



DOI 10.5281/zenodo.22004509

Eritrodermia psoriásica asociada a mononucleosis infecciosa y corticoterapia sistémica: reporte de caso.

Psoriatic erythroderma associated with infectious mononucleosis and systemic corticosteroid therapy: a case report.

Mariana Yanet Miramontes Méndez¹

Dra. Bárbara Hernández Hernández²

Dr. Enrique Iranio Fernández Anaya³

Dra. Karen Sofía Cruz Domínguez⁴

Dr. Manuel Ezequiel Ramírez Bustos⁵

Resumen

La eritrodermia psoriásica (EP) es una variante inflamatoria crónica, grave y poco común de la psoriasis que compromete al menos el 75% de la superficie corporal. Su aparición se asocia de forma estrecha con factores desencadenantes sistémicos, entre los que destacan las infecciones agudas y el uso o suspensión abrupta de corticoesteroide. Se trató de una mujer de 25 años de edad con antecedentes de psoriasis de 5 años de evolución. En cuadro de infección respiratoria alta se le administró ceftriaxona y betametasona vía intramuscular, lo que favoreció la aparición de inflamación dérmica. El cuadro evolucionó hacia una exacerbación del exantema generalizado. Se decidió su internamiento para iniciar medidas de soporte, toma de biopsia de piel y tratamiento farmacológico a base de paracetamol, difenhidramina y crema emoliente con urea al 10% tópica. La evidencia científica actual demuestra que el mantenimiento a largo plazo para prevenir nuevas recaídas en pacientes jóvenes se inclina hacia el uso de terapias biológicas como los inhibidores de la IL-17 o de la IL-23, que tienen una respuesta más rápida y son consideradas más seguras. La terapia convencional que se abordó en la paciente se mantiene como el tratamiento farmacológico de primera línea gracias a su bajo costo y alta disponibilidad en nuestro contexto estructural.

Palabras clave: Eritrodermia psoriásica, mononucleosis infecciosa, corticoides sistémicos, reporte de caso.

Abstract

Psoriatic erythroderma (PE) is a rare, severe, and chronic inflammatory variant of psoriasis that involves at least 75% of the body surface area. Its onset is closely associated with systemic triggers, notably acute infections and the introduction or abrupt withdrawal of corticosteroids. We present the case of a 25-year-old female with a 5-year history of psoriasis. Following an upper respiratory tract infection, she was administered intramuscular ceftriaxone and betamethasone, which promoted the onset of dermal inflammation. The condition progressed toward an exacerbation of the generalized exanthema. Hospitalization was decided to initiate supportive care, perform a skin biopsy, and start pharmacological treatment consisting of paracetamol, diphenhydramine, and topical 10% urea emollient cream. Current scientific evidence demonstrates that long-term maintenance to prevent subsequent relapses in young patients favors the use of biologic therapies, such as IL-17 or IL-23 inhibitors, which offer a faster response and are considered safer. The conventional therapy used in this patient remains the first-line pharmacological treatment due to its low cost and high availability in our structural context.

Keywords: Psoriatic erythroderma, infectious mononucleosis, systemic corticosteroids, case report.

1 Universidad Internacional de la Paz. Dirección electrónica: mmiramontes901@gmail.com

2 Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. Dirección electrónica: bhh8751@gmail.com

3 Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. Dirección electrónica: fernandezanayaenrique@gmail.com

4 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Dirección electrónica: dra.karen.cruzd@outlook.com

5 IMSS Bienestar, Centro de Salud El Centenario. Dirección electrónica: meramirez@hotmail.com



Introducción

La eritrodermia psoriásica (EP) es una variante fenotípica poco común pero muy grave de la psoriasis que se define como una enfermedad inflamatoria crónica. Consiste en un eritema difuso intenso, una descamación e infiltración que cubre al menos el 75% de la superficie corporal (Zhou et al., 2024). Su prevalencia oscila entre el 1% y el 2.25% de los pacientes con este diagnóstico. Esta entidad se presenta más en hombres con una relación 3:1 respecto a las mujeres, en una edad media de 54 años (Mastorino et al., 2025). Es relevante que la mortalidad reportada alcanza el 9% por complicaciones sistémicas, derivada de fallas en la barrera cutánea que causan desequilibrios electrolíticos, sepsis y falla cardíaca de alto gasto (Zhou et al., 2024).

