

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen **14**
Volume

Número **3**
Number




Septiembre-Diciembre **2005**
September-December

Artículo:




**Secundarismo sifilítico en pacientes
inmunocompetentes, comunicación de
dos casos**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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***

Secundarismo sífilítico en pacientes inmunocompetentes, comunicación de dos casos

Dra. Sara Pérez Cortés,* Dra. Josefa Novales Coloma,** Dra. Gabriela Moreno Agraz***

RESUMEN

La sífilis, conocida como “la gran imitadora” es una enfermedad de transmisión sexual, de naturaleza crónica que produce una gran variedad de manifestaciones cutáneas y sistémicas. Los condilomas planos son una manifestación clínica del secundarismo sífilítico. Se comunica un caso con estas lesiones.

Palabras clave: Secundarismo sífilítico, condilomas planos.

ABSTRACT

Syphilis, also known as “the great simulator” is a chronic sexually transmitted infection, produces lots of cutaneous and systemic clinical manifestations. Condilomas lata are a manifestation of secondary syphilis. We report a case of this condition.

Key words: Secondary syphilis, condilomas lata.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica y crónica causada por *Treponema pallidum*, la cual se transmite principalmente por vía sexual.¹ Actualmente es considerada como un problema de salud pública cuya incidencia ha aumentado casi de manera proporcional a la infección por VIH y SIDA.²

HISTORIA

Se conoce desde hace muchos años y hasta la fecha su origen es discutido; ya sea americano (llevado por Colón, luego de la conquista a la Nueva España a Europa) o bien Egipcio, desde el año 1,500 a.C. Todos le niegan su paternidad, sin embargo aún se encuentra entre nosotros. Su nombre proviene del personaje novelesco de Girolamo Fracastoro *syphilis* (amante de cerdos) reconociéndose por primera vez su origen venéreo.³

PATOGÉNESIS

El humano es el único reservorio del *Treponema pallidum*, agente causal de la sífilis. Bacteria Gram negativa, móvil, de tipo espiral que mide de 6 a 15 micras, la cual penetra con facilidad la piel y las mucosas erosionadas gracias a la propiedad flexible que posee su pared celular.⁴

CUADRO CLÍNICO

Clínicamente la sífilis se presenta en forma secuencial, observándose lesiones primarias en la zona de inoculación, seguidas de lesiones secundarias, que afectan principalmente piel y mucosas; posteriormente las terciarias o tardías que afectan piel, hueso y corazón principalmente.

Sífilis primaria. La presenta un tercio de las personas en contacto directo con el treponema de 10 a 90 días posteriores (periodo de incubación) y dura de tres a seis semanas. Está caracterizada por una úlcera indolora y limpia (*chancro*) que cicatriza aun sin recibir tratamiento, y un 50% de estas personas infectadas refieren la evidencia posterior de lesiones de secundarismo. No es común que ambos periodos existan simultáneamente, sin embargo se han publicado casos con la presencia del chancro y lesiones de secundarismo en un 18 y 32% de los casos estudiados.⁴

* Dermatóloga CDP.

** Dermatopatóloga CDP.

*** Residente 3er año Dermatología CDP.

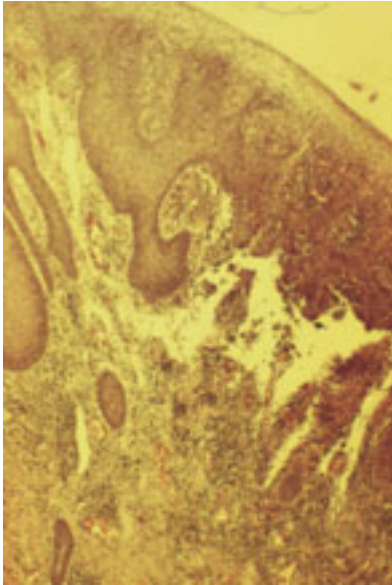


Figura 1. Imagen histológica. Se observa un epitelio poliestratificado con una marcada acantosis irregular. Dermis superficial y media con una densa reacción inflamatoria (H&E 4x).

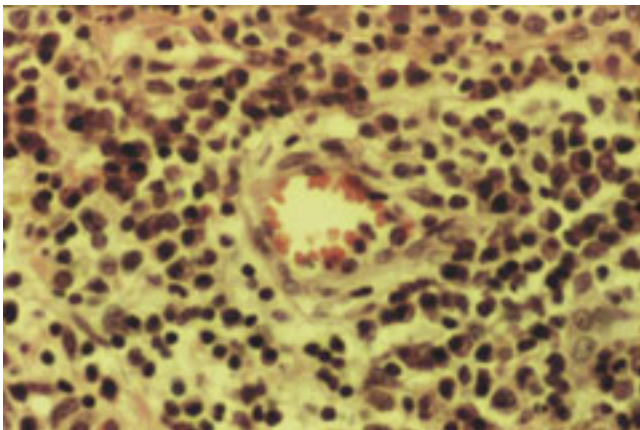


Figura 2. Imagen histológica. Este aumento mayor permite distinguir a numerosas células plasmáticas que rodean un vaso (H&E 40x).



