



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Alopecia parcheada de instauración brusca y lesiones cutáneas en plantas de pies



Moth-eaten alopecia of sudden onset and cutaneous lesions on the soles of the feet

Diana Inmaculada Santiago Sánchez-Mateos^{a,*}, Juan Luis Santiago Sánchez-Mateos^b, África Juárez-Martín^a y Mónica García-Arpa^b

^a Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Descripción del caso clínico

Varón de 42 años, sin antecedentes personales de interés conocidos, que consultó por pérdida brusca y rápida de cabello detectada en las semanas previas. A la exploración, presentaba reducción de densidad de cabello, parcheada, afectando a las regiones temporales (fig. 1), sin otras alteraciones en cuero cabelludo. Al examinar cuidadosamente al paciente, descubrimos la presencia de lesiones anulares descamativas agrupadas en arcos plantares de los pies (fig. 2).

Ante la sospecha de sífilis secundaria, fue interrogado sobre la posibilidad de relaciones sexuales de riesgo en las semanas previas al inicio del cuadro, que reconoció pero no especificó. Se solicitaron las serologías correspondientes, con positividad en las pruebas treponémicas y un título de 1:128 en las pruebas reagínicas (RPR). Las

serologías para VHB, VHC y VIH resultaron negativas. Confirmado el diagnóstico, se ofreció colaborador en informar a posibles contactos de su situación. Se instauró tratamiento con una dosis única de penicilina G benzatina, 2,4 millones de unidades, vía intramuscular.

Evolución

Las lesiones plantares se resolvieron a la semana del tratamiento, pero la caída de cabello siguió progresando durante algunas semanas, adoptando un patrón más difuso (fig. 3). Al mes



Figura 1. Alopecia apolillada: pequeñas áreas con densidad de cabello reducida, salpicadas en región temporal.



Figura 2. Lesiones plantares redondeadas, hiperqueratóticas, con la característica descamación periférica conocida como collar de Biette (señalizada con flechas).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianass.m@yahoo.es (D.I. Santiago Sánchez-Mateos).

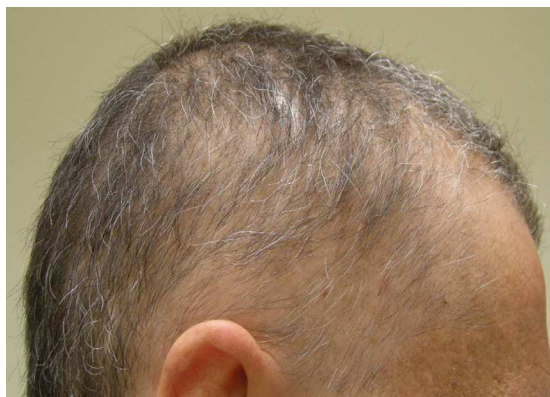


Figura 3. Alopecia difusa «en trasquilones».

del tratamiento, los títulos de RPR habían descendido a 1:32, el paciente seguía asintomático y la alopecia se había estabilizado.

Comentario final

La alopecia sifilítica (AS) es una manifestación infrecuente de la infección por *Treponema pallidum*, apareciendo hasta en el 4% de los pacientes infectados¹. Puede ser incluso la única manifestación de secundarismo luético² y, por tanto, puede confundirse fácilmente con otras entidades de presentación similar, como por ejemplo la alopecia areata o la tricotilomanía³. En función de su forma de presentación clínica, se clasifica en sintomática o esencial⁴. La forma sintomática asocia lesiones cutáneas en el cuero cabelludo, que suelen ser papuloescamosas, y que forman la característica *corona veneris* en la línea de implantación del cabello a nivel frontal, mientras que la forma esencial se caracteriza por pérdida de pelo en ausencia de lesiones cutáneas en el cuero cabelludo⁴. La forma esencial es la más frecuente, se manifiesta típicamente con un patrón apolillado o en trasquilones, compuesto por varias placas irregulares y mal definidas, no totalmente despobladas,

sin alteraciones epidérmicas ni inflamatorias ni tampoco cicatriciales en el cuero cabelludo, distribuidas de forma parcheada predominantemente en las regiones parieto-temporo-occipitales⁵.

El diagnóstico de sospecha se establece ante la presencia de las típicas lesiones de AS, que pueden acompañarse de otras manifestaciones cutáneas o sistémicas propias de la sífilis secundaria, y se confirma con la positividad de las pruebas serológicas.

El tratamiento de elección en esta situación es una dosis intramuscular de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatina⁶. Paradójicamente, como ocurrió en nuestro paciente, puede ocurrir una mayor caída de cabello tras el tratamiento⁷ antibiótico con penicilina. Este fenómeno se podría interpretar como un efluvio telógeno en el contexto de una infección sistémica y de una respuesta inmunológica desencadenada por la lisis masiva de treponemas con el tratamiento antibiótico (reacción de Jarish-Herxheimer). No obstante, la AS es reversible, y generalmente se resuelve completamente a las 8-12 semanas del inicio del tratamiento.

En conclusión, ante una situación de pérdida de pelo de instauración brusca y sin causa aparente, en pacientes sexualmente activos debemos tener presente la AS al plantear nuestro diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Alopecia sifilítica: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:512–7.
2. Expósito V, Iglesias M, Solà J, Dilme E, Umbert P. Alopecia sifilítica esencial: forma única de presentación de un secundarismo luético. *Piel.* 2011;26:305–7.
3. Bi MY, Cohen PR, Robinson FW, Gray JM. Alopecia syphilitica report of a patient with secondary syphilis presenting as moth-eaten alopecia and a review of its common mimickers. *Dermatol Online J.* 2009;15:6.
4. McCarthy L. *Diagnosis and treatment of diseases of the hair.* St. Louis: CV Mosby; 1940. p. 537–48.
5. Cuzzo DW, Benson PM, Sperling LC, Skelton HG. Essential syphilitic alopecia revisited. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:840–3.
6. IUSTI 2008: European Guidelines on the management of the syphilis. *Int J STD AIDS.* 2009;20:300–9.
7. Mindel A, Tovey SJ, Timmins DJ, Williams P. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2: Clinical features. *Genitourin Med.* 1989;65:1–3.