

Sífilis Secundaria

Presentación de casos con llamativas lesiones cutáneas Secondary Syphilis: Presentation of cases with severe skin lesions

Arnaldo Aldama* Libia Martínez** Nidia Aquino** Fabián Aldama*** Gloria Mendoza****
*Jefe de Servicio **Residente ***Residente de Medicina Interna ****Dermatóloga

Resumen

La sífilis secundaria se caracteriza por el polimorfismo de las lesiones mucocutáneas, aún más evidente cuanto más prolongada es la evolución sin tratamiento o realizado en forma inadecuada o incompleta. Esta característica hace que haya sido considerada como la gran simuladora de otras enfermedades. Presentamos 4 pacientes con sífilis secundaria, con lesiones muy llamativas, 2 aparentemente inmunocompetentes y 2 con factores de inmunosupresión (en un caso leucemia mieloide crónica y otro lupus eritematoso sistémico). Todos ellos con serología negativa para HIV. Se plantearon varios diagnósticos diferenciales por el aspecto de las lesiones cutáneas.

Palabras claves: sífilis, sífilis secundaria, sífilis en inmunodeprimidos, lues.

Abstract

Secondary syphilis is characterized by the polymorphism of the mucocutaneous lesions, even more evident how much longer is the evolution without treatment, or improperly carried out or incomplete. This feature makes it that has been regarded as the great imitator of other diseases. We report 4 cases of secondary syphilis, with lesions very showy, 2 and 2 apparently immunocompetent with factors of immunosuppression (in a case chronic myeloid leukemia, and other systemic lupus erythematosus). All cases were HIV negative. It raised various differential diagnoses by the appearance of the skin lesions.

Key Words: syphilis, secondary syphilis, syphilis in immunosuppressed patients.

Introducción

La sífilis secundaria, que en promedio se presenta a los 2 meses de iniciada la infección, se caracteriza por la variedad de lesiones mucocutáneas que justifica el apelativo de “gran simuladora” que se le ha dado.¹⁻³

Además de los síntomas constitucionales y el compromiso de cualquier órgano, la piel, los anexos y las mucosas pueden presentar varios tipos de lesiones.¹⁻³

En la **piel** la erupción comienza siendo maculosa (roséola sífilítica) para luego aparecer las pápulas que son las lesiones típicas del secundarismo sífilítico. Estas lesiones pueden ser:²

- De *mediano tamaño* (sífilis papulosa lenticular) con distribución generalizada o localizada en borde frontal de cuero cabelludo (corona venérea), en surco nasogeniano o mentón (sífilide seborreica) o en región palmo-

plantar (clavo sífilítico).

- De *pequeños elementos* como la sífilides liquenoide.
- *Grandes elementos* (en sábana), papuloerosivas o vegetantes (condilomas planos).
- También pueden ser papulocostrosas, papulopustulosas, ulcerosas, vesiculosas, nodulares, y leucoatróficas aunque con poca frecuencia.

En **mucosas** presenta placas que pueden ser erosivas, papuloerosivas y ulceradas.²

En **anexos** alopecia difusa, en placas, onixis y perionixis.²

Presentamos 4 casos de sífilis secundaria con lesiones cutáneas polimorfas muy importantes, y de aspecto no clásico (en 3 pustulosas y 1 ulcerocostrosa), en pacientes HIV negativos, pero 2 con otras patologías inmunodepresoras.

Caso 1:

Paciente de sexo masculino, 21 años, procedente del interior, empleado, consulta por lesiones en la piel que se habían iniciado en el prepucio hace 5 meses.

Hace 4 meses lesiones rojizas, que se erosionan y se vuelven costrosas en cuero cabelludo, tronco, palmas y plantas. Presenta sensación febril, dolor de garganta y astenia. No refiere otros antecedentes de interés.

Examen Físico: Pápulas y placas eritematosas, algunas ulceradas, otras costrosas, de bordes irregulares, límites netos, múltiples, distribuidas por tronco (Figura 1), cuello, cuero cabelludo, miembros superiores e inferiores y escasas en palma de manos y planta de pie derecho. Ulceras de bordes elevados infiltrados e irregulares, límites netos, fondo serohemático o costroso, entre 0.5 y 2 cm de diámetro con eritema perilesional en abdomen (Figura 2) y espalda. Prepucio eritemato-edematoso con infiltración y exulceraciones produciendo fimosis (Figura 3).

Amígdalas congestivas. Se palpan microadenopatías, no hepatoesplenomegalia.

