

# Mujer de 63 años con lesión pruriginosa en pierna

Leticia López Torres<sup>1</sup>, Chelo Naya Cendón<sup>2</sup>, Nélica Elsa Prado Gómez<sup>3</sup>, Matilde García Caamaño<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria del C.S Elvira-Mesoiro (A Coruña).

<sup>2</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Culleredo (A Coruña).

<sup>3</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria del C. S. Adormideras (A Coruña).

<sup>4</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Culleredo(A Coruña).

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 129-129

## INTRODUCCIÓN

Mujer de 63 años, sin alergias conocidas, hipertensa y obesa a tratamiento actual con enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12.5 mg, diazepam 5 mg, sulpirida 50 mg y loprozolam.

La paciente acude al PAC por lesión pruriginosa, eritematosa y no dolorosa de localización bilateral en tobillo derecho. A la exploración se observan las siguientes imágenes:

## PREGUNTAS

ANTE ESTA SITUACIÓN

1. ¿Cuál es el diagnóstico?
2. ¿Cuál es la actitud más adecuada?



FIGURA 1

Región interna tobillo derecho



FIGURA 2

Región externa tobillo derecho

## Correspondencia

Chelo Naya Cendón

Dirección: Lg/ Peteiro, N°17 B. 15166 Bergondo (A Coruña).

Mail: chelo.naya.cendon@gmail.com

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO MUJER DE 63 AÑOS CON LESIÓN PRURIGINOSA EN PIERNA

### DIAGNÓSTICO

A la exploración se observa una lesión de aproximadamente 15 cm. de longitud localizada a nivel de región interna de pierna y tobillo derechos y otra de características similares de unos 20 cm. de longitud a nivel externo de la misma pierna y tobillo. La lesión es longitudinal, bien delimitada y se caracteriza por microvesículas confluentes sobre base eritematosa discretamente sobreelevada. En la anamnesis la paciente refiere haber tenido un esguince de tobillo los días previos inmovilizado mediante un vendaje funcional realizado con venda elástica adhesiva. Se establece el diagnóstico de dermatitis de contacto y se inicia tratamiento con metilprednisolona tópica.

### EXPLICACIÓN FINAL

El término eccema de contacto define un patrón clínico característico de reacción cutánea inflamatoria habitualmente secundario al contacto de la piel con sustancias químicas irritantes y/o alergénicas. Dentro de este grupo se consideran dos formas patogénicas diferentes, el eccema de contacto irritativo y el eccema de contacto alérgico que pueden tener una gran semejanza clínica e histopatológica.

La frecuencia del eccema de contacto supone aproximadamente el 10% de las consultas dermatológicas. En la aparición del eccema de contacto es fundamental la exposición a factores irritantes y/o alérgicos ligados a diversas condiciones ambientales y profesionales, sin que la edad, el sexo ni la raza sean factores de riesgo primarios para su desarrollo.

El eccema de contacto irritativo es más frecuente que el alérgico, se trata de un proceso inflamatorio no inmunológico producido por un irritante, es decir aquella sustancia que provoca daño en la piel por acción directa a través de mecanismos constituidos por mediadores liberados por células T activadas por mecanismos no inmunológicos. Los factores que influyen en el eccema de contacto irritativo son variados y engloban tanto los procedentes del medio como los del propio individuo. Las sustancias irritantes más frecuentes son: limpiadores cutáneos (jabones, detergentes y limpiadores en seco), álcalis (sosa, cemento, tiza, amoníaco, etc.), ácidos (sulfúrico, hidrociorhídrico, nítrico, acético, etc.), aceites, disolventes, agentes oxidantes (peróxido de benzoilo, persulfato amónico, hipoclorito sódico, etc.), agentes reductores (fenoles, hidracinas, aldehidos, etc.), plantas y maderas, pesticidas, agentes físicos y mecánicos (calor, frío, humedad, fricción, traumatismo, rascado, metales, textiles, cristal, fibra de vidrio, escayola, etc.), medicamentos tópicos (alquitrán, permanganato potásico, viole-

ta de genciana, mercurio, etc.), productos animales (polilla, escarabajo, conservas de pescado, mariscos, etc.), alimentos, etc.

El eccema de contacto alérgico consiste en una respuesta inmune clásica de tipo TH1 en la que se diferencian dos partes: la fase de sensibilización y la fase de desencadenamiento. La primera incluye los sucesos que ocurren desde el primer contacto con el alérgeno hasta que el individuo queda sensibilizado. La fase de desencadenamiento es la reacción que se produce tras un nuevo contacto. Los alérgenos de contacto más frecuentes son: sulfato de níquel, sulfato de neomicina, dicromato potásico, mezcla de perfumes, bálsamo de Perú, mercurio, formaldehído, budesonida, cloruro de cobalto, etc.

La clínica del eccema de contacto irritativo puede superponerse al alérgico, de ahí que en numerosas ocasiones sea imposible diferenciarlos. El estadio agudo se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas, papulosas, vesiculosas y exudativas, que pueden ir precedidas o acompañadas de prurito, sensación de escozor y/o quemazón. La vesícula es la lesión más característica del eccema. En el caso del eccema irritativo suele estar circunscrito al área del contacto, siendo bien delimitadas y habitualmente asimétricas. En el caso del alérgico se puede localizar en cualquier zona de la superficie corporal, y excepcionalmente en las mucosas. La localización inicial de las lesiones orienta sobre el tipo de alérgeno de contacto implicado, y la aparición de lesiones de eccema fuera del sitio obvio del contacto, se puede observar cuando el alérgeno es transportado con las manos desde el foco primario a sitios más distantes. Inicialmente la localización puede ser unilateral, pero cuando evoluciona el cuadro clínico puede ser bilateral y simétrico, afectando a varias regiones a la vez. La diseminación del eccema puede progresar a una eritrodermia.

Clínicamente ambos también tienen una forma de presentación crónica, caracterizada por xerosis, liquenificación, queratosis y fisuras.

Cuando deseamos distinguir entre una dermatitis de contacto alérgica e irritativa, practicamos pruebas epicutáneas. Estas son un método bien establecido para diagnosticar la dermatitis de contacto alérgica, que corresponde a una reacción de hipersensibilidad retardada. Esta prueba pretende reexponer a los pacientes con historia sugestiva y clínica compatible de dermatitis por contacto a los alérgenos sospechosos bajo unas condiciones controladas. De manera rutinaria se aplica una serie compuesta por los alérgenos estandarizados más frecuentes, el contacto se obtiene a través de la colocación de un parche que se suelen aplicar en la parte superior de la espalda durante 48 horas. La respuesta se evalúa al cabo de este tiempo, se señalan las respuestas positivas y se vuelve a reevaluar pasadas otras 48 horas. Los resultados se comparan con una escala de grados que represen-

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.