

Presentación faríngea de la sífilis secundaria. A propósito de un caso

Pharyngeal presentation of secondary syphilis. A case report.

Guillermo Gil G¹, Raquel Artal S¹, José Miguel Sebastián C¹, María José Lavilla S¹.

RESUMEN

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria Treponema pallidum. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de esta enfermedad debido a la creciente infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e inmunodepresión. Conocida como “la gran imitadora” son muchos los signos y síntomas que puede simular, siendo la presentación orofaríngea infrecuente. Presentamos el caso de un varón de 31 años de edad que acude a nuestro servicio por clínica de otitis media serosa bilateral. En la exploración física se objetiva una masa en cavum y una ulceración en pared faríngea posterior que se biopsia en consultas externas siendo el resultado un intenso infiltrado inflamatorio crónico de probable origen infeccioso, por lo que se decidió tomar una nueva biopsia bajo anestesia general. El día de la intervención, el paciente refirió la aparición de un exantema eritematoso generalizado, pero de predominio palmo-plantar. Interrogado sobre sus antecedentes, el paciente reconoció conductas sexuales de riesgo y ser portador VIH, por lo que se orientó el diagnóstico hacia una probable sífilis secundaria que se confirmó posteriormente mediante serología. Las lesiones de orofaringe, la masa del cavum y el exantema remitieron con tratamiento antibiótico y corticoideo pautado. Cuando las manifestaciones de cabeza y cuello constituyen la presentación inicial de la sífilis, su diagnóstico se retrasa con frecuencia debido al desconocimiento por parte del médico de primaria, e incluso del otorrinolaringólogo, de las formas típicas de presentación en esta localización. Su diagnóstico precoz es fundamental para prevenir la extensión de la enfermedad.

Palabras clave: Sífilis secundaria, cavum, eritema palmoplantar, penicilina.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by the bacteria Treponema pallidum. Over the last years there has been an increase of the incidence of this disease due to the growing infection by the human immunodeficiency virus (HIV) and the immunosuppression. Known as “the great imitator”, there are many signs and symptoms that can simulate, being the oropharyngeal presentation infrequent. We present the case of a 31-year-old man who came to our service for bilateral otitis media. Physical examina-

¹ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, España.

*Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 6 de junio, 2018. Aceptado el 12 de julio, 2018.

tion revealed a mass in the cavum and ulceration in the posterior pharyngeal wall that was biopsied in the outpatient clinic. The result was an intense chronic inflammatory infiltrate of probable infectious origin, so it was decided to take a new biopsy under general anesthesia. On the day of the intervention, the patient reported the appearance of a generalized erythematous rash, but predominantly on the bottoms of the feet and on the palms of the hands. Questioned about his background, the patient recognized risky sexual behavior and being an HIV carrier, so the diagnosis was oriented towards a probable secondary syphilis that was subsequently confirmed by serology. The ulcerations of the oropharynx, the mass of the cavum and the rash subsided with antibiotic treatment and corticoid regimen. When the manifestations of the head and neck are the initial presentation of syphilis, its diagnosis is often delayed due to the lack of knowledge of the physicians of the typical presentation forms in this location. Early diagnosis is essential to prevent the spread of the disease and its complications.

Key words: Secondary syphilis, cavum, erythematous rash, penicillin.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de esta enfermedad debido a la creciente infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e inmunodepresión. Conocida como “la gran imitadora” son muchos los signos y síntomas que puede simular a lo largo de su evolución, siendo la presentación en rinofaringe infrecuente.

En una primera fase, sífilis primaria, la afectación es fundamentalmente cutánea o mucosa (el sitio principal de inoculación son los órganos genitales, pero otras áreas extragenitales como la cavidad oral pueden verse afectadas en esta fase). La lesión cutánea clásica es una úlcera no dolorosa de bordes elevados (chancro) que se localiza en la zona del contacto, y que aparece generalmente de 3 a 12 semanas tras la inoculación y que desaparece independientemente del inicio del tratamiento en 3-6 semanas. Frecuentemente se acompaña de una linfadenopatía regional indolora¹.

La sífilis secundaria comienza en 4-6 semanas después de la desaparición del chancro y se debe a la diseminación hematológica de la bacteria. En esta fase aparece una característica erupción máculo-papulosa generalizada de tronco y extremidades, así como en palmas y plantas (roséola sifilítica)¹.

