XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA
SEMG
A Coruña
PALEXCO 28-30 MAYO 2015

Psoriasis guttata tras faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico

Cristina de Manueles Astudillo, Carmen Montero Sánchez, Natalia Diego Mangas, Sara Rodrigo González, Josangela Elisabeth Alejo García, Antón Trigo González.
UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA.

Introducción: La Psoriasis guttata o en gotas suele afectar niños y a individuos jóvenes. Se caracteriza por la aparición brusca de pequeñas pápulas eritematodescamativas en tronco y raíz de extremidades. Frecuentemente las lesiones vienen precedidas por una infección estreptocócica de vías respiratorias altas.

Descripción del caso:

Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta, por lesiones en tronco y extremidades de una semana de evolución. Dos semanas antes refiere un cuadro de faringoamigdalitis pultácea que requirió tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg durante una semana.

- Exploración: Placas de 1-2 cm eritematodescamativas de bordes bien definidos con escamas superficiales.
- Pruebas complementarias: Analítica: Normal. PCR: 8 mg/dl ASLO: 250. Exudado faríngeo: Estreptococo beta hemolítico.
- Diagnóstico diferencial: Liquen plano, pitiriasis rosada de Gilbert, pitiriasis rubra pilaris.
- Diagnóstico: **Psoriasis en gotas tras faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico**.
- Tratamiento: Tópico: pomada calcipotriol 50 mcg y dipropionato de betametasona 0.5 mg una aplicación al día. Faringitis: penicilina G-Benzatina 600000UI/semana, tres semanas.

Palabras clave: Lesiones eritrodescamativas, psoriasis, faringoamigdalitis por estreptococo.

Estrategia practica de actuación:

En niños y en adultos jóvenes, ante lesiones eritematodescamativas de pequeño tamaño, de inicio brusco y en zonas de extensión, debemos pensar en una psoriasis en gotas. La anamnesis y la exploración son fundamentales, ya que el diagnóstico es eminentemente clínico. Es frecuente que previamente el paciente presente una infección de vías respiratorias altas, dato que nos puede ayudar a diferenciar el cuadro de otras enfermedades eritrodescamativas. El tratamiento tópico constituye el primer escalón, siendo los corticoides de potencia media-alta los fármacos más utilizados, solos o en combinación con otros agentes. Es autolimitada, aunque puede cronificarse en forma de psoriasis vulgar.

Bibliografía:

1. Gallo Gutiérrez E, Navarro Tejedor R. Psoriasis y patología eritrodescamativa. Medicine. 2010;10(47):3131-9.
2. Taberner Ferrer R. Psoriasis. FMC. 2014;21(4):223-7.
3. Jimenez Gomez N, Ballester Martinez M.A, Perez Gales S. Psoriasis. Medicine. 2014;11(47):2764-73