

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso clínico

Sífilis secundaria que debuta con hipertrofia del anillo de Waldeyer y otitis serosa

Secondary syphilis presenting as Waldeyer's ring hypertrophy and otitis media with effusion

Francisco Vázquez-de la Iglesia¹, Julia M. Rouco-Pérez¹, Juan J. Vázquez-García², Jorge Pombo-Ortega³.

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital "Virxe da Xunqueira", A Coruña

² Servicio de Dermatología, Hospital HM Modelo, A Coruña

³ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital HM Modelo, A Coruña

Recibido: 8/6/17 Aceptado: 23/8/17

Resumen

La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por *Treponema pallidum* con tres posibles estadios clínicos que pueden dar lugar a varias manifestaciones en el área ORL, especialmente en el estadio secundario. A pesar de los avances en medicina sobre prevención, diagnóstico y tratamiento, la sífilis sigue siendo un problema de salud en todo el mundo debido al aumento en la incidencia de transmisión de la infección por HIV, especialmente sobre la población homosexual.

Presentamos el caso de un paciente con sífilis secundaria que debuta con rash cutáneo, otitis media con efusión y una hipertrofia del anillo de Waldeyer que en un primer momento fue considerada de naturaleza maligna. Debido a una evolución tórpida a pesar del tratamiento médico, decidimos realizar una biopsia del tejido adenoideo. La muestra contenía "infiltrado inflamatorio con gran cantidad de células plasmáticas", razón por la cual el Patólogo nos sugirió solicitar anticuerpos VDRL y FTA-Abs que finalmente resultaron positivos. El paciente recibió una dosis de penicilina G intramuscular y el cuadro clínico se resolvió completamente en un periodo de varias semanas.

Correspondencia: Francisco Vázquez de la Iglesia

C/ Tabernas 22- 2 A Coruña 15001

Correo electrónico: fvazquez74@yahoo.es

Palabras Clave: Sífilis; hipertrofia del anillo de Waldeyer; otitis media con efusión.

Abstract

Syphilis is an infectious disease caused by the *Treponema pallidum* with three clinical stages and may present various ENT manifestations, mainly at the secondary stage. Despite the advancements in medicine toward prevention, diagnosis and treatment, syphilis remains a public health problem worldwide, specially due to an increase in HIV transmission rate, specially among homosexual population.

We report a case of secondary syphilis revealed by skin rash, otitis media with effusion and a Waldeyer's ring hypertrophy that at first, was suspected of malignant proliferation. Due to an unfavorable evolution despite of the medical treatment, we decided to undergo surgical biopsy of the adenoid pad. The sample was reported as "inflammatory infiltrate with great amount of plasmatic cells", and the Pathologist suggested us to search for TPHA-VDRL titre, that finally resulted positive. The patient received a penicilin G intramuscular doses and the clinical case resolved over a period of few weeks.

Keywords: syphilis ; Waldeyer's ring hypertrophy ; otitis media with effusion.

Introducción

Treponema pallidum se transmite mediante el contacto directo de las lesiones infectadas con membranas mucosas o piel con solución de continuidad, siendo el contacto sexual la vía de transmisión más frecuente (en segundo lugar la materno-fetal) , habiendo descritos pocos casos de contagio debido a transfusiones sanguíneas o por contaminación de jeringas debido al uso de drogas por vía parenteral. Al igual que otras enfermedades de transmisión sexual, los varones homosexuales son la población de mayor riesgo de contagio, especialmente debido a la práctica de sexo oral¹.

Caso Clínico

Varón de 24 años de edad, acude a consulta refiriendo sensación de plenitud e hipoacusia en el oído derecho así como odinofagia leve y febrícula de más de un mes de evolución. Diagnosticado de enfermedad de Crohn inactiva desde hace varios meses. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Su médico de Atención Primaria le diagnosticó "faringoamigdalitis aguda" y le pautó lavados nasales con agua de mar, AINES y amoxicilina-ác.clavulánico durante 10 días. Coincidiendo con las últimas tomas del antibiótico, debutó con un rash papular en tronco, cuello (figura 1a) y extremidades, sin clínica pruriginosa pero que se ha ido extendiendo progresivamente.

