

Sífilis adquirida en la infancia

Syphilis acquired in childhood

María G. Chamizo Cabrera^{1*}

Luis A. Monteagudo de la Guardia²

Marta Cardoza Orellana¹

¹Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Villa Clara, Cuba.

²Hospital Universitario Ginecobstétrico “Mariana Grajales”. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: maria.chamizo@infomed.sld.cu

RESUMEN

La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes y está considerada un serio problema de salud en la actualidad. Es causada por el *Treponema pallidum* y se transmite fundamentalmente por el contacto sexual. En niños, la sífilis adquirida sugiere frecuentemente un abuso sexual. Se presenta el caso de una paciente femenina de 12 años de edad, que desde un mes antes presentaba lesiones en piel. Se sospecha una sífilis adquirida y el diagnóstico se confirma cuando la VDRL fue de 1/128. Además, se hace evidente que había mantenido relaciones sexuales. La paciente recibió tratamiento con una evolución satisfactoria. Se presenta el caso dado lo poco frecuente que resulta este tipo de diagnóstico en nuestro medio y su importancia.

Palabras clave: sífilis adquirida; infancia.

ABSTRACT

Syphilis is one of the most common sexually transmitted infections and is currently considered to be a serious health problem. The disease is caused by *Treponema pallidum* and is mainly transmitted by sexual contact. Among children, acquired syphilis often suggests sexual abuse. A case is presented of a female 12-year-old patient with skin lesions of one month's evolution. Acquired syphilis is suspected, and the diagnosis is confirmed by

a VDRL test result of 1/128. On the other hand, it was evident that she had had sexual relations. The patient received treatment and the evolution was satisfactory. The case is presented due to the low frequency of this type of diagnosis in our environment and its importance.

Key words: acquired syphilis; childhood.

Recibido: 26/06/ 2017

Aceptado: 17/07/2017

Introducción

La sífilis adquirida es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual sistémica, causada por el *Treponema pallidum*, que se manifiesta con síntomas clínicos y una morbilidad significativa.⁽¹⁾ Se transmite casi exclusivamente por contacto sexual, incluida la exposición sexual vaginal, anal y oral. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se producen en el mundo 10,6 millones de nuevos casos de sífilis en adultos, pero no hay datos oficiales sobre la sífilis adquirida en la infancia.^(2,3,4) La sífilis adquirida en niños, sugiere fuertemente un abuso sexual,^(5,6) se transmite principalmente por contacto sexual dentro de los 30 a 90 días posteriores al contacto con una persona infectada y presenta dos estadios: sífilis temprana y sífilis tardía. Las manifestaciones de sífilis secundaria aparecen dentro de los 6 meses de adquirida la enfermedad. Representa el estadio clínico más florido de la infección. Empieza entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro. El *Treponema pallidum* invade todos los órganos y la mayoría de los líquidos orgánicos. Las manifestaciones son muy variadas, y es el exantema maculopapular el más frecuente, que puede afectar cualquier superficie del cuerpo, persistiendo desde unos días hasta ocho semanas. La localización en palmas y plantas sugiere el diagnóstico. En las áreas intertriginosas, las pápulas se agrandan y erosionan produciendo placas infecciosas denominadas condilomas planos que también pueden desarrollarse en las membranas mucosas. La sintomatología constitucional consiste en febrícula, faringitis, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas (la que afecta al ganglio epitroclear sugiere el diagnóstico), malestar general, febrícula, cefalea, mialgias, hepatoesplenomegalia, con

aumento leve de transaminasas e ictericia. También se describen adenopatías generalizadas e indoloras entre el 70 y 85 % de los pacientes.^(1,6,7)

Caso clínico

Paciente femenina de 12 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes patológicos personales de salud, que es llevada por la madre a consulta de dermatología pediátrica, por presentar lesiones en piel de un mes de evolución. Al examen dermatológico se observa lesión verrugosa, húmeda, eritematosa, de superficie lisa, base ancha, 2 cm de diámetro y localización perianal (Fig. 1).



Fig. 1 - Lesión verrugosa, eritematosa, húmeda, de base ancha.

En la boca, a nivel de labios presentaba lesiones blanquecinas, latescentes, con fisuras y erosiones. No presenta síntomas subjetivos (Fig. 2).



Fig. 2 - Lesiones blanquecinas, latescentes, con fisuras y erosiones en labios.

