

Consideraciones en el diagnóstico de psoriasis oral: Presentación de un caso clínico

Dante A. Migliari ⁽¹⁾, S.S. Penha ⁽¹⁾, M. M. Marques ⁽¹⁾, R. W. Matthews ⁽²⁾

(1) Departamento de Diagnóstico Oral y Cirugía dental, Universidad de Sao Paulo Escuela de Cirugía dental

(2) Bristol, Reino Unido

Correspondencia:

Dante A. Migliari

Universidad de São Paulo, Facultad de Odontología,

Departamento de Estomatología, Disc. de Semiología

El Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, Ciudad Universitária,

São Paulo, SP - Brasil 05508-900

Teléfono y Fax: + 55 - 11 - 3864 1372

E-mail: damiglia@usp.br

Recibido: 7-09-2003 Aceptado: 14-10-2003

Indexed:

-Index Medicus / MEDLINE

-EMBASE, Excerpta Medica

-Índice Médico Español

-IBECs

Migliari DA, Penha SS, Marques MM, Matthews RW. Consideraciones en el diagnóstico de psoriasis oral: Presentación de un caso clínico. *Med Oral* 2004;9:300-3.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1137 - 2834

RESUMEN

Este artículo comenta las dificultades de hacer un diagnóstico definitivo de psoriasis oral basado en la evidencia clínica e histológica. Se presenta un joven varón negro con múltiples lesiones que muestran erosiones, fisuras y escaras amarillentas en el borde bermellón de ambos labios. También tenía áreas eritematosas-erosivas en la encía, una lengua fisurada que mostraba áreas grisáceas en su superficie ventral, lesiones blanquecinas y lesiones longitudinales en el paladar duro junto lesiones entrelazadas en el paladar blando. Las biopsias del labio inferior, la encía y el paladar blando mostraron hiperqueratosis, espongiosis, acantosis, y elongación de las crestas epiteliales. Además, se observaron micro-abscesos intraepiteliales de Munro. Estos resultados son coincidentes con psoriasis oral. No tenía las lesiones cutáneas típicas ni una historia familiar de psoriasis.

Palabras clave: Diagnóstico, lesiones orales, lesiones psoriasiformes orales, psoriasis.

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad frecuente de la piel, que afecta a hombres y mujeres igualmente, siendo más prevalente en los caucásicos; en un cincuenta por ciento de los casos aparece antes de la segunda década de la vida (1-4). La etiología de la enfermedad es desconocida pero tiene un fuerte componente hereditario (4).

La existencia de verdaderas lesiones de psoriasis en la mucosa oral se discute. Los problemas en el diagnóstico de psoriasis

oral se plantean por que no se puede hacer ninguna distinción histológica entre la psoriasis oral y otras enfermedades orales como la lengua geográfica, la estomatitis geográfica, y las lesiones orales del síndrome de Reiter (5-7). No hay ningún acuerdo general además, acerca de lo que puede describirse como una verdadera lesión de psoriasis oral (1,4,7,8). A pesar de estas dificultades, hay algún acuerdo entre los autores de que la psoriasis oral, aunque rara, ocurre y el mejor diagnóstico es el curso clínico de las lesiones orales junto con las lesiones de la piel y apoyado por la histología (7-10).

La literatura inglesa informa sólo de 9 casos de psoriasis que presentan exclusivamente lesiones orales (2,9,11-15). Nosotros informamos de un caso que presentó lesiones orales múltiples que muestran rasgos histológicos de psoriasis pero ninguna historia familiar o lesiones en piel coexistentes.

CASO CLINICO

Un varón negro 13 años de edad acudió a la clínica de Medicina Oral, a la división de dermatología del Hospital Clínico, de la Escuela de Medicina de la Universidad de São Paulo, para valorar la escaras que tenía en sus labios durante 4 años. Un examen del borde bermellón del labio superior e inferior mostraba que estaban eritematosos, fisurados y con escaras amarillentas. El inferior estaba ligeramente hinchado (Fig. 1). Intraoralmente había edema y eritema generalizado en la encía marginal e interproximal, y áreas de erosión en la encía. La higiene oral era pobre. La lengua estaba fisurada y presentó áreas grisáceas en la superficie ventral. El paladar duro tenía una superficie blanquecina asociada con surcos longitudinales

estrechos y el paladar blando presentaba lesiones blancas que se disponían como líneas entrecruzadas, con un patrón circinado. (Fig.2). El examen de la piel reveló papulas pequeñas en los muslos y en la zona inferior del tronco. Todas las lesiones eran asintomáticas. Su historia médica, social y familiar no tenían trascendencia. El paciente no era fumador. El recuento sanguíneo del paciente era normal y la serología para la sífilis era negativa. Se realizaron biopsias del borde bermellón del labio inferior del paladar blando, de la encía y del muslo.

