



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3198 - EL ESTREPTOCOCO GOLPEA DOS VECES

R. González López¹, E. Giménez López², A. González Celestino¹ y L. Pascual García¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 41 años, sin factores de riesgo cardiovascular ni alergias conocidas, sin tratamiento crónico, acudió a consulta por lesiones eritematosas de pequeño tamaño, levemente pruriginosas en ambas regiones pretibiales y en parte del tronco de dos semanas de evolución. No refería episodios previos similares. Como antecedente personal relevante, su último motivo de consulta fue faringoamigdalitis pultácea.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/70 mmHg; FC 73 lpm, afebril. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En la exploración se observaron lesiones papulosas de unos 2-5 mm de diámetro, redondeadas, eritematosas y pruriginosas distribuidas por ambas piernas y región lumbar.

Orientación diagnóstica: Psoriasis en gotas.

Diagnóstico diferencial: Pitiriasis rosada, sífilis secundaria, tinea corporis, pitiriasis liquenoide crónica, parapsoriasis en placas pequeñas, dermatitis numular.

Comentario final: La paciente acudió de nuevo a consulta por agravamiento del cuadro, las lesiones se habían extendido afectando a todo el tronco y extremidades con intenso prurito. La psoriasis en gotas forma parte del espectro de manifestaciones de la psoriasis, en ella aparecen, de forma brusca, pápulas y placas (2-15 mm.) diseminadas, eritematosas, descamativas, de progresión rápida en tronco y extremidades. Puede aparecer como evolución de psoriasis en placas o bien como primera manifestación. Es más frecuente en jóvenes y niños. Se relacionan factores genéticos como el HLA I-Cw6 (alelo 0602) y ambientales como la infección estreptocócica que suele preceder a las lesiones con varias semanas de latencia. Se cree que existe una reacción cruzada entre los antígenos estreptocócicos y cutáneos. El examen clínico es suficiente para su diagnóstico. Es de mejor pronóstico que otras formas ya que las lesiones suelen remitir espontáneamente en semanas o meses por lo que el tratamiento no suele ser necesario, no obstante, si persistiesen se utilizaría fototerapia (UVB de banda estrecha) y agentes tópicos como corticosteroides o análogos de vitamina D. En algunos casos es posible la progresión a psoriasis en placas. Es frecuente la recurrencia del cuadro.

Bibliografía

1. Mehli S. [Monografía en Internet] UpToDate 2019 (actualizado 12 de julio de 2019). Disponible en <http://www.uptodate.com/>

Palabras clave: Psoriasis. Faringoamigdalitis. Estreptococo.