

respuesta excelente en dos de ellos<sup>5,6</sup> y un caso refractario. La fototerapia probablemente actuaría como un neuromodulador, disminuyendo la densidad de las fibras nerviosas cutáneas y los niveles de factores de crecimiento neural<sup>10</sup>, además de su conocido efecto inmunomodulador.

El tratamiento del PA es difícil. Hemos presentado un nuevo caso tratado con TC-UVA/UVB-BE sin respuesta clínica, y el seguimiento a largo plazo de una paciente tratada por más de cinco años (cuatro ciclos de TC-UVA/UVB-BE) con remisión completa de su sintomatología. Los ciclos de TC-UVA/UVB-BE una vez por año pueden ser una buena alternativa para el manejo a largo plazo de algunos pacientes con PA refractario.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Salami TA, Samuel SO, Eze KC, Irekpita E, Oziegbe E, Momoh MO. Prevalence and characteristics of aquagenic pruritus in a young African population. *BMC Dermatol.* 2009;9:4.
2. Heitkemper T, Hofmann T, Phan NQ, Ständer S. Aquagenic pruritus: associated diseases and clinical pruritus characteristics. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010;8:797–804.
3. Nosbaum A, Pecquet C, Bayrou O, Amsler E, Nicolas JF, Bérard F, et al. Treatment with propranolol of 6 patients with idiopathic aquagenic pruritus. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128:1113.
4. Xifra A, Carrascosa JM, Ferrándiz C. Narrow-band ultraviolet B in aquagenic pruritus. *Br J Dermatol.* 2005;153:1233–4.
5. Koh MJA, Chong WS. Aquagenic pruritus responding to combined ultraviolet A/narrowband ultraviolet B therapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2009;25:169–70.
6. Morgado-Carrasco D, Riera-Monroig J, Fustà-Novell X, Podlipnik S, Aguilera P. Resolution of aquagenic pruritus with intermittent UVA/NBUVB combined therapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2017.
7. Cao T, Yong AA, Tan KB, Tey HL. Idiopathic aquagenic pruritus: pathogenesis and effective treatment with atenolol. *Dermatol Ther.* 2015;28:118–21.
8. Murphy B, Duffin M, Tolland J. Aquagenic pruritus successfully treated with omalizumab. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43:858–9.
9. Steinman HK, Greaves MW. Aquagenic pruritus. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13:91–6.
10. Wallengren J, Sundler F. Phototherapy reduces the number of epidermal and CGRP-positive dermal nerve fibres. *Acta Derm Venereol.* 2004;84:111–5.

D. Morgado-Carrasco\*, J. Riera-Monroig, H. Feola y P. Aguilera

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [morgadodaniel8@gmail.com](mailto:morgadodaniel8@gmail.com)

(D. Morgado-Carrasco).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.026>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Puntos blanquecinos como clave diagnóstica de condilomas planos: reporte de 5 casos



### Whitish Dots Provide the Key to Diagnosing Condyloma Lata: A Report of 5 Cases

Sr. Director:

La sífilis, conocida clásicamente como «la gran simuladora», permanece entre nosotros y es preciso mantener un alto grado de sospecha diagnóstica. Además de sus formas de presentación clínica habituales pueden aparecer manifestaciones cutáneas extremadamente infrecuentes que, en ocasiones, dificultan su diagnóstico<sup>1</sup>. El condiloma lata o condiloma plano (CP) es una manifestación cutánea clásica, aunque infrecuente de la sífilis secundaria<sup>2</sup>. El incremento en la incidencia de sífilis podría llevar a un aumento en el número de casos con presentación atípica<sup>1</sup>, como los que describimos a continuación.

En este trabajo hemos recogido todos los casos de CP diagnosticados en la Unidad de ITS del Servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia entre enero de 2015 y enero de 2019. En este tiempo han sido diagnosticados 95 casos de sífilis, siendo el 49,5% de ellos (47 casos) secundarismos luéticos. De

estos casos, en 11 de ellos (23,4%) se evidenciaron CP en región anogenital. Únicamente en 5 pacientes diagnosticados de sífilis en este tiempo hemos evidenciado CP con puntos blancos en su superficie. Las características de estos pacientes se resumen en la [tabla 1](#).

