

Sifilide opalina como única manifestación de la sífilis secundaria

Opaline syphilid as the only manifestation of secondary syphilis

Katiuska Tamayo Mariño^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0197-5518>

¹Policlínico Aquiles Espinosa Salgado. Las Tunas, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: katyclaudia0411@gmail.com

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 62 años de edad, quien fue atendido en la consulta de dermatología del Policlínico Aquiles Espinosa Salgado de Las Tunas, por presentar una lesión blanca, de aspecto perlado, de 0,5 cm, en la punta de la lengua. Teniendo en cuenta las características de dicha lesión, se estableció el diagnóstico de sospecha de sífilis secundaria. Se le indicó la prueba serológica para la detección de sífilis, cuyo resultado fue de 128 diluciones, por lo que se confirmó que se trataba de una sifilide opalina, como manifestación de la sífilis en estadio secundario. Se efectuó el control de foco y la fuente de contagio estaba aún sin precisar. Con el tratamiento indicado evolucionó favorablemente, pero se mantuvo el seguimiento clínico y serológico según lo establecido.

Palabras clave: enfermedad de transmisión sexual; sífilis secundaria; sifilide opalina; control de enfermedades transmisibles; atención primaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 62 years patient who was assisted in the Dermatology Service of Aquiles Espinosa Salgado Polyclinic in Las Tunas is described, who presented a 0.5 cm white lesion, of pearly aspect, in the tip of the tongue. Taking into account the

characteristics of this lesion the suspected diagnosis of secondary syphilis was established. The venereal disease research laboratory test was ordered and its result was 128 dilutions, reason why an opaline syphilid was confirmed, as a manifestation of syphilis in secondary stage. The focus control was carried out and the source of infection was still without specifying. With the suitable treatment, he had a favorable clinical course, but clinical and serologic follow up was maintained as established.

Key words: sexually transmitted disease; secondary syphilis; opaline syphilid; control of communicable diseases; primary health care.

Recibido: 20/11/2022

Aprobado: 14/03/2023

Introducción

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica causada por el *Treponema pallidum*, de evolución crónica, con períodos de exacerbación e intervalos de latencia; aunque la trasmisión es mediante contacto sexual desprotegido o materno-fetal, también puede adquirirse de manera accidental.⁽¹⁻³⁾

Su incidencia se ha incrementado en los últimos años, sobre todo entre los hombres que tienen sexo con otros hombres. Es una enfermedad curable, que afecta a personas de cualquier sexo, edad y nivel socioeconómico; pero sin tratamiento, la infección puede progresar hacia complicaciones neurológicas y cardiovasculares.^(2,3)

Una de las primeras manifestaciones clínicas de la sífilis es el chancro, que se caracteriza por ser oval o redondeado, endurecido y ulcerado, concomitante con adenopatías satélites (indoloras, duras, unilaterales o bilaterales), ubicadas principalmente en la región inguinal, que aparecen entre 7 y 10 días después del chancro.^(3,4)

Luego de un período asintomático, que dura de 2 a 6 semanas, aparece la erupción de la sífilis secundaria, que puede ser difusa, pero más pronunciada en las palmas de las

manos y las plantas de los pies, en las cuales las pápulas son rodeadas, con un borde descamativo, conocido como collarete de Biett.⁽³⁾

Entre las pruebas de mayor utilidad en el diagnóstico de la sífilis se encuentran las no treponémicas, que incluyen la prueba serológica para la detección de enfermedades venéreas y la reagina plasmática rápida (VDRL y RPR, por sus respectivas siglas en inglés), que son técnicas manuales, sencillas y permiten semicuantificar (obtener un título); y las treponémicas, que detectan anticuerpos específicos contra el *Treponema pallidum*. Estas últimas dan positivo de por vida, incluso en infecciones tratadas, por lo que no deben emplearse como marcadores de actividad o para valorar el éxito del tratamiento.⁽⁵⁾

Se refiere⁽¹⁾ que, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, hasta agosto de 2016 unos 5,6 millones de personas estaban infectadas con sífilis en todo el mundo. Lo anterior resulta paradójico, pues en la actualidad se conoce que mantener una conducta sexual responsable puede prevenir el contagio; sin embargo, en pleno siglo XXI estas enfermedades, lejos de disminuir, se encuentran en ascenso.

