

PSORIASI PARADOSSA: UN TEACHING POINT DERMOSCOPICO E ISTOPATOLOGICO

Luca Rapparini, Bianca Maria Piraccini, Marco Adriano Chessa
U.O. Dermatologia, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna,
Policlinico S. Orsola Malpighi, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche,
Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, Italy



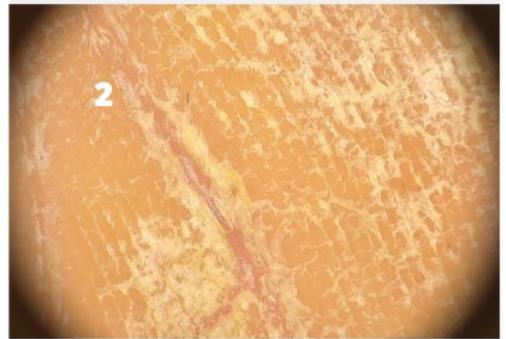
CASO CLINICO

Giunge alla nostra attenzione una donna di 50 anni con un'eruzione eritemato-desquamativa a livello plantare, riferita presente da circa 6 mesi (Fig. 1). La paziente lamenta prurito, difficoltà di deambulazione e dolore a seguito delle sempre più frequenti ragadi sulla pianta del piede. Nel sospetto clinico di eczema disidrosico e infezione micotica, sono stati tentati in precedenza diversi trattamenti con corticosteroidi topici potenti e antimicotici, senza successo.

La dermoscopia (Fig. 2) mostra squame bianche diffuse e sanguinamenti puntiformi, distribuiti regolarmente, come spesso si riscontra nella psoriasi. È stata eseguita una biopsia incisionale e l'esame istologico ha rivelato iperplasia epidermica con paracheratosi, esocitosi linfocitica, papillomatosi e capillari dilatati, caratteristiche suggestive per la diagnosi di psoriasi.

Un'ulteriore indagine sulla storia clinica ha rivelato che la paziente è affetta da morbo di Crohn, ben controllato con adalimumab da 5 anni. Abbiamo quindi posto la diagnosi di psoriasi paradossa.

In accordo con il gastroenterologo si è passati alla terapia biologica con ustekinumab. Inoltre, è stata avviata una terapia con calcipotriolo/betametasona dipropionato unguento che ha portato a un miglioramento del quadro clinico. A 3 mesi di follow-up le lesioni plantari sono completamente risolte e il quadro gastroenterologico risulta ben controllato.



TEACHING POINTS

La psoriasi paradossa è una manifestazione ben documentata in letteratura in pazienti con malattie infiammatorie intestinali trattati con farmaci anti-TNF- α . Le manifestazioni cutanee psoriasiche possono essere variegata, dalla psoriasi a placche (localizzata in regione sacrale, superfici estensorie delle ginocchia e dei gomiti), alla psoriasi pustolosa, a lesioni psoriasiformi, alla psoriasi guttata e alla psoriasi inversa. Diverse presentazioni cliniche possono coesistere nello stesso paziente.

La dermoscopia in localizzazione palmo-plantare potrebbe essere utile per la diagnosi differenziale tra eczema disidrosico e psoriasi: nell'eczema disidrosico cronico si riscontrano solitamente squame gialle e puntini/globuli brunastri (Fig. 3) mentre nella psoriasi si riscontrano solitamente squame bianche e punti rossi regolarmente distribuiti (Fig 2).

Inoltre, l'anamnesi è essenziale per la cura di questi pazienti: la sospensione dell'anti-TNF- α induce solitamente la remissione completa delle lesioni cutanee, confermando così un effetto collaterale reversibile e farmaco-correlato.

In caso di eruzione cutanea da moderata a grave, oltre alla terapia basata sul controllo dei sintomi è necessario modificare la terapia biologica, preferendo una diversa classe di farmaci monoclonali: nel paziente con malattia infiammatoria intestinale è consigliato ustekinumab o vedolizumab.

REFERENZE

1. Çetinarşlan, T., Türel Ermertcan, A. & Temiz, P. Dermoscopic clues of palmoplantar hyperkeratotic eczema and palmoplantar psoriasis: A prospective, comparative study of 90 patients. *J. Dermatol.* 47, 1157-1165 (2020).
2. Pugliese, D. et al. Paradoxical psoriasis in a large cohort of patients with inflammatory bowel disease receiving treatment with anti-TNF alpha: 5-year follow-up study. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 42, 880-888 (2015).