



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

PSORIASIS GUTTATA. REPORTE DE CASO

**GUTTATE PSORIASIS.
CASE REPORT**

Md.. Raymi Manuela Alvarado Lozano
Puesto de Salud Tanta, Ecuador

Md. Yulisa Stephania Jimbo Torres
Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

Md. Yoselyn Isabel Choez Abendaño
Centro de salud tipo C El Paraíso, Ecuador

M. Rocio Elizabeth Padilla Cuenca
Hospital General Domingo, Ecuador

Angie Fernanda Cango Salinas
Universidad Nacional de Loja, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i2.10628

Psoriasis Guttata. Reporte de Caso

Md. Raymi Manuela Alvarado Lozano¹

raymialvarado1999@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-4686-3467>

Médico General
Puesto de Salud Tanta
Loja, Ecuador

Md. Yulisa Stephania Jimbo Torres

yulisa_jimbo@hotmail.es

<https://orcid.org/0009-0007-9134-3840>

Médico General
Hospital Carlos Andrade Marín
Ecuador

Md. Yoselyn Isabel Choez Abendaño

dra.yoselynchoezabendano@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6676-0430>

Médico General
Centro de salud tipo C El Paraíso
Ecuador

M. Rocio Elizabeth Padilla Cuenca

rockcioliz@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2226-7668>

Médico General
Hospital General Domingo
Ecuador

Angie Fernanda Cango Salinas

angiecango2002@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-9518-0367>

Estudiante de Medicina
Universidad Nacional de Loja
Ecuador

RESUMEN

La psoriasis es un trastorno cutáneo crónico, inflamatorio e inmunomediado. La psoriasis guttata es una variante distinta de la psoriasis que típicamente se presenta con una aparición abrupta de numerosas pápulas y placas eritematosas y escamosas en forma de gotas en las extremidades y el tronco, clásicamente desencadenadas por una infección estreptocócica. Esta revisión narrativa tiene como objetivo familiarizar a los médicos con las manifestaciones clínicas, la evaluación, el diagnóstico y el manejo adecuado de la psoriasis Guttata. La psoriasis guttata es una variante de la psoriasis que tiene características epidemiológicas, clínicas e histológicas distintas. A diferencia de la psoriasis vulgar (PV), la GP es más común en niños y adolescentes que en adultos, afecta a personas de todas las razas, así como a hombres y mujeres. Se manifiesta como varias placas escamosas pequeñas (de 2 a 10 mm de diámetro) en forma de gotas. Como trastorno mediado por el sistema inmunológico, su aparición suele ocurrir entre 1 y 3 semanas después de una infección aguda, como la amigdalitis estreptocócica. Se presenta un paciente masculino de 15 años que presenta Psoriasis Guttata secundaria a una infección por amigdalitis estreptocócica.

Palabras Claves: *amigdalitis estreptocócica, psoriasis guttata, infección cutánea*

¹ Autor principal

Correspondencia: raymialvarado1999@gmail.com

Guttate Psoriasis. Case Report

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, inflammatory, immune-mediated skin disorder. Guttate psoriasis is a distinct variant of psoriasis that typically presents with an abrupt appearance of numerous erythematous, scaly, bead-like papules and plaques on the extremities and trunk, classically triggered by a streptococcal infection. This narrative review aims to familiarize clinicians with the clinical manifestations, evaluation, diagnosis, and appropriate management of Guttate psoriasis. Guttate psoriasis is a variant of psoriasis that has different epidemiological, clinical, and histological characteristics. Unlike psoriasis vulgaris (PV), GP is more common in children and adolescents than adults, affecting people of all races, as well as men and women. It manifests itself as several small (2 to 10 mm in diameter) scaly, drop-shaped plaques. As an immune-mediated disorder, its onset usually occurs 1 to 3 weeks after an acute infection, such as strep throat. A 15-year-old male patient presents with Guttate Psoriasis secondary to a streptococcal tonsillitis infection.

Keywords: *streptococcal tonsillitis, guttata psoriasis, skin infection*

*Artículo recibido 20 marzo 2024
Aceptado para publicación: 17 abril 2024*



INTRODUCCIÓN

La psoriasis guttata suele presentarse con la aparición repentina de numerosas pápulas y placas pequeñas, discretas, en forma de lágrima, escamosas, eritematosas y pruriginosas. Los sitios comunes son el tronco y las extremidades proximales. Puede haber antecedentes de infección estreptocócica. El fenómeno de Köbner es característico.(1,2) La psoriasis guttata puede resolverse espontáneamente en 3 a 4 meses sin dejar cicatrices residuales, puede recurrir periódicamente y entre el 40% y el 50% de los casos pueden persistir y convertirse en psoriasis crónica en placas. Dado que la remisión espontánea es posible en unos pocos meses, es posible que el tratamiento activo no sea necesario excepto con fines cosméticos o para el prurito. La psoriasis guttata es común y afecta entre el 0,5% y el 2% del grupo de edad pediátrica. El propósito de esta revisión es presentar a los médicos las manifestaciones clínicas, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la psoriasis guttata.(3)

