

Estimados Editores:

Nuestro comentario es en relación al diagnóstico diferencial de la histoplasmosis cutánea diseminada y el secundarismo sífilítico asociado al SIDA, ya que estas dos enfermedades se prestan a confusión en este grupo de pacientes, porque en ellos se pueden observar lesiones morfológicas muy similares, que suelen ser prácticamente indistinguibles una de la otra. Ya es sabido que no solamente la historia natural de la enfermedad está alterada, sino también el pronóstico, es por esta razón que debemos establecer parámetros comparativos que nos permitan llegar al diagnóstico.

La sífilis y la infección por el VIH comparten el mismo modo de transmisión y los mismos factores de riesgo. La incidencia de sífilis en Estados Unidos se ha incrementado, para el año 2000 era de 2.1 x 100,000 y para el año 2004 fue 2.7 por 100,000 habitantes. Así que la prevalencia de la coinfección (sífilis y SIDA) a partir del año 2000 se incrementó siendo mayor en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que es de 27.5% y para las mujeres es de 12.4%.¹ Sin embargo, para otros autores la frecuencia de esta coinfección es de 30-60% y esto va a depender de la localización geográfica y hábitos sexuales.²

La coinfección de sífilis y VIH parece no afectar la progresión a SIDA.³ En este tipo de pacientes se ha visto que tienen defectos en la inmunidad celular al igual que en la histoplasmosis cutánea diseminada.⁴ Los pacientes con SIDA tienen cuadros más severos de sífilis, sin embargo, hay estudios donde no hay cambios en la mortalidad cuando tienen el tratamiento antirretroviral adecuado.³ En cambio, en la histoplasmosis se observa en 5% de los pacientes con este síndrome que viven en zonas no endémicas, y según la literatura puede llegar a ser en 27% en áreas endémicas. Se ha reportado hasta en 75% de los casos como primera manifestación de SIDA.⁴



Figura 1. Secundarismo sífilítico asociado a SIDA. Lesiones pápulo-eritematosas en el tronco.



Figura 2. Histoplasmosis cutánea diseminada asociada a SIDA. Lesiones pápulares y eritematosas en el tronco.

De acuerdo con la literatura las lesiones mucocutáneas en la histoplasmosis se presentan en 5-25% de los casos; sin embargo, en Latinoamérica puede ser hasta en 80% de los casos⁴⁻⁶ y aún se desconoce si esto se debe al inicio tardío del tratamiento antirretroviral, o al comportamiento de las cepas de *Histoplasma capsulatum*.

Es importante remarcar que la histoplasmosis cutánea diseminada es una entidad muy similar al secundarismo sífilítico, por lo que les presentamos una idea más clara de cómo diferenciarlas,

por lo que es necesario recurrir a estudios de laboratorio que nos permitan diferenciarlas, y establecer el tratamiento. En general, el pronóstico de pacientes con SIDA e histoplasmosis cutánea diseminada es más pobre con relación a los mismos asociados a sífilis; esto siempre y cuando no tengan afección neurológica o neurosífilis; esto último disminuye si se instituye

tratamiento antirretroviral temprano. En el Cuadro 1 presentamos las diferencias entre ambos padecimientos.

**Laura Castrejón, Griselda Montes de Oca,
Alexandro Bonifaz**

Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Cuadro 1. Diferencias entre secundarismo sífilítico e histoplasmosis cutánea diseminada¹⁻⁷ (Continúa en la siguiente página)

