

FIEBRE CON EXANTEMA MACULAR

Lluís Simón Pascua, María José de la Asunción Villaverde, Gemma Grau Gómez, Alfredo Gómez, Juan José Cara Lozano, Gustavo Donayre.
Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Nom autor: Lluís Simón

Lloc de treball: Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 007.11.2017

mail: lluissimonpascua@gmail.com

Forma de citació: De la Asunción MJ, Grau G, Gómez A, Simón LI, Cara JJ, Donayre G. *Fiebre con exantema macular*. ReMUE.c@t 2018;5(1):26-30

Motivo de consulta:

Varón de 23 años que acude por lesiones en la piel y fiebre

Antecedentes personales:

- Fumador ocasional., hábito enólico ocasional, homosexual (2 relaciones de riesgo en los últimos 3 meses), viaje a Estados Unidos en Verano/2017, seguimiento en Digestivo por condilomas rectales por rectorragias, Sdr. ansioso-depresivo (Clúster B).

Situación basal: Independiente para las ABVD. Cognitivamente preservado.

Tratamiento habitual: Rivotril 0,5mg/12h VO.

Enfermedad actual:

El paciente refiere lesiones en tronco y extremidades de extensión progresiva, no pruriginosas ni dolorosas, de 1 mes de evolución. Explica lesiones ulcerosas en paladar y glándula dolorosas, con sangrado ocasional en las últimas semanas. Inició tratamiento con pomada antifúngica tópica (orientado como candidiasis en USA) sin mejora. Además, durante las últimas 2 semanas presenta fiebre que alcanza los 39°C sin escalofríos, y cefalea frontal que controla con sintomáticos. Niega clínica respiratoria, miccional, digestiva o neurológica acompañante.

Exploración física:

TA 138/92 mmHg, FC 106x lpm, T° 36,6°C (Paracetamol 1 hora antes), ACV: Ruidos cardiacos regulares, sin soplos ni roces. No edema en extremidades inferiores, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. AP: Eupneico. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. ABD: Blando y depresible, no masas, no megalias,

no dolor en la palpación, peristaltismo conservado. No peritonismo, Murphy y McBurney negativos. SNC: Glasgow 15. Consciente, orientado. No rigidez nuchal. No focalidad neurológica. Piel: Pápulas aisladas, algunas confluentes en palmas de ambas manos, una aislada en dorso de mano izquierda, pies y tronco de color rosáceo con borde escamoso. No signos de sobreinfección. Genitales: Úlcera en glándula de aproximadamente 1x0.8 cm, márgenes eritematosos, sin sangrado activo, dolorosa a la palpación, sin presencia de exudados, sin signos de flogosis.

Exploraciones complementarias en urgencias:

Análítica general: Hto 42,5, Hb 13.5 g/dl, VCM 91, plaquetas 270.000/L, leucocitos 7.180/L (70%N/18%Lf/9%Mo), PCR 5,69 mg/L. Glucosa 95 mg/dl, urea 32,70 mg/dl, creatinina 1.30 mg/dl, sodio 139 mmol/L, potasio 4.38 mmol/L, bilirrubina 0.30, calcio 9.30 mg/dl, proteínas 82.7 g/L, albúmina 46.7 g/L, AST 19.60 UI/L, ALT 19.2 U/L, GGT 34.2 U/L, FA 84 U/L.