La etiopatogenia es multifactorial y compleja. La psoriasis guttata es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por células T debido a un equilibrio alterado entre las células T auxiliares 1 (TH1 y TH2, los genes de los factores de transcripción y sus productos).(4)

En la psoriasis guttata, las citocinas TH1, como IL-2, IL-17, interferón- γ (IFN γ) y el factor de necrosis tumoral (TNF), están reguladas positivamente, mientras que las citocinas TH 2, como la IL-10, están reguladas negativamente.(5) La IL-2 estimula el crecimiento de las células T, el IFN γ inhibe la apoptosis de los queratinocitos y el TNF aumenta la proliferación de citoquinas proinflamatorias y moléculas de adhesión. La psoriasis guttata está fuertemente asociada con ciertos antígenos leucocitarios humanos (HLA), como HLA-Cw 6, HLA-B13 y HLA-B17.(6)

Las infecciones por estreptococos, como la faringitis estreptocócica (la más común), la dermatitis perianal por estreptococos, la vulvovaginitis por estreptococos y la balanopostitis, pueden asociarse con la psoriasis de cadera.(7) Un estudio encontró que los pacientes con psoriasis guttata tenían nueve veces más probabilidades de haber tenido una infección estreptocócica previa que los pacientes con otros tipos de psoriasis.(8) La psoriasis guttata generalmente se desarrolla de 2 a 4 semanas después de una infección estreptocócica y es más común en pacientes que ya tienen psoriasis en placas. Se cree que la infección estreptocócica causa psoriasis de la cadera al activar los linfocitos cutáneos positivos al

antígeno asociado a linfocitos (CLA) a través de superantígenos estreptocócicos e inducir mediadores como la IL-17.(9)

La psoriasis guttata suele presentarse con la aparición repentina de numerosas pápulas y placas eritematosas, pequeñas, discretas, escamosas, en forma de lágrima. Las lesiones suelen estar generalizadas y las lesiones individuales suelen tener entre 2 y 6 mm de diámetro. Los sitios comunes son el tronco y las extremidades proximales.(10,11) El cuero cabelludo, la cara, las orejas, las manos y los pies también pueden verse afectados, pero las manos y los pies generalmente no se ven afectados.

Las lesiones suelen picar

Caso Clínico

Paciente masculino de 15 años, acude previo a consulta por particular hace 2 semanas presento amigdalitis estreptocócica la misma que fue resuelta con antibiótico terapia, hace 48 horas paciente refiere presentar lesiones puntiformes, eritematosas, no pruriginosas en ambos miembros inferiores.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Hábitos

- Alimentación: 5 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 3 veces al día
- Sueño: 8 horas diarias, reparador

Paciente ingresa al servicio de medicina interna en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 87 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 110/72 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 36.2°C axilar.

Paciente lucido, afebril, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico. Glasgow 15/15.



Cabeza: normocéflica, no protrusiones, no depresiones. Ojos: isocóricas, fotorreactivas, escleras blancas, conjuntivas pálidas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral secas. Labios: simétricos, hidratados. Encías: normales. Cuello: Simétrico, móvil.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, blando, no doloroso a la palpación superficial o profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo.

Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

Se evidencia en ambos miembros inferiores lesiones puntiformes, eritematosas, no pruriginosas en ambos miembros inferiores.

Evolución

Psoriasis Guttata (figura 1)

Figura 1. Lesiones Puntiformes en ambos miembros inferiores



Se realizan exámenes de laboratorio y se evidencia psoriasis guttata con positivo HLA-B27.

Por lo que se sugiera indicio de pruebas complementarias para tratamiento.

DISCUSIÓN

La psoriasis guttata suele presentarse con la aparición repentina de numerosas pápulas y placas pequeñas, discretas, en forma de lágrima, escamosas, eritematosas y pruriginosas. Los sitios comunes son el tronco y las extremidades proximales.(12) La infección estreptocócica, como la faringoamigdalitis estreptocócica, la dermatitis perianal estreptocócica pueden estar asociadas con la psoriasis guttata. La infección estreptocócica previa es más frecuente en personas con psoriasis guttata que en otras variantes de psoriasis. Por lo general, la psoriasis guttata se desarrolla de 2 a 4 semanas después de una infección estreptocócica.(13,14)

Las lesiones suelen estar muy extendidas y una lesión individual suele medir entre 2 y 6 mm de diámetro. Los sitios de predilección incluyen el tronco y las extremidades proximales como lo observamos en nuestro paciente que en sus extremidades inferiores.

