



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2718 - UNA CURIOSA ERUPCIÓN

S. de la Fuente Ballesteros^a, M. Hernández Carrasco^b, V. García Ramos^c y A. Hidalgo Benito^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

^bMédico de Familia. Área de Valladolid Oeste. Valladolid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Hace 2 semanas consultó por exantema abdominal tras ingesta de amoxicilina, prescrita por faringoamigdalitis previa. Se suspendió antibiótico y se pautaron corticoides tópicos de potencia alta. Acude de nuevo por continuar con odinofagia y presentar exacerbación y progresión del exantema hacia extremidades, ahora levemente pruriginoso, sin mejoría tras pomada. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Faringe y amígdalas hiperémicas, sin exudados ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. No fiebre ni visceromegalias. Exantema micropapular eritematoso, menor de 1 cm, levemente descamativo, en tronco y extremidades, respetando cara, mucosas, palmas y plantas. Analítica: hemograma, bioquímica, función hepática, renal, PCR, proteinograma normales, ANA, toxoplasma, CMV, VEB negativos. Se comienza tratamiento con clobetasol tópico y se solicita interconsulta preferente a dermatología por la gran extensión, quien confirma la sospecha diagnóstica y mantiene tratamiento 10 días más y añade crema hidratante.

Orientación diagnóstica: Psoriasis en gotas.

Diagnóstico diferencial: Pitiriasis rosada de Gibert, pitiriasis liquenoidea crónica, liquen plano, toxicodermia, parapsoriasis, sífilis secundarias, mononucleosis.

Comentario final: La psoriasis en gotas (psoriasis guttata) es una forma clínica especial de psoriasis que en general se caracteriza por tener un mejor pronóstico (remite rápidamente) y aparecer en adolescentes y jóvenes. Sin embargo hasta un 40-60% puede progresar a psoriasis en placas y acabar desarrollando artritis psoriásica. Tiene predisposición genética (se asocia HLA-Cw6). Suele aparecer 1-2 semanas después de una infección respiratoria de vías altas secundaria a estreptococo betahemolítico A con elevación de anticuerpos antiestreptolisina. El diagnóstico es clínico aunque se puede confirmar con biopsia. El tratamiento es con corticoides tópicos de alta potencia, difícil de aplicar por la gran extensión de las lesiones, por lo que en ocasiones se recurre a la fototerapia. Remite en 2-3 meses espontáneamente. En algunos casos, los brotes son recurrentes. No hay firme evidencia del papel de los antibióticos ni de la amigdalectomía como tratamiento.

Bibliografía

1. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General, 7ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p. 175-8.
2. Martínez Luya AD, García RP, Artuñedo AP. Psoriasis guttata. FMC-Form Médica Contin Aten Primaria. 2014;21(4):252-3.

Palabras clave: Psoriasis. Faringitis. Exantema.