

Eduardo Marín-Hernández^{1a}, Katherine López-Soto^{2b}, Eduardo Josué Marín-González^{3c}

Resumen

Introducción: la psoriasis hiperqueratósica es una variante poco frecuente que incluye formas como la elefantina, considerada la más rara. Se caracteriza por placas gruesas y persistentes, con aspecto similar a la piel de un elefante, localizadas principalmente en extremidades y glúteos. La detección temprana y el tratamiento adecuado, incluyendo terapias sistémicas, son fundamentales para su manejo.

Caso clínico: paciente hombre de 58 años que inició en 2018 con dermatosis en frente, codo derecho y dorso de ambas manos, con diagnóstico inicial de dermatitis seborreica y liquen simple crónico, recibiendo múltiples terapias tópicas sin mejoría. En 2024 presentó nuevas lesiones diseminadas en codos, manos y ambas piernas, caracterizadas por placas hiperqueratósicas y excoriaciones. La biopsia confirmó el diagnóstico de psoriasis hiperqueratósica variante elefantina. Se inició tratamiento con ustekinumab, observándose mejoría significativa de las lesiones.

Conclusiones: la psoriasis elefantina es una variante rara y de difícil tratamiento, con escasos casos reportados, lo que dificulta la estandarización de su manejo. Las terapias biológicas representan una alternativa efectiva para mejorar el pronóstico, disminuir complicaciones y prevenir la progresión hacia otras patologías asociadas. La difusión de estos casos es fundamental para ampliar el conocimiento de esta variante y optimizar las opciones terapéuticas disponibles, en beneficio de los pacientes.

Abstract

Background: Hyperkeratotic psoriasis is a rare variant that includes forms such as elephantiasis, considered the rarest. It is characterized by thick, persistent plaques, resembling elephant skin, located mainly on the extremities and buttocks. Early detection and appropriate treatment, including systemic therapies, are essential for its management.

Clinical case: A 58-year-old male patient presented in 2018 with dermatosis on his forehead, right elbow, and the backs of both hands. He was initially diagnosed with seborrheic dermatitis and chronic lichen simplex and received multiple topical therapies without improvement. In 2024, he developed new, disseminated lesions on his elbows, hands, and both legs, characterized by hyperkeratotic plaques and excoriations. A biopsy confirmed the diagnosis of elephantiasis variant hyperkeratotic psoriasis. Treatment with ustekinumab was initiated, resulting in significant improvement of the lesions.

Conclusions: Elephantine psoriasis is a rare and difficult-to-treat variant, with few reported cases, which hinders the standardization of its management. Biologic therapies represent an effective alternative for improving prognosis, reducing complications, and preventing progression to other associated pathologies. Disseminating these cases is essential to expanding knowledge of this variant and optimizing available therapeutic options, for the benefit of patients.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Servicio de Dermatología. Ciudad de México, México

²Petroleos Mexicanos, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Servicio de Medicina Interna. Ciudad de México, México

³Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina. División de investigación. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-2610-3353^a, 0009-0000-0647-9444^b, 0009-0001-4381-830X^c

Palabras clave

Enfermedades de la Piel
Psoriasis
Terapia Biológica
Psoriasis Hiperqueratósica

Keywords

Skin Diseases
Psoriasis
Biological Therapy
Hyperkeratotic Psoriasis

Fecha de recibido: 03/10/2025

Fecha de aceptado: 09/02/2026

Comunicación con:

Eduardo Marín Hernández

✉ dr.eduardomarin1369@gmail.com

☎ 55 2109 6916

Cómo citar este artículo: Marín-Hernández E, López-Soto K, Marín-González EJ. Psoriasis elefantina. Reporte de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(4):e6887. doi: 10.5281/zenodo.19076328

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica e inmunomediada que afecta aproximadamente del 2 al 3% de la población mundial. Su impacto va más allá de las manifestaciones cutáneas, debido a su importante compromiso sistémico. La compleja patogenia de la psoriasis está asociada con la interacción de factores genéticos y ambientales, incluyendo infecciones, medicamentos (antipalúdicos, litio, tetraciclinas, betabloqueadores, entre otros) y traumatismos, fenómeno conocido como fenómeno de Koebner.¹

