

## Caso Clínico mes de Febrero 2010. Eritrodermia y psoriasis.

---

Presenta: Dra. Yurilis Fuentes Silva

Coordina: Dr. Benito Raúl Losada.

Paciente masculino de 45 años de edad, natural de Cuba y procedente de Caracas, con historia familiar de padre con psoriasis e historia personal de alergia al metamizol y a los AINEs; con diagnóstico de psoriasis desde los 18 años (1982), para lo cual ha recibido tratamientos tópicos con propionato de clobetasol y acuafor® (petrolato, aceite mineral y lanolina), para posteriormente recibir metotrexate a dosis de 7,5 mg vía oral.

A lo largo de la evolución de la psoriasis ha tenido varias hospitalizaciones (aproximadamente diez) por exacerbación de lesiones en piel, llegando en dos oportunidades a presentar eritrodermia por psoriasis. En esta oportunidad refiere inicio de enfermedad actual en septiembre 2009, cuando comenzó a presentar lesiones eritemato-descamativas en codos, rodillas y tronco tanto en la zona anterior como en la posterior (ver figura 1.), por lo que ameritó evaluación por dermatólogo tratante, quien mantiene tratamiento habitual con metotrexate y por empeoramiento de las lesiones inicia terapia biológica con etanercept, en monoterapia, cumpliendo 6 semanas (12 dosis), al inicio de esta terapia tuvo mejoría de las lesiones cutáneas, con tendencia a la regresión, sin embargo, tras final de la quinta semana de tratamiento presenta agravamiento de las mismas, con tendencia a la generalización, recibe tratamiento irregular con antibióticos que no precisa, y altas dosis de esteroides (hidrocortisona a dosis no precisada y prednisona 100 mg diarios), presentando en menos de una semana generalización universal de las lesiones eritemato-descamativas, siendo evaluado por dermatólogo, quien indica su hospitalización en el Hospital Universitario de Caracas, con diagnóstico de eritrodermia por psoriasis.



Figura 1. Eritrodermia facial.

Al ingreso de evidencia al examen físico *de Piel y anexos*: eritrodermia generalizada, con descamación cutánea y adelgazamiento de la piel, con aspecto edematoso, más evidente en dorso de manos. Uñas de manos y pies con onicolisis en mitad distal. *Boca*: sin lesiones, saliva escasa. *Ganglios*: no se palpan adenomegalias en sitios habituales de exploración. *Cuello*: tiroides no visible ni palpable. *Tórax* simétrico, normoexpansible (4 cms), ruidos respiratorios conservados en ambos hemitórax, no ausculto adventicios. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, no ausculto soplos ni galope. *Abdomen*: blando, deprimible, sin visceromegalias. *Osteoarticular-Muscular*: puño 100%, aumento de volumen en tobillo izquierdo, hay dolor a la palpación en esa articulación. Test de Schober 2 cms. Distancia occipucio-pared 0 cm. Distancia dedo-suelo (flexión lateral): derecho 48 cms e izquierdo 49 cms. Rangos de movilidad conservados en resto de articulaciones. *Neurológico*: consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Juicio e intelecto conservado. Sin signos meníngeos ni de focalización. Fuerza muscular 5/5 en miembros superiores e inferiores. ROT (bicipital, tricipital, rotulino, aquiliano) normales (++/++++). Fundoscopia, previa dilatación con tropicamida al 1%: reflejo luminoso presente; medios oculares transparentes; fondo retiniano rosado, disco óptico de aspecto normal, no se evidenció pulso venoso. Relación arteriolo venular 2:3; región macular normal. No se observan hemorragias, exudados u otras lesiones. Se solicita estudios de radiología convencional de sacroiliacas evidenciando disminución del espacio sacroilíaco con esclerosis y erosiones a predominio de sacroiliacas derecha (ver figura 2).



Figura 2. Rx de Sacroilíacas.

En la Rx de tobillo izquierdo se observo aumento de volumen de partes blandas (ver figura 3). Desde su ingreso recibió tratamiento con ciclosporina a dosis de 300 mg/día, además de cuidados generales (hidratación parenteral, tratamiento tópico con emolientes), con mejoría evidente de las lesiones; reinicia metotrexate el 08/02/10 a dosis de 15 mg semanal (tras retiro de la ciclosporina), durante estancia hospitalaria presenta infección urinaria por *Pseudomonas aeruginosa* para lo cual

recibe cefepime vía intravenosa. Egresó por mejoría de eritrodermia, con tratamiento a base de acitretin (neotigason®) y ciclosporina.



Figura 2. Rx de tobillo Proyección AP

### **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

**Hemocultivos (27/01/10):** *Staphylococcus coagulasa* negativo en uno de los frascos (interpretado como contaminación)

**Ecocardiograma (03/02/10):** FE: 65%, Función diastólica normal. Sin derrame. Sin alteraciones valvulares.

**Urocultivo (10/02/10):** *Pseudomonas aeruginosa*, 80.000 Ufc

**Biopsia de piel mano izquierda:** psoriasis pustulosa

**HLA-B27** negativo