

Casos Clínicos

Coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria: reporte de un caso clínico

Coexistence of primary and secondary syphilis lesions: a case report

AUTORES

MARÍA JIMENA MORGANTE **

Odontóloga. Hospital L. C. Lagomaggiore. Universidad Nacional de Cuyo.

ALICIA CAROLINA INNOCENTI BADANO **

Médica dermatopatóloga. Hospital L. C. Lagomaggiore

EMILCE RIVAROLA ***

Doctora en Medicina. Profesora Titular de la Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica. Universidad Nacional de Cuyo. Hospital L. C. Lagomaggiore

RESUMEN

La Sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Ésta se transmite principalmente por contacto sexual. Ha constituido un problema sanitario durante siglos y aún hoy continúa siéndolo debido a su creciente incidencia.

El diagnóstico puede ser dificultoso debido a que las manifestaciones clínicas varían ampliamente y a menudo imitan otros trastornos, durante cada una de sus etapas de evolución. Incluso, en algunos casos las lesiones de las diferentes etapas pueden coexistir.

A continuación, se presenta un caso clínico de un paciente con coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria.

Palabras claves: *Treponema pallidum*, sífilis primaria, sífilis secundaria, chancro.

ABSTRACT

*Syphilis is an infectious disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*. This is transmitted mainly through sexual contact. It has been a health problem for centuries and continues to be so today due to its increasing incidence. The diagnosis can be difficult because the clinical manifestations vary widely and often mimic other disorders, during each of their stages of evolution. In some cases, the lesions of the different stages can even coexist.*

Next, a clinical case of a patient with coexistence of primary and secondary syphilis lesions is presented.

*Keywords: *Treponema pallidum*, primary syphilis, secondary syphilis, chancre.*

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección local y sistémica causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La principal vía de transmisión es la sexual. Clásicamente, la sífilis presenta tres etapas clínicas sucesivas, separadas en general por pe-

ríodos de latencia. El período primario consta de en una lesión erosionada en el punto de contagio (o puerta de entrada) denominada chancro, que suele acompañarse de adenopatías satélites. A éste sigue un período de latencia continuado por un período secunda-

rio que consiste en erupción cutánea acompañada de manifestaciones en las mucosas y compromiso sistémico. Se sucede otro período de latencia y posteriormente un período terciario con lesiones tardías. Las etapas primaria y secundaria están estrechamente

Coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria: reporte de un caso clínico

María Jimena; Alicia Carolina Innocenti Badano; Emilce Rivarola



Figura 1: Lesión exofítica, de 2 meses de evolución, con superficie erosionada en semimucosa de la-bio inferior, lado izquierdo.

asociadas en el tiempo y en ocasiones pueden incluso coexistir.

CASO CLÍNICO

Paciente de género masculino de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, fumador actual de 15 a 20 cigarrillos por día durante 15 años (Índice pack/year > 11). Consultó por una tumoración indolora, exofítica, erosionada de borde regular de 2,5 por 1,5 cm de diámetro, en la semimucosa del labio inferior, del lado izquierdo. El paciente refirió una evolución de dos meses con sangrado espontáneo eventual. A la palpación la consistencia era duro elástica (Figura 1). Presentaba además dos adenopatías cervicales homolaterales de menos de

1 cm de diámetro, regulares, indoloras, móviles, sin periadenitis y firmes a la palpación. (Figura 1)

Los diagnósticos diferenciales considerados en primer término, fueron carcinoma espinocelular de labio inferior y chancro sífilítico. Se solicitó analítica, VDRL cuantitativa, y exámenes serológicos para HIV, hepatitis B y C. Se realizó biopsia incisional.

En la segunda consulta, tres semanas después, la lesión en labio persistía (Figura 2). En esta misma sesión, el paciente presentaba múltiples placas eritemato-escamosas, con descamación en anillo, collarete de Biett, en palmas y plantas (clavos sífilíticos). Algunas lesiones desbordaban las plantas hacia los tobillos y tercios inferiores de las piernas. Estas tenían la clínica característica de las pápulas de la sífilis secundaria (Figuras 3-5). Los resultados de la analítica, no evidencia-

ron alteraciones y los estudios serológicos fueron no reactivos para HIV, ni para hepatitis B o C. El examen VDRL fue positivo en 1/32 dil (diluciones).

Se arribó al diagnóstico de Sífilis con coexistencia de etapas Primaria y Secundaria. (Figuras 4 y 5)

Se recibió el resultado anatomopatológico de la muestra de biopsia incisional realizada. Este refería que se observó epitelio ulcerado en uno de los márgenes de la muestra, en el otro margen se visualizó epitelio paraqueratósico, con acantosis, espongirosis y exocitosis de linfocitos. En el tejido conectivo subyacente, se evidenció denso infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos, neutrófilos, histiocitos, abundantes células plasmáticas y escasos eosinófilos (Figura 6). Leve proliferación vascular. El infiltrado se extendía hasta el músculo estriado y rodeaba los haces. (Figuras 7 y 8). Se solicitaron coloraciones de PAS y Gram, las cuales no aportaron nuevos datos.