Durante la sífilis latente se produce la desaparición de las lesiones cutáneas de la sífilis primaria

y secundaria mientras la infección continúa en los pacientes sin tratamiento durante años. Cuando aparece una sífilis tardía, entre 10 y 30 años después de haberse contagiado, se producen manifestaciones cutáneo-mucosas (gomos superficiales y profundas) y afectaciones viscerales graves (cardiovasculares o neurológicas)¹. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de una sífilis secundaria con manifestaciones faríngeas.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 30 años de edad, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés, que acude a nuestro servicio por otalgia e hipoacusia bilateral de más de dos meses de evolución. En la otoscopia se apreciaba una otitis media serosa bilateral y la audiometría demostraba una hipoacusia de transmisión bilateral. El paciente refería asimismo la aparición de una pequeña adenopatía subdigástrica derecha blanda, indolora, de 2 centímetros de diámetro y una lesión de apariencia herpética, en fase de resolución, en labio superior. Se realizó entonces una fibrolaringoscopia en la que se observó una masa excrecente de aspecto ulcerado en el techo y en la pared lateral derecha de la rinofaringe, con lesiones ulceradas en la mucosa de la pared posterior faríngea y en la amígdala palatina derecha (Figura 1).

Pensando que se podría tratar de una tumoración maligna, se solicitó una tomografía por

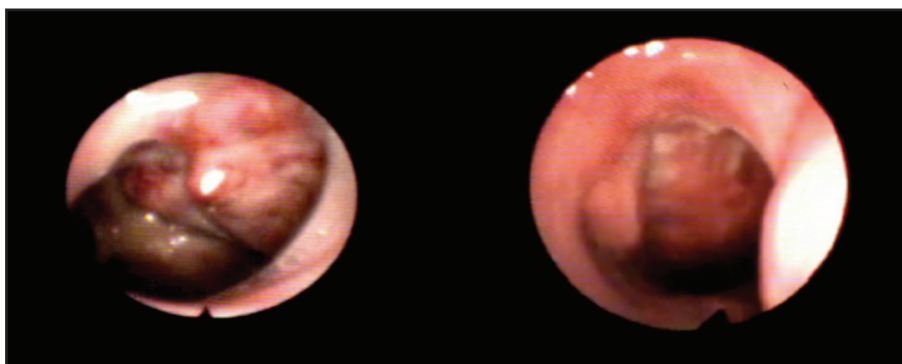


Figura 1. A la izquierda, visión directa del *cavum* el primer día en consulta. A la derecha, misma visión del *cavum* tras haber iniciado el tratamiento.

emisión de positrones con captación de fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) y se tomaron biopsias de las tres áreas afectadas (posteriormente el estudio anatomopatológico fue negativo en todas ellas viéndose solo inflamación inespecífica sin presencia de células malignas).

El PET-TC informaba de un aumento de captación del radiotrazador en *cavum* y ambas amígdalas palatinas con SUV (*standard uptake value*) máximo de 11,2; adenopatías hipermetabólicas en los niveles IIA, IIB y III bilaterales con un SUV máximo de 4,9 y una captación del tercio posterior de la cuerda vocal izquierda con un SUV 9,3 con extensión a la subglotis.

Se decidió entonces realizar una nueva toma de biopsia mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) en el quirófano bajo anestesia general. El día de la intervención el paciente refirió la aparición de un exantema eritematoso palmoplantar, en ab-

domen y en tórax (Figura 2). Reinterrogado sobre sus antecedentes sexuales refirió entonces ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y haber mantenido relaciones HSH (hombre sexo con hombre) de riesgo.

Se orientó entonces el caso hacia una posible sífilis secundaria que más tarde se corroboró mediante serología. Al finalizar el tratamiento prescrito con penicilina G benzatina intramuscular durante 3 semanas las lesiones ulcerosas habían remitido y la masa excremente de *cavum* había desaparecido, normalizándose la audiometría y la exploración otológica (Figura 1).

DISCUSIÓN

La prevalencia de sífilis ha aumentado en los últimos años, especialmente entre hombres homo-



Figura 2. Se aprecia la aparición de un *rash* cutáneo de aspecto punteado en abdomen (derecha), pero sobre todo de las manos (izquierda) conocido como roséola sifilítica.

sexuales, y su diagnóstico puede resultar difícil debido a la variedad de manifestaciones que puede adoptar, siendo frecuente la coincidencia con otras enfermedades de transmisión sexual como el VIH y hepatitis. Realizar una anamnesis de los antecedentes sexuales resulta muy importante para el diagnóstico, pero los pacientes a menudo no le dan importancia en su visita al especialista, lo que puede enlentecer el diagnóstico definitivo.

El PET-TC es uno de los métodos de imagen más útiles para establecer la extensión y el tamaño de una tumoración, evaluar la enfermedad ganglionar y detectar metástasis a distancia en el cáncer de cabeza y cuello. Sin embargo, se puede observar una alta captación de FDG en enfermedades inflamatorias o infecciosas por lo que se puede producir una interpretación falsamente positiva² como la observada en nuestro caso.

Tras la aparición del exantema en las manos y en el tórax, el paciente reveló antecedentes de relaciones sexuales de riesgo (HSH), lo que orientó a pedir las pruebas serológicas correspondientes y poder plantear el diagnóstico definitivo sin necesidad de nueva biopsia.

