

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

**Volumen**  
*Volume*

**12**

**Número**  
*Number*

**2**

**Mayo-Agosto**  
*May-August*

**2003**

*Artículo:*

Primo-secundarismo sifilítico en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

# Primo-secundarismo sifilítico en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso

Dra. Rosalía Cancela,\* Dra. Brenda E Bengoa\*\*

## RESUMEN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual la cual ha tenido un aumento en la incidencia mundial en la última década. La etapa primaria se caracteriza por el chancre que sana espontáneamente después de 1-2 semanas y aparece el estadio secundario; sin embargo, en el 15% de los casos estas lesiones pueden coexistir.

Palabras clave: sífilis.

## ABSTRACT

*Syphilis is a sexually transmitted disease which incidence has increased worldwide over the last decade. The primary syphilis is characterized by the chancre, which heals spontaneously after 1-2 weeks, and then the secondary phase begins; however, in 15% for the cases this lesion can overlap.*

Key words: syphilis.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad causada por el *Treponema pallidum* (especie *pallidum*), que tiende a la cronicidad y es capaz de involucrar prácticamente cualquier estructura del cuerpo en su curso.<sup>1</sup> Habitualmente se contrae por contacto sexual con lesiones o secreciones infectadas,<sup>2</sup> con menor frecuencia por vía transplacentaria y en raras ocasiones por transfusiones sanguíneas o inoculación accidental.

La evolución de la sífilis se divide en tres estadios clínicamente diferentes y dos estadios epidemiológicos asintomáticos. La sífilis temprana abarca el primer estadio (chancre), la enfermedad secundaria (lesiones mucocutáneas, linfadenopatías o ambas, con o sin compromiso sistémico) y recidivas clínicas. La enfermedad latente se subdivide en estadio temprano (< 1 año) y uno tardío (> 1 año). La enfermedad terciaria (tardía) generalmente se presenta con alteraciones cutáneas, cardiovasculares o neurológicas.<sup>2</sup>

La lesión primaria, el chancre, aparece de 10 a 90 días (promedio 3 semanas) de la exposición.

El chancre en los primeros días consiste en una pequeña erosión superficial, indolora que hacia el quinto día adquiere su aspecto característico de ulceración redondeada de 1 a 2 cm de diámetro, tinte rojo barnizado o recubierta por una membrana blanquecina, de base indurada.<sup>3</sup>

En su forma clásica, el chancre es indoloro e involuciona espontáneamente entre 1 a 6 semanas sin dejar cicatriz. Suele ser único, pero en 20 a 47% de los casos puede ser múltiple.<sup>2</sup>

El secundarismo sifilítico aparece semanas o meses después de la desaparición del chancre, pero infrecuentemente puede coincidir con la lesión primaria.<sup>4</sup>

La etapa de la sífilis secundaria representa la forma clínica más contagiosa de la enfermedad, y puede tener manifestaciones sistémicas y cutáneas variadas. Los síntomas más comunes incluyen dolor de garganta, cefalea, pérdida de peso, fiebre y dolor músculo esquelético.<sup>5</sup>

A las lesiones cutáneas se les conoce como sifilides que de acuerdo a su morfología podemos distinguir a las formas maculosa (roseola sifilítica), papulosa, pápulo-costrosa, pápulo-escamosa (sifílide psoriasisiforme), pápula erosiva (condilomas planos).

A nivel de los anexos produce alopecia en áreas conocidas "como en mordidas de ratón".<sup>6</sup>

\* Jefe del Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 3er. año Dermatología. CDP.

## CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 20 años de edad, residente y originario del Distrito Federal, desempleado, soltero, homosexual. Padece retraso mental aparentemente secundario a problemas periparto.

Acude por presentar una dermatosis localizada a tronco del que afecta escroto y región perianal, bilateral y con tendencia a la simetría. La dermatosis es de aspecto polimorfo constituida a nivel del escroto por una ulceración redondeada, de 1.5 cm de diámetro, fondo limpio, bordes bien definidos e indurados; (*Figura 1*) y en región perianal numerosas neoformaciones aplanadas de 1 a 3 cm de diámetro, color rosado, de aspecto húmedo, de bordes bien definidos (*Figuras 2 y 3*). Evolución crónica y asintomática. En resto de piel y anexos sin datos patológicos, no se observaron lesiones palmo-plantares, ni en piel cabelluda.

Al interrogatorio el paciente no puede definir el tiempo de evolución por su déficit cognitivo, pero refiere que las lesiones aparecieron después del contacto sexual con homosexual sin uso de preservativo.

