

Paciente con exantema maculoso inespecífico

Patient with nonspecific macular rash

Sr. Director:

Varón de 27 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, homosexual, con pareja estable, que mantenía relaciones sexuales sin métodos de barrera. Acudió por lesiones asintomáticas de 3 semanas de evolución, en tronco y palmas. Se acompañaba de mal estado general, con sensación de astenia y febrícula sin pérdida de peso. No refería úlceras anales, genitales, ni orales. En la exploración física se apreciaba una erupción generalizada, muy sutil, formada por máculas eritematosas ovaladas, de entre 0,3-0,6 cm de diámetro, y superficie no descamativa, que afectaba a tronco y palmas de las manos (fig. 1). Presentaba múltiples adenopatías indoloras en la región cervical y axilar. El resto de la exploración física fue anodina.

Se solicitó estudio analítico con bioquímica, hemograma y coagulación, que no mostró alteraciones significativas. La serología para virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis V y Chlamydia fueron negativas. La serología para sífilis fue positiva, con pruebas no treponémicas (reagínica plasmática rápida-RPR) positivas a título de 1/128, y pruebas treponémicas específicas (hemoaglutinación) también positivas. El paciente fue diagnosticado de sífilis secundaria y tratado con penicilina G



Figura 1 Exantema generalizado formado por máculas eritematosas mal delimitadas no agrupadas en tronco y afectación palmar.

benzatina, 2,4 millones de unidades por vía intramuscular, en dosis única. Presentó una evolución favorable, sin reacciones secundarias y aclaramiento progresivo de las lesiones. En el control analítico efectuado a los 3 meses se observó un descenso de los valores de RPR a 1/4, con persistencia de las pruebas treponémicas específicas y negatividad para el virus de la inmunodeficiencia.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por el microorganismo *Treponema pallidum*. Su frecuencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, en España y otros países europeos¹. Ya que afecta a colectivos con prácticas de riesgo similares, no es rara la asociación de sífilis y coinfección por VIH², detectándose anticuerpos de VIH mediante ELISA, tras un periodo ventana de 3 meses desde la exposición³. La variedad de las lesiones cutáneas que pueden presentarse durante el periodo secundario le ha dado el apelativo de «la gran simuladora»⁴, generando en ocasiones importantes dificultades diagnósticas, acompañándose de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y artralgias. Se produce por una diseminación sistémica, vía hematogena y linfática de las espiroquetas a partir del lugar de inoculación y suele comenzar a las 4-10 semanas tras la aparición de la lesión primaria (chancro sifilítico), que habitualmente coincide con una úlcera genital no dolorosa. En cuanto a las pruebas treponémicas (FTA, TPHA, TPPA, ELISA-TP) se vuelven positivas en torno a la tercera semana de la infección⁵, sin embargo, las reagínicas lo hacen 7-10 días después.

Bibliografía

1. Lucas A, Belinchón I. La sífilis hoy. *Piel*. 2008;23:1-3.
2. González E, Navarro B, Sánchez JC, González P. Sífilis secundaria. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:387.
3. Palacios R, de la Fuente J, Murillas J, Nogueira M, Santos J. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:34-9.
4. Hernández-Bel P, López J, Sánchez JL, Alegre V. Sífilis secundaria nodular. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:520-2.
5. Agust-Mejias A, García-Ruiz R, López-Davia J, Pérez-Ferriols A, Vialta-Corell JJ, Alegre-De Miqueil V. Sífilis secundaria nodular generalizada. *Piel*. 2010;25:387-8.

M.T. López-Villaescusa*, L.J. Pérez-García,
C. Faura-Berruga y M.L. Martínez-Martínez
*Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario
Universitario de Albacete, Albacete, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lopezvillaescusa@hotmail.com
(M.T. López-Villaescusa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.10.009>