



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3924 - NO TODO ES CANDIDIASIS

M. Ortiz Aneiros^a, M. Torrecilla García^b, S. García Hunter^a, N. Diego Mangas^c, D. Plaza Martín^d y M. Moro Mateos^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico de Familia. Área Periurbana Norte. Salamanca. ^dPediatra. Centro de Salud Sisino de Castro. Salamanca. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Universidad-Centro. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 61 años con antecedentes personales de gota tofácea crónica, dermatitis seborreica, hipertensión, en tratamiento con bisoprolol, amlodipino, enalapril, omeprazol, flebuxostat, oxicodona/naloxona, colchicina, que ante un episodio de crisis gotosa se prescribe etoricoxib 120 mg. Coincidiendo con el inicio del tratamiento comienza con un cuadro de lesiones cutáneas en placas eritematosas y pruriginosas, motivo por el que acude a consulta.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se observa lesiones en placas eritematosas exudativas con bordes bien delimitados que afecta a pliegue suprapúbico, escrotopene, pliegue inguinal, y surco interglúteo, se aprecia fisura en fondo, en estas dos últimas. Ante la sospecha clínica de candidiasis cutánea se pauta tratamiento con ciclopirox crema y fluconazol 150 mg dosis única. A la semana se observa empeoramiento del cuadro por lo que se realiza cultivo de las lesiones y plantea diagnóstico diferencial con eritrasma. Dada la sintomatología se decide tratamiento empírico con eritromicina y nistatina oral hasta resultado de cultivos, que fueron negativos. A la siguiente semana además del empeoramiento de las lesiones, presenta reagudización de lesiones que venía presentando en barba, interpretadas como dermatitis seborreica, y aparición de nuevas lesiones eritematodescamativas e hiperqueratósicas en zona occipital, interpretadas como lesiones psoriasiformes. Ante la sospecha de psoriasis invertida más un cuadro de psoriasis en cuero cabelludo se decide enviar al paciente a dermatología confirmándose esta última sospecha.

Juicio clínico: Psoriasis invertida.

Diagnóstico diferencial: Candidiasis cutánea, eritrasma, psoriasis invertida, tiña cruris, enfermedad de Darier y neurodermatitis.

Comentario final: La psoriasis invertida, también conocida como “eccema seborreico de los pliegues” es una forma clínica de psoriasis. Entre un 3-7% de los pacientes que padecen psoriasis cursan con esta presentación. La psoriasis invertida se manifiesta con placas bien delimitadas eritematosas con poca o ninguna descamación, que frecuentemente se hacen exudativas y fisurizan. Esta forma clínica afecta principalmente a zonas intertriginosas y a pliegues cutáneos, aunque también puede cursar con afectación a nivel de zona genital.

Bibliografía

1. Andrews R, et al. Diseases of the skin, 9ª ed. Saunders Company. 2000; p. 229-24.
2. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8ª ed. New York: McGraw-Hil, 2011.

Palabras clave: Candidiasis cutánea. Eritrasma. Psoriasis invertida.