Radiografía tórax: Aumento de la trama broncovascular, sin condensaciones ni derrame pleural.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Patología	Manifestación cutánea	Otras características
Pitiriasis rosada	Lesión única inicial (placa heraldo), con posterior aparición de lesiones similares más pequeñas en forma de maculopápulas redondeadas, de color rosado, cubiertas con escamas finas y secas. Distribución por tronco, cuello y raíz de extremidades.	Enfermedad aguda y autolimitada, de probable etiología infecciosa. En ocasiones aparece febrícula. Mayor incidencia entre los 15 y 35 años. No requiere tratamiento.
Sífilis secundaria	Exantema maculoso caracterizado por tenues máculas rosadas aisladas, pequeñas, redondas u ovaladas, distribuidas por tronco, extremidades superiores, muslos y nalgas, aunque tienen predilección por situarse simétricamente en flancos y pliegues. Característica la afectación palmoplantar.	Etiología: <i>Treponema pallidum</i> . La sífilis secundaria corresponde a la fase de diseminación hematógena y linfática. Las erupciones cutáneas son la forma clínica más habitual de presentación, y a menudo se asocian a síntomas constitucionales como febrícula.
Pitiriasis versicolor	Aparición de máculas cutáneas en la parte superior del cuerpo, habitualmente blanquecinas, aunque pueden ser eritematosas o de coloración oscura.	Etiología: <i>Malassezia</i> . Enfermedad crónica, recidivante y habitualmente asintomática. Frecuente en adultos jóvenes. Relacionada con el calor y la humedad.
Psoriasis en gotas	Inicio explosivo, con aparición de numerosas lesiones de pequeño tamaño	Más frecuente en niños, habitualmente después de una faringoamigdalitis estreptocócica

Mononucleosis infecciosa	Exantema (5% de casos, 90% tras tratamiento von ampicilina) de diferentes morfologías (macular, petequeial, etc).	Etiología: Virus Epstein-Barr. Cuadro febril asociado a astenia intensa, faringitis y adenopatías cervicales.
Sarampión	Exantema maculopapular, eritematoso, no escamoso y no purpúrico, inicialmente tenue, que pueden llegar a ser confluentes principalmente en cara, cuello y hombros.	Pródromos con tos, coriza, conjuntivitis e irritabilidad. Se presenta en no vacunados, con esquema de vacunación incompleto o con contacto reciente.
Rubeola	Exantema es maculopapular rosado, asociado a adenomegalias retroauriculares y cérvico-suboccipitales. Aparición cefalocaudal, confluentes; pruriginosas, y de hasta tres días de duración.	Se presentan en no vacunad0s, inmunodeficiencia y desnutrición grave. Pródromos (fiebre de bajo grado), 2 a 4 días previos a la aparición del exantema.
Escarlatina	Lesiones petequiales lineales en zona antecubital, ingle y axilas (Signo de Pastia), exantema eritematoso generalizado, escaldado en la presión, de textura áspera (piel de lija). Enrojecimiento de la cara con palidez perioral (triangulo de Filatov).	En boca se observan máculas puntiformes rojas en la úvula y en paladar; entre el 1ro y 2do lengua en fresa blanca y al 4to y 5to lengua aframbuesada. No hay afección en palmas ni plantas.
Enfermedad de Lyme	Eritema migrante, lesión generalmente única, eritematosa, circular, papular, no dolorosa, en el sitio de mordedura de garrapata, diseminación centrifuga. Progresa a lesiones generalizadas maculares en EESS, tronco y pliegues.	3 a 16 días posterior a la mordedura de la garrapata, las lesiones dérmicas se acompañan de fatiga y cefalea en el 50-60% de los casos, además de fiebre y artralgias en el 30%.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas ambulatoriamente:

Dado el buen estado general del paciente, afebril y sin compromiso sistémico se realiza frotis de las lesiones en glande y analítica con serologías. Se decide el alta y se cita para control con resultados.

Analítica: Haptoglobina 259 mg/dL; Ag s HVB: negativo; Ac: IgG Hepatitis C: Negativo; Ac VIH: Negativo; IgG CMV: positivo; IgG CMV: Negativo; IgG Sarampión: negativo; IgM Sarampión: Negativo; IgG Varicela: positivo; IgM Varicela: negativo; IgG parotiditis: negativo; IgM parotiditis: negativo; Parvovirus IgG: positivo; Parvovirus IgM: Próximo l punto de corte; IgM Herpes simple I/II resultado dudoso.

Frotis lesiones genitales: PCR Treponema pallidum: Positivo; PCR Haemophilus ducreyi: Negativo; Chlamydia trachomatis (LGV): Negativo.

