

SÍFILIS SECUNDARIA: FORMAS CLÍNICAS REEMERGENTES

Dres. Sandra Pérez T.,* Victoria Sisalema*,
Mary Ferreiro,** Cornelio Arévalo** y Oscar Reyes***

Dres. Sandra Pérez T., Victoria Sisalema, Mary Ferreiro, Cornelio Arévalo y Oscar Reyes. **Sífilis Secundaria: Formas Clínicas Reemergentes.** Derm. Venez, 2000, 38: 34-37

RESUMEN

La sífilis secundaria se caracteriza por su gran variabilidad clínica la cual puede simular muchas otras enfermedades. Con el resurgimiento de la misma en la era del VIH se requiere un mejor conocimiento de sus hallazgos clinicopatológicos. Existen formas clínicas que en la actualidad se consideran inusuales pero que se observaban comúnmente en la era preantibiótica y que están reemergiendo como formas de presentación de la enfermedad. En este trabajo se describen tres casos de sífilis secundaria poco frecuentes manejados en nuestro servicio.

Palabras clave: Sífilis secundaria - Sífilide Nodular - Sífilide Anular.

ABSTRACT

Secondary Syphilis: Reemerging Clinical Forms
Secondary Syphilis is known to be highly variable in its clinical features. There are some clinical pictures that were common before the antibiotic era but then practically disappeared. They now are being seen once again. This may be partially due to the influence of AIDS or to less frequent use of penicillin. We describe three such clinical cases in individuals that were promiscuous but did not have AIDS. A commentary on such cases and bibliographic review is also included.

Key words: Secondary Syphilis, Annular Syphilid, Nodular Syphilid.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas y mucosas de la sífilis secundaria comprenden una gran variedad de patrones clínicos que pueden confundirse con múltiples enfermedades, retardándose muchas veces el diagnóstico y por lo tanto la terapéutica adecuada. Algunas de esas manifestaciones pueden simular enfermedades infiltrativas, granulomatosas o virales; dando origen a formas clínicas observadas durante la época preantibiótica causando preocupación el hecho de la

reemergencia de casos de sífilis secundaria como los que se observan en las grandes epidemias del Renacimiento. En este trabajo se presentan casos de sífilis secundaria de presentación inusual manejados por nuestro servicio y se realiza una breve discusión sobre los mismos.

CASO N° 1: Paciente masculino, 48 años quien consulta por la aparición de pápulas y nódulos eritematosos, muy pruriginosos de 12 días de evolución que iniciaron en miembros inferiores y se diseminaron en forma ascendente al resto del cuerpo incluyendo región facial. Heterosexual, promiscuo con antecedentes de uretritis gonocócica en dos oportunidades y de consumo de drogas inhaladas. Diez meses antes de su enfermedad presentó una lesión ulcerada en pene que curó espontáneamente. Al examen físico presentaba múltiples nódulos eritematosos, de diferentes tamaños, superficie lisa, brillante, algunos de aspecto edematoso y

* Adjunto (Medicina Tropical) Instituto de Biomedicina. Caracas, Venezuela.

** Jefe del Servicio de Dermatología Sanitaria. San Carlos, Estado Cojedes, Venezuela.

*** Jefe de la Sección de Histopatología del Instituto (le Biomedicina. Caracas, Venezuela.

otros excoriados, estaban localizados en región facial, extremidades superiores y porción superior del tronco, respetando palmas, plantas y mucosas. (Figura 1). Se palpaban ade-

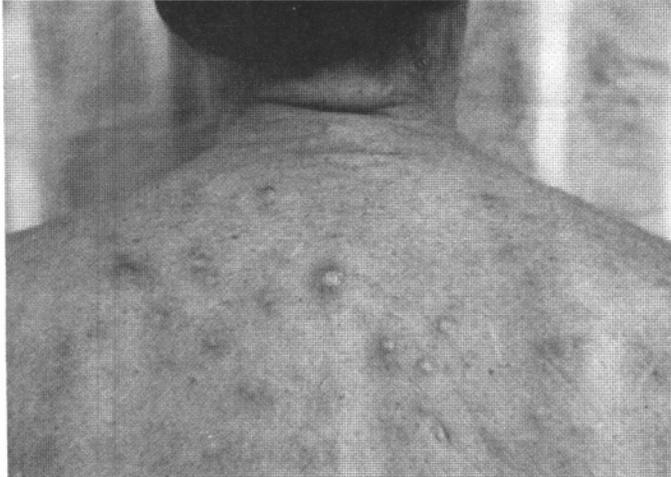


Fig. 1. Nódulos entematosos de diferentes tamaños, superficie lisa e infiltrados al tacto.

