

Secundarismo sífilítico en contacto intradomiciliario con paciente multibacilar

Syphilitic Secundarism in Intradomiciliary Contact with Multibacillary Patient

Yenisey Gleidis Mir García^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3945-9700>

¹Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mgyenisey.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la lepra tuberculoide se citan la sífilis secundaria, tiña del cuerpo, granuloma anular y tuberculosis cutánea, entre otros. La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión predominantemente sexual. Se presenta una paciente femenina, de 19 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes de ser contacto intradomiciliario de primer orden de un caso de lepra multibacilar. Acude a la consulta de Dermatología por presentar lesiones desde varias semanas antes, las cuales describe como “empeines”, que no pican ni causan molestias, pero que han crecido progresivamente. Presentó fiebre vespertina, cansancio, malestar general y cefalea. Durante el interrogatorio se recoge el antecedente que hacía aproximadamente 5 meses presentó una lesión genital en forma de un “peladito” que desapareció sola. Al examen dermatológico se constata cuadro diseminado constituido por lesiones anulares, con zona central de color más oscuro, bordes bien definidos, papulosos, con diámetros que oscilan entre 1 y 4 cm, en número menor de una decena, distribuidas en cara, V del escote, y región proximal de los miembros. Se indica prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (*Venereal Disease Research Laboratory*) y se confirma el diagnóstico de sífilis temprana. Se presenta el caso por la importancia que tiene pensar siempre en sífilis ante un paciente con lesiones anulares en piel.

Palabras clave: lepra tuberculoide; sífilis; secundarismo sífilítico.

ABSTRACT

Among the differential diagnoses of tuberculoid leprosy are secondary syphilis, body ringworm, granuloma annulare and skin tuberculos, among otyheres. Syphilis is a systemic transmitted, infectious disease. It is presented a 19 years old female patient, white skin color, with a history of first order intradomiciliary contact of a case of multibacillary leprosy. The patient attends to the dermatology consultation after presenting lesions from several weeks before, which she described as “insteps”, which do not itch or cause discomfort, but have grown progressively. She presented evening fever, tiredness, malaise and headache. During the interrogation is collected the information that approximately 5 months ago she presented a genital injury in the form of a “peeled area” that disappeared by itself. The dermatological examination revealed a disseminated picture consisting of annular lesions, with a darker central area, well-defined edges, papuloses, with diameters ranking from 1 to 4 cm, in fewr than a dozen, distributed on the face, V cleavage, and proximal region of limbs. Venereal Disease Research Laboratory (STD) test is indicated and early syphilis diagnosis confirmed. The case arises because of the importance of always thinking of syphilis in a patient with annular lesions in skin.

Keywords: tuberculoid leprosy; syphilis, syphilitic secundarism.

Recibido: 22/08/2022

Aceptado: 18/10/2022

Introducción

En presencia de la lepra tuberculoide, el bacilo solo produce lesiones en la piel y el sistema nervioso periférico al atacar al organismo, con predominio de este último en la mayoría de los casos. Es por ello que son más frecuentes las paresias, parálisis, engrosamientos nerviosos y trastornos tróficos, que en el tipo lepromatoso.

Las lesiones en mucosas y órganos, generalmente están ausentes.

Las lesiones cutáneas presentan una marcada tendencia a la focalización, son pocas, 2 o 3, siempre menos de 5 lesiones en placas eritematosas con centro hipocrómico o no, y ligeramente escamosas, con bordes micropapuloides bien definidos.

Se presentan de diferentes tamaños y con distribución asimétrica, redondeadas u ovals, y localizadas principalmente en las regiones glúteas, espalda y miembros.

Se observan, además, trastornos de la sensibilidad como hipoestesia o anestesia, alopecias y disminución de la secreción sebácea y sudoral.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la lepra tuberculoide se citan la sífilis secundaria, tiña del cuerpo, granuloma anular, y tuberculosis cutánea, entre otros.^(1,2,3,4)

Es muy importante tener en cuenta que ante cualquier placa con características sugestivas de lepra es necesario explorar la sensibilidad en las lesiones. Ya se ha convertido en hecho la antigua expresión de la medicina: “enfermedad que no se piensa no se diagnostica”.

