

Características clínicas y tricoscópicas de la alopecia sifilítica: serie de casos

Clinical and trichoscopic characteristics of syphilitic alopecia: Case series

Alejandra Priscila Castillo Gómez,¹ Hilda Juárez Contreras,² Homero Mireles Rocha³ y Luis Enrique Sánchez Dueñas⁴

¹ Médico pasante del servicio social, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

² Residente de tercer año de Dermatología, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

³ Dermatólogo, práctica privada

⁴ Profesor externo de tricología, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad polimorfa causada por una infección por *Treponema pallidum*. La alopecia sifilítica (AS) es una presentación clínica poco frecuente de la sífilis secundaria. Su prevalencia oscila entre 2.9 y 22.2%, aunque podría estar subestimada debido a su presentación sutil y sus similitudes con otras enfermedades, por lo que es importante conocer las características clínicas y tricoscópicas para su diagnóstico adecuado. En este artículo presentamos cinco casos clínicos. La AS sintomática y el patrón en parches o apolillado fueron las formas clínicas más comunes. La afección de la piel cabelluda y las cejas ocurrió en el 100 y 80% de los pacientes, respectivamente. Los hallazgos tricoscópicos encontrados fueron: disminución de la densidad capilar y eritema con o sin áreas hipopigmentadas en todos los pacientes, puntos negros, pelos flexionados y pelos rotos de diferentes longitudes en el 75%, pelos vellosos en el 50% e hiperqueratosis perifolicular, capilares dilatados y pelos en signos de exclamación en el 25%.

PALABRAS CLAVE: alopecia sifilítica, tricoscopia, sífilis secundaria.

ABSTRACT

Syphilis is a polymorphous disease caused by a *Treponema pallidum* infection. Syphilitic alopecia (SA) is a rare clinical presentation of secondary syphilis. Its prevalence ranges between 2.9 and 22.2%, although it could be underestimated due to its subtle presentation and its similarities with other diseases, therefore it is important to know the clinical and trichoscopic characteristics for its proper diagnosis. This article presents five clinical cases. Symptomatic SA and the moth-eaten or patchy pattern were the most common clinical forms. The involvement of the scalp and eyebrows occurred in 100 and 80% of the patients, respectively. The trichoscopic findings were: decrease in capillary density and erythema with or without hypopigmented areas occurring in 100% of the patients, blackheads, flexed and broken hairs of different lengths in 75%, vellus hair in 50% and hyperkeratosis perifollicular, dilated capillaries and exclamation mark hairs in 25%.

KEYWORDS: syphilitic alopecia, trichoscopy, secondary syphilis.

Introducción

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual y vertical causada por *Treponema pallidum*, y en la última década ha resurgido como un problema de salud pública.¹ Es una enfermedad polimorfa y a menudo sutil, capaz de mimetizar un sinnúmero de enfermedades, de allí que se conozca como “la gran imitadora”.² Además de su presentación clínica habitual, puede manifestarse con cuadros clínicos extremadamente infrecuentes que, en ocasiones, dificulta su diagnóstico y retrasa el tratamiento.³ Entre los signos de la sífilis secundaria, la alopecia sifilítica (AS) es

poco frecuente, con una prevalencia que oscila entre 2.9 y 22.2%.⁴ El conocimiento de las características clínicas y tricoscópicas permite que el médico la sospeche, especialmente cuando no hay lesiones cutáneas típicas de la sífilis.^{4,5} Sin embargo son pocas las publicaciones que las describen.⁴⁻¹⁰ A continuación presentamos cinco casos de AS donde analizamos sus características clínicas y tricoscópicas.

