

Secundarismo sífilítico: un amplio espectro de manifestaciones dermatológicas

Syphilitic Secondaryism: A Wide Spectrum of Dermatological Manifestations

ISABEL CRISTINA CUÉLLAR^a

Hospital Universitario San Ignacio, Colombia

FREDY ÁVILA

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

ALEJANDRA LOZANO

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

RESUMEN

El artículo describe el caso de un paciente de 28 años de edad con antecedente de VIH, quien presentaba múltiples lesiones en la piel y las mucosas, producto de sífilis secundaria, y quien mostraba un amplio espectro de manifestaciones cutáneas características de esta enfermedad.

Palabras clave

sífilis cutánea; *Treponema pallidum*; VIH.

ABSTRACT

We describe the case of a 28-year-old patient with HIV history who has multiple skin and mucous lesions that showing a broad spectrum of cutaneous manifestations of secondary syphilis.

Keywords

syphilis cutaneous; *Treponema pallidum*; HIV.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: icuellar@javeriana.edu.co

Cómo citar: Cuéllar IC, Ávila F, Lozano A. Secundarismo sífilítico: un amplio espectro de manifestaciones dermatológicas. Univ Med. 2017;58(3):1-5. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-3.derm>

Introducción

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual crónica, cuyo agente causal es el *Treponema pallidum*, una espiroqueta cuyo único hospedero es el ser humano [1]. Cuenta con alta capacidad para replicarse lentamente en distintos tejidos y permanecer en ellos durante tiempo prolongado. Se ha estimado que en el mundo se presentan más de doce millones de casos nuevos por año de infección causada por *treponema* [2].

Esta enfermedad presenta largos periodos asintomáticos y tiene la capacidad de invadir diferentes órganos y tejidos, ya que lo hace a través de diseminación linfática y sanguínea. Se estima un periodo de incubación de dos a tres semanas posterior al contagio [3,4].

Se han descrito cuatro estadios en la sífilis [5]: primario, secundario, latente y terciario. Cada uno se caracteriza por presentar diferentes manifestaciones, por ejemplo, en la sífilis

primaria se identifica una lesión ulcerada indolora conocida como *chancro duro*, la cual tiene una duración aproximada de cuatro a seis semanas y, posteriormente, desaparece sin dejar lesión residual. Por lo general, en este estadio el chancro suele acompañarse de linfadenopatía regional no supurativa [6].

Si la infección persiste consecuencia de la diseminación treponémica, se presentan las manifestaciones del estadio secundario, las cuales pueden evidenciarse desde la segunda hasta la octava semana posterior a la lesión inicial. Dentro de las manifestaciones se encuentran las sistémicas: artralgias, mialgias, fiebre, adenopatías, sinovitis o anorexia (asociadas a lesiones cutáneas como exantema maculopapular o pustular, que afectan principalmente plantas y palmas); erosiones superficiales; afectación del cuero cabelludo (como alopecia en parches); alteración de las mucosas, o condiloma lata [4].

El estadio latente de la enfermedad se caracteriza porque en ella la persona se encuentra en un periodo asintomático; sin embargo, las pruebas treponémicas siguen mostrando positividad. Debido a esto, el paciente puede presentar recaídas y progresar hacia un estadio terciario. En este existe afectación del sistema nervioso central y se manifiesta con paresias, afasias, tabes dorsal (por desmielinización de los ganglios y raíces dorsales), alteraciones meningovasculares o psiquiátricas. Además, en esta etapa de la enfermedad puede evidenciarse la sífilis cardiovascular, de la cual la endoarteritis obliterante es la lesión más frecuente. Esta patología afecta el vasa vasorum de la aorta, principalmente la porción ascendente, lo que causa una necrosis y destrucción de la capa media de la arteria, así como un aneurisma sacular [7].

En el estadio secundario de la sífilis, las manifestaciones cutáneas son de amplio espectro y pueden simular cualquier tipo de patología, lo que conlleva que su diagnóstico sea complejo de definir y su tratamiento no oportuno. Ello lleva a progresión de la enfermedad, esta característica permite denominar la sífilis como la *gran simuladora* [8,9].

A continuación se presenta el caso de un paciente con antecedente de VIH quien presenta un cuadro clínico de secundarismo sífilítico.

Caso clínico

El caso corresponde a un hombre de 28 años de edad, natural y procedente de Bogotá, diseñador de modas, con antecedente de VIH diagnosticado un año atrás con pobre adherencia a la terapia antirretroviral, quien presentaba un cuadro clínico de siete meses de evolución, consistente en una lesión en el labio inferior, indolora inicialmente, que progresó en tamaño y desde hacía un mes era dolorosa, asociada a caída del cabello y lesiones en la frente y las extremidades.

En el examen físico, en el cuero cabelludo, en la región coronal y frontal, se identificaron áreas alopécicas redondeadas con aspecto de mordida (apolillamiento) con caída activa a la tracción (figura 1).

Figura 1. Áreas alopécicas



En las cejas, hay pérdida del tercio distal. En la región frontal (zona de implantación del cuero cabelludo) se observó una placa pardo

eritematosa descamativa de aspecto en corona (figura 2).

