

PSORIAZISUL MUCOASELOR

MUCOSAL PSORIASIS

SMARANDA ȚĂREAN*, MIRCEA AMBROS**, NICOLETA NEAGU***,
ALEXANDRU OANȚĂ*

Rezumat

Psoriazisul, prin marea varietate de forme clinice și localizări dintre care unele rare, este o afecțiune dermatologică ce impune, deseori, diagnosticul diferențial cu numeroase alte patologii cutanate. Prin această lucrare vom prezenta diferitele aspecte clinice pe care le poate îmbrăca psoriazisul la nivelul mucoaselor, respectiv psoriazisul genital și manifestările de la nivelul mucoasei bucale.

Cuvinte cheie: psoriazis, mucoasă, genital, cheilită.

Intrat în redacție: 21.11.2022
Acceptat: 12.12.2022

Summary

Psoriasis, with its wide variety of clinical forms and locations, some of which being rare, is a dermatological condition that often requires a differential diagnosis with numerous other skin disorders. With this paper we aim to present the main clinical characteristics that psoriasis can show on the mucous membranes, respectively genital psoriasis and the manifestations on the oral mucosa.

Key words: psoriasis, mucosa, genital, cheilitis.

Received: 21.11.2022
Accepted: 12.12.2022

Psoriazisul prezintă o mare varietate de forme clinice și localizări dintre care unele rare, impunând diagnosticul diferențial cu numeroase afecțiuni dermatologice.

Psoriazisul genital

Psoriazisul genital, prin particularitățile sale biologice și terapeutice poate fi individualizat în cadrul formelor clinice de psoriazis. Psoriazisul genital poate fi clasificat în 3 categorii: psoriazis

Psoriasis has a wide variety of clinical forms and localizations, some of which rare, thus requiring differential diagnosis with many other dermatological conditions.

Genital psoriasis

Genital psoriasis, through its biological and therapeutic particularities, can be individualized within the clinical forms of psoriasis. Genital psoriasis can be classified into 3 categories:

* SC Dermamed SRL, Făgăraș, Romania.

** Clinica Dermatologie, Spitalul Județean Mureș, Târgu-Mureș, România
Dermatology Clinic, Mureș Country Hospital, Târgu-Mureș, Romania.

*** Departamentul de Epidemiologie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Știință și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu-Mureș, Târgu-Mureș, România.
Epidemiology Department, University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology ‘George Emil Palade’ of Târgu-Mureș, Târgu-Mureș, Romania.

genital asociat cu psoriazis extragenital inversat, psoriazis genital asociat cu psoriazis inversat (îndeosebi inghinal și/sau interfesier) și psoriazis cu localizare exclusiv genitală. Localizarea genitală este prezentă între 33 până la 49 % la bărbații cu psoriazis, sex ratio bărbați/femei fiind între 1,3 și 2,4. Prevalența ajunge la 7% la pacienții cu psoriazis inversat (bărbați și femei deopotrivă) și de numai 2-5% la pacienții cu afectare exclusiv genitală.

Clinic, psoriazisul genital se prezintă ca una sau mai multe plăci eritematoase de mici dimensiuni, bine delimitate, localizate pe gland, prepuț, fren sau scrot. Pe gland, la pacienții circumscrisei psoriazisul se prezintă ca plăci eritemato-scuamoase, iar la pacienții necircumscrisei leziunile sunt de obicei lipsite de scuame datorită umidității menținute de prepuț. La persoanele necircumscrise, psoriazis genital este cel mai frecvent localizat pe gland și pe fața internă a prepuțului. Afectarea glandului poate fi difuză, iar asocierea cu afectarea feței interne a prepuțului dă aspectul de balanopostita difuză eritematoasă. Uneori poate fi prezentă o uretrită dureroasă caracterizată clinic printr-un discret eritem perimeatal, fără secreție uretrală, dar însoțite de o simptomatologie jenantă, greu de tratat în această zonă. La bărbat, în formele inversate sunt afectate plicile inghinale și scrotul, putând exista și o extindere la pliul interfesier cu prezența unei fisuri a șanțului interfesier foarte evocatoare. Pe scrot și la nivelul frenului, psoriazisul se prezintă sub forma uneia sau mai multor plăci eritematoase ușor scuamoase sau ca un eritem difuz uneori zemuind, cu prezență de fisuri. În cazul afectării stricte a organelor genitale, prezența unui eritem fesier sau a unei omfalite poate orienta diagnosticul spre psoriazis. Rareori se pot observa forme pustuloase cu afectare exclusiv genitală, fibroza prepuțului sau prezența de leziuni papuloase și infiltrate pe gland.