Su fisiopatología se debe a un trastorno de la desregulación del sistema inmunológico mediado por linfocitos T, macrófagos, células dendríticas y citocinas que activan mediadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral (TNF) e interleucinas, principalmente IL-1, IL-6, IL-17 e IL-23. Esto provoca una proliferación excesiva y aberrante de los queratinocitos, así como una diferenciación epidérmica alterada e inflamación cutánea persistente, favoreciendo con el tiempo afección sistémica a nivel cardiovascular y el desarrollo de enfermedades autoinflamatorias y autoinmunes, como vitiligo, alopecia areata, hidradenitis supurativa y enfermedades del tejido conectivo.²

Su prevalencia y su inicio temprano son notablemente mayores entre familiares de primer y segundo grado de pacientes afectados, con una heredabilidad superior al 60%. Estudios actuales han identificado nueve regiones genómicas asociadas, denominadas PSORS1 a PSORS9, siendo PSORS1 responsable del 35 al 50% de la heredabilidad de la enfermedad y el más relevante en las formas de inicio temprano y severas. Otros genes implicados incluyen *IL23R*, *IL23A*, *IL12B*, *TRAF3IP2* y genes relacionados con la función de la barrera cutánea y la respuesta inmune.³

La psoriasis puede presentarse a cualquier edad. De acuerdo con la literatura, existen dos picos de inicio de la enfermedad: el primero entre los 15 y 20 años y el segundo entre los 55 y 60 años. Sin embargo, determinar la edad exacta de inicio puede representar un reto, ya que muchos pacientes experimentan síntomas mínimos durante largos periodos antes de consultar a un especialista.² La morfología clásica de la psoriasis consiste en placas bien delimitadas y simétricas, de color rosado salmón, cubiertas por escamas

grisáceas de tamaño y grosor variables.⁴ Estas lesiones suelen localizarse en extremidades, tronco, área umbilical, hendidura glútea, codos, rodillas y cuero cabelludo.⁵

Debido a su gran heterogeneidad clínica, actualmente la psoriasis puede clasificarse en: psoriasis en placas, guttata (pequeñas placas eritematosas, comunes en niños y adolescentes), pustulosa, eritrodérmica, palmoplantar e inversa, esta última localizada en áreas intertriginosas. La forma clínica más frecuente es la psoriasis en placas crónica o psoriasis vulgar, presente en más del 80% de los casos. Dentro de esta se incluyen algunos subtipos poco comunes, como el anular, liquenificado e hiperqueratósico.⁶

La psoriasis hiperqueratósica (PHQE) es una variante infrecuente que se caracteriza clínicamente por placas engrosadas y escamosas, subdividiéndose en las formas ostrácea, rupioide y elefantina (cuadro I). La psoriasis elefantina es la forma más rara reportada hasta la fecha. Clínicamente se manifiesta por placas grandes, gruesas y persistentes, de donde deriva su nombre por la similitud con la piel de un elefante. Típicamente se localiza en extremidades superiores e inferiores y glúteos. A diferencia de la psoriasis clásica, la PHQE representa un reto diagnóstico debido a la ausencia de eritema y a la presencia de hiperqueratosis e hiperpigmentación, con placas grandes, gruesas y persistentes localizadas en región dorsal, nalgas y extremidades.^{6,7} Con frecuencia, el diagnóstico se confunde con otras dermatosis de diferente etiología, como dermatitis atópica, dermatitis seborreica, pitiriasis rosada y linfoma cutáneo de células T.⁸

Reportamos un caso de psoriasis elefantina, resaltando la importancia de la sospecha diagnóstica basada en su morfología clínica, sus características histológicas particulares y la relevancia del uso de terapias sistémicas en esta patología de difícil control con tratamientos convencionales.