En consulta, persistencia de las lesiones en piel, glande y mucosa oral. Persistencia de cefalea frontal con mal control del dolor, sin focalidad neurológica asociada.

Tras la orientación de Sífilis se decide iniciar tratamiento con Penicilina-benzatina 2,4 millones y control con pruebas de confirmación serológica y RMN para estudio de cefalea:

Analítica: Serología IgG anti Treponema y Serología lues RPR 1/128.

RMN Craneal: No aparecen alteraciones en la señal RM de parénquima cerebral, tronco ni cerebelo. Tras la administración de contraste no hay captaciones patológicas. No se distingue patología malformativa ni tumoral intracraneal. Tamaño ventricular normal. Fosa posterior y unión cráneo-cervical sin malformaciones.

Diagnóstico final: SÍFILIS SECUNDARIA.

Se completa tratamiento con 2 dosis más de Penicilina-Benzatina con buena tolerancia. Actualmente en seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas con resolución de las lesiones y el proceso febril.

Discusión:

La sífilis es una infección producida por el Treponema pallidum, una espiroqueta transmitida por contacto sexual que penetra a través de la piel o las mucosas y se disemina a nivel sistémico en 24 horas². Su incidencia se ha triplicado en la última década, según el Instituto Nacional de Estadística se declararon 3.886 casos nuevos en 2015 (917 en

2001), siendo la tasa en Cataluña de 18.02 casos por 100.000 habitantes³. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de diagnóstico directo (sensibilidad 70-80%) ya sea por técnica de campo oscuro o por fluorescencia directa, y por técnicas indirectas (uso más frecuente) que se dividen en no treponémicas (sensibilidad 75-85% en sífilis primaria, 100% en la secundaria), y treponémicas (sensibilidad 80-90% en sífilis primaria, 100% en la secundaria) con escasos falsos positivos y que comprueban la positividad de las anteriores². A efectos prácticos podemos sospechar de esta infección ante la presencia de antecedentes epidemiológicos relacionados y la aparición de una úlcera firme e indolora (puerta de entrada la infección) que suele curar independientemente del haber recibido tratamiento o no, además cabe destacar que una proporción de los pacientes no manifiestan el llamado chancro duro, dificultando su diagnóstico y, por lo tanto, favoreciendo la evolución hacia sífilis secundaria (25% de los casos) en la cual podríamos encontrar una erupción no pruriginosa y, algunas veces, poco visible en diferentes partes del cuerpo, típicamente en palmas de manos y plantas de pies⁴.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la sífilis secundaria tiene múltiples manifestaciones clínicas, por lo que es considerada "la gran simuladora", suponiendo en la práctica clínica un reto diagnóstico para los profesionales. Por este motivo es de suma importancia el diagnóstico de sospecha ante un paciente con las características epidemiológicas y el cuadro clínico comentados anteriormente, puesto que nos llevará a realizar un estudio dirigido que nos confirmará el diagnóstico, permitiendo instaurar el tratamiento adecuado para su curación.

Bibliografía:

1. Farreras-Rozman. Medicina In terna. Editorial Elsevier, 17ª edición. Barcelona, 2012.
2. Secondary syphilis: The great imitator can't be forgotten. Reinehr CPH, Kalil CLPV, Reinehr VPH. Rev Asoc Med Bras (1992). 2017 Jun; 63(6):481-483. DOI: 10.1590/1806-9282.63.06.481.
3. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles informe anual. Año 2015. 2015: pg 88
4. Update on the diagnosis and treatment of syphilis. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein

PA, Vall Mayans M. Actas Dermosifiliogr. 2015
J a n - F e b ; 1 0 6 (1) : 6 8 - 9 . D O I :
10.1016/j.ad.2014.06.007. Epub 2014 Sep 20.
5. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and
clinical manifestations in HIV-uninfected patients.
Charles B Hicks, MD, Meredith Clement, MD.
www.uptodate.com 2017 UpToDate.