

## Sífilis secundaria como diagnóstico diferencial de tumor de pene: reporte de caso y revisión de literatura

### *Secondary syphilis as a differential diagnosis of penile tumor: case report and literature review*

Tomás J. Ruiz<sup>1\*</sup> , Begoña Legarraga<sup>1</sup> , Liliana A. Sanhueza<sup>1</sup> , Mario I. Fernández<sup>1,2</sup>  y Jorge A. Navarrete<sup>1,3</sup> 

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo; <sup>2</sup>Servicio de Urología; <sup>3</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Padre Hurtado. Clínica Alemana, Santiago, Chile

#### Resumen

**Antecedentes:** La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por *Treponema pallidum*. Presenta distintos estadios que se diferencian en variadas manifestaciones clínicas, pudiendo imitar diferentes enfermedades. **Objetivo:** Presentar un caso de manifestación clínica atípica de sífilis secundaria, emulando un cáncer de pene. **Método:** Se revisó la literatura sobre esta presentación clínica y la norma nacional sobre el manejo de la sífilis. Este trabajo se adhiere a las Guías CARE. **Resultados:** Hombre de 29 años que consultó por dolor peneano. En la exploración física destacó una lesión exofítica indurada y ulcerada del prepucio, dolorosa a la palpación. Además, adenopatías inguinales bilaterales con aspecto abscedado. En el cuerpo del pene destacaban lesiones ulceradas de fondo húmedo y bordes netos. Se pesquisaron lesiones maculopapulares en el tronco y las extremidades, y placas coalescentes en las palmas y las plantas. Se realizó tumorectomía prepucial y aseo quirúrgico de los abscesos. El resultado de la biopsia reveló infiltrado plasmocitario, compatible con sífilis secundaria, sin signos histológicos de malignidad. Se evidenció VIH reactivo y VDRL reactivo con MHA-TP positivo. **Conclusiones:** Las manifestaciones de la sífilis son inespecíficas, con un amplio abanico de diferenciales. La sífilis secundaria produce lesiones mucocutáneas, compromiso de fanéreos y linfadenopatías generalizadas, presentando incluso abscesos sifilíticos. El diagnóstico se apoya principalmente en el uso de pruebas treponémicas y no treponémicas, si bien la histopatología puede desempeñar un rol en algunos casos.

**Palabras clave:** Sífilis secundaria. Enfermedad genital masculina. Cáncer de pene. Reporte de caso.

#### Abstract

**Background:** Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum*. It presents different stages characterized by various clinical manifestations, often mimicking other diseases. **Objective:** To present an atypical clinical manifestation of secondary syphilis, resembling penile cancer. **Method:** We reviewed the literature on this clinical presentation, along with the national guidelines for syphilis management. This work adheres to CARE Guidelines. **Results:** A 29-year-old male consulted with penile pain. On physical examination, an indurated and ulcerated exophytic lesion of the prepuce was noted, which was painful upon palpation. Bilateral inguinal lymphadenopathies with an abscessed appearance were also observed. He also presented ulcerated lesions on the penile body, with moist bases and sharp edges. Additionally, maculopapular lesions were found on his body trunk and extremities, along with coalescent plaques on palms and soles. The patient underwent preputial tumorectomy

#### \*Correspondencia:

Tomás J. Ruiz

E-mail: truize@udd.cl

0716-0429 / © 2024 Sociedad Chilena de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 19-07-2024

Fecha de aceptación: 16-08-2024

DOI: 10.24875/RECHURO.24000032

Disponible en internet: 05-12-2024

Rev Chil Uro. 2024;89(4):145-152

[www.revistachilenadeurologia.com](http://www.revistachilenadeurologia.com)

and surgical drainage of the abscesses. Biopsy results revealed plasma cell infiltration consistent with secondary syphilis, without histological signs of malignancy. HIV and VDRL studies came out positive, with reactive MHA-TP. **Conclusions:** Syphilis manifestations are nonspecific, with a wide range of differential diagnoses. Secondary syphilis causes mucocutaneous lesions, affects adnexal structures and generalized lymphadenopathies, even syphilitic abscesses. Diagnosis relies on treponemal and non-treponemal tests, although histopathology may play a role in certain cases.

