

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i4.11331>

PsEma: una infrecuente afección dermatológica con características de psoriasis y eccema

PsEma: A rare dermatological entity with features of psoriasis and eczema.

Sara Cataño Restrepo,¹ Sebastián Guerrero López,¹ Diana Villalobos Pérez,² Daniela Chaparro Reyes³

Resumen

ANTECEDENTES: La psoriasis y el eccema son enfermedades inflamatorias crónicas de la piel que pueden manifestar características clínicas, fisiopatológicas y genéticas superpuestas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. El término PsEma describe casos con solapamiento entre psoriasis y eccema.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 59 años con lesiones descamativas en las manos, de ocho años de evolución, inicialmente diagnosticado con dermatitis de contacto. Ante la falta de respuesta al tratamiento, consultó a nuestra institución. Se documentaron placas eritematosas descamativas en las manos y alteraciones ungulares sugerentes de psoriasis. Las biopsias de piel y uñas mostraron características histológicas de ambas enfermedades, que confirmaron el diagnóstico de PsEma.

CONCLUSIONES: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de PsEma. La coexistencia de hallazgos clínicos e histológicos de psoriasis y eccema puede dificultar el diagnóstico diferencial. Es decisivo considerar la posibilidad de PsEma en pacientes con manifestaciones atípicas o falta de respuesta al tratamiento convencional. Un mayor conocimiento de la interrelación patogénica entre psoriasis y eccema permitirá optimizar el tratamiento de estos casos.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; eccema; dermatitis atópica; enfermedades cutáneas.

Abstract

BACKGROUND: Psoriasis and eczema are chronic inflammatory skin diseases that can present overlapping clinical, physiopathological, and genetic features, making diagnosis and treatment challenging. The term PsEma describes cases with overlapping features of psoriasis and eczema.

CLINICAL CASE: A 59-year-old male patient with an 8-year history of desquamative lesions on hands, initially diagnosed with contact dermatitis. Due to the lack of response to treatment, he consulted our institution. Erythematous desquamative plaques on the hands and nail changes suggestive of psoriasis were documented. Skin and nail biopsies showed histological features of both diseases, confirming the diagnosis of PsEma.

CONCLUSIONS: This case illustrates the diagnostic complexity of PsEma. The coexistence of clinical and histological findings of psoriasis and eczema can hinder differential diagnosis. It is crucial to consider the possibility of PsEma in patients with atypical manifestations or lack of response to conventional treatment. A better understanding of the pathogenic interrelationship between psoriasis and eczema will allow for optimized management of these cases.

KEYWORDS: Psoriasis; Eczema; Atopic dermatitis; Skin diseases.

¹ Estudiante de posgrado en Dermatología.

² Estudiante de pregrado.

³ Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-5183-6973>

<https://orcid.org/0009-0001-1764-2814>

<https://orcid.org/0009-0005-0291-5903>

<https://orcid.org/0000-0002-8848-7882>

Recibido: enero 2025

Aceptado: febrero 2025

Correspondencia

Sara Cataño Restrepo
sara-catano@javeriana.edu.co

Este artículo debe citarse como:

Cataño-Restrepo S, Guerrero-López S, Villalobos-Pérez D, Chaparro-Reyes D. PsEma: una infrecuente afección dermatológica con características de psoriasis y eccema. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (4): 560-565.

ANTECEDENTES

La psoriasis y el eccema son afecciones inflamatorias crónicas que reflejan una respuesta inmunitaria sistémica desregulada, con una prevalencia significativa en distintos grupos etarios.¹⁻⁴ Aunque tradicionalmente se han considerado afecciones diferenciadas, comparten características clínicas, fisiopatológicas y genotípicas superpuestas que plantean un desafío diagnóstico y terapéutico en la práctica médica.^{5,6}

La Organización Mundial de la Salud reconoce a la psoriasis como una enfermedad grave no transmisible, con una prevalencia en adultos entre el 0.27 y el 11.4% (IC95%: 0-17 a 0.36) y en niños entre el 0 y el 1.3%.⁷ En Colombia, la prevalencia estimada es del 0.069%.⁸ En contraste, el *Global Burden of Disease Study* reportó una prevalencia de eccema del 15 al 20% en niños e, incluso, del 10% en adultos.³ En Colombia se estima un 14%, pero sólo un 6% cuenta con diagnóstico médico,⁹ lo que evidencia un subdiagnóstico significativo.

