

## SIFILIS RECIENTE SINTOMATICA

ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS CADA VEZ MAS FRECUENTES

*Dr. Luis Gómez Garrasquero\**

Se presentan un grupo de fotografías clínicas de pacientes con Sífilis sintomática, actualmente en aumento en nuestras consultas, con la intención de revivir su interés en el diagnóstico diferencial de erupciones cutáneas.

La Sífilis sintomática ha adquirido algunos nuevos aspectos clínicos en los últimos años, así como por su incremento, se ha incluido nuevamente en el diagnóstico diferencial de las enfermedades cutáneas. Su diagnóstico es fácil, si se tiene a mano un microscopio con condensador de fondo oscuro, para realizar un examen ultramicroscópico (ULTRA) y demostrar el *Treponema Pallidum* en las lesiones sospechosas.

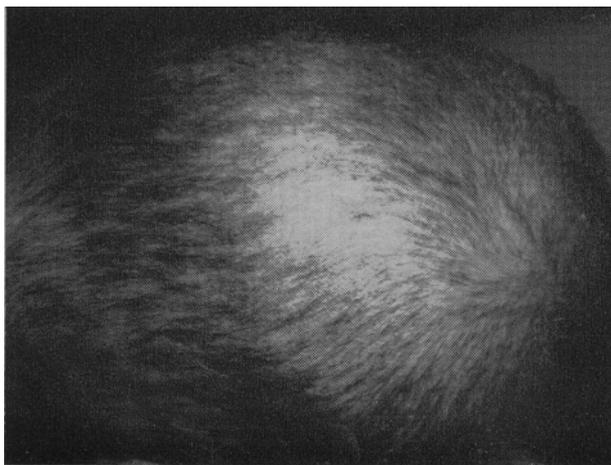


*Fig. N° 1a.- Alopecia Cola de Cejas.*

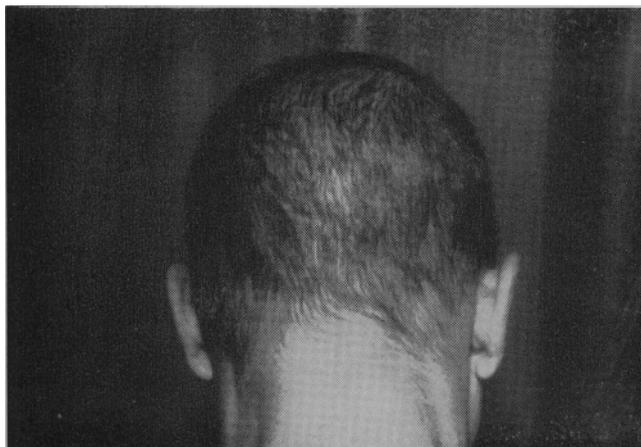
Trabajo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. Prof. Carlos J. Alarcón, Jefe del Servicio.

\* Instructor, Cátedra de Dermatología y Sifilografía, U.C.V.

*Alopecia.* (Fotos 1a, 1b y 1c.) Paciente varón referido por aerología positiva. Al examen sólo se pudo constatar alopecia "moth eaten" en regiones parieto-occipitales y colas de las cejas. No se palparon adenopatías, no había lesiones genitales ni cicatrices. Mucosa oral y anal sin lesiones. Serología: VDRL 32D, Reiter R. Seis meses después del tratamiento ya había repoblación capilar y al año su serología era VDRL 1D Reiter R, con exámenes complementarios (C. V., F. de O. y L. C. R.) normales.



*Fig. N° 1b.-Alopecia "Moth eaten".*



*Fig. N° 1c.- Alopecia "Moth eaten"*

*Cordón, linfático.* (Foto 2). Nódulo ovalado, liso, duro, brillante, indoloro en base del frenillo de mucosa prepucial. Adenopatías duras móviles, pequeñas y medianas inguinales bilaterales, no había lesiones en la piel ni otras mucosas. Ultra: Tr. pallidum. Serología VDRL 8D Reiter R. Esta forma clínica es más frecuente cada día y al parecer se trata de una linfangitis troncular post chancro. Probablemente es una de las modificaciones clínicas reciente de la Sífilis y puede pasar desapercibida si no se piensa en Lues.



