



Alopecia sifilítica. Comunicación de dos casos

Syphilitic alopecia. Communication of two cases

Sara Pérez-Cortés,* Laura Fernández-Cuevas,†
Denisse Herrera-Bringas,§ Valeria Sandoval-Martínez¶

RESUMEN

Durante las últimas décadas se ha observado incremento en los casos de sífilis, conocida ya como una gran simuladora, situación que ocurre igualmente con las manifestaciones dermatológicas de la enfermedad. La alopecia sifilítica (AS) es una manifestación poco frecuente del secundarismo sifilítico, caracterizada por alopecia no cicatricial, de aspecto «apolillado», que a la tricoscopia muestra puntos amarillos y negros, pelos cónicos, quebrados e hipocromía de los mismos. Presentamos el caso de un paciente con alopecia sifilítica esencial.

Palabras clave: alopecia, sífilis, secundarismo sifilítico.

ABSTRACT

During the last decades there has been an increase in syphilis cases, already known as the great simulator, a situation that also occurs with dermatological manifestations of this disease. Syphilitic alopecia (SA) is a rare manifestation of syphilitic secondary, characterized by a non-scarring alopecia, with a «moth-eaten» appearance. Trichoscopy shows yellow and black dots, conical or broken hairs and hypochromia.

Keywords: alopecia, syphilis, syphilitic secondary.

INTRODUCCIÓN

La sífilis sigue siendo una enfermedad endémica de países en vías de desarrollo, que confiere gran morbilidad pues favorece la transmisión de VIH, y predispone a desenlaces adversos en el embarazo. El comportamiento de la enfermedad en países desarrollados se muestra fluctuante, exhibiendo reemergencia en hombres que tienen sexo con hombres.¹ Es importante para los dermatólogos conocer las manifestaciones dermatológicas y tener en cuenta aquéllas poco frecuentes, como la AS.

Epidemiología

La incidencia de sífilis disminuyó de forma significativa en el mundo durante cinco décadas después del descubrimiento de la penicilina en los años cuarenta; sin

embargo, a finales del siglo se observó un incremento en la prevalencia de la enfermedad; principalmente en personas jóvenes y hombres que tienen actividad sexual con otros hombres.¹

Cada año se calcula que surgen seis millones de casos nuevos de sífilis de forma global, en personas entre los 15 y 49 años de edad. En Estados Unidos se reportan alrededor de 15.6 casos por cada 100,000 hombres adultos, y 1.9 casos por cada 100,000 mujeres.²

En lo que se refiere específicamente a la alopecia sifilítica, se calcula una prevalencia de 2.9-22% en pacientes con sífilis secundaria.³

Fisiopatología

El agente etiológico, el *Treponema* subespecie *pallidum*, es una espiroqueta de 0.15 por 6-16 micrómetros, de crecimiento lento. Para su clasificación se debe diferenciar entre sífilis precoz (primaria, secundaria y latente),

* Jefe del Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual.

† Jefe del Departamento de Patología Bucal.

§ Dermatóloga egresada.

¶ Residente del primer año de Dermatología.



que es contagiosa, o sífilis tardía (latente > 1 año, y terciaria), en la que el paciente no es contagioso.⁴ La fisiopatología en el caso de la alopecia sifilítica no es clara. Se propone que los antígenos específicos del *T. pallidum* inducen una respuesta inmune ocasionando infiltrado dérmico linfocitario perifolicular y perivascular, además de vasculitis de pequeños vasos. Esta teoría es respaldada por el hecho de que en estudios moleculares se ha identificado al *T. pallidum* en los folículos pilosos afectados.⁵

Al realizar estudios de inmunohistoquímica, éstos muestran espiroquetas en la región peribulbar y penetrando la matriz del folículo. Lo anterior podría explicar las anomalías del tallo piloso encontradas en este padecimiento, las cuales se manifiestan como pelos en zigzag, pelos rotos y puntos negros.⁵

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El secundarismo sifilítico resulta de una diseminación hematológica de la espiroqueta. Éste se hace evidente desde la segunda hasta la octava semana posterior a la lesión inicial, y se presenta con un amplio espectro de manifestaciones cutáneas, haciéndola una «gran simuladora». La manifestación clínica más común es la *sifilides*. Estas son lesiones polimorfas que pueden manifestarse de diferentes formas, desde manchas, micro pápulas, vesículas, nódulos y lesiones psoriasiformes; y pueden, o no, ser pruriginosas y estar localizadas o generalizadas. Normalmente con afectación de palmas y plantas.⁶

Una de las manifestaciones menos frecuentes del secundarismo es la alopecia, la cual se divide en dos tipos: la primera, llamada «sintomática», que se presenta junto con las lesiones cutáneas, y la segunda conocida como «esencial», siendo ésta la única manifestación clínica de sífilis.⁵