En el 2019 la incidencia de sífilis disminuyó en Cuba (38,1 por cada 100 000 habitantes) respecto al año anterior (41,8 por 100 000); no obstante, en el 2020 el número de casos diagnosticados aumentó ligeramente en el municipio de Las Tunas, según lo registrado en el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de ese territorio. En ese sentido, se ha identificado que la dificultad en el control de las infecciones de transmisión sexual se debe, principalmente, al diagnóstico tardío.^(6,7)

De acuerdo con las consideraciones anteriores, resulta importante que los médicos tengan un alto índice de sospecha para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento, lo que es esencial para evitar la evolución a formas graves de la enfermedad y detener la cadena epidemiológica; razones que motivaron a presentar este caso para compartir experiencias en relación con una manifestación infrecuente de la etapa secundaria y más infectante de la sífilis: la sifilide opalina.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente de 62 años de edad, soltero, con antecedentes de salud, atendido en la consulta de dermatología del Policlínico Aquiles Espinosa Salgado de Las Tunas, previa valoración en estomatología, por presentar, desde hacía un mes, una lesión en la punta de la lengua.

Durante el interrogatorio, el paciente no precisó las características de una lesión genital que había presentado meses atrás y desconocía la fuente de contagio.

Al efectuar el examen físico dermatológico, se observó una vesícula de aproximadamente 0,5 cm de diámetro en la punta de la lengua, de aspecto perlado, que no afectaba el estado general del paciente. No presentaba síntomas concomitantes localizados ni afectación cutánea o lentigo senil (fig.).



Fig. Lesión en la punta de la lengua

Entre los exámenes complementarios efectuados figuraron la prueba del virus de inmunodeficiencia humana y los antígenos de superficie para detectar los virus B y C de la hepatitis, cuyos resultados fueron negativos; mientras que la serología VDRL fue reactiva (1: 128 diluciones).

Teniendo en cuenta las características clínicas y los resultados de laboratorio, se confirmó el diagnóstico de sífilide opalina, como manifestación de la sífilis temprana adquirida sintomática en estadio secundario.

La enfermera especializada en infecciones de transmisión sexual (ITS) del área de salud se mantenía en la búsqueda de los contactos, pues la encuesta epidemiológica no aportó datos suficientes al respecto, de manera que estos fueron referidos como caso inicial.

El tratamiento indicado fue una dosis única de 2,4 millones de penicilina benzatínica por vía intramuscular. Luego de realizado dicho tratamiento, el paciente no evolucionó a formas graves de la enfermedad.

Asimismo, se orientaron exámenes clínicos y serológicos por un año (a los 3, 6 y 12 meses), según lo establecido en el Programa Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS, además de seguimiento por su médico de la familia al ser considerado un paciente con riesgo de adquirir ITS; también se enfatizó en la importancia de evitar la promiscuidad y mantener relaciones sexuales con protección.

Comentarios

La sífilis, ya sea congénita o adquirida, se divide en 2 etapas: temprana o precoz y tardía. En la congénita, la etapa precoz va desde el nacimiento hasta los 2 años de vida y la tardía, desde los 2 años en adelante. Por su parte, la adquirida precoz comprende desde el contagio hasta el primer año y la tardía, desde el primer año en adelante.⁽³⁾

Otros autores la clasifican de forma más detallada en sífilis precoz (primaria, secundaria y latente de menos de un año) y tardía (latente de más de un año y terciaria).^(2,6)

Desde el punto de vista epidemiológico, la sífilis adquirida temprana es la etapa más importante por ser la más contagiosa.⁽³⁾

Las lesiones a causa de la sífilis secundaria reciben el nombre de sífilides (pápulas) y representan reacciones inflamatorias en los tejidos por la acumulación metastásica de treponemas. Estas lesiones fácilmente pueden ser confundidas con otras afecciones; de ahí que se conoce a la sífilis como la “gran simuladora”.⁽¹⁾

Entre los síntomas generales figuran: cefalea, faringitis, disfonía, artralgia, fiebre, hepatoesplenomegalia, alopecia de la cola de ceja y adenopatías.

