

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
 (del Vol. 18, Núm. 1)
 (Med fam Andal 2017; 18: 113-114)

Respuestas razonadas

Exantema en palmas y plantas

Amodeo Arahal M^aA¹, Poyato Borrego M²,
 Rodríguez Rodríguez M³

1MIR de MFyC. CS El Porvenir. Distrito Atención Primaria Sevilla. Sevilla. España

2MIR de Medicina Interna. Servicio de Medicina interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España

3Médico de Familia. CS El Porvenir. Distrito Atención Primaria Sevilla. Sevilla. España

Respuestas razonadas

b) Sífilis secundaria (CORRECTA)

Los hábitos sexuales de nuestro paciente nos llevaron a pensar en la posibilidad de una infección de transmisión sexual como origen del proceso, particularmente un secundarismo luético.

La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por una espiroqueta denominada *Treponema Pallidum* y puede tener graves repercusiones sistémicas. Se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) cuya vía de transmisión más frecuente es la sexual por el contacto directo con una úlcera sifilítica (localizada en la boca, los genitales o el ano) o mediante el contacto entre mucosas de un paciente en estadio de sífilis secundaria o latente precoz. No obstante, existen otras formas de transmisión como puede ser la transplacentaria o la inoculación accidental directa.

Actualmente existe un aumento en la incidencia de la sífilis y son muchas las causas de este incremento como la disminución de las prácticas sexuales seguras en hombres homosexuales coincidiendo con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), el desconocimiento entre la población general de que el sexo oral es una posible fuente de transmisión de infecciones de transmisión sexual y

los fenómenos migratorios entre otras. La sífilis primaria se caracteriza por la presencia de una úlcera indurada, no dolorosa, con el fondo limpio y exudado seroso denominada chancro que se suele acompañar de adenopatías regionales no inflamatorias. A las 3-6 semanas se desarrolla la sífilis secundaria, caracterizada por espiroquetemia y manifestaciones cutáneas, que en su forma más característica es un exantema no pruriginoso máculo-papular de bordes bien definidos habitualmente que se localiza con gran frecuencia a nivel de palmas y plantas aunque no es raro que aparezca por el resto de extremidades y por el tronco. Además, a veces se acompaña de ciertas manifestaciones sistémicas como son la febrícula, el malestar general, dolor faríngeo, aparición de adenopatías, mialgias e incluso pérdida de peso.

La infección VIH afecta muy poco la presentación clínica, observándose con mayor frecuencia la presencia de úlceras múltiples.

En la sífilis latente no hay manifestaciones clínicas y puede perdurar en el tiempo. Un 30-40% de los no tratados años después pueden desarrollar sífilis terciaria, que puede ser mucocutánea (gomas), ósea, cardiovascular o neurológica (neurosífilis), si bien ésta última puede aparecer en cualquier periodo de la infección.

Por lo tanto, es bien sabido que tras semanas o pocos meses tras el desarrollo del chancro (incluso cuando este no ha sido objetivado) las

Dirección para correspondencia:
 María Cristina Amodeo Arahal
 Correo-e: mcristina.amodeo@gmail.com

manifestaciones de la sífilis secundaria pueden aparecer¹.

Así pues, la evolución cronológica junto con los hallazgos exploratorios de nuestro paciente nos hizo pensar en esta infección como origen del proceso y decidimos solicitar la realización de un test de screening de sífilis mediante FTA-ABS que resultó positivo (IgM). Se solicitó estudio analítico RPR que presentó finalmente títulos positivos en 1:8.

El diagnóstico de la sífilis habitualmente es indirecto, mediante serología. Existen dos tipos de pruebas serológicas, las treponémicas y las no treponémicas. En algunos laboratorios puede realizarse el diagnóstico directo (campo oscuro, inmunofluorescencia directa o PCR), lo que permite el diagnóstico inmediato, incluso antes de la seroconversión. Como norma general, el diagnóstico se hace con los mismos criterios para un paciente VIH negativo o positivo, aunque estos últimos pueden presentar reacciones serológicas anómalas (falsos negativos, seroconversiones lentas o títulos extremadamente elevados).

El diagnóstico serológico no treponémico (VDRL, RPR) determina semicuantitativamente (título) la presencia de anticuerpos frente a antígenos no específicos del treponema. La cuantificación se realiza por diluciones y los resultados (de forma creciente) se expresan: 1/4, 1/8, 1/16, etc. Se trata de pruebas de alta sensibilidad y especificidad en la población general, por lo que se utilizaron para el cribado antes de la automatización de las pruebas

treponémicas. Reflejan la actividad de la infección y permiten hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento. Después de un tratamiento correcto de una sífilis temprana, el título debe caer cuatro veces y llegar a ser negativo. Son pruebas sensibles pero presentan falsos positivos estimados en un 0,2-0,8% de los casos. Tardan unas 6 semanas en seroconvertir y pueden ser negativas en presencia de chancro.