nopatías cervicales e inguinales bilaterales, blandas, móviles y no dolorosas. Ingresó a nuestro servicio para estudio con los diagnósticos probables de Linfoma cutáneo, Lepra Lepromatosa y Lúes secundaria. Se realizó biopsia de uno de los nódulos reportándose acantosis irregular con disqueratosis y licuefacción de la capa basaj; infiltrado linfoplasmocitario dispuesto en banda en dermis superior y rodeando anexos en dermis profunda. Los exámenes de laboratorio revelaron un VDRL reactivo 1:64 diluciones; leucocitosis con neutrofilia de 73% y eosinofilia de 2,4%; la VSG (Velocidad de Sedimentación Globular) estaba francamente elevada y había una inversión de la relación Albúmina/Globulinas. Las serologías para HIV, Hepatitis B y C eran negativas. Se realizó un examen de campo oscuro a partir de una de las lesiones evidenciándose numerosos treponemas estableciéndose el diagnóstico definitivo de Sífilis Adquirida Sintomática en estadio secundario. Se inició tratamiento con Penicilina Benzatínica 2,4 millones de UI semanales por tres dosis observándose desaparición rápida de las lesiones.

CASO No 2: Paciente masculino, 55 años, con enfermedad actual de un mes de evolución caracterizada por la aparición de pápulas elevadas, induradas y asintomáticas en abdomen, genitales, palmas, plantas y cuero cabelludo. Algunas fueron tratadas con Ácido Tricloroacético y queratolíticos no precisados presentando inflamación de las mismas motivo por el cual consultó. El paciente era heterosexual y promiscuo. Se examinó y se observaron pápulas

elevadas eritematopigmentadas de superficie hiperqueratósica, centro con tapón córneo amarillento y collarete descamativo alrededor, localizadas aisladamente en cuero cabelludo, abdomen, palmas y cantos laterales de ambos pies (Figura 2). En cara ventral del pene había una placa

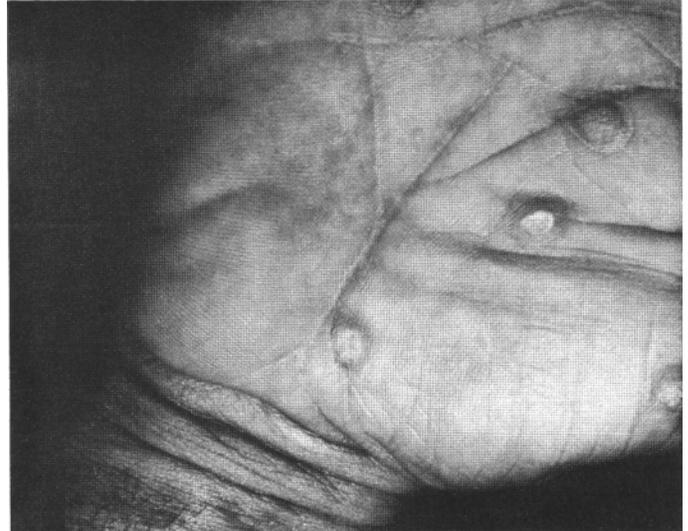


Fig. 2. Pápulas hiperqueratósicas con tapón córneo y collarete descamativo.

irregular, hiperqueratósica y xantocrómica formada por la confluencia de pápulas de iguales características a las anteriores. En cuero cabelludo además se observaron placas de alopecia en apolillado. Se realizó un VDRL, que reportó 1:512 diluciones y serología para VIH la cual resultó negativa. De una lesión de abdomen se tomó muestra para el examen de campo oscuro siendo positivo para escasos treponemas. La biopsia de una lesión reportó hiperplasia pseudocarcinomatosa, espongirosis y excitosis de polimorfonucleares; presencia de pústulas subcorneales y microabscesos epidérmicos. Infiltrado perivascular y perianexial en dermis superior a predominio de plasmocitos; hallazgos histológicos compatibles con un cuadro de Sífilis Secundaria. Se indicó tratamiento con Penicilina Benzatínica 2,4 millones de UI cumpliéndose tres dosis en tres semanas con mejoría de las lesiones.