Igualmente, entre las manifestaciones cutáneas sobresale la roséola sífilítica, caracterizada por exantema morbiliforme, no pruriginoso, sobre todo en la piel del tronco y las extremidades, que desaparece espontáneamente. En las sífilides papulosas las lesiones son pápulas infiltradas y redondeadas que suelen aparecer en el tronco y, ocasionalmente, en palmas y plantas (forma palmo-plantar). Cuando lo hacen en zonas

húmedas, se hipertrofian y dan lugar a los condilomas planos, que se localizan en los pliegues interglúteos, en la región perianal y en la vulva.⁽³⁾

Resulta frecuente encontrar distintas variedades clínicas de sífilides papulosas, a saber: acneiformes, foliculares, varioliformes y psoriasiformes; algunos autores describen que las sífilides liquenoides, nodulares o ulcerativas presentan menor incidencia.^(3,8,9)

Las lesiones en la mucosa se localizan en las regiones bucal, genital, faríngea y laríngea. Pueden ser eritematosas o papulosas. A su vez, estas últimas se dividen en papuloerosivas, opalinas, papulohipertróficas y en pradera segada.^(1,3)

Las sífilides opalinas son placas blanquecinas redondeadas y asintomáticas,^(1,9) localizadas en labios, carrillos, encías, lengua y mucosa anogenital. En estos casos se debe establecer el diagnóstico diferencial con otras afecciones (muguet, leucoplasia, liquen plano y aftas).⁽³⁾

Capote *et al*⁽⁹⁾ refieren, en su publicación, que el motivo de consulta de su paciente fue el ardor en la mucosa bucal; sin embargo, el diagnóstico definitivo fue una sífilis secundaria.

Otros investigadores⁽¹⁰⁾ comentan que en su serie de 5 casos las lesiones se caracterizaban por ser planas, sobreelevadas, con puntos blancos dispersos, propias del condiloma plano sífilítico.

La autora de este artículo considera que el hecho de que la sífilis pueda simular cualquier enfermedad obliga a tener presente este diagnóstico, incluso cuando comience con manifestaciones clínicas poco frecuentes, por lo que resulta importante indagar sobre las relaciones sexuales, el antecedente de ITS y el número de contactos en los últimos meses, entre otros aspectos.

Referencias bibliográficas

1. Bermejo A, Leiro V, Colasanti M, Solís Ramírez M, McGuire M, Olivares L. Sífilis secundaria, 590 dilemas resueltos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2020 [citado 12/03/2021];48(1):21-8. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2020/mc201e.pdf>

2. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019 [citado 12/03/2021];37(6):398-404. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0213005X19300072&r=28>
3. Fabiola Raffaelli R. Sífilis. En: Beatriz Ingratta SM. *Dermatología: pautas básicas para su aprendizaje*. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata; 2017. p. 34. [citado 13/05/2021]. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/728/722/2434-1>
4. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. Syphilis, Yaws, Bejel, and Pinta. En: James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. *Andrews' Diseases of the Skin. Clinical Dermatology*. 13 ed. Amsterdam: Elsevier; 2019.
5. Fitzpatrick JE, High WA. Ampollas y vesículas. En: Fitzpatrick JE, High WA. *Urgencias dermatológicas. Diagnóstico sintomático*. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 194.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Anuario Estadístico de Salud 2021*. La Habana: MINSAP; 2022 [citado 17/03/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
7. Rodríguez Granger J, Espadafor López B, Cobo F, Blasco Morente G, Sampedro Martínez A, Tercedor Sánchez J, et al. Actualización en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual. *Actas Dermosifiliogr*. 2020 [citado 12/03/2021];111(9):711-24. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0001731020302350>
8. Jiménez Gómez N, Hermosa Gelbard A, Carrillo Gijón R, Jaén P. Sífilis secundaria simulando liquen plano en el paciente con infección por VIH. *Cartas Científico-Clínicas*. 2016 [citado 12/03/2021];107(7):612-4. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S000173101630014X>
9. Capote Marimón C, Aguilar Padrón IV, Redondo Rodríguez CM. Sífilis secundaria. Presentación de un caso con lesiones en piel y mucosas. 16 de Abril. 2017 [citado 12/03/2021];56(265):119-22. Disponible en: https://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/download/501/241

10 Magdaleno Tapial J, Hernández Bel P, Valenzuela Oñate C, Alegre de Miquel V. Puntos blanquecinos como clave diagnóstica de condilomas planos: reporte de 5 casos. Cartas Científico-Clinicas. 2020 [citado 12/03/2021];111(10):892-5. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0001731020301873>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).