Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2699

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3073 - SARNA PARECE... PUSTULOSIS ES

L. Rodríguez Vélez[1], M. Alonso Santiago[2], D. San José de la Fuente[3] y B. Simón Tárrega[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Santander. Cantabria. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 19 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta por prurito en ambas manos de varios días de evolución y predominio nocturno. Presenta lesiones papulosas eritematosas, que desaparecen a la presión y otras eccematosas y deshidróticas en manos incluyendo palmas y regiones interdigitales. También en plantas de pies. Niega reacción medicamentosa, contacto con animales o exposición solar. Impresiona de escabiosis iniciando permetrina y medidas higiénicas. Días después acude a urgencias por prurigo sobre infectado en ambas manos sin fiebre pautando amoxicilina-clavulánico y mupirocina. Sin mejoría clínica se intenta tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos y ante la mala evolución, se realiza interconsulta con Dermatología que ve al paciente tras dos meses del inicio del cuadro presentando lesiones palmo-plantares dolorosas junto con intenso prurito de predominio nocturno. Se realiza raspado y punch, se repita tratamiento con permetrina añadiendo corticoides orales y curas locales. Ante la falta de mejoría se inicia metotrexato y finalmente ciclosporina.

Exploración y pruebas complementarias: Pápulas eritematosas y pústulas aisladas, no confluyentes en palmas-plantas con datos de sobre infección y lesiones similares en caras laterales de dedos cubiertas con costras. Pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 88 mg/dl, creatinina 0,71 mg/dl, filtrado glomerular > 90 ml/min/1,73 m^2, sodio 140 mEq/l, potasio 4,3 mEq/l, pruebas de función hepática normales, PCR < 0,4 mg/dl. Hemograma: leucocitos 4,9 × 10^3/µL (fórmula normal), hemoglobina 15,6 g/dL, hematocrito 45%, VCM 90,3 fL, plaquetas 167 × 10^3/µl. AP punch de piel (mano): dermatitis psoriasiforme con pustulosis subcórnea e intraepidérmica. Hallazgos compatibles con dermatosis pustular palmar.

Orientación diagnóstica: Dermatosis pustulosa palmar.

Diagnóstico diferencial: Escabiosis y sobre infección al comienzo del cuadro, eccema dishidrótico.

Comentario final: Este caso es un buen ejemplo de que aunque siempre tenemos que tener en mente el diagnóstico de escabiosis, ya que es una infección de la piel común y puede afectar a cualquier persona en cualquier edad, no podemos olvidarnos de otras afecciones como la de nuestro caso. La dermatosis pustular palmo-plantar es una condición crónica que se caracteriza por la aparición de pústulas estériles en manos y/o pies asociadas a engrosamiento, eritema y aparición de fisuras. De gravedad variable, puede mantenerse incluso años llegando a interferir en la vida

habitual y laboral del paciente. Su etiología es desconocida, pero debemos pensar en ella asociada con psoriasis, enfermedades autoinmunes y tratamiento con factor alfa de necrosis tumoral. El diagnóstico es clínico y mediante biopsia cutánea. Su tratamiento se basa en medidas generales, emolientes, corticoides tópicos, derivados de vitamina A, fototerapia y otros como colchicina, metrotexato o tetraciclinas.

Bibliografía

1. Mrowietz U, van de Kerkhof P. Management of palmoplantar pustulosis: do we need to change? British Journal of Dermatology. 2011;164:942-6.
2. Iria N, Navarini AA, Yawalkar N. Alitretinoin abrogates innate inflammation in palmoplantar pustular psoriasis. British Journal of Dermatology. 2012;167:1170-4.

Palabras clave: Escabiosis. Dermatosis pustulosa.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.