

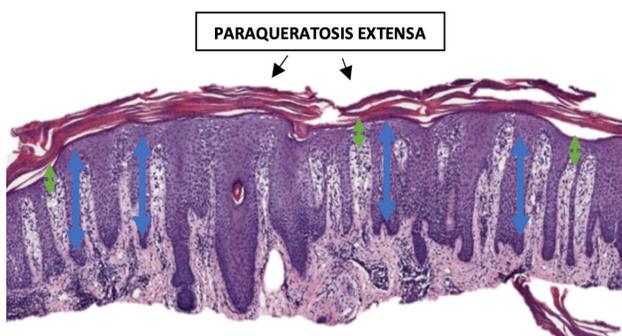
Histopatología de la psoriasis

Histopathology of psoriasis

Alex Ventura-León¹

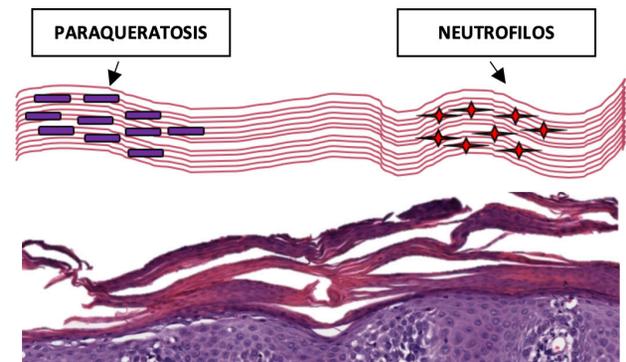
A pequeño aumento una placa de psoriasis (una ya establecida) presenta *paraqueratosis extensa* sobre una epidermis con una hiperplasia que se conoce como *psoriasiforme* y significa que hay:

- ▲ Una elongación de las crestas epidérmicas que suele ser regular u homogénea (flechas azules)
- ▲ Placas suprapapilares delgadas (flechas verdes)



A un mayor aumento podemos observar en el estrato corneo la retención de núcleos (paraqueratosis) y también la presencia de neutrófilos.

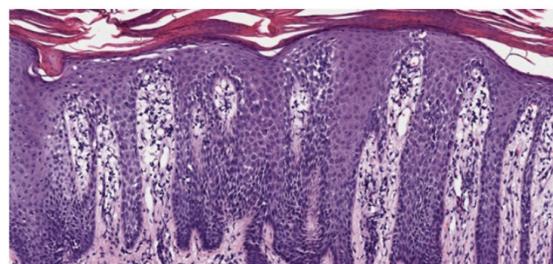
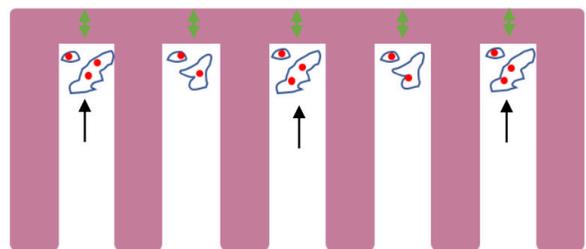
Muchas veces no es fácil reconocer los neutrófilos en la paraqueratosis, pero usualmente los neutrófilos son más anaranjados o rojizos y los núcleos retenidos (propios de la paraqueratosis) suelen ser más azules o morados.



En la epidermis aparte la hiperplasia psoriasiforme observamos una disminución de la capa granulosa (hipogranulosis) y en la dermis vasos capilares dilatados y tortuosos (flechas negras) justo debajo de las áreas adelgazadas de la epidermis (flechas verdes).

Usualmente hay poca espongirosis y la capa basal suele mostrar un índice incrementado de mitosis.

La dermis suele mostrar un infiltrado perivascular superficial de linfocitos y algunos neutrófilos. No suele haber eosinófilos, aunque su presencia (cuando son escasos) no descarta psoriasis.



1. Médico Patólogo, Hospital Cayetano Heredia, Instituto de Patología y Biología Molecular Arias Stella.

DIFERENCIALES HISTOLÓGICOS

Psoriasis	Eccema
<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis y neutrófilos. ▲ La hiperplasia epidérmica es regular y hay mínima espongiosis. ▲ Suele haber hipogranulosis debajo de la paraqueratosis. ▲ El infiltrado de la dermis suele ser perivascular de linfocitos y algunos neutrófilos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis y suero (escama costra)^(*) ▲ La hiperplasia epidérmica suele ser irregular (y de base ancha), predomina la espongiosis y la capa granulosa suele estar conservada. ▲ El infiltrado en la dermis es perivascular con linfocitos y usualmente eosinófilos. <p>^(*) Cuando hay neutrófilos (impetiginización) suelen estar acompañados de colonias bacterianas.</p>

Psoriasis	Dermatitis seborreica
<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis y neutrófilos. ▲ La hiperplasia epidérmica es regular y hay mínima espongiosis. ▲ Suele haber hipogranulosis debajo de la paraqueratosis. ▲ El infiltrado de la dermis suele ser perivascular de linfocitos y algunos neutrófilos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis que suele ser focal y de distribución perifolicular. ▲ Puede contener neutrófilos intracorneales. ▲ La capa granulosa suele estar preservada. ▲ La hiperplasia epidérmica puede ser psoriasiforme, pero con regular grado de espongiosis. ▲ El infiltrado en la dermis es perivascular y suele estar conformado por linfocitos e histiocitos.

Psoriasis	Dermatitis seborreica
<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis y neutrófilos. ▲ La hiperplasia epidérmica es regular y hay mínima espongiosis. ▲ Suele haber hipogranulosis debajo de la paraqueratosis. ▲ El infiltrado de la dermis suele ser perivascular de linfocitos y algunos neutrófilos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ El estrato corneo tiene paraqueratosis que altera con áreas de paraqueratosis tanto a nivel vertical como horizontal (llamado en "tablero de ajedrez"). ▲ La acantosis puede ser regular o irregular pero lo más característico es que las crestas epidérmicas y las áreas suprapapilares son gruesas. ▲ La capa granulosa esta preservada o incluso aumentada. ▲ Puede haber taponamiento folicular. ▲ El infiltrado en la dermis suele ser de linfocitos.

La distinción histológica entre psoriasis y sus diferenciales (sobre todo eccema) no suele ser fácil la mayoría de las veces. Es por eso que una adecuada información en la hoja de patología o una adecuada interacción (y confianza) entre patólogo y dermatólogo es la manera más rentable para no caer en errores diagnósticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Weedon's Skin Pathology, 3rd Edition
- Imágenes histológicas via www.pathpresenter.net

Correspondencia: Dr. Alex Ventura León
E-mail: drventuraleon@gmail.com

Recibido: 06-07-19
Aceptado: 30-07-19