

Presentación clínica inusual de sífilis secundaria

Daniela Caicedo (1), Claudia Armas (1), Gabriel Bonilla (2).

(1) Postgrado de Dermatología, Instituto Superior de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

(2) Servicio de Dermatología, Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.

Dirección para correspondencia:

Dr. Gabriel Bonilla. Servicio de Dermatología, Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.

Avenida Mariana de Jesús y Avenida Occidental. Quito - Ecuador.

E-mail: gaboderm@uio.satnet.net

Resumen

Contexto: La sífilis en su estadio secundario se asocia con un espectro excepcionalmente amplio de manifestaciones clínicas lo cual dificulta su diagnóstico y tratamiento oportunos.

Presentación del caso: Mujer de 26 años, raza negra, sin antecedentes patológicos relevantes, que consultó por presentar dermatosis de dos días de evolución, caracterizada por pápulas diseminadas de tipo eritematoso con exulceraciones centrales y pápulas de centro hiperpigmentado con halo pálido y de apariencia urticariforme, sin afectación palmar, plantar o de mucosas. El VDRL fue reactivo y el FTA-ABS positivo.

Conclusión: El caso presentado no mostró manifestaciones clínicas clásicas de secundarismo sifilítico. La sífilis secundaria debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier cuadro caracterizado por una erupción cutánea desconocida.

Palabras Clave

Sífilis, Sífilis Secundaria, Dermatosis.

Introducción

La sífilis es una enfermedad infecciosa (causada por *Treponema pallidum*) de transmisión sexual, con un curso crónico e indolente que afecta piel, mucosas, anexos cutáneos y casi todos los órganos del cuerpo.^{1,2} En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la incidencia mundial de la patología era de 0.4%, representando unos 12 millones de casos.³ Sin embargo en los años 2001 y 2002 se evidenció un nuevo incremento de la frecuencia en Estados Unidos y en el Reino Unido, volviendo a considerarla de relevancia entre las enfermedades de transmisión sexual, incluso por su relación con el VIH.^{4,5}

A la sífilis se la ha denominado "la Gran Simuladora", debido a que en su estadio secundario se asocia con un espectro excepcionalmente amplio de manifestaciones clínicas lo cual dificulta su diagnóstico y tratamiento oportunos.^{2,6,7} El número y variedad de lesiones de este período se debe a la diseminación hematogena y linfática del *treponema*.^{1,8} Típicamente suelen predominar las erupciones cutáneas, especialmente maculares, máculopapulares, papulares o anulares, distribuidas en varias partes del cuerpo.⁹⁻¹¹ El caso que ha continuación se presenta, llamó la atención por manifestarse con una forma clínica inusual.

Presentación del caso

Se trató de una mujer de 26 años de edad, raza negra y sin antecedentes patológicos relevantes, que consultó por presentar una dermatosis de dos días de evolución localizada en cara, tronco, región glútea y extremidades. Como síntomas acompañantes presentó malestar general, alza térmica no cuantificada y prurito. Al examen físico se identificaron pápulas eritematosas con exulceraciones centrales, diseminadas en abdomen y tórax anterior (Foto 1). Lesiones de igual tipo se identificaron en tórax posterior, región lumbar, región inguinogenital, glúteos y tercio proximal de muslos.

En la región frontal y mentoniana se localizaron pápulas de centro hiperpigmentado con halo pálido y de apariencia urticariforme (Foto 2). No se encontró ningún tipo de afectación en palmas de manos (Foto No. 3), plantas de pies, ni mucosas. En la región cervical derecha y en región inguinal bilateral se identificó la presencia de adenomegalias. Los diagnósticos diferenciales que se consideraron en ese momento fueron: pitiriasis liquenoide varioliforme aguda (PLEVA), sífilis secundaria, pitiriasis rosada papular sin placa primaria y varicela.

