

Mire... Piense... y Haga su Diagnóstico

Placas anulares en manos y antebrazos

Marisel Sappa Figueroa, Lía V. Zini, Viviana L. Escobar Solari, Baltazar A. Paniagua y Manuel F. Giménez

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 34 años de edad, oriundo de Resistencia, concurre a la consulta por presentar placas eritematoescamosas, algunas anulares y otras en diana,

localizadas en antebrazos y dorso de manos (Figs. 1 y 2), asintomáticas, de 2 a 3 semanas de evolución, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Se solicita rutina de laboratorio, VDRL y se realiza biopsia de piel. [Su diagnóstico es...](#)

DIAGNÓSTICO

Secundarismo sífilítico símil eritema polimorfo

Laboratorio: hemograma, bioquímica, hepatograma, sin particularidades. Serologías HVS tipo 1 y 2, IgG positivo, HIV no reactivo, VDRL cuantitativa: 1/64 dils.

Examen histopatológico (Tinción con hematoxilina eosina): Epidermis: leve acantosis. Dermis: infiltrado superficial, células epitelioides con sectores de granulomas no bien constituidos, células gigantes multinucleadas (Fig. 3) y plasmocitos perivasculares (Fig. 4).

Evolución clínica: se inició tratamiento con Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM cada 7 días, 3 dosis. El paciente evolucionó favorablemente a los 7 días del tratamiento, con resolución completa al finalizar el mismo.

Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez". Cátedra Medicina I Área Dermatología (UNNE). Ameghino 1205, Resistencia, Chaco, Argentina

Conflicto de interés: no declarados

Correo electrónico: MARISELSAPPA@hotmail.com

Recibido: 05-01-17

Aceptado para publicación: 23-03-2017

COMENTARIO

Las manifestaciones particulares de la infección por el *Treponema pallidum* (TP) dependen del tiempo, sitio y estado inmunológico del individuo afectado. Tiempo se refiere a la designación de las etapas de la **sífilis como primaria, secundaria y terciaria**. El sitio atribuye a la localizaciones de las lesiones, si se encuentran en la piel, mucosas o en órganos internos, puesto que el crecimiento del TP depende de la temperatura (la temperatura interna del cuerpo es demasiado alta para su crecimiento óptimo) las superficies externas son las principales zonas afectadas, en donde los mecanismos efectores inmunes tratan de destruir a un gran número

de organismos que proliferan rápidamente¹. El estado inmunitario del huésped se refleja en el curso y la forma de manifestarse de la sífilis en sus diversas etapas, presentándose con un gran polimorfismo lesional sobre todo en la etapa secundaria imitando a otras enfermedades, por lo que es reconocida como "la gran simuladora"^{1,2}.

El **eritema polimorfo** (EP) es una reacción exantemática, autolimitada, generalmente leve y recidivante, que ha sido considerada como una respuesta de hipersensibilidad a diversos factores etiológicos, principalmente agentes infecciosos (siendo el más frecuente el herpes virus) o fármacos. El TP es un

antígeno infrecuente capaz de generar EP. Se caracteriza por lesiones en diana o arco de tiro de localización preferente en cara extensora de miembros superiores y, en ocasiones, tronco, pudiendo afectar también mucosas³⁻⁶.

En nuestro caso pensamos en primera instancia al EP secundario a reactivación por herpes virus debido a las lesiones clínicas de morfología y localización característica; además se constató en los laboratorios la presencia de Ig G para HVS tipo 1 y 2, pero los datos histopatológicos fueron excluyentes de esta etiología.

En la **histopatología** no se evidenció las características típicas de EP, como la presencia de queratinocitos apoptóticos, exocitosis de linfocitos en la epidermis, encontrándose por el contrario signos compatibles con sífilis (plasmocitos perivasculares) que si bien no son patognomónicos, son sugestivos. Además nos contribuye con el diagnóstico la presencia de VDRL y la respuesta favorable al tratamiento.

En nuestra búsqueda bibliográfica encontramos cinco casos de EP asociado con secundarismo sífilítico, dos de los cuales se presentaron en pacientes con VIH. Uno de ellos es similar a nuestro caso, con serologías positivas para herpes virus, por lo cual recibió tratamiento sin presentar mejoría, realizándose biopsia que informó EP

junto con una VDRL positiva. Inició posteriormente **tratamiento** con penicilina G benzatínica con buena respuesta⁴⁻⁶.

Consideramos que en nuestro caso la símil erupción polimorfa no es más que otra manifestación cutánea del secundarismo sífilítico. Avalamos nuestra hipótesis dado que la histopatología muestra características reconocidas de sífilis secundaria. Presentamos este caso con el objetivo de destacar la importancia del diagnóstico diferencial en todo paciente que presente lesiones en diana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlson, J.A.; Dabiri, G.; Cribier, B.; Sell, S.: The immunopathobiology of syphilis: the manifestations and course of syphilis are determined by the level of delayed-type hypersensitivity. *Am J Dermatopathol* 2011; 33: 433-460.
2. Balagula, Y.; Mattei, P.L.; Wisco, O.J.; Erdag, G.; Chien, A.L.: The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol* 2014; 53: 1434-1441.
3. Bhate, C.; Tajirian, A.L.; Kapila, R.; Lambert, W.C.; Schwartz, R.A.: Secondary syphilis resembling erythema multiforme. *Int J Dermatol* 2010; 49: 1321-1324.
4. Kim, Y.Y.; Lee, J.H.; Yoon, S.Y.; Lee, J.D.; Cho, S.H.: Erythema multiforme-like targetoid lesions in secondary syphilis. *Acta Derm Venereol* 2007; 87: 381-382.
5. Chiang, M.C.; Chiang, F.C.; Chang, Y.T.; Chen, T.L.; Fung, C.P.: Erythema Multiforme caused by *Treponema pallidum* in a Young Patient with human immunodeficiency virus infection. *J Clin Microbiol* 2010; 48: 2640-2642.
6. Wang, A.; Risner-Rumohr, S.; Rodriguez-Waitkus, P.; Dao, H.: Secondary syphilis: a case mimicking erythema clinically and pathologically. *Dermatol Online J* 2013; 19: 20403
7. Bermejo, A.; Rodríguez, E.A.: Consenso sobre papiloma virus humano (HPV) y Herpes simple virus (HVS 1 y 2). *Sociedad Argentina de dermatología (SAD)* 2016.

Fig. 1: placas eritematoescamosas, algunas anulares y otras en diana, localizadas en antebrazos y dorso de manos.

Fig. 2: detalle de las lesiones en dorso de manos.

Fig. 3: (HE) Epidermis con leve acantosis. Dermis con infiltrado superficial, células epitelioides con sectores de granulomas no bien constituidos, células gigantes multinucleadas.

Fig. 4: (HE) plasmocitos perivasculares.