

Placa hiperpigmentada en la palma de mano de un anciano

Hyperpigmented patch in a old man's palm

**Claudia Ramos,¹ Eberth Quijano,² María E. Sanz,³ Carmen Fuertes,²
Dina Carayhua,⁴ Soledad De La Cruz,¹ Héctor Jiménez.¹**

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente anciano que acude por una placa marrón en la palma de una mano asintomática. Se comprometen posteriormente la otra palma y las plantas de ambos pies. Presenta serología treponémica positiva, dermatitis en banda con infiltrado inflamatorio a predominio de células plasmáticas, tinción argéntica sugerente y respuesta terapéutica por lo que se concluye que se trataba de un cuadro de sífilis secundaria simulando una tina negra.

Palabras clave. Sífilis, placa de palma.

ABSTRACT

We present the case of an old man who seeks medical care because a brown patch in a hand palm without symptoms. A couple of weeks after that both soles and the other hand has been compromised too. We get a positive luetic serology, band dermatitis with great amount of plasma cells, suggestive silver dye, and therapeutic response. We conclude that the case was a luetic secondarily mimic black tinea.

Key words. Syphilis, palm's patch.

INTRODUCCIÓN

La sífilis ha sido una de las grandes simuladoras de la dermatología. Se presenta el caso de un adulto mayor que acude por una placa marrón en la palma, que se presenta como una tiña negra, pero que se concluye como secundarismo luético.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trataba de un paciente anciano varón de 67 años, natural de Piura y procedente del Callao, con estado civil casado, y cesante.

Con antecedentes de neuralgia postherpética y hepatitis viral y de gastritis e hipertensión arterial sin tratamiento. Disfunción eréctil, en tratamiento actual con sildenafil. Como antecedentes quirúrgicos, amigdalectomía, exéresis de pólipos nasales y hemorroidectomía hace dos años. Consumo de alcohol esporádico, niega otros hábitos nocivos.

Acudió al servicio de dermatología por una lesión en piel de la palma de la mano derecha asintomática, que tenía una evolución de dos semanas.

Al examen físico general, se encontró un paciente atlético en buen estado general y con fototipo cutáneo IV. Su piel era en general tibia, elástica e hidratada. Su cabello y uñas estaban conservados.

En la piel de la palma derecha, presentaba una placa poco elevada de color marrón, levemente descamativa, liquenificada de bordes bien definidos, pero festoneados, de aproximadamente 4 centímetros de diámetro. No estaban afectadas otras zonas de la piel ni hubo otra alteración en el examen físico.

Ante esto, en el servicio se plantearon los siguientes diagnósticos clínicos diferenciales: tiña negra, eritema pigmentado fijo, melanosis postinflamatoria, liquen plano pigmentado y enfermedad de Bowen.

En el plan de estudio inicial, se solicitó examen directo de hongos y cultivo. El resultado señaló la presencia de hifas 2+ y, aunque contradictoriamente, el cultivo fue positivo a *Candida sp.* Por ese motivo, se le indicó itraconazol.

1. Médico residente de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Médico dermatólogo. Servicio de Dermatología, Hospital Daniel A. Carrión. Callao, Perú.
3. Médico dermatopatólogo. Instituto de Patología y Biología Molecular Arias-Stella.
4. Médico anatomopatólogo. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Daniel A. Carrión. Callao, Perú.



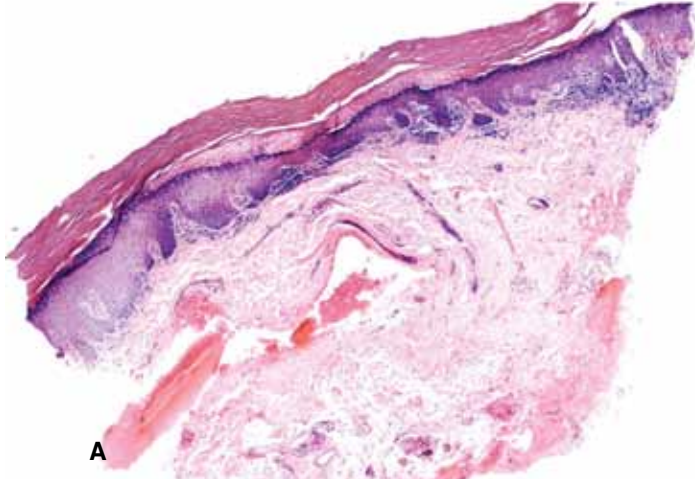
Figura 1. Placa descamativas marrón, liquenificada en la palma de la mano.



