

## Remisión de la dermatopatía psoriásica durante la diálisis

J. Aubía Marimón, J. Lloveras Maciá, J. Masramón Fontanals,  
I. Llorach Gaspar, C. García Ruíz, M. Llorach Gaspar \*

### Introducción

Entre las aplicaciones y usos nuevos que se han sugerido a la diálisis se halla el tratamiento de la psoriasis. En estos 3 últimos años han aparecido diversas publicaciones y comunicaciones que hacen referencia a este tema. Pero sobre todo este último año, es cuando las experiencias en este campo han sido casi generalizadas. Sin embargo, las opiniones de los diferentes grupos no siempre coinciden en favorecer la eficacia del procedimiento.

Nosotros hemos tenido recientemente la oportunidad de experimentar la eficacia de la diálisis como método terapéutico dermatológico en una enferma con insuficiencia renal crónica (IRC) y psoriasis. Creemos que la reseña de este caso puede ser interesante por ciertas características que puedan ayudar al conocimiento más profundo de los mecanismos concretos de la actuación de las diálisis sobre la psoriasis.

### Descripción del caso

C. G. M., paciente del sexo femenino de 41 años de edad con antecedentes familiares de poliquistosis renal, que llega a la insuficiencia renal crónica en abril de 1977 sin estudios previos de su nefropatía. Tres años antes había presentado un brote de dermatitis con descamación, que se había diagnosticado de psoriasis generalizada con pustulización. Durante estos 3 años, y a pesar de diversos tratamientos locales, la dermatopatía psoriásica había persistido con sólo ligeras variaciones en su intensidad y distribución.

Unos 6 meses antes de su ingreso en nuestro Servicio lo había sido en otro Hospital, debido a la gravedad de la lesión dermatológica, demos-

trándose por entonces su IR. En el curso del ingreso sufrió una sepsis postinfección urinaria que agravó su IR, siendo necesario practicársele diversas sesiones de hemodiálisis, en el curso de las cuales la enferma recuerda la desaparición de las lesiones descamativas, persistiendo el eritema generalizado. Este estado de «remisión» fue de corta duración, ya que al reemprender la diuresis y dejar la diálisis reaparecieron inmediatamente las lesiones descamativas.

A mediados de julio de 1978 ingresa en nuestro Servicio por su IRC, que ha llegado a un estadio terminal (urea, 4,6 gr/l; C. Cr.: 6,7 cc/minuto; acidosis metabólica, etc.), lo que obliga a colocarle un shunt arteriovenoso y a comenzar diálisis de mantenimiento. Se realizan 3 sesiones de hemodiálisis a días alternos de 4 horas de duración con filtro tipo Coil de 1 m<sup>2</sup> de superficie, que deben suspenderse por problemas en el acceso vascular asociado a la mejoría del estado general de la paciente, que reemprendió la diuresis y pudo prescindir de la hemodiálisis hasta poder usar el nuevo acceso: prótesis vascular de politetra-fluoretileno (Impra®). En estas tres diálisis fue difícil objetivar cambios en la dermatopatía que se presentaba como una fase de agravación desde semanas antes de su actual ingreso, siendo generalizada, muy pruriginosa y de aspecto eritrodérmico. Cuando se reemprendieron las hemodiálisis con la misma pauta unos 12 días más tarde, el efecto sobre la psoriasis fue espectacular. Tras la primera sesión, asistimos a un fenómeno de caída masiva de las escamas, tomando la piel un aspecto eritrodérmico muy intenso, que hizo pensar más en un agravamiento que en una mejoría. Al cabo de 2 sesiones más, las zonas de eritema se habían localizado y aparecían ya amplias áreas de piel sana por primera vez desde el comienzo de la psoriasis. Tras la quinta diálisis se podía hablar ya de curación absoluta de las lesiones, sin la más mínima lesión residual ni localizada. La enferma persiste libre de lesiones hasta la actualidad, unos 10 meses más tarde.

\* Hospital General Ntra. Sra. de la Esperanza. Servicio de Nefrología. Barcelona.

