

Lesión ulcerada en tronco

Ulcerated lesion on the trunk

Julio Magliano,¹ Caroline Agorio,² Daniel Fernández³ y Miguel Martínez⁴

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad que consultó en nuestro servicio por una lesión supramamaria izquierda indolora (foto 1). Presentaba antecedentes de violencia doméstica por parte de su pareja. La lesión tenía un mes de evolución y había sido interpretada semanas atrás por un médico generalista como una lesión de etiología bacteriana. Se le indicó en esa oportunidad trimetropín-sulfametoxazol vía oral y mupirocina tópica, sin respuesta favorable. En el examen presentaba una lesión redondeada bien delimitada de 2 cm de diámetro, con borde sobreelevado, ulcerada, de color rojizo, con fondo mamelonado y secreción traslúcida. A la palpación presentaba consistencia indurada y era indolora. No se palpaban adenomegalias regionales. Exámenes complementarios: se solicitó exudado de la lesión, VDRL, TPHA y biopsia. El exudado no desarrolló bacterias, VDRL reactivo 8 unidades y TPHA positivo.

En la histopatología se observó cuerpo mucoso con queratinocitos claros, sin atipia citológica (foto 2), y en toda la extensión de la dermis, un denso infiltrado linfoplasmocitario, vasos con endotelio prominente, áreas de hemorragia y sectores fibrosos (foto 3). (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(4): 296-298).

Fecha de recepción: 08/03/2013 | **Fecha de aprobación:** 22/04/2013



Foto 1. Lesión ulcerada en región supramamaria izquierda de 2 cm de diámetro, de límite redondeado con bordes sobreelevados rosados y el fondo eritematoso con exudación traslúcida.

¹ Dermatólogo, asistente de la cátedra

² Dermatóloga, profesora adjunta de la cátedra

³ Médico de posgrado

⁴ Dermatólogo, profesor titular de la cátedra

Cátedra de Dermatología Médico-Quirúrgica, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, República Oriental del Uruguay.

Correspondencia: Julio Magliano. juliomagliano@gmail.com

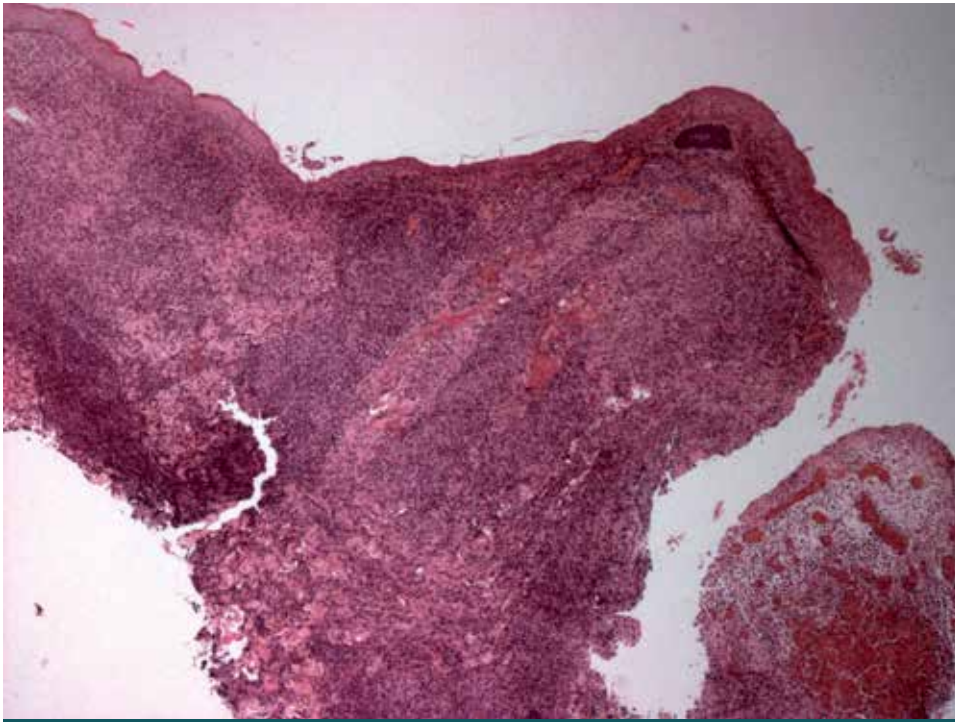


Foto 2. Lesión ulcerada cubierta de una escasa capa de fibrina, con un denso infiltrado inflamatorio en el espesor de la dermis. (HyE, 40x)

