



# Caso clínico. Dermatología

## Psoriasis en gotas y coxsackie A

Katya López Martín<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Dolores Cantarero Vallejo<sup>b</sup>, Arturo Muñoz González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España

<sup>b</sup>Pediatra. CS Illescas. Toledo. España.

Publicado en Internet:

16-mayo-2024

Katya López Martín:

katyalopezm@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La psoriasis constituye la dermatosis eritemato-descamativa más frecuente en la infancia.

La clínica es variable: psoriasis en placas, *guttata*, inversa, eritrodérmica, pustulosa y ungueal. La forma *guttata* es la segunda en frecuencia en la infancia. Se caracteriza por aparición aguda de numerosas placas pequeñas, inflamatorias y escamosas en el tronco y las extremidades.

Factores genéticos y ambientales contribuyen a su desarrollo en individuos genéticamente predispuestos. Con frecuencia hay un antecedente de infección por estreptococo beta hemolítico.

La enfermedad es autolimitada, pero una proporción de casos puede progresar a una forma más crónica de psoriasis en placas.

### RESUMEN DEL CASO

Varón de 5 años, raza negra, sin antecedentes familiares de psoriasis, que tras 10 días del diagnóstico de enfermedad mano-pie-boca, acude a la consulta por aparición aguda de erupción cutánea generalizada escasamente pruriginosa. Tratado 15 días antes con pamoato de pirantel durante 7 días por prurito anal y sospecha de parasitosis intestinal. En ningún momento presentó signos o síntomas de infección estreptocócica.

A la exploración, placas redondeadas con bordes irregulares eritematosos y descamación blanquecina de distribución difusa, incluyendo cuero cabelludo. Elementos vesiculosos con descamación lamelar en palmas y plantas. Resto de la exploración sin interés.

Ante la sospecha de psoriasis *guttata* y frecuente asociación a infección estreptocócica, incluso subclínica, inicia tratamiento con amoxicilina durante 10 días.

Realiza análisis de sangre con ASLO, en rango normal, ANA negativos, hemograma y bioquímica sin hallazgos de interés. Anticuerpos de enterovirus humano con aumento significativo del título coxsackie A9.

Ante aparición de nuevas lesiones, se trata con prednisolona oral durante 10 días, y posteriormente, con corticoide tópico en nuevas lesiones, remitiendo el cuadro progresivamente en un mes sin recidivas.

### DISCUSIÓN

La psoriasis *guttata* puede desencadenarse a menudo, pero no exclusivamente, por una infección estreptocócica. Se han notificado casos de psoriasis *guttata* relacionada con otras infecciones (bacterianas, víricas o por hongos) y fármacos (inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa).

La aparición de psoriasis en gotas aguda tras la infección por enfermedad mano-pie-boca es un fenómeno poco frecuente. Se ha relacionado con coxsackie B. Los serotipos A16, A6 y el enterovirus A71 son los más frecuentemente asociados con la enfermedad mano-pie-boca, pero hay casos relacionados con el virus coxsackie A4-A7, A9, A10, B1-B3 y B5.

En nuestro caso, la coincidencia de ambos diagnósticos nos orienta a que la psoriasis *guttata* puede haber sido desencadenada por la infección del coxsackie A9.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

Cómo citar este artículo: López Martín K, Cantarero Vallejo MD, Muñoz González A. Psoriasis en gotas y coxsackie A. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2024;(33):e33.