



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de casos

Sífilis laríngea Laryngeal syphilis

Alberto Peña Valenzuela, MD*, Nathalia García León, MD**

* Profesor asociado, Unidad de Otorrinolaringología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.,
alberto_penav@yahoo.com

** Residente de Otorrinolaringología, Unidad de Otorrinolaringología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia.
nagaleon@hotmail.com

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: Febrero 22-2012

Revisado: Marzo 29-2012

Aceptado: Abril 28-2012

Palabras clave:

disfonía, sífilis, laringe.

Key words:

Dysphonia, Syphilis, Larynx.

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*; debido a su complejidad, se le conoce como “gran simuladora”. Existen cuatro fases clínicas: primaria, secundaria, latente y terciaria. Es sensible a la penicilina, y su incidencia disminuyó a partir de la era antibiótica. Sin embargo, con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana ha aumentado su aparición. La sífilis laríngea es una entidad rara y tiene un comportamiento clínico variable; dentro de su diagnóstico diferencial deben incluirse enfermedades granulomatosas laríngeas, como tuberculosis, sarcoidosis y el carcinoma laríngeo. Presentamos el caso de un paciente de 42 años, con cuadro de disfonía compatible con sífilis laríngea.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*, due to its complexity is known as “great simulator”, there are four clinical stages: primary, secondary, latent and tertiary. It is sensitive to penicillin and its incidence had decreased following the advent of antibiotics. However, emergence of hiv has led to a recrudescence of the number of cases of syphilis. Laryngeal syphilis is a rare disease, has a variable clinical behavior, differential diagnosis should include laryngeal granulomatous diseases such as tuberculosis, sarcoidosis and laryngeal carcinoma. We present a case of a 42 year old male patient with dysphonia compatible with laryngeal syphilis.

Correspondencia:

Nathalia García León

Carrera 35A N.º 57-91, Apto. 304

nagaleon@hotmail.com, ngarcial@unal.edu.co

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*; debido a su complejidad, se le conoce como “gran simuladora”. Existen cuatro fases clínicas: primaria, secundaria, latente y terciaria. Es sensible a la penicilina, y su incidencia disminuyó a partir de la era antibiótica. Sin embargo, con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana ha aumentado su aparición. La sífilis laríngea es una entidad rara y tiene un comportamiento clínico variable; dentro de su diagnóstico diferencial deben incluirse enfermedades granulomatosas laríngeas, como tuberculosis, sarcoidosis y el carcinoma laríngeo. Presentamos el caso de un paciente de 42 años, con cuadro de disfonía compatible con sífilis laríngea.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*, due to its complexity is known as “great simulator”, there are four clinical stages: primary, secondary, latent and tertiary. It is sensitive to penicillin and its incidence had decreased following the advent of antibiotics. However, emergence of hiv has led to a recrudescence of the number of cases of syphilis. Laryngeal syphilis is a rare disease, has a variable clinical behavior, differential diagnosis should include laryngeal granulomatous diseases such as tuberculosis, sarcoidosis and laryngeal carcinoma. We present a case of a 42 year old male patient with dysphonia compatible with laryngeal syphilis.

Introducción

La sífilis es una conocida entidad de transmisión sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, cuya incidencia disminuyó notablemente con el advenimiento de los antibióticos, luego de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, con el surgimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha visto un aumento del número de casos de sífilis, con una creciente incidencia a nivel mundial (1).

También conocida como la “gran simuladora”, por la variabilidad de su presentación clínica, se le conocen cuatro estadios clínicos: sífilis primaria, que presenta un periodo de incubación de 10-90 días, con la posterior aparición de lesión ulcerada no dolorosa, indurada, conocida como chancro, que tiende a resolver en forma espontánea en 2-8 semanas; es altamente infecciosa, con una elevada tasa de multiplicación de las espiroquetas en el sitio de lesión. La fase secundaria es evidente entre 2-12 semanas después del contagio, donde la presencia de las espiroquetas en el torrente sanguíneo genera manifestaciones constitucionales, parenquimatosas y mucocutáneas; en el 90% de los casos se presenta un rash nodulopapular característico, asociado a otras manifestaciones, como artritis, osteítis, hepatitis, glomerulonefritis. Luego de este periodo el paciente entra en la fase latente, la cual tiene un tiempo variable de duración.

Hasta el 30% de los pacientes que no reciben tratamiento pueden ingresar en la fase terciaria, que consiste en compromiso cardiovascular y del sistema nervioso central, y el desarrollo de gomas sífilíticas, las cuales son lesiones granulomatosas que afectan usualmente la piel, mucosas, hueso e hígado (1, 2).