En la exploración física, los 5 pacientes presentaban una lesión llamativa en región perianal ([fig. 1](#)). Esta lesión era sobreelevada, de bordes carnosos rosados que rodeaban un centro eritematoso friable con unos característicos puntos blancos en su superficie. La dermatoscopia revelaba una lesión con áreas rojo-lechosas en el centro y unos glóbulos bien definidos perlados en el centro ([fig. 2a](#)). En el caso 1, esta lesión era la única clínica del paciente. En los casos 3 y 4, esta lesión se acompañaba de CA perianales.

En 2 de los casos se tomó una biopsia para confirmar el diagnóstico de CP. Las características de ambas muestras eran superponibles, destacando una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con marcada exocitosis y formación de pústulas espongiiformes, acompañado de un denso infiltrado dérmico linfoplasmocitario ([figs. 2b-d](#)). La inmunohistoquímica con anticuerpos anti-*Treponema pallidum* fue positiva en ambos pacientes.

Por otra parte, en los 2 pacientes con sospecha de coinfección por el virus del papiloma humano (VPH) se tomaron muestras para estudio histopatológico y genotipado del virus.

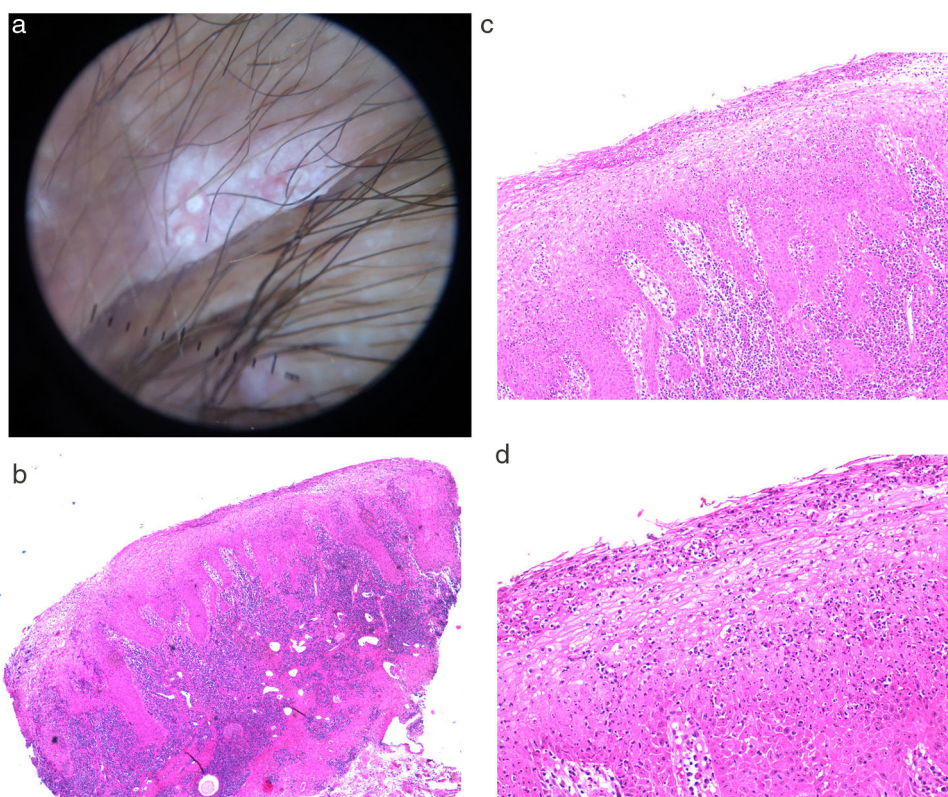
**Tabla 1** Características clínico-epidemiológicas de los pacientes del estudio