Clinicamente se plantean los siguientes diagnósticos: Micosis profunda, pitiriasis liquenoide aguda-papulosis linfomatoide, sífilis.

Estudios: El hemograma dentro de límites normales, VSG 25/47mm (1ª y 2ª hora), VDRL 1:64, FTA-ABS (+), HIV (-) en 2 oportunidades (al inicio y a los 6 meses), hepatograma normal.

La anatomía patológica muestra infiltración dérmica por plasmocitos sin lesión vascular específica (Figura 4).

Es tratado con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI, 3 dosis a intervalos semanales. Las lesiones curaron dejando hiperpigmentación residual, los controles de VDRL a los 2 meses 1:2 y al 6to. mes 1:1.

La VDRL y FTA-Abs de la pareja fueron no reactiva y negativa respectivamente, no obstante se indicó 1 dosis de penicilina G benzatínica de 2.400.000 UI.



FIGURA 1
Pápulas y placas ulcero-costrosas en tronco y extremidades



FIGURA 2
Aproximación de mismas lesiones.



FIGURA 3
Eritema, edema, exulceraciones en genital. Anatomía patológica. H&E.

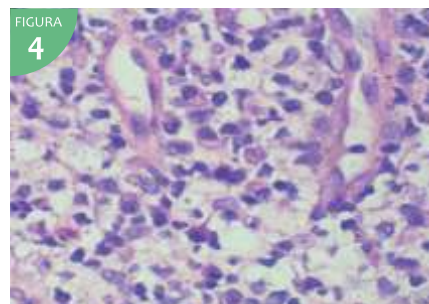


FIGURA 4
Infiltración dérmica por plasmocitos sin lesión vascular específica.

Caso 2:

Paciente de sexo femenino, 43 años, procedente del interior, ama de casa, consultó por lesiones cutáneas de 22 días de evolución, que se iniciaron en cuero cabelludo, se extienden a rostro y rápidamente se generalizan. Las lesiones son pruriginosas y en su comunidad es tratada con clorfeniramina y dipirona. Además refiere sensación febril, cefalea y fotofobia. Primer episodio, niega lesiones genitales previas.

La paciente refiere lesiones similares en el marido quien no acudió al hospital para control.

Al examen físico: Pápulas y placas eritematosas, infiltradas, con exulceración y costras melicéricas en la frente (Figura 5), en otras zonas del rostro pápulas umbilicadas color piel. Lesiones papulosas, pustulosas en cuello, tronco (Figura 6), extremidades y axilas. En región genitoanal pápulas y placas eritematosas de superficie lisa algunas exulceradas y otras vegetantes (Figura 7).

En palma de manos y plantas de pies pápulas de superficie queratósica (Figura 8). No se constatan lesiones orales.

Se palpan ganglios aumentados de tamaño, en región cervical e inguinal. El resto del examen no aporta datos de interés.

Se plantean los diagnósticos de: sífilis, histoplasmosis, pitiriasis liquenoide aguda.

Los estudios muestran hemograma normal, perfil lipídico y hepatograma normales, VSG 80 mm a la primera hora, VDRL de 1:128.

Por la fotofobia se decide realizar punción lumbar, siendo el citoquímico normal y la VDRL negativa en el líquido cefalorraquídeo.

Se realiza tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI, 3 dosis, con intervalos semanales, previo corticoides oral.

Las lesiones mejoran dejando hiperpigmentación residual que posteriormente se aclaran y la VDRL a los 3 meses es de 1:2.

El marido que también recibió la penicilina en igual esquema y su VDRL fue de 1:2 posterior al tratamiento.

Las determinaciones de HIV fueron negativas en ambos.

Por las otras posibilidades diagnósticas citadas fue realizada biopsia de piel y la anatomía patológica demostró la presencia de pustulosis.



Figura 5: Pápulas y placas ulcero-costrosas en rostro.



Figura 6: Pápulas con centro pustuloso o costroso en tronco.



Figura 7: Pápulas planas y exofíticas en región perianal. Condiloma plano.



Figura 8: Pápulas queratósicas en palma de mano. Clavo sífilítico.

Caso 3:

Mujer, 18 años, internada en Clínica Médica por lesiones cutáneas, de 1 semana de evolución que se inician en cuero cabelludo y cara, con rápida extensión a tronco. Niega lesiones previas en genitales. Acompaña al cuadro cefalea intensa y fotofobia.

Portadora de lupus eritematoso sistémico (LES) con nefritis lúpica, recibe bolos de ciclofosfamida y prednisona 50mg/día vía oral. Las últimas determinaciones laboratoriales muestran ANA 1:320 patrón homogéneo y Anti-DNA 1:2560.