Ca simptomatologie, leziunile de psoriazis genital pot fi însoțite de prurit, senzație de arsură sau durere. Întreținerea leziunilor prin efectul Kobner este posibilă datorită urinei, frecării cauzate de purtatul hainelor strâmte sau raporturilor sexuale.

genital psoriasis associated with inverse extragenital psoriasis, genital psoriasis associated with inverse psoriasis (especially inguinal and/or in the gluteal cleft) and psoriasis with only genital location. Genital involvement is present in 33 to 49% of men with psoriasis, with a male/female sex ratio of 1.3 to 2.4. The prevalence reaches 7% in patients with inverse psoriasis (men and women alike) and 2-5% in patients with only genital psoriasis.

Clinically, genital psoriasis presents as one or more small, well-defined erythematous plaques located on the glans, foreskin, frenulum or scrotum. On the glans, in circumcised patients, psoriasis presents as erythematous-squamous plaques, and in uncircumcised patients the lesions are usually scale-free due to the moisture maintained by the foreskin. In uncircumcised people, genital psoriasis is most commonly located on the glans and on the inner surface of the foreskin. Gland lesions can be diffuse, and when the internal surface of the foreskin is also involved, the clinical image resembles a diffuse erythematous balanoposthitis. Sometimes a painful urethritis can be associated and is clinically characterized by a discreet perimeatal erythema without urethral discharge, but accompanied by uncomfortable symptoms, which are difficult to treat in this area. In men, inverted psoriasis involves the inguinal folds and the scrotum, but sometimes the lesions can extend to the gluteal cleft and be centred by a very evocative fissure. On the scrotum and frenulum, psoriasis appears as one or multiple slightly scaly, erythematous plaques, or as diffuse erythema, sometimes exudative, with fissures on the surface. When there is only genital involvement, the presence of buttock erythema or omphalitis can point towards the diagnosis of psoriasis. Rarely, pustular types of psoriasis with only genital involvement, prepuce fibrosis, or the presence of papular and infiltrated lesions on the gland can be observed.

As symptomatology, genital psoriasis lesions may be accompanied by itching, burning sensation or pain. Persistence of lesions through the Kobner phenomenon is possible due to urine, friction from wearing tight clothes and sexual intercourse.

Afectarea vulvară este de asemenea frecventă, deși puține femei solicită consultul în acest sens. Aproximativ o treime dintre femeile cu psoriazis în plăci au afectare vulvară simultană. Complicarea cu candidoză face diagnosticul diferențial dificil.

În privința relației dintre psoriazisul genital și circumcizie, s-a constatat că la pacienții necircumscisi este afectat îndeosebi prepuțul și partea proximală a glandului, pe când la cei circumscisi afectarea glandului este mai difuză cu prezența de scuame. Un studiu efectuat pe 357 de pacienți cu dermatoză peniană și 305 martori a arătat că psoriazisul genital a fost dermatoza cea mai frecvent întâlnită (26% din cazuri) [1], acesta apărând îndeosebi la bărbații necircumscisi, posibil datorită efectului Kobner cauzat de acumularea de depozite epiteliale, secreții glandulare și urină între gland și prepuț. Un alt studiu efectuat în Olanda pe 487 de pacienți a arătat o alterare importantă a calității vieții la pacienții cu psoriazis genital, îndeosebi la femei, ducând la tulburări ale vieții sexuale [2].