En cuanto al aspecto clínico, la psoriasis se distingue por placas eritematoescamosas bien definidas, mientras que el eccema se manifiesta con lesiones pruriginosas y exudativas.^{1,4} Sin embargo, la diferenciación entre estas dos afecciones no siempre es evidente.⁵ En ciertas circunstancias, la psoriasis puede causar un prurito intenso, análogo al del eccema e, incluso, lesiones que simulan el liquen simple crónico o prurigo nodular como consecuencia del tratamiento. De igual manera, el eccema puede afectar áreas atípicas y manifestarse con placas que recuerdan a las observadas en la psoriasis.^{10,11} Esta dificultad diagnóstica se ve acentuada en lesiones de localización palmar o plantar, donde la diferenciación clínica puede resultar especialmente compleja.

A pesar de que la psoriasis se asocia con una respuesta inmunitaria mediada por Th1 y el

eccema con una respuesta Th2, la coexistencia de ambas afecciones en un mismo paciente es posible.^{5,6} La evidencia reciente sugiere una interrelación entre las vías Th1 y Th2, con estudios que demuestran una mayor prevalencia de enfermedades atópicas mediadas por Th2, como asma y rinitis alérgica, en pacientes con psoriasis.^{3,7,8}

Esta superposición clínica e inmunológica ha llevado a la propuesta del término PsEma para designar a los casos en los que la manifestación clínica, histología y respuesta al tratamiento reflejan un solapamiento entre la psoriasis y el eccema.^{12,13}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años con un cuadro clínico de ocho años de evolución, caracterizado por lesiones descamativas en las manos. Inicialmente se le diagnosticó dermatitis de contacto en otra institución, por lo que recibió múltiples esquemas terapéuticos que incluyeron corticosteroides tópicos de alta potencia, inhibidores de la calcineurina y análogos de la vitamina D, además de recomendaciones específicas para el mantenimiento de la barrera cutánea. No obstante, la respuesta terapéutica fue insatisfactoria. Una primera biopsia de piel reportó hallazgos compatibles con eccema crónico liquenificado.

Ante la persistencia de las lesiones, el paciente acudió a nuestra institución. A la exploración física se observaron placas eritematosas descamativas localizadas en la región palmar y el dorso de ambas manos. **Figura 1**

Con la impresión diagnóstica de eccema crónico, se inició tratamiento con propionato de clobetasol al 0.05% en crema bajo oclusión, complementado con emolientes.

La respuesta al tratamiento fue parcial, por lo que se procedió a tomar una nueva biopsia cutánea, mientras se intensificaban las medidas de hidra-



Figura 1. Placas eritematosas y de superficie descamativa que se extienden a la región palmar de las manos, de forma bilateral y asimétrica.

tación cutánea. Durante el procedimiento, se evidenciaron alteraciones ungueales significativas: onicólisis, manchas de aceite y hemorragias en astilla, lo que sugirió la posibilidad de psoriasis ungueal (**Figura 2**). Este hallazgo motivó la toma adicional de una muestra de tejido ungueal para análisis histopatológico.

El estudio microscópico de la biopsia cutánea reveló hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis psoriasiforme, exocitosis de linfocitos y espongiosis con vesículas intraepidérmicas, patrón histológico compatible con eccema disidrótico. **Figura 3**

La biopsia de lámina ungueal demostró hiperqueratosis subungueal, hiperplasia psoriasiforme del epitelio del lecho ungueal y dilatación vascular en las papilas dérmicas, características consistentes con psoriasis ungueal. **Figura 4**

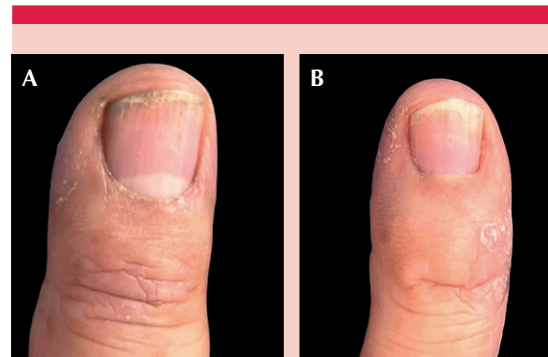


Figura 2. A. Hemorragias en astilla y mancha de aceite en el segundo dedo de la mano derecha. **B.** Onicólisis distal, leuconiquia y mancha de aceite en el quinto dedo de la mano derecha.

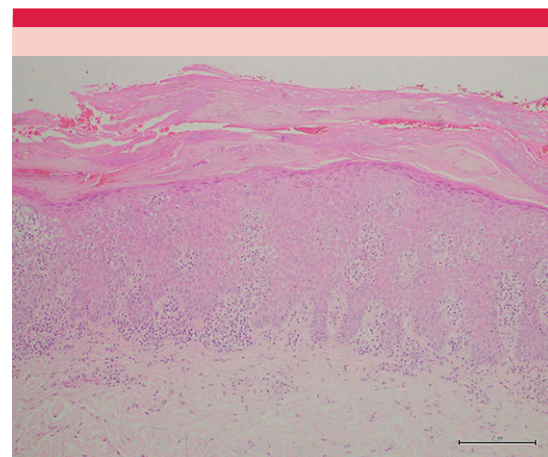


Figura 3. Histopatología de piel de la palma izquierda. Los cortes muestran piel acral en tinción con hematoxilina y eosina con aumento de 10x. Hay acentuación de la hiperqueratosis fisiológica con focos de paraqueratosis sin neutrófilos. La capa granulosa está preservada. La epidermis muestra acantosis psoriasiforme, exocitosis de linfocitos y marcada espongiosis con formación de vesículas intraepidérmicas. En la dermis superficial hay un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial linfocitario.

