Carta al editor
Dermatol Rev Mex 2023; 67 (2): 307-310.

Dermatología
Revista mexicana

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8761

Sífilis secundaria unilateral en un paciente VIH positivo

Unilateral secondary syphilis in an HIV positive patient.

Laura Margarita Arango-Bedoya,[1] Mónica Alejandra Gaviria-Muñoz[2]

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 31 años de edad, en quien se estableció el diagnóstico de infección por VIH en julio de 2019 y estaba en tratamiento HAART con emtricitabina, tenofovir y dolutegravir. Tuvo COVID-19 en julio de 2020 y su última relación sexual fue en noviembre de 2020. Consultó en febrero de 2021 por padecer un cuadro clínico de dos meses de evolución de lesiones eritematosas, asintomáticas, unilaterales, que afectaban el hemiabdomen, el brazo y la palma derechos según fotos llevadas a la consulta; al momento de ésta, las lesiones se habían aliviado espontáneamente; era el primer episodio y no había síntomas sistémicos. El paciente tuvo los siguientes resultados de estudios paraclínicos: CD4 488, carga viral < 40, citología anal negativa, RPR no reactiva (28 de enero de 2021).

Al examen físico se encontró en buenas condiciones generales, sin lesiones activas en la piel, con adenopatías inguinales y sin lesiones perianales. En las fotografías que fueron tomadas por el paciente se apreciaban múltiples máculas eritematosas, de bordes irregulares y mal definidos, algunas confluentes que formaban máculas de mayor tamaño (**Figura 1**); además, en la palma derecha, una foto inicial mostraba escasas pápulas y máculas con características similares a las previamente descritas (**Figura 2**) y en la foto posterior (**Figura 3**) escasas máculas color marrón claro.

Por la alta sospecha clínica de sífilis secundaria se repitió la serología y se recibió un resultado de prueba treponémica positiva

[1] Residente de primer año de Dermatología.
[2] Docente de Dermatología.
Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Medellín, Colombia.

Recibido: mayo 2022
Aceptado: junio 2022

Correspondencia
Laura Margarita Arango Bedoya
laura.arangob@upb.edu.co

Este artículo debe citarse como:
Arango-Bedoya LM, Gaviria-Muñoz MA. Sífilis secundaria unilateral en un paciente VIH positivo. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (2): 307-310.

Figura 1. En el hemiabdomen y el brazo derechos se observan múltiples máculas eritematosas, de bordes irregulares y mal definidos, algunas confluentes que forman máculas de mayor tamaño.

y un segundo RPR negativo, por lo que se le indicó al laboratorio diluir la muestra, recibiendo posteriormente un RPR 1:256, lo que confirmó el diagnóstico. Se ordenó penicilina G benzatínica 2,400,000 UI vía IM, dosis única. Se dio orden de RPR de control a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses. Se citó a revisión a los tres meses y se remitió a neurología. El paciente no regresó a consulta, por lo que no tuvo seguimiento.

DISCUSIÓN

La incidencia y prevalencia de la sífilis ha aumentado significativamente en los últimos años en todo el mundo, con casi 20 millones de casos en la población comprendida entre 15 y 49 años. Las zonas más afectadas son el Pacífico occidental y África.[1,2] Los estudios han demostrado que hasta el 42% de los hombres homosexuales con diagnóstico de sífilis primaria y secundaria están infectados por VIH.[1]

Las manifestaciones de sífilis secundaria son variadas: pródromos, linfadenopatía, daño cutáneo (70%), mucoso (30%), alopecia irregular (7%) y afectación ocular, renal y gastrointestinal. La manifestación clásica en la piel suele ser con máculas o máculo-pápulas eritematosas en el tronco y las extremidades. La afectación palmo-plantar se encuentra hasta en el 75% de los casos.[3,4] Se han reportado formas atípicas, como la variante

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8761

Figura 2. Foto inicial de la palma derecha con escasas pápulas y máculas similares a las demás lesiones.

Figura 3. Foto de control de la palma derecha en la que se aprecian escasas máculas marrón claro.

nodular, ulceronecrótica, arcuata, pustulosa, psoriasiforme e ictiosiforme.[5,6]

En la bibliografía hasta el momento sólo se ha reportado un caso en China de una mujer con la variante unilateral, que fue tratada durante dos años como una dermatitis de contacto alérgica, ante la falta de mejoría se solicitó tamizaje de enfermedades de transmisión sexual, que descartó VIH y confirmó sífilis secundaria.[7] Nuestro caso correspondería al primero reportado en la bibliografía de habla hispana en un hombre VIH positivo.

