

TRABAJOS ORIGINALES

# Sífilis en la infancia: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico

## Syphilis in childhood: a retrospective study in a pediatric hospital

Romina Lucrecia Tellería<sup>1</sup>, Valeria Dumondín<sup>2</sup>, Ana Cirio<sup>3</sup>, María Marta Buján<sup>4</sup>, Marina Costa<sup>5</sup>, Ana Buchovsky<sup>5</sup>, Griselda Berberian<sup>6</sup> y Andrea Bettina Cervini<sup>7</sup>

*Premio Aarón Kaminsky 2016*

### RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infecciosa prevenible causada por el *Treponema pallidum*. Se transmite por contacto sexual, en forma transplacentaria o durante el trabajo de parto. En la última década, se ha registrado un aumento de los casos de sífilis primaria y secundaria en todo el mundo, pero no hay datos oficiales sobre la sífilis adquirida en la infancia.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal que incluyó a 68 pacientes menores de 18 años con diagnóstico y tratamiento de sífilis en el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015.

Según la forma de transmisión, 40% fueron sífilis congénita y 60%, sífilis adquirida. Entre las adquiridas, en el 17% de los pacientes se pudo constatar abuso sexual. En el caso de la sífilis congénita, la manifestación cutánea más frecuente fue la descamación palmoplantar (30%) y, en la sífilis

adquirida, los condilomas planos (87%). En cuanto a las manifestaciones sistémicas, en la sífilis congénita se destacó el compromiso de los huesos largos (48%), y en la sífilis adquirida en estadio secundario, las poliadenopatías (61%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con penicilina según consensos nacionales. Se perdió el seguimiento en el 56% de los pacientes. En nuestra casuística observamos más cantidad de casos de sífilis adquirida, lo que podría deberse a que no contamos con una sala de maternidad en el hospital. Este trabajo pone en evidencia las fallas que existen en el sistema de salud en los controles prenatales y posnatales, y también en la educación sexual de la población.

**Palabras clave:** sífilis congénita, sífilis adquirida, infancia.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (2):66-72

### ABSTRACT

*Syphilis is a preventable infectious disease caused by the Treponema pallidum. It is transmitted by sexual activity, transplacentally or during childbirth. In the last decade, there has been an increase in cases of primary and secondary syphilis worldwide, without there existing any official data of the disease acquired during infancy.*

*A descriptive, retrospective, observational and cross-sectional study of 68 patients with diagnosis and treatment of syphilis in our hospital was carried out from January 2011 to December 2015.*

*According to the mode of transmission, 40% were cases of congenital syphilis and 60% acquired syphilis. Among the patients with acquired syphilis, 17% were found to have been sexually abused. Within the most common cutaneous manifestation in congenital syphilis was the palmo-*

*plantar desquamation (30%) and condylomata (87%) in acquired syphilis. As for systemic manifestations, in congenital syphilis long bones have been affected (48%) and lymphadenopathy (61%) in acquired secondary syphilis. All patients were treated with penicillin according to national consensus. Follow-up was lost in 56% of patients.*

*In conclusion, cases of acquired syphilis are more common within our facilities. Our work highlights the flaws that exist in the healthcare system, such as pre and postnatal screening and the sexual education of the population.*

**Key words:** congenital syphilis, acquired syphilis, childhood.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (2):66-72

<sup>1</sup> Médica Residente, Servicio de Dermatología Pediátrica

<sup>2</sup> Médica Becaria, Servicio de Dermatología Pediátrica

<sup>3</sup> Jefa de Residentes, Servicio de Dermatología Pediátrica

<sup>4</sup> Médica Asistente, Servicio de Dermatología Pediátrica

<sup>5</sup> Bioquímica, Laboratorio de Serología

<sup>6</sup> Médica Asistente, Servicio de Infectología

<sup>7</sup> Jefa del Servicio de Dermatología Pediátrica

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, CABA, Argentina

Contacto del autor: Romina Lucrecia Tellería

E-mail: romitelleria@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 25/10/2016