Figuras 6, 7 y 8

La impresión diagnóstica, de acuerdo a la microscopía fue vinculable a proceso infeccioso.

Se realizó, además, tinción de Warthin Starry evidenciándose presencia de espiroquetas (Figuras 9 y 10).

El tratamiento indicado fue una dosis de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM. Diez días posteriores a la primera dosis, el chancro aún persistía. (Figura 11). Se indicaron 2 dosis adicionales de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM, una



Figura 2: Chancro persistente en la segunda consulta.



Figura 3: Pápulas en palmas con collarete descamativo de Biett.



Figura 4: Clavos sífilíticos en plantas.

Coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria: reporte de un caso clínico

María Jimena; Alicia Carolina Innocenti Badano; Emilce Rivarola



Figura 5: Pápulas eritemato escamosas con collarite de Bielt en tobillos y piernas.

dosis por semana, evidenciándose ausencia de las lesiones siete días después de la tercera dosis. Siete meses posteriores al tratamiento, el título de VDRL cuantitativa fue de 1.00 dils. y los anticuerpos Anti-HIV fueron no reactivos.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2016 se produjeron en todo el mundo 5,6 millones de nuevos casos de Sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años. Con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por mil hombres. La prevalencia total estimada de 18 millones de casos de Sífilis en 2012 se tradujo en una prevalencia mundial de 0,5 % en las mujeres y de 0,5 % en los hombres de 15 a 49 años. (6)

La Sífilis no tratada evoluciona a largo de tres etapas clínicas de infección: 1) sífilis primaria, 2) sífilis secundaria y 3) sífilis terciaria (tardía).

La sífilis primaria se presenta como una lesión localizada en el punto de contacto denominada chancro. El clásico es el conocido como chancro duro o de Hunter, que comienza con una pápula única que se erosiona, cuyo fondo es de color carne cruda, duro, casi fibroso e indoloro. Se localiza principalmente en los órganos genitales y con menor frecuencia dentro y alrededor de la cavidad bucal. En el chancro, las espiroquetas se replican rápidamente y pasan a los vasos linfáti-

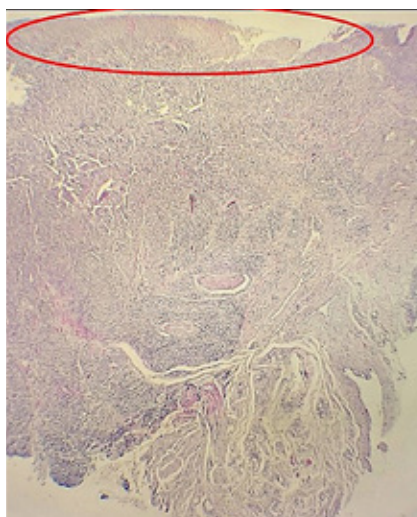


Figura 6: H-E 40X. Epitelio ulcerado y denso infiltrado inflamatorio.

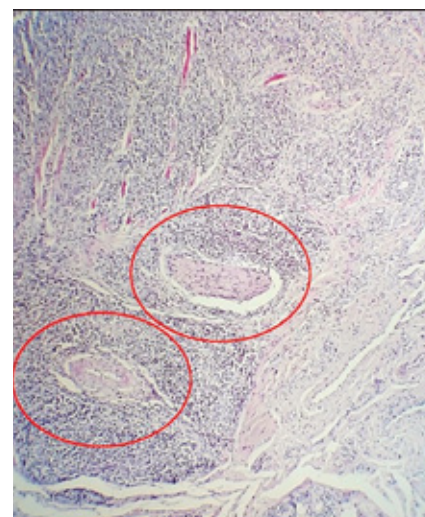


Figura 7: MÀH-E 100X. Presencia de infiltrado inflamatorio perineural y perivascular.

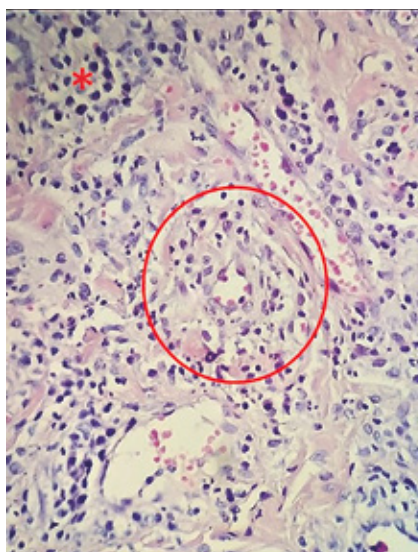


Figura 8: H- E 400X. Se evidencian células plasmáticas (*) y proliferación miointimal de una arteriola (círculo).

