



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 242/915 - LESIONES DERMATOLÓGICA EN LA SÍFILIS SECUNDARIA

M. Ibáñez López<sup>a</sup>, A. Durán Aaron<sup>a</sup>, M. Cano Torrente<sup>b</sup>, R. Román Martínez<sup>c</sup>, M. de la Torre Olivares<sup>d</sup> y A. Egea Huertas<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV. Lorca. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 34 años, sin antecedentes médicos de interés que consulta por lesiones en mucosa lingual y en pene de reciente aparición sin otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC 66, SatO<sub>2</sub> 99%, PAS 111/75, T<sup>a</sup> 36,2 °C. ACP: rítmico sin soplos audibles. MVC. Abd: blando y depresible, no masas ni megalias, no puntos dolorosos. Miembros inferiores: no edemas no signos de TVP. Mucosa oral: lesiones ulceradas, rodeadas por halo blanquecino localizadas en lengua y paladar blando. Genitales: lesión ulcerada de 2 × 2 cm en cara dorsal del pene. Se realizó analítica de sangre y serología de sífilis (pruebas treponémicas y no treponémicas) que fueron positivas.

**Juicio clínico:** Sífilis secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Sarampión, rubeola, rickettsiosis, lupus, virus Epstein Barr, herpes tipo 6, VIH.

**Comentario final:** La sífilis es una infección sistémica y crónica, causada por el *Treponema pallidum*, que generalmente se transmite por contacto sexual y clínicamente se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia. Tras un periodo de incubación (3 semanas) aparece la lesión primaria o "chancro" que se acompaña de una linfadenopatía regional. La segunda fase cursa con lesiones mucocutáneas y adenitis linfática generalizada y se continúa con un periodo de latencia subclínica que dura años. El diagnóstico de la sífilis secundaria se funda en la entrevista, exploración dermatológica y las pruebas serológicas positivas. La respuesta al tratamiento se determina mediante el control cuantitativo del VDRL a los 1, 3, 6 y 12 meses del tratamiento. Las lesiones cutáneas de la lúes secundaria son múltiples y polimorfas, pudiendo haber una combinación de máculas, pápulas, lesiones foliculares minúsculas, pústulas y/o nódulos con aumento de volumen de los ganglios linfáticos y síntomas constitucionales. No es aconsejable diagnosticarla con sólo serología positiva. Con respecto al tratamiento, dosis única de bencilpenicilina benzatina 2,4 millones U vía IM.

### Bibliografía

1. Costa AL, Romero IB. Piel. 2008.
2. Soroa RM, Puente RZ, Soler OC, Cobo RT. Manejo de la sífilis en atención primaria. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2017;24(1):5-11.
3. Bravo TC. Sífilis: diagnóstico y tratamiento. 2003.

**Palabras clave:** Sífilis. Piel.