

Caso para diagnóstico.

Pápulas diseminadas asintomáticas

Dra. Myrna Rodríguez,* Dra. Elia Espinoza Chicas**



Figura 1. En genitales se observan pápulas eritematosas.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 40 años de edad originario y residente de México DF., monje; consulta por una dermatosis diseminada a tronco afecta genitales, de éstos pene y testículos; de miembros superiores afecta manos a nivel de palmas y miembros inferiores afecta pies a nivel de plantas; es bilateral y simétrica; constituida por pápulas eritematosas de 2 a 3 mm algunas aisladas y otras confluyen formando placas con escama fina. Crónica y asintomática (*Figura 1*).

Al interrogatorio refiere 1 mes de evolución con granitos en genitales, manos y plantas sin síntomas asociados. Niega alguna lesión anterior en piel; se aplicó tratamientos caseros no especificados, no logrando mejoría. Desde hace aproximadamente 3 semanas su pareja sexual observa similares lesiones en cara y palmas. Antecedentes personales refiere ser heterosexual, ha tenido 3 parejas sexuales formales en los últimos 3 años sin protección con preservativos. Niega transfusiones sanguíneas u otro factor de riesgo.

¿Qué diagnóstico propone usted?

* Dermatóloga, Jefe de consulta externa del Centro Dermatológico Pascua.

** Residente de 3° año de Dermatología en Centro Dermatológico Pascua.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Sífilis secundaria

COMENTARIO

EL diagnóstico del paciente y su pareja sexual se realizó clínicamente y se confirmó con VDRL que reportó cifras positivas y anormales de 1:32 en cada uno de los pacientes; ELISA para VIH fue negativo para ambos y un estudio epidemiológico. Recibieron tratamiento con penicilina benzatínica semanal y recomendaciones de protección en la práctica sexual. Ambos presentaron buena evolución.

DISCUSIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa subaguda o crónica causada por el *Treponema pallidum* (espiroqueta). Es de fácil transmisión, sintomatología variada y afecta la piel, mucosas, los anexos cutáneos, el sistema nervioso central y cardiovascular y otras estructuras; sin embargo se cura fácilmente al realizar un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.^{1,2}

La transmisión es fundamentalmente por contacto sexual (hetero u homosexual), y otros medios como a través de la placenta, transfusiones sanguíneas y por soluciones de continuidad de la piel que se ponen en contacto con lesiones de pacientes infectados.¹⁻⁵

El curso natural de la sífilis es conocido actualmente a través del esquema de Morgan modificado por Latapí que resume todas las posibilidades de la infección sifilítica.¹ La enfermedad se inicia como sífilis temprana con la introducción del treponema, el periodo de incubación es variable entre 2–3 semanas posterior al contacto; la primera manifestación es el chancro sifilítico (chancro duro), que dura entre 3 y 6 semanas y desaparece espontáneamente y la enfermedad vuelve a ser latente por un tiempo. Posteriormente se desarrolla la sífilis secundaria (secundarismo sifilítico) es el estado séptico con signos y síntomas en piel, mucosas, anexos de la piel y otros órganos; su morfología puede variar desde manchas, pápulas, escamas y costras.

El secundarismo sifilítico puede cursar con febrícula vespertina, astenia, adinamia y otras manifestaciones

sistémicas. Esta etapa se presenta 2–3 meses después del chancro aunque en ocasiones se suma el chancro al secundarismo y se le llama sífilis primosecundaria. En algunos pacientes no hay historia de chancro porque éste pasa inadvertido o los pacientes reciben antibióticos por otra patología en el periodo de incubación de la sífilis; esta etapa puede desaparecer espontáneamente en 2-3 semanas. Existen pacientes que pueden presentar un nuevo y último brote de lesiones similares al secundarismo pero en forma limitada, sobre todo en aquellos que han sido maltratados y esta etapa es llamada relapso, recaída o secundarismo tardío, que se presenta antes de los dos años. Pasados los dos años se le llama sífilis tardía, aquí se encuentran lesiones en piel, huesos, ganglios; son asimétricas, localizadas y destructivas que no tienden a la curación espontánea y no son infectantes.³

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico que es muy orientador y se confirma con exámenes como método del campo oscuro para el hallazgo del treponema y determinación de anticuerpos en el suero del paciente (VDRL, FTA abs).

El tratamiento de elección es la penicilina ya que el treponema es muy sensible a este antibiótico y es económico. Existen varios planes de tratamiento a base de penicilina, entre ellos podemos utilizar con buenos resultados penicilina benzatínica 1.2 millones se unidades IM. cada 5-7 días hasta completar los 6 millones (5 semanas); en caso de alergia a este fármaco puede prescribirse eritromicina.^{1,2,4,5}

BIBLIOGRAFÍA

1. Saúl A. *Enfermedades de transmisión sexual*. Lecciones de Dermatología. Méndez editores. Lecciones de Dermatología. 14° Ed. México DF 2001: 339-365.
2. Freedberg I, Eisen A, Austen K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine*. Cap. 228. 2003: 2163-2188. 6th Ed. vol. 2 McGraw-Hill.
3. Sule R et al. Late cutaneous syphilis. *Cutis* 1997; 59: 135-8.
4. Moreno CC. Sífilis. *Dermatología Rev Mex* 2004; 48: 311-20.
5. Arenas R. Infecciones de transmisión sexual (cap. 55). *Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento* 3° Ed. Mc Graw-Hill México D.F. 2004: 223-227.