Figura 3. Neoformaciones aplanadas y discretamente eritematosas, caso 1.



Figura 4. Foto de control una semana después de haber terminado el tratamiento, caso 1.



Figura 5. Neoformaciones elevadas, caso 2.



Figura 6. Foto de control después del tratamiento, caso 2.

Sífilis secundaria. Se presenta de 2 a 6 semanas posteriores a la remisión del chancro y es debido a la diseminación hematogena. Se caracteriza por manifestaciones cutáneas y mucosas variables, que se presentan en un 80% de los casos. Siendo característicos los condilomas planos, localizados en zonas húmedas, alrededor del ano, pliegue interglúteo, escroto y vulva, la "roséola sífilítica" o erupción macular, papulomacular o papular, las placas blanquecinas y exulceradas en mucosas oral y/o rectal, así como la linfadenopatía.⁴⁻⁶ Dichas manifestaciones permanecen desde semanas hasta años, involucionando aún sin tratamiento.

Sífilis tardía o terciaria. Afecta otros órganos además de la piel, como hueso, corazón y sistema nervioso; conociéndose así tres categorías de la misma: Sífilis cardiovascular, neurosífilis y sífilis terciaria benigna.^{5,6} Las lesiones cutáneas se caracterizan por la presencia de nódulos granulomatosos psoriasiformes y gomas, dichas lesiones pueden desarrollarse en un periodo de 3 a 7 años y pueden identificarse hasta 60 años después de la primoinfección. Curan dejando cicatrices o atrofia, o bien se continúa su diseminación del treponema hasta hueso, corazón y sistema nervioso.

HISTOPATOLOGÍA

La histología de lesiones sífilíticas confirma lo antes escrito acerca del endotelio, el cual funge como la estructura diana del *Treponema pallidum*, además de múltiples estudios en los que se confirma la activación de las células endoteliales, mediante el aumento de la adherencia de los linfocitos y monocitos al endotelio expuesto. Se caracteriza por presentar tumefacción y proliferación de células endoteliales, infiltración perivascular con células linfoides y algunas plasmáticas ocasionalmente. En las formas secundaria y terciaria también se advierten infiltrados granulomatosos integrados por histiocitos epitelioides y células gigantes (Figuras 1 y 2).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico además de la sospecha clínica se apoya en el estudio serológico que detecta anticuerpos anticardiolipina formados durante la enfermedad por el treponema: RPR (anticuerpos contra *Treponema pallidum*) o bien VDRL (anticuerpos contra productos derivados de la destrucción del tejido), estudios con gran sensibilidad y poca especificidad^{3,4} la absorción de anticuerpos fluorescentes contra treponema (abs-FTA) con gran especificidad. Así como en la detección del treponema en campo oscuro, sin embargo éste no se recomienda

cuando se presentan lesiones en mucosas oral y/o anal, como lo es el caso de los condilomas planos ya que en dichas regiones se encuentran treponemas saprofiticos no patógenos e indistinguibles del *Treponema pallidum*, haciendo dicha prueba poco confiable. Es importante señalar los posibles falsos positivos para VDRL, de los cuales tenemos la infección por VIH, hepatitis, varicela, tuberculosis, paludismo, escarlatina, lepra, endocarditis, enfermedad hepática crónica, cáncer avanzado, colagenopatías, mieloma múltiple; así como otras condiciones no patógenas como el embarazo, edad avanzada, transfusiones múltiples y la administración de drogas endovenosas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección sigue siendo desde hace más de 30 años la penicilina G benzatínica 2'400,000 UI vía IM, repitiendo la dosis a la semana y en pacientes alérgicos a la penicilina, se puede usar la doxiciclina 100 mg v.o. cada 12 h por 10 a 14 días, o bien la azitromicina 2 g en dosis única v.o., con la misma efectividad que la penicilina, en la sífilis temprana y secundaria.⁷ Sin olvidar la vigilancia clínica y serológica al mes 3°, 6°, 12° y 24° posterior al tratamiento o bien hasta la negativización del VDRL.^{9,10}

CASO CLÍNICO 1

Se trata de un paciente masculino de 31 años, soltero, analfabeta, originario y residente de México, D.F. quien acudió al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a la región perianal derecha, la cual es unilateral, y está caracterizada por una dermatosis de aspecto monomorfo constituida por neoformaciones discretamente eritematosas de 0.5 a 1.2 cm discretamente elevadas, multilobuladas de superficie lisa, bien circunscritas, de consistencia firme, y algunas de ellas confluyen para formar placas, las cuales tienen una evolución crónica y ocasionalmente dolorosas (Figura 3).