Fecha de trabajo aceptado: 28/3/2017

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa prevenible causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que se transmite generalmente por contacto sexual, durante el embarazo o en el trabajo de parto. Los principales factores de riesgo para adquirir la enfermedad son la promiscuidad, el consumo de drogas ilícitas, otras enfermedades de transmisión sexual, el inicio de la actividad sexual a edad temprana y los defectos en los programas de control prenatal<sup>1,2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se producen en el mundo 10,6 millones de casos nuevos de sífilis en adultos<sup>3</sup>, observando, desde 2001, un aumento de las tasas de sífilis primaria y secundaria principalmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres<sup>4</sup>.

Con respecto a la sífilis en la infancia en la Argentina, se ha incrementado la tasa de sífilis congénita en los últimos años, con una incidencia de 0,93 por cada 1.000 recién nacidos vivos en 2009 y de 1,32 en 2014<sup>5</sup>. En 2016, según el Boletín Oficial de Vigilancia Epidemiológica, se comunicaron 457 casos de sífilis congénita confirmados hasta la semana 27 (desde el 3/1/2016 hasta el 9/7/2016)<sup>6</sup>, 3.898 casos con sífilis temprana y no especificada en mujeres para esa misma semana epidemiológica y 2.423 casos confirmados en hombres. Cabe destacar que ese Boletín no discrimina la edad de los pacientes, por lo que no se puede saber si alguno de estos hombres o mujeres con sífilis adquirida confirmada pertenecía a la edad pediátrica<sup>6</sup>.

La ausencia de datos oficiales en el país con respecto a la sífilis en la infancia nos motivó a realizar esta investigación.

## OBJETIVOS

1. Determinar el número total de casos pediátricos de sífilis diagnosticados y tratados en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015.
2. Describir las características demográficas de esa población.
3. Describir las vías de transmisión y las manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes.
4. Identificar la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

## DISEÑO

Descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que presentaban VDRL cuantitativa  $\geq 1$  dil evaluados en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015.

Se incluyeron:

- Todos los niños (0 a 18 años) con pruebas no treponémicas (VDRL modificada)  $\geq 1$  dil que realizaron tratamiento completo en nuestro hospital.

Se excluyeron:

- Recién nacidos cuyas madres fueron adecuadamente tratadas durante el embarazo y con títulos cuatro veces menores que los de la madre.
- Niños con pruebas no treponémicas con resultados falsos positivos confirmados con pruebas treponémicas (FTA abs).
- Pacientes de los que no se pudieron obtener los datos de la historia clínica.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad de diagnóstico, vías de transmisión, serologías de la madre durante el embarazo, coinfección con otras ITS, manifestaciones cutáneas y sistémicas, exámenes complementarios (pruebas no treponémicas, pruebas treponémicas, hemograma, hepatograma, orina completa, radiografía de huesos largos, punción lumbar y valoración auditiva), tratamiento instaurado y seguimiento.

## RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015 se obtuvieron 296 mediciones de pacientes con VDRL  $\geq 1$  dil en nuestro laboratorio, de los cuales se excluyeron 11 pacientes cuyas madres fueron correctamente tratadas y que presentaban títulos cuatro veces menores que los de la madre, 43 pacientes con resultados falsos positivos, 61 pacientes que realizaron tratamiento completo en otro hospital, 9 pacientes en los cuales no se recabaron datos en la historia clínica y 104 pacientes adultos (progenitores); el tamaño final de nuestra población fue de 68 pacientes (Gráfico 1).

