

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Anetoderma inducida por sífilis secundaria

Secondary Syphilis-Induced Anetoderma

Sr. Director:

La anetoderma es una enfermedad cutánea benigna poco frecuente cuya histología muestra la pérdida de fibras elásticas en la dermis media, dando lugar a máculas o manchas bien delimitadas, en forma de saco de aspecto atrófico, blanquecinas o color carne¹. La anetoderma se clasifica como primaria (idiopática) o secundaria; la primera se produce en zonas de piel previamente sana y la segunda se desarrolla en zonas donde ha habido una dermatosis previa². La anetoderma secundaria se ha asociado a un amplio espectro de procesos autoinmunes, infecciosos, tumorales e inflamatorios¹.

Varón sano de 35 años y de nacionalidad india, que acudió por múltiples lesiones cutáneas asintomáticas y diseminadas de dos meses de evolución. Refirió ser sexualmente activo con mujeres y haber tenido múltiples parejas sexuales en los seis meses anteriores. No consumía drogas ni medicamentos. El paciente confirmó la ausencia de síntomas generales como fiebre, malestar o pérdida de peso. En la exploración física se observaban numerosas pápulas, placas y nódulos eritematosos-violáceos e infiltrados, bien definidos, y distribuidos simétricamente en la cara, el cuello, el tronco y los brazos (fig. 1A, B). No había afectación de la región palmoplantar ni de las mucosas. El resto de la exploración era anodina, sin evidencia de linfadenopatías. La prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL) fue positiva con un título de 1:16, así como la prueba de hemaglutinación de *Treponema Pallidum* (TPHA). El hemograma completo y el panel metabólico completo se encontraban en el rango de referencia. El cribado de otras enfermedades de transmisión sexual, incluidos el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis C y el virus de la hepatitis B, fue negativo. Se realizó una biopsia cutánea de una placa eritematosa infiltrada en el tronco.

El estudio histopatológico de rutina reveló un denso infiltrado granulomatoso perivascular y perianexial con células plasmáticas e histiocitos localizados en dermis superficial y profunda (fig. 1C). Se realizó inmunotinción para *Treponema Pallidum* con un anticuerpo policlonal que reveló la presencia de numerosas espiroquetas perivasculares e intraepidérmicas (fig. 1D). Los hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos eran compatibles con el diagnóstico de sífilis secundaria. El paciente fue tratado con una dosis única de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatina intramuscular, observándose mejoría clínica. Sin embargo, el paciente volvió a la consulta a los seis meses con pápulas y placas asintomáticas, atróficas, de aspecto arrugado y de color carne en las mismas zonas previamente afectadas por la erupción sifilítica (fig. 2). Las pruebas de serología vírica y VDRL fueron negativas. Se realizó una biopsia cutánea y el estudio histopatológico con tinción para tejido elástico reveló una reducción significativa de las fibras elásticas y un leve infiltrado linfocitario perivascular superficial (fig. 3). Así, los hallazgos clínicos e histopatológicos confirmaron el diagnóstico de anetoderma por sífilis secundaria.

Debido a la variedad de manifestaciones clínicas de la sífilis secundaria, el diagnóstico de esta enfermedad suele suponer un desafío. La presentación clínica más frecuente (80%) es una erupción papuloescamosa generalizada no pruriginosa, que suele afectar a las palmas de las manos y las plantas de los pies, acompañada de síntomas gripales y linfadenopatías generalizadas³. Sin embargo, en la literatura se ha descrito un amplio espectro de manifestaciones cutáneas que con frecuencia conducen a diagnósticos erróneos, por este motivo la sífilis secundaria se conoce como "la gran imitadora". En particular, la presentación papulonodular de la sífilis secundaria es infrecuente, con menos de 30 casos descritos³. En nuestro paciente, el diagnóstico diferencial incluía linfoma cutáneo, lupus eritematoso cutáneo subagudo, síndrome de Sweet y sarcoidosis cutánea, excluidos con base en la historia clínica y las pruebas de laboratorio.

