

Psoriasis pustulosa generalizada y su repercusión en la calidad de vida de quien la padece: reporte de caso

Generalized Pustular Psoriasis and Its Impact on Quality of Life: A Case Report

María P. Albornoz-Suescún,¹ Andrea C. Sanabria-Perilla,¹ German D. Vargas-Rojas,¹ Lorena García-Agudelo.^{1}*

Resumen

La psoriasis pustulosa generalizada no debe abordarse únicamente como una emergencia dermatológica, sino como una patología crónica con profundas secuelas emocionales y con gran impacto en la calidad de vida. Se presenta el caso de una mujer de 35 años con lesiones cutáneas progresivas de cuatro años de evolución y diagnóstico de psoriasis durante el último año. Asistió al consultorio por fiebre, escalofríos y eritema cutáneo generalizado de tres días de evolución, asociado con lesiones pustulosas en miembros inferiores. Se diagnosticó bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, por lo que recibió tratamiento antibiótico, con control del proceso infeccioso. Se destaca el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes que padecen psoriasis, una enfermedad dermatológica crónica de difícil manejo.

Palabras clave: psoriasis, enfermedades de la piel, calidad de vida, bacteriemia, reporte de casos.

Abstract

Generalized pustular psoriasis should not be approached solely as a dermatological emergency but also as a chronic disease with profound emotional consequences and a substantial impact on quality of life. The case of a 35-year-old woman with progressive skin lesions of four years' duration and a diagnosis of psoriasis established during the previous year is presented. She presented to the clinic with a three-day history of fever, chills, and generalized cutaneous erythema associated with pustular lesions on the lower extremities. Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* bacteremia was diagnosed, and the patient received antibiotic therapy, achieving control of the infectious process. This case highlights the impact of psoriasis on patients' quality of life, emphasizing the burden of this chronic and challenging dermatological condition.

Keywords: Psoriasis; Skin Diseases; Quality of Life; Bacteremia; Case Reports.

Sugerencia de citación: Albornoz-Suescún MP, Sanabria-Perilla AC, Vargas-Rojas GD, García-Agudelo L. Psoriasis pustulosa generalizada y su repercusión en la calidad de vida de quien la padece: reporte de caso. Aten Fam. 2026;33(3):163-166. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2026.3.96071>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 27/08/2025
Aceptado: 08/01/2026

¹Departamento de Investigación,
Hospital Regional de la Orinoquía,
Yopal, Colombia.

*Correspondencia:
Lorena García-Agudelo
dr.lorenagarcia29@gmail.com

Introducción

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica con múltiples variantes clínicas y sintomatología asociada, puede afectar tanto a niños como adultos. Se estima que la prevalencia de psoriasis varía de 0.91 a 8.5% en población adulta y hasta 2.1% en infantes. La tasa de prevalencia global de psoriasis es de alrededor de 2–3% en la población mundial.¹ No existe una predilección por el sexo y puede comenzar a cualquier edad, con pico de aparición entre los 30–39 años y 50–69 años.^{2,3}

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una variante clínica poco frecuente que puede simular una infección bacteriana sobreagregada. Se caracteriza por la aparición súbita de pústulas estériles sobre una base de psoriasis preexistente, acompañadas de manifestaciones inflamatorias sistémicas como fiebre, escalofríos y malestar general. Debido a estas características, los episodios agudos pueden ser difíciles de reconocer.⁴

El diagnóstico de psoriasis se basa en las manifestaciones clínicas y en una exploración física rigurosa de la piel, el cuero cabelludo y las faneras. En algunos casos puede complementarse con estudio histopatológico mediante biopsia, principalmente para descartar otras entidades dermatológicas.^{5–7} Los inmunomoduladores y los retinoides forman parte del tratamiento principal de la PPG. En pacientes con cuadros moderados o graves puede emplearse terapia biológica con anticuerpos monoclonales.^{4,5} Asimismo, deben tratarse los procesos infecciosos sobreagregados derivados de la manipulación de las lesiones y de la exposición de tejidos.⁶

Se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de psoriasis con lesiones

pustulosas en miembros inferiores, quien desarrolló una bacteriemia secundaria. Se aborda su manejo, evolución y la afectación que padece en su calidad de vida.