**Keywords:** Secondary syphilis. Male genital disease. Penile cancer. Case report.

## Introducción

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio de la infección por *Treponema pallidum*, una bacteria tipo espiroqueta que habita exclusivamente en el humano<sup>1,2</sup>. Es considerada una infección de transmisión sexual (ITS), que puede ser transmitida por vía peneana, vaginal, anal u oral<sup>3,4</sup>. También puede transmitirse por vía sanguínea o vertical transplacentaria<sup>2</sup>.

La prevalencia mundial de la sífilis ha aumentado en los últimos 20 años, afectando principalmente a la población entre 10 y 30 años. Es una de las principales ITS en Chile, siendo una enfermedad de notificación obligatoria. Los estudios epidemiológicos estiman que la tasa de notificación de sífilis en Chile fue de 32,4/100.000 en el año 2017, afectando principalmente a hombres entre los 25 y 29 años<sup>3,5,6</sup>. Algunos factores de riesgo son el antecedente de ITS previas, la actividad sexual sin protección de barrera, la drogadicción, hombres que tienen sexo con hombres, y utilización de profilaxis preexposición, entre otros. Se ha relacionado el aumento de casos con el uso de profilaxis preexpresión para la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), debido a la disminución de la utilización de preservativo<sup>1</sup>.

La enfermedad presenta distintos estadios que se diferencian en los niveles de treponemia, las manifestaciones clínicas, la transmisibilidad, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento<sup>2,3</sup>. La anamnesis, la exploración física y la serología son primordiales para el diagnóstico certero. Estas etapas son sífilis precoz (primaria, secundaria y latente precoz), sífilis tardía (latente tardía y terciaria), neurosífilis y sífilis congénita. El límite entre precoz y tardía se ha definido en 1 año<sup>2</sup>. Cada fase tiene un curso variable, pueden terminar de forma autolimitada, durando entre semanas y meses, y no son necesariamente secuenciales<sup>1-3</sup>. Las formas precoces presentan mayor transmisibilidad, mientras que las formas latentes y tardías presentan baja carga bacteriana. Las formas tardías pueden ser silenciosas, presentando solo pruebas serológicas reactivas, o pueden manifestarse clínicamente con lesiones multiorgánicas<sup>2</sup>. Las manifestaciones clínicas son variadas y pueden imitar

diferentes enfermedades en cada una de sus fases. Pueden generar úlceras genitales, fimosis secundaria, adenopatías localizadas o generalizadas, condilomas planos, linfadenitis, abscesos, gomas sifilíticas y otras alteraciones mucocutáneas inespecíficas<sup>1-4</sup>.

Por otro lado, el cáncer de pene corresponde a un cáncer urológico poco común. Generalmente, se origina de las células epiteliales del glande o del prepucio<sup>7,8</sup>. La incidencia aumenta con la edad, presentándose principalmente en la sexta década de la vida<sup>8-11</sup>. Los factores de riesgo atribuidos al desarrollo de cáncer de pene coinciden con los de la sífilis: ausencia de circuncisión, fimosis, malos hábitos de higiene genital, tabaquismo, elevado número de parejas sexuales, infección por virus del papiloma humano (VPH), inmunosupresión por VIH y bajo nivel socioeconómico, entre otros<sup>7-10</sup>. En los últimos años se ha observado un aumento de su incidencia en los países desarrollados, probablemente asociado al aumento de casos de infección por VPH<sup>8</sup>. Es común que los tumores del pene se oculten bajo el prepucio, se ulceren, se infecten o sufran edema, lo que dificulta la estimación del tamaño y el grado de infiltración del tumor en la exploración física<sup>7,8</sup>. Entre el 28-64% de los casos presentan adenopatías inguinales al momento del diagnóstico. El compromiso ganglionar superficial puede ulcerarse o infectarse, formando abscesos, mientras que el compromiso ganglionar profundo puede comprometer los grandes vasos inguinales y producir hemorragias<sup>7</sup>. El diagnóstico es histológico, mediante una biopsia escisional o penectomía<sup>7,8</sup>.