La inmunopatogenia exacta de esta reacción no se conoce por completo, pero los mecanismos principales son la liberación masiva de citoquinas proinflamatorias y la vasodilatación cutánea. Se observa un perfil inflamatorio producido por respuestas masivas de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleucina 23 (IL-23) y linfocitos Th17, (Mastorino et al., 2025) donde la IL-17A induce la proliferación excesiva de queratinocitos y la liberación de péptidos antimicrobianos debido a la desregulación del eje IL-23/IL-17 (Trevisan et al., 2022).

Las manifestaciones clínicas incluyen descamación y eritema que cubren al menos el 75% de la superficie corporal, prurito intratable, escalofríos por alteración de la termorregulación, linfadenopatía dermatopática, artralgia, fiebre, deshidratación y edema periférico (Trevisan et al., 2022). Además de las manifestaciones sistémicas, existen factores desencadenantes que participan en la evolución hacia EP, entre los cuales destaca infecciones agudas, suspensión abrupta de corticoides, el uso de ciertos medicamentos como el litio, y situaciones de estrés psicocognitivo severo (Mastorino et al., 2025). El diagnóstico de la EP es clínico, basándose en la anamnesis, la exploración física con detalle en la extensión cutánea de la lesión y la presencia del compromiso del estado general del paciente. Es importante mencionar que aunque la biopsia de piel puede utilizarse como una herramienta de apoyo diagnóstico, los hallazgos histopatológicos con frecuencia se describen como inespecíficos de una dermatitis exfoliativa aguda o crónica. Es la razón por la que es indispensable realizar una correlación directa con los antecedentes de psoriasis del paciente (Mastorino et al., 2025).

Debido a que el cuadro de EP es una emergencia dermatológica potencialmente mortal, se opta por un abordaje integral que casi siempre requiere de hospitalización con monitorización hemodinámica, soporte nutricional, manejo de líquidos y tratamiento farmacológico con inmunosupresores (Trevisan et al., 2022; Mastorino et al., 2025) debido a su alta disponibilidad, la primera línea farmacológica de la EP se constituye por el metotrexato, la ciclosporina y retinoides sistémicos como la acitretina. Sin embargo actualmente existen terapias biológicas desarrolladas a lo largo del tiempo que han demostrado resultados favorables frente a la terapia convencional (Zhou et al., 2024). Estos inhibidores de la interleucina 17 (IL-17) tales como secukinumab demostraron tener respuesta clínica más rápida y mayor seguridad impactando a largo plazo en la calidad de vida de los pacientes, aunque es significativamente más costoso (Falco et al., 2024).

A continuación, se describe el caso clínico de una paciente con una presentación inicial sugerente de un cuadro viral sistémico, diagnosticado finalmente con esta variante de psoriasis.

Descripción de caso clínico

Se trató de paciente femenina de 25 años de edad, con antecedentes personales de psoriasis de 5 años de evolución en manejo farmacológico previo por asociación a dermatosis concomitante con clindamicina, ácido fólico y filipeptan. Hipotiroidismo primario con nódulos tiroideos en tratamiento sustitutivo con levotiroxina 25 mcg cada 24 horas. En octubre de 2024 inició con un cuadro infeccioso agudo caracterizado por fiebre de 38.9°C, ataque al estado general, astenia, adinamia, adenopatías cervicales, tos seca y disfagia. El médico de primer nivel decidió iniciar manejo para infección respiratoria con sospecha de etiología bacteriana al prescribirle amoxicilina/ácido clavulánico, benzonatato y paracetamol. Cuatro días después ante la persistencia de los síntomas y en la revaloración el médico decidió administrar ceftriaxona y



betametasona vía intramuscular (IM). Posterior a la terapéutica de primer nivel presenta exantema generalizado de distribución centrífuga en muslo, tronco, brazos y cara que se acompañó de prurito intenso. Subsecuentemente a la atención presentó hipertermia de manera intermitente cada 4 a 6 horas, acompañándose de hiperemia conjuntival y secreción amarillo/verdoso. El cuadro evolucionó durante la semana postterapéutica con esteroide intramuscular hacia una exacerbación del exantema generalizado; caracterizado por lesiones eritematopapulosas con tendencia universal que incluyeron cuero cabelludo, palmas y plantas. Asimismo, se apreciaron lesiones escamosas en el cuero cabelludo y lesiones en diana en palmas y plantas. Cursando con un empeoramiento abrupto y reflejado por la maceración en las zonas de flexión, tal como se documenta en las imágenes.

