

# Secundarismo sifilítico: el gran imitador en 2021

## Secondary Syphilis: The Great Imitator in 2021

Luis Carlos Morales Godínez<sup>1</sup> y Esther Guadalupe Guevara Sanginés<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de primer año de Dermatología

<sup>2</sup> Médico adscrito a Dermatología

Hospital Lic. Adolfo López Mateos, Ciudad de México

### RESUMEN

La sífilis es una infección causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, se transmite por contacto directo con una lesión infecciosa sexual o por vía transplacentaria durante el embarazo. Se le ha denominado la “gran imitadora” porque tiene una diversidad de manifestaciones cutáneas. El secundarismo sifilítico se puede presentar desde la segunda hasta la octava semana posterior a la lesión inicial y se caracteriza por manifestaciones cutáneas conocidas como sífilides; sin embargo, también se pueden encontrar afectaciones en la zona de la orofaringe o a nivel sistémico. El diagnóstico se lleva a cabo mediante pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas; no obstante, en algunos pacientes las pruebas no treponémicas, principalmente la VDRL, puede salir negativa, por lo que es importante considerar la presencia del fenómeno de prozona. La penicilina G benzatínica sigue siendo el estándar de oro de tratamiento para pacientes con secundarismo sifilítico, que no sean alérgicos, incluidos pacientes con VIH. El plan educacional, las medidas higiénicas y la educación sexual son pilares fundamentales para prevenir esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** sífilis, *Treponema pallidum*, secundarismo sifilítico.

### Introducción

La sífilis es una infección bacteriana sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se informó por primera vez en el Viejo Mundo en el año 1490, cuando los médicos italianos describieron una nueva enfermedad que afectaba a los soldados franceses. La hipótesis colombina sostiene que la sífilis se originó en América y fue llevada a Europa por la tripulación de Cristóbal Colón en el siglo XV, mientras que los defensores de la hipótesis precolombina sostienen que la enfermedad ya existía en Europa mucho antes del regreso de Colón al continente

### ABSTRACT

Syphilis is an infection caused by the spirochete *Treponema pallidum* that is transmitted by direct contact with a sexual infectious lesion or by transplacental route during pregnancy. It has been called the “great imitator” since it has a diversity of cutaneous manifestations. Secondary syphilis can occur from the second to eighth week after the initial injury and is characterized by skin manifestations known as syphilides; however, affectations can also be found at the oropharynx or systemic level. Diagnosis is made by non-treponemal and treponemal serological tests; however, in some patients non-treponemal tests, mainly VDRL, can be negative, so it is important to consider the presence of the prozone phenomenon. Benzathine penicillin G remains the gold standard of treatment for patients with secondary syphilis, who are not allergic, including patients with HIV. The educational plan, hygiene measures and sexual education are fundamental bases to prevent this disease.

**KEYWORDS:** syphilis, *Treponema pallidum*, syphilitic secundarism.

Europeo. La hipótesis evolutiva/unitaria teoriza que las enfermedades treponémicas fueron distribuidas en todo el mundo, con diferentes treponemas que afectan a diferentes poblaciones.<sup>1</sup> El nombre “sífilis” proviene de un poema escrito por Girolamo Fracastoro en 1530 en el que un pastor llamado Sífilus enoja al dios Apolo, quien maldice a la población con una enfermedad que lleva el nombre del pastor. A la sífilis también se le conoce como lues, palabra que deriva del latín que significa “peste”. En la era anterior a la penicilina los tratamientos incluían purgantes y pirógenos. En 1943 la penicilina se documentó como un

### CORRESPONDENCIA

Dr. Luis Carlos Morales Godínez ■ LuisCarlos9998@hotmail.com ■ Teléfono: 55 5865 9816  
Código Postal 03320

tratamiento eficaz para la sífilis, la cual sigue siendo el tratamiento más recomendado, ya que hasta ahora no se han encontrado casos de resistencia.<sup>2</sup>