Paciente	Edad/sexo	Diagnóstico previo	Orientación sexual	ITS previas	Clínica asociada	RPR al diagnóstico	PCR TP	Genotipos VPH	Tratamiento	Evolución
1 (fig. 1a)	27/varón	CA	HSH	—	—	1/8	No realizado	—	Penicilina G benzatina 2,4 × 10 <sup>6</sup> UI	RPR 1/1. Curación clínica
2 (fig. 1b)	24/varón	CA	HSH	—	Rash máculo-papuloso evanescente, lengua depapilada, adenopatías inguinales	1/32	Positiva	VPH 6 en escobillón anal (al año de seguimiento desarrolló condilomas acuminados perianales)	Penicilina G benzatina 2,4 × 10 <sup>6</sup> UI	RPR negativo. Curación clínica
3 (fig. 1c)	36/varón	CA	HSH	VIH, condilomas acuminados	CA perianales	1/64	Positiva	VPH 6 (en lesión de condiloma acuminado)	Penicilina G benzatina 2,4 × 10 <sup>6</sup> UI/3 dosis	RPR negativo. Curación clínica
4 (fig. 1d)	39/varón	CA	HSH	VIH	CA, tumoración papilomatosa en canal anal	1/64	Positiva	VPH 16, 62, 72, 81 (carcinoma epidermoide canal anal)	Penicilina G benzatina 2,4 × 10 <sup>6</sup> UI/3 dosis	RPR negativo. Curación clínica
5	29/varón	Herpes genital perianal	HSH	VIH, condilomas acuminados	Rash máculo-papuloso	1/128	Positiva (también en exudado faríngeo)	—	Penicilina G benzatina 2,4 × 10 <sup>6</sup> UI/3 dosis	RPR negativo. Curación clínica

CA: condiloma acuminado; HSH: hombre que tiene sexo con hombres; ITS: infecciones de transmisión sexual; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; RPR: *rapid plasma reagin test*; TP: *Treponema pallidum*; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VPH: virus del papiloma humano.



**Figura 1** Condilomas planos de los 4 pacientes que muestran los puntos blancos en la zona central de la lesión.



**Figura 2** a) Dermatoscopia de la lesión de condiloma plano del caso 5, donde se observan 2 puntos blancos redondeados, de bordes bien definidos, sobre un área central rojo-lechosa. b-d) Histología de una lesión de condiloma plano, donde se observa una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con marcada exocitosis y formación de pústulas espongiformes de neutrófilos, acompañado de un denso infiltrado dérmico linfoplasmocitario.

Uno de ellos desarrolló un carcinoma epidermoide de canal anal. Otro paciente desarrolló CA perianales al año de seguimiento.

El CP es una manifestación infrecuente «seudotumoral» de la sífilis secundaria, con una incidencia según series del 5 al 22%<sup>3</sup>. En nuestra serie la incidencia de CP es del 23% de los pacientes diagnosticados de secundarismo luético, en relación con lo publicado en la literatura. En otras series la prevalencia puede llegar al 50%<sup>4</sup>. Estas lesiones se definen clásicamente como placas o nódulos en el área anogenital, con una superficie lisa, plana o mamelonada y húmeda<sup>5</sup>. Infrecuentemente se ha descrito su localización en área extragenital<sup>6,7</sup>. Estas lesiones pueden llegar a ser verrucosas o pediculadas, simulando así otros diagnósticos como CA, enfermedad de Bowen, carcinoma epidermoide anal, hemorroides o linfogranuloma venéreo<sup>8</sup>.

La patogenia de estas lesiones es desconocida, aunque se plantea que la localización en áreas húmedas sometidas a fricción constante pueda ser la responsable de la transformación de pápulas sifilíticas a CP<sup>9</sup>.