La interpretación diagnóstica se vio dificultada por la coexistencia de hallazgos histológicos compartidos entre ambas afecciones, particu-

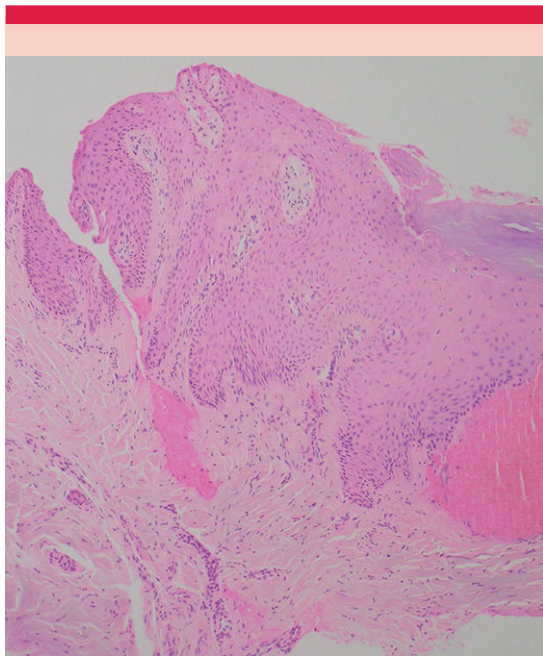


Figura 4. Histopatología de la uña del quinto dedo de la mano derecha. Los cortes muestran piel acral en tinción con hematoxilina y eosina con aumento de 20x. Se observa hiperqueratosis subungueal con paraqueratosis sin neutrófilos. El epitelio del lecho muestra hiperplasia psoriasiforme con adelgazamientos suprapapilares. En las papilas dérmicas se observan vasos sanguíneos gruesos y tortuosos.

larmente la dermatitis espongiforme. Si bien la existencia de elementos como las vesículas espongíóticas y la ausencia de infiltrado neutrofílico sugerían un proceso eccematoso, la afectación ungueal característica y la respuesta terapéutica parcial a los tratamientos convencionales para eccema orientaban hacia un componente psoriásico.

La constelación de hallazgos clínicos e histopatológicos observados en este paciente llevó a considerar un diagnóstico de superposición de psoriasis y eccema, lo que ilustra la complejidad que puede haber en el diagnóstico diferencial de estas afecciones dermatológicas.

DISCUSIÓN

La psoriasis y el eccema son enfermedades inflamatorias crónicas de la piel, tradicionalmente conceptualizadas como afecciones dermatológicas independientes; sin embargo, han mostrado patrones de superposición clínica e histopatológica que desafían este paradigma dicotómico.¹⁴ La evidencia científica reciente sugiere que pueden coexistir e, incluso, superponerse en algunos pacientes, lo que representa un desafío significativo para el diagnóstico diferencial y para el tratamiento.^{5,15,16,17}

Este caso ilustra esta complejidad diagnóstica porque el paciente tenía características clínicas e histológicas de ambas enfermedades. Inicialmente, la manifestación clínica y la primera biopsia de piel sugirieron un eccema crónico. Sin embargo, la falta de respuesta a múltiples tratamientos, la onicólisis y hemorragias en astilla y los hallazgos de la segunda biopsia de piel, que mostró acantosis psoriasiforme, plantearon la sospecha de psoriasis. Finalmente, la biopsia de lámina ungueal confirmó el diagnóstico de psoriasis ungueal.

Este caso coincide con la bibliografía que describe la coexistencia de psoriasis y eccema. Se estima que aproximadamente el 5% de la población pediátrica tiene una superposición entre eccema y psoriasis.¹⁸

Diversos factores pueden explicar esta superposición. En primer lugar, ambas enfermedades comparten características histológicas, como la dermatitis espongíótica, lo que dificulta su diferenciación en algunos casos. Además, existe evidencia de una coincidencia genómica entre psoriasis y dermatitis atópica, con varios locus compartidos en los cromosomas 1q21, 3q21, 17q25 y 20p12.^{19,20,21} Un estudio identificó variantes genéticas comunes a ambas enfermedades, incluida una en el gen CARD14, que codifica una proteína implicada en la activación

de la vía NF- κ B en los queratinocitos.²² Esta vía desempeña un papel decisivo en la respuesta inflamatoria de la piel.

