



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4509 - MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DE ETS

P. Bahillo Cagigal^a, I. Suárez Cuesta^b, I. Costela Guijosa^c y L. Torres Pallares^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 66 años que acude a consulta por aparición de lesiones cutáneas de una semana de evolución. AP: HTA, dislipemia. Hepatitis B pasada y tratada. En seguimiento por Reumatología por una aortitis y polimialgia reumática. Tratamiento habitual: metoject, enalapril, omeprazol y cortisona. Refiere aparición de lesiones cutáneas no pruriginosas de distribución sistémica de 7 días de evolución por lo que acude. No ha presentado fiebre ni clínica infecciosa a ningún nivel. No refiere viajes recientes al extranjero ni introducción de nuevos fármacos. No relaciona con ningún factor desencadenante. No ha estado en contacto con animales. Trabaja como camarero los fines de semana. Hace un par de meses había consultado por una úlcera anal que desapareció en 2-3 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta lesiones máculo-papulares eritematosas, no confluentes y no pruriginosas, de distribución prácticamente por toda la superficie corporal, de predominio en tronco, extremidades superiores e inferiores con afectación de palmas y plantas. No afectación de mucosas. En región anal presenta una úlcera indurada, no dolorosa a la palpación. Resto de la EF sin hallazgos significativos. Analítica: 12.000 leucocitos, PCR 0,5 mg/dl. Hb 13,2 g/dl. Iones sin alteración. Serología: positiva para Treponema pallidum. Biopsia úlcera: linfadenitis.

Orientación diagnóstica: Reinterrogando al paciente nos confirma ser homosexual y haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. Nuestra orientación diagnóstica deberá ir hacia descartar una ETS.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad reumatólogica/autoinmune. Reacción medicamentosa. Etiología infecciosa: sífilis secundaria.

Comentario final: La incidencia de sífilis en nuestro país está aumentando a medida que aumenta la promiscuidad sexual. Se trata de una ETS más frecuente en varones homosexuales. La primera manifestación es lo que llamamos sífilis primaria cuya única manifestación es el chancre que aparece tras un periodo de incubación de unas 3 semanas. Dicha lesión suele involucionar espontáneamente sin tratamiento. Tras 6-12 semanas aparecen las manifestaciones de la sífilis secundaria. En el 80% de los casos son manifestaciones dermatológicas pero se la conoce como “la gran simuladora”. El tratamiento consiste en administrar penicilina G benzatina 2.400.000M im.

Bibliografía

1. Manifestaciones dermatológicas sífilis secundaria. UpToDate.
2. Manual de Dermatología. Elsevier.

Palabras clave: Sífilis. ETS. Chancro. Sífilis secundaria.