Entre 1946 y 1948 el gobierno de Estados Unidos financió un estudio de salud pública durante el cual infectaron deliberadamente a 700 ciudadanos guatemaltecos, dentro de este grupo se encontraban presidiarios, pacientes de instituciones mentales y soldados, incluyendo indígenas. Se les infectó con enfermedades venéreas con el objetivo de determinar la eficacia de la penicilina. Se pagaron los servicios de prostitutas infectadas para que transmitieran sífilis a prisioneros, dado que este tipo de visitas en las prisiones estaba permitido en Guatemala. Cuando no se lograba infectar con sífilis a los presidiarios por estas visitas, la bacteria se introducía en rasguños hechos en sus pechos, cara o brazos, algunos llegaban a ser inyectados mediante punción espinal. Si los prisioneros se enfermaban de sífilis se les administraba penicilina, aunque no hay constancia de que todos los infectados la hayan recibido.<sup>3</sup>

La sífilis se adquiere mediante contacto sexual cuando una lesión infecciosa entra en contacto con la piel o la membrana mucosa de una persona no infectada. Esta enfermedad avanza por etapas clínicas. En 2018 los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) modificaron la clasificación y retiraron el término de sífilis latente, que implicaba la ausencia total de signos y síntomas. Esta nueva nomenclatura también aclara que la neurosífilis, la sífilis óptica y la sífilis ocular pueden ocurrir durante cualquier etapa después de la infección.

La sífilis secundaria es una enfermedad sistémica. Se le ha denominado como la “gran imitadora”, ya que tiene diversas manifestaciones con afectación cutánea en la mayoría de los casos. Esta etapa aparecerá en el 25% de los pacientes que presentaron chancro sifilítico y no fueron tratados.<sup>4</sup> Es importante mencionar que hasta en 15% de los pacientes la prueba de detección inicial, no treponémica, *venereal disease research laboratory* (VDRL) puede ser negativa, por lo que es posible que no se llegue al diagnóstico. Por esta razón, actualmente muchos laboratorios realizan pruebas de detección con pruebas treponémicas. A continuación se presenta una revisión sobre las diferentes manifestaciones cutáneas que se pueden presentar en pacientes con secundarismo sifilítico; los distintos métodos diagnósticos que se utilizan y las actualizaciones en tratamientos con base en guías publicadas.

### Epidemiología

La sífilis ha tenido un impacto a lo largo de los años, principalmente en grupos de alto riesgo. En 2018 los hombres representaron el 86% del total de pacientes con sífilis,<sup>5</sup> de

los cuales más de la mitad habían tenido relaciones sexuales con otros hombres, y 42% de éstos estaban infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo que destaca una asociación entre sífilis y un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con reportes elaborados en Europa y China,<sup>6,7</sup> existe un incremento de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres; un estudio reciente en Estados Unidos informa la afectación de hombres y mujeres heterosexuales. Las tasas de sífilis primaria y secundaria entre las mujeres aumentaron a más del doble entre 2014 y 2018.<sup>5</sup> Se ha visto el aumento de casos en mujeres que han utilizado metanfetaminas como heroína y otras drogas, o que han tenido sexo con personas que usan drogas inyectadas.<sup>8</sup> También existe un incremento de casos de sífilis primaria y secundaria entre mujeres en edad fértil, esto se refleja en un número creciente de casos de sífilis congénita y, por ende, un aumento de la mortalidad infantil.<sup>5</sup>

### Manifestaciones clínicas

El secundarismo sifilítico se puede evidenciar desde la segunda hasta la octava semana posterior a la lesión inicial; las manifestaciones cutáneas son de amplio espectro y pueden simular cualquier enfermedad, lo que lleva a que su diagnóstico sea difícil de definir y a que el tratamiento no sea el adecuado, en consecuencia la enfermedad tiende a progresar. Esta característica permite catalogar a la sífilis como la gran simuladora. Afecta todos los sistemas y la variedad de los síntomas tienen una relación con el estado inmunológico. En la piel las lesiones son polimorfas y se denominan sífilides, representan reacciones inflamatorias de los tejidos en respuesta a la acumulación metastásica de treponemas. Las sífilides pueden ser localizadas o generalizadas, asintomáticas o pruriginosas.<sup>9</sup> Muestran una morfología atípica: liquenoides, micropapulares, foliulares, vesiculares, corimbiformes, psoriasiformes, nodular, anular, frambuesiforme, nódulo-ulcerativa, papuloescamosa fotodistribuida, tipo linfoma y pustulosa. Estas lesiones pueden retardar el diagnóstico.<sup>10</sup> Las lesiones sanan sin dejar cicatriz pero pueden dejar cambios pigmentarios, es lo que se conoce como sífilis pigmentarias.

