



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1237 - ¡ME PICA HASTA EL ALMA, DOCTOR!

L. Alandete Germán^a, R. Ferrer Sorolla^a y D. Ferrer Sorolla^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Teruel. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Caso multidisciplinar. Paciente de 52 años que acude a nuestra consulta en el Centro de Salud, refiriendo prurito y aparición en miembros superiores e inferiores, placas descamativas. En tratamiento para el glaucoma con travatán. Tras valoración clínica, se pauta tratamiento antihistamínico, y se solicita interconsulta con Servicio de Dermatología por sospecha de proceso psoriasiforme. A las 2 semanas es visto en Consultas Externas de Dermatología, donde las placas han progresado hasta afectar a la mayor parte del cuerpo, persistiendo el prurito; El paciente es ingresado de forma programada, con sospecha de eritrodermia generalizada psoriásica.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, BEG, con sensación de frío por pérdida de calor a través de la intensa vasodilatación epitelial y pérdida proteica (por la intensa descamación). Batería analítica (hemograma, bioquímica, coagulación): Ligera hipoproteinemia (proteínas totales 6,2); serología de hepatitis, VIH y ANCAs negativos. Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas. Tras la administración de tratamiento endovenoso, mejoría clínica. Reacude posteriormente, al mes de evolución, por aparición de nódulos ganglionares inguinales. Punch de piel: piel con acantosis irregular y paraqueratosis. Leve infiltrado linfocitario perivascular superficial. Biopsia glanglionar: fondo serohemorrágico con discreta celularidad linfocitaria de composición mixta, mezclada con células fusiformes de aspecto reticular.

Juicio clínico: Se descartó dermatitis de contacto al suspender el tratamiento con Travatán, sin mejoría. El paciente presenta evolución clínica a brotes, refractarios a tratamiento corticoideo y antihistamínicos, y sin respuesta claramente efectiva a biológicos ni antipsoriásicos. Persiste el estudio clínico y tratamiento, sugestivo de Eritrodermia psoriásica.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis atópica. Dermatitis de contacto. Pitiriasis rubra pilar. Psoriasis. Enfermedades sistémicas. Linfomas, micosis fungoide. Medicaciones: sulfonamidas, captopril.

Comentario final: Es importante el seguimiento clínico de nuestros pacientes, para poder mejorar nuestra labor asistencial desde un punto de vista longitudinal y evolutivo. Siendo expertos en lo frecuente, debemos detectar lo infrecuente.

Bibliografía

1. Garzona Navas L, Moreira Hidalgo F. Dermatitis exfoliativa generalizada: revisión de tema. Rev Costarric Salud Pública. 2006;15(29).

2. Martínez Mullo C, De Castro Santalla H, Gómez Aller C. Eritrodermia. Cad Aten Primaria. 2014;20:245.
3. <https://www.ecured.cu/Eritrodermia>

Palabras clave: Psoriasis. Eriterodermia. Prurito.