Dentro de las manifestaciones de interés para el otorrinolaringólogo, podemos encontrar la presencia de las lesiones ulceradas características de la sífilis primaria, en la cavidad oral o la mucosa nasal; el compromiso mucocutáneo del estadio secundario puede presentarse con rinitis, laringitis o faringitis. Las lesiones granulomatosas de la fase terciaria, en la nariz y la cavidad oral, ocasionan nariz en silla de montar y dientes de Hutchinson (3).

El diagnóstico de sífilis puede realizarse con ayuda de múltiples test; la visualización de las espiroquetas en microscopio de campo oscuro es el estándar de oro diagnóstico. Las pruebas serológicas se dividen en treponémicas y no treponémicas; estas últimas, como el VDRL, miden la respuesta de anticuerpos a partículas celulares liberadas como resultado de la infección; aunque es poco específico, resulta útil en el seguimiento. Las pruebas



Figura 1. Imagen estroboscópica, que muestra corditis bilateral y escurrimiento posterior purulento.



Figura 2. Espiroquetas de secreción faríngea, vistas en campo oscuro.

treponémicas, como el FTA-ABS, detectan la presencia de anticuerpos característicos contra el treponema; aunque son bastante específicas, resultan de poca utilidad en el seguimiento, ya que permanecen positivas de por vida (4). El tratamiento es usualmente simple; la penicilina sigue siendo la primera línea terapéutica, y con ella se logra la erradicación completa de la espiroqueta, aunque en algunos casos de compromiso extensivo no es posible revertir las secuelas que esta produce.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 42 años, propietario de un bar en el centro de Bogotá, remitido por cuadro estomatológico de tres meses de evolución; se trata de la aparición de una lesión ulcerada, indolora, única, de aproximadamente 6-7 mm de diámetro, de bordes levantados, congestivos, en la mucosa interna del carrillo derecho, la cual remitió en forma espontánea. Después presentó cuadro de disfonía severa asociada a escurrecimiento posterior. El paciente refiere antecedentes positivos para promiscuidad sexual, fumador de dos cigarrillos al día por cinco años. Se toma estroboscopia, que muestra pliegues vocales congestivos simétricos, con disminución leve de la onda mucosa bilateral, bordes libres irregulares con engrosamiento de la comisura posterior, exudado proveniente de la faringe y que cubre la laringe posterior (figura 1). Se tomó prueba VDRL, FTA-ABS, frotis faríngeo con gram y visualización en campo oscuro; se encontró VDRL positivo, FTA-ABS reactivo, gram que mostró flora saprófita de faringe, con prueba de campo oscuro que evidencia espiroquetas presentes (figura 2). Entonces, se estableció el diagnóstico de sífilis laríngea, y se inició el manejo con Penicilina Benzatínica 2.400.000, IM, en tres dosis semanales. Diez días después de la primera dosis hay mejoría importante de la disfonía, desaparición del exudado y la corditis bilateral; se realiza seguimiento serológico con VDRL, con disminución de títulos.

Discusión

La sífilis debe considerarse como una entidad en resurgimiento, ya que a pesar de su control, gracias al

advenimiento de la era antibiótica, en el contexto de la aparición y pandemia de la infección por el VIH, su incidencia ha aumentado considerablemente. Dentro de sus múltiples manifestaciones clínicas, el compromiso laríngeo es bastante raro, y en sus diagnósticos diferenciales deben considerarse otras patologías granulomatosas laríngeas, como tuberculosis, lepra, sarcoidosis e incluso el carcinoma laríngeo; este último compromiso puede verse en cualquiera de sus estadios, pero es más frecuente en la sífilis secundaria, lesión que puede resultar por múltiples vías, como el daño directo a la mucosa del pliegue vocal, por las secreciones provenientes de una lesión orofaríngea, pericondritis o neuropatía del nervio laríngeo recurrente (5, 6).

Conclusión

El otorrinolaringólogo debe estar familiarizado con las múltiples caras de esta compleja entidad, y es muy importante contar con un alto índice de sospecha, con el fin de orientar adecuadamente las herramientas diagnósticas y lograr así una curación exitosa de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún tipo de conflicto de intereses en la realización de este documento.

REFERENCIAS

1. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep*, 2006; 55: 1-94.
2. Goh B. Syphilis. *Medicine*, 2005; 10: 48-51.
3. Pletcher SD, Cheung SW. Syphilis and otolaryngology. *Otolaryngol Clin North Am*, 2003; 36 (4): 595-605.
4. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev*, 1995; 8 (1): 1-21.
5. McNulty JS, Fassett RL. Syphilis: an otolaryngologic perspective. *Laryngoscope*, 1981; 91 (6): 889-905.
6. Spinato L, Verougstraete G. Laryngeal syphilis: a case report. *Fr ORL*, 2007; 93: 358-360.