

Sífilis maligna precoz en paciente inmunocompetente

Early malignant syphilis in an immunocompetent patient

Lázara Alacán Pérez^{1*}

René Gutiérrez Contreras¹

Thuyen Fong Fernández²

María de los Ángeles Álvarez Méndez¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lazara.alacan@infomed.sld.cu

RESUMEN

La sífilis maligna precoz es una rara y severa forma de sífilis. Su nomenclatura proviene de la similitud de su morfología con neoplasias cutáneas malignas. Se caracteriza por pápulas eritematosas y nódulos rupioides ulcerados con centro necrótico y collarite descamativo, con marcado tropismo por topografías del secundarismo sífilítico. Es frecuente en pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, caquéticos, alcohólicos, indigentes y/o VIH-positivos. En el presente artículo presentamos un caso de sífilis maligna precoz en un paciente inmunocompetente, sin afectación inmunológica aparente.

Palabras clave: sífilis maligna precoz; inmunocompetente.

ABSTRACT

Early malignant syphilis is a rare and severe form of syphilis. Its name is due to its morphological similarity with malignant skin neoplasms. It is characterized by erythematous papules and ulcerated rupioid nodules with a necrotic center and a desquamated ring, with marked tropism due to topographies of syphilitic secundarism. It is common among immunocompromised, diabetic, cachectic, alcoholic, indigent and/or

HIV-positive patients. The paper presents a case of early malignant syphilis in an immunocompetent patient without any apparent immunological disorder.

Key words: early malignant syphilis, immunocompetent

Recibido: 25/10/2017

Aceptado: 29/11/2017

Introducción

La sífilis maligna precoz fue descrita inicialmente por *Bazin* en 1859 como una variante nodular de secundarismo sífilítico. Su nombre proviene de la similitud morfológica de las lesiones con neoplasias cutáneas malignas.⁽¹⁾

Se trata de una manifestación infrecuente y agresiva de sífilis que cursa con ulceraciones cutáneas y compromiso grave del estado general del paciente. Se caracteriza morfológicamente por pápulas eritematosas y nódulos ulcerados con centro necrótico y collarete descamativo, algunos con apariencia rupioide. Se observa marcado tropismo por topografías del secundarismo sífilítico, en tronco, genitales y región palmo-plantar.^(1,3)

Las pruebas no treponémicas suelen obtener altas titulaciones. Los pacientes con sífilis maligna precoz suelen provenir de estratos socioeconómicos bajos, usualmente con alguna afectación inmunológica como diabetes, alcoholismo, desnutrición y/o VIH-positivo.^(1,2)

Caso clínico

Paciente masculino de 66 años de edad, residente en La Habana, sin antecedentes patológicos personales, que un mes antes de acudir a la consulta comienza a presentar una úlcera no dolorosa en región del cuello, acompañada de fiebre, astenia, adinamia y malestar general. Por estos motivos es valorado por el médico de su área, quien hace diagnóstico presuntivo de carcinoma espinocelular y lo remite al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). En dicha institución se descarta el diagnóstico oncológico y se remite a nuestro centro en donde se realiza examen dermatológico completo y de laboratorio clínico.

Al examen dermatológico se observa un paciente fototipo cutáneo III, con lesiones redondeadas entre 1 y 2 cm de diámetro, eritemato-papulo escamosas con collarete descamativo, localizadas en palmas y plantas, no acompañadas de ninguna sintomatología (Fig. 1).



Fig. 1– Lesiones eritemato-papulo escamosas en caras laterales y plantas de pies.

En cara lateral izquierda del cuello se aprecia una úlcera de 3 x 2 cm, con costra melicérica y centro necrótico seropurulento, bordes bien definidos y asintomática (Fig. 2).



Fig. 2 – Úlcera de 3 x 2 cm, con centro necrótico seropurulento.

En genitales se aprecian lesiones eritematonodulares, redondeadas, infiltradas, algunas con exulceración central (Fig. 3).

Presenta además adenopatías palpables en región occipital, axilar e inguinal, además de malestar general.



Fig. 3 – Lesiones eritematonodulares, redondeadas, en genitales.

Estudios de laboratorio realizados:

- Hemograma con diferencial dentro de límites normales,
- VIH: Negativo,
- Antígeno de superficie Hepatitis B: Negativo,
- Anticuerpos contra Hepatitis C: Negativo,
- VDRL reactiva con títulos de 128 diluciones.

Ante las manifestaciones clínicas del paciente y el resultado de la VDRL se discute el caso en colectivo y se concluye como una sífilis maligna precoz.

Se inicia tratamiento farmacológico con penicilina benzatínica (bulbos 1 200 000 UI) 2 400 000 UI semanal por 2 semanas. Al mes de concluido el tratamiento la VDRL disminuyó a 64 diluciones.

El paciente se ha mantenido con seguimiento serológico por dos años.

Comentarios

La sífilis maligna (lúes maligna, rupia sifilítica, sífilis pústulo ulcerosa) se presenta con papulopústulas o nódulos diseminados en todo el cuerpo que se vuelven necróticos, se rompen y se convierten en úlceras cubiertas por capas de costras en forma de rupia, que recuerdan la concha de la ostra. La erupción se asocia con toxicidad, fiebre, artralgias y, ocasionalmente, hepatitis.^(1,4,5,6)

Pueden desarrollarse úlceras orales y placas en mucosas. La mayoría de los pacientes están inmunocomprometidos o presentan mal estado de salud. Con frecuencia, los contactos infectados presentan un curso más benigno de la enfermedad, y no hay evidencia de que los treponemas que causan la infección sean más virulentos. La sífilis nódulo ulcerosa con síntomas sistémicos o sin ellos, es más común en personas infectadas con el HIV y que estén inmunocomprometidas.^(5,6,7)

Referencias bibliográficas

1. Pérez M, Navarro JL. Virosis Cutáneas. En: Manzur J, Díaz J, Cortés M, editores. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 161-72.
2. Corti M, Solari R, Carolis L, Figueiras O, Vittar N, Maronna E. Sífilis Maligna en un paciente con infección por VIH: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Infectol. 2012;29:678-81.
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 2013.
4. Requena CB, Orasmo CR, Ocanha JP, Barraviera SR, Marques ME, Marques SA. Malignant syphilis in an immunocompetent female patient. An Bras Dermatol. 2014;98:970-2.
5. Kumar B, Muralidhar S, Das A. Malignant syphilis: an immunological puzzle. Int J STD AIDS. 1998;9:114-6.
6. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
7. James DW, Berger GT, Elston MD. Andrews Diseases of the skin. Clinical Dermatology. 10th ed. New York: Elsevier; 2006.

Conflicto de intereses

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

Contribución de los autores

Lázara Alacán Pérez (seguimiento de la evolución del paciente desde su diagnóstico, organización de la información y revisión final del manuscrito).

René Gutiérrez Contreras (revisión de historias clínicas y redacción del artículo).

Thuyen Fong Fernández y María de los Ángeles Álvarez Méndez (recolección de información bibliográfica para la confección del artículo).