En la exploración otorrinolaringológica se aprecia una efusión serosa de coloración ambarina en la caja timpánica del oído derecho (otitis serosa) y una importante hipertrofia adenoidea que llega a sobrepasar el rodete tubárico derecho así como unas amígdalas palatinas (figura 1b) hipertróficas y con aspecto infla-

matorio . En la palpación cervical destaca una adenopatía derecha (nivel III) de unos 2,5 cm de diámetro , de consistencia gomosa y no adherida a planos profundos así como otra de menor tamaño en nivel II contralateral.

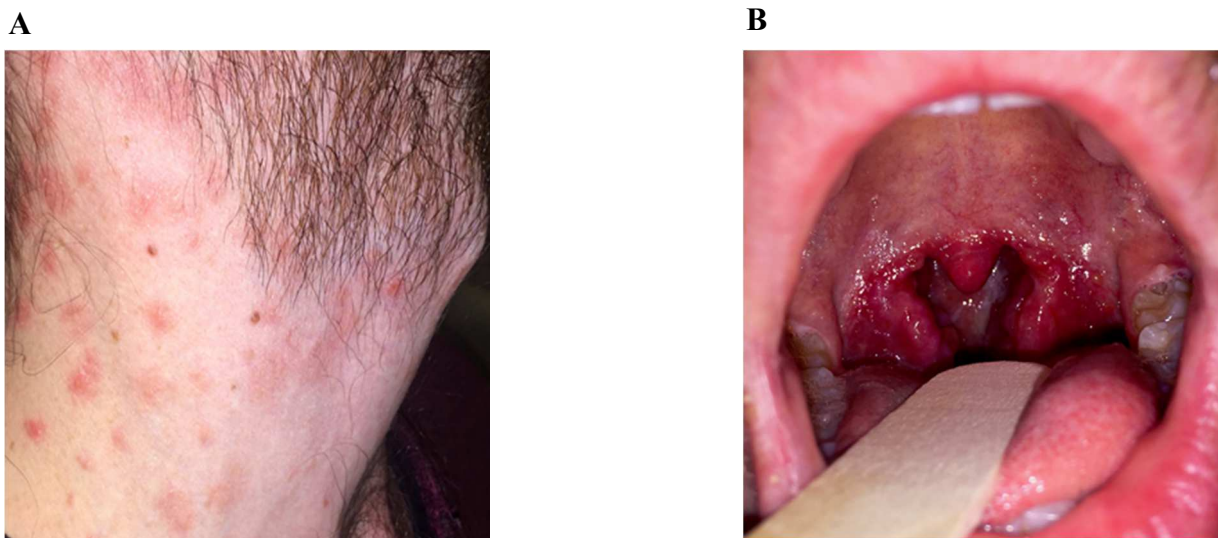


Figura 1A: Rash papular en la región del cuello que se extiende por tronco y extremidades, incluyendo las palmas de las manos y plantares de los pies. Figura 1B: Hipertrofia de amígdalas palatinas con aspecto inflamatorio de los pilares anteriores.

Se solicita una analítica general que resultó negativa para VIH ,mostrando una ligera leucocitosis ($16,76 \times 10^3/\mu\text{L}$) y VSG de 30,0 mm/h como hallazgos más significativos. Se decide iniciar tratamiento con corticoides orales (prednisona 1mg/Kg/día en pauta descendente) y budesonida nasal dos veces al día.

Revisamos al paciente a las dos semanas sin hallar cambios en la exploración otorrinolaringológica pero con un ligero aumento del rash papular . Se realiza miringotomía del oído derecho, aspiración del contenido seroso de la caja timpánica e inserción de un drenaje transtimpánico (Bevel-Robbin) y se toma biopsia del tejido adenoideo hipertrófico mediante visión endoscópica nasal (lente de 0°).