Parámetros	Sífilis secundaria	Histoplasmosis cutánea diseminada
Agente causal	<i>Treponema pallidum</i>	<i>Histoplasma capsulatum</i>
Hábitat	Humano	Suelo y detritus vegetales, aislado del guano de murciélagos, gallinas, pavos
Vía de entrada	Transmisión sexual Materno-fetal Transfusiones Soluciones de continuidad	Respiratoria: inhalación de conidios. Cutánea: por traumatismos, sólo se observa en 0.5% de los casos
Período de incubación	14-21 días	Muy variable: de 1 a 3 días hasta 1 a 5 meses, pero en promedio se observa de 7 a 10 días. En pacientes con SIDA, puede iniciarse a partir de focos primarios antiguos
Condición inmunológica del paciente con VIH	CD4 <62 cél/mL y carga viral aumentada	CD4 <75 células/μL
Dermatosis	Manchas eritematosas, pápulas aisladas o combinadas con costra, escama y erosiones, que suelen tomar diferentes formas: anulares, arciformes, seborreicas. La sífilis maligna es la forma ulcerativa, con costras y necrosis con aspecto rupioide. Alopecia en parches o difusa, uñas: onixis y perionixis	Lesiones papulares moluscoideas, pustulares, úlceras, eritema nudoso y multiforme, placas pápulo-escamosas con aspecto psoriasiforme y manchas purpúricas con necrosis. Hay reportes de afección ungueal (onicólisis)
Topografía clínica	Cualquier topografía, puede afectar incluso palmas y plantas	Cualquier topografía, puede afectar incluso palmas, plantas
Afección a mucosas	En la cavidad oral se observan placas mucosas que son blanquecinas con erosiones simulan candidosis	Pueden afectarse todas las mucosas, es común la estomatitis ulcerativa. En lesiones iniciales simulan candidosis
Sintomatología	Síntomas generales, simula cuadro gripal, artralgias, artritis y periostitis	Pérdida de peso, astenia, adinamia, malestar general
Otros sistemas afectados	Adenopatía generalizada: región inguinal, cervical, retroauricular y epitrocleares, hepatoesplenomegalia	Hepatomegalia, esplenomegalia, pancitopenia y afección pulmonar. Pueden presentarse adenopatías
Diagnóstico	VDRL mayor de 1:4 FTA ABS positivo Biopsia: presencia de células plasmáticas con tinción Whartin-Starry, ocasionalmente los treponemas son visibles. Inmunohistoquímica (91%). PCR positiva (75%)	Biopsia de piel, en dermis infiltrado granulomatoso, levaduras de 2-4 μm dentro del citoplasma de los histiocitos o de células gigantes multinucleadas. Fijación al complemento alta (indica diseminación) Histoplasmina (poco específica) y por lo regular negativa asociada a SIDA

Cuadro 1. Diferencias entre secundarismo sífilítico e histoplasmosis cutánea diseminada¹⁻⁷ (Continuación)

Parámetros	Sífilis secundaria	Histoplasmosis cutánea diseminada
Tratamiento	Penicilina benzatínica 2,4 MU IM semanal por dos semanas (3 dosis), o penicilina procaínica 800,000 unidades IM dosis única por 17 días, o doxiciclina 100 mg VO por 14 días. Neurosífilis: penicilina sódica cristalina 18-24 millones de unidades por día/14 días	Itraconazol 200 mg cada 8 horas por 3 días, posteriormente cada 12 horas por 12 semanas, para los casos diseminados graves se recomienda anfotericina B, a dosis 0.5-1 mg/kg día, dosis máxima 2-3 g/kg de peso, por 12 semanas. De por vida con itraconazol a una dosis de 200 mg al día (a menos de que la fijación de complemento sea < 1:8)
Profilaxis	Medida preventiva: uso de preservativo	Países endémicos al disminuir la cuenta de CD4 menor a 150 o 100/mm ³ itraconazol 200 mg al día
Pronóstico	Pacientes con tratamiento antirretroviral > 6 meses mejor pronóstico En caso de CD4 < 350cel/mm ³ , RPR >1:32 aumenta riesgo de neurosífilis	El 80% presenta recaídas. La inmunosupresión en la enfermedad diseminada es un factor de mal pronóstico. Mortalidad hasta en 95%
Complicaciones	Neurosífilis con riesgo de recaída	Choque séptico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, adrenal y hepática

REFERENCIAS

- Farhi D, Dupin N. Management of syphilis in the HIV-infected patient: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28:539-345.
- Stevenson J, Heath M. Syphilis and HIV infection: an update. *Dermatol Clin* 2006;24:497-507.
- Weintrob AC, Gu W, Qin J. Syphilis co-infection does not affect HIV disease progression. *Int J STD AIDS* 2010;21:57-59.
- Bonifaz A, Chang P, Moreno K, et al. Disseminated cutaneous histoplasmosis in acquired immunodeficiency syndrome: report of 23 cases. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:481-486.
- Vasudevan B, Ashish B, Amitabh S. Primary cutaneous histoplasmosis in a HIV-positive individual. *J Global Infect Dis* 2010;2:112-115.
- Srivastava B, King B, MD, Galan A, MD. An unusual clinical and histologic presentation of disseminated cutaneous histoplasmosis. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:156-157.
- Dhawan Y, Verma P, Sharma A. Disseminated cutaneous histoplasmosis in an immunocompetent child, relapses with itraconazole, successfully treated with voriconazole. *Pediat Dermatol* 2010;27:549-551.