

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Lesiones petequiales en pies y manos

Marta Rivas Molina y Santiago Aparicio Fernández

Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.



Figura 1. Lesiones con distribución en calcetín.



Figura 2. Lesiones cutáneas en las manos.



Figura 3. Petequias en dorso de pie.

Varón de 12 años con antecedentes de asma extrínseco en tratamiento con broncodilatadores inhalados a demanda.

### Enfermedad actual

Consultó por la aparición súbita de edema levemente pruriginoso en pies y manos que evolucionó en pocas horas hacia la aparición de lesiones cutáneas asintomáticas en dicha localización con afectación palmoplantar. Las lesiones se extendieron con menor intensidad por el tronco, los huecos poplíticos y axilares y los glúteos. No refería fiebre, malestar general ni otros síntomas de interés.

Correspondencia: Dra. M. Rivas Molina.  
Ginzo de Limia, 54, piso 11.<sup>o</sup>. 28029 Madrid.

### Exploración física

La exploración dermatológica evidenciaba abundantes petequias y pápulas marronáceas en los pies y las manos con afectación palmoplantar (figs. 1-3). Se observaban además elementos petequiales diseminados por el resto de las extremidades y del tronco con mayor afectación de los pliegues axilares y poplíticos. Presentaba aftas orales de pequeño tamaño en la región anterior de la cavidad oral.

### Pruebas complementarias

Se realizaron los siguientes análisis: hemograma, bioquímica de sangre y orina y hemostasia, detectando como único hallazgo patológico de interés una intensa eosinofilia (51%). Se solicitó una serología para parvovirus B19 que fue positiva, evidenciando una infección reciente por dicho virus (IgM > 1:40 e IgG ≥ 1:100).

## DIAGNÓSTICO

Síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín producido por parvovirus B19.

### Evolución

Las lesiones desaparecieron espontáneamente en los días sucesivos, y descendió también la eosinofilia a valores normales.

### COMENTARIO

El síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín (SPPGC) fue inicialmente descrito por Harms en 1990, aunque Bagot, en 1991, fue quien lo relacionó con la primoinfección por parvovirus B19<sup>1</sup>.

El cuadro clínico suele comenzar de modo súbito con edema y eritema intenso, pruriginoso, en manos y pies, que evoluciona hacia la formación de elementos eritematopurpúricos, petequiales, con una distribución típica en «guante y calcetín». Posteriormente pueden aparecer lesiones similares distribuidas por el resto del tegumento con preferencia por los grandes pliegues. Se acompaña en ocasiones de adenopatías<sup>4</sup>, fiebre alta, artralgias, astenia y anorexia<sup>2</sup>. Se han descrito lesiones en la mucosa oral a modo de petequias, vesiculopústulas en paladar duro, aftas o eritema faríngeo<sup>4</sup>. El cuadro suele evolucionar favorablemente con la desaparición de las lesiones cutáneas en 2 semanas. En algunos casos se requiere tratamiento sintomático con antitérmicos y/o analgésicos.

El SPPGC suele presentarse en adultos jóvenes, sobre todo mujeres, a diferencia de la primoinfección por parvovirus B19 en niños que con frecuencia se manifiesta como megaloritema infeccioso o quinta enfermedad<sup>3</sup>. Este virus es también responsable de la aparición de crisis aplásicas en pacientes con esferocitosis hereditaria (enfermedad de Minkowski-Chauffard) y de otras anemias hemolíticas, constituyendo lo que se denomina síndrome de Gasser<sup>1</sup>.

Los hallazgos histológicos son inespecíficos, y se han observado exocitosis de linfocitos, queratinocitos necróticos basales y un infiltrado liquenoide en epidermis. En la dermis papilar puede verse un infiltrado inflamatorio con abundantes linfocitos, neutrófilos y eosinófilos, con edema en dermis reticular y extravasación de eritrocitos<sup>4</sup>.

Entre los hallazgos de laboratorio destaca una discreta anemia con leucopenia y en ocasiones una eosinofilia llamativa<sup>8</sup>.

El diagnóstico se establece en base a la clínica dermatológica característica y se confirma realizando una serología específica para parvovirus B19 mediante enzimoinmunoensayo o técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La infección aguda se demuestra por la presencia de títulos elevados de IgM que disminuyen progresivamente en 2-4 semanas, y se positiviza entonces la IgG. Es posible también la detección de ADN viral en las biopsias cutáneas mediante técnicas de PCR<sup>4</sup>.

El SPPGC se ha relacionado con otros agentes etiológicos como el herpes virus tipo 6<sup>5</sup>, el citomegalovirus<sup>6</sup> o el virus Coxsackie B6<sup>7</sup>, pero la mayoría de los casos pu-

blicados reconoce al parvovirus B19 como agente principal. Se ha postulado que este síndrome podría ser un patrón monomorfo de reacción cutánea ante diferentes agentes como ocurre en el síndrome de Gianotti-Crosti<sup>7</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín por parvovirus B19 debe plantearse fundamentalmente con:

**Urticaria-angioedema.** Consiste en la aparición súbita de habones y/o edema palpebral, labial o genital que puede ir acompañado, en los casos más graves, de edema de glotis. Puede ser hereditario (edema angioneurótico familiar o edema de Quincke) debido a un déficit de C1 inhibidor o adquirido mediante un mecanismo de hipersensibilidad tipo I. El SPPGC podría confundirse con la urticaria por presión en cuanto a la localización palmaroplantar de las lesiones; sin embargo, no hallaremos las características petequias de este síndrome. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos y antihistamínicos.