- a. Roséola sifilítica: esta dermatosis está constituida por manchas circulares u ovales de color rosa pálido, asintomáticas, que se localizan en el cuello, el tronco y la parte proximal de las extremidades (figura 1); este exantema macular evanescente a menudo se pasa por alto. Pueden desaparecer de 20 a 30 días, en el cuello dejan manchas hipocrómicas, por lo que se les ha denominado “collar de Venus”.<sup>11</sup>



Figura 1. Erupción maculopapular en paciente con secundarismo sifilítico sin VIH-SIDA.



Figura 2. Placas maculopapulares con superficie queratósica en la planta del pie derecho de un paciente con secundarismo sifilítico sin VIH-SIDA.

- b. Chancro sifilítico: característico de la sífilis primaria, sin embargo, en ocasiones puede persistir y presentarse con lesiones de secundarismo sifilítico conocido como primo-secundarismo sifilítico.
- c. Sifilide papular: afecta el surco nasogeniano, el pliegue mentoniano, las comisuras de los labios y las regiones palmoplantares, se considera que la pápula es la lesión elemental de sífilis temprana, la cual puede ser de color rojo, rosado, no pruriginosa, se encuentran rodeadas de un collarite escamoso que se ha llamado “collar de Biet” (figura 2).
- d. Condiloma lata: también conocido como condiloma plano o sifilide papuloerosivo, suele presentarse en áreas intertriginosas, en la mucosa oral y genital (figura 3). Son neoformaciones planas, húmedas y altamente infecciosas. La superficie puede ser lisa, verrugosa, hipertrófica o cubierta con exudado. Puede imitar al condiloma acuminado o al carcinoma de células escamosas.<sup>12</sup>
- e. Sifilides elegantes de Brocq: pueden aparecer en el tronco y son pápulas que se yuxtaponen originando formas circinadas y arciformes.
- f. Lesiones en la piel cabelluda: ésta se ve afectada por un tipo de alopecia conocida como “apolillada” o alopecia sifilítica, la cual se observa en las regiones temporales y occipitales, en las cejas y rara vez en el bigote, está constituida por “mordidas de ratón” (figura 4). También se ha descrito la sifilide papulocostrosa, la cual aparece en la piel cabelluda en la línea de implantación del cabello, “corona venérea”, donde la pápula se cubre con costras melicéricas. Otras presentaciones incluyen alopecia tipo areata y alopecia difusa.<sup>13</sup>
- g. Lesiones orofaríngeas: las sifilides de las mucosas se presentan en entre 30 y 40% de los pacientes. En la

mucosa oral pueden aparecer placas blanquecinas redondeadas asintomáticas, conocidas como sifilides opalinas, que a nivel de la lengua dejan áreas depapiladas, lo que se conoce como lengua en pradera segada; estas lesiones imitan a la leucoplasia. También es posible observar una angina específica que se caracteriza por un enantema de máculas eritematosas en el paladar, la úvula y las amígdalas. Puede haber daño de las comisuras labiales que se caracteriza por una queilitis que afecta la piel, la mucosa y la semimucosa labial. Existen otras sifilides de la mucosa como lesiones erosivas ampollas que imitan al pénfigo vulgar y úlceras profundas inespecíficas.<sup>14</sup>



Figura 3. Condilomas lata en genitales de paciente con secundarismo sifilítico y VIH-SIDA.



Figura 4. Alopecia en "mordida de ratón" en paciente con secundarismo sifilítico sin VIH-SIDA.



