

ASSOCIAZIONE PSORIASI-PEMFIGOIDE BOLLOSO

Caso clinico

M. ROTOLI, G. F. P. ROSSI, R. BONO, L. RUSCIANI

Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
Istituto di Clinica Dermatologica (Direttore: Prof. F. Serri)

Viene descritto il caso di un paziente che presentava le manifestazioni cliniche ed istologiche della psoriasi e del pemfigoide bolloso. Vengono prese in esame le ipotesi eziopatogenetiche di tale associazione.

[Giorn It Derm Vener 1988;123:161-2].

Parole chiave: **Psoriasi - Pemfigoide bolloso.**

Riportiamo un caso di associazione psoriasi-pemfigoide bolloso. Uomo di 69 anni, affetto da circa cinquanta anni da psoriasi, localizzata principalmente agli arti ed all'addome, precedentemente trattata con raggi UVA + UVB e steroidi per via topica ed intralesionale.

Il paziente si è presentato alla nostra osservazione mostrando una cute eritemato-squamosa, specie all'addome ed agli arti, con presenza di formazioni bollose tese, a contenuto sieroso, di diametro variabile da 0,5 a 4,5 cm (fig. 1), localizzate all'inguine, alle ascelle, al tronco ed agli arti.

Circa 20 giorni prima dell'eruzione bollosa il paziente aveva usato prodotti agricoli diserbanti.

Il dosaggio delle immunoglobuline plasmatiche ha mostrato un abbassamento delle IgG e delle IgM con un aumento spiccato delle IgE (> 1000 U/ml).

Il dosaggio degli immunocomplessi circolanti (% IgG precipitabili) ha dato un valore di 5,4% (v.n. < 3,3%).

L'esame istologico di una biopsia cutanea (ematoxilina-eosina e PAS) confermava la coesistenza di psoriasi e di pemfigoide bolloso.

L'immunofluorescenza diretta, praticata su cute bollosa per la ricerca di IgG, IgM, IgA e C3, ha rivelato depositi lineari di IgG ed IgA a livello della membrana basale.

Con l'ausilio di analisi di laboratorio ed indagini strumentali (tra cui una TAC total body) è stata esclusa la presenza di una neoplasia.

Si è istituita una terapia a base di metilprednisolone con una dose iniziale di 120 mg/die.

Le lesioni bollose sono regredite nell'arco di venti

Lavoro parzialmente finanziato dalla Fondazione « Pro Ricerca Dermatologica » - Roma.

Pervenuto il 21-10-1987.

Accettato il 4-2-1988.

giorni e ciò ha permesso la diminuzione progressiva del dosaggio steroideo.

Il paziente è stato dimesso con una terapia domiciliare di 20 mg di metilprednisolone per os.

Il paziente non si atteneva alla terapia prescrittagli e ciò ha portato ad una recrudescenza della sintomatologia che ha richiesto un secondo ricovero dopo una settimana.

Un secondo ciclo cortisonico, iniziato alla dose di 80 mg di metilprednisolone, ha risolto l'obiettività bollosa.

Il paziente è stato dimesso con terapia orale di 12 mg di metilprednisolone e a tuttoggi non ha presentato recidive dell'eruzione bollosa.

Discussione

L'associazione psoriasi-pemfigoide bolloso fu descritta per la prima volta da Russel nel 1960⁵.

Altri 58 casi sono stati riportati negli anni successivi da vari A.

In base alla convinzione dei vari A. o alle ipotesi che si possono formulare dalla rilettura dei casi clinici, l'associazione psoriasi-pemfigoide bolloso è stata fortuita in 20 casi, correlata in qualche modo alla terapia della psoriasi nei casi rimanenti.

Il caso clinico descritto ripropone alcuni aspetti caratteristici dell'associazione psoriasi-pemfigoide bolloso quali:

1) l'età avanzata di insorgenza, propria del pemfigoide, in un paziente che da molto tempo è affetto da psoriasi;

2) il reperto non tipico all'immunofluorescenza diretta;

3) una buona risposta alla terapia con cortisonici sistemici.

Nel caso da noi descritto la comparsa del pemfigoide sembra non essere dovuta, almeno in apparenza, ad alcun fattore provocante o scatenante se non all'uso di sostanze diserbanti, cosa peraltro difficile da provare.

Questo aspetto peculiare e l'elevato tasso delle IgE circolanti, reperto peraltro non eccezionale



Fig. 1.

nel pemfigoide bolloso, avvicinano il nostro caso a quello già descritto da Jandoli³.

I casi di associazione psoriasi-pemfigoide non possono essere considerati casuali tenendo conto della prevalenza delle due dermatosi nella popolazione generale².

Vista la diversa natura delle due dermatosi anche una relazione di tipo eziopatogenetico è difficile da sostenere.

L'associazione psoriasi-pemfigoide bolloso sembrerebbe più un problema di manifestazione eruttiva favorita da azioni lesive e/o perturbanti esterne che non un problema di « associazione non casuale » fra entità nosologiche.

Sembra che l'ipotesi più plausibile sia quella secondo la quale alcuni fattori, spesso gli stessi trattamenti della psoriasi, agiscono sulla cute psoriasica predisposta e riescano a provocare un pemfigoide o a slatentizzare un pemfigoide presente in maniera subclinica, probabilmente rendendo l'epidermide più accessibile alle immunoglobuline ed al complemento.

Un interessante studio di Cram e Fukuyama¹

ha dimostrato la possibilità di indurre lesioni bollose sulla cute sana di pazienti affetti da pemfigoide mediante UVB ed UVA.

Allorché gli elementi bollosi insorgano su cute psoriasica è probabile che giochi un certo ruolo anche la diminuzione dell'adesività intercellulare dei cheratinociti, tipica della cute psoriasica⁴, legata ad una riduzione delle glicoproteine di membrana.

Summary

M. Rotoli, G. F. P. Rossi, R. Bono and L. Rusciani: Psoriasis and bullous pemphigoid association: description of a case. — Fifty-nine cases of bullous pemphigoid associated with psoriasis have been reported from 1960 until today. We report another case of this unusual association in which the co-existence of the two skin disorders appeared to be casual.

[Giorn It Derm Vener 1988;123:161-2].

Key words: Psoriasis - Bullous pemphigoid.

Bibliografia

- 1) Cram DL, Fukuyama K. The immunohistochemistry of UV induced pemphigus and pemphigoid lesions. Arch Dermatol 1972;106:819.
- 2) Grattan CEH. Evidence of an association between bullous pemphigoid and psoriasis. Br J Dermatol 1985;113(3):281.
- 3) Jandoli R. Associazione tra psoriasi e pemfigoide (un caso clinico). Chron Derm 1986;XVII(2):86.
- 4) Mercer EH, Maibach HI. Intercellular adhesion and surface coats of epidermal cells in psoriasis. J Invest Dermatol 1968;51:215.
- 5) Russel B. Bullous pemphigoid, hypertension, psoriasis. Br J Dermatol 1960;72:318.

Indirizzo per la richiesta di estratti: Dott. M. Rotoli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Clinica Dermatologica - 00168 Roma.