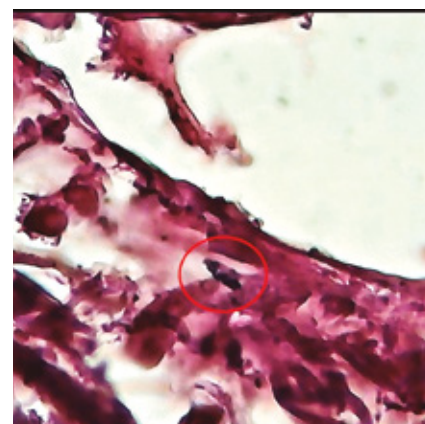


Figura 9: Tinción de Warthin Starry 1000X y aumento digital. Espiroqueta (círculo rojo).



Figura 10: TWarthin Starry modificado (sin cloruro de oro) 1000x. Se evidencia la presencia de la espiroqueta.

cos y al torrente sanguíneo. En esta etapa las pruebas serológicas son negativas, el diagnóstico puede hacerse mediante observación microscópica en campo oscuro o tinción inmunofluorescente de tejido o exudado de la lesión, pero es un proceso dificultoso y poco disponible.

La sífilis secundaria aparece de 2 a 6

Coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria: reporte de un caso clínico

María Jimena; Alicia Carolina Innocenti Badano; Emilce Rivarola



Figura 1: Persistencia del chancro, luego de la primera dosis de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM.

manas después de la infección inicial, si no se trata la etapa primaria. Pueden quedar algunos chancros sin cicatrizar. Hay diseminación linfática de treponemas produciendo sintomatología sistémica como febrícula, cefalea, faringitis, pérdida de peso, anorexia, mialgias, artralgias y adenopatías.

El diagnóstico de sífilis se basa en la historia personal del paciente, los hallazgos clínicos y la serología. Las pruebas serológicas se dividen en: No treponémicas, que abarcan la prueba rápida de reagentes plasmáticos (RPR) y la Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Y las prue-

bas treponémicas que detectan anticuerpos específicos contra la bacteria. Estas pruebas incluyen el ensayo de microhemaglutinación con antígeno de *Treponema pallidum* (MHA-TP), TPAP y la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS).

El tratamiento consiste en la administración de penicilina de acción prolongada, muy eficaz en todas las etapas de la sífilis. No hay acuerdo general en cuanto a las dosis sugeridas. (4)

La Sociedad Argentina de Dermatología y la Sociedad Argentina de Infectología recomiendan en sus consensos sobre enfermedades de transmisión sexual (2015 y 2011 respectivamente), estas pautas de tratamiento: (4, 5)

- Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM, 3 dosis con intervalo de una semana por dosis. En caso de alergia a la penicilina: doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días, vía oral.

- Sífilis Latente Tardía: Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM, 5 dosis y en pacientes alérgicos a la penicilina, doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 28 días, vía oral.

- Neurosífilis o enfermedad sífilítica ocular: Penicilina G cristalina 18 – 24 millones de u/ día endovenosa, divididas en dosis cada 4 horas o en infusión continua

por 10 o 14 días.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para el tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente temprana, una dosis única de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. IM y para sífilis latente tardía 3 dosis de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U.I. (6)

El seguimiento de los pacientes con Sífilis Primaria, Secundaria o latente temprana se sugiere realizarlo al mes, a los 4 o 6 meses y al año mediante la solicitud de la VDRL.

INTERÉS DEL CASO

Se realiza la publicación de este caso clínico, ya que, por los antecedentes del paciente de tabaquismo y tiempo de evolución de la lesión, se sospechó carcinoma espinocelular de labio. Por tal motivo se realizó la biopsia.

Se confirmó el diagnóstico de sífilis en la segunda visita, con una VDRL 1/32 dil y por las manifestaciones de sífilis secundaria que presentaba el paciente en palmas y plantas de pies.

El chancro (etapa primaria) puede estar presente todavía en el inicio de la etapa secundaria.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores de esta publicación no presentan conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAPP P, EVERSOLE L, WYSOCKI G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2ª Edición. Madrid: Elsevier. 2008.

Enfermedades de la boca: Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Vol. 2. Buenos Aires: Mundi; 1983.

3. CECCOTTI EL, SFORZA RR, CARZOGGIO JC, LUBERTI R, FLICHMAN JC, DIRECTORES. *El diagnóstico en clínica estomatológica*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.

4. WAINSTEIN C, FREULER C, OLIVA SM, MOYANO M.

Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. SADI. 2011. 1-110.

5. BERMEJO A, LEIRO V, CASCO R, OXILIA M. *Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en adultos. Actualización de las pautas de Tratamiento*. SAD. 2015; 1-19.

6. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Organización Mundial de la Salud. 2016. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>