

## Pénfigo sifilítico: ¿pasado, presente o futuro?

J. Pérez-Pelegay<sup>a</sup>, M.P. Sánchez-Salas<sup>a</sup>, P. Ventura-Faci<sup>b</sup>, M.P. Grasa-Jordán<sup>a</sup> y F.J. Carapeto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. <sup>b</sup>Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Sr. Director:

La sífilis neonatal es una de las más importantes infecciones transmitidas de la madre al feto.

La Organización Mundial de la Salud estima que la sífilis materna es responsable en todo el mundo de 460.000 recién nacidos muertos o abortos, 270.000 casos de sífilis congénita y 270.000 de nacidos con bajo peso o prematuros.

La transmisión se produce desde que se establece la circulación útero-placentaria, aunque las manifestaciones no se producen hasta el cuarto mes por alteración de la organogénesis y fenómenos inmunológicos, en que generalmente se produce un aborto tardío.

Presentamos el caso de un recién nacido de 30 semanas de gestación, primer hijo común de una pareja joven, de padre español y madre rumana. Se realizó una única consulta prenatal de la que no constaba información en nuestro hospital.

A la inspección se apreciaba un recién nacido que impresionaba a término, con marcada distensión abdominal donde a la palpación destacaba una gran hepatomegalia y esplenomegalia, pero lo más llamativo eran grandes lesiones ampollosas de tamaño variable entre 1 y 5 cm que ocupaban la práctica totalidad de las plantas y las palmas (fig. 1), así como otras aisladas en pier-

nas y antebrazos de contenido blanco cremoso. Con un mayor detalle se apreciaba la fragilidad cutánea, sobre todo en el pie izquierdo y el tercer dedo del pie derecho, desprendiéndose a modo de dedo de guante (fig. 2).

En el resto de la superficie corporal se observaban lesiones eritemato-desquamativas, maculosas, papulosas, incluso alguna costrosa, sobre todo localizadas en la región cefálica, a nivel del surco intercililar, perinasal y peribucal, tronco, glúteos y sobre todo perianal (fig. 3); además de estrías atróficas cicatriciales radiales peribucales y perianales.

Ante la sospecha de infección perinatal (sífilis congénita) el niño pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, falleciendo a las 3 horas.

A los 2 días recibimos los resultados serológicos que confirmaban nuestra sospecha:

En el recién nacido: reaginina plasmática rápida (RPR): 1/128, prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA): 1/81.920, inmunoglobulina (Ig)M anti *Treponema pallidum*: 2,9.

En la madre: RPR: 1/32, TPHA: 1/81.920, absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes: 1/200, IgM anti *Treponema pallidum* 1, 519. El resto de las serologías eran negativas.

La sífilis congénita puede ocurrir tanto si una mujer con sífilis se queda

embaraza como si la madre se infecta durante el embarazo.

Según Thomas<sup>1</sup>, cuanto mayor ha sido la duración de la sífilis materna no tratada antes de que tenga lugar el embarazo menor será el riesgo para el feto.

Si la madre adquiere la infección en una fase avanzada del embarazo puede dar lugar a un recién nacido normal y las manifestaciones clínicas pueden no aparecer hasta semanas o meses más tarde. Por el contrario, si ocurre durante una fase temprana del embarazo puede dar lugar a un aborto o a un niño gravemente afectado.

El pénfigo sifilítico es un proceso poco frecuente en nuestro medio, pero se está produciendo un aumento de su incidencia, sobre todo en países en desarrollo y en países de Europa del este.

Los países desarrollados se están viendo afectados como consecuencia de los cambios poblacionales que está provocando la inmigración procedente de países subdesarrollados, la mayoría de ellos centroafricanos, pero también del este de Europa, arrastrando sus ideas, costumbres, junto con la precariedad laboral en la que algunos colectivos se encuentran.

Se han comunicado prevalencias del 3 al 19% en mujeres embarazadas en países en vías de desarrollo y las más altas en el sureste de África y sur del Sá-



Figura 1. Lesiones ampollosas que ocupan la totalidad de palmas y plantas.



Figura 2. Ampollas que se desprenden a modo de dedo de guante.



Figura 3. Lesiones eritematosas y descamativas periorificiales.

hara. El 42 % de las muertes fetales en Zambia se atribuyen a sífilis y el 30 % de todas las muertes perinatales se asocian a sífilis neonatal<sup>2</sup>.

