

Caso para diagnóstico

Neoformaciones planas en vulva

Sara Pérez Cortés,* Mónica Vences Carranza,** Alberto Ramos Garibay,***
Maribel González González,**** Carmen Alexandra Maza de Franco*****

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, de 22 años de edad, originaria y residente de México, D.F., la cual presentaba una dermatosis localizada a tronco, de la que afectaba genitales externos en labios mayores e introito vaginal; bilateral y simétrica,

constituida por neoformaciones planas y otras lobuladas, eritematosas, bien delimitadas, de evolución crónica, pruriginosa y dolorosa (**Figuras 1 y 2**).



Figura 1. Neoformaciones exofíticas algunas planas y otras de aspecto lobulado.



Figura 2. Topografía de la dermatosis en vulva.



Figura 3. Manchas hipercrómicas rodeadas de escama en palmas.

* Jefa de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

** Jefa de la Clínica de Patología Vulvar.

*** Dermatopatólogo.

**** Dermatopatóloga.

***** Residente de segundo año de Dermatología.

**Figura 4.**

Manchas hipercrómicas con collar de escama en plantas.

**Figura 5.**

Acercamiento de lesiones en plantas.

En resto de piel y anexos mostraba en ingles, palmas y plantas manchas eritematosas de forma ovalada, límites bien definidos, tamaño variable, algunas con escama oval que circundaba las lesiones, de evolución crónica y asintomática (**Figuras 3 a 5**).

Al interrogatorio refirió evolución de 1 mes y medio de notar «granos» en la vulva, los cuales fueron creciendo progresivamente y extendiéndose a región perineal, ardorosos y pruriginosos; 2 semanas posteriores a la aparición de las primeras lesiones, nota «granos» en palmas y plantas.

Antecedentes personales patológicos sin relevancia. Entre sus antecedentes personales no patológicos

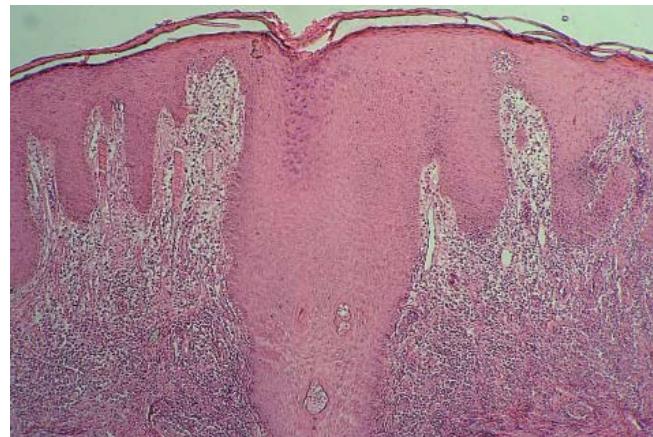


Figura 6. Imagen histológica. Epidermis con acantosis irregular. En la dermis subyacente se observan vasos dilatados y congestionados; así como un denso infiltrado inflamatorio. (H&E 4x).

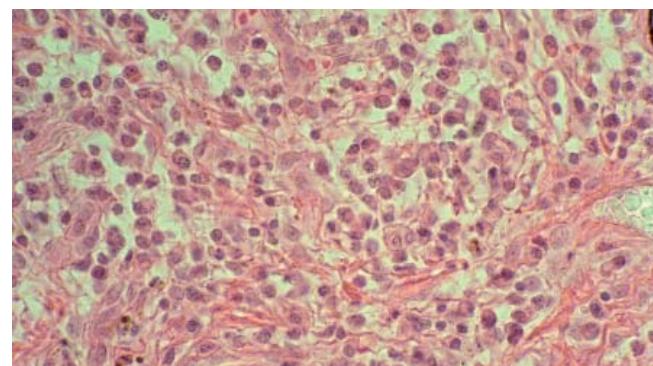


Figura 7. Imagen histológica. Las células que predominan en el infiltrado corresponden a células plasmáticas. (H&E 40x).

refirió etilismo ocasional y haberse realizado tatuajes. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 11 años, inicio de relaciones sexuales a los 17 años, 1 pareja sexual, antecedente de cervicovaginitis en 2 ocasiones; negó uso de métodos de barrera, refirió uso de DIU. Fórmula obstétrica: G:3 P:2 C:0 A:1.

