

Primosecundarismo sifilítico con chancros extragenitales múltiples en un paciente inmunocompetente

Sánchez Martini Pía Florencia¹, Cantú Parra Laura¹, García Llaver Valeria²,
Innocenti Badano Alicia Carolina¹, Tennerini María Leticia¹

1. Servicio de Dermatología, Hospital L.C. Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

2. Servicio de Dermatología, Hospital A. Italo Perrupato. Mendoza, Argentina.

Correo electrónico de contacto: piafsanchez@gmail.com

Recibido: 17 de Junio de 2021 – Aceptado: 22 de Junio de 2021.

RESUMEN

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*.

Caso clínico: hombre de 28 años sin antecedentes relevantes, que consultó por presentar una placa erosionada infralabial y una lesión tumoral en fosa amigdalina izquierda, asociadas a adenopatía submandibular. Se evidenció un exantema macular en tronco. Con el resultado positivo de la VDRL, se arribó al diagnóstico de primosecundarismo sifilítico con chancros extragenitales múltiples.

Tanto los chancros extragenitales como el primosecundarismo sifilítico son poco habituales, siendo más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos y con infección por VIH. Aunque las lesiones extragenitales son similares a los chancros genitales, pueden mostrar ciertas características clínicas particulares. Los chancros sifilíticos localizados en piel son extremadamente raros, se han reportado pocos casos en la literatura. El diagnóstico se realiza en base a la sospecha clínica junto con las pruebas de serología positivas. El tratamiento de elección es el uso de penicilina G benzatínica intramuscular.

Palabras claves: sífilis – primosecundarismo sifilítico – chancros extragenitales – chancros múltiples

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*.

Clinical case: An otherwise healthy 28-year-old male with an ulcerative plaque on his lower lip, a tumoral lesion in the left tonsillar fossa and a left submandibular adenopathy. Physical examination revealed a macular rash on the trunk. VDRL was positive, thus confirming the diagnosis of coexistence of primary and secondary syphilis with multiple extragenital chancre.

Extragenital chancres and the overlap between the primary and secondary stage of syphilis is uncommon, being more frequent in immunocompromised and HIV positive patients. Although extragenital lesions are similar to genital chancres, they can have some particular clinical characteristics. The skin syphilitic chancres are extremely rare, and few cases have been described in the literature. Diagnosis depends on clinical suspicion combined with positive serology testing. Benzathine penicillin G is the recommended treatment.

Key words: primary syphilis – secondary syphilis – extragenital chancres – multiple chancres

Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*.^(1,2) Es una enfermedad prevalente cuya incidencia se encuentra en aumento, y representa un problema mayor para la salud pública.^(3,4,5) El grupo etario más comprometido incluye personas entre 20 y 30 años, con predominio del sexo masculino.^(1,5) A continuación, se describe el caso clínico de un paciente con sífilis evaluado en el Hospital Lagomaggiore de Mendoza.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 28 años de edad, con antecedente de amigdalectomía en la adolescencia. Consultó por una lesión asintomática infralabial izquierda, de 1 mes de evolución, asociada a registro febril único de 39°C. Al examen físico, se evidenció una placa eritematosa duro-elástica de 1 cm de diámetro, con erosión central y exudado purulento (Imagen 1). En fauces, se constató una lesión tumoral eritematosa ulcerada e indolora, de 2 cm de diámetro, que ocupaba la fosa amigdalina izquierda (Imagen 2). Además, presentó adenomegalia submandibular izquierda duro pétreo, móvil e indolora, de 3 x 2 cm. En tronco se observaron máculas levemente eritematosas, asintomáticas, diseminadas (Imagen 3). Por la sospecha clínica, se solicitó VDRL y TPPA (ensayo de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum*) que resultaron positivos, siendo el valor cuantitativo del primero de 32 dils. Las serologías para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y hepatitis C fueron negativas y la ecografía de piel y partes blandas informó adenopatía reactiva en el piso de la boca. Con estos hallazgos, se arribó al diagnóstico de primosecundarismo sífilítico con chancros extragenitales múltiples, en paciente

inmunocompetente. Se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM semanal por 3 semanas, evidenciando resolución completa de las lesiones al finalizarlo. Actualmente se encuentra en seguimiento, con VDRL en descenso y serología para VIH negativa.

