

Lesiones atípicas de sífilis terciaria

Atypical skin lesions of syphilis tertiary

Lily Paola Belmonte¹, Adriana Elizabeth Táquez¹, Carlos Alberto Cerón¹, Mónica Gauto¹, Vinicius Martins Menezes², Alicie Miranda³, Omar Lupi⁴, José Augusto Nery⁵

1. Médico, residente de Dermatología, Instituto de pós-graduação médica Carlos Chagas - Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
2. Médico infectólogo, Laboratorio de Hanseníase Ambulatorio Souza Araujo, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil
3. Médica patóloga, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil
4. Médico dermatólogo; jefe, Servicio de Dermatología, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
5. Médico hansenólogo; jefe, Laboratorio de Hanseníase Ambulatorio Souza Araujo, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Resumen

La sífilis terciaria se manifiesta como consecuencia de la sífilis no tratada; presenta un conjunto variable de manifestaciones clínicas que aparecen meses o años después de la infección, cursa con lesiones cutáneas y puede haber compromiso multisistémico.

Se presenta un caso de sífilis terciaria con lesiones cutáneas atípicas.

PALABRAS CLAVE: atípicas, lesiones, sífilis, terciaria, VDRL, FTA-ABS.

Correspondencia:

Lily Paola Belmonte

Email:

lpbc841228@hotmail.com

Recibido: 20 de agosto de 2012.

Aceptado: 18 de octubre de 2012.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

Tertiary syphilis is manifest as a result of untreated syphilis, presenting a variable set of events that appear months or years after the infection, it typically affects the skin and may have multisystemic involvement.

We present a case of tertiary syphilis with atypical skin lesions.

KEY WORDS: atypical, skin lesions, simulator, syphilis, tertiary, VDRL, FTA-ABS.

Caso clínico

Se presenta una paciente de sexo femenino de 54 años de edad, de ocupación cobradora de bus, con historia clínica de seis meses de evolución de “lesiones y adormecimiento en la mano izquierda”, consistentes en lesiones eritematosas localizadas en la región palmar izquierda sobre una cicatriz quirúrgica, asociadas a parestesia en el mismo sitio y con aumento progresivo de las lesiones.

Como antecedentes patológicos refirió cirugía para síndrome del túnel del carpo en la mano izquierda cinco años atrás. Tuvo su último contacto sexual sin protección dos años antes. En el examen físico se observó una lesión eritematosa con descamación en la región palmar, y lesiones nodulares eritemato-violáceas con

distribución circinada en el dorso y el borde lateral de la mano izquierda (**FIGURAS 1 Y 2**).

El test de Mitsuda mostró reacción de 3 mm; la baciloscopia, el PPD, el examen micológico directo y el cultivo de tejidos para hongos y micobacterias, fueron negativos. Las serologías para VIH, HBsAg, anti-HBS, anti-HBC y anti-HCV, no fueron reactivas. El VDRL fue reactivo con un título de 1/256 y, también el TPHA. El examen de líquido cefalorraquídeo mostró baciloscopia negativa y VDRL no reactivo.

En la biopsia de piel se observó hiperplasia de la epidermis con erosión de la capa basal, espongirosis y paraqueratosis. En la dermis había infiltrado granulomatoso epitelioides maduro con presencia de plasmocitos, con distribución perivascular y perianaxial, en la dermis superficial, media y profunda. Se observó vasculitis,

