

Placa alopécica en el cuero cabelludo como única manifestación de una infección de transmisión sexual

Short-standing plaque of alopecia on the scalp as the only manifestation of a sexually transmitted infection

Gianina Anabella Coletto¹, Gabriela Delia Arzalluz¹, Laura Cantú Parra² y Florencia Díaz²

¹ Médica Residente de Dermatología

² Médica Dermatóloga

Servicio de Dermatología, Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Contacto de la autora: Gianina Coletto

Email: gianinacoletto@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 28/11/2022

Fecha de trabajo aceptado: 14/6/2023

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

Dermatol. Argent. 2023; 29(2): 95-96

CASO CLÍNICO

Una paciente de 55 años, con antecedente de artritis reumatoide de 5 años de evolución, en tratamiento con metilprednisona 8 mg/día, consultó en nuestro servicio por caída del cabello de 3 meses de evolución.

En el examen físico presentaba disminución generalizada del cabello y pelo corto con patrón apolillado en la zona temporal. La maniobra de pilotracción fue negativa (Foto 1). En la tricoscopia se evidenció una disminución de la densidad capilar (un pelo por folículo), tallos de diámetro variable, pelos vellosos y pelos en zigzag. No se observaron otras lesiones en la piel ni en las mucosas (Foto 2). Ante la sospecha de sífilis, se interrogó nuevamente sobre la presencia de lesiones previas en el área genital, las cuales fueron confirmadas por la paciente y se autolimitaron al cabo de pocas semanas.

Se solicitó analítica general, perfil tiroideo y serologías virales (VHB, VIH, VHC), y VDRL para descartar otras causas de alopecia e infecciones de transmisión se-

xual. Las serologías virales fueron negativas. La VDRL fue positiva (1/64 dils) y la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* resultó reactiva.

La paciente presentó una buena evolución clínica, con una repoblación total a los 4 meses con el tratamiento instaurado (Foto 3).



FOTO 1: Alopecia de patrón apolillado.

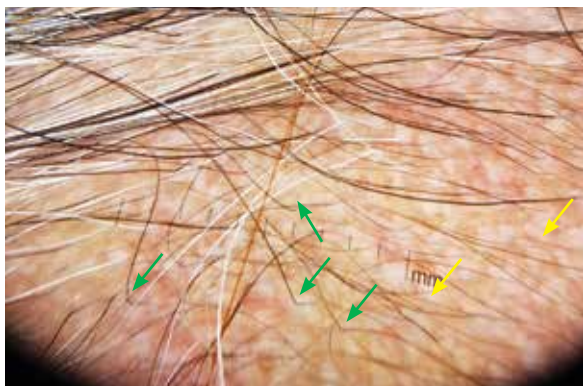


FOTO 2: Tricoscopia: disminución de la densidad, un pelo por folículo, diámetro variable, pelo vellosos (flecha amarilla) y pelos en codo (flecha verde) (HyE, 10X).



FOTO 3: Repoblación completa luego del tratamiento con penicilina G benzatínica.

DIAGNÓSTICO

Sífilis de tiempo indeterminado.

En nuestro caso, como no fue posible establecer el tiempo de evolución transcurrido desde la presentación de las lesiones genitales, se interpretó el cuadro como sífilis de tiempo indeterminado y se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI, tres dosis, por vía intramuscular.

COMENTARIOS

La sífilis, también llamada “la gran simuladora”, es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Es frecuente en nuestra consulta y debe mantenerse una fuerte sospecha por su polimorfismo semiológico que, en ocasiones, puede dificultar el diagnóstico¹.

La alopecia sifilítica es una rara manifestación de la sífilis secundaria. Se pueden reconocer dos patrones básicos: alopecia esencial y alopecia sintomática. La primera, menos frecuente, presenta alopecia como única expresión de la sífilis en el cuero cabelludo, sin signos inflamatorios ni descamación. La segunda, sintomática, se asocia a lesiones luéticas en el cuero cabelludo, en general, papuloescamosas. Ambas pueden presentar una combinación de lesiones mucocutáneas típicas de la sífilis^{2,3}.