El diagnóstico se basa principalmente clínicamente en los hallazgos físicos característicos (pápulas y máculas ovaladas, numerosas, pequeñas, dispersas, escamosas, eritematosas y generalizadas en el tronco y las extremidades, especialmente si hay antecedentes de infección estreptocócica). En dermatoscopia suele mostrar un fondo rojo oscuro o rojo pálido, vasos puntiformes de distribución difusa y escamas blancas dispersas.(15) En general, el pronóstico de la psoriasis guttata es mejor que el de otras variedades de psoriasis. La psoriasis guttata puede resolverse espontáneamente en 3 a 4 meses sin dejar cicatrices residuales, puede recurrir periódicamente y entre el 40% y el 50% de los casos pueden persistir y convertirse en psoriasis crónica en placas.

CONCLUSIONES

Es importante que los médicos reconozcan la psoriasis guttata para poder tratarla adecuadamente. Debido a que la psoriasis de cadera puede ocurrir después de una infección estreptocócica que puede tratarse con antibióticos, es importante no confundir la psoriasis de cadera con una erupción secundaria a una alergia a los antibióticos utilizados para tratar la faringitis estreptocócica. Además, la psoriasis guttata debe diferenciarse de otras variantes y afecciones de psoriasis que imitan la psoriasis guttata para evitar pruebas innecesarias y garantizar el tratamiento adecuado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Leung AKC, Barankin B, Lam JM, Leong KF. Childhood guttate psoriasis: an updated review. Vol. 12, *Drugs in Context*. Bioexcel Publishing LTD; 2023.
- Furer V, Zisman D, Kibari A, Rimar D, Paran Y, Elkayam O. Herpes zoster following BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: A case series. *Rheumatology (Bulgaria)*. 2021 Oct 1;60(SI):SI90–5.
- Bartholomew E, Chung BY, Davis M, Yeroushalmi S, Chung M, Hakimi M, et al. Rapid Remission of Sunburn-Induced Guttate Psoriasis with Guselkumab. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023 Oct 1;13(10):2473–8.
- Wu QY, Li WW, Li N, Li TF, Zhang C, Ni T, et al. A novel nonsense mutation of ADAR1 gene in a Chinese patient with dyschromatosis symmetrica hereditaria. Vol. 28, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2014. p. 1832–3.
- Galili E, Levy SR, Tzanani I, Segal O, Lyakhovitsky A, Barzilai A, et al. New-Onset Guttate Psoriasis: A Long-Term Follow-Up Study. *Dermatology*. 2023 Mar 1;239(2):188–94.
- Muneem A, Sakya SM, Asad U. A Case of Lichen Planus Masquerading as Guttate Psoriasis. *Cureus*. 2020 Oct 28;
- Rouai M, Rabhi F, Mansouri N, Jaber K, Dhaoui R. New-onset guttate psoriasis secondary to COVID-19. *Clin Case Rep*. 2021 Jul 1;9(7).
- Yoon JH, Park EJ, Park HR, Kim KJ, Kim KH. Histological and immunohistopathological differentiation between guttate psoriasis and pityriasis rosea. Vol. 61, *Australasian Journal of Dermatology*. Blackwell Publishing; 2020. p. e481–4.
- Gori N, Caldarola G, Pirro F, De Simone C, Peris K. A case of guttate psoriasis during treatment with dupilumab. Vol. 32, *Dermatologic Therapy*. Blackwell Publishing Inc.; 2019.
- Garritsen FM, Kraag DE, de Graaf M. Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal infection. *Clin Exp Dermatol*. 2017 Jul 1;42(5):536–8.
- Spyridonos P, Zampeli V, Rapti SN, Bassukas ID. A Guttate Psoriasis That Tends to Spare Three Tattoos: A Macrophage Liaison. *Case Rep Dermatol Med*. 2021;2021.



Hernandez M, Simms-Cendan J, Zendell K. Guttate Psoriasis Following Streptococcal Vulvovaginitis in a Five-year-old Girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(5):e127–9.

Jason E. Cohn MPGV. Complete resolution of guttate psoriasis after tonsillectomy. *Ear Nose Throat J* [Internet]. 2018;93. Available from: www.entjournal.com

RIMESH PAL, PINAKI DUTTA. Guttate Psoriasis. *Indian Pediatr*. 2020;57.

Koufakis T, Gabranis I. First presentation of guttate psoriasis triggered by acute tonsillitis Images in medicine. *Pan African Medical Journal* [Internet]. 2014;17:273. Available from: www.panafrican-med-journal.com

