



CASOS CLINICOS

Fernando Alfageme

Montserrat Perez

Rev Clin Esp. 2009;209(11):527-535



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Patología dermatológica y medicina tropical. Resultados de un estudio prospectivo (2004-2007)

G. Ramírez-Olivencia^{a,*}, F.J. Bru Gorraiz^b, P. Rivas González^a, M. Lago Núñez^a, M.D. Herrero Mendoza^a y S. Puente Puente^a

^aUnidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. España.

^bAyuntamiento de Madrid. Madrid. España

Aceptado para su publicación el 29 de junio de 2009.



Resumen

Introducción. En los últimos años se ha producido un incremento de los viajes internacionales, siendo España uno de los principales países emisores de turismo internacional. La patología dermatológica al regreso de regiones tropicales es un motivo frecuente de consulta médica, producida por diferentes agentes etiológicos.

Objetivo. Los objetivos del presente estudio son evaluar la importancia de la patología dermatológica en pacientes que acuden a una consulta de medicina tropical, analizar la influencia que tienen en su aparición la duración, el motivo y el destino del viaje y describir las entidades más frecuentes.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo en el que se incluyó a todos los españoles mayores de edad que acudieron a una consulta de medicina tropical, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2007. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos del grupo de pacientes con patología dermatológica.

Resultados. Se atendió un total de 3.351 consultas nuevas, con 660 casos de dermatopatía. La patología infecciosa constituyó casi la mitad (48,5%) de la patología dermatológica (320 casos). Las lesiones más frecuentemente descritas fueron reacciones a picaduras de insectos (113 casos), larva migrans cutánea (LMC) (84 casos), micosis (52 casos) y urticaria (43 casos).

Conclusiones. La aparición de dermatosis en los viajeros parece estar determinada por el motivo, la duración y el destino del mismo. Dada la heterogeneidad de la patología, el reconocimiento de las lesiones es fundamental para iniciar el tratamiento adecuado.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.



CASO CLINICO: EXANTEMA Y FIEBRE EN PACIENTE QUE VUELVE DE MALI

**Caso facilitado por la Dra Ana Pulido. Dermatología Hospital
Gregorio Marañón (MADRID)**

CASOS CLÍNICOS

- Mujer de 29 años
- Natural de Panamá donde estuvo hace 20 días.
- Diarrea hace 20 días a la que le sigue fiebre 38°C 5 días tras llegar a España
- Sensación urente en mm inferiores.
- Exantema que comenzó en cara (flushing), y que posteriormente se extiende de manera centrífuga.













CUESTIONES

¿Cuál es la mejor definición para este exantema?

- 1) Inicialmente eritema cervicofacial con extensión luego a resto del cuerpo purpúrico con aéreas de piel sana
- 2) Escarlatiniforme
- 3) Centrifugo
- 4) Descendente





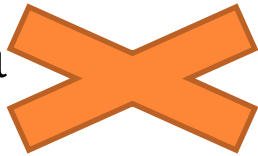
¿CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES **NO** ENTRA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

- Síndrome Shock tóxico
- Eritema multiforme
- Parvovirus B19
- Enfermedad de Kawasaki
- Enfermedad de Chikungunya
- Fiebres hemorrágicas
- Malaria



¿CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES **NO** ENTRA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

- Síndrome Shock tóxico
- Eritema multiforme
- Parvovirus B19
- Enfermedad de Kawasaki
- Enfermedad de Chikungunya
- Fiebres hemorrágicas
- Malaria



CHIKUNGUNYA



Sudeste Asiático Mucho dolor articular -



DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES EN FIEBRE+EXANTEMA

Flushing Facial

- Síndrome Shock tóxico
- Eritema multiforme
- Eritema infeccioso
- Escarlatina
- Enfermedad de Kawasaki
- Enfermedad de Chikungya

Exantema morbiliforme-purpúrico

- Sarampión
- Rubeola
- Mononucleosis infecciosa
- Exantema por enterovirus
- Fiebre tifoidea



