



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2770 - LA GRAN SIMULADORA

A.B. Izquierdo Gomar^a, C. Gil Sánchez^a, E.A. López Gómez^a, L. Sánchez Medina^b y M. Román Martín^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Velada. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 30 años, alérgica a aspirina, fumadora, dos hijos sanos (último hace 5 años) y pareja estable. Antecedentes, condilomas genitales erradicados con queratolíticos, citología con reacción inflamatoria entorpeciendo adecuada valoración. Presenta desde hace un mes cuadros intermitentes de aftas orales y persistentes lesiones descamativas palmo-plantares; pico febril con síntomas catarrales. Inicia tratamiento tópico por posible dermatitis de contacto sin respuesta al mes, se deriva a dermatología, previa valoración analítica, incluida última gestación, normales. Acude posteriormente a consulta, para estudio de pareja, que presentó mismo diagnóstico, sin aparente sintomatología previa, salvo posible sinovitis vellosa.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica sin focalidad, hemodinamia estable, afebril, no adenopatías, lesiones descamativas en palmas y plantas, no lesiones en mucosas actualmente (intermitentes). No Petequias o equimosis. Resto sin hallazgos. La segunda consulta dermatológica, identifica lesiones palmo-plantares en placas anulares con rodete descamativo o clavo sifilítico. Analíticas previas, ferropenia en tratamiento. Analítica con serología e inmunología (dermatología), test reagínico plasmático rápido (RPR) 1/2 y hemaglutinación de T. pallidum (TPHA) positivo, VHI, VHB, VHC e inmunología sin positividad. Nueva citología pendiente y exudado vaginal normal.

Juicio clínico: Sífilis secundaria.

Diagnóstico diferencial: eritema fijo por fármacos, síndrome Reiter, enfermedad Behçet, pénfigo, VHS o VIH.

Comentario final: La paciente descrita respondió con dosis única de penicilina-G benzatina 2,4 MU intramuscular. La pareja, en evaluación de estadio por especialista dada la ausencia de respuesta a tratamiento semanal con la misma dosis durante tres semanas. Esta enfermedad, de declaración obligatoria, se transmite por contacto sexual en estadios I, II y latencia, vía transplacentaria y hematogena raramente; recomiendan testar de sífilis a gestantes, donantes, VIH, VHC y VHB positivos, prostitución, sospecha de neuroúlús, y demencias tratables. Estudios citan mayor incidencia de sífilis infecciosa en Europa y EEUU en los últimos años, siendo relevante su diagnóstico desde atención primaria. La triada diagnóstica engloba el espectro clínico, epidemiológico y laboratorio (pruebas no treponémicas o de seguimiento y treponémicas o específicas). El cuadro clínico abarca sífilis primaria tras unos 21 días de incubación y chancro como

lesión característica; sífilis secundaria tras unas 10 semanas de primaria con lesiones cutáneas diseminadas y síntomas generales; sífilis latente precoz inferior al año, o tardía superior al año o data incierta; y la sífilis terciaria genera lesiones granulomatosas o gomas y destrucción tisular. La neurosífilis puede aparecer en cualquier estadio. La penicilina-G benzatima con pautas diferentes en relación al estadio, es el tratamiento de elección. Salvo sífilis latente tardía o cronología incierta, VIH positivo RPR mayor 1:32 y CD4 menor 350, sospecha neurolues o no regresión de títulos serológicos al año, la atención primaria permite enfrentar tal enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saavedra Ruiz A. Infecciones de transmisión sexual. AMF 2010;6(10):575-87.
2. Ferrandiz C. Dermatología clínica. Mosby 1996;8:77-82.
3. Documento de consenso. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(4):286-9.