéutico al requerir un abordaje coordinado para el manejo de ambas condiciones. Se presenta el caso de una paciente de 40 años quien desarrolló psoriasis pustulosa en el contexto de un astrocitoma pilocítico grado IV. Se discuten las manifestaciones clínicas y las estrategias de tratamiento empleadas en este contexto.

**Palabras clave:** psoriasis pustulosa, astrocitoma, tumores del sistema nervioso central.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 164-167

### ABSTRACT

*Pustular psoriasis is a rare and clinically challenging form of psoriasis, as its diagnosis and treatment can be complex due to its unusual presentation and the possibility of associations with other pathologies. An uncommon relationship between pustular psoriasis and central nervous system tumors has been observed; however, to date, no publications have been found describing its association with astrocytoma. Astrocytoma is a central nervous system tumor that develops from cells called astrocytes. This association may represent a diagnostic challenge due to the possibility of*

*atypical cutaneous manifestations in patients with underlying neurological pathology, as well as a therapeutic challenge requiring a coordinated approach for the management of both conditions. We present the case of a 40-year-old female patient who developed pustular psoriasis in the context of a grade IV pilocytic astrocytoma. The clinical manifestations and the treatment strategies used in this context are discussed.*

**Key words:** pustular psoriasis, astrocytoma, central nervous system tumors.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 164-167

<sup>1</sup> Médico Cursista, Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Médica Especialista en Dermatología, UBA, Médica de Planta, Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Médica, Jefa del Servicio de Dermatología

<sup>4</sup> Médica, Jefa de la Sección de Fotomedicina  
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Pedro Mercado Puello

E-mail: pedromp12@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 23/8/2024

Fecha de trabajo aceptado: 29/4/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 42 años, con psoriasis en placas desde 2018, tratada con terapia tópica y fototerapia UVB, con buena respuesta. Además, presentaba un tumor intramedular a nivel de T12 en seguimiento neuroquirúrgico. En agosto de 2021, acudió con un agravamiento de su psoriasis con múltiples placas eritematoescamosas, con gran compromiso en el tronco, y los miembros superiores e inferiores, y escamas gruesas en el cuero cabelludo (PASI 29, BSA 30%).

Se solicitaron estudios de laboratorio completos con el objetivo de iniciar tratamiento sistémico con metotrexato (MTX) y se consultó con el Servicio de Neurocirugía. Ese mismo mes fue internada por un cuadro de eritrodermia psoriásica, con compromiso del 70% de la superficie corporal (Foto 1). Se inició meprednisona 20 mg/día con ascenso gradual, con evolución satisfactoria.

En septiembre de 2021 nuevamente fue internada

luego de la exéresis del tumor intramedular cuyo resultado anatomopatológico fue astrocitoma pilocítico de alto grado. Durante la internación, desarrolló una infección en la herida quirúrgica lo que llevó a la suspensión abrupta de los corticoides por parte del equipo tratante y precipitó el debut de una psoriasis pustulosa generalizada, manifestada por placas eritematoescamosas con pústulas periféricas localizadas en el tronco, el dorso y los miembros inferiores con un GPPASI 24,3 (Foto 2).

Dado el contexto oncológico, se descartaron tratamientos inmunosupresores como el MTX y la ciclosporina por su potencial efecto inmunosupresor

que podría interferir con la vigilancia antitumoral. Se inició tratamiento con acitretina 25 mg/día, y además se indicaron antihistamínicos orales (levocetirizina 5 mg/día) y corticoides tópicos (clobetasol propionato 0,05%). A las 48 horas presentó eritema y descamación generalizada (Foto 3) con evolución satisfactoria y buena respuesta clínica. Actualmente, la paciente continúa en seguimiento por el Servicio de Dermatología y Neurocirugía, con control adecuado de la psoriasis, con máculas hiperpigmentadas residuales de contornos definidos localizadas en el tronco, el dorso y los miembros inferiores (Foto 4), sin signos de recurrencia del astrocitoma.



**FOTO 1:** Placas eritematoescamosas de límites difusos localizadas en el tronco, el dorso y las extremidades (agosto de 2021).



**FOTO 2:** Placas eritematoescamosas con pústulas periféricas localizadas en el tronco, el dorso y los miembros inferiores (septiembre de 2021).



**FOTO 3:** 48 horas con acitretina. Eritema y descamación generalizada.



**FOTO 4:** Máculas hiperpigmentadas residuales de contornos definidos localizadas en el tronco, el dorso y los miembros inferiores (6 meses después del tratamiento).

## DISCUSIÓN

La psoriasis pustulosa (PP) es una forma de psoriasis grave poco frecuente que se caracteriza por la aparición de pústulas estériles generalizadas sobre una base eritrodérmica. Los factores precipitantes y exacerbantes incluyen el tabaquismo, las infecciones, la suspensión abrupta de corticosteroides y el embarazo.

