

Introducción:

La sífilis maligna es una forma no común y destructiva de la sífilis secundaria, en la que aparecen lesiones necróticas que pueden asociarse con síntomas y signos sistémicos. Usualmente aparece de 6 semanas a 1 año luego de la infección primaria. Generalmente ocurre en pacientes inmunocomprometidos, principalmente en VIH positivos. Es poco habitual, y en inmunocompetentes.

Caso Clínico:

Paciente masculino, 18 años, paraguayo. Febрил 38,3 C. Con adenomegalia retroauricular izquierda. Heterosexual, con pareja estable. Refirió no usar preservativo en sus relaciones sexuales.



Ingresa por *nódulos cutáneos de 3 meses de evolución*, de comienzo en abdomen con progresión a cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades. De aspecto eritematoso, algunos con superficies descamativas y costrosas, otros con ulceración en forma de sacabocado con fondo de fibrina, algunos supurados, dolorosos.

Se medica con TMS. Cultivo punción por piel sana: *Staphylococcus aureus* MS.

Laboratorio inicial: 19700 GB, resto normal

Imágenes: TAC: adenomegalias axilares; ecografía abdominal: Hepatomegalia, con contornos irregulares.. Serologías: VDRL 1/1024.0 HIV, HBV y HVC negativas Fondo de ojo: sin hallazgos patológicos

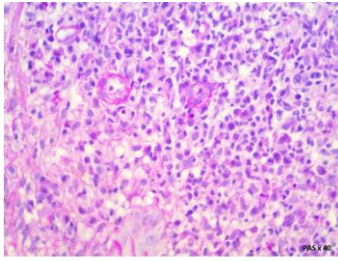
Biopsia de piel: Epidermis con reacción de interfase local, intenso infiltrado inflamatorio en dermis papilar y media constituido por histiocitos, linfocitos y plasmocitos dispuestos en forma difusa y perivascular.

Vasos con paredes

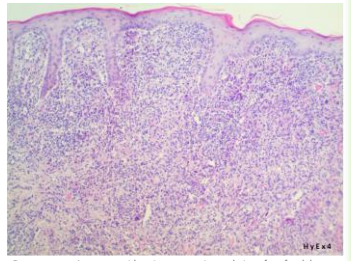
tumefactas. PAS, Ziehl

Neelsen y Grocott negativas para agentes micóticos o BAAR

Diagnóstico: Dermatitis crónica liquenoide con denso infiltrado linfocitario-histiocitario con frecuentes plasmocitos, vinculable con lúes cutánea



A mayor aumento se observa que el infiltrado inflamatorio está constituido por histiocitos, linfocitos y frecuentes plasmocitos, que se disponen de manera difusa y perivascular. Con la técnica de PAS se pueden delimitar estos vasos y observar su endotelio tumefacto.



Fragmento cutáneo con epidermis con reacciones de interfase focal, la dermis papilar y media presenta intenso infiltrado inflamatorio.

Recibió una dosis de penicilina G benzatínica 2400000 UI IM. No se realiza punción lumbar por abundantes lesiones en la zona

Por hallazgo de cultivo positivo para SAMS se rota a ceftriaxona que recibe por 10 días

El paciente presenta buena evolución, con mejora de las lesiones, normalización de laboratorio. Al mes se repite serología HIV que vuelve a ser negativa

Conclusiones

Este caso es interesante, no solo por tratarse de una forma muy poco común de sífilis secundaria sino, además, por haber sido diagnosticada en un paciente inmunocompetente. Falta reconocimiento de este tipo de presentación retrasa el diagnóstico y el tratamiento, llevando a un aumento en la morbilidad y la diseminación de la infección.

La sífilis maligna no debe ser considerada una infección oportunista o exclusiva de pacientes inmunocomprometidos ya que, aunque con muy baja frecuencia, puede ocurrir en pacientes sin alteraciones inmunológicas