

SIFILIS SECUNDARIA

Dra. Mary Carmen Ferreiro



Caso Clínico: Paciente femenina de 38 años de edad con antecedente de Conjuntivitis Crónica de 4 meses de evolución, acude a consulta dermatológica por placas infiltradas en comisuras labiales y erupción generalizada a predominio de tronco de aspecto infiltrado, apenas visible con iluminación tangencial sin afección palmo plantar. Pareja fija por un año, 2 parejas anteriores. Se realizaron pruebas de laboratorio: Serologías VIH, Hepatitis B y C negativas; VDRL 32 dil. Se inició tratamiento con Penicilina Benzatínica 2.4 MU Semanal por 3 semanas, igualmente a la pareja con resolución total del cuadro.



La sífilis, conocida enfermedad producida por el *Treponema pallidum*, ha sido llamada la gran simuladora precisamente por lo variable de las manifestaciones clínicas de esta fase.

La fase secundaria ocurre entre la semana 4 y 12 luego del contacto, pudiendo coincidir con el Chancro sifilítico o lesión primaria en un 30% de los pacientes; corresponde clínicamente a la diseminación de la infección y la invasión a los tejidos con la consecuente respuesta inmunológica que estará determinada por la cantidad de treponemas y la intensidad de la respuesta inmunológica del infectado. Las manifestaciones clínicas pueden ocurrir en cualquier órgano con predilección por la piel y SNC, sin olvidar que ninguno está exento de estar afectado; en esta fase es posible demostrar la presencia de treponemas en la sangre y otros tejidos, como la piel o los ganglios linfáticos.

Una vez que el treponema ha penetrado el epitelio cutáneo y ha ocurrido la diseminación hemática y linfática, se inicia esta fase que se dispara por el arribo del agente a los tejidos y la lucha del sistema inmunológico por evitar su penetración a los mismos, especialmente a expensas de la inmunidad celular donde la célula más importante es el plasmocito, sin embargo los linfocitos y macrófagos cumplen un importante papel.

Diferentes poblaciones linfocitarias han sido encontradas en lesiones de sífilis secundaria como Linfocitos T CD45RO, CD68, CD20 y CD57 con detección de *T. pallidum* en un 46% de las muestras en algunos trabajos, en otros hasta en 71% sustentando que las manifestaciones clínicas de la sífilis secundaria se deben tanto a la presencia directa del *T. pallidum* como a la respuesta inmune que se genera..

Desde el punto de vista clínico siempre es y será un reto diagnóstico, pero existen características que nos permitirán sospechar de un secundarismo sifilítico.

Al examen físico se deben evaluar con mayor cuidado las áreas donde más frecuentemente se localizan los estigmas de lues:

Cuero cabelludo con alopecia en apolillado que puede presentarse en cualquier área pilosa.

Surco naso geniano y comisuras labiales donde tienden a manifestarse con placas infiltradas o de aspecto verrugoso.

Mucosa oral donde buscaremos parches mucosos sobre la lengua o el paladar.

Erupción generalizada que es la manifestación más frecuente, principalmente localizada en tronco, con afección palmo plantar en un 60% de los casos.

Puede presentar cualquier morfología desde la macular o roséola sifilítica, papular, Hiper o Hipopigmentada, vesiculosa, liquenoide, pustulosa, nodular o la lues maligna que tiende a ser de morfología nodular con áreas necróticas. Existen dos características más que debemos considerar como lo son la tendencia a la configuración anular que cuando se acompaña de infiltración es mandatorio considerar la posibilidad de un secundarismo y la descamación que se presenta periféricamente a las lesiones, parece producirse por compromiso vascular tanto por oclusión por “ovillos” de espiroquetas como por el proceso inflamatorio alrededor de los vasos, pudiera ocurrir la formación de anillos de descamación concéntricos que no son más que signos o marcas de diferentes brotes que pueden ocurrir durante el primer año de evolución de la enfermedad. Esta última característica es reportada como “brotes alérgicos” que se resuelven espontáneamente y se relaciona con bacteriemia cuando la espiroqueta es capaz de sobrepasar al sistema inmunológico.

Área genital donde lo característico de esta fase son los condilomas planos que cuando se presentan con hiperqueratosis se pueden confundir con infección por VPH (Virus Papiloma Humano), también deben evaluarse las cadenas ganglionares que tienden a ser generalizadas no dolorosas que en las laterales cervicales pueden formar cadenas a modo de “rosario”.

El espectro de los cambios histopatológicos va desde un infiltrado mínimo hasta infiltrado granulomatoso dérmico, los patrones inflamatorios se correlacionan bien con el tipo de lesión cutánea donde las máculas muestran cambios menores y los nódulos más prominentes. El tipo celular predominante en el infiltrado es mononuclear/linfocitario. Si bien los plasmocitos son las células más orientadoras no siempre se encuentran. El daño vascular es otro hallazgo constante con edema de las células endoteliales, la proliferación endotelial es infrecuente; la epidermis está frecuentemente involucrada en el proceso inflamatorio donde la exocitosis, espongirosis, paraqueratosis y acantosis son hallazgos frecuentes relacionados con la morfología de las lesiones cutáneas, por ejemplo en las lesiones maculares demuestran infiltración dérmica más superficial y menos intensa así como afectación epidérmica menos severa. En las lesiones secundarias tardías el infiltrado puede tener características granulomatosas pero en estos casos la duración del exantema no se correlaciona con el patrón histológico. El infiltrado linfocitario en banda en dermis superior que se extiende alrededor de los vasos sanguíneos del plexo profundo, es un hallazgo frecuente con plasmocitos presentes en 2/3 de los casos en lesiones papulares tempranas, la epidermis está frecuentemente afectada en las lesiones papulares tardías tiende a ser denso, difuso a veces completamente plasmocitario, en las sífilides numulares se aprecia epidermis hiperplásica con neutrófilos y en las corimbiformes no hay afección epidérmica.

Como podemos observar que el espectro clínico de la sífilis secundaria no solo abarca su forma de manifestarse en la piel si no también a los hallazgos histopatológicos, esto se repite en cualquier órgano de la economía, es por eso que esta una enfermedad que debe ser sospechada e incluida en los diagnósticos diferenciales de patologías con afectación cutánea o no. Los

datos epidemiológicos deben ser siempre interrogados para evitar fallas diagnósticas.

Alopecia en apolillado, collaretes de descamación.



Placas infiltradas periorales.



Secundarismo Palmar, collaretes de descamación.



Secundarismo palmo-plantar.



Secundarismo Liquenoide.



Secundarismo nodular, collarete descamativo concéntrico.



Secundarismo nodular, centro necrótico.

