

Sífilis secundaria que simula una reacción leprosa de tipo 1

Syphilis mimicking leprosy reaction type 1

Óscar Javier Hernández¹, Katherine Sarmiento¹, Mayra Alejandra Carrillo², Gilene Margarita Durán², José Augusto Da Costa³

1. Médico, residente de segundo año de Dermatología, Instituto de Pós-graduação Médica Carlos Chagas, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico, residente de tercer año de Dermatología, Instituto de Pós-graduação Médica Carlos Chagas, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Médico dermatólogo; jefe, Laboratório de Lepra Ambulatório Souza Araujo, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

Resumen

La sífilis es una enfermedad infecto-contagiosa sistémica y crónica, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se adquiere fundamentalmente por contacto sexual y transmisión vertical, y afecta a ambos sexos por igual. Presenta periodos de actividad y de latencia. Sus manifestaciones pueden ir desde lesiones clásicamente conocidas hasta cuadros clínicos inespecíficos que simulan otras enfermedades y, así, dificultan su diagnóstico y tratamiento adecuados.

PALABRAS CLAVE: sífilis, lepra, diagnóstico diferencial, VDRL, FTA-Abs.

Summary

Syphilis is a systemic and chronic infectious disease, caused by the spirochete *Treponema pallidum*. It is mainly transmitted through sexual contact or vertical transmission. It affects both sexes equally. It has active and latent periods. Syphilis manifestations range from classically known lesions to nonspecific clinical diagnosis, mimicking other clinical diseases and so hindering its diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Syphilis, leprosy disease, differential diagnosis, VDRL, FTA-Abs.

Correspondencia:

Oscar Javier Hernández

Email:

ojavi_h@hotmail.com

Recibido: 23 de julio de 2013.

Aceptado: 12 noviembre de 2013.

No se reportan conflictos de interés.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 62 años de edad, de piel trigueña, natural y procedente de Rio de Janeiro (Brasil), pensionado, que consultó al servicio por un cuadro clínico de cinco semanas de evolución consistente en aparición súbita de varias lesiones eritematosas, infiltradas y discretamente pruriginosas, en miembros superiores, tronco y miembros inferiores.

Negó otra sintomatología asociada; no refirió consumo de fármacos ni otros antecedentes personales.

En el examen físico se observaron múltiples lesiones en forma de placas eritemato-violáceas, con bordes infiltrados y tamaños variable, bien delimitadas y diseminadas en todo el tegumento. Se practicó un test térmico con éter y se encontró hipoanestesia en las lesiones de la espalda (**FIGURAS 1 Y 2**).

Por los datos anteriormente expuestos, se conside-



FIGURAS 1 Y 2. Múltiples lesiones en placas eritemato-violáceas de diverso tamaño, con bordes infiltrados, bien delimitadas, diseminadas en todo el tegumento.

raron las siguientes hipótesis diagnósticas: reacción leprosa de tipo 1, urticaria y posible sífilis secundaria. Se practicaron prueba de lepromina (Mitsuda), con reacción de 3 mm, baciloscopia, que fue negativa, y hemograma, sin alteraciones.

En la biopsia de piel se observó infiltrado linfocitario con plasmocitos, perivascular, perianexial e perineural, con distribución focal en toda la extensión de la dermis. No se observaron bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) con la coloración de Wade. Se concluyó que se trataba de una reacción leprosa de tipo 1. La prueba serológica VDRL fue reactiva con un título de 1/64 y el FTA-ABS también fue reactivo.

Con base en los resultados anteriores, se hizo diagnóstico de sífilis secundaria. Según el protocolo de la institución, se solicitó examen de VIH y punción lumbar como complementarios, cuyos resultados fueron negativos, y se inició tratamiento con dos dosis de 2400.000 UI de penicilina benzatínica intramuscular. El paciente regresó a los siete días para una nueva valoración clínica, después de la primera dosis de penicilina benzatínica y, en el examen físico dermatológico, se observó resolución de las lesiones descritas inicialmente y solo algunas maculas hipocromías en el tórax y la espalda (**FIGURAS 3 Y 4**).