CASO No 3: Paciente masculino, raza negra de 16 años, quien consulta por lesiones del mes de evolución tipo placas hiperpigmentadas, anulares y asintomáticas, de crecimiento gradual en región facial, cuello, tórax y abdomen. Heterosexual sin antecedentes de lesiones genitales recientes. En el examen físico se describieron placas hiperpigmentadas de bordes arciformes, elevadas, hiperqueratósicas y costrosas que se desprendían fácilmente, localizadas a los lados de ambas fo-

sas nasales, en cuello y región abdominal (Figura 3). Se realizó un examen de campo oscuro del borde de una lesión

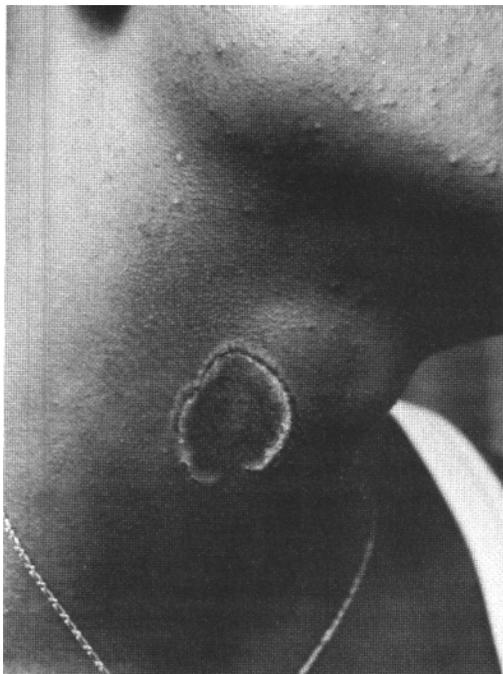


Fig. 3. Placa hiperpigmentada con bordes arciformes elevados y costrosos en cuello

observándose gran cantidad de treponemas. El VDRL reportó 32 diluciones. En la biopsia cutánea se apreció hiperqueratosis laminar con paraqueratosis en focos; epitelio erosionado con escamocrosta purulenta y acantosis irregular con presencia de microabscesos neutrofílicos. Denso infiltrado plasmocitario y en banda en dermis superior; hallazgos que confirman el diagnóstico de Sífilis Adquirida Reciente Secundaria por lo que se instaura tratamiento con Penicilina Benzatínica a dosis convencional por tres semanas evidenciándose desaparición de las lesiones.

DISCUSIÓN

El estadio secundario de la sífilis ha sido tradicionalmente considerado como "el gran imitador" en vista de lo variable de su presentación clínica. En las últimas dos décadas se ha observado un incremento significativo en la incidencia de esta enfermedad a nivel mundial y nuestro país no escapa a este fenómeno, lo cual ha sido explicado por la asociación de esta enfermedad a la infección por el virus del herpes y el de la inmunodeficiencia humana,¹⁻² por el desuso de la penicilina en el tratamiento del gonococo la

cual curaba los cuadros sífilíticos enmascarados y por otro lado a la falta de políticas estrictas bien difundidas en materia de salud pública a nivel nacional en lo que a enfermedades de transmisión sexual se refiere. Los casos presentados en este trabajo se caracterizan por tener una expresión clínica poco común, son formas muy floridas, inusuales que han comenzado a verse en nuestro medio con cierta frecuencia y que solían observarse antes de que se instaurara la Penicilina Benzatínica como tratamiento definitivo de la enfermedad.

La erupción de la sífilis secundaria tiene ciertas características que ayudan a identificarla y distinguirla de otras dermatosis: la erupción es generalizada, compromete tanto a la piel como a las mucosas, es bilateral, simétrica y predomina generalmente en el tronco y extremidades superiores con una especial predilección por las palmas y plantas aunque esto puede estar ausente en estadios más avanzados de la infección.³⁻⁶ Las lesiones tienden a seguir las líneas de clivaje del cuerpo, tienen un tinte eritematocobrizo y bordes difusos; la descamación (cuando está presente) suele ser periférica "en collarete" y clásicamente se describe como una erupción no pruriginosa, sin embargo existen reportes de que este síntoma puede estar presente hasta en un 40% de los casos, especialmente entre la población de raza negra.⁷ Cuando la sífilis produce lesiones inusuales, el diagnóstico suele retardarse a menos que haya asociación con lesiones genitales como en dos de nuestros casos.

La sífilis secundaria nodular se observa infrecuentemente y generalmente coincide con estadios avanzados de la misma. Suele confundirse con enfermedades granulomatosas o infiltrativas como linfomas, lepra lepromatosa, leishmaniasis difusa, reticulohistiocitosis entre otras.⁸⁻¹¹ Nuestro paciente presentaba numerosos nódulos en tronco y cara, prurito intenso, adenopatías y pérdida de peso importante rápidamente progresiva lo que nos llevó a pensar en un proceso de linfoma cutáneo inicialmente, lo que fue des

cartado una vez obtenido un VDRL reactivo para 64 diluciones, el examen de campo oscuro positivo para treponemas y por una espectacular respuesta a la Penicilina Benzatínica, además de los hallazgos histopatológicos que confirmaron el diagnóstico de Sífilis Secundaria. Desde el punto de vista dermatopatológico las lesiones nodulares pueden presentar diferentes patrones como granulomas sarcoidlike,¹¹ dermatitis perivascular superficial y profunda,¹² infiltrados liquenoides¹³ y patrones psoriasiformes,¹⁴ no existiendo una correlación clínico-histológica determinada. La interpretación patogénica de las lesiones nodulares en la sífilis secundaria no está aclarada, pero algunos autores sugieren que representan un estado de hipersensibilidad a la infección por treponemas⁹ o que se trata de un estadio de transición hacia la sífilis terciaria.¹¹

