



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/56 - LO QUE PARECÍA UNA VARICELA

Y. Morte Train<sup>a</sup>, M.Á. Gómez Medina<sup>a</sup>, M.C. Vargas-Machuca Cabañero<sup>a</sup>, S. Ochoa Vilor<sup>b</sup>, L. Castro Reyes<sup>a</sup>, D. Campodónico<sup>c</sup>, N. Sánchez Prida<sup>a</sup>, L. Andrés Berian<sup>d</sup>, P. Díaz Sánchez<sup>c</sup> y C.B. Rodríguez Bethencourt<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud General Ricardos. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 23 años de edad sin antecedentes de interés salvo faringoamigdalitis hacía un mes. Acude a consulta por lesiones de dos días de evolución en todo el cuerpo incluyendo cuero cabelludo pruriginosas. Niega fiebre u otra clínica acompañante. Lesiones sugestivas de varicela por lo que se inicia tratamiento sintomático. A los 10 días vuelve por empeoramiento de las lesiones. Han aumentado de tamaño y han cambiado de aspecto. Se decide derivar a dermatología donde la diagnostican de psoriasis en gota e instauran tratamiento con cetirizina, diproderm y clarelux.

**Exploración y pruebas complementarias:** En primera consulta: lesiones vesiculosas de pequeño tamaño con bordes eritematosos en zona de tronco, extremidades, cara y cuero cabelludo. En segunda consulta: placas redondeadas eritematosas e intensamente descamativas distribuidas por tronco, pubis, ingles, axilas y cuero cabelludo.

**Juicio clínico:** Psoriasis en gotas.

**Diagnóstico diferencial:** Varicela, pitiriasis rosada, liquen plano.

**Comentario final:** La psoriasis en gotas es una forma aguda de psoriasis. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se caracteriza por placas eritematosas con características similares a la psoriasis vulgar, pero más pequeñas. Su distribución es en tronco y extremidades. Aparece frecuentemente 2 semanas después de la infección faríngea. Su evolución es autolimitada, con una duración promedio de 3 a 4 meses. Se ha visto que hasta un tercio de estos pacientes pueden desarrollar psoriasis vulgar. El diagnóstico de psoriasis es principalmente clínico. Es un diagnóstico en el que debemos de pensar tras un proceso de faringoamigdalitis como fue en nuestro caso.

## Bibliografía

1. Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003;361:1197-204.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007;370:263-71.
3. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of

life. Ann Rheum Dis. 2005;64 Suppl 2:ii18-23.

4. Wolff K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7<sup>th</sup> ed. Editorial McGraw-Hill.
5. Martin BA, Chalmers RJG, Telfer NR. How great is the risk of further psoriasis following a single episode of a guttate psoriasis? Arch Dermatol. 1996;132:717-8.

**Palabras clave:** *Faringoamigdalitis. Psoriasis en gota. Prurito.*