En el momento del diagnóstico de sífilis, no había ningún otro proceso dermatológico que pudiera provocar la anetoderma.

Por lo general, tras la administración del tratamiento adecuado con penicilina, las lesiones sifilíticas se resuelven sin dejar cicatrices⁴. A día de hoy hay muy pocos datos en la literatura sobre la anetoderma secundaria por sífilis. Aunque esta afección puede presentarse en todos los estadios de la enfermedad, parece ser más frecuente en el

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.11.021>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.003>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J. Barbosa, A.L. João, A. João, et al., [Artículo traducido] Anetoderma inducida por sífilis secundaria, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.003>

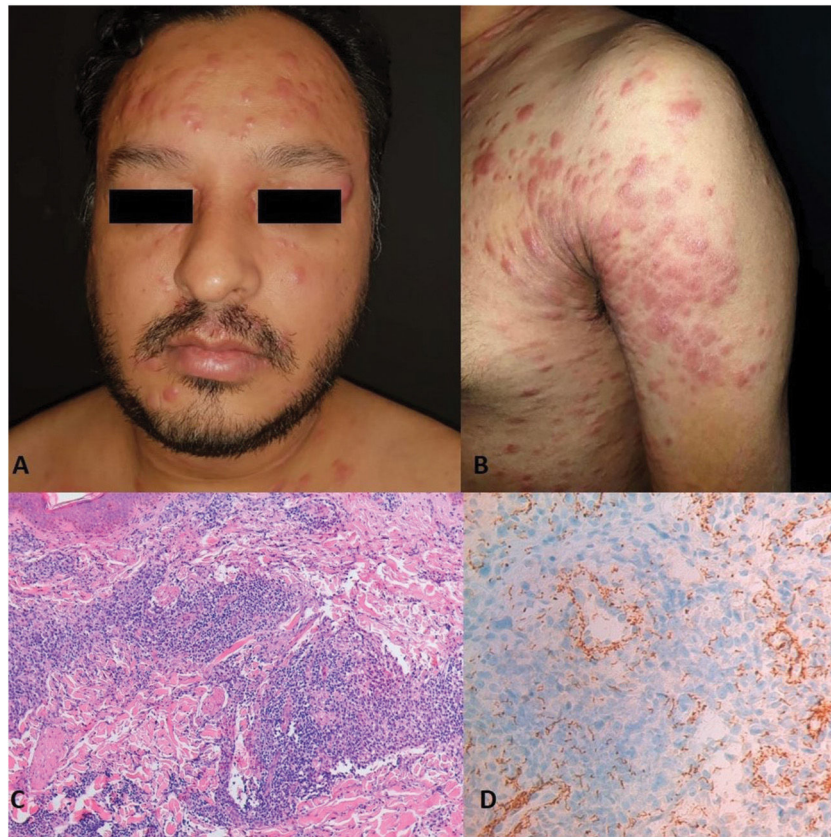


Figura 1 Numerosas pápulas, placas y nódulos eritematosos-violáceos infiltrados, con distribución simétrica en cara, cuello, tronco y brazos (A, B). La tinción de hematoxilina y eosina (100×) muestra un infiltrado denso granulomatoso perivascular y perianexial con células plasmáticas e histiocitos en dermis superficial y profunda (C); la inmunotinción para *T. Pallidum* (100×) resalta de forma robusta la presencia de espiroquetas perivascularmente e intraepidérmicas (D).

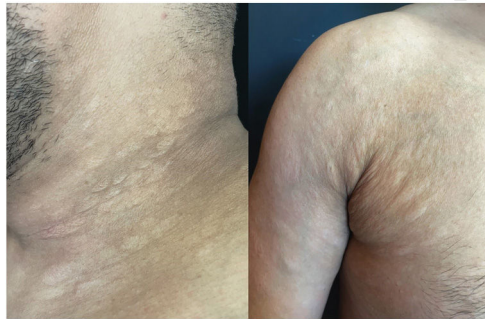


Figura 2 Múltiples pápulas y placas atróficas, con aspecto arrugado y del color de la piel en cuello y axila.

