



# PENFIGO SIFILITICO; A PROPÓSITO DE UN CASO

\*Erick Álvarez Pereira.

\*\*José Sequeda, \*\*Nelson Muñoz, \*\*Enovaldo Herrera

\*\*\*Alvaro Aponte

\*Médico Dermatólogo Docente Universidad de Cartagena

\*\*Médico pediatra. Docente Universidad de Cartagena.

\*\*\*Residente 3 año Pediatría, Universidad de Cartagena

Institución: Universidad de Cartagena.

## Introducción

La infección por sífilis es un problema de salud pública en América Latina y el Caribe por la prevalencia de sífilis gestacional y la alta incidencia de sífilis congénita (alrededor de 164000 casos anuales).

La sífilis congénita ocurre cuando el *Treponema Pallidum* cruza la placenta durante el embarazo o por contacto con una lesión genital infectada durante el parto.

Las manifestaciones cutáneas de la sífilis congénita son relativamente comunes incluyen: lesiones vesículo-bulosas, condilomas lata, lesiones anulares y similares a los del eritema multiforme. Existe una variante de las lesiones bulosas denominada pénfigo sifilítico y ocurre principalmente en palmas y plantas, pero también puede ser generalizado. Comunicamos el caso de una lactante de 2 meses de vida, con antecedente de embarazo no controlado, a término, quien ingresa con lesiones descamativas en piel, con costras en manos y pies, compatibles con pénfigo sifilítico.

## Resultados

Lactante menor femenina de 2 meses . Hija de madre adolescente, embarazo no controlado nacida a término sin alteraciones.

La madre consultó por cuadro clínico de 3 días de evolución, consistente en lesiones cutáneas descamativas localizadas en tórax anterior, región palmar, y en dorso de ambos pies. Al examen físico destacaban lesiones descamativas y costras localizadas en pies (Figura 1) y en manos (Figura 2). El resto del examen físico fue considerado como normal.

En los exámenes de laboratorio se observó; VDRL: reactivo con 512 DILS, y además VDRL en LCR reactivo en 512 DILS con lo cual se confirmó el diagnóstico de sífilis congénita, además las lesiones descritas presentes en la piel fueron compatibles con pénfigo sifilítico. Fue valorada por oftalmología quien por medio de la realización de fondo de ojo descartó la posibilidad de retinitis. Tuvo buena respuesta al tratamiento con penicilina cristalina por 14 días.

## Conclusiones

La sífilis congénita es la infección cutánea y sistémica provocada por *Treponema pallidum*. A pesar de que la detección materna y su correcto tratamiento pueden evitar la sífilis congénita, en muchas partes del mundo aún hay casos de sífilis congénita.

Las manifestaciones mucocutáneas ocurren en un 15 - 60% de niños infectados. La lesión cutánea más común es el exantema maculopapular, otra forma de lesión cutánea es el pénfigo sifilítico que se caracteriza por erupción vesiculobulosa que también afecta palmas y plantas, las lesiones pueden tornarse hemorrágicas y al romperse dejan áreas denudadas que dan lugar a maceración y costras.

El pénfigo sifilítico era la manifestación cutánea más común y típica de la sífilis congénita en el pasado, y rara vez se ve hoy en día. Las vesículas pueden ser vistas desde el nacimiento o se producen en las primeras semanas de vida. Por lo general, se encuentran en las palmas y las plantas y, a veces son precedidos por pápulas de color rojo oscuro. Una pequeña ulceración puede observarse después de la ruptura de las vesículas y quedar cubierta por una corteza marrón.

## Materiales y métodos

Presentación de caso clínico en el Hospital Napoleón Franco Pareja, de Cartagena, Bolívar. Confrontando con artículos de revisión y otros reportes de caso, en búsqueda electrónica de las siguientes bases de datos: PUBMED, Med-Line, Cochrane, Embase.



Figura 1



Figura 2

## Referencias

1. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita / GPC-2014-41
2. JK Kim, et al. Congenital Syphilis Presenting with a Generalized Bullous and Pustular Eruption in a Premature Newborn. *Ann Dermatology* Vol. 23, Suppl. 1, 2011.
3. Arriagada D, Donoso A, Cruces P, Díaz F. Sífilis congénita: presentación como shock séptico después del período neonatal. *Rev. Chilena Infecto* 2012; 29 (5): 558-563.
4. Vargas Pérez K, Mena Cedillos C, Toledo Bahena M, Valencia A. Sífilis congénita, la gran simuladora. *Dermatol Rev Mex* 2014; 58:40-47.
5. Díaz, Jorge. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. *Revista chilena de infectología* 2013; 30(3), 303-310.