Caso clínico 1

Paciente de 25 años de edad, acudió a consulta por pérdida de pelo y “manchas” en los brazos de una semana de evolu-

CORRESPONDENCIA

Dr. Luis Enrique Sánchez Dueñas ■ luis.sanchez@dermika.com.mx ■ Teléfonos: 33 3165 1796 ■ Whatsapp: 33 1536 8853
Golfo de Cortés 3002, Colonia Vallarta Norte, C.P. 44690, Guadalajara, Jalisco



Figura 1. A y B: Placas múltiples de alopecia de aspecto apolillado. C: Disminución de la densidad en el tercio lateral de la ceja. D: Manchas hipocrómicas en las extremidades superiores.

ción. Como antecedente, un mes antes presentó una úlcera genital de una semana de evolución. Durante la exploración se observó una dermatosis en la piel cabelluda, con predominio en las áreas temporal y occipital, constituida por placas de alopecia de aspecto apolillado de 4-12 mm (figura 1a y b), cejas con disminución de la densidad capilar en el tercio lateral (figura 1c) y en las extremidades múltiples máculas circulares hipocrómicas, de 5-10 mm que tienden a confluir (figura 1d). Se realizó VDRL el cual fue positivo, se confirmó con prueba treponémica (FTA-ABS). Se diagnosticó alopecia sifilítica sintomática y se indicó tratamiento, hubo remisión de las lesiones a las cuatro semanas.

Caso clínico 2

Paciente de 32 años de edad, solicitó consulta por pérdida de pelo de seis semanas de evolución. Dijo que no había tenido lesiones ulcerosas antes de su padecimiento actual. Tiene antecedente de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En la exploración se observó una dermatosis en la región occipital, constituida por placas alopécicas circulares de 5-10 mm que tienden a confluir, de bordes irregulares, bien definidos, con poliosis perilesional focal (figura 2a). En la tricoscopia se observó disminución de la densidad capilar, pelos vellosos, pelos rotos en diferentes longitudes, puntos negros, pelos flexionados, pelos en “signo de exclamación” y zonas de eritema que alternaban con áreas hipopigmentadas (figura 2b-d). Se realizó VDRL y FTA-ABS con resultados positivos. Se diagnosticó alopecia sifilítica esencial y se indicó tratamiento.

Caso clínico 3

Paciente de 34 años de edad que cinco semanas antes comenzó con “puntos rojos” en el cuerpo. Tres semanas después notó pérdida de pelo, motivo por el cual acudió a valoración. Como antecedente, tiene relaciones sexuales

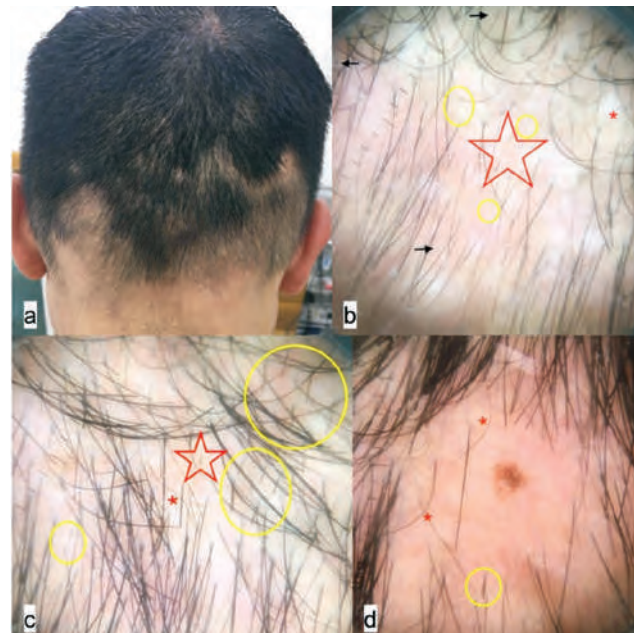


Figura 2. A: Placas múltiples de alopecia de aspecto apolillado. B-D: Imágenes tricoscópicas de placas alopécicas con presencia de pelos rotos de diferentes longitudes (círculos amarillos). B: Puntos negros (flechas negras). B-D: pelos flexionados (asteriscos rojos). B y C: Pelos en signo de exclamación (estrellas rojas). B-D: Eritema en piel cabelluda.

