

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Placa facial y nódulos en cuero cabelludo



#### A Facial Plaque and Nodules on the Scalp

#### Historia clínica

Una mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, es referida a nuestra consulta por presentar una lesión facial y nódulos en cuero cabelludo de 3 semanas de evolución, junto a cefalea holocraneal, sin otro tipo de sintomatología acompañante. La paciente comentó contacto sexual de riesgo en los últimos meses. Al examen físico se evidenció una placa de  $1 \times 0,8$  cm de diámetro, de «aspecto granulomatoso», localizada en la zona del mentón (fig. 1), además de 2 lesiones nodulares subcutáneas de aproximadamente  $1 \times 2$  cm cada una en la región frontal y occipital, sin alopecia asociada en esta última localización. No se palparon adenopatías regionales, no presentaba otro tipo de lesiones mucocutáneas y negaba haber presentado algún tipo de lesión previa en otras zonas. En la analítica sanguínea destacaba: Leucocitos: 9,6 miles/ $\mu$ l (4-10); segmentados: 5,9 miles/ $\mu$ l (1,3-7,5), VSG: 57 mm (1-20); proteína c reactiva ultrasensible: 3,04 mg/dl (0-0,5); GOT/AST: 50 UI/l



Figura 1

(6-31); GPT/ALT: 48 UI/l (7-40) y GGT: 70 UI/l (1-30). Se realizó una biopsia cutánea de la placa facial y de un nódulo subcutáneo en cuero cabelludo; destacaba un infiltrado inflamatorio linfohistiocitario en dermis formando granulomas no caseificantes acompañado de abundantes células plasmáticas (figs. 2A y B).

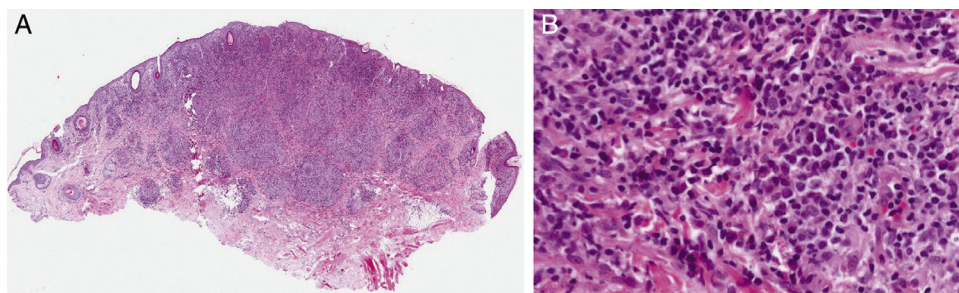


Figura 2 A) (Hematoxilina-eosina  $\times 10$ ). B) (Hematoxilina-eosina  $\times 40$ ).

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Sífilis secundaria nodular.

## Evolución y tratamiento

Los cultivos y tinciones para bacterias, micobacterias, hongos, parásitos fueron negativos. La serología para sífilis, tanto pruebas reagínicas (RPR: 1/8) como treponémicas (anticuerpos IgM Immunoblot: 4,67) fueron positivas, así como la tinción histoquímica de Warthin-Starry de las lesiones. Las serologías para VHB, VHC y VIH resultaron negativas. Por el cuadro de cefalea resistente al tratamiento se decidió realizar punción lumbar con resultados reagínicos (VDRL) negativos. Con el diagnóstico de sífilis secundaria se inició tratamiento con penicilina G benzatínica intramuscular (2,4 millones de unidades en dosis única) con resolución completa de las lesiones, tanto a nivel facial como de los nódulos subcutáneos en cuero cabelludo, y disminución de títulos se pruebas reagínicas al mes del tratamiento. La paciente no presenta ningún tipo de lesión y las pruebas reagínicas son negativas al año de seguimiento.

## Comentario

La sífilis es una enfermedad aguda y crónica causada por la bacteria *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por vía sexual, la incidencia está aumentando en la última década. En función de su actividad y fase infectiva se ha clasificado en 4 estadios: primaria, secundaria, latente y terciaria; puede manifestarse con varias formas clínicas e histológicas<sup>1</sup>, por lo que se ha considerado como la «gran imitadora».

La sífilis secundaria se desarrolla habitualmente entre 3 y 10 semanas después de la primoinfección por diseminación hematogena y/o linfática de las espiroquetas<sup>2,3</sup>. Se caracteriza por una actividad recurrente de la enfermedad, con lesiones mucocutáneas, así como síntomas sistémicos, que a veces incluyen alteraciones neurológicas focales como cefalea por irritación meníngea<sup>2</sup>. En muchos pacientes las lesiones de sífilis primaria pueden no ser evidentes y la manifestación se presenta en un estadio posterior<sup>2</sup>, como sucedió en esta paciente. Se han reportado casos

de lesiones nodulares de sífilis secundaria y son manifestaciones raras<sup>1,3</sup>; además las lesiones cutáneas de sífilis secundaria pueden simular histológicamente enfermedades granulomatosas como la sarcoidosis y es también una manifestación histopatológica poco común<sup>1,4</sup>. Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen, además de enfermedades granulomatosas inflamatorias, la lepra, las leishmaniasis cutánea, las infecciones por micobacterias, los granulomas a cuerpo extraño o las reacciones granulomatosas por medicamentos, entre otras.

Presentamos un nuevo caso clínico de una «lesión granulomatosa» facial y nódulos subcutáneos como manifestación de sífilis secundaria nodular.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Breznik V, Potocnik M, Miljković J. Papulonodular secondary syphilis in a 52-year-old non-HIV heterosexual patient. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2010;19:27-30.
2. Sary A, Sary G. Sexually transmitted infections. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J, editores. *Dermatology.* 3rd edn Philadelphia, PA: Elsevier Ltd; 2012.
3. Glatz M, Achermann Y, Kerl K, Bosshard PP, Cozzio A. Nodular secondary syphilis in a woman. *BMJ Case Rep.* 2013;8, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-009130>.
4. Rysgaard C, Alexander E, Swick BL. Nodular secondary syphilis with associated granulomatous inflammation: Case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2014;41:370-9.

M.Á. Flores-Terry<sup>a,\*</sup>, M.P. Cortina de la Calle<sup>a</sup>,  
C. Ramos-Rodríguez<sup>b</sup> y F. Martín-Dávila<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [miguelterry85@hotmail.com](mailto:miguelterry85@hotmail.com)  
(M.Á. Flores-Terry).