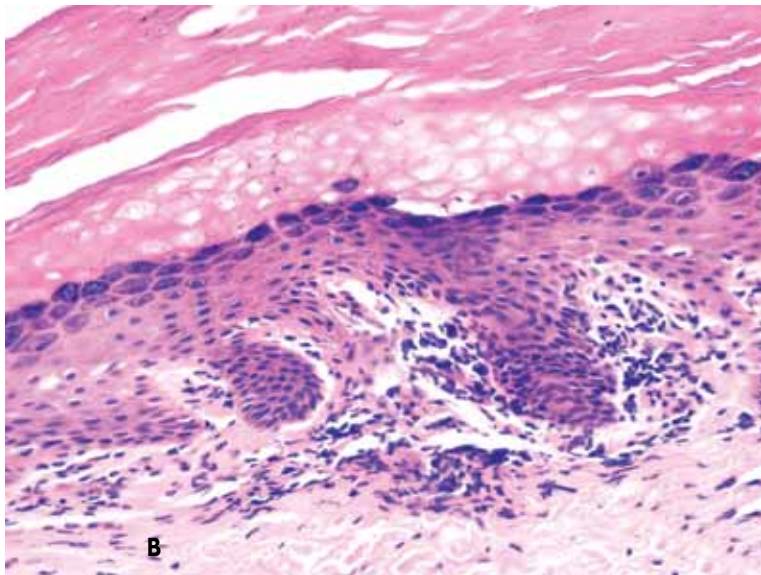
Figura 2. Luego de tres semanas de observación, aparece otra lesión similar en la otra mano.



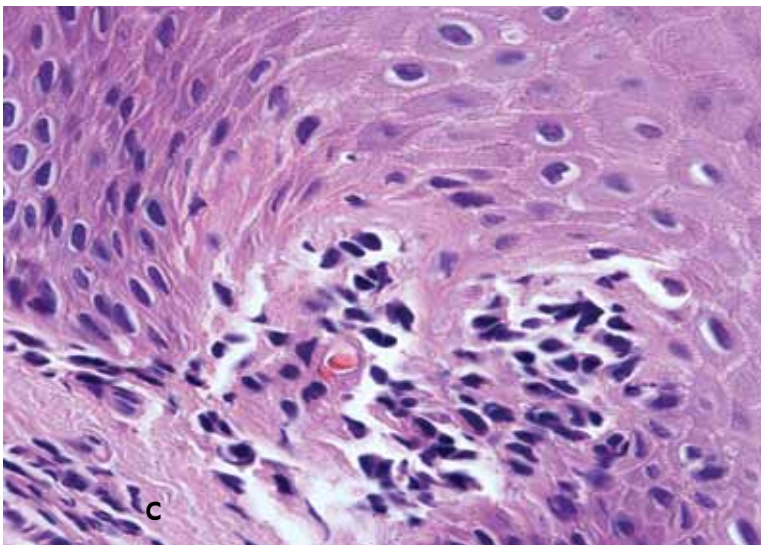
Figura 3. Mejoría parcial luego de una semana de recibir la primera dosis de penicilina G benzatínica.



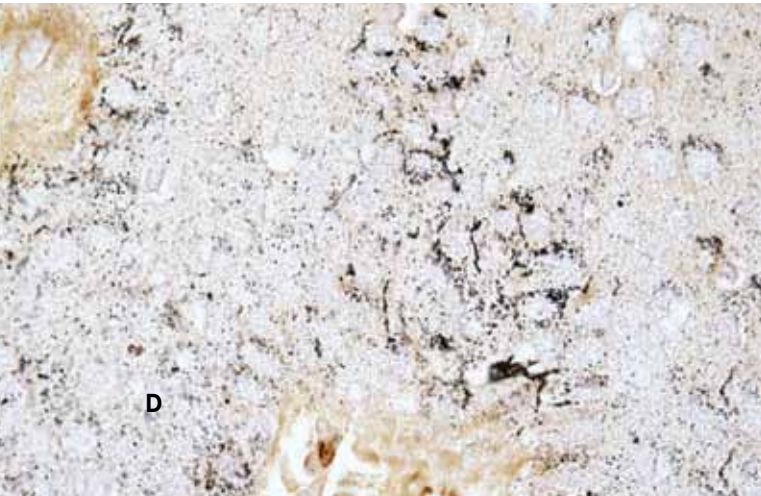
A



B



C



D

Tres semanas después, el paciente regresa a control con otra lesión similar en palma izquierda. Se repitió el examen general y se encontró lesiones similares en la planta de ambos pies, por lo que se tomó una biopsia de piel de la mano.