Caso clínico

Paciente hombre de 58 años, con antecedente de obesidad grado III de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Inició su padecimiento actual en 2018 con dermatosis localizada en la frente y en la línea de implantación del cabello, caracterizada por placas de base eritematosa y escama fina, no pruriginosas. Posteriormente presentó

Cuadro I Espectro morfológico de la psoriasis hiperqueratósica

Psoriasis hiperqueratósica		
Ostrácea	Rupioide	Elefantina
Lesiones de escamas gruesas de color variable, firmemente adheridas y que se asemejan a una concha de ostra	Placas hiperqueratósicas, circulares, concéntricas, en forma de cono tipo lapa	Placas grandes, gruesas y planas de larga duración

dermatosis en codo derecho y dorsos de ambas manos, constituida por placas hiperqueratósicas, liquenificadas y pruriginosas, con excoriaciones.

Acudió inicialmente con dos dermatólogos, quienes diagnosticaron dermatitis seborreica y liquen simple crónico. El tratamiento indicado incluyó ketoconazol en shampoo, isoconazol, hidrocortisona tópica en manos y codo, retinoides tópicos y urea al 20%. Posteriormente, el paciente consultó a un tercer dermatólogo, quien estableció el diagnóstico clínico de psoriasis e indicó calcitriol.

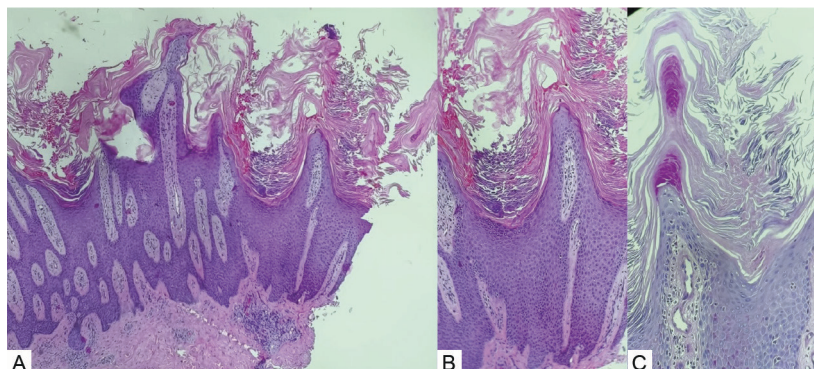
Acudió a nuestro servicio en 2024 debido a persistencia de las lesiones. A la exploración dermatológica se observó dermatosis diseminada en codos, dorso de ambas manos y región pretibial bilateral, caracterizada por placas hiperqueratósicas grisáceas, de base hiperpigmentada y con excoriaciones (figura 1).

Figura 1 Placas de la psoriasis hiperqueratósica variante elefantina



Dermatosis diseminada caracterizada por placas hiperqueratósicas grisáceas, de base hiperpigmentada con excoriaciones

Figura 2 Histopatología de la psoriasis elefantina



A. Acantosis psoriasiforme de la epidermis con papilomatosis, hiperqueratosis extensa, con acumulaciones de paraqueratosis, el estrato espinoso muestra zonas alternas de hipo e hipergranulosis. Vasos dilatados y ligeramente tortuosos en la dermis papilar con infiltrado inflamatorio predominantemente linfocítico (H y E). B. Agranulosis con zona paraqueratósica que recuerda a la columna de la poroqueratosis (H y E). C. Pseudocolumnela cornioide (PAS)

Se realizó biopsia de piel de pierna y codo derecho (figura 2). Con base en los hallazgos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de psoriasis hiperqueratósica variante elefantina (PHQE), con clinimetría PASI 12, BSA 7% y DLQI 7. Se inició tratamiento con ustekinumab 90 mg en las semanas 0, 4 y 12. Actualmente, el paciente ha recibido tres dosis de ustekinumab, observándose mejoría de la dermatosis, con reducción de la clinimetría a PASI 7, BSA 7% y DLQI 3.

