

Secundarismo sifilítico como primera manifestación cutánea asociada a infección por VIH

Syphilitic Secondary Disease as the First Cutaneous Manifestation Associated with HIV Infection

Alicia Minerva López López,¹ Daniela Bañuelos Díaz,¹ Samuel Amezcua Gudiño,¹ Manuel Soria Orozco¹, Marisol Ramírez Padilla² y Juan Gabriel Barrientos García³

¹ Médico cirujano, especialidad en dermatología, Departamento de Dermatología, Benemérito Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México.

² Médico cirujano, especialidad en dermatología, académico superior, Departamento de Dermatología, Benemérito Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México.

³ Médico cirujano, especialidad en dermatología y dermatopatología, práctica privada, Guadalajara, México.

RESUMEN

La sífilis es una infección de transmisión sexual cosmopolita, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* que en la última década ha aumentado su tasa de incidencia, particularmente por su asociación con el virus de inmunodeficiencia humana. La sífilis secundaria presenta múltiples manifestaciones dermatológicas, como rash o erupciones maculopapulares, generalmente de manera diseminada en el tronco y las extremidades proximales, afección de la mucosa oral, o bien comenzar como condiloma lata. Se ha sugerido que la infección por VIH tiende a modular la presentación clínica de la sífilis. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 31 años de edad, con secundarismo sifilítico asociado como primera manifestación cutánea de infección por VIH. Cabe mencionar que es importante tener en mente esta entidad siempre que los pacientes refieran factores de riesgo, para no dejar pasar esta patología y aquellas que puedan acompañarla, conllevando a posteriores problemas de salud pública y en la calidad de vida de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: sífilis, infección por VIH, manifestaciones cutáneas.

Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, caracterizada por episodios de enfermedad clínica activa interrumpidos por períodos de infección latente. Se reconocen dos etapas, temprana (correspondiente a la sífilis primaria y secundaria) y tardía (terciaria). La etapa secundaria, a diferencia de la etapa primaria localizada y caracterizada por el chancre, puede presentar múltiples manifestaciones dermatológicas, como rash o erupciones maculopapu-

ABSTRACT

Syphilis is a cosmopolitan sexually transmitted infection caused by the spirochete *Treponema pallidum* which in the last decade has increased in the incidence rate given its association with the human immunodeficiency virus. Secondary syphilis has many dermatological manifestations such as: maculopapular rash, generally disseminated to trunk and proximal extremities, mucosal lesions, or debut as condyloma lata. It has been suggested that HIV infection tends to modulate syphilis clinical presentation. We report the case of a 31-year-old male patient with associated secondary syphilis as first cutaneous sign of HIV infection. It is noteworthy that we must bear in mind this entity in patients with risk factors, to improve patient's quality of life and counter further public health problems.

KEYWORDS: syphilis, HIV infection, skin manifestations.

lares, generalmente de manera diseminada en el tronco y las extremidades proximales, afección de la mucosa oral, o bien comenzar como condiloma lata.^{1,2} En general, las manifestaciones clínicas de infección concomitante por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis son en su mayor parte similares en cada etapa, independiente del estatus de infección por VIH.³ Sin embargo, se ha sugerido que la infección por VIH tiende a modular la presentación clínica, un mayor involucro de órganos, manifestaciones cutáneas atípicas, así como una evolución más rápida de

CORRESPONDENCIA

Dr. Manuel Soria Orozco ■ manuelspitz@hotmail.com ■ Teléfono: 011-52-333 614 5501

Benemérito Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Departamento de Dermatología, Av. Hospital 278, Sector Hidalgo, C.P. 44280 Guadalajara, Jalisco.

la enfermedad.⁴⁻⁶ Se presenta el caso de manifestación topográfica atípica de secundarismo sifilítico como primer signo cutáneo de infección por VIH.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 31 años de edad, que acude a nuestro servicio porque presenta una placa en el tronco posterior de 15 días de evolución, así como pérdida de peso no intencional de 4 kg en los últimos dos meses. Entre sus antecedentes de importancia destacan incontables parejas sexuales hombre con hombre sin protección. Durante la exploración física se documenta dermatosis localizada en el tronco posterior, en la región interescapular constituida por múltiples pápulas que confluyen para formar una placa eritemato-escamosa, infiltrada, de aspecto numular, de aproximadamente 7 × 7 cm de diámetro, de bordes irregulares de base eritematosa, en ocasiones pruriginosa, previamente tratada con corticoesteroides, sin éxito (figura 1a y b). El resto de la exploración física se reportó sin hallazgos de importancia. Se decide realizar biopsia en sacabocado y estudios de laboratorio complementarios por los antecedentes referidos.