En nuestro país, España, las cifras de sífilis en el adulto desde el año 1999 hasta 2004 aumentaron en aproximadamente un 75 %, con un número total de 675 casos por 100.000 habitantes en 1999 y 1.156 en 2004. En cuanto a los datos de sífilis congénita, el aumento que se produjo ha sido del 700 %, pasando de un número de 2 en 1999 a 16 en el año 2004, pasando por cifras de 9 en 2000, 8 en 2001, 15 en 2002 y 4 en 2003.

Durante el año 2004 las cifras han continuado aumentando, llegando incluso a describirse 12 casos sólo en la provincia de Málaga<sup>3</sup>. En el año 2005 se han publicado casos de neurosífilis en Madrid<sup>4</sup> y sífilis maligna en Galicia<sup>5</sup> y Madrid<sup>6</sup>. El último estudio sobre un brote epidemiológico ha sido llevado a cabo en Las Palmas de Gran Canaria<sup>7</sup>.

El aumento reciente de sífilis en Europa debe llevar a un mayor control en términos de detección y tratamiento precoz de las mujeres embarazadas afectadas, ya que la sífilis neonatal se puede prevenir con programas de educación sobre las enfermedades de transmisión sexual y un buen control prenatal (determinación obligatoria de la prueba del *Veneral Disease Research Laboratory* [VDRL] en la embarazada)<sup>8</sup>.

### Bibliografía

1. Berdasquera D, Fariñas AT, Ramos I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas un problema de salud a nivel mundial. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17:185-90.
2. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K. *Color atlas and synopsis of clinical dermatology.* 4th ed. Philadelphia: McGraw Hill Co; 2001. p. 889-904.
3. Barrera MV, Bosch RJ, Mendiola M, Frieyro M, Castillo R, Fernández A, et

- al. Reactivación de sífilis en Málaga. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:323-6.
4. Quesada A, Campos L, Rubio C, Martín MA, Herranz P, Arribas JR, et al. Tres casos de neurosífilis precoz en pacientes infectados por VIH. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:395-9.
5. Pérez Pérez L, Cabanillas M, Ginarte M, Sánchez Aguilar D, Toribio J. Sífilis maligna en un paciente con infección VIH. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:351-4.
6. Fernández Guarino M, Aldanondo Fernández de la Mora I, González García C, Harto Castaño A, Moreno Izquierdo R, Jaén Olasolo P. Sífilis maligna en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:400-3.
7. Vilar J, Dehesa L, Gómez Duaso AJ, Bastida J, Rivero P, Domínguez Silva J, et al. Estudio epidemiológico de un brote de sífilis en Las Palmas de Gran Canaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:466-9.
8. Grossman KL, Rasmussen JE. Recent advances in pediatric infectious disease and their impact on dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:379-89.

## Sarcoma de Kaposi clásico sobre linfedema secundario a un cateterismo

D. Barco, M. Alegre y A. Alomar

Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Sr. Director:

El sarcoma de Kaposi clásico (SKC) es una neoproliferación vascular típica de extremidades inferiores de pacientes ancianos. Se asocia al virus herpes 8 (VH8), aunque la alta prevalencia en países mediterráneos sugiere que otros factores ambientales son relevantes en su etiopatogenia.

Presentamos el caso de un varón de 59 años con placas y nódulos violáceos asintomáticos de un año de evolución en la extremidad inferior derecha (fig. 1). Se observa linfedema en la misma, que está presente desde la práctica de un cateterismo arterial femoral seis años antes, a raíz de un sangrado intestinal. El estudio histopatológico lesional muestra proliferación vascular de célu-

las fusiformes con hematíes disecando los haces de colágeno, compatible con sarcoma de Kaposi (SK). El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para el VH8. La angiorresonancia con contraste no muestra anomalías vascu-



Figura 1. Pápulas y nódulos violáceos de debut. Obsérvase el edema del miembro afectado.

lares ni fístulas arteriovenosas en las extremidades inferiores. Se administraron diez ciclos de doxorubicina liposomal de 20 mg/m<sup>2</sup>/tres semanas, y se obtuvo la remisión clínica completa (fig. 2).



Figura 2. Aspecto clínico de las lesiones tras el tratamiento.