Discusión

Alrededor del 90% de los casos de psoriasis corresponden a psoriasis vulgar o tipo placa, siendo la PHQE una presentación clínica poco común.⁹ Se realizó una búsqueda en *PubMed* utilizando los términos MeSH “elephantine” y “psoriasis”, obteniéndose únicamente tres casos clínicos reportados de esta variante (cuadro II).

Debido a la rareza y presentación atípica de esta variante, existe poca información en la literatura que facilite su sospecha diagnóstica, lo que constituyó una de las principales limitantes para la elaboración de este artículo. No obstante, el presente caso contribuye al conocimiento y difusión de las formas clínicas infrecuentes de psoriasis, favoreciendo su inclusión dentro del diagnóstico diferencial.

El abordaje diagnóstico de la psoriasis se basa inicialmente en la historia clínica, las características morfológicas de las lesiones y los síntomas asociados, además de un examen físico completo de piel y uñas. En casos atípicos puede ser necesaria la realización de estudios complementarios, como biopsia de piel y evaluación histopatológica, para confirmar el diagnóstico y excluir otras entidades.¹⁰

Cuadro II Casos clínicos similares reportados en la literatura

País	Año	Sexo	Edad	Breve descripción del caso
India	2015	Hombre	55 años	Placas extensas, gruesas, grandes, escamosas y simétricas, con bordes convexos interrumpidos bien definidos en superficie medial de los muslos, las rodillas, la cara posterior de las pantorrillas y el dorso del pie
Taiwan	2016	Hombre	60 años	Placas escamosas gruesas, extensas y simétricas de color blanco plateado, bordes bien definidos y convexos, pero interrumpidos en ciertas partes en ambos miembros inferiores
Irán	2022	Mujer	35 años	Placas eritematosas bien delimitadas con escamas variables y erosiones en ambos miembros inferiores hasta el dorso bilateral de los pies, respetaba plantas de ambos pies

La histopatología típica de la psoriasis incluye hiperqueratosis y paraqueratosis, microabscesos de Munro en el estrato córneo, acantosis, hipogranulosis o agranulosis, adelgazamiento suprapapilar de la epidermis y pústulas espongiformes de Kogoj (neutrófilos intraepidérmicos), así como elongación de las crestas interpapilares y proliferación con dilatación de capilares en las papilas dérmicas.¹¹ Aunque existen pocos textos que describan específicamente la histopatología de la PHQE, los casos reportados describen alternancia de ortoqueratosis y paraqueratosis, hipo o agranulosis alternando con hipergranulosis, microabscesos de Munro, papilomatosis y dilatación vascular dérmica superficial.

En el caso actual, así como en el reportado por Koley *et al.*, encontramos coincidencia histológica al identificar, en áreas de agranulosis, una zona paraqueratósica semejante a la columela de la poroqueratosis. Proponemos describir este hallazgo como “*pseudocolumnela cornoide*” (figura 2C). Estas características podrían representar un patrón histológico distintivo de esta variante.^{6,7}

Desde el punto de vista terapéutico, el tratamiento de la psoriasis hiperqueratósica representa un desafío, debido a que los tratamientos tópicos tienen penetración limitada por el grosor de las lesiones, condicionando resistencia terapéutica. Las placas hiperqueratósicas moderadas o severas suelen asociarse con mayor dificultad de tratamiento en comparación con las placas menos infiltradas.¹²

Los tratamientos tópicos, como corticosteroides, queratolíticos, inhibidores de calcineurina y análogos de vitamina D, pueden ser efectivos, especialmente tras la eliminación de escamas; sin embargo, su eficacia se reduce debido al grosor de las lesiones.¹³ Cuando existe resistencia a tratamientos tópicos, la incorporación de terapias sistémicas, incluidos inmunosupresores y fármacos biológicos, ha revolucionado el tratamiento de la psoriasis moderada a grave.¹⁴ En el caso presentado, el paciente había utilizado tratamientos tópicos durante seis años sin mejoría significativa, motivo por el cual se decidió iniciar terapia biológica.

