

Sífilis secundaria. Comunicación de un caso

Dra. Diana Medina Castillo,* Dra. Silvia Mora Ruiz**

RESUMEN

Los casos típicos de sífilis no son tan frecuentes en la actualidad, por el surgimiento del SIDA, en este artículo presentamos un caso de sífilis secundaria típico y hacemos una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Sífilis secundaria.

ABSTRACT

Typical syphilis cases are infrequent nowadays, due to HIV infection. We present a typical syphilitic secondary case, and make a brief literature review.

Key words: Secondary syphilitic.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa subaguda o crónica, causada por *Treponema pallidum*, que afecta la piel, mucosas, anexos cutáneos y casi todos los órganos del cuerpo, cursa con largos períodos asintomáticos.¹

A partir de 1960 hay una elevación mundial en el número de casos, en México la morbilidad es de 12.4 x 100,000 habitantes, en EU del 9.4 por 100,000 habitantes, en este país y en Inglaterra, el 50% de los casos con sífilis temprana se adquieren por contacto homosexual.²⁻⁴ En la población general se ha encontrado serorreactores en 5% y en poblaciones de riesgo de 10%,⁵ estos grupos de alto riesgo incluyen: sexoservidores, homosexuales, drogadictos por vía intravenosa.⁶ En un estudio realizado en Texas en EU por Jan y cols.⁷ comunican que la población latinoamericana ocupa el mayor número de pacientes infectados por sífilis (21% en 1997) de los cuales 63% presenta sífilis en etapa latente tardía y la tasa de sífilis congénita para 1992, en este país fue de 0.3/1,000 recién nacidos.

En relación a la evolución, es bien conocido el trabajo del Morgan y modificado por el Profr. Latapí en donde se resumen todas las posibilidades de infección sifilítica y que divide la enfermedad en temprana y tardía, antes y después de 2 años; según el horizonte clínico

en activa y latente. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas posterior al contagio, donde aparece el chancre sifilítico que dura entre 3 y 6 semanas, cuya evolución natural es hacia la desaparición espontánea,⁸⁻¹⁰ desde aquí hasta el secundarismo que afecta piel, anexos y mucosas e incluso otros órganos.¹¹⁻¹⁷

La duración de este periodo puede ser de varias semanas y también desaparecer espontáneamente. El chancre puede persistir junto con el secundarismo y en este caso se le denomina sífilis primosecundaria.^{3,5}

Sin tratamiento adecuado, puede ocurrir un segundo periodo de secundarismo pero clínicamente con menos lesiones y se llama relapso o recaída posterior, al cual hay otro periodo de latencia, pasando los dos años se habla ya de sífilis tardía.³

Clínicamente la sífilis temprana se manifiesta por el llamado chancre cuya topografía es en genitales ya sean femeninos o masculinos, pero puede encontrarse en región perianal, mucosa oral, lengua, y amígdalas.^{5,13,15}

Puede iniciar como una pápula única o múltiple de 0.5-2 cm de base indurada e indolora que se puede evolucionar a una úlcera bien delimitada con fondo limpio, se puede acompañar de algunas adenopatías regionales no dolorosas. El chancre desaparece espontáneamente en un lapso de 3 a 6 semanas sin dejar cicatriz, excepto en formas atípicas que pueden parecerse a las lesiones de herpes simple.

La etapa de sífilis secundaria representa la forma clínica más contagiosa de la enfermedad, puede tener manifestaciones sistémicas como mialgias, artralgias, fiebre, cefalea, pérdida de peso, astenia y adinamia.

* Dermatóloga egresada del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga del CDP.

Las formas cutáneas de secundarismo sifilítico son lesiones diseminadas y habitadas y de acuerdo a su morfología pueden clasificarse en:

- a) Sifilide maculosa o roseola sifilítica: constituida por manchas circulares u ovales de color rosa pálido asintomáticas que se localizan en cuello, tronco y parte proximal de extremidades. Pueden desaparecer aproximadamente de 20-30 días, en cuello dejan manchas hipocrómicas residuales que se les ha denominado clásicamente, se le ha denominado "collar de Venus".
 - b) Sifilide papular: afecta surco nasogeniano, pliegue mentoniano, comisuras de los labios y las regiones palmoplantares, morfológicamente se considera que la pápula es la lesión elemental de sífilis temprana, pueden ser de color rojo, rosado o cobrizo, no pruriginosas y se encuentran rodeadas de un collarete escamoso que ha sido denominado "collar de Biet" el cual es muy característico de esta etapa de la enfermedad.
 - c) Sifilide papuloerrosiva, condiloma *lata* o condilomas planos: que suelen presentarse en pliegues, región anogenital y aquellos límites entre mucosa y piel, son pápulas gigantes, aplanadas de número variable y olor fétido.
 - d) Sifilide papulocostrosa: Aparecen en piel cabelluda, línea de implantación del cabello "corona venérea" donde la pápula se cubre con costras melicéricas.
 - e) Sifilides elegantes de Brocq: pueden aparecer en tronco y son pápulas que se yuxtaponen originando formas circinadas y arciformes.^{3,5}
 - f) Resto de piel y anexos: la alopecia sifilítica se observa principalmente en regiones temporales, occitales, cejas, rara vez en el bigote, constituye pequeños claros como "trasquiladas de ratón"; rara vez pueden afectarse las uñas en forma de perionixis, paquionquia u onicolisis.
 - g) Mucosas: lesiones papuloerrosivas cubiertas con exudado grisáceo o blanquecino, se localizan en boca, velo del paladar, lengua, faringe, a este respecto la angina sifilítica produce tonsilitis pseudomembranosa poco dolorosa con adenopatías cervicales, si se afecta la laringe se produce disfonía. También puede afectarse el cervix.^{5,13,15}
 - h) Manifestaciones viscerales: puede presentarse como nefropatía,¹⁶ periostitis de huesos largos, principalmente la tibia, contracturas musculares y constituir la miopatía sifilítica, iritis, iridociclitis y queratitis y SNC en forma de meningitis.¹⁷
- Todas las lesiones mencionadas previamente pueden desaparecer de 2-3 meses.

