

El hombre encendido

C. Serrano^a, J. Bravo Urbieta^b y A. Peña García^c

Servicio de Medicina Interna. ^aHospital de San Vicente. San Vicente del Raspeig. Alicante. ^bHospital Morales Meseguer. Murcia.

^cServicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Caso clínico

Se trata de un varón de 55 años con antecedentes de pancreatitis crónica de origen etílico, fumador habitual y jubilado debido a politraumatismo con secuelas articulares, que consulta por aparición progresiva, en el último mes, de lesiones cutáneas eritematosas, inicialmente en tobillo izquierdo, que han ido progresando y ocupando la práctica totalidad de la superficie corporal, incluyendo palmas, plantas, cuero cabelludo e incluso enrojecimiento conjuntival. Las lesiones presentaban una base eritematosa con descamación periférica y han ido creciendo hasta confluir, provocando denudación cutánea (figs. 1, 2 y 3). Se aprecian también lesiones pustulosas en tórax anterior y posterior. En la exploración física se observa un paciente intranquilo, con molestias en las zonas de roce con la ropa, las lesiones descritas y temperatura axilar de 37,7 °C. El resto de exploración es normal. Entre las exploraciones complementarias destaca: leucocitosis de 27.200 cl/mm³ con 92% de neutrófilos, hemoglobina de 16 g/l, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 29 mm la primera hora, siendo el resto normal (incluyendo iones Ca y P).

Tras establecer el diagnóstico se instauró tratamiento tópico con esteroides y baños de avena junto a la administración de antihistamínicos orales, hidratación intravenosa, cobertura antibiótica con amoxicilina clavulánico y se inició tratamiento con acitretina hasta llegar a una dosis de 50 mg al día.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Diagnóstico

Psoriasis pustulosa generalizada de von Zumbusch

El diagnóstico de psoriasis es habitualmente clínico y no requiere confirmación histológica, sobre todo si existe el antecedente de psoriasis en placas. La psoriasis en placas es la forma más frecuente de psoriasis (hasta el 80% de los casos); sin embargo, no lo es tanto la eritrodermia psoriásica y la forma pustulosa generalizada, que ocurren en menos del 3% de los pacientes¹. A pesar de su baja incidencia supone la afección más grave, pudiendo desembocar en la muerte del enfermo como consecuencia de una complicación séptica generalizada debido a la pérdida de la función defensiva de la piel, así como a la posibilidad de trastornos hidroelectrolíticos por pérdidas cutáneas y los trastornos de la temperatura corporal². En el caso descrito se inició tratamiento oral con acitretina. Los retinoides sintéticos están siendo empleados para el tratamiento de la psoriasis desde la década de los setenta, y aunque su mecanismo de acción todavía no está claramente definido, se ha visto que reducen la hiperqueratosis y la multiplicación excesiva de los tejidos, entre otros, efecto mediado por diferentes citoquinas como el interferón gamma, el cual está presente en las lesiones cutáneas³. Los retinoides tienden a ser más efectivos en las formas inflamatorias de psoriasis, de tal manera que en la psoriasis en placas tan sólo producen una ligera mejoría. El principal efecto adverso debido a su utilización es la teratogenicidad, de tal forma que el inicio de una terapia en mujeres requiere un compromiso firme de evitar la contracepción. Otros efectos descritos y que conviene monitorizar son las altera-



Fig. 4.

ciones analíticas en la función hepática y el incremento en los niveles de lípidos⁴. Afortunadamente la evolución clínica y analítica del paciente descrito fueron favorables tal y como se muestra en las imágenes obtenidas previas al alta hospitalaria (fig. 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003;361:1197-204.
2. Green MS, Prystowsky JH, Cohen SR, Cohen JI, Lebwohl MG. Infectious complications of erythrodermic psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1996; 34:911-4.
3. Saurat JH. Retinoids in psoriasis: novel issues in retinoid pharmacology and implications for psoriasis treatment. J Am Acad Dermatol. 1999;41:S2-6.
4. McClure SL, Valentine J, Gordon KB. Comparative tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. Drug Safety. 2002;25:913-27.