



Clínica cotidiana

¿Qué podemos encontrar detrás de unas lesiones en las manos?

Patricia Noemi Aguilera Samaniego^{a,*}, Álvaro Martín Pérez^a,
 Nuria San Miguel Martín^a, María José Agüeros Fernández^b, Zuany Soneira Rodríguez^c
 y Jorge Gaitán Valdizán^d

^a Centro de Salud Centro, Santander, Cantabria, España

^b Centro de Salud El Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

^c Centro de Salud Cazoña, Santander, Cantabria, España

^d Centro de Camargo Costa, Santander, Cantabria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2015

Aceptado el 30 de noviembre de 2015

On-line el 12 de enero de 2016

Palabras clave:

Sífilis

Lesiones en las manos

Úlcera oral

Serología luética

Tratamiento

R E S U M E N

Varón de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta de atención primaria por lesiones en la palma de ambas manos, de 2 meses de evolución aproximadamente, no pruriginosas e indoloras; además, en la exploración se objetivan úlceras en la lengua y fisura anal; el resto del examen físico no muestra hallazgos de valor.

Ante la sospecha de sífilis, se completa el estudio con analítica y serología para lúes, que resulta positiva; la de VIH es negativa.

Se alcanza el diagnóstico de sífilis secundaria. Se pauta tratamiento con penicilina y se deriva a la consulta de enfermedades infecciosas para seguimiento.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

What can we find behind some hand lesions?

A B S T R A C T

The case is presented of a 36 year-old man with no personal history of illness. He came to clinic due to a rash on the palms of the hands, with lesions of two months onset. They were not itchy or painful. In the physical examination ulcers were found in the oral mucosa and anal fissure. The rest of the examination was normal.

With all this information, the first suspicion was syphilis, which was confirmed by the laboratory blood tests and serology results. The final diagnosis was secondary syphilis,

Keywords:

Syphilis

Hand lesions

Oral ulcer

Syphilis serology

Treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricia.aguilera.samaniego@gmail.com (P.N. Aguilera Samaniego).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.11.004>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

which was treated with penicillin and the patient was referred to infectious diseases for clinical monitoring.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés.

Acude a consulta por lesiones en las palmas de las manos, de 2 meses de evolución aproximadamente. Además, previamente había consultado por una úlcera en la lengua y una fisura anal. No refiere otros síntomas asociados.

Durante la exploración física se observan varias lesiones máculo-papulosas circulares, de bordes ligeramente sobre-elevados y descamativas, en las palmas de ambas manos (fig. 1). Además hay una úlcera en el borde lateral de la lengua. El resto del examen físico no muestra alteraciones de interés.

Se solicita analítica de rutina y serologías. Destaca serología positiva para *Treponema pallidum*, RPR positivo (título 1/16) y TPHA positivo (título 1/2.560). Son negativas las de VIH y hepatitis B y C.

Ante la clínica compatible y la serología positiva, se confirma el diagnóstico de sífilis secundaria, y se inicia tratamiento con penicilina y controles serológicos posteriores.

Comentario¹⁻⁶

La sífilis es una infección crónica causada por el *Treponema pallidum*. El contagio se produce tras contacto sexual. El riesgo de contagio es de alrededor del 30%. El periodo de incubación es de alrededor de 28 días (límites: 10-90 días).

La sífilis no tratada evoluciona en varias etapas:

- Sífilis primaria: la lesión clásica es la ulcerada, indurada, no dolorosa, en el pene o los labios mayores; dura 1-6 semanas y cura espontáneamente.

- Sífilis secundaria: en el 80% de los casos se desarrolla afectación mucocutánea; aparecen exantemas máculo-papulosos con collarate de descamación periférica de las lesiones, de inicio en el tronco y diseminación posterior a la cara, las palmas y las plantas; puede afectar a las mucosas.
- Sífilis latente: periodo asintomático de duración variable, en el que el diagnóstico solo se realiza por serología.
- Sífilis terciaria: se da en aproximadamente un tercio de los pacientes no tratados en las fases previas; se desarrollan lesiones destructivas que pueden aparecer a 2-40 años después de la primoinfección; 3 tipos de afectación: neurosífilis, sífilis cardiovascular y gomas.

Diagnóstico

El diagnóstico de certeza se produce por:

- Visión directa en campo oscuro de una muestra en fresco del líquido exudado de la úlcera; hasta el 20-50% pueden resultar negativos; no es útil para las lesiones orales (fig. 2).
- Inmunofluorescencia directa: es un método más específico.
- Pruebas de detección de ADN (PCR).
El diagnóstico de presunción se realiza por medio de pruebas serológicas, que ocasionan falsos positivos en el 1% de los casos.
- Pruebas no treponémicas (VDRL y RPR); son inespecíficas y resultan útiles para el cribado; se negativizan a los 3-12 meses tras el tratamiento; en el 10% aparecen falsos positivos.