Histológicamente, el labio y tejidos de mucosa oral mostraron un modelo coincidente con la psoriasis (Fig.3). La biopsia del muslo mostró sólo una hiperqueratosis superficial y acantosis sin ningún rasgo de psoriasis. Las biopsias del labio, paladar y encía mostraron hiperplasia del epitelio y acantosis. Las crestas epiteliales coalescían en las bases con elongación, edema y presencia de capilares pequeños dilatados rodeados por un denso infiltrado inflamatorio. Se observó espongirosis del epitelio y algunas áreas de acantosis. Existían micro-abscesos de Munro dentro de un epitelio paraqueratósico y pequeñas pústulas espongiiformes ocasionales. Ningún granuloma fue observado. La tinción con ácido periódico de Schiff (PAS) para las hifas era uniformemente negativa.

Se comenzó un programa de mejora de higiene oral. Los tratamientos iniciales con un derivado de la Vitamina A y esteroides tópicos mostraron ineficacia y por consiguiente fueron retirados. Como el paciente no refería sintomatología de las lesiones no se consideró necesaria ninguna medicación. El paciente se revisó regularmente durante 3 años. Durante este período el aspecto clínico de las lesiones de la mucosa oral permanecieron inalterados. La mejora de la apariencia de las lesiones del labio se logró con una crema labial hidratante. Las lesiones cutáneas permanecieron inalteradas y no hubo ningún signo de psoriasis cutánea en este período.

DISCUSION

Muchos autores proponen un criterio estricto para el diagnóstico de psoriasis oral. El curso clínico de las lesiones orales debe ser paralelo al de las lesiones en piel (7,9,16). También ha sido considerado de gran importancia, una historia familiar positiva y un HLA presente para el diagnóstico de psoriasis oral (2,9,14,15). Los antígenos HLA más frecuentemente asociados con psoriasis son B13, B17, B37, Cw4 y Cw6 (3,4,14,16).

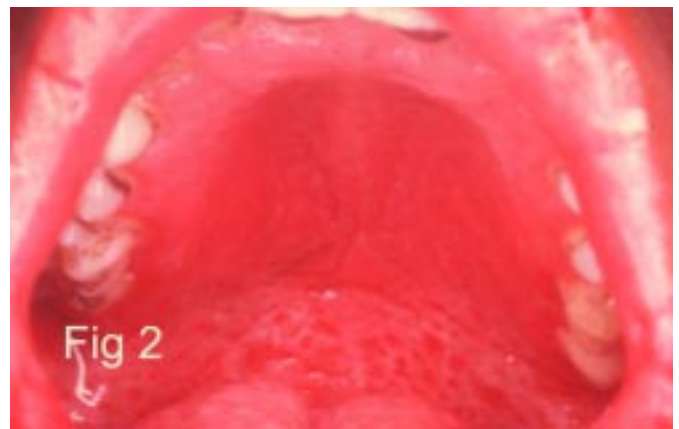


Fig. 2. Areas blancas y surcos longitudinales en la mucosa del paladar duro, y lesiones blanquecinas con patrón circinado en la mucosa del paladar blando. Shows whitish areas and longitudinal sulci on the hard palate mucosa and whitish lesions, with a circinate pattern, on the soft palate mucosa.

