



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1592 - PSORIASIS EN GOTAS

G.R. Burgos Valverde^a, S.R. Medrano Sanz^b, M. Goicoechea García^a, A. Cano Espín^b, R.M. Ruiz Giardin^b, J.I. Turrientes García-Rojo^b, F. Barcala Muñoz^c, A.M. Iglesias Docampo^b, A. Menéndez Muñoz^a y A. Fernández Rivera^d

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia; ^cEnfermero. Centro de Salud Hermanos García Noblejas. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años con antecedentes de rinitis alérgica y un brote leve de placas psoriásicas en codo, tratado con un corticoide tópico (ELOCOM) y resuelto a los pocos días sin complicaciones. Acude a su Centro de Salud refiriendo un intenso prurito y nuevas lesiones cutáneas de aspecto desconocido para ella, de aparición súbita y extensión rápida por todo el cuerpo. La paciente comenta que tiene una hija en edad escolar que le contagió hacía unos días un catarro importante del que continúa tratada con amoxicilina.

Exploración y pruebas complementarias: Vía aérea superior: faringe hiperémica con amígdalas inflamadas sin presencia de placas exudativas. Exploración cutánea: pápulas redondeadas rojas, de menos de un centímetro, algunas con descamación blanca, pruriginosas, de predominio en tronco y parte proximal de las extremidades. Respeta cara, palmas y plantas. Diagnóstico de presunción clínico: psoriasis en gotas. Se pide analítica con perfil inmunológico reumático completo y a la espera de resultados iniciamos tratamiento con DAIVOBET en gel (calcipotriol + betametasona) y hacemos interconsulta a dermatología para valorar PUVA.

Juicio clínico: Brote de psoriasis en gotas post amigdalitis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Eccema. Pitiriasis rosada. Tiña corporis. Pitiriasis liquenoide crónica y aguda vareloforme. Sífilis secundaria. Varicela.

Comentario final: La psoriasis en gotas es una forma clínica especial, la menos común de todas y se presume de etiología genética. Se asocia a HLA-B13 y HLA-B17. Afecta a niños y adultos jóvenes. Predomina en tronco y parte proximal de las extremidades y suele respetar cara, cuero cabelludo, palmas, plantas y uñas. Se ha relacionado con infección faríngea por estreptococo desde 1-3 semanas antes del brote de psoriasis. El diagnóstico es clínico, aunque se puede confirmar por biopsia. El tratamiento se basa en corticoides tópicos y en la erradicación del estreptococo. Es importante crear conciencia de que la psoriasis no está limitada a la piel, y por lo tanto, requiere de un manejo multidisciplinario.

Bibliografía

1. Wolff K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th ed. Madrid:

McGraw-Hill.

2. Páez E, González Otero F. 1^{er} Consenso nacional de Psoriasis. *Dermatología Venezolana*. 2009;3-4:37-56.

Palabras clave: *Psoriasis*.