

A PROPÓSITO DE UN CASO: ÚLCERA SIFILÍTICA EN GESTANTE

Granado Liaño, Laura Cristina ¹; Aguión Gálvez, María Gema ¹; Sánchez Torres, Damián Ángel ¹; Sánchez España, Jessica ¹,
Martínez Izquierdo, María Ángeles ²; Hernández Aguado, Juan José ¹.

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de inmunosupresión, en el que las manifestaciones de muchas enfermedades pueden ser atípicas y, por tanto, más difíciles de detectar. Por ello, es importante una anamnesis completa, una buena exploración ginecológica y, en muchas ocasiones, pruebas complementarias para poder llegar al diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años, gestante de 25 semanas, con escaso seguimiento del embarazo, que consulta por aparición de lesiones vulvares dolorosas de 5 días de evolución. A la exploración se objetivan dos lesiones en espejo de 1cm, en cara interna de ambos labios menores, con bordes irregulares, superficie sobreelevada e hipopigmentada, sin palpase adenopatías (figura 1).

Se decide realizar biopsia vulvar y completar serologías del embarazo.

Los hallazgos histológicos son compatibles con sífilis (figura 2), observando numerosas espiroquetas bajo la técnica de treponema (figura 3). La serología resulta RPR positivo 1/8 y Ac. IgG anti antitreponema pallidum positivo.

Se inicia tratamiento con Penicilina G Benzatina 2.4 mil UI IM, 2 dosis semanales, con vigilancia hospitalaria las primeras 24 horas tras la primera dosis ante el riesgo de reacción de Jarish-Herxheimer.

A los pocos días de iniciar el tratamiento, ya comienzan a desaparecer las lesiones, sin secuelas materno-fetales mayores.

CONCLUSIONES

La sífilis puede presentarse con múltiples manifestaciones cutáneas atípicas que conviene tener presentes en la práctica clínica diaria. La desviación de los patrones clásicos de esta infección, acertadamente llamada “la gran simuladora”, además de suponer un reto diagnóstico, conlleva el riesgo de un retraso terapéutico. Esto supone un motivo de especial preocupación durante el embarazo, debido al riesgo de transmisión transplacentaria al feto.

El continuo incremento de esta infección en los últimos años debe llevar a una actitud vigilante, manteniendo un alto índice de sospecha ante formas clínicas atípicas y/o refractarias a los tratamientos previamente prescritos.



Figura 1.
Lesiones vulvares de días de evolución

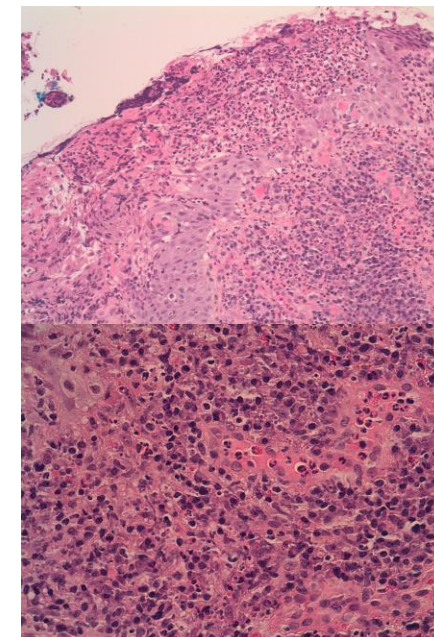


Figura 2. Densos infiltrados inflamatorios con abundantes linfocitos, neutrófilos y células plasmáticas que afectan al epitelio escamoso y el estroma subyacente

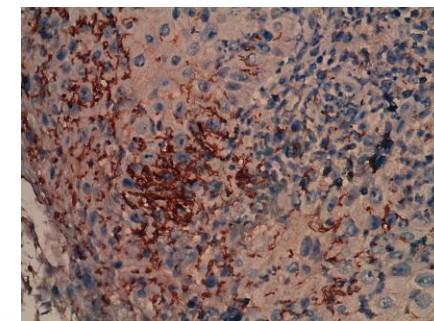


Figura 3.
Numerosas espiroquetas con la técnica de Treponema