Hace 3 semanas desarrolló herpes zoster que fue tratado con aciclovir.

Al examen físico: Pápulas, placas y nódulos infiltrados eritemato-violáceos, algunos con pústulas, costras y descamación en rostro (Figura 9), cuero cabelludo, cuello, tronco, miembros. Lesiones papulosas plantares. No lesiones mucosas.

Se plantean los diagnósticos presuntivos de farmaco-

dermia, erupción acneiforme e infecciones oportunistas.

Se realiza biopsia para anatomía patológica que informa denso infiltrado dérmico constituido por linfocitos, gran cantidad de plasmocitos, algunas células epiteloides que rodean vasos sanguíneos, anexos pilosebáceos y sudoríparos.

La VDRL es de 1:512, HIV (-). Se realiza punción lumbar con valores dentro de rango normal.

Se trata con penicilina cristalina 18.000.000 UI/día, por 10 días, por la posibilidad de neurosífilis, que se consolida con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM 3 dosis con intervalos semanales. La pareja también tenía VDRL (+) y fue tratada.



Pápulas y placas infiltradas en rostro.

Caso 4:

Varón, 43 años, procedente del departamento Central, constructor, consulta por lesiones rojizas de 8 días de evolución que se inician en el tórax y que luego se diseminan a todo el cuerpo. Se acompaña de sensación febril.

Es portador de leucemia mielocítica crónica (LMC), actualmente estable, en tratamiento con imatinib. Refiere que la esposa presenta lesiones similares.

Al examen físico: Pápulas y placas eritematosas, infiltradas, bordes irregulares, límites netos, de 0.5 a 2 cm de diámetro, con pústulas y algunas con costra central, distribuidas por casi todo el cuerpo, incluyendo cuero cabelludo, rostro, cuello (Figura 10), tronco (Figura 11), palmas de manos. Se palpan adenomegalias. No presenta lesiones en boca, genital o ano.

Se plantea los diagnósticos de: sífilis secundaria, criptococosis, histoplasmosis, pustulosis exantemática, pitiriasis rosada por lo que además de solicitar estudios laboratoriales se realiza biopsia de la piel.

Los estudios laboratoriales informan VDRL 1:16, HIV (-). Perfil bioquímico normal, orina con hematuria.

La biopsia de piel informa pústulas foliculares y perifoliculares.

Es tratado con penicilina G benzatínica y a la semana de tratamiento las lesiones mejoran quedando hiperpigmentación. Completó 3 dosis. La esposa con VDRL 1:32 recibió el mismo tratamiento con remisión de lesiones.



Figura 10: Pápulas y placas con pustulación.

Figura 11: Pápulas y placas con pustulación en espalda.

Comentarios

El aspecto muy polimorfo de las lesiones cutáneas de estos pacientes planteó varios diagnósticos posibles en la primera consulta. En efecto, además de la sífilis, se consideraron micosis profunda (criptococosis e histoplasmosis), pitiriasis liquenoide aguda, pitiriasis rosada, papulosis linfomatoide, farmacodermia (erupción acneiforme, pustulosis exantemática aguda).

Por este motivo fueron estudiados exhaustivamente con pruebas serológicas y biopsia para anatomía patológica, procedimientos que permitieron confirmar el diagnóstico.

En todos los casos la VDRL, con títulos iniciales que oscilaban entre 1:16 a 1:512, permitió iniciar precozmente el tratamiento con penicilina. La FTA-Abs, prueba que no está regularmente a disposición en los hospitales públicos, fue realizada en 1 solo paciente siendo positiva.

Los detalles clínicos relevantes fueron:

La evolución rápida (3 de los 4 casos presentaron diseminación de lesiones en menos de 3 semanas), En el primer caso llama la atención las úlceras bien desarrolladas con costras que sumadas a otras lesiones papulosas también de superficies erosivas o costrosas nos sugirió el diagnóstico de sífilis maligna. Esta forma clínica se caracteriza por el curso agresivo con importante sintomatología general, con lesiones ulcerosas que se recubren de costras negruzcas (rupia sífilítica) a veces con distribución corimbiforme (una lesión mayor con otras pequeñas satélites) y en la histología se observa vasculitis leucocitoclástica, que no pudo demostrarse en el caso. Se observa en pacientes inmunodeprimidos especialmente por el SIDA.³⁻⁷

En los otros casos llama la atención la presencia de lesiones pustulosas confirmadas por anatomía patológica en el segundo y cuarto caso. La sífilis pustulosa procede de pápulas que se reblandecen, ulceran y forman costras pudiendo ser generalizadas. Puede parecerse a la varicela o al impétigo ampoloso y es poco frecuente.^{3,4,8}

Solo el primer caso percibió lesión previa en genital que pudo corresponder a la etapa primaria de la enfermedad. El chancro puede pasar inadvertido sobre todo en mujeres.⁵

Todos los casos presentaban sensación febril y algunos refirieron otros síntomas como cefalea, astenia, dolor de garganta. Al examen físico poliadenoopatías, y en ninguno pudo demostrarse afectación neurológica, hepática o renal atribuible a la enfermedad.

