

TRABAJOS ORIGINALES

Asociación entre psoriasis vulgar y miastenia *gravis*

Association between psoriasis vulgaris and myasthenia gravis

Julieta Andrea Villarroel¹, Yanina Berberian², María Inés Hernández³ y Vicenta Ana María Neglia⁴

RESUMEN

La asociación entre la psoriasis vulgar y la miastenia *gravis* (MG) es poco frecuente. Ambas patologías son autoinmunes, crónicas y comparten el mecanismo de inflamación dependiente de linfocitos T y de producción de IL-17. Se presentan dos casos clínicos que iniciaron con psoriasis vulgar con la posterior aparición de miastenia *gravis*. En uno

de ellos se realizó tratamiento con un anticuerpo anti IL-17 que condujo a la eliminación de las lesiones psoriásicas y la remisión de los síntomas miasténicos, lo cual respalda el papel de las citocinas IL-17 en la patogénesis de ambas enfermedades.

Palabras clave: psoriasis, miastenia *gravis*, IL-17.

Dermatol. Argent. 2025; 31(2): 77-79

ABSTRACT

The association between psoriasis vulgaris and myasthenia gravis is rare. Both pathologies are autoimmune, chronic and share the mechanism of T-lymphocyte-dependent inflammation and IL-17 production. Two clinical cases are presented below that started with psoriasis vulgaris with subsequent onset of myasthenia gravis. One of them underwent treatment with

an anti- IL-17 antibody which led to elimination of psoriatic lesions and remission of myasthenic symptoms, supporting the role of IL-17 cytokines in the pathogenesis of both diseases.

Key words: psoriasis, myasthenia *gravis*, IL-17.

Dermatol. Argent. 2025; 31(2): 77-79

¹ Jefa de Residentes

² Médica de Planta, Unidad de Dermatología

³ Jefa de la Sección de Fotomedicina

⁴ Jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Julieta Andrea Villarroel

Email: julietavillarroelb@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 4/11/2024

Fecha de trabajo aceptado: 27/5/2025

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés

INTRODUCCIÓN

La psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria sistémica que se ha vinculado con enfermedades neurológicas y psiquiátricas como el accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, el síndrome de Guillain Barré y la miastenia *gravis* (MG)¹. Esta última es un trastorno autoinmune poco frecuente con una prevalencia que oscila entre los 15 y los 179 casos por millón

de personas² en el que se forman anticuerpos contra los receptores postsinápticos nicotínicos de acetilcolina en la unión neuromuscular, lo que se traduce clínicamente como debilidad de los músculos esqueléticos. La coexistencia entre ambas entidades es muy rara, con pocos casos reportados. A continuación, se presentan dos pacientes con dicha asociación.

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 60 años, con antecedentes de sobrepeso, tabaquismo severo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en seguimiento por psoriasis vulgar. Al examen físico inicial presentaba placas eritematoescamosas, infiltradas, de gran tamaño, localizadas en el tronco, los miembros, el rostro y el cuero cabelludo, con compromiso palmoplantar, y onicodistrofia en la totalidad de las láminas ungueales (PASI >10).

Había realizado múltiples tratamientos sistémicos (metotrexato, acitetrina, ciclosporina, etanercept y adali-

mumab) con escasa mejoría (Fotos 1 y 2). Posteriormente presentó ptosis palpebral (Foto 3) y diplopía con diagnóstico de miastenia *gravis*, por lo que inició tratamiento con piridostigmina y meprednisona. Por exacerbación de la psoriasis, se le indicó secukinumab con rápida mejoría de las lesiones en la piel y descenso lento de corticoterapia y piridostigmina con buena evolución de ambas patologías. Actualmente continúa solo con secukinumab.