El relapso o recaída comprende un segundo brote de lesiones de secundarismo y que ocurre en pacientes que recibieron tratamiento incorrecto.

La sífilis latente se divide en precoz antes del 2º año y tardía después de este periodo y la primera tiene mayor posibilidad de ser infectante.

La sífilis tardía puede ser:

- a) Benigna con afección cutánea (afecta tronco y extremidades y las lesiones elementales son nódulos y gomas),¹⁴ ganglionar y ósea (osteítis gomosa, perostitis y osteítis esclerosante) ocurre en un tercio de los pacientes después de dos años no tratados.
- b) Sífilis cardiovascular que se manifiesta posterior al paso del treponema por linfáticos mediastinales al cayado de la aorta y produce aortitis con insuficiencia valvular o producción de aneurismas. La miocarditis gomosa es rara. Si se asocia a neurosífilis constituyen el síndrome de Babinski-Vázquez.
- c) Neurosífilis con parálisis general progresiva o enfermedad de Bayle cuyas manifestaciones son: amnesia, cefalea, hiperreflexia, crisis convulsivas, parálisis y contracturas así como ausencia de reflejo vasomotor ocular (Signo de Argyll-Robertson) y atrofia del nervio óptico. Tabes dorsal o afección de los nervios espinales, con incontinencia urinaria, ataxia, dolor abdominal intenso.

Sífilis en el embarazo: puede presentarse muerte fetal, prematuridad, producto con lesiones sifilíticas como condilomas planos o sifilides periorificiales, o manifestarse con vesículas y ampollas (péñigo del recién nacido) y cursar con hepatoesplenomegalia, anemia y trombocitopenia. Las manifestaciones tardías pueden ser queratitis intersticial y ceguera, sordera por afección del VIII par, sinovitis rotuliana (artropatía de Clutton) y retraso mental por neurosífilis.

Por otra parte puede haber lesiones residuales de sífilis curada intra y extrauterinamente como ragadías (Cicatrices de Parrot), frente olímpica, tibia en sable, engrosamiento del tercio interno de la clavícula (signo de Higomenakis) nariz en silla de montar, arcada palatina elevada, dientes en "desatornillador", queratitis intersticial y sordera neural que constituyen la triada de Hutchinson.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 24 años de edad originaria y residente del D.F. ocupación ama de casa, quien presenta una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores de las que afecta palmas y plantas, bilateral y simétrica. (*Figuras 1, 2 y 3*). Constituida por pápulas aís-



Figura 1. Topografía palmoplantar de sífilis secundaria.



Figura 2. Pápulas rosadas en palmas y tercio distal de antebrazo.



Figura 3. Collarete escamoso denominado "collarete de Biet".



Figura 4.
Acercamiento de las pápulas con "collarete de Biet".

ladas y algunas confluentes color rosa pálido con un collar escamoso (Figura 4). De evolución subaguda y asintomática. Al interrogatorio se refiere una ulceración genital asintomática los 4 meses previos. En el resto de piel y anexos no encontramos datos patológicos. Su examen

médico general sólo mostró amígdalas hiperémicas. Recibió tratamiento prescrito por facultativo a base de trimetoprima más sulfametoazol 1 x 2 por 7 días.

El diagnóstico clínico fue de sífilis secundaria, para lo cual se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

BH, QS y EGO sin anormalidad, velocidad de eritrosedimentación 30 mm/h, VDRL 1:8, FTA Abs positivo, VIH negativo. Una vez corroborado el diagnóstico de secundarismo sifilítico se dio tratamiento con penicilina benzatínica a razón de 2.4 millones de UI por tres días. La evolución de la paciente a los tres meses en el Departamento de ETS del Centro Dermatológico Pascua, fue satisfactoria y el último VDRL 1:2.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de sífilis secundaria puede ser clínico por la gama de manifestaciones clínicas que este periodo presenta, sin embargo, se hace necesario realizar las pruebas serológicas y los patrones de reactividad de cada una, sobre todo si tomamos en cuenta que en el caso de sífilis e infección por VIH, la sífilis llega a ser de presentación atípica.

