

Exantema en varón de 30 años

Beatriz Sola Ananín¹, María del Mar Terceiro Delgado².

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. SAP Culleredo.

²Médico de Atención Primaria. SAP Culleredo.

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 130-130

Se trata de un varón de 30 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento actual. Durante un viaje a Perú presenta cuadro de malestar general, febrícula, astenia, vómitos, diarrea y pérdida de 7 kg de peso. Tres semanas después inicia exantema en tronco y miembros. A su regreso, consulta en Atención Primaria por persistir adelgazamiento y lesiones cutáneas simétricas en palmas de manos y plantas de pies (figura 1 y 2).



FIGURA 1



FIGURA 2

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?

¿Qué pruebas complementarias solicitaría?

Correspondencia

Beatriz Sola Ananín
C/ Juan González Rodríguez 7, 2ºE · 15011. A Coruña
Beatriz.Sola.Ananin@sergas.es

tan niveles progresivos de reacción. Generalmente las reacciones de tipo irritativo suelen desvanecerse al realizar la segunda lectura.

El diagnóstico diferencial del eccema de contacto se debe establecer con dermatitis atópica, psoriasis palmoplantar, dermatofitosis, pénfigo, herpes, angioedema, dermatitis seborreica, impétigo, dermatitis herpetiforme, micosis fungoide, etc. El cultivo bacteriano, vírico, micótico y, en ocasiones, la biopsia cutánea pueden ser de utilidad para el diagnóstico. En la mayoría de los casos la clínica, la histología y el curso evolutivo permite diferenciarlos del eccema de contacto.

El tratamiento del eccema de contacto consiste en:

- a) EVITAR DESENCADENANTES: evitar las sustancias que han provocado esta situación.
- b) MEDIDAS GENERALES: higiene con productos extragrasos, agua tibia e hidratación de la piel.
- c) TRATAMIENTO TÓPICO: como tratamiento farmacológico de 1ª elección se encuentran los corticoides tópicos de potencia intermedia (clobetasona tópico dérmico 0.05% 2-4 aplicaciones/día, hidrocortisona tópica dérmica 1-3 aplicaciones/día, etc.) o incluso dependiendo del tipo de eccema y la extensión corticoides tópicos de potencia alta (beclometasona o betametasona tópica dérmica).
- d) TRATAMIENTO SISTÉMICO: En casos graves y extensos que no responden al tratamiento tópico o si existe implicación de mucosas emplearemos corticoides orales en pauta descendente (prednisolona 0,5-1 mg/kg/día vo) y antihistamínicos H1.

BIBLIOGRAFÍA

- Eccema de contacto. Soler González, Jorge; Ruiz Magaz, Cristina; Gervilla Caño, Javier. FMC. 2009;16(5):283-4.
- Dermatitis alérgica de contacto. Sarlat Ribas, Miguel Ángel. FMC. 2009;16(6):366-7.
- Eccema de contacto. Serra-Baldrich, E. y Alomar, A. Medicine 2006; 9(47): 3069-3074.
- Eccema de contacto. Sánchez Pérez, J. Medicine.2010;10(48):3171-7
- Eczema alérgico de contacto por difeniltiourea contenida en rodilleras y fajas Vulkan®. Ortiz de Frutos, Francisco Javier; Cornejo Navarro, Paloma; Gómez de la Fuente, Enrique; Guerra Tapia, Aurora. Actas Dermosifiliogr 1999;90:258-262
- Dermatitis alérgica de contacto a tratamientos médicos tópicos. Gómez-Vázquez, Mercedes; Fernández-Redondo, Virginia y Toribio, Jaime. Actas Dermosifiliogr 2003;94(3):150-4
- Epidemiología de la dermatitis de contacto: prevalencia de sensibilización diferentes alérgenos y factores asociados Bordel-Gómez, Mª.T; Miranda-Romero, A; Castrodeza-Sanz, J. Actas Dermosifiliogr.2010;101(1):59-75

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO EXANTEMA EN VARÓN DE 30 AÑOS

Solicitamos analítica general de sangre y serología, confirmándose el diagnóstico de sospecha: sífilis (R.P.R. Positivo 1/64; Ac. totales Treponema Pallidum positivo 39.5; Confirmatorio T.Pallidum positivo). Simultáneamente se detectan Anticuerpos contra VIH, que se confirman con una segunda muestra.

Se administran 2.4 millones UI de Penicilina Benzatina en dosis única intramuscular para tratamiento de la infección treponémica y se remite al servicio de Medicina Interna para estudio de poblaciones linfocitarias y seguimiento.