Figura 2. Placa pardo eritematosa descamativa en disposición de corona



En el labio inferior presentaba exulceración de 1 cm (figura 3), y en los antebrazos, maculas que coalescen y dan un aspecto moteado de color pardo violáceo. En las plantas de los pies se evidenciaban placas redondeadas pardas ajamonadas con descamación (figura 4).

Figura 3. Chancro primario en labio inferior



Figura 4. Placa con descamación central



En el escroto y la región perianal se veían placas violáceas, húmedas con áreas erosionadas (figura 5).

Figura 5. Condiloma lata



El diagnóstico clínico planteado fue sífilis secundaria, por lo cual se solicitaron exámenes de laboratorio: la reagina plasmática rápida fue reactiva con una dilución 1/128. El conteo de linfocitos CD4 tuvo un valor absoluto de 20 y la carga viral dio 6424 copias, por lo cual se inició manejo con penicilina cristalina de cuatro millones de UI cada cuatro horas, dado que se trata de un paciente inmunosuprimido con conteos menores de 100 CD4.

Discusión

El diagnóstico de sífilis secundaria es principalmente clínico; sin embargo, es importante corroborarlo con exámenes de laboratorio, lo cual permite establecer datos estadísticos de la enfermedad en una población y permite descartar diagnósticos diferenciales.

En el caso presentado, se identificó a un paciente con VIH, quien tenía los CD4 disminuidos. Ello reflejaba un estado de inmunosupresión que favoreció el riesgo de adquirir enfermedades oportunistas, razón por

la que se debe sospechar o alertar frente a un diagnóstico de sífilis secundaria [10].

Se debe considerar que lesiones presentes como áreas con alopecias en apolillamiento, placas redondeadas pardas con descamación central en plantas o palmas, placa en aspecto de corona en zona de implantación o condiloma lata son manifestaciones que se presentan en pacientes con sífilis secundaria; sin embargo, cabe destacar que no siempre se evidencian todas las lesiones mencionadas de manera conjunta en los pacientes que presentan dicha enfermedad, por lo cual es muy importante realizar un examen físico detallado y relacionarlo con el cuadro clínico de cada paciente para tener una aproximación más certera al diagnóstico [7,11].

Existen diferentes métodos para el diagnóstico de la enfermedad: el primero corresponde a la visualización directa del treponema, ya sea por microscopía en campo oscuro o por fluorescencia directa. El segundo método es por serología, donde se identifican dos tipos de pruebas: a) las no treponémicas (rápidas y económicas), que son la prueba serológica para la sífilis y la reagina plasmática rápida, utilizadas muy frecuentemente. b) Las pruebas treponémicas, donde se utiliza el antígeno del microorganismo para detectar el anticuerpo específico contra el *Treponema pallidum*, siendo la más usada la *fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-ABS) [11,12].

El tratamiento de la sífilis va dirigido a eliminar el agente causante y debe tenerse en cuenta para los pacientes VIH, así como el estadio en el que se encuentre el paciente, ya que los esquemas de tratamiento tendrán modificaciones según el grado de afectación inmunológica. El tratamiento de elección es la penicilina benzatínica, que ha demostrado tener mayor eficacia. En caso de presentar alergia a la penicilina, se puede utilizar como opción farmacológica las tetraciclinas o la ceftriaxona [13].

El caso presentado permite fortalecer los conceptos semiológicos de las lesiones cutáneas, como un mecanismo para establecer un diagnóstico clínico acertado y efectuar un adecuado y oportuno tratamiento.

Referencias

1. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Fitzpatrick: atlas de dermatología clínica. 7a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
2. Sabogal AL, Peralta JC, Martínez LM. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública: protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita [internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf>
3. Forero N, Peña MJ. Manifestaciones dermatológicas de la sífilis. Revista Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. 2011;24:217-29.
4. Wolff K, Carina F, Rodríguez F, Cismando MI, et al. Fitzpatrick. Dermatología en medicina general. 7a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2009.
5. Cherneskie T. An update and review of the diagnosis and management of syphilis: Region II STD/VIH Prevention Training Center. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2006.
6. Medina D, Mora S. Sífilis secundaria: comunicación de un caso. Dermatología Pascua. 2002;11:14-7.
7. López JL, Artes JF. Sífilis: una revisión actual [internet]. Valencia: Control Calidad SEIMC. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf>
8. Caicedo D, Armas C, Bonilla G. Presentación clínica inusual de sífilis secundaria. Rev Facultad Medicina Quito. 2006;31:82-4.
9. Contreras E, Zuluaga S, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. Rev Colomb Infectol. 2008;12:340-47.
10. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich E, Concha M. Dermatologic manifestations associated with HIV/AIDS. Rev Chil Infectol. 2015;32:57-71.
11. Carrada T. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Facultad de Medicina UNAM. 2003;46:236-42.
12. Pestoni Porveñ C, Lado Lado FL, Cabarcos Ortiz de Barroñ A, et al. Sífilis: perspectivas terapéuticas actuales. Rev Med Interna Madrid. 2002;19:89-95.
13. Workowski KA, Bolan GA; Center for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.