



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1660 - PSORIASIS DE LOCALIZACIÓN ACRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Alcázar Martínez, M.C. Aranda Parras y Á. Leal García,

Médico de Familia. Centro de Salud Alcázar 2. Alcázar de San Juan.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años, hipertensa en tratamiento con enalapril 20 mg. Desde hace 6 meses presenta lesiones a modo de placas gruesas, blancas y descamativas progresivamente crecientes, en dedos y uñas de ambos pies, levemente pruriginosas. No refiere dolor articular. No síntomas torácicos ni abdominales salvo estreñimiento ocasional.

Exploración y pruebas complementarias: Placas de hiperqueratosis acral de coloración blanquecina y descamativas. Localizadas en dedos y uñas de ambos pies con levantamiento y alteraciones distróficas de las mismas. No evidencia de ampollas o pústulas. No se evidencian lesiones en otras zonas. Exploración cardio-pulmonar y abdominal normal. Se realizan: cultivos para hongos y bacterias negativos; analítica general normal con marcadores tumorales (alfa-fetoproteína y antígeno carcinoembrionario) negativos y Rx de tórax que muestra engrosamiento pleural apical bilateral cicatricial. Se contacta con Dermatología aconsejándose ampliación del estudio con ecografía abdominal que sólo evidencia colelitiasis múltiple. La paciente rehusó realizarse más pruebas -colonoscopia y estudio histopatológico-. Dos meses después de la consulta, la paciente inicia placas eritemato-descamativas en brazos, tórax, glúteos y espalda.

Juicio clínico: Psoriasis de inicio acral con posterior generalización.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis paraneoplásicas. Síndrome de Bazex. Tinea pedis hiperqueratósica y/u onicomicosis ungueal. Eczema fisurado hiperqueratósico. Hiperqueratosis subungueal. Dermatitis alérgica de contacto.

Comentario final: Aunque el diagnóstico final descartó otros procesos, presentamos este caso a fin de resaltar la necesidad de una completa evaluación del tracto respiratorio y digestivo, sin limitarnos a la mera exploración cutánea. La sospecha de síndrome paraneoplásico debe estar presente siempre que aparezcan lesiones acrales, psoriasiformes, asintomáticas y bilaterales sobre todo en ausencia de lesiones en otras localizaciones. Por otro lado se debe también descartar la presencia de infección por hongos, bien como causa, bien como sobreinfección secundaria.

Bibliografía

1. Alcántara Muñoz PA, Menarguez Puche JF. Los principales problemas de salud: Psoriasis. AMF 2012;12.
2. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, et al. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology,

clinical presentation, and a review of the literature on therapy. J Am Acad Dermatol. 2007;57:1-27.

3. Gloster HM, Gebauer LE, Mistur RL. Cutaneous Manifestations of Internal Malignancy. Absolute Dermatology Review, 2016;VII:185-90.

Palabras clave: *Psoriasis acral. Hiperqueratosis acral.*