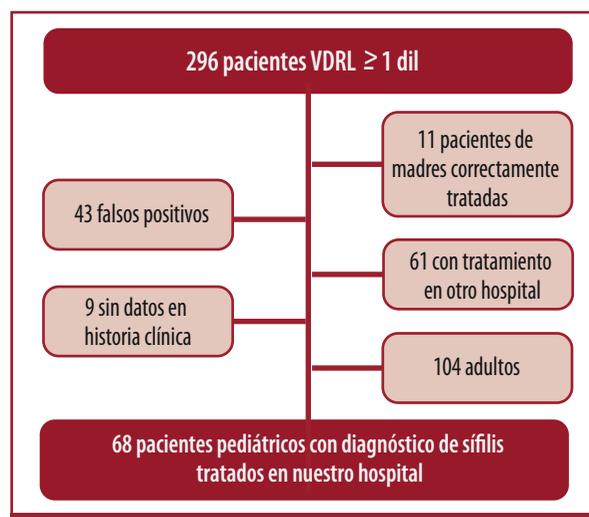


GRÁFICO 1: Pacientes con VDRL  $\geq 1$  dil y casos de sífilis diagnosticados y tratados en nuestro hospital.

La población estudiada fue dividida en dos grupos de acuerdo con la forma de transmisión: grupo 1 o sífilis congénita (SC) 40% (27 p) y grupo 2 o sífilis adquirida (SA) 60% (41 p). Los datos demográficos de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

	Sífilis congénita (n: pacientes)	Sífilis adquirida (n: pacientes)
Sexo	Femenino: 14 Masculino: 13	Femenino: 26 Masculino: 15
Media de edad del diagnóstico	8 meses (1 d - 3 a y 7 m)	11,5 años (9 m - 17 a)
Pacientes diagnosticados por año	2011: 4 2012: 4 2013: 4 2014: 6 2015: 9	2011: 3 2012: 4 2013: 7 2014: 12 2015: 15

**TABLA 1:** Datos demográficos.

### Grupo 1. Sífilis congénita (27 p)

En este grupo, el 63% (17 p) de las madres presentaban pruebas no treponémicas positivas. El diagnóstico se realizó durante el embarazo en el 33% (9 p) y luego del parto en el 30% (8 p) de los casos. Del 37% (10 p) restante no se pudieron recabar los datos maternos del embarazo en la historia clínica, pero dado que los pacientes presentaban compromiso óseo, se asumieron como sífilis congénita.

De los 27 pacientes con sífilis congénita, 93% (25 p) fueron sífilis tempranas y 7% (2 p), sífilis tardías.

Las manifestaciones cutáneas, en orden de frecuencia, fueron: descamación palmoplantar 30% (8 p), condilomas planos 22% (6 p), sífilides papulares palmoplantares 11% (3 p), sífilides maculares 4% (1 p), sífilides opalinas 4% (1 p), rinitis 4% (1 p) y alopecia 4% (1 p) (Gráfico 2).

En cuanto a las manifestaciones sistémicas, se destacaron el compromiso de los huesos largos 48% (13 p), neurosífilis 18% (5 p), poliadenopatías 18% (5 p), esplenomegalia 18% (5 p), hepatomegalia 11% (3 p), hepatoesplenomegalia 4% (1 p) y compromiso ocular (retinopatía) 4% (1 p) (Gráfico 3).

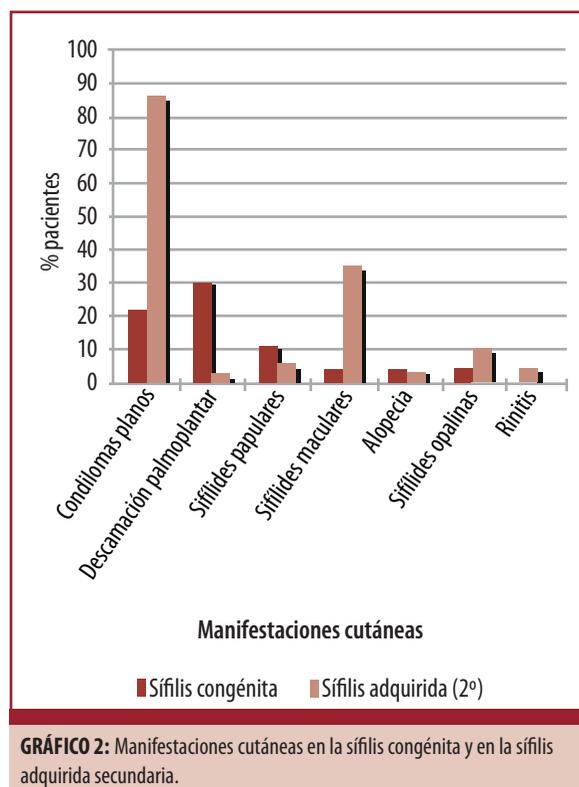
Cinco pacientes tuvieron VDRL positiva en el líquido cefalorraquídeo (LCR), pero solo uno de ellos presentó compromiso neurológico, que fue el síntoma que motivó la consulta (radiculitis lumbosacra). De los 13 pacientes (48%) con compromiso óseo, únicamente 2 se manifestaron con impotencia funcional del miembro afectado, presentándose en los restantes como un hallazgo radiológico (periostitis). Con respecto a los resultados de laboratorio, se observaron