La biopsia de cavum descarta un proceso linfoproliferativo (nuestra sospecha inicial), pero al Patólogo le llama la atención la gran cantidad de infiltrado inflamatorio constituido principalmente por células plasmáticas (figura 2) y aconseja que solicitemos serología para *Treponema pallidum* que resulta positiva para las pruebas no treponémicas VDRL y treponémicas FTA/Abs (FTA-Abs) IgM e IgG .

Nos encontramos ante un caso de sífilis secundaria que debutó (aparte de las lesiones cutáneas) con una clínica faringoamigdal y otitis serosa debida a la importante hipertrofia del tejido adenoideo. Mediante una audiometría tonal liminar confirmamos que la hipoacusia del oído derecho era puramente de transmisión, llegando a umbrales normales después de la inserción del drenaje.

El paciente es informado de su enfermedad actual y se le explica la necesidad de informar a sus contactos sexuales. Se deriva a Dermatología para iniciar tratamiento con Penicilina G benzatina y realizar seguimiento de su enfermedad.

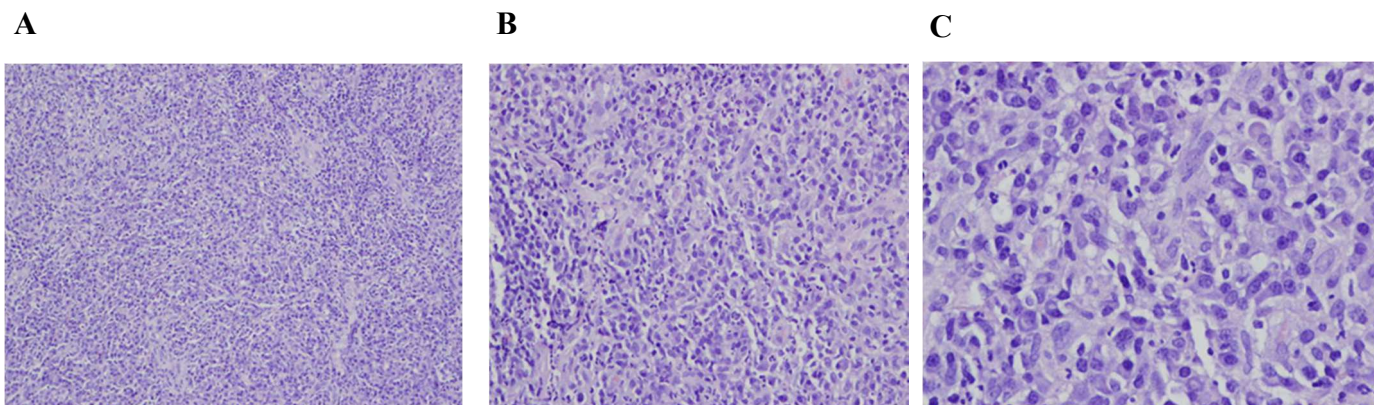


Figura 2A: H-E (10x). Tejido linfoide infiltrado extensamente por un infiltrado inflamatorio constituido fundamentalmente por células plasmáticas. Figura 2B: H-E (20x). Tejido linfoide ocupado por numerosas células plasmáticas y algunos polimorfonucleares neutrófilos. Figura 2C: H-E (40x). A mayor aumento se observan gran cantidad de células plasmáticas, con núcleos exéntricos, cromatina “en rueda de carro” y prominentes aparatos de Golgi.

Discusión

Clínicamente, la historia natural de la sífilis consta de tres fases: la primaria, la más contagiosa, se define por la presencia de un “chancro” indurado, ulcerado e indoloro en la zona de inoculación, esto es, el pene, el ano o la cavidad oral. La diseminación hematógena de la enfermedad da lugar a la fase secundaria (en la que se encuentra nuestro paciente), cuya sintomatología es muy variable (“la gran simuladora”) y la manifestación cutánea más frecuente es un rash papular en tronco y extremidades que suele durar entre 3 semanas y 3 meses para, posteriormente, pasar a una fase latente que puede durar varios años. El último estadio de la enfermedad, la sífilis terciaria, puede adquirir una forma benigna cutánea (goma sifilítico) o derivar hacia una afectación cardiovascular y/o neurológica (neurosífilis) con alta morbimortalidad. En la era preantibiótica la sífilis terciaria llegó a ser un problema de salud pública, pero con el desarrollo de la penicilina la incidencia de la enfermedad disminuyó radicalmente, especialmente en su evolución natural hacia la fase terciaria (neurosífilis). Sin embargo, en las últimas décadas, la epidemia del SIDA ha traído consigo no sólo un aumento en la prevalencia de la infección por *Treponema pallidum*² sino una menor fase de latencia hacia la temida neurosífilis terciaria, como si el VIH actuase de “catalizador” hacia las formas más graves de la enfermedad³.