Los pacientes con PP pueden presentar diferentes fenotipos clínicos. Los dos subtipos reconocidos predominantes incluyen la PP generalizada (PPG), como en el caso de nuestra paciente, y la PP palmoplantar (PPP)<sup>1-8</sup>. La PPP se caracteriza por la aparición de pústulas localizadas en las palmas y las plantas, que generalmente se presentan con brotes recurrentes, mientras que la PPG se caracteriza por episodios de erupción generalizada de pústulas, puede estar acompañada de inflamación sistémica y se asocia con una morbilidad significativa<sup>8</sup>. Esta última afecta entre 2 y 7 de cada millón de personas. Además de ser relativamente poco comunes, estas afecciones son difíciles de tratar<sup>1,4</sup>. Se ha observado que los cambios patológicos de la psoriasis tienen similitudes con el crecimiento de las células cancerosas, destacando la interacción entre la proliferación celular y el microambiente inmunológico anormal, la reprogramación metabólica y epigenética<sup>7</sup>. En la psoriasis, los estímulos externos desencadenan la proliferación de queratinocitos y la secreción de citocinas que promueven la angiogénesis y la activación de células inmunes<sup>1,7</sup>.

De manera similar, en el cáncer, la proliferación descontrolada de células tumorales se acompaña de la secreción de citocinas que facilitan la angiogénesis y modulan la respuesta inmune. Esta interacción entre la proliferación celular y las alteraciones inmunológicas en ambos contextos genera un ciclo de retroalimentación que contribuye a la progresión de la enfermedad<sup>7</sup>. Este aspecto de la psoriasis y su asociación con la progresión del cáncer se ha evaluado en varios estudios. Trafford *et al.*<sup>11</sup> realizaron una revisión sistemática y metaanálisis, y encontraron que los pacientes con psoriasis presentan un riesgo aumentado de desarrollar ciertos tipos de cáncer, lo que resalta la importancia de manejar con cautela la psoriasis en pacientes oncológicos. Aunque la relación exacta entre la psoriasis y el cáncer aún no se comprende completamente, los resultados de este análisis refuerzan la idea de que la inflamación crónica y la alteración del microambiente inmunológico en la psoriasis podrían influir en la progresión tumoral y generar un entorno propicio para el crecimiento neoplásico. Sin embargo, esta hipótesis requiere mayor investigación para establecer una relación causal clara. La necesidad de un enfoque terapéu-

tico multidisciplinario y el monitoreo continuo de los pacientes con psoriasis y cáncer es esencial, como se discutió en el caso que se presenta.

Los astrocitomas pilocíticos (AP) son neoplasias astrocíticas bien circunscritas, de crecimiento lento y de bajo grado, que pueden surgir en todo el neuroeje, pero son más comunes en el cerebelo (42%), seguido de los sitios supratentoriales (36%), la vía óptica y el hipotálamo (9%), el tronco encefálico (9%) y la médula espinal (2%), clasificados como gliomas de grado I por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son más frecuentes en niños y adultos jóvenes. Un 75% de los casos ocurre en las primeras dos décadas de la vida y no muestran preferencia por sexo. Aunque raramente metastatizan, en ocasiones pueden sufrir una transformación maligna<sup>2</sup>. Sin embargo, en el caso presentado, la paciente fue diagnosticada con un astrocitoma pilocítico de alto grado (grado IV), una categoría inusual para este tipo de tumores. La progresión hacia un estado más agresivo sugiere una transformación maligna, lo que justifica su manejo neuroquirúrgico. Clínicamente, los astrocitomas pueden manifestarse con síntomas neurológicos inespecíficos como cefalea persistente, convulsiones, alteraciones visuales o déficits neurológicos focales, dependiendo de su localización. No obstante, en algunos casos pueden ser hallazgos incidentales en estudios de imagen, como resonancia magnética o tomografía computarizada<sup>2</sup>. La coexistencia de PP y tumores del sistema nervioso central es extremadamente rara y no se ha documentado ampliamente en la literatura. Aunque existen reportes aislados sobre la relación entre la psoriasis y las neoplasias del sistema nervioso central, los mecanismos fisiopatológicos subyacentes aún no están completamente esclarecidos.

El tratamiento de la psoriasis en pacientes con neoplasias activas debe ser individualizado y supervisado cuidadosamente por un equipo médico especializado. Se deben considerar el tipo, la ubicación y la gravedad de la neoplasia, así como la extensión y la gravedad de la psoriasis<sup>3,5</sup>. Los tratamientos pueden incluir corticosteroides tópicos, fototerapia y medicamentos inmunosupresores o biológicos, pero la elección debe ponderar el riesgo de empeoramiento de la neoplasia y la seguridad del paciente, ya que podrían tener efectos en las vías innata y adaptativa de los mecanismos de inmunovigilancia del cáncer<sup>5-6</sup>. La comunicación estrecha entre los dermatólogos y los oncólogos es esencial para garantizar un manejo integral y seguro de ambas condiciones<sup>3,4</sup>.