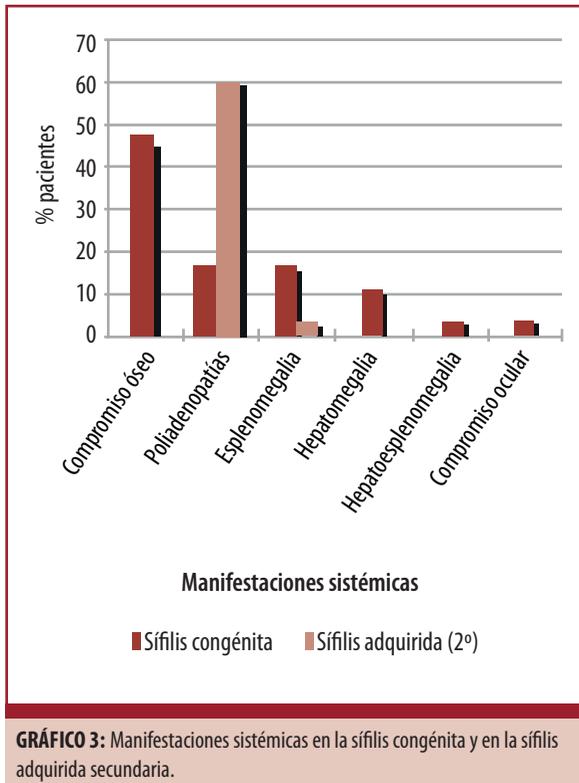
anemia 29% (8 p), alteración del hepatograma 26% (7 p) y plaquetopenia 11% (3 p). En todos los casos la orina completa fue normal. La evaluación auditiva (otoemisiones acústicas) se realizó en 11 pacientes y se halló alterada en 3 pacientes.

### Grupo 2. Sífilis adquirida (41 p)

En el grupo de la sífilis adquirida (41 p), se constató que el contagio se produjo por abuso sexual en el 17% (7 p), debido a relaciones sexuales consentidas en el 61% (25 p) y no se pudo determinar la forma de transmisión en el 22% (9 p) de los casos. El 10% (4 p) se encontraba en la etapa de sífilis primaria; el 75% (31 p), en la secundaria, y el 15% (6 p), en la latente temprana.

Las manifestaciones cutáneas más frecuentes en el estadio secundario (31 p) fueron los condilomas planos 87% (27 p) y las sífilides maculares 35% (11 p), siguiendo en orden de frecuencia, sífilides opalinas 10% (3 p), sífilides papulares 6% (2 p), alopecia 3% (1 p) y descamación palmoplantar 3% (1 p). El chancro se observó en los 4 pacientes del estadio primario (Gráfico 2). En cuanto a las manifestaciones sistémicas en la sífilis adquirida estadio secundario, predominaron las poliadenopatías en 61% (19 p) y 3% (1 p) presentaron esplenomegalia. Se realizó punción lumbar en 11 pacientes; solo uno presentó VDRL positiva en el líquido cefalorraquídeo y ninguno manifestó síntomas de compromiso neurológico (Gráfico 3).