Se informó a la paciente sobre los objetivos, alcances y fines académicos y científicos del reporte de caso. La paciente otorgó su consentimiento informado por escrito para la publicación de la información clínica y las imágenes relacionadas. El caso se elaboró conforme a los principios éticos aplicables, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la protección de sus datos personales.

Figura 1

Manifestaciones cutáneas de la paciente en fase aguda. Izquierda: Exantema generalizado y confluyente en extremidades. Centro: Eritema difuso con descamación fina en región facial. Derecha: Placa eritematosa con datos de maceración en zona de flexión.



Por la naturaleza de la entidad nosológica y el compromiso cutáneo difuso. El Servicio de Dermatología del Hospital Salvatierra a las dos semanas de evolución se protocolizó su ingreso hospitalario con exámenes complementarios que evidenciaron leucocitosis ($13.7 \times 10^3/\mu\text{L}$), proteína C reactiva (PCR) elevada (65.4 mg /L), lactato deshidrogenasa de 1119 U/L y alteración del perfil hepático con elevación de transaminasas (AST 319 U/L, ALT 472 U/L), además de un ultrasonido abdominal (USG abdominal) que reveló esplenomegalia con índice esplénico de 1337 y peso de 699 gramos. Asimismo, en dicho USG se observaron hígado, páncreas y riñones con características normales. Con base en los hallazgos clínicos y



paraclínicos, se integró el diagnóstico de EP y mononucleosis infecciosa. Durante su internamiento se decidió iniciar medidas de soporte, toma de biopsia de piel, tratamiento de soporte con antipirético con paracetamol y difenhidramina.

Durante su estancia intrahospitalaria, la paciente cursó con una evolución favorable, manteniéndose hemodinámicamente estable y observándose una mejoría gradual de la severidad de las lesiones cutáneas. Asimismo, presentó un descenso de las transaminasas, por lo que se decidió su egreso del hospital el día 5 de noviembre de 2024 con seguimiento por la consulta externa de dermatología. En sus valoraciones de control ambulatorio se añadió al esquema terapéutico prednisona 20 mg por dos semanas, reduciendo la dosis hasta terminar con 5 mg. Se continuó el control con metotrexato 4 tabletas por semana, vitamina D 100 000 U cada mes. Para el tratamiento tópico se instauró shampoo de alquitran de hulla con ácido salicílico – urea y se alternó con Psoridin shampoo. Encontrando sus laboratorios completamente normales el 23 de noviembre de 2024. Finalmente, el 30 de enero de 2025 se recibió el reporte histopatológico de la biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de EP, manteniendo una evolución dermatológica favorable durante su seguimiento a largo plazo.

Discusión

Este caso en particular documentó dos puntos importantes para la EP: Un cuadro infeccioso por mononucleosis y la administración de betametasona IM. Factores conocidos por la comunidad científica como factores desencadenantes capaces de causar alteraciones en la regulación del sistema inmune y originar una EP. Además, por características de las lesiones, síntomas, presencia de adenopatías, alteraciones hepáticas y antecedente de psoriasis se integró el diagnóstico de EP + mononucleosis infecciosa. Asimismo, los resultados diagnósticos definitivos del reporte de la biopsia cutánea concuerdan con lo descrito, confirmando EP de otros diagnósticos diferenciales.

En el manejo de la EP es muy importante realizar un diagnóstico diferencial con dermatitis atópica porque es una de las causas principales de eritrodermia inflamatoria en adultos el cubrir gran parte del cuerpo, ambas entidades causan descamación y prurito. La micosis fungoide a menudo cursa con queratodermia palmoplantar severa, fascies leonina y adenopatía generaliza con cuadro difícil control que requiere biopsias de piel seriadas y frotis de sangre periférica para descartarla. Las reacciones cutáneas severas desencadenadas por infecciones o medicamentos como eritema multiforme asociado a virus herpes simple caracterizado por lesiones en diana con predominio en extremidades y cara, el síndrome de Steven-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica asociada a medicamentos y cuantificada por el porcentaje de desprendimiento cutáneo. Además de pustulosis exantemática generalizada aguda asociada a medicamentos con múltiples pústulas no foliculares, pequeñas y estériles.

