

Varón de 26 años con lesiones en el tronco

Rosa García Palenzuela¹, Pilar García Moral²

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Culleredo. A Coruña.

² Médico Residente de 3º año de Medicina de Familia. Centro de salud de Culleredo. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 00-00

INTRODUCCIÓN

Paciente varón, de 26 años, con antecedente de episodios de oligoartritis recidivante de rodillas desde hace dos años, que se trata con metotrexate semanal.

Acude a la consulta por la aparición de 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.

Refiere un proceso amigdalario la semana previa.

Se solicita análisis de sangre con ASLO, que es de 277 (normal hasta 125), ANAS negativo, reactantes fase aguda, hemograma y bioquímica normal.

¿Cual es la sospecha diagnóstica?

- Pitiriasis rosada de Gibert
- Liquen plano
- Psoriasis en gotas
- Secundarismo luético
- Tiña corporis

Correspondencia

Rosa.García.Palenzuela@sergas.es



FIGURA 1



FIGURA 2

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 26 AÑOS CON LESIONES EN EL TRONCO

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la psoriasis en gotas, que en este caso le fue diagnosticado al paciente, es clínico. Se establece por el tipo de lesión, antecedente de proceso amigdalar y un ASLO elevado.

TRATAMIENTO

Al paciente se le trata con benzetacil 1.2 millones de unidades semanal durante tres semanas y un corticoide tópico 5 días a la semana durante tres semanas. Al mes las lesiones se habían resuelto.

EXPLICACIÓN FINAL

La psoriasis en gotas es una forma clínica especial, 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.

Puede asociarse a otras formas de psoriasis y a artritis. La artritis psoriásica se presenta entre el 5% al 30% de los pacientes. Es habitual que las manifestaciones cutáneas antecedan en años a la artropatía, pero en un 25% de los casos puede manifestarse antes la artritis. Suele ser una oligoartritis asimétrica con afectación de las interfalángicas distales; menos frecuentes son la poliartritis simétrica, la espondilitis y la sacroilítis.

En el caso que nos ocupa, el paciente no había tenido antes ningún brote de psoriasis y su oligoartritis puede tener relación con este primer brote de psoriasis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un paciente con pápulas eritematoescamosas en tronco hay que plantearse otros diagnósticos, como pitiriasis rosada, liquen plano, secundarismo luético, tiña corporis, pitiriasis liquenoide crónica y pitiriasis liquenoide aguda varioliforme.

En la pitiriasis rosada aparecen pápulas rosadas ovaladas con un collarite descamativo central que siguen las líneas de la piel. Suele haber una lesión de mayor tamaño (medallón heráldico) que aparece una semana antes de la erupción.

Las lesiones se localizan en tronco, cuello y extremidades, y son pruriginosas en un 50% de los casos. Se resuelven en 6-12 semanas y afectan a niños y adultos jóvenes. Su etiología es probable-

mente vírica y el diagnóstico es clínico.

En la sífilis secundaria, las máculas-pápulas son eritematoparduzcas con descamación ligera o costras, más diseminadas, del mismo tamaño, bilaterales y simétricas. Afectan característicamente a las palmas y a las plantas donde son dolorosas a la presión. Puede haber pápulas erosionadas en la mucosa oral y genital, además de adenopatías y hepatoesplenomegalia.

Hay antecedente de relación sexual sin preservativo entre 6 semanas y 6 meses antes del exantema, y de la úlcera genital (sífilis primaria). El diagnóstico es serológico.

En el liquen plano, de etiología autoinmune, las pápulas son aplanadas, violáceas, brillantes, con estrías de Wickham, ligera descamación y muy pruriginosas.

Se localizan en tronco y extremidades con predominio en muñecas y tobillos. Puede asociarse a hepatitis C y a liquen plano oral. El diagnóstico es clínico y se confirma por biopsia.

La tiña corporis se caracteriza por placas pruriginosas de bordes eritematosos descamativos que presentan pequeñas vesículas y pápulas, con extensión periférica y aclaramiento central que le confieren un aspecto anular. Se localizan preferentemente en cara, cuello y antebrazos. Causada por *Trichophyton rubrum*, bien por contacto humano directo, o a partir de una lesión activa de un animal o, más raro, por contacto con el suelo. El diagnóstico es por cultivo y examen de las escamas del borde activo de la lesión mediante microscopía directa y fijación con KOH.

El eccema numular es una erupción pruriginosa de causa desconocida que se caracteriza por placas de eccema en forma de moneda. Las lesiones iniciales son vesículas, pápulas sobre una base eritematosa que se agrupan para formar placas de 5 centímetros redondas u ovaladas de bordes imprecisos. Las placas pueden ser exudativas costrosas o escamosas secas liquenificadas. Suele afectar a varones de 50-80 años y en ellos tiene predilección por la parte inferior de las piernas; a mujeres entre 20-40 años con predilección por las manos-dedos, y a niños con antecedentes de dermatitis atópica y asma.