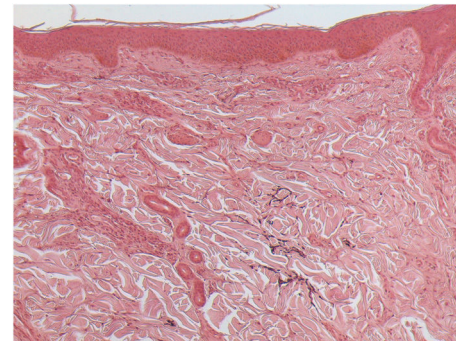


Figura 3 Pérdida casi total de las fibras elásticas de la dermis papilar y reticular (tinción de orceína, 100×).

88 estadio secundario y en pacientes infectados por el VIH⁴. A
89 pesar de que existen múltiples enfermedades que pueden
90 derivar en anetodermia, su fisiopatología aún no se conoce
91 por completo. La pérdida del tejido elástico puede deberse
92 a la síntesis defectuosa de elastina, la producción des-
93 controlada de enzimas elastolíticas, pérdida de inhibidores
94 de las enzimas elastolíticas, elastofagocitosis o degenera-
95 ción de las fibras elásticas secundaria a isquemia local
96 inducida por microtrombosis en los vasos dérmicos⁵. Ade-
97 más, los hallazgos de la microscopía electrónica demuestran
98 macrófagos con fibras elásticas fragmentadas, lo que sugiere

99 que las enfermedades granulomatosas podrían derivar en
100 anetodermia². Nuestro caso respalda esta hipótesis debido
101 a la presencia de un patrón granulomatoso en el estudio
102 histopatológico de las lesiones cutáneas sifilíticas.

103 No existe ningún tratamiento eficaz para las lesiones
104 caracterizadas como anetodermia⁵. La crioterapia, los estero-
105 roides intralesionales y el láser de rejuvenecimiento se han
106 utilizado con resultados variables de efectividad⁵. Dado que
107 en su caso el problema era de carácter exclusivamente
108 estético, nuestro paciente rechazó cualquier intento de tra-
109 tamiento.

110 En conclusión, el presente caso pone de manifiesto la
111 aparición de anetodermia tras sífilis secundaria papulono-
112 dular tratada satisfactoriamente y constituye, de cara al
113 futuro, un aviso importante para los dermatólogos sobre esta
114 posible asociación infrecuente.

115 Financiación

116 No se ha recibido ningún tipo de financiación para la reali-
117 zación de este artículo.

118 Conflicto de intereses

119 Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

120 Bibliografía

- 121 1. Kineston DP, Xia Y, Turiansky GW. Anetoderma: a case report and
122 review of the literature. *Cutis*. 2008;81:501-6.
123 2. Veasey JV, Lellis RF, Porto RL, Mattei GM. Anetoderma due
to secondary syphilis: report of two cases and discussion of

the histopathological findings. *Int J STD AIDS*. 2017;28:1456-60,
<http://dx.doi.org/10.1177/0956462417713586>.

3. Son JH, Park SY, Chung BY, Kim HO, Cho HJ, Park CW. Nodular
secondary syphilis in an immunocompetent woman: case report
and literature review. *Dermatol Sin*. 2018;36:36-41. ISSN 1027-
8117.
4. de Faria Melo M, de Faria Melo I, Escobar GF. Secondary
anetoderma. *JAMA Dermatol*. 2021;157:860,
<http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.0440>.
5. Patel AY, Patel KB, Prajapati HJ, Desai PP. Generalized aneto-
derma: an unusual manifestation of secondary syphilis treated
with injection penicillin. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*.
2021;42:166-8, <http://dx.doi.org/10.4103/ijstd.IJSTD.81.19>.

J. Barbosa*, A.L. João, A. João y C. Fernandes

*Dermatology and Venereology Department, Hospital de
Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central, Lisbon, Portugal*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joanafabarbosa@gmail.com
(J. Barbosa).

124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136

Q2

137
138
139