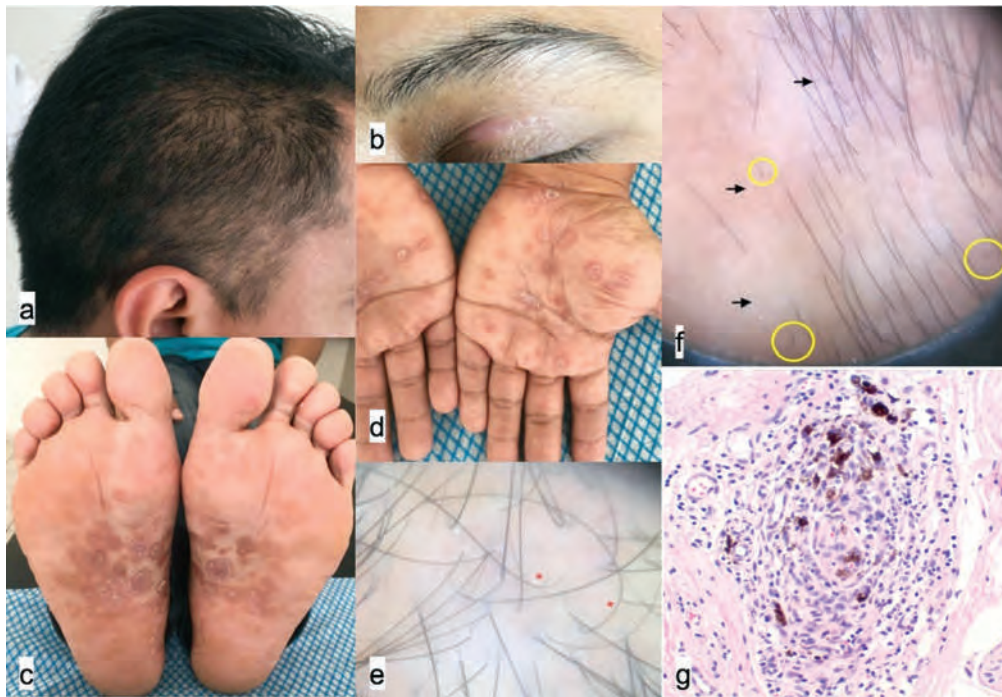


Figura 3. A: Placas múltiples de alopecia de aspecto apolillado en la piel cabelluda. B: Alopecia mixta en la ceja y pápulas eritematosas en el párpado superior. D: Máculas circulares hiperocrómicas con collarite de Biette en las palmas de las manos y C: en las plantas de los pies. E y F: Imágenes tricoscópicas de placas alopécicas con disminución de la densidad capilar, leve eritema, puntos negros (flechas negras), pelos rotos (círculos amarillos) y pelos flexionados (asteriscos rojos). G: Imagen histológica de placa alopécica en la piel cabelluda.

les sin protección con personas de su mismo sexo, y su última pareja había presentado una úlcera interglútea. Negó antecedente de chancro sifilítico. En la exploración física se observó una dermatosis en la región parietotemporal constituida por placas de alopecia “apolillada” de 3-5 mm (figura 3a), cejas con alopecia mixta (figura 3b), en los párpados superiores y el área retroauricular presentaba pápulas eritematosas de 1-5 mm de diámetro, y en las palmas y las plantas se observaron máculas circulares hiperocrómicas con collarite de Biette (anillo descamativo que rodea las lesiones maculares) de 3-10 mm (figura 3c y d). La tricoscopia evidenció disminución de la densidad capilar, eritema leve, pelos flexionados, puntos negros y pelos rotos de diferentes longitudes (figura 3e y f). Se hizo VDRL y FTA-ABS, ambas resultaron positivas. Se tomaron dos biopsias de piel: una de la placa alopécica de la piel cabelluda y otra de la lesión en el párpado superior. En la primera se reportó una alopecia no cicatricial con escaso infiltrado inflamatorio perifollicular de predominio linfocítico, discreta transición a catágeno, miniaturización folicular y detritos pigmentarios foliculares (figura 3g). La inmunohistoquímica fue negativa para espiroquetas. En la segunda biopsia se reportó dermatitis de interfase con infiltrado linfoplasmocitario y algunos melanófagos. La inmunohistoquímica fue francamente positiva para espiroquetas. Se diagnosticó alopecia sifilítica sintomática y se indicó tratamiento. Hubo repoblación capilar y manchas residuales en las lesiones cutáneas a las cuatro semanas.