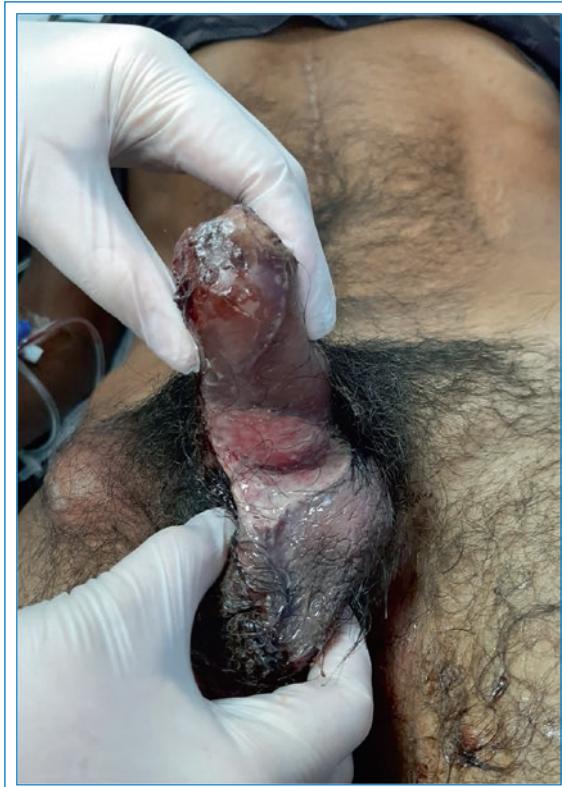
Se presenta un caso de sífilis secundaria diagnosticado en el contexto de una lesión tumoral del prepucio, siendo esta una presentación atípica de la enfermedad. Se revisa la literatura sobre esta manifestación, así como la norma nacional sobre el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis. Este trabajo se adhiere a las Guías CARE para la presentación de casos clínicos.

## Caso clínico

Varón de 29 años en situación de calle, consumidor de tabaco, alcohol y pasta base de cocaína. Como antecedente, cursó una orquiepididimitis de

temporalidad y manejo desconocidos. Sin otros antecedentes mórbidos ni familiares. Acudió al servicio de urgencia por un cuadro de dolor peneano y secreción uretral purulenta de mal olor de 2 semanas de evolución. En la exploración física destacaba una lesión exofítica del prepucio de 3 cm, indurada y ulcerada de forma circunferencial, dolorosa a la palpación, asociada a descarga ureteral espontánea de aspecto purulento y maloliente (Fig. 1). Presentaba adenopatías inguinales bilaterales, con aumento de volumen de 6 cm en la fosa iliaca derecha y de 1 cm en la fosa iliaca izquierda. Ambos lados impresionaban abscedados, eritematosos, con aumento de temperatura y fluctuantes a la palpación, de consistencia blanda y dolorosa. En el cuerpo del pene destacaban dos lesiones ulceradas, de 3 cm en la cara dorsolateral derecha y de 6 cm en la cara ventral; ambas con fondo húmedo y bordes netos, dolorosas a la palpación. Negaba lesiones genitales anteriores al cuadro actual. Además, se pesquisaron lesiones maculopapulares de 1 mm de distribución difusa, comprometiendo el tronco, las extremidades, las palmas y las plantas. También presentaba placas redondeadas coalescentes en las palmas y las plantas, asintomáticas (Fig. 2). Se realizó estudio de laboratorio, en el que destacaron leucocitos en 10.100 miles/ $\mu$ l, linfocitos 1,7 miles/ $\mu$ l, trombocitosis de 639.000 miles/ $\mu$ l y proteína C reactiva elevada en 51 mg/dl. El urocultivo mostró 70.000 unidades formadoras de colonias de *Staphylococcus aureus* multisensible, que se interpretó como contaminación de la muestra. Se enfrentó inicialmente como una uretritis complicada, por lo que se comenzó tratamiento empírico con ceftriaxona y clindamicina.