Figura 1 – Rash máculo-papular en las palmas de las manos.

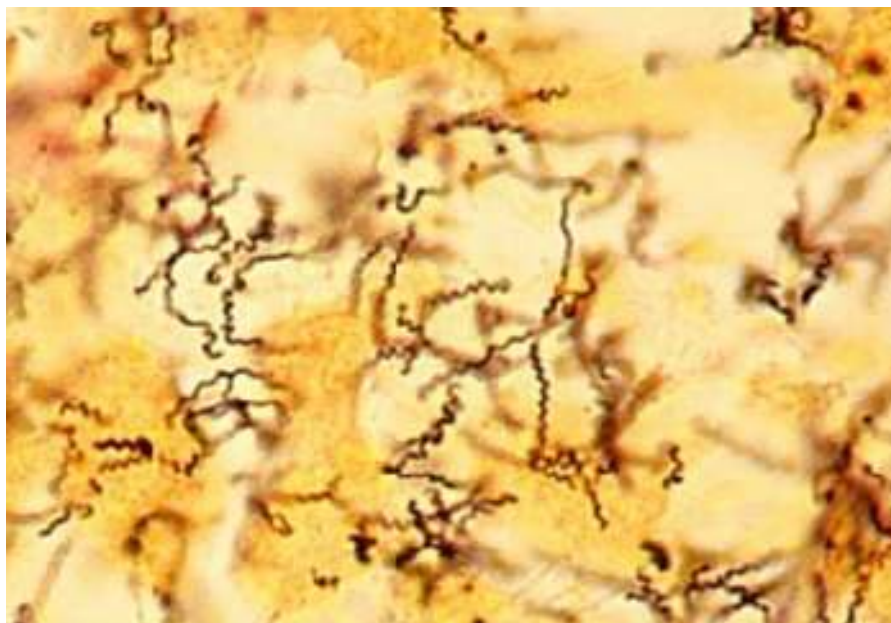


Figura 2 – Espiroquetas de *Treponema pallidum*.

- Pruebas treponémicas específicas: FTA-ABS, EIA, TP-PA. TPI y MHA-TP.

En la neurosífilis se debe realizar punción lumbar.

El tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente precoz se realiza con dosis única de penicilina G benzatina (2,4 millones de unidades por vía intramuscular); son opciones en pacientes alérgicos a la penicilina la doxiciclina, la eritromicina, la azitromicina y la ceftriaxona.

En la fase latente tardía, en la sífilis terciaria y en los gomos se utiliza una dosis semanal durante 3 semanas de 2,4 millones de unidades por vía intramuscular de penicilina G benzatina.

En el caso de neurosífilis, sífilis cardiovascular y afectación ocular se utiliza penicilina G cristalina por vía intravenosa durante 10-14 días.

Se consideran criterios de fallo terapéutico:

- La reaparición de signos y síntomas de sífilis.
- El incremento por 4 de los valores de las pruebas treponémicas.
- La falta de disminución en 4 veces de las pruebas no treponémicas durante 2 años de seguimiento.

Se debe realizar tratamiento de las parejas sexuales de los últimos 90 días del paciente diagnosticado de sífilis, inclusive si son seronegativos.

Se debe repetir la exploración y la serología no treponémica a todos los pacientes tratados a los 3, 6, 12 y 24 meses, o cada 6 meses hasta conseguir la negatividad de la serología.

En todo paciente diagnosticado de sífilis se deben realizar pruebas para descartar VIH y repetir a los 3 meses en caso de negatividad inicial.

Los pacientes asintomáticos y con VDRL o RPR negativos durante un año pueden ser dados de alta por curación.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>.
2. French P. Syphilis. BMJ. 2007;334:143.
3. Richens J. Donovanosis (granuloma inguinale). Sex Transm Infect. 2006;82 Suppl 4:iv21-2.
4. Scientific American Medicina. Sífilis y trepanomatosis no venérea. Vol. 3. Infectología II, IV. Editora Científica Médica Latinoamericana/Pharmarket 1987.
5. Washington State Department of Health. Syphilis. 2011.
6. Calonge N. U.S. Preventive Service Task Force. Screening for syphilis infection: Recommendation statement. Ann Fam Med. 2004;2:362.