Las pruebas treponémicas incluyen TPHA, FTA, Inmunoblot, EIA y quimioluminiscencia (CLIA). Estas últimas permiten la automatización y son las que se emplean de entrada en los algoritmos diagnósticos. Son técnicas cualitativas, más específicas y precoces que las no treponémicas y permanecen positivas de por vida incluso en infecciones tratadas.

La penicilina es el tratamiento de elección en todos los estadios de la sífilis si bien el tipo de penicilina, la dosis y la duración de misma depende del estadio de la sífilis. En la sífilis primaria, secundaria y latente precoz se tratará con penicilina G benzatina 2.4 millones de UI intramuscular en dosis única. No obstante, algunos autores recomiendan, una vez finalizado el anterior tratamiento, administrar una dosis semanal de penicilina benzatina 2.400.000 UI i.m. durante 3 semanas.

Excepto en el caso de las mujeres embarazadas la alternativa terapéutica a la penicilina sería la doxiciclina.

En el momento actual, y debido a la aparición de cepas con mutaciones cromosómicas asociadas con resistencia a azitromicina y otros macrólidos, la azitromicina no debe ser utilizada como un fármaco de primera línea.

Los pacientes VIH deben ser tratados con el mismo régimen terapéutico que los pacientes seronegativos. Por lo tanto, la penicilina G benzatina es útil como primera línea terapéutica².

Como hemos mencionado anteriormente, según la bibliografía actual no están claros los beneficios de tratar con varias dosis de penicilina G benzatina³, por lo que se procedió a administrar una dosis única de 2,4 millones de unidades de Penicilina G benzatina a nuestro paciente.

Es muy importante la realización de controles clínicos y serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6 y 12 meses en todos los pacientes. En los pacientes con sífilis latente las pruebas no treponémicas se harán a los 6, 12 y 24 meses y en los pacientes VIH, como en el caso clínico expuesto, la monitorización deben ser más estrecha aún (3, 6, 9, 12 y 24 meses)⁴.

En nuestro paciente tras un seguimiento estrecho podemos confirmar que se ha producido la curación del proceso.

a) Psoriasis palmo-plantar (INCORRECTA)

La psoriasis es una enfermedad cutánea de carácter inflamatorio generalmente de curso crónico y recidivante. Su etiología es desconocida, si bien parece estar relacionada con el sistema inmuni-

tario y con factores ambientales en personas con susceptibilidad genética.

La psoriasis palmoplantar se caracteriza por formar placas engrosadas hiperqueratósicas descamativas, bien delimitadas y blanquecinas sobre un fondo eritematoso. Muchas veces la hiperqueratosis se acompaña de fisuras que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes⁵. También pueden aparecer pequeñas pústulas profundas de un color más amarillento de unos pocos milímetros esta forma es conocida como la psoriasis pustular palmoplantar. Las pústulas suelen estar rodeadas de un anillo eritematoso y conforme evoluciona el cuadro las lesiones adquieren un color más oscuro y descama en un periodo de una semana a diez días.

A pesar de que la clínica tiene ciertas diferencias con respecto a la sífilis secundaria, no es raro que se confunda en muchas ocasiones⁶.

c) Fiebre Botonosa Mediterránea (INCORRECTA)

La Fiebre Botonosa Mediterránea es una zoonosis incluida en el grupo de las rickettsiosishumanas. La transmisión al hombre se produce por la picadura de una garrapata infectada (en la zona del Mediterráneo normalmente por picadura de *Rhipicephalus sanguineus*, la garrapata del perro). Después de un período de incubación entre 5 y 7 días aparece fiebre elevada a veces acompañada de escalofríos, artromialgias, malestar general, cefalea e inyección conjuntival. Al comenzar la fiebre se observa una pequeña úlcera (mancha negra), similar a un botón, de pocos milímetros de diámetro, con aumento de los ganglios linfáticos regionales; es un signo muy sugestivo en nuestro medio de diagnóstico de fiebre botonosa, aunque en muchos casos no está presente, pero hay que insistir en su búsqueda porque a veces pasa desapercibida. Hacia el tercer o cuarto día de fiebre suele aparecer un exantema maculo-papular generalizado que afecta incluso a palmas y plantas. Tras la sospecha diagnóstica se debe confirmar con pruebas serológicas⁷.

d) Síndrome shock tóxico (INCORRECTA)

Esta enfermedad está causada por superantígenos bacterianos secretados por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*

El síndrome de shock tóxico también puede ocurrir con infecciones cutáneas, quemaduras y después de una cirugía aunque los primeros casos se dieron en mujeres que utilizaban tampones⁸. Puede ocurrir tanto en adultos como en niños.