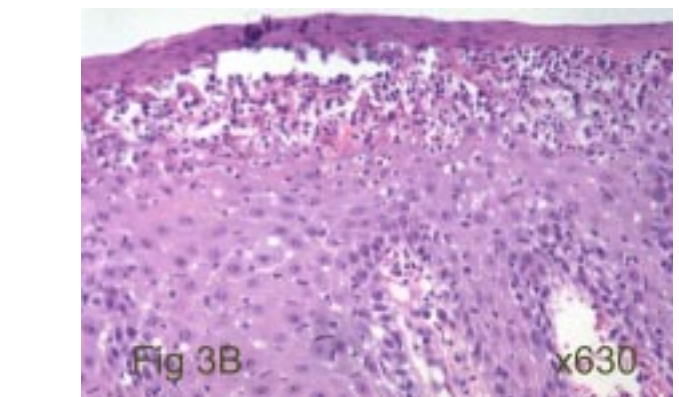
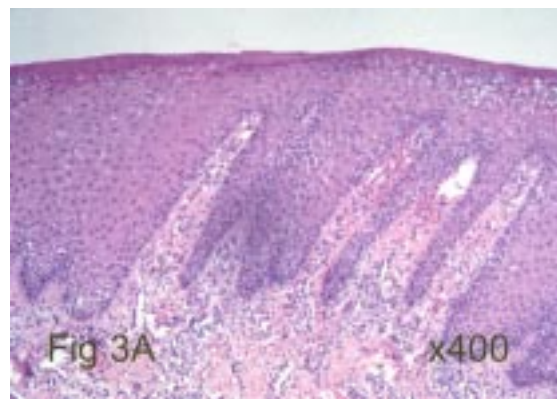


Fig. 3. A: Las lesiones del paladar presentan hiperplasia del epitelio y crestas epiteliales en forma de tubo de ensayo. El epitelio estaba focalmente adelgazado en las papilas situadas encima del tejido conjuntivo (H&E). **B:** vista a mayor aumento de una colección de neutrófilos en la zona superior del epitelio (micro-absceso de Munro) (H&E). *A. Palatal lesions exhibiting epithelial hyperplasia and "test-tube" rete ridges. The epithelium was focally thin over the connective tissue papillae (H&E). B. Close-up view of collection of neutrophils in the upper epithelium (micro-abscess of Munro) (H&E).*



Fig. 1. Las fisuras y escaras de ambos labios; el labio inferior está ligeramente hinchado y evertido. *Scales and fissuring of both lips; the lower lip is slightly swollen and everted.*

La tipificación del HLA en este paciente no fue posible. Otras enfermedades como la lengua geográfica, estomatitis geográfica y el síndrome de Reiter, histológicamente similares a la psoriasis deben excluirse (6,14,16). En este caso el síndrome de Reiter se excluyó porque el paciente no tenía ningún otro síntoma de la tríada asociada con este síndrome. Las biopsias orales mostraron un modelo psoriasiforme, pero la apariencia clínica de las lesiones no era de estomatitis geográfica. También se excluyeron la candidiasis oral y la sífilis secundaria que pueden parecerse a la psoriasis. No se encontraron hifas fúngicas. Las lesiones del labio y la lengua fisurada semejan el síndrome de Melkersson-Rosenthal pero no había confirmación histológica. La clínica y los resultados de la histología de este caso hicieron pensar, en un diagnóstico de psoriasis oral. Contra este diagnóstico, sin embargo, estaba la ausencia de lesiones en piel, la falta de una historia familiar de psoriasis y la ausencia de tipificación de HLA. De los 9 casos que se informan en la literatura que presentan psoriasis oral sin lesiones cutáneas, sólo 2 de ellos (14,15) cumplían cuatro de los cinco criterios diagnósticos basados en la histopatología, la historia familiar, la tipificación de HLA y el descartar procesos histológicamente similares.

CONCLUSION

Nuestro caso demuestra las dificultades de hacer un diagnóstico de psoriasis basado exclusivamente en lesiones en mucosa oral y labio. El examen histológico de tres zonas orales diferentes mostraron rasgos de psoriasis, ninguno de candidiasis ni otros aspectos clínicos como el síndrome de Reiter, lengua geográfica y estomatitis geográfica. Nuestra conclusión es que este es un caso de psoriasis oral sin historia familiar identificada y lesiones cutáneas solo en el límite del bermellón de los labios.

ENGLISH

Considerations on the diagnosis of oral psoriasis: A case report

MIGLIARI DA, PENHA SS, MARQUES MM, MATTHEWS RW. CONSIDERATIONS ON THE DIAGNOSIS OF ORAL PSORIASIS: A CASE REPORT. *MED ORAL* 2004;9:300-3.

ABSTRACT

This paper discusses the difficulties in making a definitive diagnosis of oral psoriasis based upon clinical and histological evidence only. A young black male presented with multiple lesions showing erosions, fissures, and yellowish scales on the vermilion borders of both lips. He also had erythematous-erosive

areas on the gingivae, a fissured tongue showing greyish areas on its ventral surface, whitish lesions and longitudinal sulci in the hard palate with lacelike lesions on the soft palate. Biopsies from the lower lip, gingiva and soft palate showed hyperkeratosis, spongiosis, acanthosis, and elongation of rete ridges. In addition, collections intraepithelial micro-abscesses of Munro were observed. These findings are consistent with oral psoriasis. Typical cutaneous lesions and a family history of psoriasis were absent.