La presencia de lesiones palmoplantares que se observaron en todos los casos, orientaron a ubicar a la sífilis como posibilidad diagnóstica.

Dos casos tenían lesiones mucosas y en ninguno se vio compromiso de anexos.

La serología para HIV fue negativa en todos los casos. Por la posibilidad del llamado periodo de ventana debería ser repetido a los 6 meses. La relación frecuente entre sífilis y SIDA siempre debe ser investigada.^{4,8}

En 2 de estos pacientes se presentaron otras enfermedades inmunosupresoras: LES y LMC, que probablemente modificaron la evolución de la sífilis, con lesiones rápidamente evolutivas y muy exuberantes.

En 2 casos se realizó punción lumbar, en ambos por la intensa cefalea y fotofobia. Los resultados alejaron el diagnóstico de neurolues.

Todos los casos recibieron penicilina G benzatínica a dosis semanal de 2.400.000 UI por 3 semanas, esquema utilizado por la dificultad de clasificar el caso como temprano o tardío por no recordar la lesión primaria y por la intensidad del cuadro. Un solo caso fue tratado inicialmente con penicilina cristalina por la sospecha de neurosífilis que al ser descartado se rotó a penicilina G benzatínica.

En 3 pacientes se pudo realizar control clínico y laboratorio estricto, con determinaciones de VDRL a los 2-3 y 6 meses, con tendencia a descender en forma constante en esos periodos (hasta valores de 1:2 y 1:1) pero sin negativización. La VDRL es un estudio útil para el seguimiento, debiendo controlarse a los 3 meses, considerándose un descenso en 4 veces como satisfactorio. Debe seguirse con determinaciones periódicas hasta por lo menos 2 años. No en todos los casos ocurre negativización de la prueba.⁵

Otro aspecto muy importante es el control de contactos^{9,10} realizado en los 4 pacientes, detectándose en 3 de ellos compromiso laboratorio estricto y en 2 incluso clínico. En 1 solo caso la pareja no tenía lesiones clínicas ni alteraciones serológicas, pero todos recibieron penicilina.

Conclusión

Estos casos demuestran que la sífilis sigue siendo un diagnóstico a considerar en casos de lesiones muy llamativas como los presentados.

Bibliografía

1. Sampaio S, Rivitti E. Dermatología. 2ª ed. Sao Paulo: Artes Médicas 2000; p.489-515.
2. Rodríguez A. Sífilis. En: Conejo Mir J, Moreno J, Camacho F. Tratado de Dermatología. Barcelona: Océano Ergon. p. 807-822.
3. Sanchez M, Sífilis. En: Freedberg I, Elsen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Panamericana 2005; p.2445-2473.
4. Santana Azevedo W, Campos Do Carmo G, Soares Quinete S, Correa De Carvalhos S, Souza Marqués A. Sífilis exuberante en paciente co-infectado pelo HIV. Med Cutan Iber Lat Am 2009; 37 (2): 98-101.
5. Franco N, Aldama A. Infecciones de transmisión sexual. En: Aldama A, Rivelli V, Dermatología. 2ª ed. Asunción: Visualmente 2011; p. 73-87.
6. Morton R. Treponematosís. En: Rook A, Wilkinson D, Ebling F, Champion R, Burton J. Tratado de Dermatología. 4ª ed. Barcelona: Doyma 1986; p.923-968.
7. Crowson A, Magro C, Mihm M. Enfermedades treponémicas. En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. Lever. Histopatología de la piel. Buenos Aires: Intermedica 1999; p. 449-460.
8. Criado P, Segurado A, Valente N, Sotto M, Juang J. Sífilis secundaria pustulosa en paciente HIV positivo: Relato de caso. An bras Dermatol 71 (3): 217-221.
9. Magaña M, Magana M. Dermatología. México: Panamericana 2003; p. 53-91.
10. Lucas Costa A, Belinchon Romero I. La sífilis hoy. Piel 2008; 23 (1). 1-3.