

Resolución del caso presentado en el número anterior

Alopecia por sífilis

Syphilitic alopecia

Paula M. Bellagamba^a , María A. Calicchio^a , Fiorella M. Spoltore^a , Cynthia G. Belo^a ,
Paula S. Sandoval^a , Pablo G. Dei-Cas^a , Ignacio J. Dei-Cas^b 
Colaboradoras: Cecilia P. Patiño^a , Sandra E. Zagari^a 

Paciente de sexo masculino de 5 años, producto de embarazo no controlado, parto vaginal, de término con peso adecuado (38 semanas de edad gestacional), con antecedente de internación en Neonatología a los 8 días de vida por sospecha de sepsis e impétigo ampollar.

En el momento de la consulta, se observó alopecia en parches en la región parietooccipital de 7 días de evolución según el relato materno (Figura 2). Además, presentaba adenomegalias de 1 cm de diámetro en la región laterocervical derecha y la región supraclavicular homolateral. Resto del examen físico sin particularidades.

En la anamnesis surgió el antecedente de exantema maculopapular que comprometía tronco, miembros, palmas y plantas, de aparición aproximadamente 2 meses antes de la consulta.

El laboratorio evidenció hemograma: GB 8100/mm³, Hto 39,3 %, Hb 13,2 g/dl y plaquetas 432 000/mm³. Mediante estudios serológicos, se descartaron los diagnósticos de infección por los virus de Epstein-Barr, herpes simple, hepatitis B y hepatitis C, además de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, sida y celiaquía. La radiografía de tórax y el análisis de orina fueron normales; en tanto la prueba de VDRL resultó positiva (256 dils).

Recibió tratamiento con penicilina G benzatínica IM 2 400 000 UI, la primera dosis durante la internación, donde se realizó seguimiento multi- e interdisciplinario con los servicios de Ortopedia y Traumatología, Infectología, Dermatología, Odontología, Oftalmología, Salud Mental y Trabajo Social. Asimismo, se estudió a sus contactos estrechos (madre, hermanos, abuelo materno y pareja de la madre). Solo en la madre se obtuvo resultado positivo para VDRL 32 dils, por lo que fue derivada a Infectología, Dermatología y Ginecología, y recibió igual tratamiento que el niño. De acuerdo con las diferentes evaluaciones efectuadas por los especialistas, no se obtuvieron signos que confirmaran que el niño hubiera adquirido la infección a través de la vía sexual (abuso), a pesar de lo cual, el caso permanece bajo la estricta supervisión del Servicio Local de Protección de los Derechos de los Niños.

FIGURA 1. Placas alopécicas distribuidas en parches en la región parietooccipital



a. Servicio de Pediatría.

b. Unidad de Dermatología.

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón,
Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

María A. Calicchio: antonelacalicchio@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 21-6-2021

Aceptado: 29-7-2021

Cómo citar: Bellagamba PM, Calicchio MA, Spoltore FM, Belo CG, et al. Alopecia por sífilis. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(1):67-68.

Evolucionó favorablemente, completó el tratamiento en forma ambulatoria, los controles con VDRL fueron negativos y continuó junto con su madre el seguimiento en los consultorios externos de las subespecialidades interconsultadas y en Clínica Pediátrica.

Alopecia por sífilis

La sífilis, conocida como “la gran simuladora”, continúa teniendo una alta prevalencia e incrementó su incidencia en los últimos años en nuestro medio, por lo que resulta importante tenerla presente como diagnóstico diferencial.

Además de las formas de presentación clínica habitual, pueden aparecer manifestaciones infrecuentes a nivel cutáneo que, en ocasiones, dificultan el diagnóstico. La alopecia por sífilis (AS) es una manifestación poco frecuente.

La AS presenta 3 patrones clínicos distintos:¹

- a) Patrón apolillado: es la forma de presentación más frecuente (forma clínica encontrada en el paciente presentado en el caso clínico) y se considera uno de los signos más característicos de la sífilis secundaria. Se caracteriza por la presencia de pequeñas placas alopécicas distribuidas en parches, que no están completamente desprovistas de pelo, de diverso tamaño, con bordes mal definidos, de características no cicatriciales, sin signos inflamatorios ni descamación. Suelen localizarse predominantemente en la región parietooccipital. También puede afectar otras zonas corporales, como la barba, las pestañas, las cejas, las axilas, el pubis, el tronco e incluso las piernas.
- b) Patrón difuso: se produce una pérdida generalizada de pelo, del tipo efluvio telógeno, con una alopecia difusa sin placas claras.
- c) Patrón mixto: se observan pequeñas placas alopécicas irregulares que coexisten con una alopecia difusa.

