

ERUPCIÓN CUTÁNEA PRURIGINOSA. NO TODO ES UN ECZEMA.

Autores: López Lorente, A^[2]; Margalef Pallarés, F^[1]; Mariné Llauredó, G^[1]

[1] Médico residente en el Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils

[2] Médico adjunto en el Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils

Ámbito del caso: Atención Primaria y Especializada. Atención Continuada.

Hospital Lleuger
Antoni de Gimbernat
CAMBRILS

GRUP
Sagessa

Unitat Docent MFIC

MOTIVO DE CONSULTA:

Mujer de 68 años que acude por erupción pruriginosa en el pie izquierdo.



HISTORIA CLÍNICA:

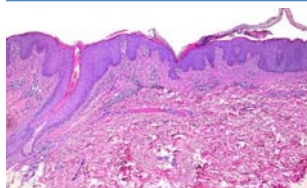
Antecedentes: Hipercolesterolemia.

Anamnesis: Prurito y descamación en el pie izquierdo de 3 días de evolución.

Exploración: Eritema cutáneo dorsoplantar en el pie con áreas hiperqueratósicas confluentes, áreas de piel normal y queratodermia plantar amarillenta. Posteriormente erupción pruriginosa descamativa generalizada con afectación palmoplantar, de zonas pilosas, edema en cara y tobillos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Análítica:** Normal.
- **Biopsia cutánea:** ortoqueratosis con paraqueratosis, disqueratosis y acantosis focal.



DIAGNÓSTICO:

PITIRIASIS RUBRA PILARIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

• Liquen plano

• Dermatitis seborreica

• Pitiriasis rosada

• Psoriasis

TRATAMIENTO:

Atención Continuada: corticoide tópico de potencia moderada y antihistamínico oral. Controles por su Médico de Familia quien cambia el corticoide a uno de alta potencia y el mismo antihistamínico. Al generalizarse la erupción indica corticoterapia oral y tratamiento tópico con un preparado emoliente.

Dermatólogo: Receta acitretina y posteriormente metotrexato.

Evolución: Los tratamientos indicados desde Atención Continuada y por su Médico de Familia consiguen una escasa respuesta persistiendo prurito y descamación cutánea que a las 3 semanas se hace generalizada y a las 7 aparece edema facial y de los tobillos. En consultoría urgente el Dermatólogo del Centro le hace una biopsia cutánea. Ante la confirmación diagnóstica prescribe retinoides sistémicos (acitretina) que debe cambiar, por efectos adversos, por Metotrexato y ácido fólico. Mejoría a los 2 meses y los 8 no presentaba prácticamente ninguna lesión ni prurito. Se retira el tratamiento a los 18 meses siguiendo asintomática.

CONCLUSIONES:

Es preciso conocer el diagnóstico diferencial de patologías poco frecuentes y que pueden simular otras más presentes en nuestro ámbito.

Esto favorecerá su diagnóstico rápido y tratamiento adecuado.

Es imprescindible para este objetivo una colaboración estrecha entre la Atención Primaria y la Especializada.