La fase primaria o de “chancro” es la más contagiosa y la cavidad oral se ve afectada frecuentemente, sobre todo en homosexuales, siendo los labios la región anatómica más prevalente⁴. La fase secundaria de la sífilis es la que más frecuentemente se relaciona con manifestaciones orofaríngeas, sobre todo faringitis y amigdalitis³, hasta un 22% según algunas series⁵ y la hipertrofia amigdalal, adenoidea y de base de lengua (todo el anillo de Waldeyer) concuerda con el escenario clínico que venimos comentando. Ante un primer diagnóstico diferencial, el hecho de tener títulos de anticuerpos VIH negativos, la otitis serosa unilateral en un paciente joven y con un desproporcionado tamaño adenoideo, hizo que nos decantásemos desde un pri-

mer momento hacia una etiología tumoral linfoproliferativa de cavum, tal y como señalan otros autores⁶ con casos clínicos semejantes. En este sentido, no sólo la biopsia de cavum nos ha descartado la naturaleza tumoral de la lesión, sino el acertado consejo del Patólogo recomendando solicitar una serología de *Treponema pallidum* (VDRL y FTA-Abs) ante la extensa infiltración de células plasmáticas en el tejido linfoide. Respecto al diagnóstico serológico, señalar que las pruebas no treponémicas o reagínicas (VDRL) miden anticuerpos no específicos frente a *Treponema pallidum* y se utilizan como *screening* en la detección de la enfermedad y para evaluar la respuesta al tratamiento⁷. Las pruebas treponémicas (FTA-Abs) confirman las anteriores y permanecen positivas de por vida (las IgG), sin embargo, las FTA -Abs IgM deben negativizarse con el tratamiento, siendo útiles en la monitorización de la enfermedad³. En la fase primaria y secundaria (también la fase latente de menos de un año de evolución), el tratamiento es la dosis única de penicilina G benzatina intramuscular, 2.4 MUI y en caso de alergia, doxiciclina o tetraciclina³. Remitimos el paciente a Dermatología para realizar el tratamiento y evolución de la enfermedad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1- Jin F, Prestage GP, Kippax SC, Pell CM, Donovan BJ, Kaldor JM et al. Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. Med J Aust 2005;183(4):179-83
- 2- Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus infection on the course of syphilis and the response to treatment. Ann Intern Med 1990;113: 872
- 3- Steven D.Pletcher, Steven W. Cheung. Syphilis and otolaryngology. Otolaryngol Clin N Am 2003; 36: 595-605
- 4- Lobato-Berezo A, Imbernon-Moya A, Martínez-Pérez M, Churruca-Grijelmo M, Vargas-Laguna ME, Fernández, Cogolludo E et al. Tonsillar chancre as unusual manifestation of primary syphilis. Dermatol Online J. 2015 Apr 16;21(4)
- 5- Ablanado-Terrazas Y, la Barrera CA, Ruiz-Cruz M, Reyes-Terán G. Oropharyngeal syphilis among patients infected with human immunodeficiency virus. Ann Otol Rhinol Laryngol 2013 Jul ;122(7):435-9
- 6- Hamlyn E, Marriott D, Gallagher RM. Secondary syphilis presenting as tonsillitis in three patients. The Journal of Laryngology & Otology 2006, 120; 602-604.
- 7- Fernández López C, Morales-Angulo C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017; 68(3): 169-180.