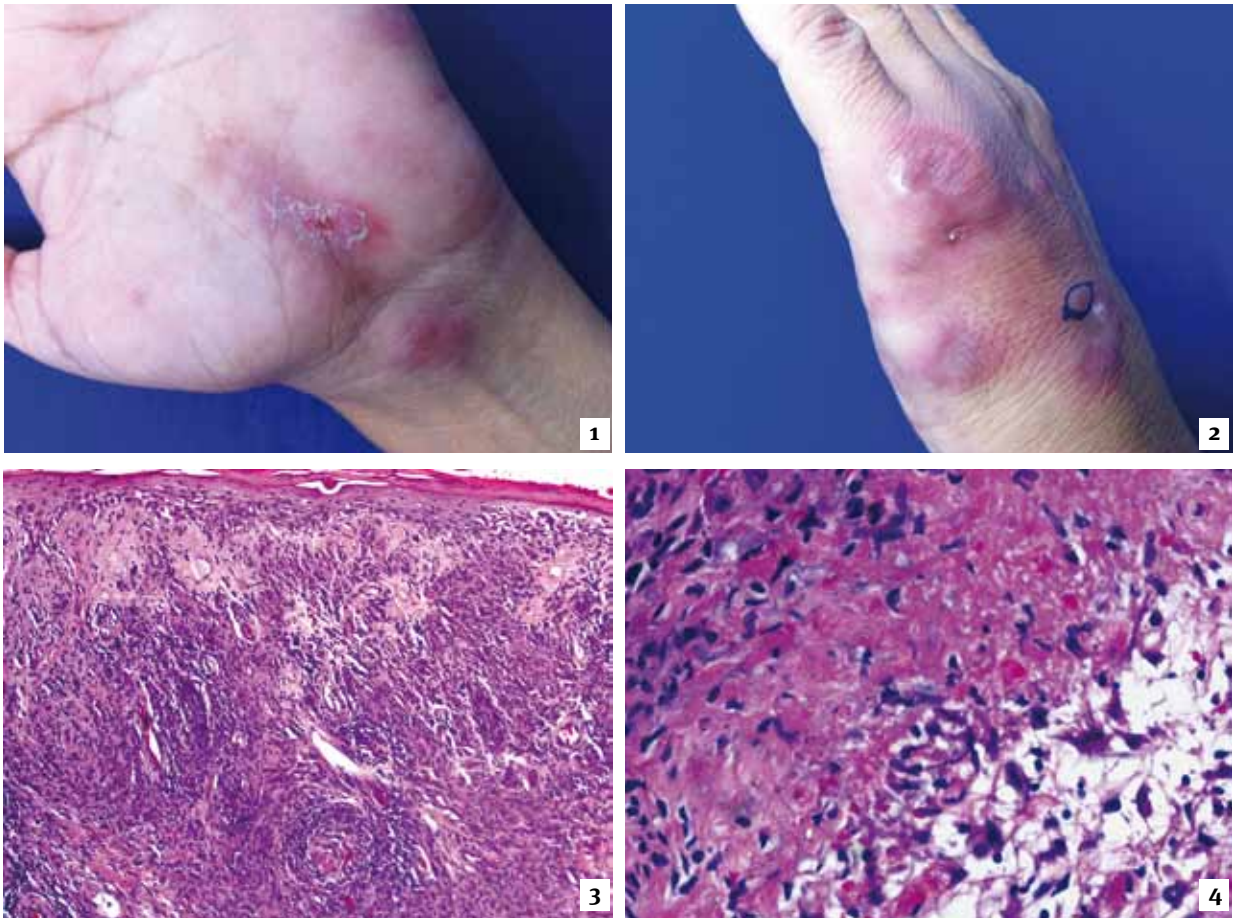


FIGURA 1. Lesiones eritemato-descamativas sobre una cicatriz operatoria. **FIGURA 2.** Lesiones nodulares eritemato-violáceas con distribución circinada. **FIGURA 3.** Hiperplasia epidérmica con erosión de la basal, espongirosis y paraqueratosis. Hematoxilina y eosina, 10X. **FIGURA 4.** Áreas focales de necrosis y presencia de plasmocitos. Hematoxilina y eosina, 40X.

congestión vascular y áreas focales de necrobiosis, sugestivas de sífilis terciaria (**FIGURAS 3 Y 4**).

En las interconsultas con otras especialidades, como neurología, ginecología, cardiología, oftalmología y ortopedia, se descartaron alteraciones en otros sistemas.

Como tratamiento se administraron 2,4 millones de UI de penicilina benzatínica por vía intramuscular a la semana, en tres dosis¹.

Se obtuvo resolución total de las lesiones cutáneas y mejoría de la parestesia local con hiperchromía residual y discreta atrofia hipotenar (**FIGURAS 5 Y 6**).

Discusión

En el mundo, se presentan al año cerca de 12 millones de registros nuevos de sífilis, la cual se mantiene como un problema de salud pública importante en países desarrollados y en desarrollo^{2,3}.

La sífilis terciaria se manifiesta como consecuencia de la sífilis primaria no tratada y presenta un conjunto variable de manifestaciones clínicas que aparecen meses o años después de la infección⁴⁻⁶. Las lesiones tardías representan una respuesta tisular a nuevos microorganismos en pacientes sensibilizados a *Treponema pallidum*^{2,7,8}.