## Comentarios

En resumen, se trata de una paciente con una dermatopatía psoriásica generalizada de unos 3 años de evolución, que nunca en este período había desaparecido y que, tras las 5 primeras sesiones de diálisis de mantenimiento por su insuficiencia renal crónica, se ha producido un aclaramiento total de las lesiones. Permaneciendo asintomática sin la menor lesión 10 meses después, mientras prosigue su programa de hemodiálisis periódicas. Hay dos aspectos del caso que le dan un carácter especial: por un lado, la rapidez de evolución a la curación de la lesión dermatológica y, por el otro, el aparente empeoramiento inicial de la afección.

En general, este caso es parecido a los otros descritos hasta la actualidad. Los primeros autores que llamaron la atención sobre este fenómeno fueron, en 1976, Mc. Evoy y cols. (1) que dializando un enfermo psoriásico por IRC notaron el blanqueo de las lesiones y su posterior reaparición cuando, post-trasplante, cesaron las diálisis. El grupo de Kerr también publicó otros 2 casos en 1978 y Busselmeier presenta, este mismo año, 5 casos más (2, 3). En estos 3 años el interés por este hecho ha sido ascendente y han sido varios los equipos que han comenzado experiencias prospectivas para hacer una valoración fidedigna de la posible eficacia de los procedimientos dialíticos en la psoriasis.

En general, estas observaciones primeras eran de enfermos con IRC que requerían diálisis y que presentaban la psoriasis como un proceso asociado. De estas observaciones se pudieron insinuar unas relaciones causales diálisis/curación, que justificaban el intento de la diálisis como procedimiento terapéutico en la psoriasis. El grupo de Twardowsky fue el primero de que tenemos conocimiento cuyos resultados en psoriásicos sin IR resultaban alentadores (4). El grupo de Busselmeier, asimismo, ya presenta en su trabajo previamente comentado 2 casos de psoriasis sin IR, uno de ellos con mejoría (3).

Más recientemente, sin embargo, Nissen-son (5) presentó un grupo de 7 psoriásicos en los que comparaba la diálisis y un grupo control con diálisis ficticia. Los resultados demostraron la no mejoría objetiva de sus lesiones en ninguna de las dos terapéuticas. Esta experiencia presenta por primera vez resultados en comparación con un grupo control y por lo tanto es digna de toda consideración. Sin embargo, las pautas de hemodiálisis de esta experiencia no son homologables a las pautas «normales» de hemodiálisis en enfermos con IRC. Por otro lado, la no-respuesta en ninguno de los 7 casos es muy diferente de las experiencias de otros autores y la nuestra propia; diferencias que quizá serían explicables por aquella falta de homologación

en el tipo de dializador o en las pautas de diálisis.

De la experiencia acumulada en la literatura se desprende en resumen que:

1. Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal se han mostrado eficaces en el blanqueamiento de las lesiones en algunos enfermos psoriásicos.

2. Que este efecto beneficioso es empírico y sin un fundamento conocido.

3. Que las remisiones logradas en general han persistido mientras se ha continuado con la diálisis.

4. Que existen fracasos registrados con este procedimiento.

5. Que ni la antigüedad de las lesiones, ni la edad de los pacientes o la resistencia a otras formas terapéuticas predicen la falta de respuesta.

6. Que al dejar el tratamiento dialítico, las lesiones reaparecen con frecuencia, aunque no siempre en un período concreto.

7. Que la forma pustular de psoriasis parece resistente a esta terapéutica (6).

Hay diversas hipótesis sobre la manera como la diálisis puede resultar beneficiosa en el curso de la psoriasis. Ninguna de ellas ha sido demostrada, evidentemente, pero de su estudio puede resultar, sin duda, un mejor conocimiento de la patogenia de esta enfermedad dermatológica. Las hipótesis suscitadas pueden referirse en los siguientes apartados.

- a) Extracción «substancias»: como la depuración de factores esenciales en la síntesis celular de la epidermis o del DNA: ácido fólico, alteraciones en la G-6-P dehidrogenasa, Zn, vitamina A, etc. En este sentido, el efecto beneficioso sería parecido al logrado mediante el uso de los antimetabolitos y sin los riesgos de éstos.

- b) Infusión de algunas substancias, a través de la membrana o por el propio procedimiento en sí. La hipótesis de la heparinización no parece sostenerse, ya que tan eficaz ha resultado la heparinización regional como la total.