Caso clínico 4

Hombre de 54 años de edad quien acudió a consulta por caída de pelo de un mes de evolución, tricodinia, odinofagia y náuseas. Mencionó que dos meses antes presentó una úlcera, la cual desapareció a los 10 días. En la exploración física se observó alopecia de patrón mixto en la piel cabelluda y las cejas (figura 4a y b). Se palparon ganglios retroauriculares y submaxilares izquierdos moderadamente dolorosos. En la tricoscopia se mostró disminución de la densidad capilar, eritema que alternaba con áreas hipocrómicas, hiperqueratosis perifolicular y algunos puntos negros (figura 4e y f). Se sospechó alopecia sifilítica sintomática, la cual se confirmó a través de VDRL y FTA-ABS. Se inició tratamiento con penicilina G benzatínica y minoxidil tópico al 5%, con mejoría considerable de la densidad capilar a los tres meses de seguimiento (figura 4c y d).

Caso clínico 5

Paciente de 33 años de edad quien fue a consulta porque presentaba exantema y caída del pelo en la cabeza y las cejas, lo cual notó a partir de tomarse una fotografía tipo *selfie*. Como antecedente tuvo una úlcera genital cuatro meses antes. Durante la exploración, en las cejas y la piel cabelluda se observó alopecia en patrón mixto (figura 5a-d), y en la piel un exantema maculopapular diseminado (figura 5e y f). La tricoscopia evidenció disminución de la densidad capilar, pelos vellosos, pelos rotos de diferentes



Figura 4. A y B: Alopecia en patrón mixto en la piel cabelluda. C y D: Repoblación capilar tres meses después de haber iniciado tratamiento. E y F: Imágenes tricoscópicas de placas alopécicas en la piel cabelluda, con presencia de disminución de la densidad capilar, puntos negros (flechas negras) y eritema en la piel cabelluda.

longitudes, pelos flexionados, capilares dilatados y eritema (figura 5g-i). Se realizó VDRL con resultado positivo. Se diagnosticó alopecia sifilítica sintomática y se indicó tratamiento. Tuvo resolución parcial con alopecia difusa residual en el tercio externo de las cejas y en la región parietal al año de seguimiento (figura 5j).

Discusión

La alopecia sifilítica (AS) es una alopecia inflamatoria no cicatricial que afecta principalmente la piel cabelluda, aunque se puede presentar en cualquier zona con pelo.³ Su prevalencia es de 2.9% a 22.2%, por lo que se trata de una dermatosis infrecuente. Se desconoce su fisiopatolo-



Figura 5. A-D: Alopecia en patrón mixto en piel cabelluda y en las cejas. E y F: Exantema maculopapular diseminado en el tronco y las extremidades superiores. G: Imágenes tricoscópicas de la piel cabelluda y las cejas (H e I) con presencia de disminución de la densidad capilar, aumento en el número de pelos vellosos, pelos rotos (círculos amarillos), pelos flexionados (asteriscos rojos), capilares dilatados y eritema. J: Repoblación capilar con alopecia difusa residual al año de seguimiento.

gía, la teoría más aceptada la relaciona con vasculitis de los capilares peribulbares e infiltrado linfocítico perifolicular que detienen el ciclo capilar. La AS es una dermatosis sutil y difícil de identificar, en especial cuando se presenta como única manifestación del secundarismo sifilítico y sobre todo si el paciente no recuerda el antecedente de úlcera sifilítica, lo que retrasa el diagnóstico e infraestima su incidencia.⁴ Esto es alarmante si consideramos que la sífilis ha resurgido como un problema mundial de salud pública, en especial en países de ingresos altos y medios, y particularmente entre los hombres que tienen sexo con hombres.¹