De acuerdo con las últimas recomendaciones, las

guías EuroGuiDerm y la guía de Práctica Clínica Francesa para el Manejo de la Psoriasis recomiendan terapias tópicas y fototerapia (UVB de banda estrecha)<sup>3,5</sup>. Particularmente en pacientes oncológicos, la acitretina es una opción terapéutica adecuada dado que parece no modificar el riesgo de cáncer incidente o de su recidiva en pacientes con psoriasis<sup>5</sup>. Este medicamento fue elegido para tratar a nuestra paciente, quien presentó muy buena respuesta clínica.

El MTX se sugiere en caso de una respuesta inadecuada a las terapias mencionadas anteriormente<sup>3</sup>, o por contraindicación en el uso de un tratamiento tópico, fototerapia UVB o acitretina<sup>5</sup>. El apremilast, según las guías EuroGuiDerm y BETA-PSO, puede considerarse una opción posible, aunque se recomienda su uso con precaución al no disponer de suficientes datos de seguridad a largo plazo<sup>5</sup>. Se desaconseja el uso de la ciclosporina en pacientes oncológicos con psoriasis, tanto en monoterapia como combinada con fototerapia, debido a un mayor riesgo de cáncer<sup>3,5,6</sup>. Respecto de los anti-TNF, se sugiere su empleo en función de los datos de seguridad existentes y evaluar caso por caso con la opinión de un oncólogo<sup>3,5</sup>. Los anti-IL-17 y anti-IL-23 pueden ser una opción terapéutica adecuada en pacientes oncológicos con psoriasis<sup>5,6</sup>. Las guías EuroGuiDerm y BETA-PSO sugieren que pueden

usarse aunque con cautela, dada la falta de experiencia y datos de seguridad a largo plazo<sup>5</sup>.

En la patogénesis de la PP, la sobreexpresión de la interleucina 36 (IL-36) o una mutación con pérdida de función del antagonista del receptor de IL-36 (IL-36RA) desempeñan un papel fundamental, por lo que la inhibición dirigida del IL-36R es una estrategia terapéutica atractiva en el tratamiento de la PPG, que incluye la prevención de los brotes y el control sostenido de la enfermedad<sup>8,9</sup>. Espesolimab es un anticuerpo monoclonal inmunoglobulina G1 humanizado de primera clase que se une específicamente a la IL-36R y antagoniza la señalización de la IL-36; fue aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) y la *European Medicines Agency* (EMA) para tratar los brotes de PPG en adultos<sup>8-10</sup>. Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios de carcinogenicidad ni de mutagenicidad con espesolimab.

Para finalizar, destacamos la asociación poco frecuente de la psoriasis con tumores, en este caso un astrocitoma, y resaltamos la importancia de una evaluación multidisciplinaria para manejar eficazmente enfermedades complejas, teniendo en cuenta que siempre el tratamiento debe ser individualizado, considerando los efectos potenciales de las terapias en la condición oncológica subyacente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Menter AS, Van Voorhees A, Hsu S. Pustular psoriasis. A narrative review of recent developments in pathophysiology and therapeutic options. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021; 11:1917-1929.
2. Pizzimenti C, Fiorentino V, Germanò A, Martini M, et al. Pilocytic astrocytoma. The paradigmatic entity in low-grade gliomas. *Oncol Lett*. 2024;27:146.
3. Nast A, Smith C, Spuls PI, Ávila G, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris. Part 2: Specific clinical and comorbid situations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:281-317.
4. Robinson AS, Van Voorhees A, Hsu S, Korman N, et al. Treatment of pustular psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67: 279-288.
5. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, et al. Recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre el manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;1-10.
6. Fujita H, Terui T, Hayama K, Akiyama M, et al. Japanese guidelines for the management and treatment of generalized pustular psoriasis. The new pathogenesis and treatment of GPP. *J Dermatol*. 2018;45:1235-1270.
7. Wu X, Ma Y, Wang L, Qin X. A route for investigating psoriasis: from the perspective of the pathological mechanisms and therapeutic strategies of cancer. *Int J Mol Sci*. 2023; 24:14390.
8. Baum P, Visvanathan S, Garcet S, Bissonnette R, et al. Pustular psoriasis. Molecular pathways and effects of spesolimab in generalized pustular psoriasis. *J Allergy Clin Immunol*. 2022;149:1402-1412.
9. Hawkes JE, Visvanathan S, Krueger JG. The role of the interleukin-36 axis in generalized pustular psoriasis: a review of the mechanism of action of spesolimab. *Front Immunol*. 2023;14:1292941.
10. Rega F, Trovato F, Bortone G, Pellacani G, et al. Therapeutic potential of spesolimab-sbzo in the management of generalized pustular psoriasis flares in adults: evidence to date. *Psoriasis (Auckl)*. 2024;14:23-27.
11. Trafford AM, Parisi R, Kontopantelis E, Griffiths CEM, et al. Association of psoriasis with the risk of developing or dying of cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2019;155:1390-1403.