

Manejo terapéutico de una dermatitis no filiada (pustulosis subcórnea)



Nuria Ruiz Hombrebueno

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria.
Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos.
Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.



Loreto Estefanía Hidalgo

Médico interno residente de primer año de medicina familiar y comunitaria.
Centro de Salud Torreledones. Unidad Docente Dirección Asistencial Noroeste.
Servicio Madrileño de Salud.

Mi paciente es una mujer de 95 años con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca de clase I, enfermedad renal crónica en estadio 2, episodio de hemorragia digestiva alta secundaria a una úlcera péptica, estreñimiento habitual e insomnio. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. En tratamiento con furosemida de 40 mg en el desayuno, quetiapina en dosis de 25 mg/día y lactulosa. Vive con su hija; es parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acudió a su médico de familia acompañada por familiares por la aparición de una zona eritematosa en la región glútea, y se le pautó mupirocina y crema compuesta de neomicina + nistatina + triamcinolona, por sospecha de dermatitis del pañal¹. A los pocos días, se observó impetiginización de las lesiones, por lo que se añadió al tratamiento doxiciclina en dosis de 100 mg/día por vía oral, presentando un claro empeoramiento, con extensión de las lesiones de forma generalizada, y fue derivada a urgencias hospitalarias. A su llegada al servicio de urgencias, la familia indicó que la pa-

ciente presentaba lesiones cutáneas de un mes de evolución, que fueron extendiéndose de forma progresiva, afectando al abdomen, la raíz de los miembros y la espalda, a pesar del tratamiento pautado. La paciente no refería dolor o prurito asociados.

Se rehistorió a la paciente, quien negó cambios en la medicación, nuevos productos cosméticos, o utilización de productos de parafarmacia o de herbolario.

En la exploración, se observó que se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y con buen estado general. Presentaba manchas eritematodescarnativas (fig. 1) en el hemiabdomen superior, la raíz de los miembros superiores, la zona de extensión de los miembros inferiores, la zona del pañal y la espalda, que se blanqueaban a la digitopresión. Se apreciaban lesiones de rascado en los hombros, con datos de impetiginización (fig. 2). No se observó afectación de las mucosas ni palmoplantar. No se apreciaban ampollas, vesículas ni pústulas. El signo de Nikolski era negativo.



FIGURA 1. Diseminación de las lesiones.



FIGURA 2. Lesiones erosivas tras el rascado.

Analíticamente, destacaba una leve leucocitosis con neutrofilia y un ligero ascenso de la proteína C-reactiva; el resto de parámetros sin alteraciones destacables. Con la sospecha de toxicodermia², se tomó una biopsia de la lesión en el muslo derecho y se inició el tratamiento con prednisona en dosis de 0,5 mg/kg al día por vía oral (pesaba 61 kg) en pauta descendente durante 10 días, crema compuesta por miconazol + hidrocortisona cada 12 horas y omeprazol en dosis de 20 mg/día. Dada la afectación en las flexuras, de predominio en la región inguinal bilateral, y los datos de erosión, se asoció fluconazol ajustado a la función renal (200 mg/día), por la posibilidad de candidiasis cutánea diseminada¹. A las 24 horas, se observó aclaramiento de las lesiones y disminución de su tamaño, suspendiéndose el fluconazol. Fue presentando una clara mejoría clínica, por lo que se decidió dar de alta a la paciente, continuando con el tratamiento en su domicilio, bajo el diagnóstico de

eccema cutáneo diseminado³, a la espera del resultado de anatomía patológica.

Este caso clínico refleja la necesidad de, en muchos casos, tener que realizar un manejo terapéutico bajo la incertidumbre de no disponer de un diagnóstico certero, adaptándolo en función de la respuesta. La extensión, localización y características de las lesiones hacen poco probable que se trate de una dermatitis de contacto del pañal, una candidiasis cutánea (lesiones satélites del intertrigo candidiásico¹), un eritema multiforme (lesiones en diana) o necrólisis epidérmica tóxica² (signo de Nikolski). Considerando la buena situación clínica, la falta de afectación de las mucosas y los hallazgos analíticos anodinos, podría descartarse una candidiasis diseminada (mujer inmunocompetente) o toxicodermias graves (síndrome de erupción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos [DRESS; del inglés, *drug rash with eosinophilia and systemic symptoms*]: eosinofilia en la analítica).

El diagnóstico anatomopatológico puso de manifiesto biopsia de piel con **pustulosis subcórnea**⁴. Se trata de un cuadro morfológico con pústulas subcórneas. Esta morfología se puede ver en diversas entidades: PEGA (pustulosis exantemática generalizada), infecciones fúngicas (estudio histológico con reacción del ácido peryódico de Schiff [PAS; del inglés, *periodic acid Schiff*] negativa) y bacterianas (impétigo), enfermedades de base inmunitaria (pénfigos superficiales e inmunoglobulina A) y dermatitis pustulosa subcórnea.

La familia mostraba un gran desconcierto, al ser el primer episodio presentado por la paciente, la aparatosidad de las lesiones y la aparente inexistencia de un agente desencadenante. La enferma se hallaba tranquila ante la poca sintomatología y tuvo

una buena respuesta a la corticoterapia oral, encontrándose en estudio para llegar a un diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benett JE, Dolin R, Blaser MJ, Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 3087-102.
2. Mascaró Galy JM. Procesos dermatológicos frecuentes y reacciones cutáneas graves por medicamentos. En: Rozman C, Cardellch F (dirs.). Farreras Rozman. Medicina interna. 19.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2020. p. 1269-77.
3. Moyes C, Blessing K. Skin. En: Cross SS (ed.). Underwood's pathology: a clinical approach. 7.ª ed. Filadelfia: Elsevier; 2018. p. 608-34.
4. Svoboda SA, Bisbee EL, Bender N, Motaparthy K. Acute generalized exanthematous pustulosis sine pustules: a case series. *JAAD Case Rep.* 2022;23:24-6.