Caso clínico

Antecedentes: mujer de 35 años, residente en área rural, ama de casa y con múltiples ingresos a hospitalización desde tres años antes por lesiones cutáneas generalizadas y diagnóstico de psoriasis por biopsia en el último año. Reporte: acantosis regular, a menudo con red alargada (psoriasiforme), zonas alternas de hipo e hipergranulosis en la epidermis con adelgazamiento de las placas suprapapilares, áreas de paraqueratosis en el estrato córneo con montículos de neutrófilos (microabscesos de Munro), infiltrado perivascular, predominantemente linfocítico, en las porciones superior y media de la dermis; pueden observarse pocos neutrófilos o eosinófilos y vasos dilatados y tortuosos en las papilas dérmicas, compatible con psoriasis. Recibió tratamiento tópico con betametasona e hidrocortisona.

Síntomas y exploración física: cuadro de tres días de escalofríos, fiebre, malestar general y enrojecimiento generalizado en piel, refiere que el mismo cuadro lo presentó hace ocho meses y fue manejado en otro centro hospitalario. En la exploración física, los signos vitales que presentaba eran: tensión arterial de 126/80 mmHg; frecuencia respiratoria de 16; frecuencia cardíaca de 90, temperatura de 37.4 °C; peso de 67 kilogramos y talla 1.63 cm. Se observó eritema y engrosamiento cutáneo generalizado, con descamación extendida al cuero cabelludo. En los miembros inferiores se identificaron pústulas con secreción y costras amarillentas. La paciente refirió cuatro meses de evolución; las lesiones iniciaron en los pies y progresaron hasta las rodillas (figura 1).

La valoración por dermatología estableció el diagnóstico de psoriasis pustulosa, con base en la presencia de pústulas en miembros inferiores, síntomas sistémicos y antecedente de un segundo episodio. Se estimó una superficie corporal

Figura 1. Síntomas de la psoriasis pustulosa generalizada



A. Eritema generalizado con descamación fina en dorso. B. Región facial y tórax con descamación y eritema generalizado. C. Eritema y engrosamiento de piel en cuello y descamación en cuero cabelludo. D. Lesiones pustulosas en miembros inferiores con secreción y costras amarillas y eritema.

comprometida de 99% y se identificaron datos sugestivos de sobreinfección en miembros inferiores.

Manejo inicial: se indicó atención intrahospitalaria, toma de laboratorios y terapia con metotrexato 15 mg por vía oral cada semana, prednisolona 25 mg por vía oral cada día, corticoide tópico (clobetazol) y líquidos endovenosos. Durante el examen físico se tomó muestra de las lesiones pustulosas para estudio histopatológico. La analítica sanguínea reveló leucocitosis, transaminitis leve, función renal y reactantes de fase aguda normales. Los hemocultivos reportaron a las 48 horas crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, por lo que se indicó oxacilina 2 g endovenosa cada cuatro horas durante 14 días. El informe de patología reportó pústulas espongiformes neutrofílicas y adelgazamiento de las placas suprapapilares. Tras completar la terapia antibiótica, el hemocultivo de control fue negativo a las 48 horas.

Soporte y atención integral: la paciente recibió apoyo de los servicios de psicología y trabajo social, debido a que manifestó sentirse deprimida por la afectación de la enfermedad en su calidad de vida. Refirió lesiones cutáneas desde hace diez años, con acentuación durante los últimos tres años y diagnóstico de psoriasis establecido el año previo. Además, señaló falta de respuesta a los tratamientos tópicos y afectación en su relación de pareja y familiar. Se indicó terapia familiar y seguimiento en psicología.