Discusión

La sífilis evoluciona en cuatro fases clínicas: primaria, secundaria, latente (que a su vez puede dividirse en temprana, tardía o de duración indeterminada) y terciaria.^(1,2)

Las manifestaciones cutáneas representan las formas de presentación más frecuentes y llamativas, y varían de acuerdo al estadio. La sífilis primaria inicia con un chancro único asociado a adenopatías locorregionales. En un 32 a 47% de los casos se han reportado chancros múltiples, observándose más comúnmente en pacientes con infección por VIH.⁽¹⁾ Si bien la localización principal es genital, se han descrito chancros extragenitales en un 12 a 14%.^(3,6) Las características clínicas entre ambos son similares, pero las lesiones extragenitales pueden presentar rasgos particulares en cuanto a número, forma, color e inclusive, ser dolorosas.⁽⁶⁾ La afectación de la cavidad orofaríngea es la más frecuente.^(3,7,8)

La sífilis primaria orofaríngea es altamente contagiosa, con una tasa de transmisión del 18 al 80% durante el contacto sexual.⁽³⁾ Es infrecuente, hallándose en menos del 2% de los pacientes, como manifestación única del estadio primario.⁽⁷⁾ El chancro puede localizarse en labios, mucosa oral, lengua y, más raramente, en amígdalas.⁽⁸⁾ Debido a la ausencia de lesiones genitales concomitantes, plantea un desafío diagnóstico y lleva al retraso del mismo. Dentro de los diagnósticos diferenciales cabe considerar otras enfermedades infecciosas (tuberculosis, virus herpes simple, VIH, estreptococos), enfermedades autoinmunes

(enfermedad de Behçet), carcinomas orofaríngeos y linfoma. En estos últimos casos, los estudios de imágenes no son útiles y puede ser necesaria la realización de biopsia. (7,8,9,10)

Los chancros sífilíticos cutáneos extragenitales, no mucosos, como los de nuestro paciente, son raros, alcanzando el 1% del total. Se han reportado en dedos, mano, cuello, miembros superiores, pezones, nariz y oreja. Este tipo de manifestaciones pueden deberse a prácticas sexuales no convencionales. (11)

Los chancros sífilíticos curan en 3 a 8 semanas y, si no se instaura tratamiento adecuado, la enfermedad progresa al estadio secundario. (7)

La sífilis secundaria tiene una gran variedad de manifestaciones cutáneas, siendo el exantema máculo-papular la más frecuente, presente en un 40 a 70% de los casos. Afecta tronco y extremidades y puede acompañarse de síntomas sistémicos como fiebre y mal estado general. (1,2,5) La persistencia del chancro durante la etapa secundaria, se denomina sífilis primosecundaria o primosecundarismo sífilítico y ocurre con mayor frecuencia en pacientes con infección por VIH. Al igual que en el estadio primario, las lesiones resuelven espontáneamente pero, sin tratamiento, la enfermedad continúa su curso. (4)

La sífilis latente es un estadio asintomático, donde la única evidencia de enfermedad son las pruebas serológicas positivas. Se considera temprana cuando se presenta en menos de un año del contagio y tardía cuando supera este periodo. Si se desconoce el mismo, se denomina sífilis latente de duración indeterminada. Un tercio de los pacientes que no reciben tratamiento evolucionan a la fase siguiente. (1)

La sífilis tardía tiene tres formas principales de presentación: la sífilis benigna tardía, donde las manifestaciones cutáneas son nódulos granulomatosos, placas

granulomatosas tipo psoriásicas y gomas, la enfermedad cardiovascular y la neurosífilis. (1,2)

El diagnóstico de sífilis se basa en la historia personal del paciente, los hallazgos clínicos y las pruebas de serología positivas. La microscopía de campo oscuro permite la detección de treponemas móviles en secreciones infectadas de sífilis primaria y secundaria. (1,12) Los estudios serológicos se dividen en pruebas no treponémicas que incluyen la prueba Rápida de Reaginas Plasmáticas (RPR) y la prueba del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), las cuales deben ser confirmadas luego con pruebas treponémicas como son el ensayo de Microhemaglutinación con Antígeno del *Treponema pallidum* (MHA-TP), la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA) y la prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes (FTA-ABS). (1,2,12) Asimismo, es importante recordar que todos los pacientes deben ser testeados para descartar coinfección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, especialmente en casos con presentación infrecuente, como en nuestro paciente. (2,3,8)