Al interrogatorio indirecto el familiar del paciente refiere una evolución de 4 meses notando aislamiento y cambios posturales al sentarse, observando granos en ano que crecían paulativamente, ocasionando molestia al defecar. Sin respuesta a tratamiento previo con podofilotoxina en crema durante 1 mes. Antecedente de retraso mental y abandono familiar.

Con el diagnóstico presuntivo de condilomas planos se realizó la determinación sérica de VDRL, siendo positivo con una titulación de 1:64. Dado la condición de

retraso mental y el abandono familiar, que dio lugar al abuso sexual; con previa autorización de los familiares, se solicita la prueba de ELISA para VIH, resultando negativo. Se decide iniciar tratamiento con penicilina G benzatínica 2'400,000 U.I. intramuscular, dosis repetida a la semana, observándose notoria mejoría desde la primera semana después de la primera aplicación, y una semana posterior a la última, se presenta ya sin lesiones (*Figura 4*), así como disminución de la titulación del VDRL a 1:16.

CASO CLÍNICO 2

Paciente masculino de 16 años, soltero, estudiante, originario y residente de México, D.F. quien acudió al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a tronco, del que afecta la región perianal, bilateral y asimétrica, constituida por neoformaciones discretamente eritematosas de 0.8 a 1 cm de diámetro discretamente elevadas, de superficie lisa, bien circunscritas, de consistencia firme, algunas de ellas conflúan para formar placas, las cuales tenían una evolución crónica, y ocasionalmente eran dolorosas (*Figura 5*). Al interrogatorio refiere haber tenido contacto sexual con sexoservidora 2 meses previos a acudir a consulta, sin notar la presencia de úlceras u otro tipo de lesiones en región genital o perianal; sin embargo por 3 semanas previas a su consulta se percató de la presencia de granos en ano que ocasionaban dolor. No recibió tratamiento previo a su consulta.

Con el diagnóstico presuntivo de condilomas planos se realizó la determinación sérica de VDRL, que fue positivo con una titulación de 1:32 y Elisa para VIH, que fue negativo. Se tomó biopsia incisional la cual fue compatible.

Se inició tratamiento con penicilina G benzatínica 2'400,000 U.I. por vía intramuscular, dosis repetida a la semana, observándose notoria mejoría desde la primera semana después de la primera aplicación, y una semana posterior a la última, se presenta ya sin lesiones (*Figura 6*). Un mes después del tratamiento, el VDRL fue negativo.

Se planea continuar vigilancia, como es recomendado, tanto clínica como serológicamente, así como la búsqueda intencionada de los probables contactos del paciente, en la medida de lo posible.

DISCUSIÓN

Los condilomas planos, junto al resto de las lesiones cutáneas y mucosas del secundarismo sífilítico son las más contagiosas, siendo éstas las lesiones menos frecuentes en mucosas. Actualmente la sífilis es considerada como un problema de salud pública, ya que su incidencia ha aumentado junto al SIDA, lo cual ha variado el tipo de manifestaciones del secundarismo sífilítico.

En nuestros tiempos no es común observar este tipo de lesiones en pacientes inmunocompetentes, ya que la penicilina G benzatínica sigue siendo el tratamiento de elección y es comúnmente automedicada por la población en general. Por lo que sigue siendo de gran importancia para el dermatólogo conocer las manifestaciones del secundarismo sífilítico, para hacer un diagnóstico oportuno, así como un tratamiento dirigido y específico, evitándose así la sífilis tardía. Sin olvidar la debida investigación junto al paciente de los probables contactos o de la vía de infección con el fin de disminuir su propagación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Atlas dermatología diagnóstico y tratamiento*. 3ª ed., McGraw Hill, México. 223-227.
2. Cancela R, Vargas DM. Rupia sífilítica una manifestación poco frecuente de la sífilis secundaria. Comunicación de un caso en un paciente con VIH. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004; 13(2): 110-113.
3. Saúl AC. *El tratamiento de la sífilis recurrente con penicilina*. Tesis. México. 1954.
4. Moreno C. Sífilis. Revisión. *Dermatología Rev Mex* 2004; 48(6): 311-320.
5. Cancela R, Bengoa B. Primosecundarismo sífilítico en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12(2): 92-94.
6. Sánchez MR, Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. Tomo 3. 5ª edición. Ed. Médica Panamericana. 2001: 2706-2716 y 2728- 2734.
7. Macaron N, Cohen C, Chen S, Arbiser J. Cutaneous lesions of secondary syphilis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 878-881.
8. Elder D. *Lever histopatología de la piel*. 8ª edición. Interamericana. 1999: 450-453.
9. Pandhi RK, Singh N, Raman M. Secondary syphilis: a clinicopathologic study. *Int J Dermatol* 1995; 34(4): 240-243.
10. Finelli P, Farley T, Gibson J, Langley C, Hwang L. Epidemiology of syphilis. *Sex Trans Dis* 2002; 29(8): 769-774.