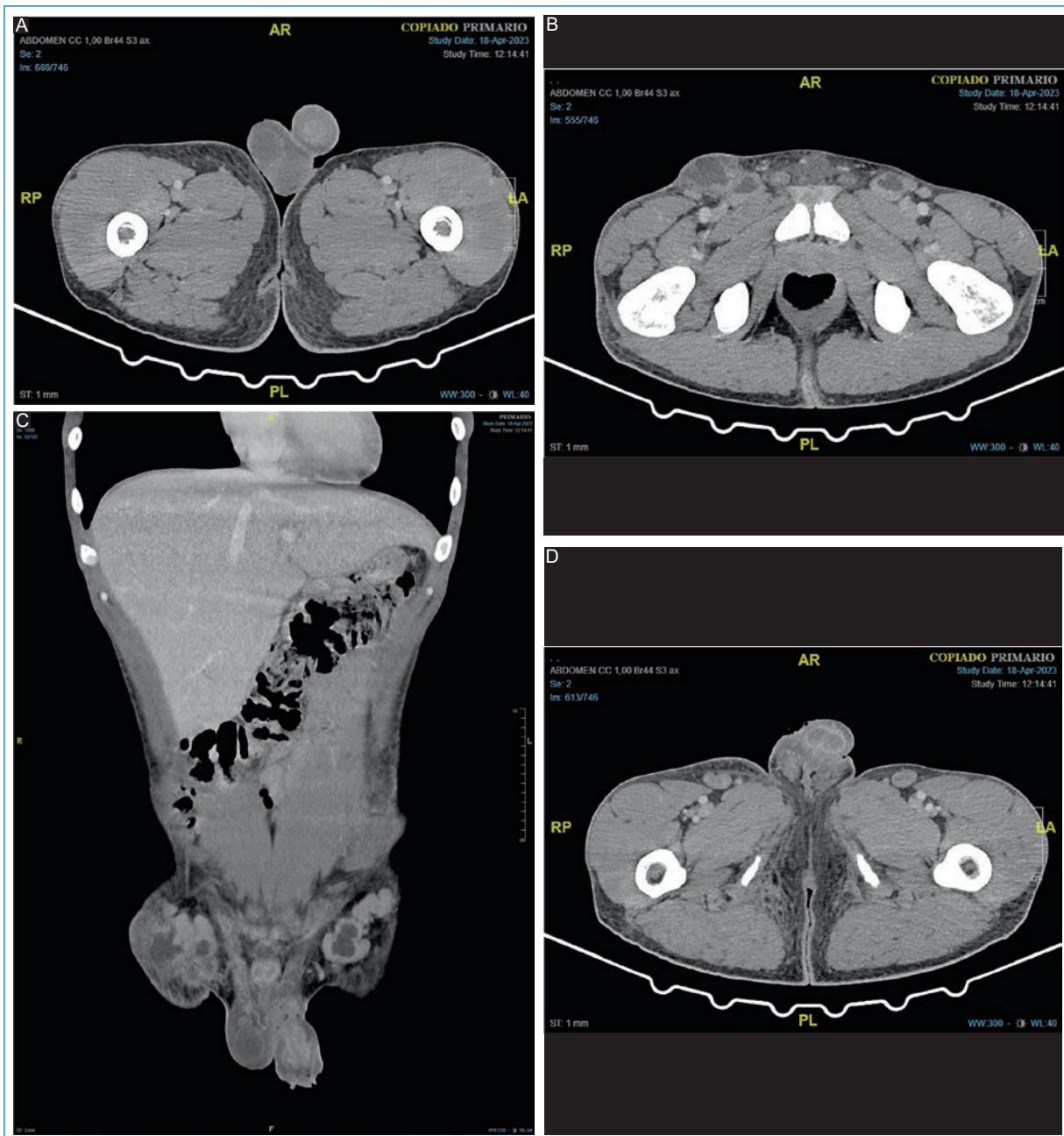
Se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis, que reveló edema del prepucio distal, con imagen sugerente de ulceración dorsal, sin evidencia de colecciones, sin compromiso del cuerpo esponjoso ni cavernoso; conglomerado de adenopatías inguinales bilaterales con centro necrótico que alcanzan hasta 4 cm a derecha, y además adenopatías ilíacas externas bilaterales de hasta 2,5 cm a derecha; sin adenopatías retroperitoneales lumboabórticas ni mesentéricas (Fig. 3). Se realizó tumorectomía prepucial en pabellón con aseo quirúrgico de adenopatías abscedadas y de lesiones ulcerativas del pene. Se enviaron muestras para cultivo, resultando negativas para patógenos. Durante la hospitalización se estudió con panel de uretritis con prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), resultando negativo para *Chlamydia trachomatis* (incluyendo los serotipos L1, L2 y L3), *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*. Se



**Figura 1.** Lesión exofítica del prepucio ulcerada y lesión ulcerada en la cara ventral del pene, asociada a adenopatías inguinales de hasta 6 cm de aspecto abscedado.



**Figura 2.** Placas redondeadas coalescentes en la planta del pie, con lesiones maculopapulares.



**Figura 3.** Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste. **A:** corte axial que muestra edema prepucial distal con posible ulceración dorsal. **B** y **C:** corte axial y coronal que muestra un conglomerado de adenopatías inguinales bilaterales con centro necrótico. **D:** corte axial que muestra adenopatías ilíacas externas bilaterales.

estudió también la presencia de VIH por ELISA, que resultó reactivo, y se realizó VDRL para sífilis, que resultó reactivo con una dilución de 1:64 con MHA-TP positivo. El paciente se fugó del hospital, por lo que no se pudo comenzar tratamiento de sífilis ni terapia anti-retroviral. Tampoco se logró realizar seguimiento.