En la base de esta falta de sospecha clínica de muchos médicos, está el desconocimiento de las cuestiones mínimas necesarias para efectuar su diagnóstico presuntivo.⁽⁵⁾

La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual superada solamente por el VIH/Sida, el cual ha tenido efectos devastadores en la humanidad y aún constituye un problema de salud.^(6,7,8) Se puede diagnosticar mediante el análisis de una muestra del chancro, a través del microscopio de campo oscuro. Otra manera de determinar si una persona tiene sífilis es mediante las pruebas serológicas, las que pueden ser treponémicas o no.^(9,10,11)

En América se diagnostican entre 40 y 50 millones de casos anuales de infecciones de transmisión sexual. En general, las tasas de incidencia de sífilis en todas las formas que se detectan son de 2 a 5 veces más elevadas que en los países industrializados. Sin embargo, en la mayoría de los países de la región se registra una disminución de la incidencia, tendencia que en algunos de ellos se contradice por el aumento de la incidencia de la sífilis congénita. Esta inconsistencia aparente puede deberse a la calidad del registro, basada en una mejoría de los registros de sífilis congénita, en un empobrecimiento de los de sífilis adquirida, en un aumento real de la incidencia de sífilis congénita debido a deficiencias en la cobertura, en la calidad de los servicios de control prenatal, o en una combinación de varios factores.⁽¹²⁾ De manera general la tendencia de la enfermedad ha sido ascendente en los últimos 35 años.⁽¹³⁾

En Cuba existe un programa de control de sífilis basado en la promoción-prevención, la localización de los enfermos, su estudio epidemiológico y tratamiento, a partir de la labor constante de la enfermera encuestadora y del dermatólogo, además de los controles serológicos que se le hacen a las gestantes y a sus esposos durante el embarazo.⁽¹⁴⁾

En la evolución cronológica de la sífilis se presentan dos etapas, temprana y tardía. En la etapa temprana se encuentra la fase primaria de la sífilis que suele estar marcada por la aparición de una sola úlcera (chancro), pero puede que sean muchas más. Si no se administra el tratamiento adecuado la infección avanza a la fase secundaria. La fase secundaria se caracteriza por erupciones en la piel, anejos, lesiones en las membranas mucosas, y toma del estado general. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen, aun si no son tratados, pero si no se administra tratamiento la infección progresará a la fase latente y posiblemente hasta la etapa tardía de la enfermedad.^(15,16,17)

Presentación del caso

Paciente femenina, de 19 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes de ser contacto intradomiciliario de primer orden de un paciente multibacilar. Acude a la consulta de Dermatología por presentar lesiones desde varias semanas antes, las cuales describe como “empeines”, que no pican ni causan molestias, empezaban pequeñas y crecían paulatinamente. Unido a esto presentó fiebre vespertina, cansancio, malestar general y cefalea, que las relacionó con la incubación de un proceso catarral.

Durante el interrogatorio se recoge el antecedente que hacía aproximadamente 5 meses presentó una lesión genital en forma de un “peladito” que desapareció sola y que su esposo también presentó una lesión genital similar antes que ella. En el momento de la consulta su esposo también presentaba lesiones en piel con iguales características a las de ella. Refiere que acudieron al médico de su área de salud, y fue interpretado el cuadro como tiña del cuerpo, por lo que habían iniciado tratamiento tópico con ketoconazol desde hacía una semana. Además, se remiten a la consulta de Dermatología por el antecedente de ser contacto intradomiciliario de un paciente con lepra multibacilar.

Al examen dermatológico se constata cuadro diseminado, constituido por lesiones en placas, anulares, con una zona central de color más oscuro, bordes bien definidos, papulosos, con costras hemáticas pequeñas en algunos de ellos, escamas hacia la periferia de las lesiones, y diámetros que oscilan entre 1 y 4 cm, en número de 5, distribuidas en cara, V del escote, y región proximal de los miembros, con sensibilidad conservada (figs. 1 y 2).



Fig. 1 – Lesiones anulares, en placas, de bordes bien definidos, papulosos.



Fig. 2 – Lesiones anulares, con escamas hacia la periferia.

Se sospecha sífilis secundaria y se indica prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL), la cual resulta no reactiva. A pesar de ello se mantiene la misma impresión diagnóstica, por lo que se indicó VDRL a doble dilución en el Centro Municipal de Higiene, que resultó reactiva tanto en la paciente como en el esposo.

Otros complementarios realizados:

- Estudio micológico directo y cultivo de lesión: no crecimiento de hongo.
- Hemograma y química sanguínea: dentro de límites normales.
- Baciloscopia de linfa auricular y de codo: cod 0.
- Se realizó biopsia de piel que descarta diagnóstico de lepra.

Se concluye que la paciente presentaba una sífilis temprana adquirida en período de sífilis secundaria.

