
REPORTE DE CASO CLÍNICO

PSORIASIS ERITRODÉRMICA EN PACIENTE ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE CASO

Erythrodermic Psoriasis in an Adult Patient with Type 2 Diabetes Mellitus: A Case Report

DOI: <https://doi.org/10.65740/y2275a64>

Sady Aline Bonzi García

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

Nelson Osmar Bobadilla Coronel

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-7584-8599>

Autor de correspondencia: nobc_123@hotmail.com

Adelia María Mercedes Romero Recalde

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0003-2953-6407>

adelia.romero.rodriquez@gmail.com

Resumen

La psoriasis eritrodérmica constituye una variante infrecuente y potencialmente grave de la psoriasis, caracterizada por eritema y descamación que comprometen más del 90% de la superficie corporal. Se presenta el caso de un paciente masculino de 42 años, con antecedente de psoriasis y diabetes mellitus tipo 2, que consultó por empeoramiento progresivo de lesiones eritemato-descamativas generalizadas, asociadas a prurito intenso, malestar general y sensación febril. El examen físico evidenció eritrodermia extensa con descamación laminar difusa e infiltración cutánea. Los estudios laboratoriales mostraron leucocitosis y alteraciones inflamatorias, mientras que la biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de psoriasis. El paciente recibió hidratación, antibioticoterapia, metotrexato, corticosteroides sistémicos y cuidados dermatológicos generales, con evolución favorable y mejoría clínica significativa al alta hospitalaria. Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano de las formas graves de psoriasis y del manejo multidisciplinario para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

Palabras clave: psoriasis eritrodérmica; eritrodermia; psoriasis; metotrexato; reporte de caso.

Abstract

Erythrodermic psoriasis is an uncommon but potentially life-threatening variant of psoriasis, characterized by erythema and scaling affecting more than 90% of the body surface area. We report the case of a 42-year-old male patient with a history of psoriasis and type 2 diabetes mellitus who presented with progressive worsening of generalized erythematous and scaly skin lesions associated with intense pruritus, malaise, and subjective fever. Physical examination revealed extensive erythroderma with diffuse lamellar scaling and skin infiltration. Laboratory tests showed leukocytosis and inflammatory changes, while skin biopsy confirmed the diagnosis of psoriasis. The patient received hydration, antibiotic therapy, methotrexate, systemic corticosteroids, and supportive dermatological care, achieving significant clinical improvement and favorable outcome at discharge. This case highlights the importance of early recognition and multidisciplinary management of severe forms of psoriasis to prevent potentially fatal complications.

Key words: *erythrodermic psoriasis; erythroderma; psoriasis; methotrexate; case report.*

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta aproximadamente al 2–3% de la población mundial. Se caracteriza por una interacción compleja entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales que conducen a hiperproliferación epidérmica e inflamación persistente (1).

La psoriasis eritrodérmica representa una de las formas más graves de esta enfermedad y afecta entre 1% y 2,25% de los pacientes con psoriasis. Se caracteriza por eritema difuso y descamación que comprometen más del 90% de la superficie corporal, pudiendo asociarse a alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos de la termorregulación, infecciones secundarias e insuficiencia multiorgánica (2,3).

Entre los principales factores desencadenantes se describen infecciones, suspensión abrupta de tratamientos sistémicos, estrés emocional, traumatismos cutáneos y uso de determinados medicamentos (4). La pérdida de la función barrera de la piel convierte a esta entidad en una emergencia dermatológica que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos (5).

Se presenta el caso de un paciente adulto con psoriasis eritrodérmica asociada a diabetes mellitus tipo 2, tratado en un hospital de referencia del norte de Paraguay, con evolución clínica favorable tras manejo integral intrahospitalario.

Presentación del caso clínico

Información del paciente

Paciente masculino de 42 años, residente en Pedro Juan Caballero, Paraguay, con antecedente de psoriasis diagnosticada seis meses antes y diabetes mellitus tipo 2 con control metabólico irregular. Había requerido internación previa por un cuadro similar en febrero de 2025.

Consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Pedro Juan Caballero el 10 de julio de 2025 por empeoramiento progresivo de lesiones cutáneas eritemato-descamativas durante siete días. Refirió que las lesiones inicialmente localizadas en tronco y extremidades se extendieron progresivamente hasta comprometer casi toda la superficie corporal, acompañándose de prurito intenso, malestar general y sensación febril no cuantificada. Negó uso reciente de medicamentos nuevos, exposición a sustancias irritantes, artralgias o síntomas respiratorios.

Hallazgos clínicos

Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con presión arterial de 128/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 36 °C y saturación de oxígeno de 98%.

El examen dermatológico reveló eritema difuso con compromiso superior al 90% de la superficie corporal, acompañado de descamación laminar extensa, infiltración cutánea y lesiones eritemato-descamativas de distribución generalizada. Algunas áreas presentaban excoりaciones secundarias al rascado. Además, se observó disminución de la turgencia y elasticidad cutánea, compatibles con compromiso severo de la barrera epidérmica.