En nuestro segundo caso presentamos lo que los franceses describieron como "syphilide corneé" o clavos sifilíticos, las cuales son lesiones característicamente hiperqueratósicas localizadas principalmente en palmas y plantas confundiendo con callosidades o verrugas vulgares siendo tratadas como tales, retardándose el diagnóstico y la instauración de la terapéutica adecuada. Nuestro caso se presentó con lesiones inusualmente localizadas en tronco y cuero cabelludo, observándose como pápulas induradas con acumulación central de material córneo. Las sífilides córneas son bastante raras y se han reportado asociadas a infección avanzada¹⁵ existiendo pocos casos reportados en la literatura.

Las lesiones anulares del tercer caso presentado se conocen como "sífilides en monedas"³ y son características de las personas de raza negra.¹⁶ Los bordes de las lesiones son circinados o arciformes, elevados y el centro suele ser más pigmentado que la piel circundante; se localizan con mayor frecuencia alrededor de las alas nasales, boca, mentón, dorso del cuello, hombros, codos y glúteos, también en pene y escroto. Deben diferenciarse de infecciones micóticas superficiales, eritema multiforme, granuloma anular y sarcoidosis.¹⁷ En nuestro paciente las lesiones se observaron en región facial, cuello y tronco, sin asociación con lesiones genitales por lo que en un primer momento se planteó el diagnóstico de sarcoidosis y granuloma anular los cuales fueron descartados con el estudio histopatológico, la serología reactiva y la trepanomatosis en el campo oscuro.

Con base en la presentación de estos casos, podemos concluir que la Sífilis Secundaria debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades debido a su pleomorfismo clínico y la gran variación en sus patrones histológicos. Después del advenimiento del tratamiento antibiótico, la disminución de la prevalencia de la enfermedad llevó a declinar el interés y el conocimiento de los numerosos aspectos de esta infección; sin embargo la Sífilis sigue siendo un problema de salud pública. Los casos descritos enfatizan la necesidad de mantener un alto índice de sospecha cuando estemos frente a una erupción desconocida en un paciente con factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rolfs R., Nakashima A: Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States. JAMA 1990; 264: 1432-1437.
- 2.- Gregory N., Sánchez M. and Buchness M: The spectrum of syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 1061-1067.
- 3.- Sánchez M. and Luger A: Sífilis, en Fitzpatrick TB "Dermatología en Medicina General" Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 1997: 2809-2850.
- 4.- Abell E., Marks R. and Wilson E: Secondary Syphilis: a clinico-pathological review. Br J Dermatol 1975; 93: 53-61.
- 5.- Phandi R., Singh N, and Raman M: Secondary syphilis: a clinico-pathologic study. Int J Dermatol 1995; 34: 240-243.
- 6.- Felman Y and Nikitas J: Secondary Syphilis. Cutis 1982; 29: 322-329.
- 7.- Cole G., Amon R. and Russell P: Secondary Syphilis presenting as a pruritic dermatosis. Arch Dermatol 1977; 113: 489-490,
- 8.- Matsuda S., McElgunn P and Ellis C: Nodular late syphilis. J Am Acad Dermatol 1983; 9: 269-272.
- 9.- Sapra S. and Weatherhead L: Extensive nodular secondary syphilis. Arch Dermatol 1989; 125:1666-1669.
- 10.- Hodak E., Michael D., Rothem. A et al: Nodular secondary syphilis mimicking cutaneous lymphoreticular process. J Am Acad Dermatol 1987; 17:914-917.
- 11.- Pavithran K: Nodular secondary syphilis. Int J Dermatol 199 1; 3 0: 799-800.
- 12.- Papini M., Bettacchi A. and Guiducci A: Nodular secondary syphilis. Br J Dermatol 1998; 138: 704-705.
- 13.- Jeerapaet P and Ackerman B: Histologic patterns of secondary syphilis. Arch Dermatol 1973; 107: 373-377.
- 14.- Jordaan F: Secondary syphilis: a clinical pathological study. Am J Dermatopath. 1988; 10: 399-409.
- 15.- Chapei T and Blum D: Horny syphilid. Cutis 1978; 22: 55-59.
- 16.- McLaurin C: Annular facial dermatosis in blacks. Cutis 1983; 32: 369-370.
- 17.- Join H. and Fisher B: Annular syphilid mimicking granuloma annulare. Int J Dermatol 1988; 27: 340-341.