La penicilina sigue siendo el antibiótico de elección para tratar la sífilis. De acuerdo con la Guía de Enfermedades de Transmisión Sexual en adultos, de la Sociedad Argentina de Dermatología (2015), en los estadios primarios, secundario y latente temprano, se recomiendan 2 o 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI I.M., con un intervalo de una semana entre cada una. Sin embargo, las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis de la Sociedad Argentina de Infectología (2019), sugieren una dosis única de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI I.M. Las formas: latente tardía, latente de duración indeterminada y terciaria, se tratan con 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI I.M. En pacientes alérgicos a la penicilina, en las fases primaria, secundaria y latente temprana, se puede

indicar doxiciclina 100 mg cada 12 horas V.O. por 14 días; e igual dosis durante 28 días en las formas restantes. En la neurosífilis y sífilis oftálmica, se debe instaurar tratamiento con penicilina G sódica 3-4 millones UI I.V. cada 4 horas o 18-24 millones UI I.V. en infusión continua, durante 10-14 días.^(12, 13)

Conclusión

La sífilis continúa siendo un gran problema para salud pública y plantea un desafío diagnóstico por su variedad de manifestaciones clínicas, más aún, cuando se presenta con lesiones cutáneas poco frecuentes. Debemos tener en cuenta a esta entidad en el diagnóstico diferencial de úlceras localizadas en mucosas y piel. Por último, queremos recalcar la necesidad de solicitar serología para VIH en todos los pacientes con esta patología, especialmente cuando su presentación no sea la habitual.

Referencias bibliográficas

1. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. En: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. Fitzpatrick's Dermatology. 9th edition. New York:Mc Graw Hill; 2019.

2. Merson JR, Shehu M. Syphilis. JAAPA. 2019;32(5):59–60.

3. Yu X, Zheng H. Syphilitic Chancre of the Lips Transmitted by Kissing. Medicine. 2016;95(14):1–2.

4. Morgante MJ, Innocenti Badano AC, Rivarola E. Coexistencia de lesiones de sífilis primaria y secundaria: reporte de un caso clínico. Revista de la Facultad de Odontología de la UNCuyo. 2020;14(2):63–66.

5. Cantú Parra L, Vidal J, Cippitelli MJ, Rivarola E. Sífilis secundaria: manifestaciones en mucosa oral. Revista de la Facultad de Odontología de la UNCuyo. 2018;12(2):20–22.

6. Calvo DF, Cassarino D, Fernandez-Flores A. Syphilitic chancre of the lip. Am J Dermatopathol. 2020;42(10):143–146.

7. Huang S, Lu R, Yang JY, Zhou G. A nonspecific ulcer on upper lip presented as the first and sole sign of syphilis. J Infect Chemother. 2020;26(12):1309–1312.

8. Jategaonkar A, Klimczak J, Agarwal J, Badhey A, Portnoy WM, Damiano A, et al. Syphilis of the oropharynx: Case series of "The Great Masquerader." Am J Otolaryngol. 2019;40(2):143–146.

9. Orgaz Rosúa MJ, Herruzo Zúñiga N. Chancro extragenital en paciente homosexual. Aten Primaria. 2020;52(2):131–132.

10. Ripoll E, Montironi C, Alós L, Pujol T, Berenguer J, Oleaga L. Oropharyngeal Syphilis: Imaging and Pathologic Findings in Two Patients. Head and Neck Pathol. 2016;11(3):399–403.

11. Andrade P, Juliao MJ, Reis JP, Figueiredo A. Secondary syphilis with persisting hard chancre on the forearm. Acta Derm Venereol. 2013;93(2):236–237.

12. Torales G, Galarza P, Soto V. Diagnóstico y tratamiento de sífilis (Publicación periódica en línea). Sociedad Argentina de Infectología. 2019. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/rss/item/727-guias-de-diagnostico-y-tratamiento-de-la-sifilis>

13. Bermejo A, Leiro V, Casco R, Oxilia M. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en adultos. SAD. 2015. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/Enfermedades-de-Transmision-Sexual-ETS-en-adultos.-ACTUALIZACION-DE-LAS-PAUTAS-DE-TRATAMIENTO-1.pdf>

Imagen 1

Placa eritematosa duro-elástica de 1 cm de diámetro, con erosión central y exudado purulento.

Imagen 2



Lesión tumoral eritematosa ulcerada e indolora.

Imagen 3



7

Tronco: máculas diseminadas, levemente eritematosas.