La biopsia reveló un infiltrado de linfocitos, plasmocitos, histiocitos y granulocitos neutrófilos. No se

reconocieron microorganismos por tinción de Ziehl-Neelsen, Grocott, Warthin-Starry, PAS ni inmunohistoquímica de *Treponema*.

## Discusión

La sífilis primaria corresponde a la primera fase de la infección. Su manifestación clínica clásica es la

aparición de un chancre en el sitio de inoculación. Este se caracteriza por ser una úlcera indolora, generalmente única, de bordes bien definidos y base indurada, con exudado seroso en su superficie<sup>2,3</sup>. Se produce por una respuesta inmunitaria mediada por linfocitos T helper tipo 1 e histiocitos<sup>1</sup>. Generalmente ocurre en los genitales: surco balanoprepucial, glande, cuerpo del pene, vulva, paredes vaginales o cuello uterino. Puede ser extragenital, así como en los labios, la mucosa oral o la región perianal<sup>2,3</sup>. La reacción inflamatoria del chancre puede generar inflamación prepucial, produciendo una fimosis secundaria que oculta las lesiones de la sífilis<sup>4</sup>. La especificidad del chancre duro es de un 72% para sífilis, ya que los diagnósticos diferenciales consideran un amplio número de opciones. Un tamaño sobre 10 mm se asocia a sífilis, pero otras características de la lesión, como dolor, ubicación, número de lesiones o duración, y la presencia de adenopatías, son igualmente inespecíficas<sup>1</sup>. Se asocia a adenopatías múltiples o única, generalmente inguinales, que tienden a ser no dolorosas. Puede curarse espontáneamente luego de 3 a 8 semanas<sup>2</sup>.

La sífilis secundaria corresponde a la diseminación hematógena del treponema, por lo que los estudios serológicos evidencian diluciones elevadas. Se manifiesta dentro del primer año desde la infección, generalmente a los 6 meses<sup>2</sup>. En un 30% de los casos, las manifestaciones de la sífilis secundaria pueden encontrarse concomitantes al chancre de la sífilis primaria<sup>1,2,12</sup>. Generalmente se manifiesta con lesiones mucocutáneas, compromiso de fanéreos y linfoadenopatías generalizadas, pudiendo imitar distintas enfermedades<sup>1,2</sup>. Las lesiones cutáneas más frecuentes son máculas, pápulas o lesiones papuloescamosas que comprometen tanto el tronco como las extremidades<sup>2</sup>. Las lesiones palmoplantares características están presentes en el 40-80% de los casos, pero debe sospecharse sífilis incluso si no están presentes. Pueden ser maculares, papulares o nodulares<sup>1,2</sup>. Otras manifestaciones pueden ser condilomas planos, parches mucosos, queilitis angular, alopecia, lesiones ungueales y hepatoesplenomegalia, entre otras<sup>1-3</sup>.

El condiloma plano se presenta como placas o lesiones papulares que afectan las zonas húmedas, como la región vulvar y perianal. Los parches mucosos son placas ubicadas en la mucosa oral o genital, con alta carga treponémica<sup>2</sup>. Pueden imitar un condiloma acuminado, o incluso simular un carcinoma cutáneo espinocelular. Dependiendo de la ubicación del condiloma, podría imitar un cáncer de pene, vulvar o testicular, entre otros. Estas lesiones pueden ser dolorosas o indoloras, de

consistencia indurada y con ulceraciones<sup>1,3</sup>. Sin tratamiento, pueden resolverse de manera espontánea luego de 3 a 4 semanas, pudiendo reaparecer en cualquier momento de la enfermedad<sup>2</sup>. Presenta además síntomas sistémicos, como compromiso del estado general, fiebre y cefalea. Estos son más comunes en pacientes diabéticos, alcohólicos, drogadictos o con sida<sup>1,2</sup>. Tanto la sífilis primaria como la terciaria pueden presentar adenopatías localizadas, mientras que la sífilis secundaria tiende a presentar poliadenopatías generalizadas secundario a la diseminación de las espiroquetas<sup>2,4</sup>. La linfadenitis es un encuentro inespecífico de la sífilis, que generalmente es inguinal. Puede presentar un comportamiento supurativo o necrotizante, e incluso generar abscesos sifilíticos<sup>4</sup>.