Chikungunya fever	Fever, arthralgia, myalgia, HA, LAD, vomiting, diarrhea	Erythematous macules and papules on the trunk and extremities with islands of sparing. \pm Petechiae. Face spared. Burning sensation in pinna. ¹³	3-5 d	Asia, Africa, Indian Ocean
West Nile virus	Fever, seizures, ascending flaccid paralysis	Ill-defined erythematous-to-pink macules on trunk, and proximal extremities with pruritus and dysesthesia. Sparing face, palms, soles, mucous membranes. Resolve without scaling. ²⁸	3-7 d	Asia, Africa, Europe, United States ²⁹
O'nyong-nyong fever	Fever, arthritis, LAD	Pruritic morbilliform eruption. Initially discrete, then confluent. Starts on face, spreads to trunk and extremities. Favors neck, chest, back, flanks, inner aspect of thighs and arms. Does not desquamate. ³⁰	4 d, but varies	Sub-Saharan Africa
Mayaro virus	Fever, HA, myalgia, arthralgia	Erythematous macules and papules with some areas of confluence. Extremities and trunk ³¹ \pm hand involvement. Relative sparing of face. Rash more common in children (89%) than adults (53%). ³²	As fever subsides	South America
Sindbis virus	Fever, fatigue, arthralgia/arthritis	Generalized morbilliform eruption. Reports of vesicles on pressure points (palms/soles). ³³	3-4 d	Europe, Africa, Asia, Australia
Ross River disease	Fever, fatigue, arthralgia/arthritis	Most commonly maculopapular on trunk and limbs. \pm Palm/sole/face/scalp involvement. Reports of vesicular or purpuric. Rash seen in about 50% of affected persons. ³⁴	3-4 d	Australia, Papua New Guinea, Fiji, Samoa
Leptospirosis	Acute phase: fever, HA, myalgia, pharyngitis. Immune phase: organ failure	Acute phase: generalized morbilliform rash, most prominent on trunk. ³⁵ Immune phase: hemorrhage, bleeding, jaundice. Jaundice with history of water exposure differentiates from dengue fever. ³⁶	Concomitant	History of exposure to fresh water
Acute retro-viral syndrome (ARS)	Fever, fatigue, HA, pharyngitis, myalgia, LAD	Macules and papules on trunk and upper arms. ³⁷ \pm Palms and soles	Concomitant	

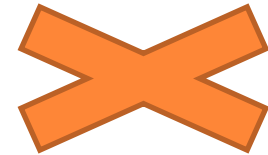
¿CUAL DE ESTAS MEDIDAS ES LA MENOS IMPORTANTE EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE?

- Aislamiento de contacto y respiratorio
- Gota gruesa
- Biopsia cutánea
- Serología a virus



¿CUAL DE ESTAS MEDIDAS ES LA MENOS IMPORTANTE EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE?

- Aislamiento de contacto y respiratorio
- Gota gruesa
- Biopsia cutánea
- Serología a virus



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma:

Hb 14.3 g/dl Leu 2.300 /mcl plaquetas 51000

Coagulación: INR 1.02

BQ: GOT: 468 GPT: 532 resto normal

Frotis de sangre:

Neutropenia, no parásitos

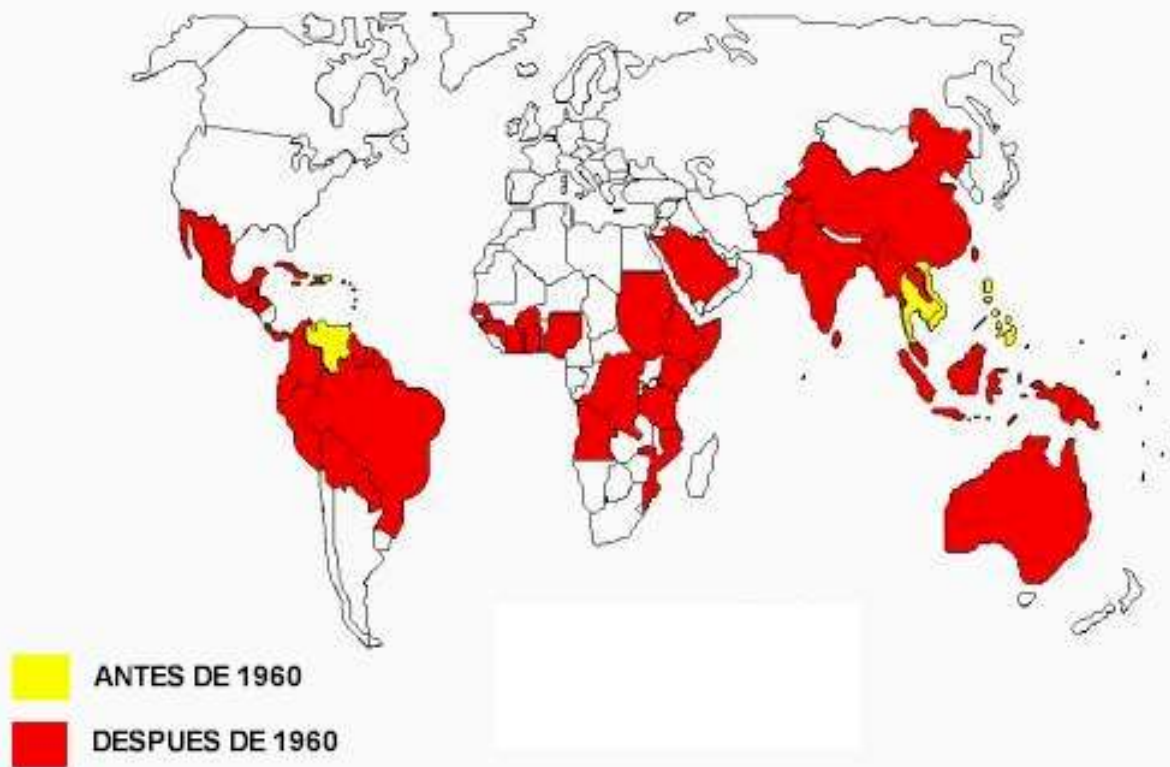


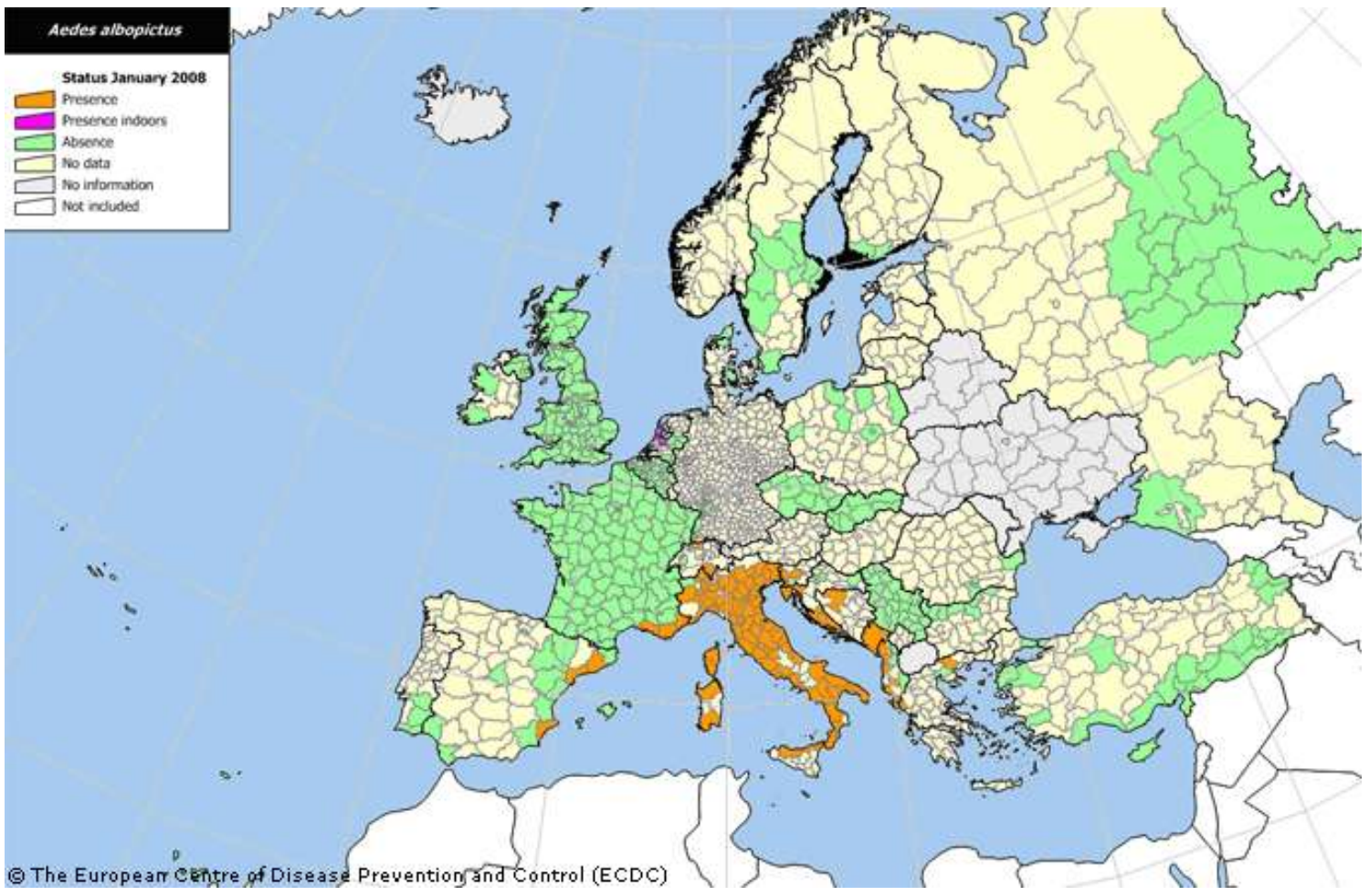
DENGUE

- Virus RNA Flaviviridae
- Transmitido por *Aedes aegypti/albopictus*



EMERGENCIA DE DENGUE





HISTORIA: FINAL

- Se inicia tratamiento con ciprofloxacino y paracetamol
- El paciente mejora de manera progresiva en 1 semana con normalización analítica.
- Se confirma el Dengue desde el punto de vista microbiológico.



NOTAS PARA LLEVAR A CASA

- La primera causa de fiebre en el viajero es:
- La primera causa de fiebre + exantema es:
- El exantema -----que respeta áreas de piel es muy indicativo de ----- en el paciente que viaja a áreas endémicas.
- Sin embargo no podemos olvidar que hay otras patologías importadas como el (-----) sin olvidar otros exantemas febriles



NOTAS PARA LLEVAR A CASA

- La primera causa de fiebre en el viajero es:
 - MALARIA
- La primera causa de fiebre + exantema es:
 - DENGUE
- El exantema -----que respeta áreas de piel es muy indicativo de ----- en el paciente que viaja a áreas endémicas.
 - Purpúrico Dengue
- Sin embargo no podemos olvidar que hay otras patologías importadas como el ----- sin olvidar otros exantemas febriles
 - Chikungunya





CASO 2

Lesion serpinginosa en mano tras viaje a Senegal
*Caso facilitado por el Dr. Sergio Vañó. Hospital
Ramon y Cajal.*

CASO CLÍNICO

- Varón 16 años
- 1 mes en Senegal vuelve hace 15 días
- Lesion papulosa de una semana de evolución que ha progresado serpinginosamente en la palma de mano derecha





DÓNDE ESTÁ EL PARÁSITO

- 1) En toda la lesión
- 2) Al inicio
- 3) Al final
- 4) A saber donde está ya....