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 56 años, en seguimiento por psoriasis en placas y folicular. Al examen

físico inicial presentaba múltiples pápulas eritematosas foliculares en los muslos, pequeñas placas eritematoescamosas en el tronco (Foto 4), y máculas hipopigmentadas de aspecto residual en los cuatro miembros y el tronco. Se le indicó tratamiento tópico con clobetasol y fototerapia UVB con mejoría clínica. Posteriormente presentó ptosis palpebral izquierda con diagnóstico de miastenia *gravis*, por lo que se decidió iniciar tratamiento con meprednisona. Al examen físico dermatológico presentaba estabilidad clínica, sin lesiones activas. Actualmente la paciente continúa solo con piridostigmina, con notable mejoría clínica.



FOTO 1: Placas eritematoescamosas en los codos.



FOTO 2: Placas eritematoescamosas en las falanges.



FOTO 3: Ptosis palpebral izquierda.



FOTO 4: Pequeñas placas eritematoescamosas en el tronco.

COMENTARIOS

La coexistencia entre la psoriasis vulgar y la miastenia *gravis* (MG) es poco frecuente, pero clínicamente relevante dado que ambas presentan una naturaleza autoinmune.

Desde el punto de vista epidemiológico, la baja frecuencia de esta asociación podría corresponder a un subregistro. El 15% de los pacientes con MG desarrolla una segunda enfermedad autoinmune (tiroiditis, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide)³, y teniendo en cuenta que la psoriasis es una de las enfermedades autoinflamatorias más prevalentes del mundo, es fundamental mantener un alto índice de sospe-

cha. Solo existen siete casos reportados en la literatura de esta asociación (Tabla)⁴⁻⁷.

En relación a la inmunopatogenia, tanto la psoriasis como la MG comparten una disfunción en las células T, en particular un desequilibrio entre las células T reguladoras (Tregs) y las células T efectoras. En condiciones fisiológicas, las Tregs mantienen la tolerancia inmunológica, previniendo la autoinmunidad⁸. Sin embargo, en ambas enfermedades se ha demostrado una reducción en su número o una alteración en su función supresora^{9,10}. Este defecto permite la expansión de las células Th17 que producen citocinas pro-

inflamatorias como IL-17 e IL-22, esenciales para la amplificación de la respuesta inflamatoria^{3,11}.

Al comienzo de la psoriasis, los queratinocitos, los macrófagos y las células dendríticas plasmocitoides secretan citocinas que activan a las células dendríticas mieloides, las cuales producen IL-12 e IL-23. Esta última es clave para la expansión de las células Th17 y Th22 que liberan IL-17, IL-22 y TNF- α , e inducen la proliferación de queratinocitos, angiogénesis y el reclutamiento de células inflamatorias, lo que da lugar a las placas eritematoescamosas características^{12,13}. Paralelamente, en pacientes con MG, especialmente aquellos con timoma, se observa una infiltración aumentada de células Th17 en el timo y sobreexpresión de IL-17, lo cual facilitaría la perpetuación de la respuesta autoinmune contra los receptores de acetilcolina en la

placa neuromuscular^{11,14}.

Esta similitud inmunológica adquiere relevancia cuando se consideran las posibilidades terapéuticas. En uno de los pacientes descritos en la literatura⁴, se administraron anticuerpos anti-IL-17 (ixekizumab) con una evolución clínica favorable en ambas condiciones, aunque se observó una recaída de la MG al interrumpir el tratamiento.

En nuestro caso, destacamos la buena evolución del paciente del caso 1, quien actualmente se encuentra en tratamiento con secukinumab con mejoría clínica significativa en ambas patologías. Esto podría sugerir que, en pacientes con patologías autoinmunes múltiples que comparten una vía inflamatoria Th17, la terapia dirigida contra IL-17 podría ser una opción terapéutica eficaz.