Se le realizaron VDRL y ELISA para VIH los cuales fueron negativos.

Además se le tomaron biopsias de las lesiones en vulva y región plantar, las cuales reportaron acantosis irregular, espongiosis, exocitosis en dermis superficial e infiltrado dispuesto en banda con predominio de células plasmáticas, linfocitos, histiocitos y polimorfos nucleares (**Figuras 6 y 7**).

Con los datos clínicos e histopatológicos anteriores, ¿Cuál es su diagnóstico?

Debido a que el resultado del VDRL fue negativo, se solicitaron estudios serológicos con diluciones en otro laboratorio, que reportó VDRL positivo 1:32 y FTA-abs positivo, los cuales en conjunto con los datos clínicos e histopatológicos descritos nos confirman el diagnóstico de secundarismo sifilítico.

DIAGNÓSTICO: SECUNDARISMO SIFILÍTICO

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica y crónica causada por *Treponema pallidum*, la cual se adquiere principalmente por contacto sexual, además por transmisión vertical (madre-feto).¹⁻³ Actualmente se considera como un problema de salud pública, cuya incidencia ha aumentado casi de manera proporcional a la infección por VIH y SIDA.¹

Puede afectar la piel, mucosas, anexos cutáneos y casi todos los órganos del cuerpo.^{4,5,6}

CUADRO CLÍNICO

La sífilis se presenta en varios estadios, si no es tratada adecuadamente: Primaria, secundaria, latente y terciaria^{3,4} (**Cuadro I**).³

Sífilis primaria

Caracterizada por una úlcera indolora, indurada y limpia (*chancre*) que cicatriza aún sin tratamiento, la cual en muchos casos pasa inadvertida por el paciente.⁷

Sífilis secundaria

Aparece 6-8 semanas posterior a la primoinfección.³ Resulta de la diseminación hematogena del *Treponema pallidum*. Se caracteriza por manifestaciones cutáneas

y mucosas variables, que se presentan en un 80% de los casos. Son característicos los condilomas planos, la «roséola sifilítica» o erupción macular, máculo-papular o papular, las placas blanquecinas y exulceradas en mucosas oral, así como la linfadenopatía.¹

El chancre puede persistir junto con el secundarismo y en este caso se le denomina sífilis primosecundaria.²

Las formas cutáneas de secundarismo sifilítico son lesiones diseminadas y habitadas y de acuerdo a su morfología pueden clasificarse en:^{1,2}

1. Sifílide maculosa o roséola 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, dejando manchas hipocrómicas residuales.
2. Sifílide papular: afecta surcos nasogenianos, pliegue mentoniano, comisuras de los labios y las regiones palmoplantares, morfológicamente se considera que la pápula es la lesión elemental de la sífilis temprana, pueden ser de color rojo, rosado o cobrizo, no pruriginosas y se encuentran rodeadas de un collarete escamoso que ha sido denominado «collarete de Biet».
3. Sifílide papuloerrosiva, condiloma lata o condilomas planos: suelen presentarse en pliegues, región anogenital y límites entre mucosa y piel, son neoformaciones aplanadas, de superficie lisa y aspecto húmedo, en número variable.
4. Sifílide papulocostrosa: Aparecen en piel cabelluda, línea de implantación del cabello («corona venérea»), donde la pápula se cubre con costras melicéricas.
5. Sifílides elegantes de Brocq: pápulas que se yuxtaponen originando formas circinadas y arciformes.

La etapa de sífilis secundaria representa la forma clínica más contagiosa de la enfermedad, puede tener

CUADRO I. ESTADIOS DE LA SÍFILIS.