A fin de precisar el diagnóstico, se tomó una biopsia de las lesiones para estudio histopatológico, el cual reportó presencia de focos de ulceración epidérmica con fondo fibronecrótico, epidermis acantolítica con necrosis aislada de queratinocitos, en dermis superficial; y, abundante infiltrado linfoplasmocitario perivascular y perianexial, en dermis profunda (Foto 4). Entre los exámenes de laboratorio realizados, la analítica sanguínea fue normal, al igual que el elemental y microscópico de orina. El análisis serológico para pruebas no treponémicas como el VDRL (venereal disease research laboratory) mostró reactividad a 1:16 diluciones. Debido a que este tipo de pruebas suelen ser sensibles pero sin especificidad, se efectuó la prueba treponémica FTA-ABS (absorción de anticuerpos fluorescentes contra *treponema*) la cual fue positiva y detectó anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*. Finalmente se solicitó de forma complementaria un análisis de ELISA para HIV, mismo que fue negativo.

En base al cuadro clínico (no completamente característico), los resultados de laboratorio positivos y los hallazgos histopatológicos compatibles se estableció como diagnóstico definitivo sífilis en estadio secundario. La paciente fue tratada con Penicilina benzatínica 2.4 millones de U.I. (una dosis semanal por tres semanas) y recibió consejería específica sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y formas para mantener una vida sexual segura. La pareja sexual de la paciente fue tratada de igual forma.



Foto 1.- Pápulas eritematosas diseminadas en el tórax anterior de la paciente con sífilis secundaria.



Foto 2.- Pápulas de centro hiperpigmentado con halo pálido localizadas en región mentoniana.



Foto 3.- Palmas de las manos libres de lesiones en la paciente con sífilis secundaria.

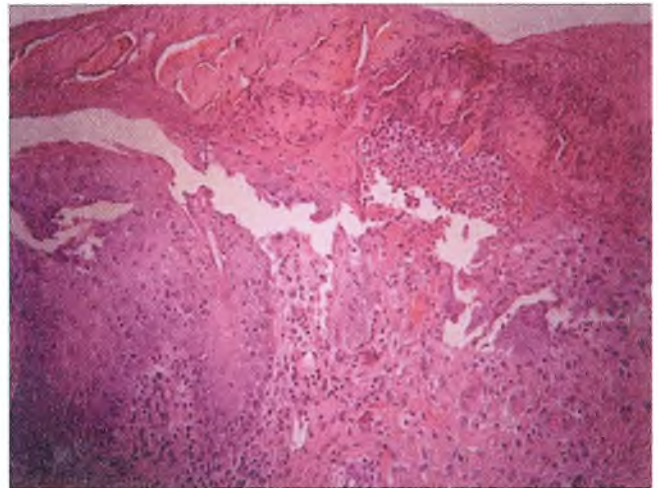


Foto 4.- Presencia de infiltrado linfoplasmocitario perivascular en dermis profunda. Biopsia cutánea de la paciente.

[Nota: Una versión a mayor resolución de las imágenes está disponible en la Web de la revista]

La evolución clínica y serológica de la paciente fue satisfactoria. En el control a las cuatro semanas las lesiones cutáneas habían desaparecido casi por completo, junto con una reducción en la titulación VDRL (1:8 diluciones). En el control mensual posterior se observó manchas postinflamatorias, reflejando la curación clínica del cuadro.

Discusión

Hoy en día se cree que la sífilis no es una entidad frecuente, lo que ha provocado una disminución en el interés por investigar y conocer más sobre ésta enfermedad. Los casos nuevos que se reportan son generalmente atribuidos a la falta de programas de control adaptados a las realidades sociales, técnicas, sanitarias, financieras y políticas de cada país. Sin embargo, esta ETS todavía debe ser considerada de importancia epidemiológica, incluso por su relación con el VIH, lo cual condiciona cambios en su comportamiento clínico, serológico y terapéutico.⁵

El secundarismo sífilítico se caracteriza por un amplio espectro clínico y gran variación en sus patrones histológicos.⁷ En el 80% a 95% de los pacientes se presentan erupciones cutáneas, de las cuales más del 95% suelen ser maculares, máculopapulares o anulares, distribuidas típicamente en

cara, hombros, flancos, palmas de manos, plantas de pies y región ano-genital, pudiendo ser generalizadas y afectar también mucosas, uñas, ojos y oídos.^{1,6,9-11} Por estas posibilidades de variación en sus manifestaciones, la sífilis secundaria debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades dermatológicas.