La histopatología reveló acantosis epidérmica irregular, un infiltrado inflamatorio en banda por zonas más denso, conformado principalmente de células plasmáticas, con exocitosis de las mismas y algo de espongiosis.

Por esto, se solicita: VDRL, que fue de 0 diluciones; MHTP-Abs, que resultó positivo; Elisa para VIH, que fue negativo; hemograma y recuento diferencial, que fueron normales.

Al tener aún una alta la sospecha de secundarismo luético, se le hizo coloración Whartin-Starry a la pieza biopsiada, la que presentó imágenes delgadas, espiraladas y otras puntiformes en zona cercana a la capa basal y que se disponía en la unión de los queratinocitos. Esto no es contundente, pero sí muy sugerente de presencia de treponemas.

Se decidió administrar penicilina G benzatínica, 2 400 000 unidades semanales, por tres semanas. A la semana de la primera dosis, ya se podía notar una mejoría de más de 50% de las lesiones recientes.

Con la sospecha clínica, la presunción histopatológica y la respuesta terapéutica se llegó a la conclusión de que se trataba de una sífilis que simulaba una tiña negra.

DISCUSIÓN

La sífilis ha sido una de las más grandes imitadoras de la dermatología. Esta enfermedad de transmisión sexual, causada por el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, invade casi todos los órganos del cuerpo, pero las manifestaciones cutáneas son las más fácilmente reconocibles.¹

Su historia natural presenta varios estadios, que se denominan sífilis primaria, secundaria, latente y tardía.²

La sífilis secundaria es el estadio más florido clínicamente y se da por la amplia diseminación del treponema en todo el cuerpo del infectado.³ Se produce en 85% de los casos, luego de tres a doce semanas del estadio primario, pero puede coexistir con el chancho duro.¹

Figura 4. A y B) Vista panorámica, se aprecia infiltrado en banda (hematoxilina-eosina). C) Infiltrado inflamatorio a predominio de células plasmáticas, con exocitosis de las mismas (hematoxilina-eosina). D) Tinción de Whartin-Starry (1000x), nótese las estructuras filiformes tenidas, cercanas a la unión dermo-epidérmica en la zona intercelular.

De 85% a 90% de los pacientes en estadio de sífilis secundaria presentan lesiones cutáneas que son diagnósticas. Entre ellas, la más característica es la roséola sifilítica, que se caracteriza por máculas eritematosas no pruriginosas que comprometen el tronco y las extremidades, incluso en palmas y plantas. Otros cuadros de secundarismo son el condiloma lata, las sífilides elegantes, la sífilis nodular, la sífilis secundaria mucosa, la alopecia parchada sifilítica, la sífilis maligna. También se dan lesiones foliculares, liquenoides y pustulosas.⁵

El secundarismo sifilítico se acompaña de adenopatía generalizada no dolorosa, no adherida en 80% de los casos. Además, frecuentemente se presentan síntomas generales no característicos, como malestar general, astenia, anorexia, fiebre leve, cefalea, meningismo, artralgias, mialgias, faringitis y odinofagia.⁶

Otros órganos que se comprometen son los ojos (iritis, uveítis, coriorretinitis y trombosis de la vena central de la retina), los riñones (glomerulonefritis membranosa aguda y síndrome nefrótico reversible con penicilina), el hígado (hepatitis), el estómago (ulceraciones o pólipos), los oídos (hipoacusia sensorineural bilateral y progresiva) y la sangre (anemia, leucocitosis, linfopenia relativa).⁷

El secundarismo dura de dos a doce semanas, con o sin tratamiento antibiótico.⁸

Para el diagnóstico se requiere una clínica sospechosa y serología positiva, ya que tanto pruebas treponémicas y no treponémicas tienen cerca de 100% de sensibilidad en este estadio clínico. El VDRL usualmente es mayor de 1/32.⁹ Debe tenerse en cuenta el fenómeno de zona que da falsos negativos, que se dan en menos de 1%, como fue el caso del paciente presentado, en el que la sospecha permite solicitar diluciones, para obtener resultados más fidedignos.¹

