



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/149 - DOCTORA, MIRE LO QUE ME HA SALIDO

P. Bahillo Gagigal<sup>1</sup>, I. Suárez Cuesta<sup>2</sup>, I. Costela Guijosa<sup>3</sup>, L. Torres Pallarés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 14 años, que acude a consulta por aparición de lesiones eritematosas, descamativas y no confluentes, pruriginosas, de distribución asimétrica más llamativas en tronco, que han ido apareciendo progresivamente desde hace 72h. No ha presentado fiebre ni clínica infecciosa ni antecedente de contacto con animales. No refiere alergias conocida ni antecedentes de interés. Inmunizaciones al día. Profundizando nos cuenta que hacía una semana había presentado fiebre de hasta 38,5 °C, odinofagia y malestar general que había sido tratado con tratamiento sintomático (antitérmicos).

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 37,8 °C. TA 135/76 mmHg. FC 76 lpm. SatO2 98%. Buen estado general. Afebril. Eupneico, sin trabajo respiratorio. ORL: faringe hiperémica, amígdalas hipertroficas sin exudados. Adenopatías laterocervicales palpables, inflamatorias. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no roncus ni sibilancias. A nivel cutáneo presenta lesiones eritematosas, descamativas, no confluentes, no pruriginosas, más llamativas a nivel del tronco, de borde bien delimitado, de apariencia como "en gotas". Realizamos test de detección rápida de Streptococo pyogenes, siendo resultado positivo.

**Juicio clínico:** El cuadro nos orienta por un lado a descartar una infección bacteriana por Streptococo pyogenes (faringoamigdalitis) y por otro lado nos hace pensar que esta infección ha podido desencadenar el cuadro de psoriasis en gotas que presenta el paciente.

**Diagnóstico diferencial:** Reacción alérgica. Exantema vírico. Psoriasis en gotas.

**Comentario final:** La psoriasis en gotas es una forma de psoriasis, que aparece predominantemente en niños y adolescentes creando una gran alarma debido a su aparición brusca en pacientes previamente sanos. Debuta en general bruscamente, en ocasiones precedida de una faringitis aguda (estreptocócica) o por una gastroenteritis, y se manifiesta con múltiples lesiones rojizas ligeramente descamadas, en forma de "gotas" esparcidas por todo el cuerpo. Suele durar varias semanas, durante las cuales se suceden pequeños rebrotos hasta su resolución. En algunos casos se acompaña de picor muy molesto que origina múltiples lesiones de rascado. Su evolución posterior es variable. En algunos casos aparece como brote único y algunos pacientes no presentan más brotes de la enfermedad, mientras que en otros aparece nuevamente en sucesivas faringoamigdalitis. En otros casos evoluciona hacia la forma de psoriasis en placas. El diagnóstico es clínico y en la mayoría de los casos no requiere de pruebas complementarias. No obstante en todo paciente con un cuadro de psoriasis en gotas hay que descartar una faringoamigdalitis estreptocócica concomitante. Respecto al tratamiento, habrá que tratar por un lado la infección estreptocócica con amoxicilina a 60 mg/kg/día

durante 10 días y por otro lado iniciar tratamiento tópico con cremas con corticoide. Posteriormente y en función de la evolución, se pasará a una terapia de mantenimiento, con cremas con calcipotriol en lesiones corporales, o pimecrolimus en lesiones faciales, entre otras.

## Bibliografía

Manual de Dermatología Básica. Elsevier.

Revista Asociación Española de Pediatría.

Manual de actuación en Urgencias Pediátricas. Panamericana.

Albisu Y. Atlas Dermatología Pediátrica, 3<sup>a</sup> ed.