

Resolución del caso presentado en el número anterior

Sífilis primaria: chancro de inoculación

Primary stage syphilis: chancre

M. Inés Sormani^a , Ana Buchovsky^b , Juliana Carrafancq^c , Pedro Núñez^d

Resumen del caso clínico

Adolescente de 14 años que consultó por adenomegalia submaxilar derecha. El paciente vivía con su familia en el Gran Buenos Aires y concurría a la escuela secundaria. Refería haber iniciado relaciones sexuales aproximadamente 4 semanas previas al inicio de los síntomas, sin tomar medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual. Al momento de la consulta, lucía en buen estado general. Los únicos hallazgos positivos fueron la presencia de una adenomegalia submaxilar derecha, de consistencia dura, indolora, sin eritema perilesional, de aproximadamente 3 cm × 3 cm. Presentaba, además, una adenopatía en la región laterocervical izquierda, de menor tamaño y consistencia. En el labio inferior, se observaba una única lesión ulcerada, indolora, de bordes definidos, de coloración rosada y seca (*Figura 1*). El paciente refería que la lesión en el labio había coincidido con la aparición de la adenomegalia submaxilar. Negaba haber padecido signos o síntomas de compromiso sistémico. Los signos vitales al momento del examen físico eran normales, al igual que los datos antropométricos

de peso y talla. Tenía, además, inmunizaciones adecuadas según calendario nacional.

El panel serológico fue negativo para VIH, hepatitis B (HbsAg-anticore), hepatitis C y *Toxoplasma gondii*, con evidencia de infección pasada por citomegalovirus y virus de Epstein-Barr. Las pruebas treponémicas y no treponémicas (VDRL) reactivas confirmaron el diagnóstico de sífilis primaria y, acorde con las normas nacionales, recibió tratamiento con penicilina G benzatínica 2 400 000 UI intramuscular (única dosis). El paciente reportó haber padecido reacción de Jarisch-Herxheimer leve, caracterizada por fiebre (temperatura axilar 38,1 °C), la cual cedió espontáneamente. Cinco meses después de haber recibido el tratamiento, se pudo comprobar la remisión de la adenomegalia y la lesión labial en proceso de cicatrización (*Figura 2*). La VDRL fue no reactiva a los 5 meses (*Tabla 1*). Se lo aconsejó sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y promoción de la salud sexual y reproductiva.

- a. Servicio de Control Epidemiológico e Infectología.
b. Laboratorio Central, Sector Serología.
c. Servicio de Bajo Riesgo.
d. Servicio de Emergencia.
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

M. Inés Sormani: mariainessor@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 7-1-2021

Aceptado: 9-9-2021

Cómo citar: Sormani MI, Buchovsky A, Carrafancq J, Núñez P. Sífilis primaria: chancro de inoculación. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(2):e102-e103.

FIGURA 1. Lesión en labio inferior



FIGURA 2. Lesión en resolución luego del tratamiento



TABLA 1. Perfil serológico del paciente

Fecha	VDRL	VIH
11/05/2020	4 dils	No reactivo
16/10/2020	No reactiva	No reactivo

VDRL: prueba no treponémica para sífilis;
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Sífilis primaria y sus diagnósticos diferenciales

La adenitis supurativa por *Streptococcus pyogenes* puede atribuirse a la diseminación de un foco cutáneo subyacente (impétigo) o luego de una infección del tracto respiratorio superior (coriza o faringitis). Los ganglios afectados suelen estar tensos y calientes, y son dolorosos a la palpación. El compromiso sistémico está caracterizado por la fiebre alta y signos de toxicidad.¹

En niños mayores y adultos, la faringitis es una manifestación común de la infección primaria ocasionada por el virus herpes simple, que puede ser clínicamente indistinguible de otras infecciones virales o bacterianas; algunas veces se asocia a adenopatía localizada dolorosa, en general sin signos inflamatorios.¹

Aunque la linfadenopatía generalizada es común en infección por el virus de Epstein-Barr, la adenitis cervical es prominente y está presente en el 90 % de los niños, siendo usualmente bilateral. En el 75 % de los pacientes se observa esplenomegalia moderada.¹

La tuberculosis ganglionar es la forma extrapulmonar más frecuente en niños. La linfadenopatía inguinal, epitroclear o axilar habitualmente están asociadas a tuberculosis cutánea o esquelética, y ocurren raramente en niños. El compromiso sistémico está ausente y el único signo puede ser fiebre de bajo grado. El antecedente epidemiológico de exposición a un caso de tuberculosis puede ser determinante para establecer el diagnóstico.²

En la sífilis primaria, la principal manifestación clínica es el chancro de inoculación, caracterizado por ser una lesión ulcerada, indolora, usualmente única, que se observa 2 a 3 semanas posteriores al contacto con una persona con una lesión infectante. En los hombres, la localización peneana es la más frecuente; las lesiones pueden localizarse en cualquier otro sitio y pasar inadvertida, como ocurre en las mujeres con la localización vaginal o en el cuello uterino. La lesión primaria suele estar acompañada de una adenomegalia regional indolora. Sin tratamiento, la lesión primaria se resuelve de manera espontánea en 3 a 6 semanas.³ El tratamiento tiene por objeto, eliminar la treponema, prevenir el desarrollo de las complicaciones y la diseminación de la enfermedad. En sífilis primaria, secundaria y latente temprana (< 1 año), el tratamiento de elección lo constituye la penicilina G benzatínica 50 000 UI/kg intramuscular (dosis máxima 2,4 millones) en una única dosis, aplicada en el cuadrante superoexterno de la región glútea.⁴ La reacción de Jarisch-Herxheimer se estima que se debe a una rápida reducción de la carga de treponemas, pudiendo ocurrir en el 50 % y el 70 % respectivamente del tratamiento de sífilis primaria y secundaria.⁵ ■

REFERENCIAS

1. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. Red Book 2018: report of the Committee on Infectious Diseases. 31^a ed. Itasca, Ill: American Academy of Pediatrics; 2018.
2. Rawstron SA, Hawkes SJ. T pallidum (Syphilis). En: Long SS, Prober ChG, Fisher M (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. Págs.969-77.
3. Hook EW 3rd. Syphilis. *Lancet*. 2017; 389(10078):1550-7.
4. Argentina. Ministerio de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis. Recomendaciones para el equipo de salud. 2019. [Acceso: 9 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/diagnostico-y-tratamiento-de-sifilis-recomendaciones-para-equipos-de-salud>
5. Mindel A, Estcourt C. Syphilis. En: Stanberry LR, Bernstein DI (eds). Sexually Transmitted Diseases. Vaccines, Prevention and Control. London: Academic Press; 2000. Págs.387-420.