**GRÁFICO 3:** Manifestaciones sistémicas en la sífilis congénita y en la sífilis adquirida secundaria.

En el laboratorio se observó anemia en 32% (10 p), plaquetopenia en 3% (1 p) y alteración del hepatograma en 3% (1 p) de los casos. La orina completa fue normal en todos los pacientes.

A los pacientes de ambos grupos se les solicitaron serologías para otras ITS (HIV, HBV y HCV), uno resultó HIV positivo de transmisión vertical, y otro paciente presentaba antecedentes de herpes genital (SA).

Todos los pacientes recibieron tratamiento con penicilina según los consensos nacionales.

Se realizó el seguimiento en nuestra institución en el 32% (22 p) de los pacientes con sífilis congénita y adquirida; de los restantes, el 12% (8 p) se derivaron a otro centro y se perdió el seguimiento en el 56% (38 p) de los casos.

## COMENTARIOS

La sífilis congénita se produce cuando *Treponema pallidum* cruza la placenta durante el embarazo<sup>1,2</sup> o el trabajo de parto; se divide en: temprana, cuando los síntomas aparecen durante los dos primeros años de vida, y tardía, si aparecen después<sup>7</sup>. Hasta un 60% de los recién nacidos son asintomáticos y manifiestan los primeros síntomas entre la segunda y la sexta semana de vida<sup>1,7</sup>.

Según la literatura, se describe que el 70%<sup>2</sup> de los pacientes con SC temprana presentan lesiones mucocutáneas (sífilides maculares, condilomas planos, pénfigo sífilítico, sífilides papulares, descamación palmoplantar, sífilides opalinas, rágades, alopecia, rinitis).

Sin embargo, nosotros encontramos una cifra menor, ya que solo el 45% (12 p) de los niños presentaban compromiso cutáneo. En cuanto a las manifestaciones sistémicas en este grupo, se describe en la literatura que el 60 al 80%<sup>2</sup> de los pacientes no tratados presentan compromiso óseo (periostitis y osteocondritis), el cual puede ser muy doloroso y causar impotencia funcional (seudoparálisis de Parrot) en un 15%<sup>2</sup> de los pacientes. En nuestro trabajo, el compromiso óseo también fue la manifestación sistémica más frecuente observada en el 48% de los pacientes (Foto 1).

De acuerdo con la literatura internacional, le siguen en orden de frecuencia la hepatomegalia (51%) y la esplenomegalia (49%)<sup>1</sup>, cifras que no coinciden con nuestra casuística, ya que encontramos esplenomegalia en el 18%, hepatomegalia en el 11% y hepatoesplenomegalia en el 4% de los casos.

El compromiso del sistema nervioso central (neurosífilis) es casi siempre asintomático<sup>2</sup>, ocasionalmente se manifiesta como meningitis, hidrocefalia, parálisis de pares craneales, retraso madurativo y convulsiones. Otras manifestaciones posibles son: coriorretinitis, retinitis, iritis, glaucoma, neumonía alba, síndrome nefrótico, pancreatitis y miocarditis<sup>1,2</sup>. En nuestro estudio, 5 pacientes (18%) tuvieron neurosífilis, de los cuales uno se manifestó con radiculitis lumbosacra y uno, con retinopatía. En cuanto a los estudios de laboratorio en la literatura se describen, en orden de frecuencia, anemia (58%), plaquetopenia (40%) y linfadenopatías (14%)<sup>2</sup>. Nosotros encontramos anemia (29%), plaquetopenia (11%) y poliadenopatías (18%).

La sífilis congénita tardía se presenta en el 40% de los niños no tratados<sup>2</sup> con nariz en silla de montar; paladar ojival; protrusión mandibular; tibias en sable; prominencia frontal; engrosamiento de clavículas; compromiso articular, ocular y del sistema nervioso central; y anomalías dentales (dientes de Hutchinson y molares en mora)<sup>8</sup>.