La imagen más frecuente es el de una alopecia difusa, conocida como «apolillada» o «en mordidas de ratón», cuyos hallazgos son patognomónicos de la enfermedad. Ésta se localiza, sobre todo, en las regiones temporal y occipital, en cejas y rara vez en bigote.⁶ También puede simular alopecia areata o alopecia temporal difusa, con efluvio telógeno, por lo que es importante hacer el diagnóstico diferencial apoyados en la tricoscopia y el análisis histopatológico.⁵

Tricoscopia

La tricoscopia es una herramienta cada vez más útil y valiosa en el diagnóstico de las patologías de la piel cabelluda y la fibra capilar. A pesar de que las caracte-

terísticas específicas de la alopecia sifilítica no han sido descritas, es una herramienta clave para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías.⁵

Debido a que en la alopecia sifilítica la mayoría de las propiedades no son específicas, se le considera «la gran imitadora». A la tricoscopia se pueden observar pelos en zigzag, pelos en cola de cerdo, pelos rotos, puntos amarillos y negros, también pueden apreciarse algunos pelos cortos en recrecimiento, en cuyo caso debe hacerse diagnóstico diferencial con efluvio telógeno.⁵

Para definir las manifestaciones tricoscópicas más específicas y útiles es necesario que se realicen más estudios comparativos con otros tipos de alopecias no cicatrizales.⁵

Tratamiento

El tratamiento de elección es la administración de penicilina. En los casos de sífilis precoz, una sola dosis de penicilina G benzatínica 2,400,000 UI intramuscular es suficiente, ya sea en pacientes con o sin infección concomitante por VIH.⁴

En pacientes alérgicos a la penicilina, el tratamiento de elección es la doxiciclina 100 mg cada 12 horas por dos semanas en sífilis precoz, y 28 días en sífilis tardía.⁴

Una revisión sistemática llevada a cabo por Ponsoong y colaboradores, apoyados en otros trabajos, ha demostrado que el tratamiento antibiótico de la sífilis induce recrecimiento del pelo en todos los pacientes. Por lo anterior, es importante reconocer esta manifestación de la piel cabelluda para poder realizar un diagnóstico temprano y mejorar esta dermatosis en los pacientes afectados.⁵

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

El primer caso fue visto en el año 2005. Se trata de un paciente del sexo masculino, de 22 años de edad, el cual acudió con dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades. De la primera afectaba cara en mejillas, dorso nasal y mentón, de la segunda tronco, cara anterior y posterior; de la tercera, extremidades, antebrazos en todas sus caras, dorso de manos, palmas y plantas, en forma bilateral y simétrica. La dermatosis estaba constituida por eritema, escama grisácea y en algunas áreas hipercrómicas que confluían para formar numerosas placas de formas irregulares y bordes mal definidos, de tamaños variables, entre 1 y 2 cm de diámetro (**Figura 1**).

En el resto de la piel y anexos se observaba dermatosis localizada a cabeza, de la que afectaba piel cabelluda, principalmente regiones temporales, constituida por alopecia en «trasquiladas» (**Figura 2**) y alopecia de cejas y pestañas de forma difusa (**Figura 3**).

El paciente refiere que inició cinco meses antes de acudir a consulta con «manchas en la piel», por lo que acudió con un médico general, quien indicó tratamiento no especificado, sin mejoría. Acude a una segunda



Figura 1: Aspecto de la dermatosis (Caso 1).



Figura 2: Alopecia sifilítica en piel cabelluda (Caso 1).



Figura 3: Alopecia de cejas y pestañas (Caso 1).

consulta donde indican la aplicación de antimicótico tópico y antihistamínico, sin presentar mejoría, y nota que se agrega pérdida de pelo en la piel cabelluda, cejas y pestañas, por lo que acude al Centro Dermatológico Pascua (CDP). Durante el interrogatorio dirigido comenta inicio de vida sexual activa a los 15 años de edad, con 40 parejas sexuales, de preferencia homosexual, con uso ocasional de preservativo, con pérdida de peso de 3 kg desde que inició su padecimiento actual.

Con base en el cuadro clínico y los antecedentes descritos, es referido a la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual. Con los datos anteriores se sospecha de alopecia sifilítica, secundarismo sifilítico, pitiriasis versicolor y probable infección por VIH. Se inicia abordaje diagnóstico solicitando VDRL, ELISA para VIH, examen directo de las lesiones, y se realiza una biopsia, la cual reportó infiltrado inflamatorio inespecífico. El VDRL resultó positivo 1:256, ELISA positivo, VSG 59 mm/h. Por lo que se inicia tratamiento con tres dosis de penicilina G benzatínica 2,400,000 UI semanal, con involución de las lesiones cutáneas a la tercera aplicación, quedando sólo manchas residuales. A pesar de que el paciente ya no acudió a consulta de seguimiento, se contactó vía telefónica e informó mejoría de la alopecia y, a decir de él, continuaba en valoración para iniciar tratamiento antirretroviral.