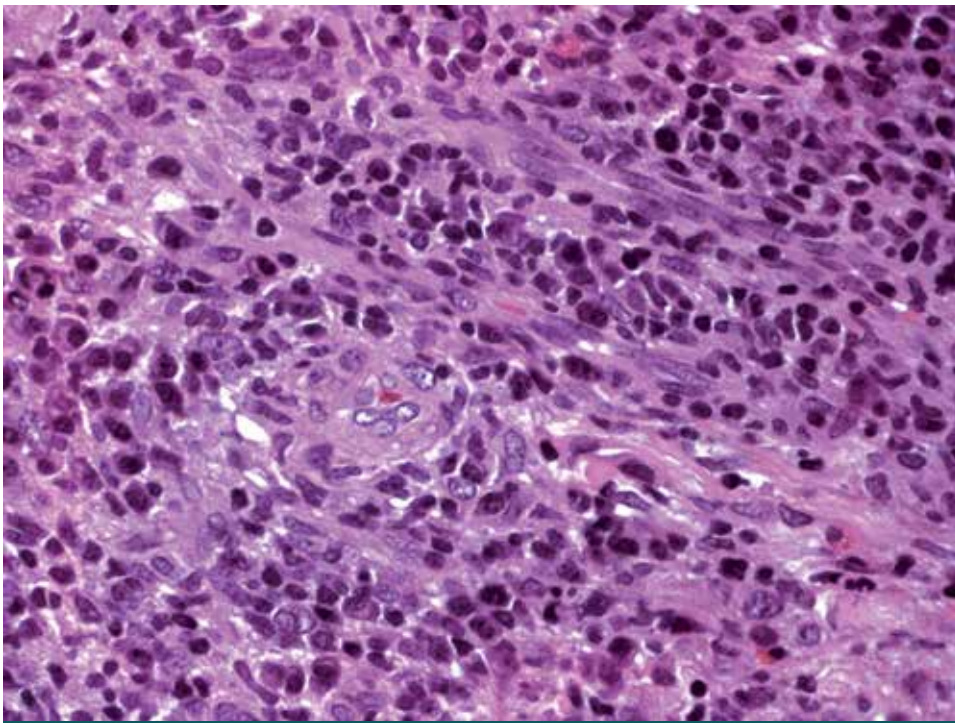


Foto 3. Infiltrado linfoplasmocitario, con vasos con endotelio prominente. (HyE, 200x)

Diagnóstico

Chancro sífilítico extragenital.

Comentarios

La sífilis es una enfermedad de curso variable que presenta distintas manifestaciones, por lo que sir William Osler la denominó “la gran simuladora de enfermedades cutáneas”.¹ Es una infección común a nivel mundial con una incidencia de 10-12 millones de casos por año.² Dicha incidencia varía de forma significativa con la ubicación geográfica.³

La enfermedad se ha dividido arbitrariamente en varias etapas: la primera, denominada sífilis primaria, se caracteriza por la presencia de un chancro, que aparece entre los 10 y 90 días después de la infección.⁴ Éste representa una primera reacción defensiva del organismo contra la infección, que desde el inicio es una enfermedad sistémica.⁵ La lesión típica inicialmente es una pequeña excoriación, de superficie limpia con un exudado transparente, luego evoluciona a una úlcera redondeada u oval de color rojo muscular. La lesión es indurada en la base y puede medir desde algunos milímetros hasta 2 o 3 cm, e incluso puede ser de mayor tamaño (chancros gigantes).⁶ El chancro se acompaña de adenopatías regionales en el 80% de los casos.⁶ En general la lesión es única y la ubicación está determinada por el sitio de la inoculación del *Treponema pallidum*. En el tronco el chancro constituye una verdadera rareza, su contagio casi siempre es por vía sexual, de gran tamaño, ulcerocostroso, y según su ubicación puede presentar adenopatía satélite, aunque en ocasiones no se encuentran, como ocurrió en el caso que se presenta.⁵ Se requiere un número mínimo de espiroquetas para generar la enfermedad; la dosis infecciosa es de aproximadamente 50 microorganismos. El *Treponema pallidum* puede atravesar la piel intacta, pero la abrasión de piel y mucosas facilita su entrada en el huésped.⁷ Sin tratamiento persiste por un período que puede variar considerablemente, pero es raro que exceda los tres meses, y la regla es su resolución espontánea entre las tres y ocho semanas.⁴ Comúnmente se localiza en el área genital (93%),⁵ pero la incidencia de chancros extragenitales es del 5 al 14%,^{8,9} aunque se ha comunicado hasta un 24%.¹⁰ Esto probablemente se deba a la práctica de sexo oral sin protección o al contacto con lesiones genitales o extragenitales durante los juegos sexuales preliminares.^{1,8} Las áreas extragenitales más afectadas son los labios, la mucosa oral y el ano. Otros sitios menos comunes incluyen la cara, las orejas, el cuello, los brazos y el tronco. Según Wray, el 3,7% de los chancros extragenitales se localiza en el tórax.¹⁰