Key words: *Diagnosis, oral lesions, oral psoriasiform lesions, psoriasis*

INTRODUCTION

Psoriasis is a common skin disease that affects men and women equally, being more prevalent in caucasians with fifty percent of cases appearing before the second decade of life (1-4). The aetiology of the disease is unknown but a strong hereditary component is implicated (4).

The existence of true psoriatic lesions of the oral mucosa is disputed. Problems with the diagnosis of oral psoriasis arise from the fact that no distinction can be made on histological grounds between oral psoriasis and other oral diseases such as geographic tongue, geographic stomatitis, and the oral lesions of Reiter's syndrome (5-7). In addition, there is no consensus as to what can be described as a true lesion of oral psoriasis (1,4,7,8). Despite these difficulties, there is some agreement among authors that oral psoriasis, although rare, does occur and the diagnosis is best made when the clinical course of the oral lesions parallels that of skin lesions and is supported by histological examination (7-10).

The English-language literature reports only 9 cases of psoriasis presenting exclusively oral lesions (2,9,11-15). We report a case that presented with multiple oral lesions showing histological features of psoriasis but no family history of the condition or concurrent skin lesions.

CASE REPORT

A 13-year-old black male was referred to the Oral Medicine Clinic, Division of Dermatology of the Hospital das Clínicas, University of São Paulo School of Medicine, for evaluation of scales on his lips that had been present for 4 years. On examination the vermilion borders of the upper and lower lips were erythematous, fissured with yellowish adherent scales. The lower lip was slightly swollen (Fig. 1). Intraorally there was generalised oedema and erythema of the marginal and interproximal gingival mucosa, and areas of erosion on the attached gingiva. Oral hygiene was poor. The tongue was fissured and presented greyish areas on its ventral surface. The hard palate had a whitish surface associated with narrow longitudinal sulci and the soft palate presented white lesions displaying a lacelike/circinate pattern (Fig.2). Skin examination revealed some small papular areas on the upper thighs and lower trunk. All of the lesions were symptomless. His medical, social and family histories were unremarkable. The patient was a non-smoker.

The patient's blood count was normal and serological tests for syphilis were negative. Biopsies from the vermilion border of the lower lip, the soft palate, gingiva and thigh were performed. Histologically, the lip and oral mucosal tissues showed a pattern consistent with psoriasis (Fig.3). The thigh skin biopsy showed only hyperkeratosis and acanthosis without any features of psoriasis. The labial, palatal and gingival biopsies showed hyperplasia of the epithelium and acanthosis. Neighbouring rete ridges were seen to coalesce at their bases with elongation, oedema and the presence of dilated tortuous capillaries surrounded by a dense plasma cell infiltrate. Epithelial spongiosis was observed and some areas showed acanthosis. Micro-abscesses of Munro within the parakeratotic epithelial layer and the occasional small spongiform pustules were present. No granulomas were observed. Periodic acid-Schiff (PAS) stain for fungal hyphae was uniformly negative.

A programme of oral hygiene improvement was commenced. Initial treatments with Vitamin A derivatives and topical steroids proved ineffective and therefore withdrawn. As the patient experienced no discomfort from the lesions, no further medication was considered necessary. The patient was reviewed regularly for 3 years. During this period the clinical aspects of the oral mucosa lesions remained unchanged. Improvement of the appearance of his lip lesions was achieved with a cosmetic moisturising cream. His skin lesions remained unchanged and there were no signs of cutaneous psoriasis over this period.

DISCUSSION

Many authors propose strict criteria for the diagnosis of oral psoriasis. The clinical course of the oral lesions should parallel that of the skin lesions (7,9,16). Additionally, a positive family history and HLA typing have also been considered of great importance in supporting a diagnosis of oral psoriasis (2,9,14,15). The HLA antigens most frequently associated with psoriasis are B13, B17, B37, Cw4 and Cw6 (3,4,14,16). HLA typing of this patient was not possible.

