

Sífilis secundaria nodular. Reporte de un caso.

Allison Bell-Smythe, Olga Zerpa, Mary Ferreira, Margarita Oliver, Oscar Reyes Jaimes.

Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas, Universidad Central de Venezuela.

Resumen

Las lesiones cutáneas de la sífilis secundaria varían ampliamente así como sus características histopatológicas. Las lesiones nodulares han sido descritas como una manifestación atípica de sífilis secundaria en estadios avanzados de la misma. Dado lo infrecuente de esta forma clínica y su particularidad histológica como dermatitis granulomatosa, se describe un caso clínico representativo de sífilis secundaria nodular.

Palabras Clave: sífilis, secundarismo, dermatitis granulomatosa.

Secondary nodular syphilis. Report of a case.

Abstract

The skin lesions and histopathologic appearance of secondary syphilis is quite variable. The nodular lesions have been described as an atypical feature in advanced period of secondary syphilis. We describe a representative case of nodular secondary syphilis, which have to be included between differential diagnosis of granulomatous diseases due to special clinical and histologic features.

Key words: sifilis, granulomatous dermatitis.

Introducción

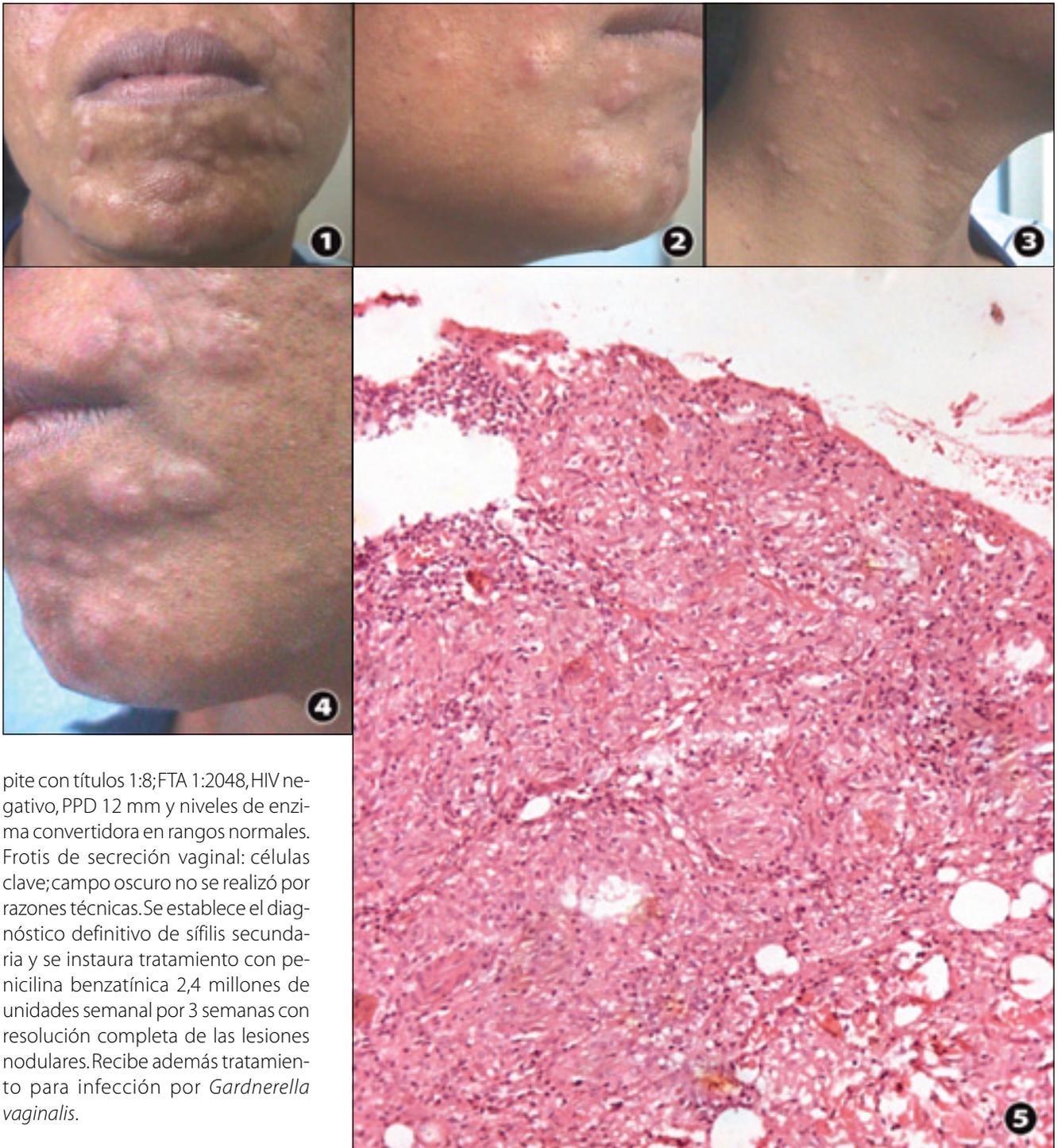
La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*, la cual es patógena sólo para el hombre. El curso clínico de la enfermedad se ha dividido en tres estadios clínicos (primaria, secundaria y terciaria) y dos periodos epidemiológicos asintomáticos (sífilis latente temprana y tardía)¹.