El antecedente de la antibioticoterapia, las transaminasas elevadas, las lesiones en diana en palmas y plantas hacía sospechar inicialmente de una alergia grave a medicamentos o eritema multiforme. Al comparar la evolución de nuestra paciente con reportes recientes como el de Ryan et al. (2025); donde se describe a un paciente masculino cuya eritrodermia se confundió al principio y se trató erróneamente como una dermatitis atópica aguda. Retrasando su diagnóstico correcto. Por ende, es importante identificar lo grave que resulta confundir estas enfermedades en sus etapas iniciales. A diferencia de una alergia medicamentosa o un eccema que suelen mejorar rápido al suspender el factor desencadenante, en la paciente el antecedente de psoriasis vulgar, un efecto agudo tras el uso de betametasona y la correlación clínico patológica de la biopsia fueron determinantes para confirmar que se trataba de su enfermedad dermatológica de base exacerbada por la viremia, y no de una simple reacción farmacológica.

Por otra parte, el esquema intrahospitalario de soporte, el uso ambulatorio de corticosteroides, complementado con la competencia inmunológica frente al proceso infeccioso resultó sumamente eficaz y necesario para estabilizar las funciones vitales de la paciente. Logrando controlar la fase aguda de la enfermedad y normalizar sus laboratorios a los 18 días de su egreso. El retiro paulatino de la prednisona oral



ayudó a mejorar la inflamación residual, previniendo el efecto rebote. El metotrexate como tratamiento de control de la psoriasis de base a largo plazo permitió que tuviera recaídas. La suplementación alta de vitamina D ayudó a regular la inmunomodulación de la piel y regular la proliferación de queratinocitos. El tratamiento tópico sobre el cuero cabelludo con alquitrán de hulla con ácido salicílico y urea alternado con Psoridin permitió actuar vía queratolítico, antiproliferativo, antiinflamatorio y el control sintomático local.

La evidencia científica actual demuestra que en algunos pacientes el mantenimiento a largo plazo para prevenir nuevas recaídas se inclina hacia el uso de terapias biológicas previamente mencionadas en el texto como los inhibidores de la IL-17 o de la IL-23; que algunos casos tienen una respuesta rápida, son consideradas seguras y se regula bien la proliferación de queratinocitos. Sin embargo, a pesar de que la evidencia científica respalda el uso de estas alternativas en algunos casos. Se debe contemplar las condiciones estructurales alrededor de la paciente debido a su costo elevado y limitado acceso comercial. Por ende, la terapia convencional que se abordó anteriormente se mantiene como el tratamiento farmacológico de primera línea gracias a su bajo costo y alta disponibilidad.

Referencias

- Ryan, N. M., Dawson, M., Elad, V. M., Hensperger, V., & Kimball, K. (2025). Erythrodermic psoriasis: A case report. *Journal of Medical Sciences at NEOMED*, 4(1). <https://ojs.neomed.edu/index.php/jms/article/view/26/30>
- Falco, A., Mugheddu, C., Anedda, J., Pizzatti, L., Tatti, A., Conti, B., & Atzori, L. (2024). Biologic anti-IL17 drugs in erythrodermic psoriasis. *J A A D International*, 16, 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2024.05.007>
- Mastorino, L., Leo, F., Frigatti, G., Macagno, N., Dapavo, P., Quaglino, P., & Ribero, S. (2025). Management of erythrodermic psoriasis with systemic therapies: A systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 26(6), 877–893. <https://doi.org/10.1007/s40257-025-00977-1>
- Trevisan, G., Germi, L., & Naldi, L. (2022). Erythrodermic psoriasis improved by tildrakizumab. *Dermatology Reports*, 14(4), 9448. <https://doi.org/10.4081/dr.2022.9448>
- Zhou, Y., Chen, W., Fang, L., Qiu, F., Wu, J., & Li, J. (2024). Effectiveness, quality of life, and safety of secukinumab versus conventional systemic therapy in patients with erythrodermic psoriasis: A comparative study. *Frontiers in Medicine*, 11, 1473356. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1473356>