La sífilis latente corresponde al estadio de la enfermedad en que no hay manifestación clínica, solo serología reactiva para actividad treponémica. Esta se divide en latente temprana y latente tardía, dependiendo de si ocurre dentro de los primeros 12 meses desde la infección o posterior a este tiempo<sup>2</sup>.

La sífilis terciaria es la etapa destructiva de la enfermedad<sup>2</sup>. Por lo general, se manifiesta años después de la primoinfección por treponema en pacientes no tratados adecuadamente<sup>2,3</sup>. En los pacientes inmunodeprimidos, esto puede ocurrir precozmente<sup>2</sup>. En esta etapa, la transmisibilidad es baja, con títulos bajos en las pruebas treponémicas. El daño se genera primordialmente por una respuesta de hipersensibilidad de tipo IV generada por la espiroqueta<sup>1,2</sup>. Puede afectar el miocardio, las válvulas cardíacas, las coronarias, los grandes vasos, el globo ocular, el oído interno, el hígado, la vía biliar, los riñones y el sistema nervioso central y periférico. De no ser tratada adecuadamente, puede generar complicaciones graves y llegar a ser fatal<sup>3</sup>. Puede producir lesiones nodulares ulcerativas o gomas sifilíticas, que son lesiones granulomatosas características de la sífilis tardía<sup>2</sup>. Estas son masas de consistencia gomosa y centro ulcerativo que podría tener necrosis caseosa<sup>1</sup>. Pueden aparecer en la piel, las mucosas y los huesos<sup>2</sup>. El tratamiento oportuno podría revertir el daño orgánico secundario al treponema, lo que depende del tipo de complicación y de la gravedad del daño<sup>1</sup>.

El diagnóstico se dificulta por la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, en especial en las formas iniciales de la enfermedad<sup>3</sup>. Se basa en la correlación de los antecedentes, la anamnesis, la exploración física y los estudios de laboratorio. La sensibilidad y la especificidad de los estudios varían dependiendo de la técnica utilizada y del estadio de

la enfermedad<sup>2</sup>. Se evalúa la detección directa o indirecta de *T. pallidum*; para esta última se utilizan test treponémicos (TT) y no treponémicos (nTT)<sup>1,2</sup>. Los métodos directos incluyen la PCR, la microscopía de campo oscuro y los estudios de inmunohistoquímica. La PCR para *Treponema* es el método preferido de diagnóstico definitivo, en particular en muestras de orofaringe o de mucosa anorrectal. Es especialmente útil en casos precoces de sífilis, en los que las pruebas serológicas se mantienen negativas en un periodo de ventana. La especificidad del estudio es del 97-100% y la sensibilidad varía, dependiendo de la muestra estudiada y de la etapa de la enfermedad, entre el 42-80%. La microscopía de campo oscuro es un estudio de baja sensibilidad, dependiente del operador, que no es útil para el análisis de muestras de orofaringe<sup>1</sup>.

Los métodos indirectos de diagnóstico se utilizan principalmente como cribado de la enfermedad, para diagnóstico y monitorización de la actividad treponémica<sup>1,2</sup>. Las nTT analizan la presencia de anticuerpos no específicos contra antígenos de células infectadas por treponema. Dentro de ellas se encuentran el RPR (*Rapid Plasma Reagins*) y el VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), prefiriendo este segundo para estudios de tamizaje especialmente en muestras de líquido cerebroespinal. Debido a la presencia de falsos positivos, en caso de presentar un nTT reactivo se debe realizar un TT para confirmar la presencia de treponema<sup>1,2</sup>. En caso de ser reactivo, los resultados dependen de la actividad frente a la dilución progresiva, informando como reactivo débil (1:1), y luego progresión geométrica (1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64 o más)<sup>2</sup>. Dentro de los TT se encuentran el TPPA (*T. pallidum particle agglutination assay*), el MHA-TP (*hemagglutination assay and microhemagglutination assay for T. pallidum*) y el FTA-ABS (*fluorescent Treponemal antibody-absorption*), siendo el primero el de mayor sensibilidad y menor cantidad de falsos positivos<sup>1</sup>. Detectan específicamente los anticuerpos contra *Treponema*, lo que confirma la exposición del sujeto a la espiroqueta. Una vez se vuelven reactivos, perduran en el tiempo. No se utilizan como cribado ni para seguimiento, ya que no logran discriminar entre una infección activa y una infección ya tratada. En la red asistencial chilena, el MHA-TP es la técnica de elección debido a su costo-efectividad<sup>2</sup>.