Clínicamente, puede cursar como un cuadro autolimitado con síntomas como pueden ser fiebre, escalofríos, artromialgias y síntomas gastrointestinales, o bien progresar a un cuadro severo con disfunción multiorgánica. Este último se caracteriza por fiebre elevada, eritrodermia macular difusa con descamación tardía (1-2 semanas después del comienzo) sobre palmas de manos y pies, hipotensión severa con compromiso orgánico multisistémico.

e) Dermatofitosis (INCORRECTA)

La dermatofitosis o tiña es una infección superficial de la piel ocasionada por hongos queratinofílicos que afectan estructuras que contienen queratina como son la piel, pelo y uñas⁹.

En la Tiña de los pies puede presentarse de varias formas como es la forma interdigital que se caracteriza por fisuración, descamación y maceración principalmente entre los dedos aunque puede extenderse a la planta del pie. La forma vesicular o dishidrótica se caracteriza principalmente por lesiones pápulo-vesiculares. Otra forma existente es la hiperqueratósica en la que predominan las lesiones eczematosas redondeadas con bordes circinados y suelen ser muy pruriginosas. O bien puede aparecer una mezcla de estas lesiones.

La tiña de las manos suele caracterizarse por hiperqueratosis que afectan a palmas y dedos. A veces pueden producirse pápulas e incluso vesículas por la palma. Suele ser pruriginosa.

f) Sarampión (INCORRECTA)

Enfermedad de origen vírica eliminada en gran parte del mundo gracias a la implementación de la vacuna. No obstante, actualmente se dan algunos brotes en población susceptible no vacunada. Se caracteriza por un periodo de incubación de aproximadamente diez días tras los cuales aparecen los síntomas prodrómicos como son la fiebre, tos, conjuntivitis, lesiones de Köplik.

Aproximadamente en el día 14 suele aparecer un exantema morbiliforme de tipo máculo-papular generalizado que afecta a palmas y plantas aunque suele iniciarse en la cara y de forma centrífuga se disemina a tronco y extremidades.

g) Rubeola (INCORRECTA)

Es también una infección vírica igual que en el caso anterior ha sido eliminada en gran parte del mundo aunque se han dado algunos brotes en población susceptible no vacunada. Puede producir síntomas como son la fiebre, náuseas, conjuntivitis, artritis y exantema. El exantema progresa en sentido descendente, es decir, comienza en la cara y el cuello hacia los pies afectando a palmas y plantas. Suelen aparecer además adenopatías retroauriculares.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación

Este trabajo no ha contado con la financiación de ninguna entidad o institución.

Bibliografía

1. Clark EG, Danbolt N . The Oslo study of the natural course of untreated syphilis: An epidemiologic investigation based on a re-study of the Boeck-Bruusgaard material. *Med Clin North Am.* 1964;48:613.
2. Meredith E. Clement, MD; N. Lance Okeke, MD; Charles B. Hicks, MD. Treatment of Syphilis. A Systematic Review. *JAMA.* 2014;312(18):1905-1917
3. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, Rompalo AM, Augenbraun MH, Chiu M, Bolan G, et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1997;337:307-14.
4. TorrellVallespín G, MasferrerNiubò E. Sífilis. *AMF* 2010;6 (6):330-337.
5. Engin B, Akin Ö, Tüzün Y. Palmoplantar psoriasis. *Clin Dermatol.* 2017;35(1):19-27. doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.09.004.
6. SemblanoBittencourt M, Cardoso de Brito A, Macêdo do Nascimento B, Haber Carvalho A, Dias do Nascimento M. A case of secondary syphilis mimicking palmoplantar psoriasis in HIV infected patient. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(3 Suppl 1): 216-219.
7. Gómez Sánchez M, Gómez Sánchez M. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. *Medicina Integral.* 2001;38(Supl 3):110-115.
8. Aragüés M, González-Arriba A. Infecciones cutáneas primarias por estafilococos y estreptococos. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98 Supl 1:4-14.
9. López-Esteban J, Sopena-Barona J. Dermatofitosis cutáneas. Etiología, epidemiología y manifestaciones clínicas. *Med Clin (Barc).* 2006;126(Supl 1):14-19.