Figura 5. Úlceras necróticas circunscritas (sífilis maligna) en paciente con secundarismo sifilítico y VIH-SIDA.

- h. Alteraciones ungueales: incluyen fragilidad, onicolisis, onicomadesis, perionixis, paquioniquia y líneas de Beau. La paroniquia sifilítica resulta de un proceso inflamatorio periungueal o subungueal.<sup>15</sup>
- i. Lues maligna: la presencia de nódulos erosionados concentrados en la cara, pápulas o pústulas que evolucionan a úlceras necróticas circunscritas, de aparición repentina, corresponde a lues maligna, una presentación de secundarismo sifilítico (figura 5). Neisser informó cinco tipos distintos de lues maligno, en el que se manifiestan con un periodo de incubación corto, síntomas constitucionales importantes, afectación de las mucosas alrededor de la nariz y la boca, lesiones polimorfas que incluyen pápulas, pústulas y nódulos.<sup>16</sup>
- j. Manifestaciones sistémicas: dentro de éstas se presentan artralgias, mialgias, fiebre, adenopatías, sinovitis o anorexia, además de malestar generalizado y pérdida de peso. Las complicaciones sistémicas de la sífilis se deben considerar como secuelas y pueden ser duraderas y serias. Hepatitis transitoria con ligero aumento de la fosfatasa alcalina, y rara vez glomerulonefritis o esplenomegalia pueden ocurrir como resultado de la sífilis secundaria. Adachi y colaboradores mostraron

que 39% de sus pacientes tenían anomalías hepáticas presentes en sífilis temprana.<sup>17</sup>

- k. Otras manifestaciones: se han observado casos de sarcoidosis ocular como una presentación inicial de panuveítis en pacientes con sífilis secundaria. La neurosífilis ocular es una manifestación rara, pero puede aparecer en estadios tempranos como parte de secundarismo sifilítico. El 1.1% de los casos de uveítis se deben a sífilis. De 1 a 2% de los pacientes con sífilis secundaria pueden tener síntomas neurológicos como meningitis aguda y parálisis de los nervios craneales. Todos los pacientes con síntomas neurológicos con sospecha o diagnóstico de sífilis deben ser evaluados por un neurólogo.
- l. Manifestaciones en pacientes con VIH: estos pacientes pueden presentar datos atípicos de sífilis y es posible que evolucionen a secundarismo sifilítico sin una detección temprana. Pueden tener sífilis secundaria severa con afectación neurológica temprana. La afectación

ocular puede ser el signo en pacientes con sífilis y VIH. Existen otras múltiples manifestaciones cutáneas atípicas y la afectación visceral puede ser la expresión más variable, como las manifestaciones nefrológicas como síndrome nefrótico y gastroenteritis; osteomusculares como poliartritis y osteítis; y pulmonares como neumonitis y derrame pleural.<sup>18</sup>

Todas las lesiones antes descritas pueden desaparecer de dos a tres meses después.

**Diagnóstico**

Idealmente se debe realizar la detección directa del *Treponema pallidum* mediante microscopía con campo oscuro, sin embargo, en muchos centros clínicos no se dispone de este método diagnóstico. La prueba de amplificación de ácidos nucleicos no se encuentra aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de Estados Unidos, pero se puede utilizar para el diagnóstico de sífilis secundaria, aunque una prueba negativa no descarta la infección.<sup>19</sup> El método preferido para la identificación de organismos, cuando se dispone, es la inmunohistopatología. La mayoría de los casos de sífilis se diagnostican mediante pruebas serológicas. Se utilizan dos algoritmos y varían según el orden en que se realicen las pruebas. El algoritmo estándar de cribado inicia con una prueba no treponémica, como una reagina plasmática rápida (RPR) o un *venereal disease research laboratory* (VDRL). Si se confirma una reactividad de estas pruebas se debe utilizar una prueba treponémica altamente sensible y específica para