En cuanto a la clínica, la AS se presenta sobre todo en hombres.³ McCarthy clasifica la AS en sintomática si se acompaña de otras manifestaciones, y en especial cuando es la única. Puede aparecer en un patrón en parches (apolillado), difuso y mixto, y la primera es la forma más común y representativa de la sífilis secundaria.^{4,5}

De los casos que exponemos aquí, todos fueron del sexo masculino, con un promedio de edad de 35.6 años (25-54 años). Un paciente con antecedente de infección por VIH y tres de haber padecido chancro sifilítico (casos 1, 4 y 5). El tiempo promedio de evolución antes de su diagnóstico fue de 3.8 semanas (una a seis semanas). Los cinco tuvieron involucro de piel cabelluda y cuatro de cejas (casos 2-5). Uno cursó con AS esencial (caso 2) y cuatro con AS sintomática (casos 1, 3, 4 y 5).

Las manifestaciones clínicas acompañantes fueron: máculas hipocrómicas en las extremidades, exantema maculopapular, placas maculoescamosas en las palmas y las plantas, adenopatías, odinofagia y tricodinia. En cuanto al patrón de alopecia, tres presentaron un patrón en parches o apolillado (casos 1, 2 y 3) y dos un patrón mixto (casos 4 y 5). Se descartó la infección por VIH en el resto de los pacientes. Uno tuvo tricodinia en toda la piel cabelluda, similar a lo observado por Paraccini y colabo-

radadores,⁶ quienes lo atribuyen a los síntomas cutáneos del secundarismo sifilítico y no a la alopecia *per se*.

Respecto de la tricoscopia, los signos tricoscópicos asociados a AS descritos en los diferentes reportes y series de casos publicados son: aperturas foliculares vacías, puntos negros, puntos amarillos y pelos rotos.⁸ En particular, Ye y colaboradores⁷ observaron hipopigmentación perifolicular y puntos amarillos; el equipo de Piraccini,⁶ pelos vellosos de predominio perilesional, áreas rojo-café y capilares irregulares dilatados con extravasación; Doche y colaboradores,⁵ pelos rotos de diferentes longitudes y pelos en zigzag; y Tognetti y sus colegas,⁴ pelos flexionados, escama difusa e hiperqueratosis folicular focal.

De los cinco casos expuestos aquí, cuatro contaban con tricoscopia. Las características tricoscópicas observadas fueron: disminución de la densidad capilar (100%), eritema (100%) que puede o no alternar con áreas hipopigmentadas, puntos negros (75%), pelos flexionados (75%), pelos rotos de diferentes longitudes (75%), pelos vellosos (50%), hiperqueratosis perifolicular (25%), capilares dilatados (25%) y pelos en signos de exclamación (25%). En la tabla 1 se resumen las características clínicas y tricoscópicas de los pacientes.

No hay signos tricoscópicos patognomónicos de AS, por lo que la correlación clínica permite sospechar el diagnóstico, el cual se confirma con pruebas serológicas.⁵ La tricoscopia es útil en el diagnóstico diferencial.⁷ En el caso de la AS en parches, la alopecia areata, la tricotilomanía y la tiña capitis serían los principales y pueden descartarse con la ausencia de pelos en signo de exclamación, pelos en coma y pelos en llama, respectivamente.⁷ El efluvio telógeno es un diagnóstico diferencial de AS de patrón difuso, en el que la pérdida rápida y difusa de pelo sin causa aparente sugiere el diagnóstico de AS.³ La biopsia de piel cabelluda puede ser útil en caso de duda diagnóstica, aunque no es indispensable.⁷ Los hallazgos