Diagnosticul diferențial psoriazisului genital include numeroase afecțiuni precum dermatita atopică, dermatita seboreică, dermatita de contact, dermatofitoze, balanite nespecifice, lichenul plan, balanita Zoon, eritroplazia Queyrat, boala Paget genitală, carcinomul epidermoid, balanita candidozică (în forma pustuloasă), lichenul scleros (în fibroza prepuțului), sifilisul secundar de tip condiloma lata (în forma papulo-infiltrativă), iar la femei în special cu vulvo-vaginita candidozică.

Vulvar involvement is also common, although few women seek medical advice for this. Approximately one third of women with plaque psoriasis have simultaneous vulvar involvement. Complication with candidiasis makes the differential diagnosis difficult.

Regarding the relationship between genital psoriasis and circumcision, it was found that in uncircumcised patients the foreskin and the proximal part of the gland are especially affected, while in circumcised patients the lesions on the gland are more diffuse and scaly. A study carried out on 357 patients with penile dermatosis and 305 controls showed that genital psoriasis was the most common dermatosis (26% of cases) [1], appearing especially in uncircumcised men, possibly due to the Kobner phenomenon caused by the accumulation of epithelial deposits, glandular secretions and urine between the gland and foreskin. Another study conducted in the Netherlands on 87 patients showed an important alteration of the quality of life in patients with genital psoriasis, especially in women, leading to disturbances of their sexual life [2].

The differential diagnosis of genital psoriasis includes various conditions such as atopic dermatitis, seborrheic dermatitis, contact dermatitis, dermatophytoses, nonspecific balanitis, lichen planus, Zoon balanitis, Queyrat erythroplasia, genital Paget's disease, epidermoid carcinoma, candida balanitis (in the pustular form), sclerous lichen (in foreskin fibrosis), secondary syphilis with condyloma lata presentation (in the papulo-infiltrative form), and in women especially with candida vulvo-vaginitis.



Figura 1. a, c. Psoriazis genital cu afectarea glandului. b. Psoriazis genital forma pustuloasă (foto colecție).
Figure 1. a, c. Genital psoriasis with glans involvement. b. Genital pustular psoriasis (photo collection).



Figura 2. a. Limba geografică. b. Limba plicaturată. c. Cheilita psoriazică (foto colecție).
Figure 2. a. Geographic tongue. b. Fissured tongue. c. Psoriatic cheilitis (photo collection).

Afectarea altor mucoase

Limba geografică

Limba geografică sau glosită migratorie benignă reprezintă clinic exfolierea linguală fiziologică, relativ frecventă în populația generală (între 1% și 2,5%), fără predispoziție de sex. Afecțiunea este semnificativ mai frecventă la populația cu psoriazis, putând apărea și după anumite medicamente: corticoizi per os [3], inhibitori ai tirozinkinazei (sorafenib, sunitinib) [4].

Clinic se prezintă ca arii linguale depapilate cu dimensiuni de 0,5-5 cm afectând papilele filiforme, delimitate de o margine ușor reliefată serpiginoasă, de culoare alb-gălbuie, localizate pe partea dorsală și laterală a limbii. Topografia acestor leziuni este imprevizibilă, modificându-se în timp. Formele atipice ale afecțiunii pot fi localizate pe fața ventrală a limbii sau pe zone bucale extralinguale, recidivând în același loc. Dintre pacienții cu limbă geografică 10 % sunt simptomatici, impunând un tratament îndeosebi local cu cremă tacrolimus 0,1 % [5], corticoizi locali [6], retinoizi locali [7] sau retinoizi per os [8].

Diagnosticul limbii geografice este clinic, bazându-se pe anamneză (migrarea leziunilor, rezoluția acestora și recidivele spontane), nefiind necesar un bilanț complementar. Biopsia leziunilor arată un aspect similar psoriazisului pustulos.

Oral psoriasis

Geographic tongue

Geographic tongue or benign migratory glossitis clinically represents the physiological lingual exfoliation, relatively common in the general population (between 1% and 2.5%), without gender predisposition. The condition is significantly more common in people with psoriasis and can also occur after certain medications: oral corticosteroids [3], tyrosine kinase inhibitors (sorafenib, sunitinib) [4].