| Casos | Edad | Enfermedad preexistente | Tratamiento miastenia gravis | Tratamiento psoriasis |
|---|------|-------------------------|------------------------------------|--|
| El Sayed ⁴ | 55 | Miastenia gravis | Rituximab, prednisona, ixekizumab | Corticoides tópicos, fototerapia UVB, ixekizumab |
| Koc ⁵ | 53 | Miastenia gravis | Timectomía, piridostigmina | Metotrexato, corticoides tópicos |
| Kwan ⁶ | 36 | Miastenia gravis | No menciona | No menciona |
| Takahashi ⁷ (caso clínico 1) | 37 | Miastenia gravis | Timectomía, prednisona, tacrolimus | Fototerapia PUVA, derivados de vitamina D tópico |
| Takahashi ⁷ (caso clínico 2) | 56 | Psoriasis | Timectomía, prednisona, tacrolimus | Corticoides tópicos, derivados de vitamina D tópicos |
| Takahashi ⁷ (caso clínico 3) | 47 | Miastenia gravis | Timectomía, prednisona, tacrolimus | Corticoides tópicos, derivados de vitamina D tópicos |
| Nuestro caso clínico 1 | 60 | Psoriasis vulgar | Meprednisona, piridostigmina | Metotrexato, acitretina, ciclosporina, etanercept, adalimumab, secukinumab |
| Nuestro caso clínico 2 | 56 | Psoriasis vulgar | Meprednisona, piridostigmina | Fototerapia UVB, corticoides tópicos |

TABLA: Casos reportados en la literatura de la coexistencia entre la psoriasis vulgar y la miastenia gravis.

CONCLUSIONES

La coexistencia entre la psoriasis vulgar y la MG, aunque poco frecuente, representa una entidad clínicamente relevante y fisiopatológicamente lógica. La vía

IL-17 podría significar un blanco terapéutico común. Consideramos importante respaldar estos hallazgos con futuras investigaciones clínicas sobre terapias inmunomoduladoras compartidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amanat M, Salehi M, Rezaei N. Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Rev. Neurosci.* 2018;29:805-813.
- Carr A, Cardwell C, McCarron, PO, McConville J. A systematic review of population based epidemiological studies in myasthenia gravis. *BMC Neurol.* 2010;10:1-9.
- Gilhus N. Miastenia grave. *N Engl J Med.* 2016;375:2570-2581.
- El Sayed F, Kabbani M. Psoriasis and myasthenia gravis: a common Th-17 pathway. *Cureus.* 2022;14: e23090.
- Koc F, Yerdelen D. Myasthenia gravis and psoriasis vulgaris. *Neurosciences.* 2009;14:175-177.
- Kwan SY, Lin JH, Su MS. Coexistence of epilepsy, myasthenia gravis and psoriasis vulgaris. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 2000;63:153-157.
- Takahashi H, Tsuji H, Iizuka H. Three cases of psoriasis vulgaris associated with myasthenia gravis. *J Dermatol.* 2014; 41: 462-463.
- Baecher-Allan C, Hafler DA. Human regulatory T cells and their role in autoimmune disease. *Immunol Rev.* 2006;212:203-216
- Sugiyama H, Gyulai R, Toichi E, Garaczi E, et al. Dysfunctional blood and target tissue CD4+CD25 high regulatory T cells in psoriasis: mechanism underlying unrestrained pathogenic effector T cell proliferation. *J Immunol.* 2005;174:164-173.
- Balandina A, Lecart S, Dartevelle P, Saoudi A, et al. Functional defect of regulatory CD4(+) CD25+ T cells in the thymus of patients with autoimmune myasthenia gravis. *Blood.* 2005;105:735-741.
- Uzawa A, Kuwabara S, Suzuki S. Funciones de las citoquinas y las células T en la patogénesis de la miastenia grave. *Clin Exp Immunol.* 2021;203:366-374.
- Wang A, Bai Y. Dendritic cells: the driver of psoriasis. *J Dermatol.* 2020;47:104-113.
- Armstrong A, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA.* 2020;323:1945-1960.
- Gradolatto A, Nazzari D, Truffault F, Bismuth J. Both Treg cells and Tconv cells are defective in the myasthenia gravis thymus. Roles of IL-17 and TNF- α . *J Autoimmun.* 2014;52:53-63.