

Identifique el caso

Alejandro Guerrero-Zulueta*

Femenina de 25 años, casada, obrera de maquila con lesiones de tipo escoriaciones dermoepidérmicas, dolorosas, localizadas en todo el tronco, excepto en regiones mamarias



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2014;21(2):65

La sífilis es una patología infecciosa, nuevamente emergente, debido al incremento

persistente de casos, por lo que se debe retomar su conocimiento en todos los ámbitos de salud, aunque su diagnóstico resulte por demás difícil debido a su polimorfismo.

Esta patología es una infección sistémica y crónica causada por el *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*,¹ con un período de incubación de 10 a 90 días.² Epidemiológicamente tiene una prevalencia de 2.4% en trabajadoras sexuales en Venezuela,³ una incidencia durante el embarazo de 28.66 por 1 000 gestantes en Cuba,⁴ una tasa en México de 1.82 por 100 000 habitantes¹ con probabilidad de infección fetal cercana al 70%, si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria.⁵

La historia de la sífilis como patología está enmarcada en un proceso que se caracteriza por tres etapas, bien delimitadas: primaria, secundaria y terciaria.

En la etapa primaria, luego de un período de incubación promedio de tres semanas, aparece el chancre, lesión clásicamente indolora de fondo sucio, acompañada de adenopatía satélite (de 7 a 10 días después), además debe tomarse en cuenta que estas lesiones no sólo se asientan en el área genital, sino en cualquier región cutánea o mucosa.⁶

La etapa secundaria aparece en un período de 3 a 12 semanas después de haber involucionado el chancre, con malestar general, febrícula y adenopatía generalizada. Dermatológicamente aparecen lesiones maculopapulosas infiltradas color cobrizo en brotes, incluso en palmas y plantas, así como condilomas planos en zonas húmedas,⁷

sífilides en 12% de los casos y persistencia del chancre en 15% de personas HIV negativos.⁸ Es necesario conocer si existe la sífilis maligna considerada una variante infrecuente y ulcerativa⁹ que afecta predominantemente a pacientes inmunodeprimidos.

Finalmente, la etapa terciaria se caracteriza dermatológicamente por la presencia de tubérculos y gomas, con afectación del sistema nervioso central, presente sólo en 30% de los casos no tratados y cuya presencia es muy difícil encontrar en la actualidad.

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con: herpes simple, chancroide, eritema polimorfo, tuberculosis cutánea, escabiosis, candidiasis genital y linfomas. El diagnóstico de certeza se realiza mediante una historia clínica completa, así como serológicamente con la prueba VDRL. El tratamiento indicado es la penicilina benzatínica, con dosis de 2.4 millones por semana, intramuscular, durante cuatro semanas y en pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda doxiciclina de 100 mg. vía oral dos veces al día de dos a cuatro semanas.¹⁰

Referencias

1. Carrada BT. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med UNAM. 2003;46(6):236-42.
2. Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. Dermatol Argent. 2011;17(2):156-9.
3. Camejo MI, Mata G, Díaz M. Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales en Venezuela. Rev Salud Pública. 2003;37(3):339-44.
4. Herrera GV, Rodríguez DL, Febles TL, Gómez CJ. Incidencia de sífilis durante el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(4):352-8.
5. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y en el Caribe: año 2006. J Bras Doencas Sex Transm. 2007;19(3-4):166-72.
6. Domanthy-Apostol G, Handog E, Gabriel M. Syphilis: the international challenge of the great imitator. Dermatol Clin. 2008;26:191-202.
7. Baughn RA, Muscher DM. Secundary syphilitic lesions. Clin Microbiol Rev. 2005;18:205-16.
8. Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and VIH infection: an update. Clin Infect Dis. 2007;41:1222-8.
9. Pérez PL, Cabanillas M, Ginarte M, Sánchez AD, Toribio J. Sífilis en un paciente con infección por el VIH. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:351-4.
10. Vaccarezza AM, Rodríguez EAL, González RO, Gagliarchi L, Formentini E, Botlaro E. Sífilis maligna precoz asociada a VIH. Arch Argent Dermatol. 2013;63:63-5.

*Médico adscrito a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 22, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hospital, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Teziutlán, Puebla, México

Correspondencia:
Alejandro Guerrero-Zulueta
agzulueta@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Guerrero-Zulueta A. Sífilis. Aten Fam. 2014;21(3):98.