Clinically, it presents as depapillated lingual areas with dimensions of 0.5-5 cm affecting the filiform papillae, enclosed by a slightly raised serpiginous margin, yellowish-white in colour, located on the dorsal and lateral surfaces of the tongue. The topography of these lesions is unpredictable, changing over time. Atypical forms of the condition can be located on the ventral surface of the tongue or on extralingual buccal surfaces, recurring in the same place. Among patients with geographic tongue, 10% are symptomatic requiring mostly topical treatment with tacrolimus 0.1% cream [5], corticosteroids [6], retinoids [7] or oral retinoids [8].

The diagnosis of geographic tongue is clinical, based on the anamnesis (migration of lesions, their resolution and spontaneous recurrences), not requiring a complementary assessment. Biopsy of the lesions shows an appearance similar to pustular psoriasis.

Limba plicaturată

Limba plicaturată (fisurată sau scrotală) este caracterizată prin prezența unui șanț median antero-posterior localizat pe fața dorsală a limbii din care se ramifică multiple fisuri laterale. Prevalența ei este estimată între 5 % și 6,5 % în populația generală, de cele mai multe ori este izolată, putând fi și asociată limbii geografice [9]. Diagnosticul este clinic, nefiind necesar examenul histopatologic. Limba plicaturată este întâlnită în sindromul Melkersson-Rosenthal, dar și în psoriazis.

Într-un studiu [10] efectuat pe 306 pacienți cu psoriazis, 8% dintre aceștia aveau limbă plicaturată, 5.6% limbă geografică și 1.6% afectare simultană. De asemenea, acest studiu a arătat absența legăturii între limba geografică și consumul de tabac și alcool. În schimb, un studiu făcut în Turcia a arătat doar rolul protector al fumatului în apariția limbii geografice [9]. Un studiu libanez [11] efectuat pe 400 de pacienți cu psoriazis și 1000 de martori a găsit prezența limbii plicaturate la 33.2% versus 9.9% din cazuri și limba geografică la 7.7% versus 1% din cazuri. În caz de psoriazis pustulos, prevalența limbii plicaturate a fost de 83,3%.

Cheilita psoriazică

Cheilita psoriazică este foarte rar descrisă în literatură, la fel ca și afectarea mucoasei bucale. Clinic se prezintă ca plăci eritemato-scuamoase cu scuame alb-sidefii și fisuri, putând afecta ambele buze. Poate fi însoțită și de alte localizări cutanate specifice, dar poate fi singura manifestare a psoriazisului, precedând cu câțiva ani apariția leziunilor cutanate [12]. Microtraumatismele, cheitele infecțioase precum și modificările alimentare pot conduce la apariția psoriazisului buzelor la persoane cu predispoziție genetică pentru psoriazis [11]. Psoriazisul buzelor cu evoluție cronică poate fi însoțită de disconfort moderat sau sever în diversele activități zilnice precum mestecatul și înghițitul. La femei poate constitui de asemenea o problemă cosmetică și psihică [13].

Cheilitele cronice, îndeosebi cele actinice, candidozice, din lupusul eritematos cronic, lichenul plan sau din eczeme pot fi confundate cu psoriazisul buzelor. În cazul unei erupții eczematiforme ale buzelor de lungă durată și

Furrowed tongue

Furrowed (fissured or scrotal) tongue is characterized by the presence of an antero-posterior median groove located on the dorsal surface of the tongue from which multiple lateral fissures branch. Its prevalence is estimated between 5% and 6.5% in the general population, most of the time it is isolated, but it can also be associated with geographic tongue [9]. The diagnosis is clinical, histopathological examination not being necessary. Furrowed tongue is found in Melkersson-Rosenthal syndrome, but also in psoriasis.

In a study [10] of 306 patients with psoriasis, 8% of them had fissured tongue, 5.6% geographic tongue, and 1.6% simultaneous involvement. Also, this study showed the absence of the link between geographic tongue and tobacco and alcohol consumption. In contrast, a study performed in Turkey only showed the protective role of smoking in the occurrence of geographic tongue [9]. A Lebanese study [11] on 400 patients with psoriasis and 1000 controls found the presence of furrowed tongue in 33.2% versus 9.9% of cases and geographic tongue in 7.7% versus 1% of cases. In case of pustular psoriasis, the prevalence of furrowed tongue was 83.3%.