Abramovits y su grupo¹² propusieron el término PsEMa para describir esta condición de superposición, en la que los pacientes manifiestan características clínicas, histológicas, moleculares y biológicas, así como respuestas terapéuticas, de ambas enfermedades. En el paciente del caso la dificultad para establecer un diagnóstico preciso y la coexistencia de elementos de ambas enfermedades apoyaron la noción de esta superposición.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra la complejidad en el diagnóstico de la psoriasis y el eccema cuando coexisten o se superponen. Las manifestaciones atípicas, la falta de respuesta al tratamiento convencional y la necesidad de recurrir a biopsias de piel y uñas para confirmar el diagnóstico son elementos a considerar en estos pacientes. La profundización en el conocimiento de las interrelaciones patogénicas y los determinantes genético-inmunológicos subyacentes resulta fundamental para optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas en estos casos complejos.

REFERENCIAS

1. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci* 2019; 20. <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>
2. Tancredi V, Buononato D, Caccavale S, et al. New perspectives in the management of chronic hand eczema: Lessons from pathogenesis. *Int J Mol Sci* 2024; 25. <https://doi.org/10.3390/ijms25010362>
3. Schuler CF, Billi AC, Maverakis E, et al. Novel insights into atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2023; 151: 1145–54. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.10.023>
4. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007; 370: 263–271. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61128-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61128-3)
5. Cunliffe A, Gran S, Ali U, Grindlay D, et al. Can atopic eczema and psoriasis coexist? A systematic review and meta-analysis. *Skin Health and Disease* 2021; 1. <https://doi.org/10.1002/ski2.29>
6. Bozek A, Zajac M, Krupka M. Atopic dermatitis and psoriasis as overlapping syndromes. *Mediators Inflamm* 2020; 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7527859>
7. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 205–12. <https://doi.org/10.1111/jdv.13854>
8. Fernández-Ávila DG, Charry Anzola LP, González-Cardona LP. Prevalencia de psoriasis en Colombia según datos del Registro Nacional en Salud. *Actas Dermosifiliogr* 2022; 113: 339–41. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.09.015>
9. Ani C, Laura M, Betancourt C, et al. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Bogotá: 2018.
10. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular mechanisms of atopic dermatitis pathogenesis. *Int J Mol Sci* 2021; 22. <https://doi.org/10.3390/ijms22084130>
11. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2017; 35: 354–9. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.03.007>
12. Abramovits W, Cockerell C, Stevenson LC, et al. PsEma—A hitherto unnamed dermatologic entity with clinical features of both psoriasis and eczema. *SKINmed: Dermatology for the Clinician* 2005: 275–81.
13. Merola JF, Qureshi A, Husni ME. Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. *Dermatol Ther* 2018; 31. <https://doi.org/10.1111/dth.12589>
14. Guttman-Yassky E, Krueger JG. Atopic dermatitis and psoriasis: two different immune diseases or one spectrum? *Curr Opin Immunol* 2017; 48: 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2017.08.008>
15. Tsai YC, Tsai TF. Overlapping features of psoriasis and atopic dermatitis: From genetics to immunopathogenesis to phenotypes. *Int J Mol Sci* 2022; 23. <https://doi.org/10.3390/ijms23105518>
16. Wilschmann-Theis D, Bieber T. Psoriasis and eczema on the scalp. *Hautarzt* 2014; 65: 1043–9. <https://doi.org/10.1007/s00105-014-3542-4>
17. Lebwohl M, Warren R, Weidinger S, et al. Psoriasis and atopic dermatitis: addressing therapeutic paradigms by learning from each other speakers. *Eur Med J* 2019: 24–33.
18. Docampo-Simón A, Belinchón I, Sánchez-Pujol MJ, et al. Psoriasis dermatitis, a common phenotype of early forms of both psoriasis and atopic dermatitis in children: A prospective multicenter study. *Int J Dermatol* 2024. <https://doi.org/10.1111/ijd.17100>
19. Cookson WOCM, Ubhi B, Lawrence R, et al. Genetic linkage of childhood atopic dermatitis to psoriasis susceptibility loci. *Nat Genet* 2001; 27: 372–3. <https://doi.org/10.1038/86867>

20. Kim JE, Lee J, Huh YJ, et al. Genomic profiling of the overlap phenotype between psoriasis and atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2024; 144: 43-52.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2023.06.194>
21. Park JY, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: A retrospective review of 96 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 130-5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.01.005>
22. Mellett M. Regulation and dysregulation of CARD14 signaling and its physiological consequences in inflammatory skin disease. *Cell Immunol* 2020; 354: 104147. <https://doi.org/10.1016/j.cellimm.2020.104147>