Los agentes biológicos dirigidos al sistema inmunológico son utilizados cada vez con mayor frecuencia para el

tratamiento de la psoriasis. Los primeros aprobados fueron los inhibidores de TNF- α , entre los que se encuentran infliximab, adalimumab y certolizumab. Por otro lado, existen inhibidores de interleucinas, incluyendo los dirigidos contra IL-17 (bimekizumab, brodalumab, ixekizumab y secukinumab), IL-12/23 (ustekinumab) e IL-23 (guselkumab, risankizumab y tildrakizumab).¹⁵

El ustekinumab, utilizado en nuestro paciente, es un anticuerpo monoclonal humano IgG1 cuyo mecanismo de acción consiste en unirse con alta afinidad a la proteína p40 de las interleucinas IL-12 e IL-23, suprimiendo la inflamación mediada por las mismas. Además, también se emplea en artritis psoriásica, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, comorbilidades frecuentes en estos pacientes. Fue aprobado desde 2009 para la psoriasis en placas moderada a severa. La Asociación Británica de Dermatólogos (BAD) recomienda su uso como terapia de primera línea en pacientes candidatos a tratamiento biológico, especialmente en casos con fracaso terapéutico previo, enfermedad grave o deterioro significativo de la calidad de vida. Otros consensos sugieren reservarlo como segunda línea tras fracaso o intolerancia a fototerapia o terapias sistémicas convencionales.^{15,16}

En el caso presentado, el paciente tenía psoriasis severa de larga evolución y antecedente de múltiples tratamientos tópicos sin respuesta adecuada, por lo que se consideró candidato apropiado para terapia biológica.

Al igual que en otras variantes de psoriasis, es indispensable utilizar herramientas para evaluar la gravedad de la enfermedad y la respuesta terapéutica, como el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), *Body Surface Area* (BSA) y *Physician Global Assessment* (PGA).¹⁷

Las modificaciones en el estilo de vida también desempeñan un papel importante en el manejo integral de la psoriasis, independientemente de su clasificación. El control de peso, evitar tabaquismo y alcohol, realizar ejercicio físico y mantener una dieta saludable impactan favorablemente en la actividad de la enfermedad.⁵

Otro aspecto fundamental es el impacto psicosocial asociado a esta dermatosis en las personas que la padecen. La ansiedad y la depresión son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en pacientes con psoriasis, con prevalencias reportadas de hasta 43 y 62%, respectivamente, incrementándose en los casos más severos.¹⁸ Asimismo, se ha relacionado con trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia y demencia. Identificar y referir oportunamente a pacientes con deterioro de la salud mental y de la calidad de vida constituye una parte esencial del tratamiento integral.^{19,20}

Conclusiones

Debido a la rareza de la PHQE, existen pocos reportes y estudios disponibles, lo que dificulta el establecimiento de protocolos terapéuticos estandarizados. Actualmente, el

tratamiento está orientado no solo al control cutáneo, sino también a modificar la historia natural de la enfermedad y prevenir complicaciones asociadas, como artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular y trastornos psiquiátricos, especialmente con el advenimiento de las terapias biológicas.