Comentarios

La sífilis y la lepra pueden presentar lesiones cutáneas polimorfas, como máculas, pápulas, tubérculos,

nódulos, placas e infiltraciones, las cuales pueden encontrarse en sus diferentes etapas clínicas: sífilis secundaria, terciaria, lepra tuberculoide, *borderline* y virchowiana. Como en determinadas situaciones algunos exámenes complementarios para la sífilis y la lepra no son esclarecedores, muchas veces diferenciarlas y confirmar el diagnóstico clínico es difícil^{1,2,3,4}. Por esta razón, es importante una sospecha precoz de ambas enfermedades acompañada de un excelente examen dermatológico inicial, para establecer el diagnóstico diferencial mediante exámenes clínicos complementarios oportunos, que permitan un diagnóstico acertado, un tratamiento efectivo y disminución de las secuelas definitivas propias de la enfermedad no tratada^{5,6,7}.

En la literatura médica se han publicado innumerables casos clínicos de pacientes con sífilis que recibieron diagnóstico y tratamiento para lepra, lo que es más frecuente en casos positivo para VIH, lo que conduce a secuelas graves y muchas veces irreversibles^{8,9}.

Conclusión

Se presenta el caso de un hombre de 62 años procedente de una zona endémica para lepra en Rio de Janeiro (Brasil) con lesiones cutáneas, hallazgos clínicos e histopatológicos que sugerían en primera instancia un diagnóstico de reacción leprosa de tipo 1, pero con exámenes de laboratorio (VDRL y FTABS reactivos) que confirmaron sífilis secundaria. Por lo anterior, continúa siendo un desafío la diferenciación clínica de ambas en-



FIGURAS 3 Y 4. Lesiones cutáneas a los siete días de la primera dosis de tratamiento antibiótico.

fermedades en sus diferentes estadios clínicos y se hace imprescindible tener siempre presente sus diagnósticos diferenciales para la solicitud de exámenes paraclínicos que orienten al diagnóstico correcto⁹.

Referencias

1. Dias C, Bornhausen E, Gesualdo A, Cupertino F, Paulsen M, Araújo M, et al. Syphilis, leprosy, and human immunodeficiency virus coinfection: A challenging diagnosis. *Cutis*. 2013;92:71-76. Fecha de consulta: agosto de 2013. Disponible en: <http://www.cutis.com/fileadmin/qhi/ct/pdfs/CT092020071.pdf>.
2. Dupnik K, Costa M, Da Silva A, Bezerra S, Lisboa M. Nodular secondary syphilis simulating lepromatous leprosy. *Lepr Rev*. 2012;83:389-93. Fecha de consulta: diciembre de 2012; Disponible en: <http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec12/Lep389-393.pdf>
3. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatología* Azulay. Quinta edición. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 351-66.
4. Schettini A, Sardinha J, Júnior R, Schettini M, Lopes N. Sífilis simulando hanseníase borderline-tuberculóide: Interfaces quanto ao contexto histórico, clínico e de saúde pública syphilis mimicking borderline (bt) leprosy. Historical, clinical and public health interfaces. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2004;16:67-72. Fecha de consulta: Enero de 2013; Disponible en: <http://www.dst.uff.br/revista16-1-2004/9.pdf>
5. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Infecções sexualmente transmissíveis*. En: *Dermatologia*. 2ª edición. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 1239-61.
6. Lupi O, Belo J, Cunha P. *Rotina de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. 1ª edición. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 439-51.
7. Avelaira RJ, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros Dermatologia*. 2006;81. Fecha de consulta: Enero de 2013. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962006000200002&script=sci_arttext.
8. Pandhi D, Reddy BS, Khurana N, Agarwal S. Nodular syphilis mimicking histoid leprosy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:256-7. Fecha de consulta: Marzo de 2013. Disponible en: <http://sci-hub.org/pdfcache/c30734bb0d3d9abc4af8fceaebf4d765.pdf>
9. Carrada T. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*. 2003; 46: 236-41. Fecha de consulta: Mayo de 2013. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-6/RFM46607.pdf>