Nuestra serie de 5 pacientes se caracteriza por lesiones planas sobreelevadas con un centro eritematoso y friable sobre el cual aparecen dispersos puntos blancos visibles clínicamente. A la dermatoscopia estos puntos eran más evidentes, perlados, redondeados y de bordes bien definidos. No hemos encontrado según nuestro conocimiento casos de CP que presenten estos hallazgos clínicos tan característicos. La dermatoscopia del CP, por el contrario, ha sido descrita y en ella se aprecian múltiples estructuras pequeñas blanquecinas y redondeadas en el centro de las lesiones<sup>6</sup>.

El análisis histopatológico de 2 de estas lesiones mostraba una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con marcada excitosis y formación de pústulas espongiiformes, acompañado de un denso infiltrado dérmico linfoplasmocitario. Esto es similar a lo descrito en la literatura<sup>6,10</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado reportes donde se visualicen pústulas espongiiformes en lesiones de CP.

Por otro lado, en 3 de los 5 pacientes existía coinfección con VPH, 2 de ellos con lesiones clínicas de CA que incluso enmascararon la lesión de CP. Tal vez esta coinfección pudiera ser un factor patogénico en el desarrollo de estas lesiones.

A pesar de lo que afirmaba Sir William Osler, pensamos que la sífilis no es la única enfermedad que es necesario conocer para convertirse en un experto dermatólogo<sup>1</sup>. Sin embargo, el hecho de que pueda simular cualquier enfermedad nos obliga a ser cautos y tener presente este diagnóstico incluso cuando comience con manifestaciones clínicas poco frecuentes. En ocasiones, el CP puede ser la única manifestación de la enfermedad, por lo que es importante mantener un elevado grado de sospecha. Como conclusión, presentamos los puntos blanquecinos de los CP sifilíticos como un hallazgo clínico novedoso importante para poder realizar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hernández-Bel P, López J, Sánchez JL, Alegre V. Nodular secondary syphilis. *Actas Dermosifiliogr* [Article in Spanish]. 2009;100:520-2.
- Freitas DMM, Azevedo A, Pinheiro G, Ribeiro R. Psoriasiform papules, condyloma lata, lung nodules and hepatitis: The enormous variability of secondary syphilis manifestations. *BMJ Case Rep*. 2017;5:2017.
- Mullooly C, Higgins SP. Secondary syphilis: The classical triad of skin rash, mucosal ulceration and lymphadenopathy. *Int J STD AIDS*. 2010;21:537-45, <http://dx.doi.org/10.1258/ijisa.2010.010243>.
- Sanchez MR. Syphilis. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, editores. *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 2551-81.
- Pinto-Gouveia M, Pinho A, Reis JP. Condylomata Lata Mimicking Buschke-Löwenstein Tumor. *Acta Med Port*. 2016;29:231, <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7101>.
- Ikeda E, Goto A, Suzaki R, Sawada M, Dekio I, Ishizaki S, et al. Condylomata lata on the ankle: An unusual location. *Dermatol Pract Concept*. 2016;6:49-51.
- Liu Z, Wang L, Zhang G, Long H. Warty mucosal lesions: Oral condyloma lata of secondary syphilis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:277, <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.191129>.
- Tayal S, Shaban F, Dasgupta K, Tabaqchali MA. A case of syphilitic anal condylomata lata mimicking malignancy. *Int J Surg Case Rep*. 2015;17:69-71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.10.035>.
- De la Bretèque MA, Sigal ML, Bilan P, Wann AR, Mahé E. [Condyloma lata] *Presse Med*. 2015;44:853-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.04.024>.
- Deshpande DJ, Nayak CS, Mishra SN, Dhurat RS. Verrucous condyloma lata mimicking condyloma acuminata: An unusual presentation. *Indian J Sex Transm Dis*. 2009;30:100-2.

J. Magdaleno-Tapiá, P. Hernández-Bel\*,  
C. Valenzuela-Oñate  
y V. Alegre-de Miquel

*Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablohernandezbel@hotmail.com](mailto:pablohernandezbel@hotmail.com)  
(P. Hernández-Bel).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.020>

0001-7310/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).