Los diagnósticos diferenciales a considerar en este tipo de lesiones son patologías infecciosas como la enfermedad por arañazo de gato, esporotricosis, micobacteriosis y linfangitis estafilocócica, así como también enfermedades granulomatosas y neoplasias con metástasis ganglionares.⁸ En el caso presentado, los planteos diagnósticos fueron infección estafilocócica, lesión facticia, enfermedad tumoral o sífilis primaria.

Los chancros extragenitales sólo se pueden diagnosticar cuando el médico mantiene un alto índice de sospecha de sífilis. El diagnóstico se confirma por demostración de espiroquetas características en el examen con microscopio de campo oscuro del exudado en el 100% de los casos no tratados.⁶ La ausencia de *Treponema pallidum* en la lesión al estudio del campo oscuro no invalida el diagnóstico de la primoinfección, ya que puede ser consecuencia de la aplicación de medicamentos tópicos y los lavados enérgicos con antisépticos.⁵

El diagnóstico también puede ser establecido por las respuestas serológicas como una prueba reagínica, por lo que se puede utilizar el VDRL o el RPR y una prueba treponémica como el FTA-ABS (prueba fluorescente de absorción de anticuerpos treponémicos), o TPHA cuando las primeras son positivas.³ El estudio histopatológico puede orientar el diagnóstico, observándose en la dermis papilar un denso infiltrado perivascular e intersticial de linfocitos, histiocitos y abundantes células plasmáticas.⁶ También es posible observar una endarteritis obliterante caracterizada por la inflamación endotelial y el edema de la pared de los vasos. El tratamiento del chancro extragenital es similar al chancro genital, y la penicilina benzatínica es la droga de elección, en una dosis de 2.400.000 UI por vía intramuscular semanal en un total de 3 dosis. La paciente luego de recibir el tratamiento presentó una evolución favorable con remisión completa de la lesión.

Todos los pacientes requieren seguimiento clínico-serológico a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. Cuando un paciente es diagnosticado de sífilis, es esencial realizar serologías de otras enfermedades de transmisión sexual, como HIV y serología para hepatitis B y C, y también la valoración y tratamiento de los contactos.

Agradecimientos

A los Dres. María Mazzei, Ana Durán y José Bruno, por sus aportes y las imágenes histopatológicas proporcionadas.

Bibliografía

1. Scott C.M., Flint S.R. Oral syphilis – re-emergence of an old disease with oral manifestations, *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 2005, 34: 58-63.
2. Sukthandar A. Syphilis, *Medicine*, 2010, 38: 263-266.
3. Lucas A., Belinchón I. La sífilis hoy, *Piel*, 2008, 23: 1-3.
4. Ramoni S., Cusini M., Gaiani F., Crosti C. Syphilitic chancres of the mouth: three cases, *Acta Derm. Venereol.*, 2009, 89: 648-649.
5. Hazoury B., Quintanilla L., Vólquez C., Lora M. Chancro sífilítico extragenital: informe de un caso, *Rev. Domin. Dermatol.*, 1998, 2: 230-235.
6. Ficarra G., Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications, *Head Neck Pathol.*, 2009, 3: 195-206.
7. Oh Y., Ahn S.Y., Hong S.P., Bak H. et al. A case of extragenital chancre on a nipple from a human bite during sexual intercourse, *Int. J. Dermatol.*, 2008, 47: 978-980.
8. Lautenschlager S., Schwarzkopf S., Borelli S. Presternal indurated ulceration: primary syphilis, *Dermatology*, 2006, 212: 200-202.
9. Aguayo I., Vano S., Jaén P., Moreno C. Chancro sífilítico en el labio: una localización poco frecuente, *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, 2010, 28: 134-140.
10. Wray H. IV-Statistical Study of extragenital chancres, *Arch. Dermatol.*, 1920, 1: 15-22.