Estadio	Duración	Manifestaciones
Periodo de incubación	3 semanas (9-90 días)	
Sífilis primaria	6 semanas	Chancre, infección regional
Sífilis secundaria	± 6 semanas	Sifílides, lesiones mucocutáneas, síntomas generales, linfadenopatías, diseminación hematogena
Latente temprana	< 1 año (CDC) < 2 años (OMS)	Seropositividad, asintomática
Latente tardía	> 1 año (CDC) > 2 años (OMS)	Seropositividad, asintomática
Sífilis terciaria	Años (1-50)	Nódulos granulomatosos, gomas, afectación multiorgánica

CDC = Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América.

OMS = Organización Mundial de la Salud.³

manifestaciones sistémicas como mialgias, artralgias, fiebre, cefalea, pérdida de peso, astenia y adinamia.^{5,6}

Sífilis latente

La sífilis latente se divide en temprana: antes del segundo año de evolución; y tardía después de este periodo y la primera tiene mayor posibilidad de ser infectante.

Sífilis tardía o terciaria

Afecta otros órganos además de la piel, como huesos, corazón y sistema nervioso; conociéndose así tres categorías de la misma: sífilis terciaria benigna, cardiovascular y neurosífilis. 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.²

Sífilis en el embarazo

El espectro clínico es muy amplio, desde infección asintomática hasta sepsis severa y muerte. Según reportes del CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América) de los casos de sífilis congénita sólo un 30% presentan síntomas al nacimiento.⁸

En estos casos se puede presentar muerte fetal, prematuridad, producto con lesiones sifilíticas (condilomas planos o sifilides periorificiales), pénfigo del recién nacido, hepatoesplenomegalia, anemia y trombocitopenia. Manifestaciones tardías: queratitis intersticial y ceguera, sordera por afección del VIII par, sinovitis rotuliana y retraso mental por neurosífilis.²

Hallazgos histológicos

No son específicos. Los cambios incluyen tumefacción y proliferación de células endoteliales, infiltración perivascular con células linfoides y plasmáticas.

En las formas secundaria y terciaria también se advierten infiltrados granulomatosos integrados por histiocitos epiteloides y células gigantes.¹

Se pueden presentar hallazgos de infiltrado celular inflamatorio que obscurece la unión dermo-epidérmica, hiperplasia epidérmica (liquenoide-psoriasisiforme). Múltiples estudios han demostrado una amplia variedad en patrones histológicos de secundarismo sifilítico.⁹

DIAGNÓSTICO

Se realiza de forma clínica, el *Treponema pallidum* no se puede cultivar. El examen en campo oscuro de la secreción del chancre es el estudio de elección en la sífilis primaria (excepto en las lesiones de boca o región perianal por presencia de treponemas saprófitos), o bien la biopsia de este tipo de lesiones o de la sífilis secundaria, de preferencia con tinciones argénticas (Warthin Starry) o con inmunofluorescencia directa para visualizar los treponemas.

Las pruebas diagnósticas serológicas se clasifican en no treponémicas y treponémicas.³

Los estudios serológicos que detectan anticuerpos anticardiolipina (pruebas no treponémicas): RPR o VDRL, son poco específicas, pero se utilizan para detección de los casos y vigilancia posterior al tratamiento.

Debemos conocer los posibles falsos positivos para VDRL: infección por VIH, hepatitis, varicela, tuberculosis, paludismo, escarlatina, lepra, endocarditis, enfermedad hepática crónica, cáncer avanzado, collagenopatías, mieloma múltiple; así como otras condiciones no patógenas como el embarazo, edad avanzada, transfusiones múltiples y la administración de drogas endovenosas.²

Las pruebas treponémicas como la absorción de anticuerpos fluorescentes (FTA-abs) o la microhemaglutinación para *Treponema pallidum* poseen gran especificidad.

Es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz, ya que así podremos interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.¹⁰

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección continua siendo: Penicilina G benzatínica;² el esquema depende del estadio de la enfermedad (**Cuadro II**).¹¹

En la actualidad la sífilis continúa siendo un problema de salud pública, a pesar de que el tratamiento es económico y muy efectivo.¹⁰

COMENTARIO

Se comunica este caso clínico con la finalidad de recordar las manifestaciones clínicas de la sífilis secundaria y su tratamiento.