Las lesiones cutáneas de la sífilis secundaria varían ampliamente y pueden imitar cualquier dermatosis inflamatoria. Hasta un 95% de los casos la erupción es de tipo macular, máculo-papular, papular o anular^{1,2}. Rara vez se presenta en forma nodular, imitando enfermedades granulomatosas o infiltrativas. La sífilis secundaria nodular es infrecuente, con patrones histopatológicos variables, de difícil correlación con la clínica³. El aumento en un 75% en la incidencia de la sífilis primaria y secundaria observada desde 1990 subraya la importancia de reconocer formas clínicas inusuales como la que se presenta⁴.

Caso clínico

Paciente femenino, de 35 años, quien consulta por nódulos no pruriginosos en cara de 1 mes de evolución, que

posteriormente se extienden a cuello y antebrazos. Heterosexual, no promiscua, con pareja fija desde hace 17 años; niega contacto con TBC o enfermedad de Hansen; historia clínica negativa para fiebre, pérdida de peso, rash macular o lesiones previas en genitales. Al examen físico presentaba múltiples nódulos eritematosos, de tamaño variable, superficie lisa, de aspecto edematoso, localizados en cara, cuello, tórax posterior y extremidades superiores (Fotos 1, 2 y 3). No se observaron lesiones en mucosas o adenopatías. Al examen ginecológico se observó secreción vaginal amarillenta fétida. Se plantearon como diagnósticos probables enfermedad de Hansen, sífilis secundaria y sarcoidosis. La biopsia de piel de uno de los nódulos reportó hiperplasia epitelial irregular, con elongación y anastomosis de redes de crestas; presencia de infiltrado inflamatorio en dermis papilar a dermis profunda, formado por histiocitos con diferenciación epitelióide y linfocitos en cantidad variable, formando un granuloma difuso; no se observaron plasmocitos. A mayor aumento se observan células gigantes tipo Langhans (Fotos 4 y 5). Se concluye como dermatitis granulomatosa con diferenciación epitelióide. Los exámenes de laboratorio revelaron un VDRL no reactivo al inicio; posteriormente se re-



pite con títulos 1:8;FTA 1:2048,HIV negativo,PPD 12 mm y niveles de enzima convertidora en rangos normales. Frotis de secreción vaginal: células clave;campo oscuro no se realizó por razones técnicas.Se establece el diagnóstico definitivo de sífilis secundaria y se instauro tratamiento con penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades semanal por 3 semanas con resolución completa de las lesiones nodulares.Recibe además tratamiento para infección por *Gardnerella vaginalis*.

Discusión

La sífilis secundaria aparece 2 a 6 meses después de la infección primaria y 2 a 10 semanas después de la aparición del chancro primario¹. Las lesiones cutáneas en la sífilis secundaria varían ampliamente así como su apariencia histológica^{2,5}. Las manifestaciones características de este estadio son erupción macular, posteriormente puede ser papulo-escamosa, pustular o acneiforme; condiloma lata y

placas mucosas. Estas lesiones muco-cutáneas se resuelven espontáneamente en un lapso de 2 a 6 semanas, pero pueden recurrir durante el primer año de la infección si el paciente no es tratado. Las lesiones nodulares usualmente se observan en la sífilis terciaria;sin embargo también han sido descritas como una manifestación de sífilis secundaria en estadios avanzados de la misma²⁻⁵. Estas lesiones pueden

aparecer en cualquier área del cuerpo, pero muestran predilección por cabeza y cuello, tal como se observó en nuestro caso clínico. Generalmente son nódulos eritematosos, pardos o violáceos, asintomáticos; pueden ser de superficie lisa o con menor frecuencia presentar descamación o una superficie irregular, vegetante (sífilis frambuesiforme)^{4,5}.

Los patrones histológicos de la sífilis secundaria descritos incluyen^{4,6-9}:

- Dermatitis perivascular superficial (infiltrado de linfocitos, histiocitos y plasmocitos).
- Dermatitis perivascular superficial y profunda. Ambas pueden estar acompañadas de hiperplasia epidérmica de patrón liquenoide, psoriasiforme o espongiiforme; los vasos sanguíneos típicamente muestran dilatación, engrosamiento e hiperplasia de células endoteliales.
- Dermatitis difusa, la cual a su vez puede presentar un infiltrado predominante de plasmocitos o bien de histiocitos (dermatitis granulomatosa), con células epitelioides y células gigantes tipo Langhans, sin necrosis del granuloma.

Este patrón granulomatoso ha sido descrito en lesiones nodulares de sífilis secundaria; la infiltración por plasmocitos, tan frecuente en otras formas clínicas de secundarismo, puede ser escasa o ausente, y los cambios vasculares menos evidentes⁷.