Finalmente, la difusión de estos casos permitirá ampliar el conocimiento sobre esta variante clínica y ofrecer alternativas terapéuticas más eficaces, mejorando así el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Sugumaran D, Yong ACH, Stanslas J. Advances in psoriasis research: From pathogenesis to therapeutics. *Life Sci.* 2024; 355:122991. doi: 10.1016/j.lfs.2024.122991.
2. Orzan OA, Tutunaru CV, Lanoși SL. Understanding the Intricate Pathophysiology of Psoriasis and Related Skin Disorders. *Int J Mol Sci.* 2025;26(2):749. doi: 10.3390/ijms26020749. PMID: 39859462; PMCID: PMC11766135.
3. Dand N, Mahil SK, Capon F, et al. Psoriasis and Genetics. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(3):adv00030. doi: 10.2340/00015555-3384.
4. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, et al. Psoriasis. *Lancet.* 2021;397(10281):1301-1315. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
5. Bilal J, Malik SU, Riaz IB, et al. Psoriasis and Psoriatic Spectrum Disease: A Primer for the Primary Care Physician. *Am J Med.* 2018;131(10):1146-1154. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.05.013.
6. Sadatmadani SF, Malakoutikhah Z, Mohaghegh F, et al. Nilotinib-Induced Elephantine Psoriasis In a Patient With Chronic Myeloid Leukemia: A Rare Case Report and Literature Review. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2022;96:100676. doi: 10.1016/j.curtheres.2022.100676.
7. Koley S, Mandal RK, Chatterjee K, et al. Elephantine Psoriasis with Papillomatosis and Alternating Hypogranulosis and Hypergranulosis. *Indian J Dermatol.* 2015;60(3):264-7. doi: 10.4103/0019-5154.156367.
8. Pan Y, Zou J, Hu T, et al. Psoriasis: A Multidimensional Review of Onset, Progression, Treatment, and the Evolution of Disease Models. *Mol Diagn Ther.* 2025;29(3):345-366. doi: 10.1007/s40291-025-00776-8.
9. Petit RG, Cano A, Ortiz A, et al. Psoriasis: From Pathogenesis to Pharmacological and Nano-Technological-Based Therapeutics. *Int J Mol Sci.* 2021;22(9):4983. doi: 10.3390/ijms22094983.
10. Chakith MRS, Pradeep S, Gangadhar M, et al. Advancements in understanding and treating psoriasis: a comprehensive review of pathophysiology, diagnosis, and therapeutic approaches. *PeerJ.* 2025;13:e19325. doi: 10.7717/peerj.19325.
11. Kayaçetin S, Öcalan DT, Gül Ü. Comparison of Histopathological Findings in Psoriasis According to the Lesion Location From Biopsy. *Am J Dermatopathol.* 2024;46(6):353-357. doi: 10.1097/DAD.0000000000002648.
12. Tanghetti E, Stein-Gold L, Lain E, et al. Clinical Profile of Halobetasol Propionate 0.01%/ Tazarotene 0.045% Lotion in Patients With Hyperkeratotic Plaque Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2025;24(6):590-598. doi: 10.36849/JDD.8720.
13. Tafazzoli Z, Meibodi NT, Torabi S. Solitary oostaceous psoriasis treatment: A rare presentation of a common disease. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):e14567. doi: 10.1111/dth.14567.
14. Lee HJ, Kim M. Challenges and Future Trends in the Treatment of Psoriasis. *Int J Mol Sci.* 2023;24(17):13313. doi: 10.3390/ijms241713313.
15. Chat VS, Uppal SK, Kearns DG, et al. Comparison of guidelines for the use of Ustekinumab for psoriasis in the United States, Europe, and the United Kingdom: A critical appraisal and comprehensive review. *Dermatol Ther.* 2021;34(4):e14974. doi: 10.1111/dth.14974.
16. Gönülal M, Balcı DD, Öztürk A, et al. Effectiveness and safety of ustekinumab for the treatment of psoriasis; six years of clinical experience. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2241941. doi: 10.1080/09546634.2023.2241941.
17. Londoño-García AM, Castro-Ayarza JR, Franco Franco MD, et al. Latin American consensus on psoriasis severity classification. *An Bras Dermatol.* 2025;100(3):539-547. doi: 10.1016/j.abd.2024.09.010.
18. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2019;110(1):12-19. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.009.
19. Krstanović K, Kroflin K, Kroflin L, et al. Psoriasis and mental health: a psychodermatological approach with an emphasis on psychotherapy. *Psychiatr Danub.* 2024;36(1):7-16. doi: 10.24869/psyd.2024.7.
20. Hołdrowicz A, Żebrowska A. Molecular Link Between Psoriasis and Depression-Update on Pathophysiology. *Int J Mol Sci.* 2025;26(6):2467. doi: 10.3390/ijms26062467.