En esta fase, los pacientes desarrollan lesiones localizadas de piel, mucosas, sistema cardiovascular y sistema nervioso⁴⁻⁶. En general, las lesiones terciarias características son la formación de granulomas destructivos (gomas) y una ausencia casi total de treponemas. Incluso, pueden verse afectados los huesos, los músculos y el hígado. Las lesiones de piel son nódulos, tubérculos, placas ulceradas o tuberosas y gomias, generalmente solitarias o en pequeños grupos, asimétricas, endurecidas y con poca inflamación, con bordes marcados o en segmentos destructivos con tendencia a la cura central, la formación de cicatrices e hiperpigmentación. En la lengua, la sintomatología es de inicio insi-



FIGURA 5. Lesiones residuales de sífilis terciaria y discreta atrofia hipotenar.

FIGURA 6. Hiperchromía residual posterior a tratamiento de sífilis terciaria.

dioso y sin dolor, con engrosamiento y endurecimiento del órgano. Las lesiones gomosas pueden invadir y perforar el paladar y destruir la base ósea del tabique nasal^{5,8}.

Cuando las lesiones cutáneas de sífilis terciaria no están ulceradas, se debe hacer diagnóstico diferencial con tumores malignos, lesiones cutáneas asociadas a leucemia y sarcoidosis; cuando las sífilides están ulceradas, se deben diferenciar de escrofuloderma, infección por micobacterias atípicas, micosis profundas y neoplasias ulceradas de piel^{4-6,8}.

La prueba de VDRL es positiva entre cinco y seis semanas después de la infección, y entre dos y tres semanas después de la aparición del chancro. Por lo tanto, puede ser negativa en la sífilis primaria. En sífilis secundaria se presenta alta sensibilidad y, en las formas finales, la sensibilidad disminuye⁸.

El tratamiento efectivo de primera línea para la sífilis adquirida sigue siendo la bencilpenicilina, según los esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{9,10,11}.

Conclusión

Se presenta el caso de una mujer de 54 años con lesiones cutáneas atípicas de sífilis terciaria, con hallazgos de laboratorio clínico y de histopatología que identificaron esta entidad. Dado el entorno epidemiológico de la paciente, se hicieron varias hipótesis diagnósticas, entre ellas, lepra, tuberculosis cutánea, esporotricosis,

micosis profundas, otras micobacteriosis atípicas, sarcoidosis y sarcoma epitelióide. Esto demuestra una vez más que la sífilis sigue siendo la “gran simuladora”^{8,9}, pues, dada su evolución dinámica, presenta manifestaciones multiformes con características clínicas e histopatológicas de sus diferentes fases que también se pueden superponer¹⁰.

Es de gran importancia estar atentos a la evolución clínica de esta enfermedad, incluso en pacientes con prueba de VIH negativa, para una intervención terapéutica oportuna y segura, evitando así una evolución desfavorable con riesgo potencial de complicaciones más graves¹⁰.

Agradecimientos:

Al Dr. Carlos Alberto Cala, Cirujano Plástico y reparador de la mano. Por realizar la valoración clínica complementaria de la paciente.

Referencias

1. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª edición. Série Manuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 68.
2. Lupi O, Belo J, Cunha P. Rotina de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1ª edición: Sífilis adquirida. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 439-51.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DTS e Aids. Diretrizes para o controle de sífilis congênita...2ª edición. Séries Manuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 p. 24.

4. James WD, Berger TD, Elston DM. Sífilis, boubas, bejel e pinta., En: Doenças da pele - Dermatologia clinica. 10ª edición. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 353-66.
 5. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Trepanomatoses. En: Dermatologia. 5ª edición. 5ª edición. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 351-66.
 6. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Infecções sexualmente transmissíveis. En: Dermatologia. 2ª edición. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 1239-61.
 7. Jaimes N, Gaviria M, Orozco B, Restrepo R. Sífilis atípica: presentación de un caso. Universitas Médica. 2008;50(1). Citada el 11 de junio de 2012. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n1/pdf/S%EDfilis%20At%EDpica.pdf>.
 8. Regazzi JC, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamiento e controle. En: An Bras Dermatol. 2006;81(2). Citada el 1 de junio de 2012: Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.
 9. Pestoni C, Lado FL, Cabarcos A, Sánchez D. Sífilis: perspectivas terapéuticas actuales. An Med Interna (Madrid). 2002;19(2). Citada el 1 de junio de 2012: Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992002000200010>.
 10. Shriya D, Deepthy VG, Devinder M T. Nodular secondary syphilis. En: Dermatol Online J. 2003;9(1). Citada el 15 de junio de 2012: Disponible en: http://dermatology.cdlib.org/91/case_reports/syphilis/thappa.html.
 11. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Gineve: Organización Mundial de la Salud. Citada el 8 de junio de 2012: Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>.
-
-