Caso 2

El segundo caso, visto en el año 2018, corresponde a un paciente del sexo masculino, de 51 años de edad, quien presentaba dermatosis localizada, a cabeza, de la que afectaba piel cabelluda en forma difusa, barba (**Figuras**

4 y 5) y cejas (**Figura 6**), constituida por alopecia en «trasquiladas» de 1 a 2 cm de diámetro.

En el resto de piel y anexos presentaba dermatosis diseminada a tronco y extremidades de los que afectaba tórax en sus caras anterior y posterior, palmas y plantas, bilateral y simétrica, constituida por áreas de eritema y escama, que confluían en placas de 0.5 a 1 cm de diámetro aproximadamente. De evolución subaguda.



Figura 4: Alopecia sifilítica en piel cabelluda y barba (Caso 2).



Figura 5: Alopecia sifilítica (Caso 2).



Figura 6: Alopecia de cejas (Caso 2).



Figura 7:
Aspecto clínico
de la estomatosis
(Caso 2).

En cavidad bucal se observó estomatosis localizada a mucosa lingual, de la que afectaba el dorso a nivel de tercio medio y posterior, constituida por eritema y neoformaciones que confluían para formar una placa multilobulada, así como saburra (**Figura 7**). Refiere que inició un mes previo con «sensación ardorosa de la lengua, y polvo en la garganta», disfonía y dolor durante la deglución, motivo por el cual acude a valoración por médico particular quien diagnosticó candidiasis y herpes oral e inició tratamiento con nistatina y aciclovir por tres semanas; sin embargo, durante ese tiempo, inició con caída del pelo de la piel cabelluda y barba, mal estado general, dolor articular y pérdida de peso no cuantificada. Al interrogatorio dirigido manifestó como antecedentes de importancia ser soltero, homosexual, con diagnóstico de VIH en el 2010, en tratamiento con emtricitabina, tenofovir y efavirenz, cuyo último control de CD4 era de 400 células/mL y carga viral indetectable. Por lo anterior se sospechó de un secundarismo sifilítico

y se inició abordaje diagnóstico. Los laboratorios mostraron VDRL positivo 1:64, anticuerpos anti *T. pallidum* positivos, CD4 750 células/mL y carga viral indetectable.

Se revisó a su pareja, quien contaba con el diagnóstico previo de infección por VIH, en control médico, el cual se encontraba asintomático. La serología reportó VDRL positivo 1:64 y anticuerpos anti *T. pallidum* positivos, se diagnosticó sífilis latente. Por lo anterior, se concluyó que el paciente cursaba con alopecia sifilítica, por secundarismo sifilítico con manifestaciones en cavidad bucal.

Se administró tratamiento con penicilina G benzatínica 2,400,000 UI semanal, tres dosis, a ambos. En la Clínica de Patología Bucal se agregó la aplicación de almagato suspensión para enjuagues bucales a libre demanda. Una semana posterior a la primera dosis, la sintomatología bucofaringea remitió, y tres semanas después de la tercera dosis, mejoró de la alopecia progresivamente (**Figuras 8 y 9**).

COMENTARIO

La alopecia sifilítica es una entidad poco frecuente, con características clínicas específicas, que, junto con los



Figura 8: Pelo posterior al tratamiento (Caso 2).



Figura 9: Cejas posterior al tratamiento (Caso 2).

antecedentes e historia clínica del paciente, nos ayuda a diagnosticar una sífilis secundaria. Es importante reconocer esta patología, y dar tratamiento oportuno para mejorar la evolución de estos pacientes, y de esta forma evitar las complicaciones y la progresión hacia sífilis terciaria.

REFERENCIAS

1. Pinchera B, Viceconte G, Buonomo AR, Zappulo E, Mercinelli S, Moriello NS et al. Epidemiological and clinical features of syphilis in the 21st century: a seven-year observational retrospective study of outpatients. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022; 16: 101100. doi: 10.1016/j.cegh.2022.101100.
2. Kojima N, Klausner JD. An update on the global epidemiology of syphilis. *Curr Epidemiol Rep*. 2018; 5: 24-38. doi: 10.1007/s40471-018-0138-z.
3. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104: 512-517. doi: 10.1016/j.ad.2012.02.009.
4. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Syphilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019; 37: 398-404. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.009.
5. Pomsoong C, Sukanjanapong S, Ratanapokasatit Y, Suchonwanit P. Epidemiological, clinical, and trichoscopic features of syphilitic alopecia: a retrospective analysis and systematic review. *Front Med (Lausanne)*. 2022; 9: 890206. doi: 10.3389/fmed.2022.890206.
6. Morales GLC, Guevara SEG. Secundarismo sifilítico: el gran imitador en 2021 Cuestionario. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021; 19: 183-190.

Correspondencia:

Dra. Sara Pérez-Cortés

Dr. Vértiz 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.
Tel.: 55 5519-6351.

E-mail: sara940524@att.net.mx.com