

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Lesiones papuloescamosas milimétricas generalizadas de súbita aparición en paciente con fiebre

Sudden-Onset Generalized Millimetric Papulosquamous Lesions in a Patient With Fever

Sr. Director:

Las manifestaciones cutáneas relacionadas con la infección por el síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2 (SARS-CoV-2, del inglés: *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) se han descrito desde la comunicación de los primeros casos en China¹ y la publicación de varias series como la italiana por Recalcati² o Galván-Casas et al.³ en nuestro país. Una de las clasificaciones sugeridas para estas lesiones es la propuesta por Marzano et al. en 6 subgrupos: erupciones urticariales, exantemas maculopapulares/morbiliformes, exantemas papulovesiculares, lesiones acrales o acro-isquémicas, lesiones livedoides o lesiones purpúricas/vasculíticas⁴. Se describe a continuación un caso de erupción papuloescamosa que recuerda clínica e histológicamente a una psoriasis *guttata* en una paciente afectada de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).

Una mujer de 39 años, sin antecedentes personales de interés y con un tío paterno afecto de psoriasis, fue remitida desde urgencias a nuestro servicio por unas lesiones pruriginosas, acompañadas de fiebre de hasta 38,5 °C, odinofagia y malestar general. Las lesiones cutáneas habían comenzado 2 semanas antes, inicialmente en los brazos para extenderse posteriormente al tronco, los miembros inferiores, la cara y el cuero cabelludo. Consistían en unas pápulas eritematosas milimétricas, con una descamación superficial, confluentes en algunas zonas, que en el cuero cabelludo se acompañaban de una hiperqueratosis importante (figs. 1 y 2). El estudio histológico de una de las lesiones mostró una epidermis acantósica de tipo psoriasiforme irregular, con hiperqueratosis y paraqueratosis. Se advertían agregados de neutrófilos entre las láminas de queratina, junto con focos de exudado. En la dermis, se identificó la presencia de un infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular superficial y medio. Estos hallazgos fueron compatibles con una dermatitis



Figura 1 Imagen clínica. Lesiones papuloescamosas, eritematosas confluentes en la espalda.

psoriasiforme similar a una psoriasis *guttata* (fig. 3). El resultado de RT-PCR fue positivo para SARS-CoV-2 y en la analítica inicial no se observaron alteraciones. Los anticuerpos anti-espantolisina O (ASLO) fueron positivos a título de 879 UI/ml a los 24 días. No se realizó, sin embargo, un cultivo de un exudado faríngeo. La paciente recibió tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-ácido clavulánico durante 10 días, y tópico con pomada de calcipotriol y betametasona. En ese periodo se obtuvo una remisión completa de las lesiones cutáneas con una hiperpigmentación residual y la desaparición de la clínica sistémica.

La psoriasis *guttata* es la forma de psoriasis más frecuentemente diagnosticada en la población joven. A pesar de que el inicio de este tipo de psoriasis se ha relacionado clásicamente con la infección por un estreptococo, presente entre



Figura 2 Imagen clínica. Pápulas eritematosas con descamación plateada en miembros inferiores.

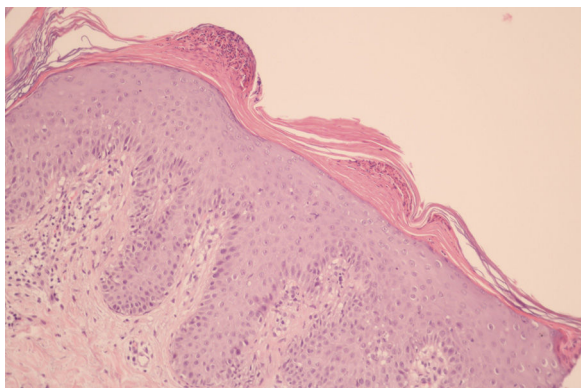


Figura 3 Estructura cutánea compuesta por epidermis acantósica irregular e hiperqueratosis con paraqueratosis. Se observan microabscesos de Munro en la capa córnea (H&E).

un 56 y un 97% de los pacientes⁵, también es conocida su asociación con otras infecciones agudas producidas por el virus como la varicela⁶ o el virus de Epstein-Barr⁷, entre otros. Dada la reciente aparición del SARS-CoV-2, en la actualidad únicamente se ha comunicado un caso de psoriasis *guttata* relacionada con la infección por este virus⁸. Se trataba de un varón con antecedentes personales de psoriasis vulgar que sufrió un brote con lesiones cutáneas típicas de psoriasis en gotas concomitante a la detección de SARS-CoV-2. En este caso no se detectaron ASLO. En nuestro paciente, la erupción coincidió con la infección aguda por SARS-CoV-2 y una posible coinfección por estreptococo, dada la positividad de ASLO detectada; pudiendo ser tanto el SARS-CoV-2

como el estreptococo, los posibles desencadenantes de la enfermedad cutánea.

En el contexto actual, la aparición de lesiones psoriasisiformes junto a otros síntomas sugestivos como fiebre u odinofagia debe hacernos pensar y descartar una posible COVID-19.

Bibliografía

1. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708–20, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
2. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: A first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:212–3, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16387>.
3. Galván-Casas C, Català A, Carretero-Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: A rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol*. 2020;183:71–7, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.19163>.
4. Marzano AV, Cassano N, Genovese G, Moltrasio C, Vena GA. Cutaneous manifestations in patients with COVID-19: A preliminary review of an emerging issue. *Br J Dermatol*. 2020;183:431–42, [h10.1111/bjd.19264](http://dx.doi.org/10.1111/bjd.19264).
5. Prinz JC. Psoriasis vulgaris- a sterile antibacterial skin reaction mediated by cross-reactive T cells? An immunological view of the pathophysiology of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2001;26:326–32.
6. Veraldi S, Lunardon L, Dassoni F. Guttate psoriasis triggered by chickenpox. *G Ital Dermatol Venereol*. 2009;144:501–2.
7. Loh E, Fung MA, Maverakis E. Acute guttate psoriasis in a 15-year-old girl with Epstein-Barr virus infection. *Arch Dermatol*. 2012;148:658–9, <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2011.3517>.
8. Gananandan K, Sacks B, Ewing I. Guttate psoriasis secondary to COVID-19. *BMJ Case Reports*. 2020;13:e237367, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2020-237367>.

J. Algarra-Sahuquillo^{a,*}, M. Arteaga-Henríquez^a, R.N. Rodríguez-Rodríguez^b y M. García-Bustinduy^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: judit.algarra.sahuquillo@gmail.com (J. Algarra-Sahuquillo).