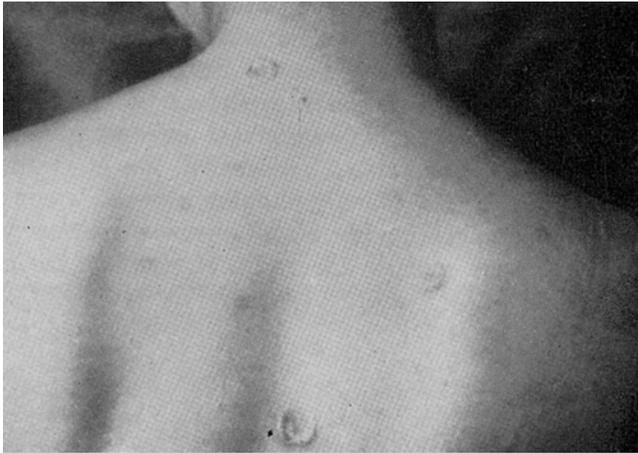
*Fig. N° 2.-Cordón Linfático.*

*Lesiones anulares.* (Fotos 3a, 3b y 3c.) Paciente que consultó en servicios médicos durante tres meses siendo tratada por "complicaciones de una Varicella". Al examen revelaba múltiples lesiones en cordones semicirculares y anulares levemente pigmentados, distribuidos en tronco, mentón, ceja derecha y comisura labial izquierda.

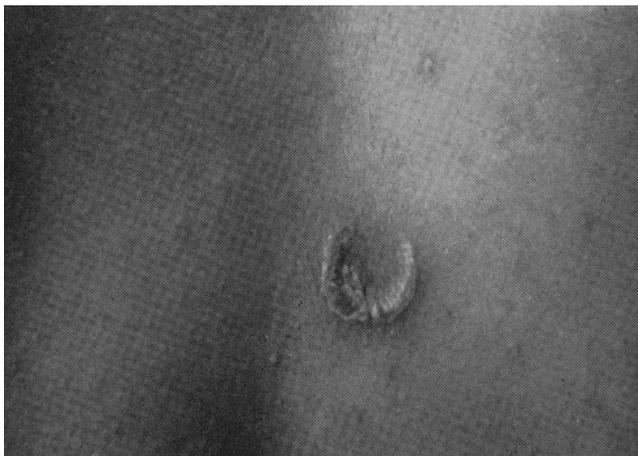
Ultra: abundantes Tr. pallida.



*Fig. N° 3a.-Lesiones Anulares.*



*Fig. N° 3b.-Lesiones Anulares.*



*Fig. N° 3c.-Lesiones Anulares.*

*Roseola seborreiforme.* (Fotos 4a, 4b, 4c y 4d.) Paciente femenino, joven y virgen, referida por erupción generalizada en cara, tronco y extremidades, incluyendo palmas y plantas. En la cara y tórax superior las lesiones eran máculas eritematosas, aisladas y confluentes en las regiones nasogenianas, cejas, medio esternal e interescapular, indistinguibles clínicamente de una Dermatitis Seborreica. En el resto del tronco y extremidades la erupción era maculo-papular rosada y con descamación periférica (collarete), especialmente en antebrazos, palmas y plantas. En la lengua había una placa mucosa ulcerada, el resto de las mucosas, anal y genital sin lesiones. VDRL 32D, Reiter R y FTA 200 R.

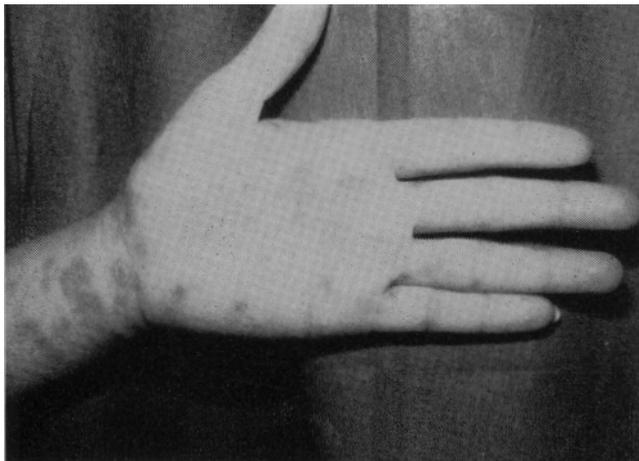


*Fig. N° 4a.-Roseola Seborreiforme.*



*Fig. N° 4b.- Placa Mucosa Ulcerada.*

La paciente en el momento de la consulta ya había recibido antibióticos, indicados por el último facultativo consultado, por lo que el examen ultramicroscópico fue negativo. La investigación de contactos pudo trazarse hasta un novio con Faringitis Luetica, por lo que se presume que el contagio haya sido un beso.