Con el diagnóstico clínico de sífilis se realizaron exámenes serológicos: VDRL que fue positivo a la dilución 1:16, determinación de anticuerpos contra VIH el cual fue negativo.

Se administró penicilina benzatínica 2.4 millones de U.I. por vía intramuscular dos dosis con un intervalo de 15 días. A los 30 días postratamiento las lesiones desaparecieron por completo.

## DISCUSIÓN

La importancia de este caso radica en su presentación atípica, ya que en él coinciden el chancre (lesión primaria) con condilomas planos (lesiones de secundarismo). Este fenómeno es poco frecuente y según algunos autores se presenta hasta en el 15% de los casos,<sup>2</sup> sobre todo asociado a infección por virus de inmunodeficiencia humana.<sup>7,8</sup> Sin embargo, en nuestro paciente no se confirmó dicha relación. Algunos autores consideran que esta coexistencia se debe a un chancre persistente, sin embargo, Rómpalo, et al. muestra que el tiempo de curación del chancre es el mismo, pero se encuentra una progresión más rápida al secundarismo en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>9</sup>

En el Centro Dermatológico Pascua en el Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual, se diagnosticaron en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 al 31 de mayo del 2003, 13 casos de sífilis, de los



**Figura 1.** Ulceración redondeada en escroto de 1.5 cm de diámetro, fondo limpio, bordes bien definidos e indurados.



**Figura 2.**



**Figura 3.**

**Figuras 2 y 3.** En región perianal numerosas neoformaciones aplanadas de 1 a 3 cm de diámetro, color rosado, de aspecto húmedo, de bordes bien definidos.

cuales 7 (53.8%) se asociaron a infección por VIH y de éstos sólo en tres (23%) pacientes coexistieron el chancre y lesiones de secundarismo de los cuales dos se asociaron con infección por VIH.

Cabe mencionar que los condilomas planos, que constituyen verdaderos cultivos vivientes de treponemas y por lo tanto representan las lesiones más contagiosas de la sífilis,<sup>3</sup> no son las lesiones más frecuentes de secundarismo, presentándose solamente en el 9 a 44% de los casos;<sup>2</sup> comparados con la rosácea sifilítica que es el signo más frecuente (75 a 100%) de la infección.<sup>4</sup>

Es importante en estos casos la concientización del paciente, ya que pertenece a un grupo de alto riesgo para la infección por el VIH,<sup>12</sup> y requiere pruebas seriadas a futuro ya que puede encontrarse en periodo de ventana, ya que al ser la sífilis una enfermedad ulcerosa genital puede facilitar la transmisión del VIH.<sup>(8-10)</sup>

En lo que refiere al tratamiento se obtuvo excelente respuesta con la prescripción de penicilina que sigue siendo el medicamento de elección para la sífilis. La guía del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) prefiere la penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades en dosis única, para la sífilis primaria y secundaria sin compromiso neurológico, oftalmológico ni auditivo; sobre el esquema de algunos países europeos en los que se utiliza penicilina procaínica 600 000 U. intramusculares por 10 a 14 días, ya que así no se corre el riesgo de abandono del tratamiento.<sup>11</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pao D, Gohn, B, Bingham, J. Management issues in syphilis. *Drugs* 2002; 62: 1447-61.
2. Sánchez M. *Sífilis*. Dermatología en Medicina General. 5º edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 229. 2001.
3. Viglioglia P. *Sífilis clínica y laboratorio*. Editorial Artes y Ciencias. Buenos Aires. 1968.
4. Sparling PF. Natural history of syphilis. Sexually transmitted diseases. Second Edition. McGraw-Hill. 1990; 19: 213-219.
5. Medina D, Mora S. Sífilis secundaria. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002; 11: 14-17.
6. Saúl. A. Enfermedades de transmisión sexual. *Tratado de dermatología*. 13 ed. México. Mendez Editores. 1998: 238-257.
7. Rompal A, Joesoef R, O'Donnell J et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 158-65.
8. Hutchinson C, et al. Alteres clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Ann Intern Med* 1994; 121: 94-99.
9. Rompal A, Lawlor J, Seaman P et al. Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 448-54.
10. Moodley P, Sturm P, Vanmal T et al. Association between HIV-1 infection, the etiology of genital ulcer disease, and response to syndromic management. *Sex Transm Dis* 2003; 30: 241-45.
11. Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Staten M et al. An overview of sexually transmitted diseases. Parte III. Sexually transmitted diseases in HIV infected patients. *JAAD* 2000; 43: 409-432.
12. Cancela R y cols. Sífilis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10: 39-44.