



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

## 482/781 - MIRAR LA PIEL ES FÁCIL, OBSERVARLA NO TANTO

*P. Mendivil López<sup>1</sup>, E. Blázquez Barbero<sup>2</sup>, I. Barba Mercado<sup>3</sup> y M. Mestre de Juan<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid.<sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid.<sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad San Pablo. Coslada. Madrid.<sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años, hipertenso, dislipémico y con fibrilación auricular anticoagulada. Acude al Centro de Salud por lesiones eritemato-descamativas, pruriginosas de predominio en brazos y piernas de 15 días de evolución. Niega nuevos fármacos o alimentos. No presenta semiología infecciosa en los días previos. Iniciamos corticoide tópico. Se cita para revisión; refiere empeoramiento clínico. Las lesiones se han extendido por espalda y tórax con aparición de eritema generalizado e importantes signos de escoriación y el prurito se ha hecho insoportable.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ante la mala evolución, se solicita estudio por dermatología. Realizamos fotografías y consulta online. Sin un claro diagnóstico, nos recomiendan iniciar acitretino 25 mg-0-10 mg y citan para biopsia. Solicitamos analítica con perfil hepático para control de medicación, donde presenta hipertransaminasemia moderada, por lo que se reduce dosis con mejoría analítica. Debido a la Pandemia, se retrasa la realización de biopsia. En Atención Primaria se realiza consulta telefónica; el paciente refiere una mejoría escasa y lenta. Primera biopsia: hiperqueratosis paraqueratósica con edema intraepidérmico. Segunda biopsia: hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis, espongiosis e hiperplasia psoriásica. Se inicia fototerapia. Continuar con acitretino 10 mg diarios y clobetasol 2-3 veces en semana. Al mes, el paciente refiere mejoría clínica.

**Orientación diagnóstica:** Dermatitis psoriasiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Dermatitis atópica. Pitiriasis rubra pilar. Micosis fungoide. Síndrome de Sezari. Linfoma cutáneo.

**Comentario final:** La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que cursa en brotes. El ciclo de la vida de las células se acelera y por tanto se acumulan rápidamente en las capas más superficiales. Las células excedentes forman escamas y manchas rojizas que son las propias características de las lesiones y las causantes del prurito y/o dolor. La prevalencia de psoriasis en España ha aumentado los últimos años, en gran parte por el mayor conocimiento y manejo de dermatología desde Atención Primaria. Pese a ser una enfermedad benigna, es importante tratarla precozmente puesto que interfiere significativamente en la calidad de vida de los pacientes.

### Bibliografía

1. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci.* 2019;6.
2. Balato N, Di Constanzo L, Balato A. Differential diagnosis of psoriasis. *J Rheumatol Suppl.* 2009;83:24-5.

**Palabras clave:** Descamación. Prurito. Psoriasis.