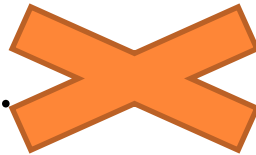
DÓNDE ESTÁ EL PARÁSITO

1) En toda la lesión

2) Al inicio

3) Al final

4) A saber donde está ya....



¿QUÉ PARÁSITO ES?

1) *Uncinarias* o *Ancilostomas*

2) *Strongiloides stercolaris*

3) *Tenia solium*

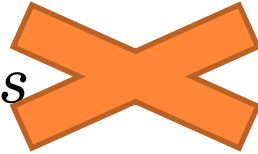
4) Larva de *Cochlyomyia homnivorax* (miasis)

5) Tinea manuum por *Trycophyton rubrum*



¿QUÉ PARÁSITO ES?

1) *Uncinarias* o *Ancilostomas*



2) *Strongiloides stercolaris*

3) *Tenia solium*

4) Larva de *Cochlyomia homnivorax* (miasis)

5) Tinea manuum por *Trycophyton rubrum*





BOOOOOO!!!!!!



¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN?

- 1) Extirpación quirúrgica
- 2) Corticoides tópicos
- 3) Crioterapia
- 4) Albendazol 10mg/kg/ día 4 días
- 5) Inhibidores de la calcineurina tópicos



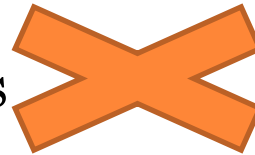
¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN?

1) Extirpación quirúrgica

2) Corticoides tópicos

3) Crioterapia

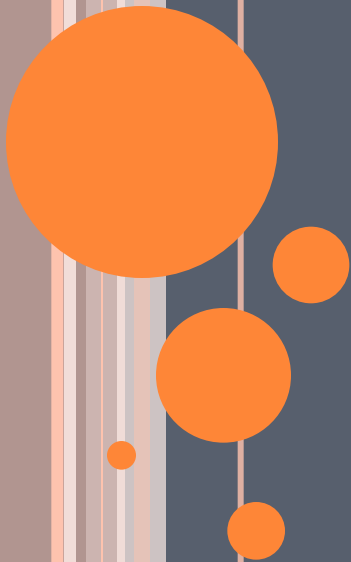
4) Albendazol 10mg/kg/ día 4 días

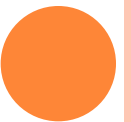


5) Inhibidores de la calcineurina tópicos



5 PICADURAS “MISTERIOSAS”







- Agente
- Posible transmisor de
- Tratamiento. ¿es necesario?



- Agente
 - Garrapata

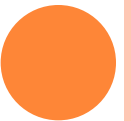
- Posible transmisor de
 - Borreliosis

- Tratamiento. ¿es necesario?
 - Controvertido “profilaxis” de borreliosis
 - Doxiciclina









- Agente
- Tratamiento agudo
- Tratamiento en este momento



- Agente

Medusa

- Tratamiento agudo

- Lavar con agua salada

- Tratamiento en este momento

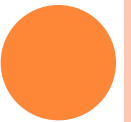
- Antibiótico+ corticoide

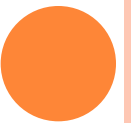




www.planetacurioso.com







- Agente

- Posibles complicaciones



- Agente

- Posiblemente aracnido

- Posibles complicaciones

Sobreinfección

Latrocelismo

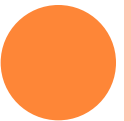
Loxocelismo











- Agente

- Tratamiento



○ Agente

- Procesionaria.
- Reacción urticariforme

○ Tratamiento

- Antihistaminicos+corticoides