Tabla 1. Características clínicas y tricoscópicas de los pacientes presentados

Casos clínicos	Tipo de alopecia	Patrón	Hallazgos tricoscópicos						
			Disminución de la densidad capilar	Eritema y capilares dilatados	Puntos negros y pelos rotos	Pelos flexionados	Pelos vellosos	Hiperqueratosis folicular	Pelos en signo de exclamación
Caso 1	Sintomática	Apolillado							
Caso 2	Esencial	Apolillado	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(+)
Caso 3	Sintomática	Apolillado	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Caso 4	Sintomática	Mixto	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Caso 5	Sintomática	Mixto	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)

*ND: no hay datos.

histopatológicos son poco específicos, similares a los de alopecia areata o efluvio telógeno, dependiendo del grado de inflamación.⁵ La detección de *T. Pallidum* por PCR o inmunohistoquímica son indispensables para el diagnóstico de AS.¹¹ Al ser una manifestación de secundarismo sifilítico, la AS se trata con 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica dosis única. El seguimiento es clínico y serológico a los seis y doce meses posteriores al tratamiento; y de tres, seis, nueve, doce y 24 meses en pacientes con VIH.¹²

Conclusión

Las diversas manifestaciones clínicas de la sífilis secundaria son tan amplias que resulta crucial para los médicos, y en particular para el dermatólogo, conocer y saber reconocer las manifestaciones de la sífilis, incluso las menos frecuentes, como la AS.⁶ La tricoscopia es una herramienta útil que apoya al abordaje de los pacientes, en especial cuando se trata de una AS esencial donde carecemos de otros datos clínicos que nos orienten.⁵ La AS sintomática y el patrón en parches o apolillado fueron las formas clínicas más comunes en nuestros pacientes, por lo que se sugiere estar atentos a estos hallazgos ante casos con diagnóstico probable de AS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD y Benzaken AS, Syphilis, *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:17073. DOI: 10.1038/nrdp.2017.73. PMID: 29022569; PMCID: PMC5809176.
2. Morales LC y Guevara EG, Secundarismo sifilítico: el gran imitador en 2021, *Dermatología CMQ* 2021; 19(2).
3. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I y Alegre V, Alopecia sifilítica: presentación de 5 casos y revisión de la literatura, *Actas Dermosifilogr* 2013; 104(6):512-7.
4. Tognetti L, Cinotti E, Perrot JL, Campoli M y Rubegni P, Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings, *Dermatol Pract Concept* 2017; 7(3):55-9.
5. Doche I, Hordinsky MK, Valente NYS, Romiti R y Tosti A, Syphilitic alopecia: case reports and trichoscopic findings, *Skin Appendage Disord* 2017; 3(4):222-4.
6. Piraccini BM, Broccoli A, Starace M, Gaspari V, D'Antuono A, Dika E y Patrizi A, Hair and scalp manifestations in secondary syphilis: epidemiology, clinical features and trichoscopy, *Dermatology* 2015; 231(2):171-6.
7. Ye Y, Zhang X, Zhao Y, Gong Y, Yang J, Li H y Zhang X, The clinical and trichoscopic features of syphilitic alopecia, *J Dermatol Case Rep* 2014; 8(3):78-80.
8. Bomfim IC, lanhez M y Miot HA, Dermatoscopic findings of syphilitic alopecia, *An Bras Dermatol* 2020; 95(4):518-20.
9. Ciupińska M, Skibińska J, Sikora M, Blicharz L, Kotowska M y Rudnicka L, Nonscarring alopecia and hypopigmented lesions may be unusual signs of secondary syphilis, *Skin Appendage Disord* 2021; 7(3):203-5.
10. Govindarajulu SM, Srinivas RT, Kuppuswamy SK y Prem P, Trichoscopic patterns of nonscarring alopecia's, *Int J Trichology* 2020; 12(3):99-106.
11. Nam-Cha SH, Guhl G, Fernández-Peña P y Fraga J, Alopecia syphilitica with detection of *Treponema pallidum* in the hair follicle, *J Cutan Pathol* 2007; 34(1):37-40.
12. Centers for Disease Control and Prevention 2021, Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/p-and-s-syphilis.htm>.