**FOTO 1:** Periostitis.

La sífilis adquirida se transmite principalmente por contacto sexual dentro de los 30 a 90 días posteriores al contacto con una persona infectada<sup>2,9</sup> y presenta dos estadios: 1) sífilis temprana y 2) sífilis tardía. En la literatura no hemos encontrado trabajos de investigación con respecto a la sífilis adquirida en la edad pediátrica, motivo por el cual nuestros hallazgos no pueden compararse con otras casuísticas. En nuestro estudio, de los 41 pacientes con sífilis adquirida, 10% se encontraban en la etapa primaria, 75% en la secundaria y 15% en la latente temprana. Luego de un período de incubación de entre 10 y 90 días (media 21 días)<sup>4</sup>, aparece el chancro en el sitio de inoculación. En nuestro trabajo, de los 4 pacientes que presentaron chancros, 3 se ubicaron en el área genital y 1, en la mucosa bucal. Las manifestaciones de sífilis secundaria aparecen

dentro de los 6 meses de adquirida la enfermedad<sup>10</sup>. Puede comenzar con malestar general, febrícula, cefalea, mialgias, hepatoesplenomegalia con aumento leve de transaminasas e ictericia. También se describen adenopatías generalizadas e indoloras en el 70 al 85% de los pacientes<sup>11</sup>. En nuestro trabajo, en el grupo de sífilis adquirida no observamos alteraciones hepáticas y solo un paciente presentó esplenomegalia. La presencia de poliadenopatías se registró en el 61% de los pacientes. En nuestra casuística, 87% de los pacientes con sífilis adquirida presentaron condilomas planos (Foto 2), 35% sífilides maculares (Foto 3), 10% sífilides opalinas (Foto 4), 6% sífilides papulares palmoplantares, 3% descamación palmoplantar y 3% alopecia del cuero cabelludo (Foto 5).



FOTO 2: Condilomas planos en la región perianal.



FOTO 3: Sífilides maculares en el dorso.



FOTO 4: Sífilides opalinas.

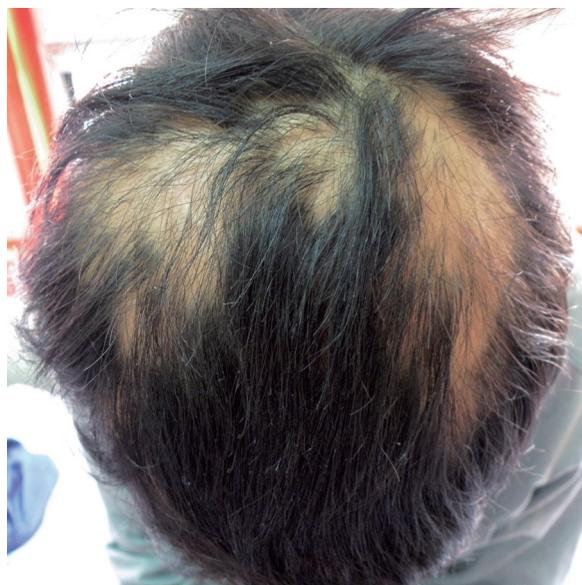


FOTO 5: Alopecia del cuero cabelludo.

La neurosífilis se presenta en el 30% de los pacientes con sífilis secundaria, cursa la mayoría de las veces en forma asintomática, aunque en ocasiones presenta meningitis, parálisis de pares craneales o compromiso del sistema nervioso periférico<sup>6</sup>. En nuestra casuística, se realizó punción lumbar en 11 pacientes, de los cuales solo uno presentó VDRL positiva y ninguno tuvo manifestaciones neurológicas.