En el caso presentado, inicialmente se consideraron varias entidades en relación con las manifestaciones clínicas, incluyendo la posibilidad de sífilis secundaria. Sin embargo, la falta de afectación en ciertas regiones como palmas de manos, plantas de pies y mucosas, así como los tipos de lesiones identificadas, condicionaron que sólo las pruebas de laboratorio y el estudio histopatológico orientaran mejor el diagnóstico.

Por lo anterior, ante un cuadro sospechoso, es básico realizar una adecuada recopilación de datos en la historia clínica del paciente, procurando determinar conductas sexuales de riesgo y evaluar detenidamente el cuadro clínico. Muchas veces los pacientes pueden negar la posibilidad de contagio y desarrollo de la enfermedad. Una entrevista y exploración detenidas pueden optimizar la realización e interpretación de pruebas de laboratorio, algunas de las cuales poseen sensibilidad y especificidad variable. En cuanto al tratamiento, la

Penicilina sigue siendo el fármaco de elección en cualquier estadio de la sífilis, por su eficacia, seguridad y coste.¹²

El seguimiento de los pacientes en ocasiones resulta difícil debido a la falta de cooperación de los mismos, por lo que la información y educación que reciba el paciente por parte del médico es fundamental. Además como parte importante del seguimiento se debe realizar controles por medio de serologías no treponémicas mensualmente durante el primer año y cada 6 meses en el segundo año, para detectar recaídas o reinfecciones.^{1,6,9}

El caso presentado ha permitido reconocer todavía la existencia de casos de sífilis secundaria en nuestro medio. Por su presentación en una forma clínica inusual, resalta la importancia de que tanto médicos generales como especialistas se encuentren alertas ante cuadros caracterizados por una erupción cutánea desconocida, para evitar diagnósticos errados, manejos inapropiados y sus respectivas consecuencias. Sólo de esta forma los casos serán diagnosticados y tratados tempranamente.¹³

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Moreno C. Sífilis. *Dermatología* 2004; 48: 311-20.
2. Medina D, Mora S. Sífilis Secundaria. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002; 11 (1): 14-17.
3. Ibarra V, Oteo J. ¿Otra vez sífilis? *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 295-96.
4. Anónimo. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003; 52: 1117-20.
5. Vilata J. Sífilis: 500 años después. *Piel* 1994; 9: 263-64.
6. Sánchez M. Sífilis. En: Fitzpatrick T. *Dermatología en Medicina General*. 5ta edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2001: 2706-38.
7. Pérez S, Sisalema V, Ferreiro M, Arévalo C, Reyes O. Sífilis Secundaria: formas clínicas reemergentes. *Derm Venez* 2000; 38: 34-37.
8. Stary A. Enfermedades de transmisión sexual. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatología*. Madrid: Elsevier, 2004: 1271-94.
9. Odom R, James W, Berger T. *Andrews' Dermatología Clínica*. Madrid: Marban, 2004.
10. Handsfield H. *Enfermedades de transmisión sexual*. 2da edición. Madrid: Marban, 2002.
11. Zarco C, Segurado M. Enfermedades de transmisión sexual de origen bacteriano. En: Iglesias L, Guerra A, Ortiz T. *Tratado de Dermatología*. 2da edición. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana, 2004: 95-105.
12. Caldero M, Burgos C. Sífilis Secundaria. A propósito de un caso. *Semergen* 2003; 29: 599-601.
13. Fonseca E. ¿Se puede tener sífilis con tranquilidad? *Piel* 2002; 17: 397-98.