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de lesiones en el cuero cabelludo, las cuales pueden estar acompañadas de otras manifestaciones de la enfermedad. El diagnóstico de certeza se efectúa a través de las pruebas serológicas, siempre positivas en la fase secundaria.

Con respecto a los diagnósticos diferenciales, podemos mencionar la *alopecia areata*, el lupus eritematoso sistémico (LES), el hipotiroidismo y la alopecia asociada a COVID-19.

La *alopecia areata* constituye una alopecia autoinmune donde se ve afectado el folículo y, en ocasiones, las uñas. Se caracteriza por producir áreas circulares u ovaladas de pérdida de pelo no cicatricial, de fondo limpio, muy bien delimitadas en el cuero cabelludo, las cejas, las pestañas o en cualquier lugar donde haya pelo.²

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica, multisistémica, de curso variable. Es más frecuente en mujeres, sobre todo en edad reproductiva y menos frecuente en la infancia. Suele presentar manifestaciones clínicas a nivel cutáneo, renal, cardiovascular y pulmonar. Durante las fases activas de la enfermedad, es frecuente observar alopecia no cicatricial, ya sea generalizada o focal, a diferencia del lupus discoide, donde la placa alopécica es cicatricial.³

En el paciente con hipotiroidismo, se describe una alopecia no cicatricial difusa, la cual se denomina efluvio telógeno crónico. Además, la queratina se vuelve más frágil y el aspecto del cabello suele ser más áspero y seco.⁴

Por último, en personas que tuvieron COVID-19, se observa una pérdida difusa del cabello en pacientes con efluvio telógeno, el cual se debe a una anomalía en el ciclo de crecimiento del cabello que da origen a una pérdida excesiva de pelos en la fase telógena debido a la fiebre y otros factores de estrés sistémico significativo.⁵

La terapéutica de la AS es el tratamiento de la sífilis: penicilina G benzatínica. Este tipo de alopecia es no inflamatoria. No suele dejar cicatrices y se resuelve dentro de los 3 meses posteriores a la finalización de la antibioticoterapia. ■

REFERENCIAS

1. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104(6):512-7.
2. Afford R, Leung AKC, Lam JM. Pediatric Alopecia Areata. *Curr Pediatr Rev.* 2021; 17(1):45-54.
3. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology.* 2010; 56(1):24-38.
4. Alcázar Lázaro V, Aguilar Martínez A. Alteraciones dermatológicas asociadas a hipotiroidismo. *Endocrinol Nutr.* 2013; 60(6):345-7.
5. Mieczkowska K, Deutsch A, Borok J, Guzman AK, et al. Telogen effluvium: a sequela of COVID-19. *Int J Dermatol.* 2021; 60(1):122-4.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Adolescente de 14 años, sin antecedentes previos relevantes, que consultó al servicio de emergencias por presentar una adenopatía submaxilar derecha. Al momento de la consulta, el paciente lucía en buen estado general. El principal hallazgo positivo al examen físico lo constituía la presencia de una adenopatía dura, indolora, sin eritema perilesional, localizada en la región submaxilar derecha, de aproximadamente 3 cm × 3 cm. En la región laterocervical contralateral, se palpaba una adenomegalia de menor tamaño y consistencia. Presentaba, además, una única lesión ulcerada, indolora

en el labio inferior (*Figura 1*). El hemograma, el hepatograma, el coagulograma, el proteinograma y la función renal solicitados fueron normales. Se solicitó, además, perfil serológico y se prescribió tratamiento sintomático.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Linfadenitis por *Streptococcus pyogenes*.
- Linfadenopatía asociada a chancro de inoculación (*Treponema pallidum*).
- Primoinfección por virus herpes simple.
- Linfadenopatía por virus de Epstein-Barr.
- Adenitis por complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

FIGURA 1. Lesión en labio inferior