La identificación de ITS en los niños más allá del período neonatal, como la sífilis, sugiere fuertemente un abuso sexual. Deben ser abordados en forma multidisciplinaria por pediatría, servicio social y salud mental; y realizar las pruebas diagnósticas de otras ITS. Asimismo, hay que tener presente que se describieron casos esporádicos en la literatura de otros modos de transmisión<sup>12</sup>. En los adolescentes, las estrategias sanitarias deben ser encaminadas para lograr una mayor accesibilidad a la información sobre las prácticas sexuales seguras para evitar tanto las enfermedades de transmisión sexual como los embarazos no deseados.

El diagnóstico de sífilis (congénita o adquirida) se basa en la sospecha clínica y se confirma con estudios de laboratorio. En el caso de la sífilis adquirida, el diagnóstico se basa en<sup>2</sup>:

1. Confirmación directa de la presencia de *Treponema pallidum* en muestras obtenidas del chancro o de lesiones mucosas de la sífilis secundaria.

2. Pruebas no treponémicas positivas (VDRL o RPR) en presencia de manifestaciones clínicas compatibles con sífilis.

3. Pruebas no treponémicas positivas (VDRL o RPR) y pruebas treponémicas positivas (FTA-abs o TPHA) sin manifestaciones clínicas.

En 1 a 2% de los casos las pruebas no treponémicas pueden dar resultados positivos falsos. Esto sucede en embarazadas, o en presencia de enfermedades autoinmunes u oncológicas, entre otras<sup>8</sup>, hecho que sucedió al inicio de nuestro muestrario y se debió descartar a esos pacientes.

Con respecto a la sífilis congénita, según los CDC<sup>13</sup> se define como:

**Caso confirmado:** recién nacido en el que se identifica *Treponema pallidum* por campo oscuro en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

**Caso altamente probable:** 1) ante evidencia de sífilis congénita en el examen físico o 2) una prueba no treponémica con títulos cuatro veces mayores que los de la madre.

**Caso presuntivo o posible:** cualquier neonato que presenta un examen físico normal, con pruebas no treponémicas en títulos iguales o cuatro veces menores que los de la madre y uno de los siguientes:

1. La madre no fue tratada, o no tiene documentación de haber recibido tratamiento o

2. La madre recibió tratamiento con otro régimen penicilínico o

3. La madre recibió tratamiento completo, pero antes de las 4 semanas anteriores al parto.

Los exámenes complementarios que deben solicitarse a los pacientes con sospecha de sífilis congénita son: serologías materna (VDRL y pruebas treponémicas) y del neonato (VDRL y otras ITS: HIV, HCV, HBV), radiografías de huesos largos, punción lumbar (citoquímico y VDRL), hemograma, hepatograma y orina completa. De acuerdo con la sintomatología asociada, se solicita radiografía de tórax, ecografía cerebral, y valoración visual y auditiva<sup>2</sup>.

En cuanto al tratamiento, la penicilina G es de elección en todas las etapas de la enfermedad, sin que se haya registrado hasta ahora resistencia al tratamiento.

El seguimiento de los pacientes con sífilis se realiza con pruebas no treponémicas y se repiten hasta que sean negativas. En la sífilis adquirida temprana se solicitan pruebas no treponémicas a los 3, 6 y 12 meses luego del tratamiento. Aquellos con sífilis tardía se seguirán hasta los 24 meses. En los pacientes tratados por sífilis congénita, se realizarán pruebas no treponémicas al mes y a los 2, 3, 6 y 12 meses<sup>2,4,14</sup>.

## CONCLUSIONES

En los últimos años hemos encontrado un aumento de los casos de sífilis. Si bien se trata de una enfermedad prevenible, fácil de diagnosticar y de tratar, las estadísticas nacionales e internacionales, y nuestro trabajo, muestran que continúa en aumento, lo que destaca la importancia de que existan políticas sanitarias que garanticen el acceso universal al sistema de salud, con un correcto control prenatal y posnatal de las embarazadas, y la educación sexual de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Forero Laguado N, Peña García MJ. Enfoque global de la sífilis congénita. *Med Uis* 2011;24:201-215.
2. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16:245-257.
3. World Health Organization, Global incidence and prevalence of selected sexually transmitted infections 2008. En: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en>; consultado el 28 de agosto de 2016.
4. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the modern era: an update for physicians. *Infect Dis Clin North Am* 2013;27:705-722.
5. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2015. En: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18373>; consultado el 27 de agosto de 2016.

6. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Boletín integrado de vigilancia 322-SE32-Agosto de 2016. En: <http://www.msar.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>, consultado el 27 de agosto de 2016.
7. Herremans T, Kortbeek J, Notermans DW. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2010;29:495-501.
8. Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: a re-emerging infection. *Am Fam Physician* 2012; 86:433-440.
9. Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Dermatol. Argent* 2011;17:156-159.
10. Comisión de SIDA y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología. Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En: <http://www.sadi.org.ar/recomendaciones-y-consensos/item/49-primer-consenso-de-diagnostico-tratamiento-y-prevencion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual>; consultado el 22 de septiembre de 2016.
11. Balagula Y, Mattei PL, Wisco OJ, Erdag G, et al. The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol* 2014;53:1434-1441.
12. Long FQ, Wang QQ, Jiang J, Zhang JP, et al. Acquired secondary syphilis in preschool children by nonsexual close contact. *Sex Transm Dis* 2012;39:588-590.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis. En: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>; consultado el 28 de agosto de 2016.
14. Phiske MM. Current trends in congenital syphilis. *Indian J Sex Transm Dis* 2014;35:12-20.

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### ★ Mitos y verdades. TABACO Y PIEL

Victoria Gaete Orueta y Silvia Alejandra Mársico

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, CABA, Argentina



1. El hábito tabáquico aumenta la incidencia de melanoma, pero no tiene implicaciones en el pronóstico de esa neoplasia.

**MITO:** en los últimos años se pudo constatar la influencia del tabaco sobre la incidencia y el pronóstico del melanoma. Entre 2003 y 2007 se publicaron dos estudios que demuestran que el hábito tabáquico no aumenta la incidencia de esta neoplasia. Sin embargo, se observó que los pacientes fumadores con diagnóstico de melanoma presentan mayor riesgo de metástasis y de mortalidad.

2. La nicotina favorece el desarrollo de úlceras bucales.

**MITO:** numerosos trabajos han estudiado el efecto beneficioso del hábito tabáquico sobre las aftas bucales. Se propone que el tabaco produce una hiperqueratinización de la mucosa bucal que evita los microtraumatismos desencadenantes de las aftas. La segunda hipótesis se basa en el efecto de la nicotina como moduladora de la respuesta inmunitaria local. Esta induciría la anergia de las células T, inhibiría la síntesis de las interleuquinas proinflamatorias y estimularía la síntesis del cortisol.

3. Fumar acelera el envejecimiento cutáneo.

**VERDAD:** la piel del fumador se encuentra expuesta al humo del cigarrillo, a sus toxinas y al calor. Esto provoca una disminución de la hidratación del estrato córneo e incrementa la eslastosis. El tabaco estimula la síntesis de metaloproteasas, que degradan la elastina. A su vez, en la dermis de los fumadores se observa una mayor densidad de fibras elásticas. Este efecto degenerativo es directamente proporcional al grado de consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rampoldi R, Querejeta M, Larreborges A. Efectos del tabaco sobre la piel. *Act Terap Dermatol* 2005;28:32.
2. Freedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Rao RS, et al. Risk of melanoma in relation to smoking, alcohol intake, and other factors in a large occupational cohort. *Cancer Causes Control* 2003;14:847-857.
3. Frances C, Boisnic S, Hartmann DJ, Dautzenberg B, et al. Changes in the elastic tissue of the non-sun-exposed skin of cigarette smokers. *Br J Dermatol* 1991;125:43-47.
4. Just-Sarobé M. Hábito de fumar y piel. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:173-184.
5. Motamedi MR, Golestannejad Z. Use of pure nicotine for the treatment of aphthous ulcers. *Dent Res J* 2015;12:197-198.