Other diseases such as geographic tongue, geographic stomatitis and Reiter's syndrome, histologically similar to psoriasis must be excluded (6,14,16). In this case Reiter's syndrome was excluded as the patient had none of the other triad of symptoms associated with this syndrome. The oral biopsies showed a psoriasiform pattern but the clinical appearance of the lesions did not match that of geographic stomatitis. Oral candidosis and secondary syphilis, that can resemble psoriasis, were also excluded. No fungal hyphae were found. The lip lesions and fissured tongue resembled Melkersson-Rosenthal syndrome but this was not supported histologically. The clinical and histological findings of this case strongly suggested a diagnosis of oral psoriasis. Weighing against this diagnosis, however, are the absence of skin lesions, the lack of a family history of psoriasis and the absence of HLA typing. Of the 9 cases reported in the literature presenting oral psoriasis without cutaneous involvement, only 2 of them [14,15] fulfilled four of the five aspects of the diagnostic criteria – namely histopathology, family history, HLA type and exclusion of histologically similar conditions.

CONCLUSIONS

Our case demonstrates the difficulties involved in making a diagnosis of psoriasis based upon exclusive oral mucosa and lip lesions. The histological examination of three different oral sites all showed features of psoriasis, no candidosis and other clinical aspects ruled out Reiter's syndrome, geographic tongue and geographic stomatitis. Our conclusion is that this a case of oral psoriasis with no identified family history and cutaneous involvement limited to the vermilion border of the lips.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Buchner A, Begleiter A. Oral lesions in psoriatic patients. *Oral Surg* 1976; 41:327-32.
2. Ulmanky M, Michelle R, Azaz B. Oral psoriasis: report of six new cases. *J Oral Pathol Med* 1995;24:42-5.
3. Eastman JR, Goldblatt LI: Psoriasis. Palatal manifestations and physiologic considerations. *J Periodontol* 1983;54:736-9.
4. Zhu J-F, Kaminski MJ, Pulitzer DR, Hu J, Thomas HF. Psoriasis: pathophysiology and oral manifestations. *Oral Dis* 1996;2:135-44.
5. Ralls SA, Warnock GR: Stomatitis areata migrans affecting the gingiva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:197-200.
6. van der Wal N, van der Kwast WAM, van Dijk E, van der Waal I. Geographic stomatitis and psoriasis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:106-9.
7. Bruce, AJ & Rogers R S 3rd. Oral Psoriasis. *Dermatol Clin* 2003; 21: 99-104.
8. Weathers DR, Baker G, Archard HO, Burkes Jr EJ. Psoriasiform lesions of the oral mucosa (with emphasis on "ectopic geographic tongue"). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974;37:872-88.
9. Younai FS, Phelan JA. Oral mucositis with features of psoriasis. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:61-7.
10. Brice DM; Danesh-Meyer MJ. Oral lesions in patients with psoriasis: clinical presentation and management. *J Periodontol* 2000;71:1896-903.
11. Brayshaw HA, Orban B. Psoriasis gingivae. *J Periodontol* 1953;24:156-60.
12. Wooten JW, Tarsitano JJ, Lavere AM. Oral psoriasiform lesions: A possible prosthodontic complication. *J Prosthet Dent* 1970;24:145-7.
13. Hietanen J, Salo OP, Kanerva L, Juvakoski T. Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. *Scand J Dent Res* 1984;92:50-4.
14. Sklavounou A, Laskaris G. Oral psoriasis: report of a case and review of the literature. *Dermatologica* 1990;180:157-9.
15. Rozell B, Grevér A-C, Marcusson JA. Oral psoriasis: report on a case without epidermal involvement. *Acta Derm Venereol* 1997;77:399-400.
16. Odell EW, Morgan PR. Lichenoid, psoriasiform and other types of stomatitis. in: Neville AM, Walker F, Taylor CR (ed): *Biopsy pathology of the oral tissues*. Chapman & Hall Medical; 1998. p. 60-4

Agradecimientos:

Nos gustaría agradecer a Dr. Myrian N. Sotto, Patólogo Médico y Profesor del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico, de la Universidad de São Paulo Escuela de Medicina, por su ayuda amable con el material de histología. Nosotros también agradecemos la ayuda de Dr John Eveson, el Lector en la Patología Oral, de la escuela dental, de la Universidad de Bristol, REINO UNIDO, por su evaluación de las muestras de las biopsias.

Aknowledgements

We would like to thank Dr. Myrian N. Sotto, Medical Pathologist and Associate Professor of Dermatology of Hospital das Clínicas, University of São Paulo School of Medicine, for her kind assistance with the histologic material. We also acknowledge the assistance of Dr John Eveson, Reader in Oral Pathology, University of Bristol Dental School, UK, for his evaluation of the biopsy specimens.