

Chancros múltiples sifilíticos

Multiple syphilitic chancres

Viviana Leiro,* Alicia Bermejo,* Liliana Olivares**

RESUMEN

La sífilis primaria se inicia cuando el *Treponema pallidum* penetra, y provoca en un chancro único en el sitio de inoculación. El chancro sifilítico típico es generalmente indurado, indoloro y no purulento, asociado a linfadenopatía regional moderada. Presentamos el caso de un paciente con múltiples chancros sifilíticos no indurados, dolorosos y purulentos. Los chancros múltiples son observados con más frecuencia en pacientes infectados por VIH (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):78-80).

Palabras clave:

sífilis, chancros múltiples.

ABSTRACT

Primary syphilis is initiated when *Treponema pallidum* penetrates into the tissues, resulting in a single chancre at the site of inoculation. Syphilitic chancre is usually indurated, painless, and typically not purulent. Moderate regional lymphadenopathy is associated. We report the case of a male patient with multiple syphilitic chancres not indurated, painfull and purulent. HIV infected individuals are reported to be more likely to have multiple chancres (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):78-80).

Key words:

syphilis, multiple chancres.

Fecha de recepción: 16/10/2010 | Fecha de aprobación: 29/10/2010

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 43 años.

Antecedentes personales: alcoholismo crónico, hábito heterosexual y relaciones sexuales ocasionales sin protección.

No refirió antecedentes de enfermedad actual.

Al examen físico presentaba múltiples úlceras dolorosas, sin infiltración, con fondo purulento de un mes de evolución, localizadas en glande y surco balano prepucial.

Se palpaba adenopatía inguinal derecha, mediana (foto 1).

* Médica de planta, sector ITS

** Jefe de Unidad

Unidad de Dermatología Hospital F. J. Muñiz

Correspondencia: Viviana Leiro: vivianaleiro@gmail.com, Capello 357, Banfield, CP 1828

Estudios complementarios:

Campo oscuro: positivo, lesión muy contaminada

Citodiagnóstico de Tzanck: abundantes polimorfos nucleares

VDRL cuantitativa: 4 dils

TPHA: reactiva

Serología VIH: reactiva

Serología para hepatitis B y C: no reactivas

Diagnóstico: sífilis primaria a chancros múltiples, impetiginizados en paciente con VIH.

Tratamiento: penicilina G benzatínica de 2.400.000 U vía IM, semanal, total 3 dosis, Clindamicina 600mg cada 6 hs durante 10 días y baños antisépticos locales.

Buena evolución clínica. Las lesiones dejaron cicatriz (foto 2).

Una semana más tarde el paciente presentó pequeñas erosiones agrupadas en ramillete ubicadas en la cicatriz de uno de los chancros. Las lesiones provocaban intenso ardor.

El citodiagnóstico de Tzanck informó sincitios virales y el campo oscuro resultó negativo. Se realizó diagnóstico de herpes genital y se indicó aciclovir 400 mg cada 6 hs durante 7 días, con buena respuesta clínica.

Concurrió a control 10 días más tarde, presentando verrugas genitales, papiloma virus humano (HPV), en el lugar de la lesión herpética previa.

Se le realizaron topiaciones con ácido tricloroacético al 50% y podofilino al 50% con buena evolución.

Comentarios

La sífilis primaria se caracteriza por el chancro de inoculación y sus adenopatías satélites.

El chancro sifilítico típico suele ser una erosión única, indurada, indolora de fondo rojizo, limpio y húmedo con escasa secreción serosa rica en treponemas.

La localización genital del chancro en el hombre son las áreas de mayor fricción en el coito (surco balanoprepucial y cara interna de prepucio, donde la induración hace que al rebatirlo lo haga en forma brusca: signo del cajón o del postigo). También puede comprometerse la zona del frenillo.¹

La localización en glande y piel de prepucio le sigue en frecuencia. El chancro en el glande suele carecer de induración.²

Como complicación local puede haber fimosis y en ciertos casos acompañarse de edema de prepucio (pene en badajo de campana). Dejado a su evolución sin tratamiento y sin mediar complicaciones, el chancro desaparece entre tres a ocho semanas sin dejar cicatriz.³

El chancro sifilítico puede ser múltiple, depende de la cantidad del inóculo o por autoinoculación antes del décimo día. En el paciente los chancros múltiples se localizaban en glande y cara interna de prepucio.