Normalmente en la etapa secundaria de la enfermedad, las concentraciones de anticuerpos son tales que, en teoría, la sensibilidad de todas las pruebas serológicas

cas es del 100% (VDRL, inmunovaloración enzimática, valoración de la hemaglutinación, anticuerpo treponémico fluorescente absorbido e IgM).

Las pruebas de VDRL pueden dar reacciones negativas falsas, debido al fenómeno de prozona o bloqueo de la aglutinación causado por saturación de los sitios antigenicos, por exceso de anticuerpos. Se considera que puede ocurrir del 2-10% de los pacientes con sífilis secundaria. Las pruebas de IgM antitreponema pueden ser positivas; empero, los antibióticos tomados para otros padecimientos infecciosos pueden originar concentraciones indetectables de IgM específica.

La prueba que se considera de escrutinio bajo la sospecha clínica de sífilis es el VDRL y aún se considera confirmatoria la prueba de FTA Abs, sin embargo ya se han informado negativas falsas en usuarios de drogas intravenosas y en el VIH.

El tratamiento señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Control de Enfermedades (CDC), es de penicilina benzatínica dosis total de 7.2 millones de UI mismo que administramos a nuestra paciente, quien mostró una evolución clínica y serológica (VDRL 1:2) satisfactoria. Si el paciente es alérgico a la penicilina podrá usarse eritromicina o tetraciclinas 2 g por día divididos en 4 dosis por 10 días.

La respuesta al tratamiento se vigila con pruebas no treponémicas cuantitativas como VDRL y/o reacción plasmática, dado que no hay una prueba de "curación" microbiológica adecuada para el seguimiento de estos pacientes. Es importante evaluar las pruebas en el mismo laboratorio, mediante la misma técnica y reactivos surtidos por el mismo fabricante. El título de VDRL debe disminuir aproximadamente 4 veces los primeros 3-6 meses y 8 veces a los 6 y 12 meses en sífilis primaria y secundaria posterior al tratamiento.¹⁷ El caso que aquí presentamos tendrá vigilancia en el departamento de ETS con realización de VIH y VDRL en forma periódica.

Agradecemos a la Dra. Rosalía Cancela jefe del servicio de ETS del CDP, su orientación para el estudio de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Birnbaum N, Goldchmidt R, Buffet W. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. *Am Family Physician* 1999; 59: 1-12.
2. Williams L, Klausner J, Whittington W, Handsfield H, Celum C, Holmes K. Elimination and reintroduction of primary and secondary syphilis. *Am J Public Health* 1999; 89: 1093-1097.
3. Saúl A. *Enfermedades de transmisión sexual. Tratado de Dermatología*. 13 ed. México D.F. Ed. Méndez Oteo 1998: 238-257.
4. Van Voorst P. *Syphilis management and treatment by Dermatologic Clinic* 1998; 16: 1-20.
5. Arenas R. *Enfermedades transmitidas por contacto sexual. Dermatología Atlas de diagnóstico y tratamiento*. 4° ed. México D.F. Panamericana 1987: 223-227.
6. Cates W, Rothenberg R, Blount J. Syphilis control. *Sex Transm Dis* 1996; 23: 68-74.
7. Jan R, Luyu H, William R. The epidemiology of syphilis in the waning year of a epidemic. Houston, Texas. *Sex Transm Dis* 1999; 26: 121-126.
8. Centers for disease control and prevention. Primary and secondary syphilis United States 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47: 493-497.
9. Tramont C. *Treponema pallidum* (syphilis). In: Mandell G, Bennett J, Dolin R. *Principles and practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone 1995: 2117-33.
10. Di Carlo R, Martin D. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin Inf Dis* 1997; 25: 292-298.
11. Rosen T, Hwong H. Pedal interdigital condylomata lata: a rare sign of secondary syphilis. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 184-186.
12. Liotta E, Turiansky G, Berberian B, Sulica V, Tomaszewski M. Unusual presentation of secondary syphilis in 2 HIV-1 positive patients. *Cutis* 2000; 66: 383-389.
13. Mannara G, Sacilotto C, Frattasio A, Pedance E, Di Loreto C. Bilateral secondary syphilis of the tonsil. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 1125-1127.
14. Papini M, Bettachi A, Guiducci A. Nodular secondary syphilis. *Br J Dermatol* 1998; 138: 704-705.
15. Centers for disease control and prevention. Primary and secondary syphilis. United States of 1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999; 48: 873-878.
16. Baudagna G, de Miguel V, Greco V, Lapadula J, O'Leary K, Vilalverde M. Acute nephrotic syndrome associated with secondary syphilis. *Medicina Argentina* 1999; 59: 277-8.
17. Sparling P. Natural history of syphilis. In: Holmes K, Mardh P, Sparling P. *Sexually transmitted disease*. New York: McGraw-Hill, 1984: 298-310.