- d) Adsorción sobre la membrana o inactivación por la misma de una substancia o factor capaz de estimular la mitosis celular epidérmica. Este proceso explicaría el porqué de la mejoría de al menos un caso publicado de psoriasis rebelde, tras un solo procedimiento de circulación extracorpórea (3) y bypass cardiopulmonar. Sin embargo, quedarían sin explicar las mejorías por diálisis peritoneal, también comprobadas. Esta (in)activación podría ser de tipo inmunológico; es sabida la capacidad de descomplementización que poseen las membranas de Cuprophan (7) y su influencia sobre las funciones de membrana de los neutrófilos (8, 9), o sobre los factores de coagulación (10). Con la acción sobre estos fac-

tores se puede prever que se alteren los mecanismos que mantienen activa la lesión psoriásica.

d) Alteraciones del «estado fisiológico» en forma de variaciones bruscas en el pH, concentraciones iónicas, de urea, etc. En este aspecto, el aclaramiento de las lesiones sería un fenómeno parecido al logrado mediante la perfusión de expansores del plasma y diuréticos osmóticos (11).

e) Alteraciones sobre el contenido, concentración o acción del AMPc intracelular.

Quizá la acción beneficiosa sea un complejo resultante de varios de estos factores o incluso el resultado de un efecto placebo sobre un proceso como la psoriasis con connotaciones psicosomáticas evidentes. Sin embargo, no creemos que pueda tomarse otra actitud previa, en estos momentos, que el estar abiertos a nuevos resultados y experiencias, tanto propios como de la literatura, hasta saber valorar con certeza tanto la verdadera eficacia o no del procedimiento, como sus reales mecanismos de acción. En este sentido, hemos comenzado una experiencia prospectiva, paralela a la de otros autores, de diálisis en enfermos con psoriasis masivas o rebeldes a otros tratamientos y sin IR, los resultados de la cual esperamos ofrecer en un futuro próximo.

## Bibliografía

1. Mc. Evoy, I., Kelly, A. M. T.: Psoriatic clearance during hemodialysis. *Ulster Med. J.*, 45: 76, 1976.
2. Moustou, H. L., Conceiçdo, S.: Remission of psoriasis during Haemodialysis. *Brit. Med. J.*, I: 480, 1978.
3. Busselmeier, T. J.; Kjellstrand, C. M. Dahl, M. V., Cantieri, J. S., Nelson, R. S., Burgdorf, W. C., Bentley, C. R., Najarian, J. S., Goltz, R. W.: Treatment of psoriasis by dialysis. *Proc. E.D.T.A.*, 171, 1978.
4. Twardowsky, Z. S. Nolph, K. D., Rubin, J., Anderson, P. C.: Abatement of psoriasis and repeated dialysis. *Ann. Intern. Med.*, 349:88, 1978.
5. Nissenson, A. R., Rapaport, M., Gordon, A., Narins, R. G.: Controlled Study demonstrates that psoriasis is not improved by dialysis. *Kidn. Int.*, 16: 682 (A), 1978.
6. Anderson, Ph. C.: Treatment of psoriasis with dialysis. *Arch. Dermatol.*, 114:966, 1978.
7. Craddock, Ph. R., Febr, J., Dalmasso, A. P., Brigham, K. L., Jacob, J. S.: Hemodialysis Leucopenia: Pulmonary vascular leucostasis resulting from complement activation by dialyzer Cellophane membranes. *J. Clin. Invest.*, 59:879, 1977.
8. Craddock, Ph. R., Mammerschmidt, D., White, J. G.: Complement-induced granulocyte Aggregation in vitro. *J. Clin. Invest.*, 60:260; 1977.
9. Mirapeix, E., Aubia, J.: Experiencia no publicada.
10. Rochk, M. V., Pick, J., Hill, R., Hung, E., Barlett, R. H.: Kinetics of fibrinogen and platelets. Adherence to Biomaterials. *Trans. Am. Soc. Artif. Org. XXII*, p. 1; 1976.
11. Busselmeier, I. J., Dahl, M. V., Kjellstrand, C. M., Golt, R. W.: Dialysis Therapy for psoriasis. *JAMA*, 240:1270, 1978.