Tratamiento final: se realizaron los trámites para la obtención de terapia biológica con anticuerpos monoclonales, no disponible en esa institución de sa-

lud. La paciente completó una estancia hospitalaria de 17 días y egresó con clobetasol, prednisolona y metotrexato. Se indicó control de dermatología en un mes y continuidad de los trámites para la obtención y posterior administración del tratamiento biológico.

Discusión

En la actualidad, más de 125 millones de personas en el mundo padecen psoriasis y esta cifra aumenta cada año. Al tratarse de una enfermedad crónica, la psoriasis provoca molestias físicas persistentes y afecta el bienestar mental y social de los pacientes, con repercusiones en su calidad de vida.⁶ Estas condiciones también se observaron en la paciente descrita, quien presentó afectación emocional y deterioro de su calidad de vida. Rivera-Díaz y cols.⁷ publicaron una guía para mejorar el manejo de pacientes con psoriasis pustulosa generalizada en España, en la que proponen 45 recomendaciones orientadas a optimizar la atención clínica e incorporar el componente emocional; cinco de ellas destacan por su impacto y viabilidad. Este componente debe considerarse dentro del manejo integral de los pacientes con PPG.

Por su parte, Daudén y cols.⁵ desarrollaron el estudio CRYSTAL, cuyo objetivo fue caracterizar la psoriasis en la práctica clínica española en pacientes con enfermedad moderada a grave que recibieron tratamiento sistémico continuo durante al menos 24 semanas. El estudio analizó la puntuación absoluta del índice de severidad y área de psoriasis y su correlación con la calidad de vida relacionada con la salud. En la paciente descrita, este índice no fue calculado, debido a que aún no había recibido tratamiento sistémico por ba-

rreras de acceso a estos medicamentos, lo que limitó la posibilidad de iniciar estas terapias de manera temprana.

Entre las alternativas terapéuticas actuales se incluyen ciclosporina, retinoides como acitretina e inhibidores de IL-36. También se han descrito terapias biológicas eficaces a corto plazo (entre 10 y 16 semanas) y a largo plazo (aproximadamente un año) entre ellas risankizumab, brodalumab, guselkumab e ixekizumab.⁷

Vilarrasa y cols.⁸ aplicaron una encuesta electrónica a dermatólogos con experiencia en el manejo de la PPG. Los síntomas más comunes fueron pústulas, eritema y descamación; además, 45% de los pacientes presentó más de un brote anual. Asimismo, 45% de los encuestados señaló que los brotes suelen requerir hospitalización durante una a dos semanas. En la paciente descrita, los signos cutáneos fueron concordantes con estos hallazgos; sin embargo, correspondía al segundo episodio reportado y la estancia hospitalaria fue mayor de dos semanas.

Las áreas corporales afectadas con mayor frecuencia son codos, rodillas y región lumbar. En menor proporción, las lesiones se presentan en cuero cabelludo, uñas, genitales, palmas, plantas o áreas intertriginosas.^{4-7,9,10} En este caso, la paciente presentó pústulas diseminadas sobre piel eritematosa en miembros inferiores, asociadas con síntomas sistémicos como fiebre y malestar general. Además, cursaba su segundo episodio en menos de un año y el estudio histológico reportó pústulas espongiformes neutrofílicas, hallazgos compatibles con PPG.⁴

En Colombia, entre 2013 y 2017 se registraron aproximadamente 34,472 casos confirmados de psoriasis, con una

prevalencia nacional de 197 por cada 100,000 habitantes. La distribución fue de 52% en hombres, y el grupo de 65 a 69 años concentró la mayor proporción de casos.¹⁰ Con base en estos datos, la edad y el sexo de la paciente no corresponden al grupo con mayor frecuencia reportada.