El diagnóstico definitivo de sífilis secundaria se establece con la observación de treponemas al examen microscópico (campo oscuro de la lesión o tinción de plata en biopsia de piel) en un paciente con lesiones cutáneas y/o mucosas típicas y con serología no treponémica (VDRL) reactiva a títulos ≥ 8 ^{10,11}. En el caso de lesiones cutáneas atípicas, el diagnóstico se basa en test no treponémico (VDRL) reactivo a títulos ≥ 8 , confirmado con test treponémico (FTA-Abs), tal como se estableció en el caso presentado. Generalmente, dado lo atípico de la lesión nodular, la falta de antecedentes de úlcera genital y la ausencia de lesiones mucosas, se retarda el diagnóstico de sífilis secundaria. En nuestra paciente un VDRL no reactivo al inicio de su presentación con unas características histopatológicas de la lesión nodular señalando un granuloma difuso, con diferenciación epiteliode y sin plasmocitos retardó el diagnóstico en la búsqueda de una patología granulomatosa. El VDRL es un test no treponémico donde el antígeno está compuesto por cardiolipina, colesterol y lecitina en una solución alcohólica y en cantidades suficientes para producir una reactividad estándar. Mide la presencia de anticuerpos (IgM e IgG) a material lipídico liberado de células dañadas del huésped y/o material lipoproteico y cardiolipina proveniente de los treponemas. De allí que su positividad (test reactivo) ocurre tanto en sífilis y otras enfermedades treponémicas, como en enfermedades agudas o crónicas donde exista daño tisular. Asimismo es prudente recordar el fenómeno de prozona que ocurre en 1% a 2% de pacientes con sífilis secundaria¹⁰, responsable

de falsos negativos en test serológicos no treponémicos (VDRL no reactivo como ocurrió con nuestra paciente). Un fenómeno prozona ocurre cuando el anticuerpo está presente en exceso, está incompleto o bloquea la reacción normal antígeno-anticuerpo. Por lo general estas muestras de suero muestran una reactividad débil atípica o negativa, con una apariencia granular, rugosa, cuando no están diluidas. De allí que toda muestra de suero con este aspecto debe ser cuantificada, lo que implica diluir la muestra antes de la reacción, para obtener una concentración adecuada y facilitar la lectura. Un fenómeno de prozona puede no ser detectado y el VDRL reportado como no reactivo por falta de experiencia en la lectura o por razones técnicas, cuando la muestra no se extiende lo suficiente para permitir la dispersión de los anticuerpos antes de añadir el antígeno, lo que previene el fenómeno de prozona¹⁰.

El hallazgo de granuloma en la biopsia de piel exige descartar lepra, sarcoidosis, linfoma, papulosis linfomatoide, y micosis profunda como diagnósticos diferenciales de sífilis secundaria nodular²⁻⁵. El mecanismo exacto del desarrollo de los nódulos en la sífilis secundaria se desconoce; se ha propuesto una respuesta tisular anormal a la presencia de *T. pallidum*, pero esto no ha sido confirmado².

La sífilis secundaria debe ser incluida en los diagnósticos diferenciales de lesiones nodulares cutáneas. Esta forma cutánea atípica representa un reto diagnóstico y reconocerla es de gran importancia, especialmente en la era de la infección por VIH^{5,12}.

Referencias

1. Sánchez M. Syphilis, en Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5ta Edición. Mc Graw-Hill Editores. 1999:2556-60.
2. Pavithran K. Nodular secondary syphilis. Int J Dermatol 1991;30(11):799-800.
3. Pérez S, Sisalema V, Ferreiro M, et al. Sífilis secundaria: formas clínicas reemergentes. Dermatología Venezolana 2000;38(2):34-7.
4. Harden S, Keeling J. Papular and Nodular lesions of the scalp, face and neck. Arch Dermatol 1997;133(8):1027-30.
5. Vibhagool C, Raimer S, Sánchez R. A nodule on the Lip. Nodular secondary syphilis. Arch Dermatol 1996 Jul;132(7):822-3, 825-6.
6. Jeerapaet P, Ackerman B. Histologic Patterns of Secondary Syphilis. Arch Dermatol 1973;107:373-77.
7. Abell E, Marks R, Wilson Jones E. Secondary syphilis: a clinico-pathological review. Br J Dermatol 1975;93:53-61.
8. Adriaans B. An erythematous nodular eruption. Secondary syphilis. Arch Dermatol 1992;128(7):978-9.
9. Papini M, Bettacchi A, Guiducci A. Nodular secondary syphilis. Br J Dermatol 1998;138:704-5.
10. Larsen S, Steiner B, Rudolph A. Laboratory Diagnosis and Interpretation of Tests for Syphilis. Clin Microbiol Rev 1995;8(1):1-21.
11. Weedon D, Strutton G. Infecciones por espiroquetas, en Weedon Piel Patología España, Editorial Marban, 2002;549-551.
12. Dave S, Gopinath D, Thappa D. Nodular secondary syphilis. Dermatology Online Journal 2003;9(1):9.