El motivo de consulta principal de nuestra paciente fueron las lesiones en vulva que correspondieron a condilomas planos y en base al resto de las lesiones en extremidades se sospechó el diagnóstico.

Es importante considerar que ante el cuadro clínico característico de sífilis secundaria, si se reporta un VDRL

CUADRO II. TRATAMIENTO RECOMENDADO PARA SÍFILIS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Tipo	Tratamiento
Sífilis temprana (primaria, secundaria, latente temprana)	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis única
Alternativa pacientes alérgicos a penicilina	Doxiciclina 100 mg c/12 hrs /14 días Tetraciclina 500 mg c/6 hrs /14 días Ceftriaxona 1g IM o IV /10-14 días
Latente tardía, terciaria (excepto neurosífilis)	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM semanales por 3 dosis
Alternativa pacientes alérgicos a penicilina	Doxiciclina 100 mg c/12 hrs /28 días Tetraciclina 500 mg c/6 hrs /28 días Ceftriaxona 1 g/día IM o IV /14 días
Pacientes VIH positivos con sífilis primaria, secundaria o latente temprana	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis única
Pacientes VIH positivos y sífilis tardía o latente de duración desconocida	Realizar punción lumbar, previo tratamiento para descartar neurosífilis. Punción lumbar negativa: 7.2 millones de unidades, repartidas en 3 dosis semanales
Neurosífilis	Penicilina G acuosa cristalina 3-4 millones de unidades IV cada 4 horas o en infusión continua por 10 a 14 días
Pacientes VIH positivos alérgicos a penicilina	Mismos medicamentos referidos de acuerdo al estadio con seguimiento estrecho
Mujeres embarazadas	Deben tratarse de acuerdo al estadio de la sífilis
Mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina	Se recomienda desensibilización

Fuente: Guías de Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, 2010.

CDC = Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América.¹¹

negativo, es necesario solicitar nuevamente los estudios serológicos con diluciones del suero del paciente, ya que puede presentarse un fenómeno *prozona* donde un exceso de anticuerpos en el suero sin diluir, inhibe la flocculación.

A la pareja de la paciente, pese a que se refirió asintomático, se le solicitaron los mismos estudios que fueron negativos; sin embargo, recibió el mismo tratamiento. Se indicó penicilina G benzatínica 2,400,000 U IM, dosis única y a la paciente se le indicó una pasta secante en las lesiones, con lo que se presentó remisión del cuadro a las 2 semanas, con VDRL negativo al mes de recibir el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez S, Novales J, Moreno G. Secundarismo sifilítico en pacientes inmunocompetentes. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2005; 14: 152-155.
2. Medina D, Mora S. Sífilis secundaria. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11: 14-17.
3. Lautenschlager S. Cutaneus manifestations of Syphilis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2006; 7: 291-304.
4. Klausner J, Hook E. *Diagnóstico y tratamiento Enfermedades de transmisión sexual*. Cap.19, México; Interamericana McGraw-Hill, 2008: pp. 119-129.

5. Saúl A. Enfermedades de transmisión sexual. En: *Lecciones de Dermatología*. 14º Edición. Méndez Editores. México, D.F, 2001: pp. 339-365.
6. Freedberg I, Eisen A, Austen K et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th Ed. vol. 2 McGraw-Hill 2003, Cap. 228, 2163-2188.
7. Rodríguez M, Espinoza E. Pápulas diseminadas asintomáticas. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006; 15: 51-52.
8. Bennett M, Lynn A, Klein L et al. Congenital syphilis: Subtle presentation of fulminant disease. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 36: 351-354.
9. McComb M, Telang G, Vonderheid E. Secondary Syphilis presenting as pseudolymphoma of the skin. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49: 174-176.
10. Caramez C, Alves C, Nery J et al. Secondary syphilis: Case report. *J Am Acad of Dermatol*. 2010; 62: AB83.
11. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. CDC Morbidity and mortality. Weekly report. 2010;59/RR-12. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010>

Correspondencia:

Dra. Sara Pérez Cortés
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Del. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351
E-mail: sara940524@att.net.mx