**Erupción eritematosa y purpúrica serpiginosa de manos y pies.** Ocurre en pacientes con enfermedad del suero tratados con gammaglobulina antitimocito de caballo por fallo de la médula ósea. Suele cursar con plaquetopenia. La erupción se inicia en el tronco, es morbiliforme y afecta posteriormente a las extremidades, adoptando un patrón serpiginoso en los márgenes de las palmas de las manos y las plantas de los pies, surgiendo petequias posteriormente en algunos casos.

**Enfermedad pie-mano-boca.** Está causada por el virus Coxsackie A 16, y con menor frecuencia A5 y A10. Afecta fundamentalmente a los niños, produciendo un cuadro febril leve de corta duración acompañado de estomatitis dolorosa con vesículas que se ulceran en paladar blando, encías y mucosa bucal. En los pies y las manos aparecen vesículas de pared fina que duran dos o tres días y desaparecen sin dejar cicatriz. El tratamiento es sintomático.

**Otros exantemas virales.** El exantema súbito por herpes virus tipo 6, la mononucleosis infecciosa por el virus de Epstein-Barr, el eritema infeccioso también producido por el parvovirus B19, así como cuadros exantemáticos generalizados por el virus de la rubéola o el sarampión.

**Enfermedad de Kawasaki.** Enfermedad de etiología desconocida, típica de la primera infancia, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta seguida de la aparición de un exantema polimorfo con afectación palmaroplantar. Se acompaña de congestión conjuntival bilateral, enrojecimiento de los labios y resto de la cavidad oral, lengua aframbuesada y tumefacción aguda de los ganglios linfáticos cervicales anteriores. Otros síntomas asociados son la miocarditis, la arteritis coronaria, la

diarrea y las artralgias. En el período de convalecencia se produce intensa descamación en guante en los dedos. El pronóstico suele ser favorable, aunque depende de la afectación sistémica. En el tratamiento se emplean salicilatos a dosis de 30-100 mg/kg/día y gammaglobulina por vía intravenosa para prevenir la enfermedad coronaria. A diferencia del SPPGC, esta entidad cursa con mayor afectación sistémica y de mucosas y no se suelen observar lesiones petequiales.

**Eccema de contacto.** Se caracteriza por la presencia de eritema, vesiculación, secreción, costra y descamación que ocurren en fases sucesivas. Puede ser de origen alérgico, causado por un mecanismo inmunológico de tipo IV, o aparecer como consecuencia de la acción irritativa de alguna sustancia sin mediar mecanismos inmunológicos. Se localiza de forma más habitual en las manos, y puede aparecer en múltiples localizaciones según el alergeno responsable.

**Vasculitis leucocitoclásica.** Es una vasculitis mediada por inmunocomplejos que ocurre en los pequeños vasos, generalmente en las vénulas. Se caracteriza por la aparición de un exantema petequial, agudo o crónico, simétrico, de comienzo en extremidades, sobre todo las inferiores. En ocasiones se acompaña de afectación de órganos sistémicos, sobre todo el riñón, aparato digestivo, pulmón, corazón, sistema nervioso central y articular. En el estudio histológico se observa infiltración de

los pequeños vasos cutáneos por restos de neutrófilos fragmentados y necrosis de la pared vascular. La inmunofluorescencia directa suele demostrar depósitos de IgA perivasculares en piel y riñón. La causa desencadenante es desconocida en más del 50% de los casos, encontrando a veces antecedentes de infección faríngea o administración de ciertos medicamentos. El tratamiento es causal si procede; reposo en cama y, a veces, tratamiento con corticoides sistémicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz Villaverde R, Blasco Melguizo J, Gutiérrez Salmerón MT. Exantema en guante y calcetín por parvovirus B19. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:161-3.
- Clemente Valenciano A, Hernández-Gil Bordallo A, Martín Luengo F. Síndrome papulopurpúrico en «guantes y calcetines». Historias clínicas en dermatología. Barcelona: Editorial Prodisa, 1995; p. 88-92.
- Stone MS, Murph JR. Papular purpuric gloves and socks syndrome: a characteristic viral exantem. *Pediatrics* 1993;92:864-5.
- Grilli R, Izquierdo MJ, Fariña MC, Kutzner H, Gadea I, Martín L, et al. Papular-purpuric «gloves and socks» syndrome: polymerase chain reaction demonstration of parvovirus B19 DNA in cutaneous lesions and sera. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:793-6.
- Ruzicka T, Kalka K. Papular-purpuric «gloves and socks» syndrome associated with human herpesvirus 6 infection. *Arch Dermatol* 1998;134:242-4.
- Carrascosa JM, Bielsa I, Ribera M, Ferrández C. Papular-purpuric gloves and socks syndrome related to cytomegalovirus infection. *Dermatology* 1995;191:269-70.
- Feldmann R, Harms M, Saurat J-H. Papular-purpuric gloves and socks syndrome: not only Parvovirus B19. *Dermatology* 1994;188:85-7.
- Smith PT, Landry ML, Carey H, Krasnoff J, Cooney E. Papular-purpuric gloves and socks syndrome associated with acute parvovirus B19 infection: case report and review. *Clin Infect Disease* 1998;27:164-8.