A su vez, se pueden identificar tres patrones de distribución: una pérdida de cabello generalizada, parecida al efлюvio telógeno agudo; un patrón apolillado, considerado patognomónico de la sífilis secundaria, caracterizado por pequeñas áreas de alopecia no cicatrizal, no totalmente desprovistas de pelo, localizadas casi siempre en la región parietooccipital y, por último, un patrón mixto, que representa una combinación de los anteriores. Existe un cuarto patrón, menos común, con alopecia de las cejas o signo del ómnibus de Fournier, que se caracteriza por el adelgazamiento del tercio distal de las cejas^{1,3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, et al. Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:512-517.
2. Doche I, Hordinsky MK, Valente NYS, Romiti R, et al. Syphilitic alopecia: case reports and trichoscopic findings. *Skin Appendage Disord.* 2017;3:222-224.
3. Guerrero-Centeno JA, Lorient DM, Di Gaeta RL, Della-Giovanna PS. Alopecia sifilítica, estudio retrospectivo. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2022;50:61-68.
4. Piraccini BM, Broccoli A, Starace M, Gaspari V, et al. Hair and scalp manifestations in secondary syphilis: epidemiology, clinical features and trichoscopy. *Dermatology.* 2015;231:171-176.
5. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic features of alopecias-part I: nonscarring alopecias. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:158-167.
6. Hernández C, Fúnez R, Repiso B, Frieyro M. Utilidad de la inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema en el diagnóstico de la sífilis. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:926-928.
7. Bermejo A, Greco MM, Mauas R. Sífilis adquirida. En: Cuello A, Friedman V. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual de la Comisión de HIV/SIDA y de ITS. *Sociedad Argentina de Infectología.* Actualización diciembre 2020;6:78-92.

Los principales diagnósticos diferenciales clínicos se plantean con: alopecia androgenética, efлюvio telógeno, alopecia areata, tricotilomanía y alopecia por tracción.

Desde el punto de vista histopatológico, suele observarse una epidermis conservada con zonas de hiperqueratosis folicular. En ocasiones, se describe la presencia de hiperplasia epidérmica psoriasiforme con infiltrado liquenoide y un denso contenido inflamatorio linfocitario, con un componente de células plasmáticas. Con la inmunomarcación, que utiliza anticuerpos anti-treponémicos, se observan espiroquetas, que presentan vasculotropismo y epiteliotropismo perifolicular^{1,5,6}.

La evaluación clínica, la tricoscopia y los análisis de laboratorio son esenciales para establecer un diagnóstico diferencial adecuado con otras causas de pérdida del cabello, en especial cuando las lesiones típicas de la sífilis están ausentes. En conclusión, es importante considerar y buscar activamente la alopecia en todo paciente con diagnóstico de sífilis, aunque esta no haya sido el motivo de consulta inicial.

El tratamiento de elección es la penicilina G benzatínica 2.400.000 UI por vía intramuscular. La cantidad de dosis dependerá del estadio de la infección en el momento del diagnóstico. En la paciente del caso analizado, se interpretó el cuadro como sífilis de tiempo indeterminado, por lo que se aplicaron tres dosis. Cabe recordar que la presencia de efлюvio telógeno post-tratamiento podría ocurrir en respuesta a la reacción de Jarisch-Herxheimer^{1,7}.

En la mayoría de los casos, la resolución completa se puede observar entre 8 y 12 semanas después de finalizar la terapia antibiótica, lo que sugiere su absoluta reversibilidad¹.

En conclusión, es de gran importancia establecer el diagnóstico temprano de la sífilis para instaurar un tratamiento precoz que permita la recuperación clínica y evitar las complicaciones de repercusión sistémica asociadas a la infección no tratada.