La histopatología puede ayudar en casos de duda diagnóstica. Se basa en alteraciones típicas, coloración argéntica positiva (Whartin-Starry, con sensibilidad entre 31% y 70%) y de la inmunohistoquímica (sensibilidad cercana a 100%), que supera a la PCR (sensibilidad de 40% a 80% de los casos).¹⁰

Las alteraciones epidérmicas usuales que se halladas en la histopatología son: hiperplasia epidérmica psoriasiforme, espongirosis, degeneración vacuolar de la capa basal, exocitosis de linfocitos, paraqueratosis por parches o amplia, pueden haber abscesos neutrofílicos intracorneales, queratinocitos necróticos dispersos pueden verse.¹¹ Sin embargo en ocasiones la epidermis es normal.¹²

Las alteraciones dérmicas usuales son las más características, sobre todo el infiltrado inflamatorio perivascular-perianexial y frecuentemente liquenoide con celularidad linfocitaria y linfocitocitaria, rica en células plasmáticas (pueden estar ausentes en 28%) más denso en dermis superficial y la endarteritis obliterante (en 50% a 80% de veces).¹³

Por último hay que recordar que en la sífilis secundaria los treponemas muestran una distribución epiteliotropa, en la interfase entre epidermis y dermis, en la zona intercelular del epitelio, como se vio en la tinción de nuestro paciente.

Este caso es relevante porque nos enseña que se debe sospechar sífilis siempre ante lesiones sugestivas incluso en grupos etarios poco usuales y que la relación médico paciente es una valiosa arma durante la anamnesis durante la entrevista del paciente para poder llegar al diagnóstico correcto de manera oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaimes N, Gaviria M, Orozco B, Restrepo R. Sífilis atípica: presentación de un caso. *Univ Med Bogotá*. 2009;50(1):119-125.
2. Leão JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics*. 2006;61(2):161-6.
3. Díaz MG, Carbó E, Guardati MV, Reyes MA, Weidmann J, Eletti M, Iribas JL. Sífilis secundaria en cavidad oral. Reporte de dos casos. *Rev Argent Dermatol*. 2008;89:237-241.
4. Bell-Smythe A, Zerpa O, Ferreira M, Oliver M, Reyes O. Sífilis secundaria nodular. *Dermatol Venezol*. 2004;42(3):48-50.
5. Cancela R, Vargas S. "Rupia sifilítica" una manifestación poco frecuente de sífilis secundaria. Comunicación de un caso en un paciente con VIH. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;13(2):110-113.
6. Regazzi J, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamiento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
7. Allevato M, Julián P, Cabrera H. Sífilis secundaria con compromiso ocular. *Folia Dermatol. Peru* 2007;18(1):37-41
8. Baniandrés O, Nieto O, Moya L, Carrillo R, Harto A. Sífilis secundaria nodular en paciente VIH positivo simulando linfoma cutáneo. *An Med Interna* 2004; 21(5):241-243.
9. Quattordio L, Milani P, Milani H. Diagnóstico serológico de sífilis. Correlación de resultados según técnicas disponibles en el laboratorio. *Acta Bioquím Clín Latinoam*. 2004;38(3):301-6.
10. Perna C, Cuevas J. Inmunohistoquímica de *Treponema pallidum* en biopsias con diagnóstico de sífilis. 10.º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Ponencia 2037.
11. Martín-Esquerra, Fernández-Casado, et al. *Treponema pallidum* distribution patterns in mucocutaneous lesions of primary and secondary syphilis and immunohistochemical and ultrastructural study. *Human Pathol*. 2009;40:624-630.
12. Elder, Elenitsas, Johnson, Ioffredas, Miller, Miller. *Lever's histopathology of the skin*. 2nd edition. Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p.195-197.
13. Carrada-Bravo. Imágenes de patología clínica. El diagnóstico de laboratorio de la sífilis. *Rev Mex Patol Clin*. 2003;50(2):82-96.

Correspondencia:
Claudia Ramos. Jr. Río Huaura 236-2do piso. Pueblo Libre.
clacrr@hotmail.com

Fecha de recepción: 19-4-2011
Fecha de aceptación: 28-4-2011