confirmar la sospecha diagnóstica, por ejemplo, la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* o un inmunoensayo de quimioluminiscencia. Podemos realizar el algoritmo de cribado inverso, con el que la prueba treponémica se usa inicialmente. Si la prueba no treponémica no es reactiva, es necesario una prueba treponémica confirmatoria que utilice antígenos distintos de los de la prueba treponémica inicial. La interpretación serológica de los resultados es la misma, independientemente del algoritmo de prueba utilizado (tabla 1). Los resultados serológicos no son reactivos en hasta el 30% de las personas con sífilis, por lo que se deben repetir las pruebas en dos semanas si el resultado de la prueba inicial fue no reactivo. Los títulos de prueba no treponémicos a menudo disminuyen rápidamente después del tratamiento, pero también pueden disminuir, aunque más lentamente, en ausencia de tratamiento. Las pruebas treponémicas siguen siendo reactivas independientemente del historial de tratamiento, pero hasta el 24% de los pacientes tratados en la etapa temprana de la sífilis presentan serorreversión años después de la terapia.<sup>20</sup>

En algunas situaciones es posible sospechar del fenómeno de prozona, el cual es una prueba no treponémica que resulta falsamente negativa; se presenta por títulos de anticuerpos elevados en sífilis secundaria, tiene una incidencia de 1 a 2% que puede incrementar hasta 10% en pacientes con infección por VIH. En la sífilis secundaria y en la coinfección por VIH puede aparecer este fenómeno por una alteración en la función de células B, con producción desproporcionada de anticuerpos ante el treponema,

**Tabla 1.** Algoritmo serológico diagnóstico de sífilis

ALGORITMO	NO TREPONÉMICA	TREPONÉMICA	CONFIRMATORIA TREPONÉMICA	INTERPRETACIÓN
Tradicional	No reactivo	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>No evidencia de serología</li> <li>Sífilis temprana primaria</li> <li>Sífilis tratada o no tratada de larga evolución</li> </ul>
Tradicional	Reactivo	No reactivo	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falso positivo</li> </ul>
Tradicional y secuencia inversa	Reactivo	Reactivo	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sífilis no tratada</li> <li>Sífilis tratada</li> </ul>
Secuencia inversa	No reactivo	Reactivo	No reactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falso positivo</li> </ul>
Secuencia inversa	No reactivo	Reactivo	Reactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sífilis tratada</li> <li>Sífilis no tratada de larga evolución</li> <li>Sífilis temprana primaria</li> <li>Fenómeno de prozona: VDRL</li> </ul>
Secuencia inversa	-	No reactivo	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>No evidencia serológica de sífilis</li> <li>Sífilis temprana primaria</li> <li>Sífilis tratada de larga evolución</li> </ul>

Fuente: The modern epidemic of syphilis, *N Engl J Med* 2020; 382:845-54. DOI: 10.1056/nejmra1901593.

de esta manera, en estos pacientes se presenta un resultado falsamente negativo de las pruebas no treponémicas, como RPR y VDRL. El fenómeno de prozona se ha reportado en coinfección por VIH, por lo que se recomienda hacer diluciones en todos los pacientes que tengan sospecha o confirmación de infección por VIH en los que tengan serología para sífilis negativa.<sup>8</sup>

### Histopatología

Cuando existen hallazgos histológicos con características psoriasiformes y/o dermatitis liquenoide con numerosas células plasmáticas, se debe sospechar la presencia de sífilis.

### Diagnóstico diferencial

Éste se debe hacer con erupciones troncales como infección aguda por VIH, otros exantemas virales, pitiriasis rosada, farmacodermias y psoriasis. También con erupciones palmoplantares como eritema multiforme, enfermedad mano-pie-boca y fiebre de las montañas rocosas.<sup>21</sup>

### Tratamiento

Dentro del tratamiento para el secundarismo sifilítico se encuentra el plan educacional que se le debe brindar al paciente: es importante aconsejar a los pacientes con sífilis temprana que deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta una semana después de haber iniciado el tratamiento; se debe brindar información tanto al paciente como a las parejas sexuales sobre la causa y síntomas de la sífilis, detalles de la transmisión, prevención y complicaciones. Se recomienda dar de manera verbal y por escrito materiales informativos, como folletos sobre infecciones de transmisión sexual; asimismo ofrecerles pruebas de otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

El tratamiento se debe comenzar por las siguientes razones: por la presencia de sífilis activa, pruebas serológicas positivas en combinación con información clínica; y por motivos epidemiológicos, se debe considerar el tratamiento de los contactos sexuales, especialmente de las parejas embarazadas.