DIAGNÓSTICO

Sífilis secundaria e infección por VIH

EXPLICACIÓN FINAL: SÍFILIS Y VIH

La sífilis sigue siendo un importante problema sanitario y no es infrecuente su detección junto a otras enfermedades de transmisión sexual.

Las vías de contagio comunes del Treponema Pallidum y el VIH son: sexual, intrauterina o perinatal y hemoderivados. Las úlceras genitales son un factor de riesgo para la adquisición y transmisión del VIH, pues conllevan pérdida de barrera cutáneo-mucosa.

La presentación clínica más frecuente de la sífilis en pacientes con VIH es la típica, es decir, igual que en pacientes no co-infectados, manteniendo la cronología característica con distintas fases diferenciadas: sífilis primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, pueden presentar un solapamiento de fases, múltiples chancros con lenta desaparición, un rash cutáneo más extenso y una mayor frecuencia de: condiloma lata, lúes maligna, lesiones gomatosas y aortitis sífilítica. Además, conlleva una mayor tasa de afectación ocular y neurológica.

La serología puede ser negativa en la fase inicial, posee una menor sensibilidad en la fase temprana y un lento descenso en el tiempo, lo que determinará sus pautas de seguimiento.

Existe gran controversia sobre la realización de punción lumbar previa al tratamiento en pacientes con sífilis y VIH: algunos autores indican su realización a todo paciente con ambas infecciones mientras otros afirman que no es necesaria en casos de sífilis en fase temprana y que sería suficiente un tratamiento estándar.

Existe una mayor tasa de recaída postratamiento en pacientes con infección por VIH, por lo que el seguimiento deberá ser más estrecho y necesitaremos disponer de títulos de anticuerpos no treponémicos antes del inicio terapéutico.

El tratamiento de elección es la penicilina y tanto sus dosis como el seguimiento postratamiento dependerán de la fase clínica en el momento diagnóstico (tabla 1).

TABLA 1. Tratamiento y seguimiento serológico

FASES	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO RPR/VDRL
1ª, 2ª O LATENTE TEMPRANA	2.4 Mill UI Penicilina Benzatina im	3,6,9,12 y 24 meses
LATENTE TARDÍA, DURACIÓN DESCONOCIDA, GOMATOSA O CARDIOVASCULAR	2.4 Mill UI Penicilina Benzatina im/sem durante 3 semanas	
NEUROLÓGICA	Penicilina G acuosa 18-24 mill UI iv/día durante 14 días	*NEUROLÓGICA: Puede hacerse el seguimiento vigilando la desaparición de pleocitosis y VDRL en LCR con punciones lumbares semestrales.

Mill UI: Millones de unidades Internacionales; im: intramuscular; sem: semanas; iv: intravenoso; LCR: líquido cefalorraquídeo.

BIBLIOGRAFÍA

1. New York State Department of Health. Syphilis guideline. 2009 Jan
2. LJ Blank, AM Rompalo, EJ Erbelding, JM Zenilman, KG Ghanem. Treatment of syphilis in HIV-infected subjects: a systematic review of the literature. *Sex Transm Infect* 2011; 87: 9-16
3. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª edición
4. French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *International Journal of STD & AIDS* 2009; 20: 300–309
5. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Fitzpatrick Atlas en color y synopsis de dermatología clínica. 5ªEd. 2005

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 26 AÑOS CON LESIONES NODULARES EN MANO DERECHA

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Respuesta correcta: Ninguna de las anteriores

El cuadro que presenta nuestro paciente es una reacción cutánea por picadura de espinas de erizo de mar.

Los erizos de mar son equinodermos, invertebrados marinos, pertenecientes a la clase Echinoidea, caracterizados por un esqueleto calcáreo de placas suturadas que forman una caja sólida, la testa, sobre la cual se articulan las espinas y los pedicelarios.

Las lesiones provocadas por erizos de mar consisten en heridas penetrantes causadas por las púas (que a menudo se fragmentan y permanecen incrustadas en la piel) o por picadura de los pedicelarios. El contacto con este animal puede provocar dos tipos de reacciones: inmediata y retardada.

Las reacciones inmediatas se manifiestan en un comienzo por una sensación de quemazón intensa en el sitio de la herida, que en seguida se torna eritematosa y tumefacta y puede sangrar de forma profusa. El orificio de penetración puede quedar tatuado con fragmentos de la púa. Los síntomas sistémicos son infrecuentes, pero se observan ante heridas provocadas por especies particularmente venenosas.