Psoriatic cheilitis

Psoriatic cheilitis has very rarely been described in the literature, as well as the involvement of the oral mucosa. Clinically, it presents as erythematous-squamous plaques with pearly-white scales and fissures, which can affect both lips. It can be accompanied by other specific skin locations, or it can be the only manifestation of psoriasis, preceding the appearance of skin lesions by several years [12]. Repeated microtrauma, infectious cheilitis, as well as dietary changes can lead to the appearance of psoriatic cheilitis in people with a genetic predisposition to psoriasis [11]. Psoriatic cheilitis with chronic evolution can be accompanied by moderate to severe discomfort in various daily activities such as chewing and swallowing. In women, it can also be a cosmetic and psychological problem [13].

Chronic cheilitis, especially actinic cheilitis, candida infections, chronic lupus erythematosus, lichen planus and eczema can be confused

refractoră la tratamentul cu dermatocorticoizi, trebuie suspectat psoriazisul și efectuată biopsia. La copil, psoriazisul buzelor poate fi confundat cu dermatita secundară salivăției sau cu candidoza bucală.

with lip psoriasis. In the case of a long-standing eczematiform treatment-refractory (with dermatocorticoids) eruption of the lips, psoriasis should always be suspected and a biopsy should be performed. In children, lip psoriasis can be confused with dermatitis secondary to salivation or oral candidiasis.

Bibliografie / Bibliography

1. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol.* 2000;136(3):350-354. doi:10.1001/archderm.136.3.350.
2. Meeuwis K a. P, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011;164(6):1247-1255. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10249.x.
3. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis.* 2006;12(4):381-386. doi:10.1111/j.1601-0825.2005.01208.x.
4. Hubiche T, Valenza B, Chevreau C, Fricain JC, Del Giudice P, Sibaud V. Geographic tongue induced by angiogenesis inhibitors. *Oncologist.* 2013;18(4):e16-17. doi:10.1634/theoncologist.2012-0320.
5. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, Tamabuchi T, Masu T, Aiba S. Geographic tongue treated with topical tacrolimus. *J Dermatol Case Rep.* 2010;4(4):57-59. doi:10.3315/jdcr.2010.1058.
6. Lazaro P. [Current findings in geographic tongue]. *Inf Dent.* 1983;65(20):1759-1767.
7. Helfman RJ. The treatment of geographic tongue with topical Retin-A solution. *Cutis.* 1979;24(2):179-180.
8. Casper U, Seiffert K, Dippel E, Zouboulis CC. [Exfoliatio areata linguae et mucosae oris: a mucous membrane manifestation of psoriasis pustulosa?]. *Hautarzt.* 1998;49(11):850-854. doi:10.1007/s001050050837
9. Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoşlu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(2):e29-33. doi:10.1016/j.tripleo.2008.10.015
10. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31(2):192-195. doi:10.1111/j.1365-2230.2005.02028.x.
11. Tomb R, Hajj H, Nehme E. [Oral lesions in psoriasis]. *Ann Dermatol Venereol.* 2010; 137 (11): 695-702. doi:10.1016/j.annder.2010.08.006.
12. Oanță A, Irimie M. Psoriazisul buzelor. În: Oanță A, Irimie M. *Dermatologia în cazuri clinice*, vol II. Brasov: Editura Universității Transilvania; 2004; 60-62.
13. Hedström L, Bergh H. Sublingual varices in relation to smoking and cardiovascular diseases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010;48(2):136-138. doi:10.1016/j.bjoms.2009.05.005.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență: Dr. Ambros Mircea
Clinica Dermatologie, Spitalul Județean Mureș, Str. Gh. Doja, Nr. 12, Târgu-Mureș, România
e-mail: ambrosmircea@yahoo.fr

Correspondance address: Dr. Ambros Mircea
Dermatology Clinic, Mureș Country Hospital, Nr. 12 Gh. Doja Street, Târgu-Mureș, Romania
e-mail: ambrosmircea@yahoo.fr