En general, la penicilina G benzatínica en una dosis única de 2.4 millones de unidades vía intramuscular es el tratamiento de primera elección en casos de sífilis temprana, incluyendo mujeres embarazadas y pacientes con VIH. En pacientes embarazadas, algunos autores recomiendan brindar una segunda dosis de 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica una semana después de la primera dosis.<sup>22</sup>

No se ha documentado resistencia a la penicilina para *Treponema pallidum*. Se sabe que este medicamento propor-

ciona niveles treponemicidas por 21 a 28 días. El tratamiento parenteral con penicilina procaína proporciona un margen de seguridad durante 10 a 14 días en sífilis temprana. Análisis retrospectivos pequeños avalan la eficacia del uso de doxiciclina oral e indican que su efecto es similar a la penicilina G benzatínica, por lo que se le puede considerar como segunda opción, principalmente en pacientes alérgicos a la penicilina; esto en una dosis de 100 mg vía oral dos veces al día durante 14 días.<sup>23</sup> Estudios observacionales mencionan que el uso de ceftriaxona tiene una eficacia similar a la penicilina y puede ser una opción para pacientes alérgicos a la penicilina.<sup>24</sup> Es importante mencionar que los enfermos que reciben tratamiento con penicilina pueden llegar a presentar la reacción de Jarisch-Herxheimer, la cual consiste en fiebre y ataque al estado general debido a la liberación de antígenos por la muerte de los treponemas.

Las recomendaciones de tratamiento se basan en valoraciones de laboratorio, consideraciones prácticas, opiniones de expertos, estudios de casos y experiencia clínica pasada. En Bélgica se ha reportado resistencia a los macrólidos, por ejemplo, con el uso de azitromicina en el 100% de las muestras analizadas, por lo que allí se prefiere el tratamiento por vía parenteral sobre el tratamiento oral para una mejor adherencia.<sup>25</sup> El resumen de éste se presenta en la tabla 2.

### Seguimiento

Con los antibióticos y con la presencia de pruebas no treponémicas más sensibles se ha logrado dar una definición de cura serológica, la cual se define como una disminución de un factor de cuatro o más de títulos no treponémicos de seis a 12 meses después de la terapia para sífilis temprana. Cuando no existe esta disminución aun con

**Tabla 2.** Guía de tratamiento para el manejo antimicrobiano de secundarismo sifilítico

Para pacientes adultos (incluyendo VIH), sin incluir embarazo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina G benzatínica, 2.4 millones de unidades en dosis única vía intramuscular</li> <li>• Doxiciclina, 100 mg vía oral, dos veces al día durante 14 días (primera alternativa)</li> <li>• Ceftriaxona, 1-2 gramos al día, vía intramuscular o intravenosa durante 10-14 días (segunda opción)</li> </ul>
Para pacientes embarazadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina G benzatínica, 2.4 millones de unidades en dosis única vía intramuscular (algunos autores recomiendan repetir la dosis una semana después)</li> </ul>

Fuente: The modern epidemic of syphilis, *N Engl J Med* 2020; 382:845-54. DOI: 10.1056/NEJMra1901593.

tratamiento y la reinfección es poco probable, se define como falta de respuesta serológica. Aproximadamente 20% de los pacientes con sífilis temprana tienen falta de respuesta serológica a los seis meses; esta proporción desciende a 11,5% a los 12 meses. Ante la falta de evidencia de la causa de una posible ausencia de respuesta serológica, se recomienda realizar un examen de líquido cefalorraquídeo y considerar el riesgo de neurosífilis, esperando al menos 12 meses luego del tratamiento.<sup>26</sup>

## Conclusiones

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de transmisión sexual, que se conoce como la gran imitadora por sus múltiples formas de presentación y expresiones clínicas. El secundarismo sifilítico se caracteriza por una amplia variedad de manifestaciones dermatológicas que pueden simular cualquier enfermedad. El diagnóstico es clínico y las pruebas serológicas ayudan a confirmarlo y a evaluar la respuesta del tratamiento.

