



IMÁGENES

Psoriasis en gotas vs. herpes zóster

Guttated psoriasis vs herpes zoster

Dinara Trondina*, Gabriela Bollati Delclós y Paula Manzorro Fernández

Medicina familiar, Centro de Salud Torrelodones, Torrelodones, Madrid, España

Recibido el 6 de marzo de 2020; aceptado el 31 de marzo de 2020

Varón de 67 años que visita urgencias por segunda vez muy angustiado, ya que no refiere ninguna mejoría clínica con el tratamiento pautado hace 2 días. Toma prednisona 30 mg/24 h en pauta descendente por sospecha de psoriasis.

Desde hace 5 días presenta lesiones cutáneas múltiples hiperemico-violáceas con algunas vesículas aisladas poco evidentes, en brazo/antebrazo derecho y dedos de la mano derecha, también en lado derecho de tórax, con distribución compatible con dermatomas C5-C7-T1. No ha tenido fiebre ni refiere otra sintomatología acompañante. Refiere molestias generalizadas, pero no dolor.

No AP de interés. No inmunodeprimido.

BEG. Consciente y orientado. Salvo lesiones papulosas hiperemico-violáceas extensas con alguna vesícula aislada (figs. 1 y 2), sin otros hallazgos patológicos. Refiere empeoramiento y gran extensión de lesiones tras empezar a tomar los corticoides orales (prednisona).

Como orientación diagnóstica sospechamos herpes zóster¹, sobre todo por fracaso terapéutico con el tratamiento actual. Aunque como diagnóstico diferencial planteamos la psoriasis en gotas². La forma más común de psoriasis son las placas secas, elevadas, hiperémicas, cubiertas con escamas plateadas, pero en este caso la presencia de lesiones tan extensas y heterogéneas deja alguna duda.

Con la pauta de tratamiento antiviral (valaciclovir 1.000 mg/8 h/6 días) y analgesia (metamizol 575 mg/8 h) se deriva a consulta de dermatología para valoración en 24 h,



Figura 1, Figura 2 Antebrazo (A) y brazo (B) del paciente con lesiones características del herpes zóster, con afectación múltiple de dermatomas C5-C7-T1.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Dinara.trondina@gmail.com (D. Trondina).

la especialista nos confirma el diagnóstico de herpes zóster extenso. Se confirma mejoría clínica con tratamiento pautado.

Recordamos la importancia de diagnóstico diferencial entre psoriasis en gota y herpes zóster, sobre todo en ausencia de clínica típica o presencia de lesiones mixtas, para evitar el uso no indicado de los corticoides orales. En herpes zóster las indicaciones son: analgesia para tratar el dolor agudo en combinación siempre con los antivirales para prevenir la diseminación de lesiones, lo que pasó con nuestro paciente.

Bibliografía

1. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ*. 2007;334:1211-5. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=48209> 29/02/2020.
2. Brandon A, Mufti A, Gary Sibbald R. Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review. *Adv Skin Wound Care*, 2019;32:58-69. DOI: 10.1097/01.ASW.1; 0000550592.08674.43.