

424/1133 - ¿INTÉRTRIGO QUE NO MEJORA O PSORIASIS INVERTIDA?

B. Ráfales Perucha¹, J. Monte Serrano², B. Aldea Manrique² y M. Valle Salazar³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, que presenta desde hace 2 meses lesiones eritematosas, hiperpigmentadas y pruriginosas en pliegues submamarios que mejoran parcialmente con antifúngico oral y tópico. Asociaba desde hace un mes nuevas lesiones redondeadas, descamativas en zona parietal y cuero cabelludo bien definidas, y otras en ombligo, zona inguinal y perianal. AP: hipotiroidismo subclínico, artralgias y sobrepeso. Tratamiento: levotiroxina, itraconazol oral, desloratadina, ketoconazol tópico y metilprednisolona (crema). Antecedentes familiares: madre con psoriasis y personales sin interés. No síntomas inflamatorios o infecciosos previos.

Exploración y pruebas complementarias: A: 115/70 mmHg. FC: 70 ppm. BEG, ACP y abdomen: Anodinos. Placa eritematosa, hiperpigmentada, de 1,5 cm bordes definidos, levemente descamativa en zona parietal derecha y cuero cabelludo Placas confluentes rojizas, no descamativas bordes definidos involucrando pliegues axilares, inframamarios, inguinales y zona vulvar y perianal. No lesiones satélites. Piel lisa, atrófica con brillo. Eccema CAE derecho. Ausencia lesiones ungueales. Al estar en tratamiento itraconazol, cuya concentración en la piel persiste de 2 a 4 semanas después de la discontinuación, solicitamos en un mes tras suspenderlo tinción con KOH de raspado de lesiones y cultivo para descartar infección fúngica y descartar infección bacteriana.

Orientación diagnóstica: Ante paciente con sospecha inicial de intértrigo candidiásico en pliegues con mala respuesta al tratamiento y además con aparición de nuevas lesiones en otras zonas de igual y diferentes características nos hace replantearnos el diagnóstico inicial y orientarlo hacia una posible Psoriasis invertida asociada a psoriasis en placas cuero cabelludo.

Diagnóstico diferencial: 1. Intértrigo candidiásico. 2. Eritrasma. 3. Placa psoriasis en cuero cabelludo vs dermamatitis seborreica. 4. Psoriasis invertida, flexural o intertriginosa. 5. Tiña u otras infecciones.

Comentario final: El diagnóstico final se basará en la combinación de los hallazgos en cultivos (pendientes) y de las características clínicas y ante duda biopsia. Ante tratamientos fallidos en lesiones sugestivas de intertrigos debemos sospechar formas atípicas de presentación de la psoriasis. Para el manejo desde A. Primaria, deberíamos solicitar tinción KOH y cultivo bacteriológico antes de empezar tratamiento empírico con antifúngicos para evitar demora posterior en el manejo del paciente, en caso de refractariedad.

Bibliografía

1. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003;361(9364):1197-204.
2. Vademécum Internacional. Madrid: Medicom, 2011.

Palabras clave: Psoriasis invertida. Placas. descamativas. Pliegues cutáneos. Intértrigo resistente perpigmentadas. Descamativas. Pliegues cutáneos.