Cuando el chancro se sobreinfecta puede ser: ulceroso, doloroso, supurado, no infiltrado y dejar cicatriz.⁴

Los chancros múltiples son más frecuentes en los pacien-



Foto1: Chancros múltiples sifilíticos.

tes VIH positivos (el 70% versus el 30% en pacientes VIH negativos).⁵

En nuestro caso, el diagnóstico de VIH se realizó a partir del diagnóstico de sífilis.

El alcoholismo crónico fue otra causa de inmunodepresión presente.⁶

La sobreinfección condicionó que las lesiones se ulceraran, fueran dolorosas, que no presentaran induración y dejaran cicatriz al curar.

Conclusiones

Si bien el chancro sifilítico típico es único, indurado e indoloro, se debe tener presente que en caso de sobreinfección puede presentar otras características clínicas.⁷

Los chancros múltiples ocurren con menor frecuencia, pero cuando se asocian a inmunodepresión como infección por VIH, esta posibilidad se ve aumentada.

Es interesante destacar que en este caso se observaron cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS): sífilis primaria, herpes genital, papilomavirus humano e infección por VIH, hallazgo que ratifica el concepto de sinergia epidemiológica.



Foto 2: Control postratamiento.

La relación entre sífilis y VIH obliga a sospechar y buscar su coexistencia en todos los casos en que una de ellas sea diagnosticada.⁸

Bibliografía

1. Marini M. y Oxilia M. Sífilis en *Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del sida*, Ed. Marymar, Buenos Aires, 1999, 15-50.
2. Lafond R.E., Lukehart S.A. Biological basis for syphilis, *Clin. Microbiol. Rev.*, 2006, 19:29-49.
3. Dourmishev L.A., Dourmishev A.L. Syphilis uncommon presentation in adults, *Clinics in Dermatology*, 2005, 23:555-564.
4. Zetola N.M., Klausner J.D. Syphilis and HIV Infection: an Update, *Clin. Infect. Dis.*, 2007, 44:1222-1228.
5. Eccleston K., Collins L., Higgins S.P. Primary Syphilis, *Int. J. STD AIDs*, 2008, 19:145-151.
6. Gunn R.A., Peterman T.A., Workowski K.A. Genital lesions of primary syphilis, *JAMA*, 2004, 291:1-84.
7. Viglioglia P, Sífilis Precoz. Período primario. Viglioglia P, Woscoff A. *Enfermedades de transmisión sexual y SIDA*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1997, 23-26.
8. Bermejo A. y Leiro V. Sífilis 500 años después: sífilis temprana en la era del SIDA, *Dermatol. Argent.*, 2000, 5:363-368.

★ PERLAS DERMATOLÓGICAS

Rosácea. Metronidazol vs. pimecrolimus.

Koca R. *et al. Clin. Exp. Dermatol.*, 2009, 35:251

Comparación de la eficacia y seguridad del pimecrolimus 1% en crema con metronidazol 1%, en 49 pacientes con rosácea papulopustulosa. Al cabo de 12 semanas la mejoría clínica fue evidente. Ambos tratamientos fueron igualmente efectivos en reducir el número de lesiones inflamatorias y el eritema.

Tratamiento del lupus eritematoso cutáneo.

Kuhn A., Ochsendorf F., Bonsmann G. *Lupus* 2010; 19: 1125-1136.

En pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC) y compromiso leve de la piel, la terapéutica local consistente como esteroides tópicos o intralesionales, inhibidores de la calcineurina tópico pueden ser suficiente. Una atención especial merece la protección solar consistente de una vestimenta fotorresistente y aplicación de sustancias protectoras de la luz con un potencial alto de filtros químicos o físicos UVA y UVB.

Otras terapéuticas tales como agentes antimaláricos, metotrexato, retinoides, dapsona, micofenolato mofetil y talidomida en casos seleccionados pueden ser de ayuda para pacientes con enfermedad rebelde; sin embargo, los efectos secundarios necesitan ser tomados en consideración.

El virus de inmunodeficiencia humana aumenta el riesgo de la tuberculosis debido a una reinfección reciente en individuos con infección latente.

Houben R.M., Glynn J.R., Mallard K., Sichali L. *et al. Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 2010, 14: 909-915.

La infección por VIH parece aumentar el riesgo de TB siguiente a la re-infección en pacientes con una infección latente de *M. tuberculosis*. Los resultados se agregan a la evidencia de la progresión que la TB asociada con VIH fundamentalmente si sigue a una infección con *M. tuberculosis* reciente.



1

Alberto Woscoff



2

L.J.



3

L.J.