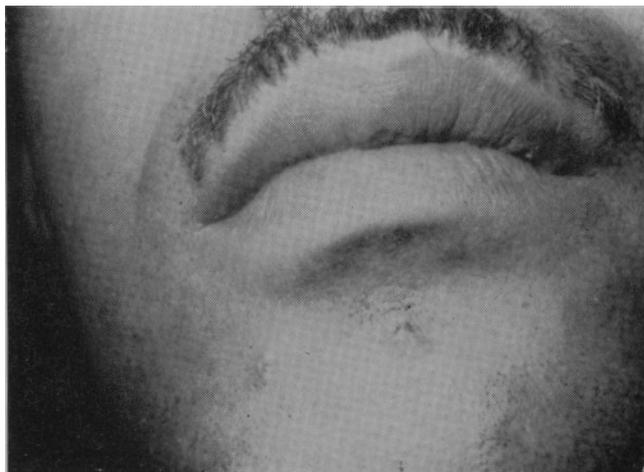
*Fig. N° 4c.-Roseola. "Collarete".*



*Fig. N° 4d.-Roseola. "Collarete".*

*Perifoliculitis* o Lesiones Furunculoides. (Foto 5). Paciente varón, joven, que consultó por sospecha de enfermedad venérea. En el examen sólo se apreciaba una pequeña mancha rosada en glande sin infiltración, pero se palpaban adenopatías duras, indoloras, medianas, móviles, inguinales derechas. En el resto de las mucosas no había lesiones y en la piel del mentón dos lesiones papulo-nodulares perifoliculares, asintomáticas y que al examen ultramicroscópico tenían abundantes *Tr. pallida*.

Las lesiones desaparecieron completamente al terminar el tratamiento; en la mancha rosada del glande no había treponemas y fue por ese motivo que se investigaron en las lesiones del mentón, las cuales eran insospechables.



*Fig. N° 5.-Perifoliculitis.*

*Necrosis concéntrica* (en escarapela). (Fotos 6a, 6b y 6c.) Paciente femenino, negro, que consulta por lesiones ulcerosas en cuerpo y muslos. Al examen se aprecian múltiples zonas numulares con necrosis (esfacelo) central y erosión canaliforme periférica roja y húmeda, en algunos sitios son semiarcos opuestos por su concavidad y otras lesiones en U. Ultra: abundantes Tr. pallida.



*Fig. N° 6a. Necrosis Concéntrica.*



*Fig. N° 6b. Necrosis Concéntrica.*

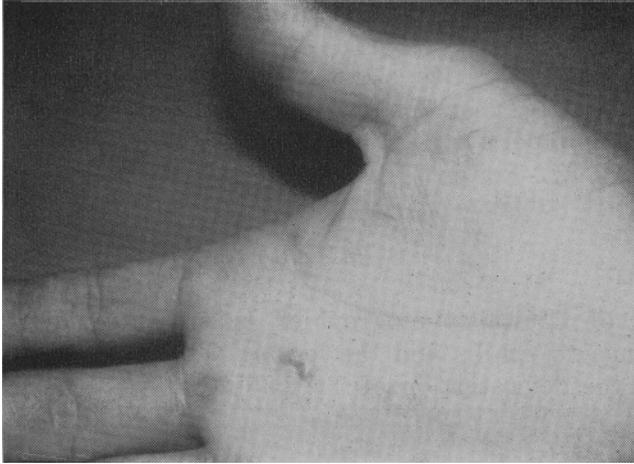


*Fig. N° 6c. Necrosis Concéntrica.*

*Hiperqueratosis umbilicadas* palmo-plantares. (Fotos 7a y 7b.) Paciente masculino, joven, con tres meses en consultas médicas sucesivas por molestias palmo plantares atribuidas a su trabajo. Al examen se apreciaban lesiones lenticulares y numulares, hiperqueratósicas, grises oscuras, Locas, indoloras y de centros deprimidos en palmas y plantas. Ultra positivo para *Tr. pallidum*.



*Fig. N° 7a.- Hiperqueratosis Umbilicada.*



*Fig. N° 1b.-Hiperqueratosis Umbilicada.*

*Lesiones nodulares multiformes y arciformes.* Paciente varón, adulto joven y negro, con lesiones en tronco y raíces de miembros nodulares con configuración en "tiro al blanco", arciformes y de cadenas lineales cortas. Ultra: abundantes Tr. pallida.



*Fig. N° 8. Lesiones Nodulares.  
Multiformes y Arciformes.*

## SUMARIO

Se presentan fotografías clínicas de pacientes con Sífilis Reciente Sintomática y se describen las lesiones. El diagnóstico fue confirmado por la demostración del *Tr. pallidum* al examen ultramicroscópico y/o por la Serología (VDRL, Reiter, FTA-200).

## SUMMARY

A series of clinical photographs is presented of patients with Early Symtomatic Syphilis and the lesions described. The diagnosis was confirmed by the demonstration of *Tr. pallidum* in the dark field examination and/or by STS (VDRL, Reiter PCF, FTA-200).