En el estudio histopatológico se observa una dermatitis liquenoide con denso infiltrado de células plasmáticas, que sugieren infección por sífilis; no se obtuvieron tinciones especiales o inmunofluorescencia de la pieza (figura 2). Los estudios de laboratorio resultaron positivos para VIH, así como las pruebas no treponémicas venereal disease research laboratory (VDRL) y las treponémicas prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS) con títulos altos. A partir de lo anterior se confirma el diagnóstico de sífilis secundaria asociada a VIH. Mediante interrogatorio dirigido, el paciente refirió que hace algunos años presentó una úlcera en los genitales que se resolvió de forma espontánea. Se le indica tratamiento mediante dos dosis de 2.4 millones UI de penicilina G benzatínica intramuscular. En la cita subsecuente se documenta que se resolvió la dermatosis (figura 1c) y se refiere a la Unidad de VIH de nuestra institución para que comience terapia antirretroviral.

Discusión

Los hallazgos clínicos, histopatológicos y de laboratorio son consistentes con una etapa secundaria de infección



Figura 1. A y B: placa eritemato-escamosa, infiltrada, numular, de aproximadamente 7 × 7 cm de diámetro, de bordes bien delimitados, de base eritematosa en la región interescapular. C: placa posterior a tratamiento con penicilina G benzatínica.

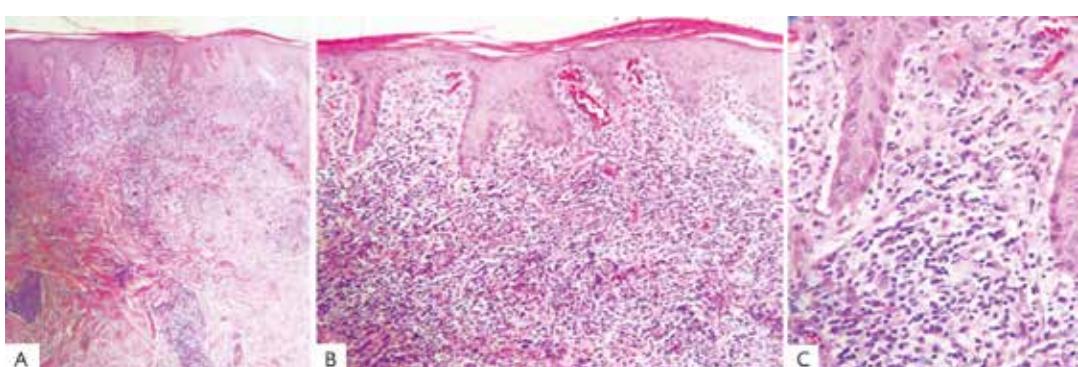


Figura 2. A y B: fotomicrografías en hematoxilina y eosina de la piel (4x) y (10x) con dermatitis liquenoide con infiltrado denso celular en dermis. C: a mayor aumento (40x) se identifica infiltrado predominantemente de células plasmáticas.

por sífilis como primera manifestación cutánea de infección por VIH. Los hallazgos clínicos característicos de la etapa secundaria de sífilis suelen ocurrir de tres a seis semanas posterior a la resolución de la primera etapa. Signos frecuentes de esta etapa incluyen rash en el tronco anterior y en las extremidades, lesiones en mucosa, condiloma lata, alopecia y linfadenopatías.^{2,7} En el presente caso concuerdan los hallazgos clínicos, histopatológicos y de laboratorio.

Estudios descriptivos retrospectivos y transversales comparativos entre pacientes seronegativos y seropositivos para infección por VIH en etapas primarias y secundarias demostraron que no hay una diferencia significativa de la presentación o severidad de la enfermedad.⁸ De hecho, sin importar el estatus de infección por VIH, en un estudio prospectivo multicéntrico entre enfermos con infección por VIH y sífilis, Rompalo y colaboradores determinaron que 80% de los pacientes presentan rash macular o maculopapular, y más de 50% de los rash incluyen el tronco (predominio anterior) y las extremidades, y más de 70% de los pacientes presentan rash palmo-plantar similar a pacientes seronegativos para VIH. En contraste, se han reportado casos agresivos y atípicos en pacientes con VIH,^{3,4} así como superposición entre las diferentes etapas. En efecto, se ha sugerido un efecto negativo de la infección por sífilis en la población celular de CD4 y carga viral.⁹

