



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

¿Úlceras por pintura?

Paint ulcers?

Elisa Hernández de la Torre-Ruiz*, Paloma García-Piqueras, Clara Lacasta-Plasín e Inmaculada Balaguer-Franch

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España



Descripción clínica

Varón de 55 años, con antecedentes relevantes de alergia a penicilinas, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica, que acude a urgencias por lesiones en el pene no dolorosas de 48 horas de evolución, que no habían mejorado a pesar de la aplicación de mupirocina. Por lo demás, el paciente se encontraba asintomático.

A la exploración física se observaban en pene ocho úlceras superficiales con fondo de fibrina y bordes sobreelevados, de consistencia indurada al tacto (figs. 1-3). Además, se palpaban adenopatías inguinales bilaterales. El paciente asociaba las lesiones al uso de productos químicos en su trabajo, sobre todo pintura, ya que no realizaba una correcta higiene de manos al orinar. Refería relación heterosexual estable desde hacía más de 20 años, negando relaciones sexuales fuera de la misma. Sí afirmaba relaciones sin protección con la pareja habitual, que *a priori* no presentaba lesiones similares. Negaba historia previa de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como introducción de nuevos fármacos o clínica infecciosa reciente. El resto de la exploración física fue anodina.

Se solicitó estudio completo de úlcera genital aguda y cribado oportunista de infecciones de transmisión sexual, que incluía serologías —virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis—, PCR *multiplex* de lesión (*Haemophilus ducreyi*, *Mycoplasma genitalium*, *Herpes simplex 1*, *Herpes simplex 2*, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ser. A-K, *Chlamydia trachomatis* ser. L1-L3) y estudio PCR de orina de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. No disponíamos de estudios similares previos en el paciente.

Avances

El paciente presentaba positividad en pruebas treponémicas (CLIA) y no treponémicas (RPR), con título RPR de 1/1. Además, la PCR de la muestra obtenida de la lesión fue positiva para *Treponema*

pallidum. El resto de las serologías y de los estudios microbiológicos realizados fueron negativos. El paciente fue diagnosticado de sífilis primaria con múltiples chancros. Por el antecedente de alergia a la penicilina, se pautó doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días. Las lesiones cutáneas se resolvieron en unos 7 días. En el control serológico a los 3 meses se observó negativización de RPR, persistiendo el resto de serologías negativas. El paciente negó en la evolución de nuevas relaciones sexuales con parejas esporádicas; su pareja habitual no se llegó a hacer estudio de ITS a pesar de nuestra recomendación.

Comentario final

La sífilis es una ITS producida por *T. pallidum* subsp. *pallidum*. Tras un periodo de incubación de entre 10 y 90 días (media: 21 días), en el lugar de inoculación de *T. pallidum* —mayoritariamente la región genital y anal— aparece un chancro. El chancro habitualmente consiste en una úlcera única, indolora, con base firme y márgenes indurados. Se suele acompañar de adenopatías locorreccionales. Esta presentación clínica clásica de la sífilis primaria puede tener variaciones menos frecuentes, como la presencia de chancros múltiples^{1,2}. Existe variabilidad respecto a la frecuencia con la que se presentan los chancros múltiples en las distintas series, llegando a ser incluso del 47%. También existe controversia sobre si este hecho es más frecuente en pacientes VIH positivos³.

La principal prueba complementaria para confirmar el diagnóstico de sífilis es la serología. Uno de sus inconvenientes es que puede ser negativa en las fases iniciales de la infección. Tras la aparición del chancro, las pruebas treponémicas tardan en positivizar 5-15 días y las no treponémicas, 10-15 días. En estos casos, podemos optar por repetir dicha prueba pasado el periodo ventana o bien realizar técnicas de identificación directa de *T. pallidum* en el chancro sífilítico⁴. Clásicamente, la técnica usada con este propósito era la microscopía de campo oscuro. Hoy en día quedan pocos centros sanitarios en los que se siga realizando⁴. En los años noventa comenzó el desarrollo de las técnicas PCR para la detección de *T. pallidum*, cuya sensibilidad es de 84,6-89,1% y su especificidad de 93,1-100%. Como inconvenientes, su mayor coste y la falta de inmediatez, aunque el resultado suele tardar pocos días. Las técnicas en forma *multiplex*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asile93@msn.com (E. Hernández de la Torre-Ruiz).



Figuras 1-3. Chancros sifilíticos múltiples. Ocho úlceras superficiales con fondo de fibrina y bordes sobreelevados.

tienen la ventaja añadida de que proporcionan el diagnóstico etiológico de los principales agentes responsables de las úlceras genitales de una sola vez⁵.

Es importante un mantener una presunción diagnóstica en úlceras genitales que impresionen de ITS, aunque no concuerde con la anamnesis. La induración de las lesiones nos tiene que orientar a chancro sifilítico.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ivars Lleó M, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:275–83.
2. Katz AR, Johnson DW, Komeya AY, Tomas JE, Namiki TS, Kobayashi K. Dermatologically challenging syphilis presentation. *Int J STD AIDS.* 2019;30:707–9.
3. Eccleston K, Collins L, Higgins SP. Primary syphilis. *Int J STD AIDS.* 2008;19:145–51.
4. Lejarraga-Cañas C, Ayerdi-Aguirrebengoa O, Menéndez-Prieto B, Tello-Romero E, Rodríguez-Martín C, del Romero-Guerrero J. ¿Sigue siendo útil la microscopia de campo oscuro en el diagnóstico de la sífilis primaria en el siglo XXI? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2022;40:32–4.
5. Guerra LO, Valdés FV. Diagnóstico molecular de la sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;38:7–11.