Se recomienda realizar cribado en embarazadas, donadores de órganos y de hemoderivados, pacientes inmunosuprimidos y en caso de factores de riesgo

como conductas sexuales sin protección, personas con VIH, trabajadores sexuales o presencia de otras ITS, entre otros<sup>1</sup>. Al considerarse una ITS, es necesario hacer estudios de cribado para otras infecciones, como VIH<sup>1</sup>. En casos de consulta precoz, podría presentarse un paciente con una lesión genital ulcerativa con nTT y TT negativas, debido al periodo de ventana de la sífilis primaria. En estas circunstancias, se recomienda repetir las pruebas a los 10-14 días<sup>4</sup>.

Los hallazgos histopatológicos que deben orientar a sífilis son la presencia de infiltrado plasmocitario, aunque también puede presentarse en otros procesos inflamatorios de la mucosa oral<sup>1</sup>. Otros hallazgos de la respuesta inflamatoria a la espiroqueta son proliferación vascular con flebitis y endarteritis, hiperplasia folicular, granulomas no caseificantes y abscesos<sup>4</sup>. Los estudios inmunohistoquímicos pueden ser útiles para diferenciar casos de falsos positivos, con una sensibilidad del 71% en la sífilis secundaria<sup>1</sup>. Algunas tinciones inmunohistoquímicas podrían identificar *Treponema*<sup>4</sup>.

La sífilis es una enfermedad curable si se trata con antibióticos. El tratamiento recomendado es con penicilina, que es más efectiva en las etapas iniciales de la enfermedad<sup>3</sup>. En caso de lesiones ulcerativas genitales o en la región anorrectal, se podría comenzar tratamiento empírico para sífilis. Se recomiendan 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatina intramuscular, una vez por semana, por 1 o 3 semanas, dependiendo de la etapa de la sífilis. Las dosis pueden distanciarse un máximo de 10 días para lograr erradicar la espiroqueta; en caso de superar este intervalo, se deberá comenzar nuevamente el esquema de manejo. En la sífilis latente se puede distanciar hasta 14 días el tiempo entre dosis. En embarazadas, el intervalo entre dosis debe ser estricto, no superando los 7 días. En caso de neurosífilis, esta se debe acompañar de administración previa de penicilina G sódica para lograr una adecuada concentración en el líquido cerebroespinal. En caso de alergia a la penicilina u otros betalactámicos, la recomendación es desensibilizar al paciente. Ante reacciones alérgicas graves o falla en la desensibilización, otras opciones son doxiciclina, tetraciclinas o ceftriaxona<sup>1</sup>.

El seguimiento se debería realizar con una nTT, evaluando la actividad treponémica desde el día de comienzo del tratamiento. El seguimiento debe hacerse siempre con el mismo nTT, ya que no son equivalentes ni comparables entre sí. Las guías nacionales recomiendan evaluar la actividad treponémica a los 1, 3, 6 y 12 meses, lo que varía dependiendo del estadio de la sífilis en el momento del diagnóstico y la literatura

extranjera<sup>1,2</sup>. El seguimiento debería ser más estricto en los pacientes con VIH y en las embarazadas<sup>1</sup>. Las guías chilenas definen un tratamiento adecuado como la disminución de dos o más diluciones al mes postratamiento<sup>2</sup>. La curación de la sífilis temprana corresponde a la mantención de una actividad bajo dos titulaciones luego de 12 meses de tratamiento. La curación se logra en alrededor del 89% de los casos. La elevación en dos titulaciones de nTT en cualquier momento del seguimiento se considera una reinfección por sífilis<sup>1</sup>.

Aun luego de un tratamiento adecuado, los títulos de los nTT pueden no negativizar totalmente y mantenerse en niveles bajos (< 1:4), sin significar enfermedad ni posibilidad de transmisión. La negativización de nTT o seroconversión ocurre en el 37-48% de los casos de sífilis temprana dentro del primer año, y aumenta al 56-72% al tercer año. En caso de no alcanzar curación con un tratamiento adecuado, debe considerarse reinfección, infección por VIH o neurosífilis, por lo que se deben seguir en el tiempo. Si se compara a los pacientes VIH positivos con los pacientes no infectados por el VIH, la curación puede ser más retardada, obteniendo resultados similares a los 12 meses de seguimiento<sup>1</sup>.