El diagnóstico de sífilis se realiza siguiendo los mismos protocolos establecidos independientemente del estatus serológico para VIH del paciente.¹⁰ Sin embargo, y de manera inusual, se han reportado títulos altos, falsos negativos y aparición retardada para reactividad de pruebas no treponémicas y treponémicas. Este hallazgo se ha identificado como fenómeno de Prozona.¹¹ En raras ocasiones el diagnóstico se establece con el apoyo complementario de estudios histopatológicos, o la identificación directa de espiroquetas consistentes con *T. pallidum*.¹² En general los hallazgos microscópicos demuestran un infiltrado característicamente denso, granulomatoso, no caseificantes, de células plasmáticas e histiocitos, con ausencia o presencia de pocas espiroquetas.¹³ En nuestro caso, los hallazgos paraclinicos son consistentes.

Finalmente, el tratamiento para sífilis primaria y secundaria es una dosis única intramuscular de 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica.¹ Se han evaluado regímenes alternos de dosis para individuos con infección por VIH, en estos pacientes se ha teorizado un mayor número de dosis o la adición de otros agentes antimicrobianos,¹⁴ sin embargo, la literatura actual es limitada en cuanto a nuevos protocolos. En nuestro caso se optó por

dos dosis de penicilina G benzatínica por la presentación atípica del cuadro clínico, y previo al inicio de la terapia antirretroviral.

La tasa de incidencia de coinfección por *Treponema pallidum* y por VIH han ido en aumento en la última década.² Particularmente la presentación inicial en asociación con VIH, asimismo se puede afectar el curso de la enfermedad por *T. pallidum*.¹⁵ Está justificado un planteamiento integral en el contexto clínico apropiado para no dejar pasar esta patología y aquellas que puedan acompañarla, llevando a posteriores problemas de salud pública y en la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balagula Y, Mattei PL y Wisco OJ, The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis, *Int J Dermatol* 2014; 53(12):1434-41.
2. Contreras E, Zuluaga SX y Ocampo V, Sífilis: la gran simuladora, *Infect* 2008; 12(2):120-7.
3. Zellan J y Augenbraun M, Syphilis in the HIV-infected patient: an update on epidemiology, diagnosis, and management, *Curr HIV/AIDS Rep* 2004; 1:142.
4. Rompalo AM, Joesoef MR, O'Donnell JA et al, Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study, *Sex Transm Dis* 2001; 28:158.
5. Rompalo AM, Lawlor J, Seaman P et al, Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection, *Sex Transm Dis* 2001; 28:448.
6. Schöfer H, Imhof M, Thomas-Greber E et al, Active syphilis in HIV infection: a multicenter retrospective survey. The German AIDS Study Group (GASG), *Genitourin Med* 1996; 72:176.
7. Zetola NM, Engelman J, Jensen TP y Klausner JD, Syphilis in the United States: an update for clinicians with an emphasis on HIV coinfection, *Mayo Clin Proc* 2007; 82:1091.
8. Hutchinson CM, Rompalo AM, Reichart CA y Hook EW 3rd, Characteristics of patients with syphilis attending Baltimore STD clinics. Multiple high-risk subgroups and interactions with human immunodeficiency virus infection, *Arch Intern Med* 1991; 151:511.
9. Wasserheit JN, Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases, *Sex Transm Dis* 1992; 19:61.
10. Aungenbraun MH, DeHovitz JA, Feldman J et al, Biological false-positive syphilis test results for women infected with human immunodeficiency virus, *Clin Infect Dis* 1994; 19:1040.
11. Rompalo AM, Cannon RO, Quinn TC, Hook EW 3rd, Association of biological false-positive reactions for syphilis with human immunodeficiency virus infection, *J Infect Dis* 1992; 165:1124.
12. Tikjeb G, Russel M, Petersen CS et al, Seronegative secondary syphilis in a patient with AIDS: identification of *Treponema pallidum* in biopsy specimen, *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:506.
13. D'Amico R y Zalusky R, A case of lues maligna in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), *Scand J Infect Dis* 2005; 37:697.
14. Thurnheer MC, Weber R, Toutous-Trellu L et al, Occurrence, risk factors, diagnosis and treatment of syphilis in the prospective observational Swiss HIV Cohort Study, *AIDS* 2010; 24:1907.
15. Funnyé AS y Akhtar AJ, Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection, *J Natl Med Assoc*, 2003; 95(5):363-82.