Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):57

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2046 - SÍFILIS SECUNDARIA. ENFOQUE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

E.M. Cano Cabo[a], R. Abad Rodríguez[b], E.M. Prieto Piquero[c], R. Cenjor Martín[d], M. Cordero Cervantes[e], G. García Estrada[f], M. Maceira Failache[g], B.C. di Salvo León[e], L. López Menéndez[h] y M.L. García Estrada[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. [f]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [g]Médico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias. [h]Médico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años que acude a nuestra consulta por lesiones dérmicas de 7 días de evolución, en tronco, miembros superiores y palmas de ambas manos. Sin lesiones en mucosas. Astenia y adinamia generalizada. Hace un mes refiere lesión en mucosa yugal ulcerada, indolora y autolimitada. Homosexual, no pareja estable. Refiere relaciones de riesgo, uso de métodos barrera, no en sexo oral. Sin antecedentes previos de enfermedades de transmisión sexual.

Exploración y pruebas complementarias: Lesiones máculo-papulas eritematosas, no descamativas de distribución simétrica en tronco, miembros superiores afectando a palmas de ambas manos, de medio centímetro aproximadamente, no confluentes. Desaparecen a la vitropresión. Orofaringe sin lesiones. No lesiones en región genital. Adenopatías inguinales bilaterales no dolorosas. Bioquímica, hemograma y coagulación normal. Pruebas treponémicas: RPR: 1/16, anticuerpos totales positivos. Serología para VIH y virus de hepatitis B y C negativas.

Juicio clínico: Sífilis secundaria precoz.

Diagnóstico diferencial: Lesiones cutáneas: exantemas virales, toxicodermias, pitiriasis rosada de Gilbert, pitiriasis liquenoide crónica, psoriasis en gotas, eritema multiforme. Lesiones mucosas: liquen plano, aftas crónicas, enfermedad mano-boca-pie.

Comentario final: Evolución y tratamiento: una dosis penicilinabenzatínica 2,4 millones intramuscular. Estudio contactos sexuales relaciones mantenidas al inicio de la clínica. Nuevo control: tres, seis, doce meses. El diagnóstico de sífilis secundaria puede ser clínico por la gama de manifestaciones clínicas que este periodo presenta, siempre tenemos que tenerlo presente como posibilidad diagnóstica. Desde el ámbito de la AP deberemos sospecharlo e indagar en todo paciente que pueda practicar relaciones sexuales de riesgo, debemos estar atentos, pensar en sífilis ante aquellos exantemas maculopapuloso generalizados asintomáticos acompañados de adenopatías y precedidos de una úlcera genital, perianal o bucal. La herramienta principal de la que disponemos en AP es la realización de una exhaustiva anamnesis, exploración física, así como serologías para llegar al diagnóstico definitivo. En el control de la sífilis, actualmente en aumento, es fundamental

tanto el diagnóstico y tratamiento precoz del paciente como la investigación de los contactos.

Bibliografía

1. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sifilis: la gran simuladora. Infectio. 2008;12:349-56.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines, 2015.

Palabras clave: *Roseola sifilítica. Sífilis secundaria.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.