Actualmente es importante conocer que esta enfermedad aún es frecuente en la población, y que la identificación de la amplia gama de manifestaciones dermatológicas ayuda al clínico a tomar decisiones adecuadas para el tratamiento del paciente y así mejorar su pronóstico y calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Melo FL, De Mello JC, Fraga AM, Nunes K y Eggers S, Syphilis at the crossroad of phylogenetics and paleopathology, *PLoS Negl Trop Dis* 2010; 4(1):e575.
- Tampa M, Sarbu I, Matei C, Benea V y Georgescu SR, Brief history of syphilis, *J Med Life* 2014; 7(1):4-10.
- Cuerda-Gakubdi E et al, La sífilis y la experimentación en humanos, *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105(9):847-85.
- Lautenschlager S, Diagnosis of syphilis: clinical and laboratory problems, *J Deutsch Dermatol Ges* 2006; 4:1058-75.
- Kingston M, French P, Higgins S et al, UK national guidelines on the management of syphilis 2015, *Int J STD AIDS* 2016; 27:421-46.
- Spiteri G, Unemo M, Mårdh O y Amato AJ, The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe, *Epidemiol Infect* 2019; 147:e143.
- Tao Y, Chen MY, Tucker JD et al, A nationwide spatiotemporal analysis of syphilis over 21 years and implications for prevention and control in China, *Clin Infect Dis* 2020; 70:136-9.
- Hook EWR, Syphilis, *Lancet* 2017; 389(10078):1550-7.
- Wanat KA, Rutnin S y Kovarik CL, Scaly pruritic plaques in an HIV-positive patient, *Arch Derm* 2012; 148(11):1317-8.
- Kidd SE, Grey JA, Torrone EA y Weinstock HS, Increased methamphetamine, injection drug, and heroin use among women and heterosexual men with primary and secondary syphilis: United States, 2013-2017, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019; 68:144.
- Chapel TA, The signs and symptoms of secondary syphilis, *Sex Transm Dis* 2010; 7(4):161-4.
- Kim JS, Kang MS, Sagong C, Ko JY y Yu HJ, An unusual extensive 475 secondary syphilis: condyloma lata on the umbilicus and perineum and mucous patches on the lips, *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(7):e299-301.
- Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL et al, Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature, *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(6):512-7.
- Singh PV y Patil R, Atypical oral manifestations in secondary syphilis, *Indian J Dent Res* 2013; 24(1):142-4.
- Noriega L, Gioia di Chiacchio N et al, Periungual lesion due to secondary syphilis, *Skin Appendage Disord* 2017; 2(3-4):116-9.
- Chantel L et al, Abrupt onset of ulcerative papules and nodules on the face and genitals, *JAMA Dermatol* 2016; 152(7) 829-30.
- Adachi E, Koibuchi T, Okame M et al, Liver dysfunction in patients with early syphilis: a retrospective study, *J Infect Chemother* 2013; 19:180-2.
- Mosquera G et al, Secondary syphilis in HIV infection, with prozone phenomenon, *Acta Med Colomb* 2014; 39:69-71.
- Zhou C, Zhang X, Zhang W, Duan J y Zhao F, PCR detection for syphilis diagnosis: status and prospects, *J Clin Lab Anal* 2019; 33(5):e22890.
- Pillay A, Centers for Disease Control and Prevention syphilis summit: diagnostics and laboratory issues, *Sex Transm Dis* 2018; 45:Suppl 1:S13-6.
- Katz KA, Dory flop sign of syphilis, *Arch Dermatol* 2010; 146(5):57.
- Workowski KA y Bolan GA, Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015, *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(RR-03):1-137.
- Dai T, Qu R, Liu J, Zhou P y Wang Q, Efficacy of doxycycline in the treatment of syphilis, *Antimicrob Agents Chemother* 2017; 61:e01092-2016.
- Liang Z, Chen YP, Yang CS et al, Meta-analysis of ceftriaxone compared with penicillin for the treatment of syphilis, *Int J Antimicrob Agents* 2016; 47:6-11.
- Li H-Y, Qu H-Q, Wang X-M, Zhang Y-J y Zhang F-R, A meta-analysis of the efficacy of azithromycin and benzathine penicillin in early syphilis, *Trop J Pharm Res* 2018; 17:345-50.
- Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J et al, Association of HIV pre-exposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among individuals at high risk of HIV infection, *JAMA* 2019; 321:1380-90.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en DCMQ y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del 31 de enero de 2022 a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SC; Aniceto Ortega 822, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México, Tel. 5659-9416, 5575-5171.

**Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.**

## Cuestionario Secundarismo sifilítico: la gran imitadora en 2021

1. Exantema macular evanescente que se localiza en el cuello, el tronco, la parte proximal de las extremidades, asintomático, característico de secundarismo sifilítico:
  - a) Sifilides elegantes de Brocq
  - b) Roséola sifilítica
  - c) Lues maligna
  - d) Sifilide papular
2. ¿En cuánto tiempo desaparecen las lesiones clínicas de secundarismo sifilítico?
  - a) 2 semanas
  - b) 4 semanas
  - c) 1 a 2 meses
  - d) 2 a 3 meses
3. ¿En qué porcentaje se presenta el fenómeno de prozona en pacientes con VIH?
  - a) 1-2%
  - b) 5%
  - c) 10%
  - d) 50%
4. ¿Cuál es el tratamiento de elección para pacientes con sífilis secundaria, incluyendo enfermos con VIH?
  - a) Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades, intramuscular, dosis única
  - b) Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días
  - c) Penicilina benzatínica 7.2 millones de unidades, intramuscular, distribuida en tres dosis semanal
  - d) Ceftriaxona 1-2 gr vía intramuscular durante 10 a 14 días
5. ¿Cuántos días proporciona niveles treponimicidas luego de administrar penicilina benzatínica para el tratamiento de secundarismo sifilítico?
  - a) 5 días
  - b) 10-14 días
  - c) 21-28 días
  - d) 2 días
6. ¿Cómo se define cura serológica en pacientes con diagnóstico de secundarismo sifilítico?
  - a) Una disminución de un factor de cuatro o más de títulos no treponémicos de seis a 12 meses después de la terapia
  - b) Una disminución de un factor de dos o más de títulos no treponémicos de seis a 12 meses después de la terapia
  - c) Una disminución de un factor de ocho o más de títulos treponémicos de cuatro a seis meses después de la terapia
  - d) Una disminución de un factor de dos o más de títulos treponémicos de cuatro a seis meses después de la terapia
7. ¿Cuál es el fármaco asociado con el desarrollo de la reacción de Jarisch-Herxheimer tras su administración en pacientes con secundarismo sifilítico?
  - a) Penicilina
  - b) Azitromicina
  - c) Doxiciclina
  - d) Ceftriaxona
8. ¿Qué porcentaje de pacientes desarrolla manifestaciones clínicas de secundarismo sifilítico que tuvieron chancro sifilítico y no fueron tratados?
  - a) 5%
  - b) 10%
  - c) 25%
  - d) 50%
9. ¿Cuál es la lesión cutánea característica de sífilis primaria que puede persistir durante el secundarismo sifilítico?
  - a) Condiloma lata
  - b) Chancro sifilítico
  - c) Alopecia sifilítica
  - d) Collar de Biet
10. ¿Cuánto tiempo después de la lesión inicial se presentan las manifestaciones de secundarismo sifilítico?
  - a) 48 horas
  - b) Una semana
  - c) De dos hasta ocho semanas
  - d) Un mes