Existen herramientas para evaluar la gravedad de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida. El *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) valora el efecto de la enfermedad durante los siete días previos. El *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) es una escala ampliamente utilizada para evaluar la severidad de la psoriasis, mediante la valoración del eritema, la induración y la descamación. Estas herramientas pueden apoyar el manejo multidisciplinario y la identificación de repercusiones psicológicas asociadas con la enfermedad.¹¹⁻¹³

Este caso subraya que la PPG requiere un abordaje integral, debido a su carácter dermatológico, sistémico y psicosocial. La resolución clínica de las pústulas no implica necesariamente recuperación de la calidad de vida. Por ello, el manejo debe incluir soporte psicológico y valoración de terapias sistémicas o biológicas que favorezcan una remisión sostenida y reduzcan la carga de la enfermedad en la paciente y en su entorno.^{7,11}

Conclusiones

La psoriasis afecta la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. La psoriasis pustulosa generalizada puede resultar particularmente limitante, ya que suele requerir hospitalización y comprometer el estado emocional y desempeño laboral. Los tratamientos actuales pueden ser costosos y de acceso limitado en países en vías de desarrollo, lo que agrava su situación y pronóstico.

Consideraciones éticas

Se cuenta con el consentimiento informado firmado por la paciente, quien autorizó el uso de sus registros clínicos y sus fotografías.

Contribución de autores

Todos los autores participaron en la escritura de este artículo y aprueban la publicación del presente escrito.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D, et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:743180.
2. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: una breve descripción general. *Clin Med*. 2021;21(3):170-173.
3. Rivera-Díaz R, Epelde F, Heras-Hitos JA, Martínez Virto AM, Dávalos Marín AJ, Senán Sanz MR, et al.

Generalized pustular psoriasis: practical recommendations for Spanish primary care and emergency physicians. *Postgrad Med*. 2023;135(8):766-74.

4. Kodali N, Blanchard I, Kunamneni S, Lebwohl MG. Current management of generalized pustular psoriasis. *Exp Dermatol*. 2023;32(8):1204-1218.
5. Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, et al. Gravedad de la psoriasis, calidad de vida relacionada con la salud, productividad laboral y deterioro de la actividad en pacientes con psoriasis moderada a grave que reciben tratamiento sistémico: datos de la vida real de la práctica clínica en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(1):1-9.
6. Zhang Y, Dong S, Ma Y, Mou Y. Burden of psoriasis in young adults worldwide from the global burden of disease study 2019. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024;15.
7. Rivera-Díaz R, Carrascosa Carrillo JM, Alfonso Zamora S, Navarro Valdivieso JP, Muñoz Cabello B, Ros Abarca S, et al. Improvements in the Management of Patients With Generalized Pustular Psoriasis in Spain: Recommendations From a Group of Experts. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(8):801-813.
8. Vilarrasa E, Rivera R, Eiris N, Carretero G, de la Cueva P, Carrascosa JM. Approach to the Epidemiology, Disease Management, and Current Challenges in the Management of Generalized Pustular Psoriasis Through a Survey Conducted Among Spanish Dermatologists. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(5):449-457.
9. Lupulescu AM, Savu AP, Bucur Ș, Șerban ED, Popescu S, Constantin MM. Hard-to-Treat Areas in Psoriasis: An Underevaluated Part of the Disease. *Life (Basel)*. 2025;15(3):425.
10. Fernández-Ávila DG, Charry Anzola LP, González-Cardona LP. Prevalencia de psoriasis en Colombia según datos del Registro Nacional en Salud. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(3):339-341.
11. López-Mejía R, Rames-Montes EM, Ley-Silva LS, Romero-Sansalvador CY, Gutiérrez-Gabriel I. Calidad de vida, depresión y su relación con la severidad en la psoriasis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(3):315-320.
12. Tsai TS, Ho JC, Chen YJ, Hsiao PF, Lee WR, Chin CC, et al. Health-related quality of life among patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in Taiwan. *Rev Med Dermatologica Sinica*. 2018;36:190-195.
13. Von Csiky-Sessoms S, Lebwohl M. What's New in Psoriasis. *Dermatol Clin*. 2019;37(2):129-136.