Las manifestaciones de la sífilis secundaria en la orofaringe incluyen lesiones ulcerosas numerosas y muy dolorosas, síntomas similares a una faringitis e incluso aparición de masas excrecipientes, como el paciente de nuestro caso³. Las zonas más comúnmente afectadas son la mucosa labial, la lengua, el paladar duro y blando, la úvula y las amígdalas palatinas³. En nuestro caso, la presentación en rinofaringe, en pared faríngea posterior y en glotis es muy infrecuente. Al contrario de la sífilis primaria, la sífilis secundaria en la cavidad oral no está asociada a relaciones sexuales orales⁴. Es difícil de establecer si la lesión que presentaba nuestro paciente en labio superior se trataba o no del chancro sífilítico típico de la sífilis primaria.

La identificación del *T pallidum* mediante el examen directo del exudado de la lesión (en campo oscuro y/o fluorescencia directa) es una prueba definitiva para asegurar el diagnóstico y es, probablemente, el de más rendimiento en la fase primaria, secundaria, recaídas y en la sífilis congénita. Las ventajas de este tipo de métodos son la inmediatez y bajo costo, pero no se puede utilizar para el examen directo material procedente de lesiones sospechosas en la boca, ya que las

posibilidades de confundir las treponemas con otras espiroquetas saprófitas son muy altas, por lo que el diagnóstico indirecto o serológico de la enfermedad se ha convertido en el procedimiento más frecuente⁵.

Las pruebas reagínicas se basan en antígenos compuestos de soluciones alcohólicas y todas ellas miden simultáneamente inmunoglobulinas IgG e IgM que son producidas en los tejidos dañados por la treponema o por otras enfermedades. Puesto que no miden anticuerpos específicos frente a *T pallidum* su positividad no asegura la enfermedad sífilítica, por lo que es necesario confirmar los resultados de forma conjunta mediante pruebas treponémicas. Estas pruebas son específicas para sífilis y tienen un valor predictivo positivo alto especialmente cuando se combinan con las reagínicas por lo que se recomienda realizar siempre ambas ante la sospecha de infección^{5,6}.

Se utilizó la prueba reagínica RPR (*Rapid Plasma Reagin*) y las pruebas treponémica FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*) (+) 1/1 y TPHA-TTPA (*T Pallidum Haemagglutination -T pallidum Particle Agglutination assay*) (+) 1/5120, así como los anticuerpos IgG e IgM anti-*T pallidum* (+) 21,53. La serología para VIH fue positiva. Las pruebas treponémicas no son útiles para seguir los tratamientos, ya que suelen permanecer positivas en el 85%-90% de los pacientes tratados y curados, para lo que sí se utiliza las pruebas reagínicas. Si el tratamiento es eficaz los títulos de RPR deberán disminuir significativamente (hasta 8 veces) durante los 6-12 meses siguientes a su inicio⁶.

El tratamiento de elección es la penicilina G benzatina en una única dosis intramuscular de 2.400.000 UI en la etapa primaria o semanalmente durante 3 semanas en la etapa secundaria y terciaria. En caso de alergia a la penicilina, está indicada la administración oral de doxiciclina 100 mg dos veces al día durante 14 días o 500 mg de tetraciclinas cuatro veces al día durante 14 días^{7,8}.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la sífilis puede resultar muy difícil debido a la gran variedad de manifestaciones que

puede simular la enfermedad. El tratamiento es sencillo y muy eficaz, determinando el pronóstico de los pacientes el diagnóstico precoz. Debemos interrogar a los pacientes sobre antecedentes

sexuales de riesgo ante la aparición súbita de adenopatías no dolorosas sin foco infeccioso claro, sobre todo en pacientes sin factores de riesgo claros para patología tumoral maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. FERNÁNDEZ-LÓPEZ C, MORALES-ANGULO C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. *Acta Otorrinolaringologica* 2017; 68: 169-80.
2. TAMURA S ET AL. Primary oropharyngeal and gastric syphilis mimicking oropharyngeal cancer. *Endoscopy* 2008; 40: E235-36.
3. ISHIBASHI M. Syphilis of the pharynx. *International Journal of Dermatology* 2018; 57: 240-1.
4. SEIBT CE, MUNERATO MC. Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. *Braz J Infect Dis* 2016; 20: 393-8.
5. FUERTES A. Diagnóstico serológico de la sífilis. Servicio de Microbiología. Hospital Doce de Octubre. Madrid <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis2.pdf>
6. XINBIN P, XIAODONG Z, QINGDI Q. Syphilis manifesting as a nasopharyngeal carcinoma with cervical lymphadenopathy: A case report. *Exp Ther Med* 2012; 3: 1023-5.
7. NAVAZO EGUÍA AI, RIOJA PEÑARANDA E, ECHEBARRÍA ITURBE C, TERÁN MUÑOZ, D, CORDEROS CIVANTOS C, IBÁÑEZ MUÑOZ C. Oral manifestations of syphilis. *Clinical Case Rev ORL* 2017; 8: 253-7.
8. WORKOWSKI KA, BERMAN S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Sex Transm Dis* 2012; 39: 954-8.