En nuestro caso, el paciente consultó por una masa peneana compatible con un cáncer de pene. Debido a la edad del paciente, un cáncer peneano es poco común. En retrospectiva, las lesiones ulceradas dolorosas en el tronco del pene y en el tumor del glande eran compatibles con condilomas planos extensos. La presencia de adenopatías inguinales asociadas a lesiones peneanas puede ocurrir tanto en el cáncer de pene como en la sífilis (primaria o secundaria), además de otras afecciones como el linfogranuloma venéreo. Debido a los antecedentes del paciente y el hallazgo de lesiones maculopapulares de distribución difusa y paloplantar, se estudiaron etiologías infecciosas, como sífilis y VIH. Las placas plantares pueden ocurrir en una sífilis secundaria o por linfogranuloma venéreo. Frente a la duda diagnóstica de una lesión tumoral del pene, se decidió estudiar con biopsia y cultivar abscesos inguinales en búsqueda de agentes infecciosos. Una vez realizado el diagnóstico de sífilis secundaria y de VIH por serología, se debió iniciar penicilina y comenzar el estudio para iniciar terapia antirretroviral.

## Conclusiones

La sífilis secundaria constituye un desafío diagnóstico debido a la variedad y la inespecificidad de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Se debe

considerar como una alternativa diagnóstica en casos de lesiones tumorales del prepucio, especialmente en presencia de manifestaciones cutáneas inespecíficas. El diagnóstico diferencial se puede lograr con pruebas séricas y con estudio anatomopatológico.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. No fue posible obtener el consentimiento informado del paciente, ya que este huyó de la clínica antes de finalizar el tratamiento.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado algún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Navarrete J, Saavedra-Portales S. Syphilis for dermatologists: current concepts. Clin Dermatol. 2024;42:134-54.
2. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Norma de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). 2016. Disponible en: [https://www.ispch.cl/sites/default/files/normativa\\_biomedico/Norma%20de%20Profilaxis,%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20las%20Infecciones%20de%20Transmisi%C3%B3n.pdf](https://www.ispch.cl/sites/default/files/normativa_biomedico/Norma%20de%20Profilaxis,%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20las%20Infecciones%20de%20Transmisi%C3%B3n.pdf).
3. Shimoda H, Suzuki I, Kijima T, Imasato N, Kokubun H, Nakamura G, et al. A case of secondary syphilis mimicking a penile cancer with lymph node metastases. Hinyokika Kiyo. 2023;69:199-202.
4. Wessels A, Bamford C, Lewis D, Wainwright H, Martini M. Syphilitic lymphadenitis clinically and histologically mimicking lymphogranuloma venereum. S Afr Med J. 2016;106:465-7.
5. Goldstein E; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Las infecciones de transmisión sexual en Chile, 1982-2018. Asesoría Técnica Parlamentaria; 2019. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27319/1/BCN\\_Infecciones\\_Trans\\_Sexual\\_Chile\\_Editar\\_final2\\_repos.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27319/1/BCN_Infecciones_Trans_Sexual_Chile_Editar_final2_repos.pdf).

6. Tao YT, Gao TY, Li HY, Ma YT, Li HJ, Xian-Yu CY, et al. Global, regional, and national trends of syphilis from 1990 to 2019: the 2019 Global Burden of Disease Study. *BMC Public Health.* 2023;23:754.
7. Gorena PM, Rivera MJ, Valenzuela VR. Manual de urología: cáncer de pene. 2.<sup>a</sup> ed. Vol. 30. Chile: Sociedad Chilena de Urología; 2020.
8. Brouwer OR, Albersen M, Parnham A, Protzel C, Pettaway CA, Ayres B, et al. European Association of Urology-American Society of Clinical Oncology collaborative guideline on penile cancer: 2023 update. *Eur Urol.* 2023;83:548-60.
9. Thomas A, Necchi A, Muneer A, Tobias-Machado M, Tran ATH, Van Rompuy AS, et al. Penile cancer. *Nat Rev Dis Primers.* 2021;7:11.
10. Engelsgjerd JS, Leslie SW, LaGrange CA. Penile cancer and penile intraepithelial neoplasia. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
11. Giona S. The epidemiology of penile cancer. En: Urologic cancers. Australia: Exon; 2022. p. 131-9.
12. Pisano L, Tiradritti L. Visual dermatology: overlapping primary and secondary syphilis mimicking penile carcinoma. *J Cutan Med Surg.* 2020;24:633.