Se le realizan los siguientes estudios complementarios:

- Hemograma completo, VDRL, VIH, antígeno de superficie para hepatitis B, anticuerpos anti hepatitis C.

La VDRL resultó reactiva 1/128, y el resto de los exámenes de laboratorio estuvieron dentro de valores normales.

Se diagnosticó sífilis temprana adquirida sintomática con lesiones en mucosas. Se reportó en la tarjeta EDO se indicó tratamiento de elección y se realizaron acciones de salud según establece el Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS.

La paciente fue valorada en consulta multidisciplinaria con pediatría, psicología, psiquiatría infantil, trabajadora social, ginecología infanto juvenil y medicina legal. Se determinó que la paciente había sido víctima de abuso sexual lascivo.

Comentarios

La sífilis adquirida en niños y adolescentes, a diferencia de la sífilis congénita, sigue el curso clásico de la sífilis del adulto y se asume que en la mayoría de los casos es consecuencia de abuso sexual.^(1,5) Las manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria se manifiestan con síntomas en piel, mucosas, anexos y diversos órganos.^(1,6)

En áreas húmedas intertriginosas, pueden aparecer los condilomas planos, consistentes en placas con aspecto verrugoso, de color blanco grisáceo y eritematoso. Son más frecuentes y sugerentes del estadio secundario cuando se localizan a nivel de los genitales y en la región anogenital,⁽¹⁾ como en el caso que se presenta. No obstante, pueden presentarse en aquellas áreas de la superficie corporal donde la humedad se acumula entre superficies intertriginosas (axilas o espacio interdigitales de los pies) y boca. Son lesiones ricas en treponemas y, por tanto, fuente de transmisión si ocurre contacto genito anal y/o genito oral. Estas lesiones se consideran las más frecuentes del secundarismo sífilítico en la infancia.^(1,5)

Las placas blanquecinas en mucosas llamadas manchas mucosas o placas opalinas, de 1 o 2 cm de tamaño, se erosionan y fisuran con facilidad, y se cubren por una membrana blanca y/o gris, hiperqueratósica. Estas lesiones se localizan a nivel de la mucosa oral o genital,^(1,5,7) como ocurre en el caso que se presenta.

Para el diagnóstico de sífilis adquirida en la infancia, el médico debe tener un alto índice de sospecha y conocimiento de las manifestaciones clínicas de la sífilis adquirida, independientemente de la edad del paciente. Se debe tener presente que la identificación de infecciones de transmisión sexual en los niños más allá del período neonatal, como es el caso de la sífilis, sugiere frecuentemente un abuso sexual.^(1,4,5) Estos pacientes deben ser abordados en forma multidisciplinaria, y además del dermatólogo deben intervenir otras especialidades como pediatría, psicología, psiquiatría infantil, trabajadores sociales, ginecología infanto juvenil y medicina legal, lo que debe ser considerado en el Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS.

Referencias bibliográficas

1. Jevitz Patterson M, Davies HD. Sífilis (*Treponema pallidum*). En: Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson. Tratado de pediatría. 20 ed. España: Elsevier; 2016. p. 1538-46.
2. Orzechowska M, Krajewska-Kułak E, Cybulski M, Mystkowska E, Milewska A. Epidemiological characteristics of patients with syphilis in Gdańsk and Warsaw in 2016. *Przegl Epidemiol.* 2017;72(2):223-34.
3. Zoni AC, González MA, Sjogren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Int J Infect Dis.* 2013;17(2):16-21.

4. Onostre Guerra RD. Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia). Rev. chil. pediatr [Internet]. 2015 [citado 01/09/2016]; 71(4):368-75. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062000000400016&lng=es
5. Tellería RL, Dumondín V, Cirio A, Buján MM, Costa M, Buchovsky A, et al. Sífilis en la infancia: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico. Dermatol Argent [Internet]. 2017 [citado 01/06/2017]; 23(2):66-72. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1649/907>
6. Arenas R. Atlas diagnóstico y tratamiento. 6 ed. México: McGraw Hill Education; 2015.
7. Fernández MR, Muro MF, Abillú ME, Dávila VY, González CL, Sánchez FC. Prevalencia de sífilis temprana. Policlínico Universitario “Héroes del Moncada”. Cárdenas, 2014. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2016 [citado 01/06/2017]; 38(3):334-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242016000300003&lng=es.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.