Discusión

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la lepra tuberculoide se citan la sífilis secundaria, tiña del cuerpo, granuloma anular, y tuberculosis cutánea, entre otros.^(2,3,4)

Es muy importante tener en cuenta que ante cualquier placa con características sugestivas de lepra es necesario explorar la sensibilidad en las lesiones. En ausencia de sospecha clínica por algunos médicos, está el desconocimiento de las cuestiones mínimas necesarias para poder efectuar su diagnóstico presuntivo.⁽⁷⁾

Por otra parte, es importante reconocer, además, que las lesiones del secundarismo sifilítico más precoces se presentan en la piel, y constituyen erupciones de aspecto clínico variable, representadas por casi todas las lesiones elementales cutáneas. Se diseminan, irregularmente distribuidas por la superficie del cuerpo, sin simetría, no son pruriginosas, y son de carácter resolutivo en la mayoría de los casos, es decir que desaparecen sin dejar huellas a su paso.^(1,2,3,4)

Las lesiones anulares son casi exclusivas de las personas de color de piel negra, aunque algunos autores plantean que pueden ser vistas en personas de color de piel blanca. Se observan sobre todo en cara y con menos frecuencia en otras partes del cuerpo. Aparecen en forma de lesiones papulosas de tamaño variable, que involucionan en su centro y se extienden periféricamente hasta abrirse como una circunferencia que parte de un punto central.^(1,4,11)

Conclusiones

La paciente tuvo manifestaciones de secundarismo sifilítico que simulaban una lepra tuberculoide, o una tiña del cuerpo, sin embargo, era sífilis. De ahí que en medicina algunos la incluyan entre las enfermedades “grandes simuladoras”. Por ello, cuando se presenten pacientes con lesiones de piel, que se encuentren sexualmente activos, es necesario pensar en la sífilis como diagnóstico.

Referencias bibliográficas

1. Arenas R. Dermatología: Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. 4 ed. México: McGraw-Hill; 2009.
2. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy: An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. Actas Dermosifiliogr. 2013 [acceso 03/03/2019];104(7):12. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/en/leprosy-an-update-definition-pathogenesis/articulo/S1578219013001431/>
3. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 3 ed. Reino Unido: Elsevier Saunders; 2012.
4. Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos de la Eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares: Resolución: A/RES/29/5 aprobada por la Asamblea General 29 período de sesiones. Ginebra: ONU; 2015 [acceso 03/03/2019]. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/802131/files/A_HRC_RES_29_5-ES.pdf
5. Suárez Moreira O, Entenza Pérez A, Ruíz-Fuente JL, Alban Jaime G. Procederes de diagnóstico microbiológico de la lepra del Laboratorio Nacional de lepra. La Habana: Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; 2011.
6. Berdasquera Corcho D, Lazo Álvarez MA, Galindo Santana BM, Gala González A. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2004 [acceso 03/09/2015];42(2):5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200008
7. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pública. 2004 [acceso 03/09/2015];16(3):7. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23095>
8. Fariñas Reinoso A, Díaz Lemus M, López Serrano E. Las enfermedades de transmisión sexual en la Cuba prerrevolucionaria, su prevención, control y tratamiento. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001 [acceso 05/08/2016];17(3):8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864252001000300016&script=sci_arttext&lng=en
9. Rodríguez González I, Echevarría Pérez E, Noda Ramos AA, Rivero Caballero M, Hernández Louhau CM, Machado Villa L, *et al.* Hemaglutinación de Treponema

pallidum para la confirmación de sífilis en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2013 [acceso 21/06/2017];65(2):8. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200014&lng=es

10. Rodríguez González I, Torres Rodríguez C, Echevarría Pérez E, Noda Ramos AA. Nueva propuesta metodológica para la pesquisa serológica de sífilis con VDRL-Plus. Rev Cubana Med Trop. 2014 [acceso 21/06/2017];66(1):4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000100016&lng=es

11. Ollague W. Manual de Dermatología y Venereología. 6 ed. Guayaquil-Ecuador: Editorial Alpha Cia Ltda; 1984.

12. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Infecciones de Transmisión sexual, 2014-2018. Cap. 10. Cuba: MINSAP; 2019. p. 61-74.

13. Martínez Vázquez JM, Cabircos Ortiz de Banón A. Sífilis. En: Ferreras Rozman. Medicina Interna , Vol. 2 . 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 265-9.

14. Betancourt Llópiz I, Leyva López I, Moya Cala M, Hechavarría Torres M. Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en el área "La Caoba". Rev Cubana Enfermer. 2002 [acceso 26/06/2017];18(2):5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000200003&lng=es

15. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de salud 2013. La Habana, Cuba: MINSAP; 2014.

16. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA 2014-2018. La Habana: MINSAP; 2013.

17. Cuerda-Galindo E, Sierra-Valenti X, González-López E, López-Muñoz F. Syphilis and human experimentation from World War II to the present: a historical perspective and reflections on ethics. Actas Dermosifiliogr. 2014 [acceso 03/03/2019];105(9):10. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/en/syphilis-human-experimentation-from-world/articulo/S1578219014002480/>

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.