Evaluación diagnóstica

Los estudios laboratoriales mostraron leucocitosis de 13.700 células/mm³ al ingreso, predominio neutrofílico y elevación de LDH. La función renal presentó creatinina de 1,35 mg/dL, con mejoría posterior durante la internación. Los estudios serológicos para VIH, hepatitis B, hepatitis C y VDRL resultaron negativos. La hemoglobina glicosilada fue de 6,4%.

Intervención terapéutica

Ante la sospecha de psoriasis eritrodérmica se inició hidratación intravenosa, antibioticoterapia empírica con amoxicilina/sulbactam, metotrexato, ácido fólico, prednisona, emolientes tópicos y cuidados dermatológicos generales. Posteriormente se realizó biopsia cutánea, cuyos hallazgos fueron compatibles con psoriasis, confirmando el diagnóstico clínico.

Seguimiento y resultados

Durante la evolución hospitalaria se observó disminución progresiva del eritema, reducción de la descamación y mejoría del estado general. Tras siete días de internación, el paciente fue dado de alta con seguimiento ambulatorio por Dermatología y Clínica Médica.

Las principales características clínicas y evolutivas del caso se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen clínico y evolutivo del caso.

Variable	Hallazgo
Edad	42 años.
Sexo	Masculino.
Comorbilidades	Psoriasis previa, diabetes mellitus tipo 2.
Motivo de consulta	Eritema y descamación generalizada.
Tiempo de evolución	7 días.
Superficie corporal afectada	>90%.
Signos vitales al ingreso	PA 128/80 mmHg, FC 80 lpm, FR 20 rpm, SatO ₂ 98%.
Laboratorio relevante	Leucocitos 13.700/mm ³ , neutrofilia y LDH elevada.
Serologías	VIH, VDRL, hepatitis B y C negativas.
Confirmación diagnóstica	Biopsia compatible con psoriasis.
Tratamiento	Hidratación, amoxicilina/sulbactam, metotrexato, prednisona, emolientes.
Evolución	Mejoría clínica progresiva.
Alta hospitalaria	A los 7 días.

Figura 1. Lesiones eritemato-descamativas generalizadas en tronco y extremidades inferiores.



Figura 1. Eritrodermia psoriásica con descamación extensa y eritema difuso, evidenciando compromiso del tronco posterior y de los miembros inferiores al momento del ingreso hospitalario.

Discusión

La psoriasis eritrodérmica constituye una emergencia dermatológica debido a su elevada morbimortalidad potencial. La afectación extensa de la superficie corporal genera pérdida significativa de líquidos, proteínas y capacidad termorreguladora, favoreciendo la aparición de infecciones secundarias y complicaciones sistémicas (2,3).

El paciente presentado reunía características típicas de esta entidad, incluyendo antecedente conocido de psoriasis, compromiso cutáneo superior al 90% de la superficie corporal, descamación difusa y síntomas sistémicos asociados. Estas manifestaciones coinciden con las descritas en la literatura internacional para las formas graves de la enfermedad (3,4).

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una comorbilidad frecuente en pacientes con psoriasis, debido al estado inflamatorio crónico compartido. La coexistencia de ambas enfermedades puede asociarse a mayor complejidad terapéutica y riesgo de complicaciones metabólicas (5).

El tratamiento de la psoriasis eritrodérmica requiere hospitalización, estabilización clínica y control rápido de la inflamación sistémica. Entre los fármacos utilizados se encuentran metotrexato, ciclosporina y agentes biológicos. En este caso, la combinación de hidratación, antibioticoterapia, corticosteroides sistémicos, metotrexato y cuidados locales permitió una evolución favorable, con mejoría significativa de las lesiones cutáneas y del estado general del paciente.

Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de la eritrodermia psoriásica y de un abordaje multidisciplinario que incluya el manejo de comorbilidades asociadas para reducir el riesgo de complicaciones graves.

Conclusión

La psoriasis eritrodérmica representa una de las formas más severas de psoriasis y constituye una emergencia dermatológica potencialmente mortal.

El caso presentado demuestra la importancia del diagnóstico oportuno, la hospitalización precoz y el tratamiento integral para lograr una evolución clínica favorable.

Asimismo, destaca la necesidad de un seguimiento multidisciplinario y del adecuado control de las comorbilidades asociadas, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, con el fin de disminuir el riesgo de recaídas y complicaciones sistémicas.

Referencias

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397(10281):1301-1315.
2. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management of psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(6):1445-1486.
3. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(4):655-662.
4. Boyd AS, Menter A. Erythrodermic psoriasis. *Dermatol Clin*. 1995;13(4):741-748.
5. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):377-390.
6. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.

Declaraciones

Consentimiento informado y confidencialidad

Se obtuvo autorización para el uso académico y científico de la información clínica e imágenes incluidas en este reporte.

La identidad del paciente fue protegida mediante anonimización de los datos personales, respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normativas vigentes sobre confidencialidad y protección de datos.