

Caso para Diagnóstico: Alopecia de la cola de las cejas.

Ana Rita Rodríguez*, Antonio Rondón Lugo**.

(*) Dermatólogo-Dermatopatólogo, Valencia-Venezuela.

(**) Director del Postgrado de Dermatología, Universidad Central de Venezuela.

Adjunto del Servicio de Dermatología, Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas de Caracas. Autor de correspondencia.

Caso Clínico

Paciente femenina de 18 años, natural y procedente de Maturín, Estado Monagas, quien inicia su enfermedad actual hace un mes cuando comienza a presentar malestar general, febrícula 38 a 38,50 C, odinofagia y alopecia de las cejas por lo cual consulta a un médico quien se plantea la impresión diagnóstica de enfermedad del colágeno tipo lupus eritematoso sistémico, solicita los exámenes paraclínicos pertinentes e indica tratamiento sintomático.

Por no observar mejoría, la paciente acude a otro médico quien decide referirla, con el diagnóstico de alopecia areata de las cejas, al Instituto de Biomedicina donde es recibida y evaluada. Al examen físico, se observó piel Fitzpatrick tipo III/VI, leve xerosis generalizada, sin otras lesiones ni escoriaciones por rascado. Presentaba alopecia parcial en el tercio externo de las cejas, sin alteraciones en la piel subyacente y circundante (Figuras 1 y 2).

Por otra parte se evidenció una erupción maculopapular pardorrojiza descamativas en palmas y plantas, no pruriginosa (figura 3). No se observaron lesiones en mucosa conjuntival, nasal, bucal o anogenital.

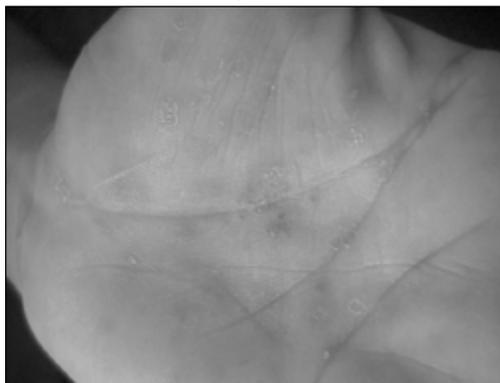
Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Diagnóstico

Sífilis adquirida reciente sintomática (Secundarismo sífilítico).

A la paciente le fue solicitada la serología para sífilis (VDRL) la cual reportó reactivo a 128 diluciones. Ella y su pareja recibieron tratamiento con Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades intramusculares semanales por tres semanas.

Discusión

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite predominantemente por contacto sexual y vertical de la mujer infectada al feto según lo cual se clasifica como sífilis adquirida y sífilis congénita¹. Es producida por el *Treponema pallidum* la cual es una espiroqueta microaerófila patógena sólo para humanos¹.

La sífilis cursa por un estadio reciente, cuando tiene menos de dos años del contagio y tardío cuando tiene tres o más años. Según la presencia o ausencia de síntomas se clasifica en sintomática o latente en cada uno de dichos estadios. En la sífilis adquirida los síntomas del estadio reciente pueden ser la lesión de inoculación o chancro sífilítico conocida como sífilis primaria y las sífilides o manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria^{1,2,3}.

El secundarismo sífilítico se debe a la diseminación hematógena del *T. pallidum* y puede manifestarse con malestar general, fiebre, congestión nasal, rinorrea, odinofagia, mialgia, cefalea, artralgias y adenopatías generalizadas. Puede presentar eritema facial, fotosensibilidad, alopecia, las manifestaciones cutáneas de la sífilis o sífilides, lesiones mucosas. Todas estas manifestaciones pueden durar varias semanas y ceder sin tratamiento para entrar en la fase latente^{1,2,3}. Manifestaciones clínicas sutiles o parciales pueden dar lugar a diagnósticos equivocados como lupus eritematoso sistémico⁴, alopecia areata² o alopecia difusa esencial⁵.

Las sífilides se observan en el 80 a 95 % de los casos y generalmente se presentan entre las seis y ocho semanas después de la lesión primaria. Las lesiones iniciales son generalizadas y simétricas, maculares, superficiales y transitorias; posteriormente son erupciones maculopapulares o papulares, polimorfas y con menor frecuencia escamosas, nodulares o pustulares. En la mayoría de los casos las lesiones afectan las regiones palmoplantares. El prurito es raro pero puede presentarse^{1,2,3}.

Además de la piel, la sífilis puede dar manifestaciones en otros sistemas como ojo, sistema nervioso central, cardiopulmonar, tracto gastrointestinal, hígado, riñones y sistema musculoesquelético^{1,2}.

Entre las manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria se encuentra la alopecia sífilítica. La alopecia se describe en un 3 a 7 % de los pacientes con sífilis y generalmente afecta cuero cabelludo, barba y cejas; sin embargo, puede presentarse en otras localizaciones menos comunes como las piernas o cualquier área pilosa del cuerpo^{1,2}. En el cuero cabelludo, la alopecia generalmente se presenta en placas distribuidas irregularmente lo cual da el aspecto de apollado^{1,2}. Una forma menos frecuente de presentación de la alopecia en la sífilis es la forma difusa generalizada, simulando un efluvio telógeno, conocida como alopecia sífilítica esencial⁵. La alopecia sífilítica también puede simular a la alopecia areata, la tricotilomanía y a la alopecia por enfermedad del colágeno^{1,2,4}. Siendo la sífilis un diagnóstico diferencial de dichos tipos de alopecia, es recomendable solicitar una prueba de VDRL en la evaluación de los pacientes que se presente con sospecha clínica de estas enfermedades.

El tratamiento de elección es la penicilina; en los pacientes alérgicos a ésta, excluyendo mujeres embarazadas, se recomienda doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por dos semanas o tetraciclina 500 mg vía oral cuatro veces al día durante dos semanas. A todos los pacientes con sífilis se les debe solicitar la serología para HIV⁶.

La persistencia de la sífilis en Venezuela y las múltiples formas en que se puede presentar requieren del dermatólogo un alto nivel de sospecha, por lo cual debe siempre mantenerse entre los diagnósticos diferenciales en muchas afecciones de piel y cuero cabelludo para evitar retardo en el diagnóstico o diagnósticos equivocados.

Referencias

1. Sánchez M. Syphilis. In Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Fifth edition. Chapter 229. Pp 2551-2581. Mc Graw-Hill. New York 1999.
2. Arnold H, Odum R, James W. Sífilis, pian, bejel y pinta. In Arnold H, Odum R, James W. Andrews Tratado de Dermatología. 4 edición. Masson Salvat. Barcelona 1993. Capítulo 18, pp 419-444.
3. Brown T, Yen-Moore A, Tyring S. An overview of sexually transmitted diseases. J Am Acad Dermatol 1999;41:511-529.
4. Shatley M, Walker B, McMurray R. Lues and lupus: syphilis mimicking systemic lupus erythematosus. Lupus 2001;10(4):299-303.
5. Cuzzo D, Benson P, Sperling L, Skelton H. Essential syphilitic alopecia revisited. J Am Acad Dermatol 1995;32:840-843.
6. U.S. Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998 Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1998;47(RR-1):31-33.