Por último, en el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta la pitiriasis liquenoide crónica y la pitiriasis liquenoide aguda varioliforme. Ambas afectan a niños y adultos jóvenes. De causa desconocida, se consideran el resultado de una reacción de hipersensibilidad a una bacteria o virus. Las lesiones se localizan en tronco y extremidades, respetando cuero cabelludo, palmas y plantas.

La pitiriasis liquenoide aguda es una erupción aguda de lesiones

papulo-eritemato-edematosas-descamativas que evolucionan a vesículas-costras y a una necrosis central. Suele acompañarse de fiebre y astenia. Evoluciona a la curación de forma espontánea después de varias semanas y dejan cicatrices varioliformes hiperpigmentadas.

La forma crónica, más frecuente, se caracteriza por pápulas eritematosas que evolucionan a pápulas pigmentadas con descamación. No hay afectación sistémica, se curan después de meses o años y no dejan cicatrices.

Agradecimientos: Jesús Combarro Mato, por la cesión de la imagen del eccema numular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th Edition. Madrid. Editorial McGraw-Hill's.
2. Erika Paez, Francisco González Otero. 1º Consenso nacional de Psoriasis. Dermatología Venezolana 2009; vol3-4:37-56.
3. Griffiths CE, Barder JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007 Jul 21; 370(9583):263-71.
4. 17th Edición Harrison Principios de Medicina Interna.
5. Josep Manel Casanova. Miquel Ribera. Enfermedades de la piel. Protocolo FMC. 2001; 8:39-41.
6. Manuel Fernández. Pedro Jaén. Epidemiología y presentaciones clínicas de la psoriasis. Psoriasis del cuero cabelludo. Curso on line. www.diariomédico.com 2010.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO: LESIONES CUTÁNEAS AMPOLLOSAS

Se trata de un Prúrigo Ampollosos.

Se denomina prúrigo a un grupo de patologías cutáneas, de etiología dudosa o desconocida, caracterizadas por prurito intenso y lesiones cutáneas asociadas.

Podemos diferenciar varios tipos de prúrigos:

- Prúrigo simple agudo: Típicamente afecta a los niños. Generalmente es debida a picaduras de insectos; ocurre con más frecuencia en verano y otoño, y en ambientes rurales. Empieza con habones, que se convierten en pápulas que pueden presentar vesículas apicales y centrales. Son muy pruriginosas y suelen asociar lesiones de rascado por lo que su principal complicación es la impetiginización. Curan sin dejar cicatriz. En ocasiones, como en el caso que presentamos, aparecen ampollas denominándose entonces Prúrigo Ampollosos. Se localiza predominantemente en miembros inferiores y tronco.

- Prúrigo simple subagudo/crónico: Según el tiempo de evolución. Más habitual en adultos, sobre todo en mujeres. Se ha relacionado con la toma de anticonceptivos orales, hepatopatías, alteraciones gastrointestinales, embarazo, diabetes mellitus, patologías hematológicas o renales y con patología psiquiátrica (neurosis y depresión). Suelen ser pápulas urticariformes o nódulos pruriginosos con vesícula tensa central que al cicatrizar dejan una lesión hiperpigmentada. Se localiza en tronco, superficie extensora de los brazos y cabeza.

- Prúrigo nodular: afecta por igual a ambos sexos, con una edad promedio entre 20-60 años. Existen antecedentes de atopia en un porcentaje elevado. Son nódulos sólidos, de superficie verrucosa, agrupadas normalmente de manera simétrica en superficies extensoras de extremidades, y menos frecuente en abdomen y nalgas. Suele observarse una hiperpigmentación postinflamatoria. Su origen es desconocido y a menudo se considera una variedad del liquen simple crónico. Además presenta unos hallazgos histopatológicos característicos.

Tratamiento:

El tratamiento inicial del prúrigo es sintomático; consiste en antihistamínicos orales y corticoides tópicos. Cabe señalar que el prúrigo nodular suele ser resistente a estas medidas terapéuticas, pudiendo necesitar corticoides intralesionales, crioterapia, el empleo de talidomida e incluso cirugía.

Diagnóstico Diferencial:

Penfigoide Ampollosos: enfermedad autoinmune crónica que afecta a personas mayores. Existen ciertos factores de riesgo para desarrollar un penfigoide ampollosos que incluyen la presencia de enfermedades neurológicas (demencia y Parkinson), psiquiátricas, pacientes encamados y ciertos fármacos (antibióticos y AINEs). Se caracteriza por ampollas subepidérmicas voluminosas y tensas, que pueden aparecer sobre piel sana, o sobre placas congestivas urticariformes. Las lesiones predominan en cara interna de muslos, ingle, tórax, axilas y cuello. Al romperse, dejan costras hemorrágicas dolorosas. Suele tener un buen pronóstico respondiendo bien al tratamiento con corticoides sistémicos, aunque puede persistir durante meses, con brotes.