En cuanto a la coinfección de sífilis y VIH, los pacientes pueden tener aumento transitorio de la carga viral y disminución del recuento de CD4, los estadios de la sífilis pueden ser más floridos y simultáneos, es frecuente encontrar manifestaciones atípicas y cuadros agresivos y puede ser un reto diagnóstico, ya que hay más resultados de laboratorio falsos positivos y falsos negativos (efecto prozona) comparados con la población general.[8,9] La causa más frecuente de tener un perfil serológico con una prueba treponémica positiva y una prueba no treponémica negativa es haber recibido tratamiento completo;[10,11] sin embargo, en el paciente que no ha sido tratado se debe realizar prueba antes de la formación de anticuerpos o efecto prozona.[10]

En el caso de nuestro paciente el RPR inicial fue negativo y por la alta sospecha clínica se decidió repetirla recibiendo el resultado de la

prueba treponémica positiva y RPR negativo, por lo que se le indicó al laboratorio diluir la muestra y se recibió finalmente un RPR 1:256, lo que confirmó la sífilis secundaria. El efecto prozona puede encontrarse hasta en el 10% de la población VIH positiva. En caso de tener prueba treponémica positiva y no treponémica negativa en un paciente sintomático no tratado previamente, el CDC recomienda repetir la prueba no treponémica e iniciar tratamiento; si el paciente está asintomático, descartar sífilis latente tardía y realizar TPPA (patrón de referencia).[10]

En los pacientes que requieran pruebas secuenciales por dificultades en la aproximación diagnóstica, se recomienda realizar la misma prueba serológica y no comparar resultados entre pruebas, ya que el RPR mostrará títulos frecuentemente más altos que el VDRL. En cuanto a las pruebas treponémicas, hasta el 25% de los FTA Abs serán no reactivos después de 2 a 3 años.[10]

En los casos en los que la serología no apoye la sospecha diagnóstica, existen otras herramientas como la biopsia, el campo oscuro y PCR.[10]

CONCLUSIONES

La sífilis fue, es y seguirá siendo "la gran simuladora". Se posiciona la variante unilateral como una manifestación atípica poco frecuente de la sífilis secundaria, que debe ser reconocida para garantizar una aproximación diagnóstica y terapéutica adecuadas. El diagnóstico de sífilis en la población VIH positiva representa un reto adicional respecto a la población general.

REFERENCIAS

1. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ 2019; 97 (8): 548. doi: 10.2471/BLT.18.228486.
2. Puccio JA, Cannon A, Derasari K, Friend R. Resurgence of syphilis. Adv Pediatr. 2019; 66: 231-244. doi: 10.1016/j.yapd.2019.03.006.
3. Nieuwenburg SA, Sprenger RJ, Schim van der Loeff MF, de Vries H. Clinical outcomes of syphilis in HIV-negative and HIV-positive MSM: occurrence of repeat syphilis episodes and non-treponemal serology responses. Sex Transm Infect 2022; 98 (2): 95-100. doi: 10.1136/sextrans-2020-054887.
4. Khan M, Kaur T, Phan T, Yassin M. Secondary syphilis as an initial presentation of HIV. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2021; 35 (1): 66-67. doi: 10.1080/08998280.2021.1953952.
5. De Carvalho Fagundes FN, Simoes JP, Pereira Magnago AG, et al. Annular and arcuate syphilis: an uncommon presentation of disseminated secondary syphilis. Dermatol Online J 2018; 24 (4): 13030/qt2nb2k1xd.
6. Ivars-Lleó M, Clavo-Escribano P, Menéndez-Prieto B. Atypical cutaneous manifestations in syphilis. Actas Dermosifiliogr 2016; 107 (4): 275-83. doi: 10.1016/j.ad.2015.11.002.
7. Wang HW, Chen RH, Zhang RZ. An unusual case of secondary syphilis misdiagnosed as allergic dermatitis for 2 years. Clin Case Rep 2020; 8 (12): 2610-2612. doi: 10.1002/ccr3.3229.
8. Richardson D, Devlin J, Smith H, Parashar K, et al. Sexually transmitted co-infections in men who have sex with men diagnosed with primary or secondary syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2022. doi: 10.1111/jdv.17961.
9. Rosa G, Procop GW, Schold JD, Piliang M. Secondary syphilis in HIV positive individuals: correlation with histopathologic findings, CD4 counts, and quantity of treponemes in microscopic sections. J Cutan Pathol 2016; 43 (10): 847-51. doi: 10.1111/cup.12756.
10. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 2021; 70.
11. Syphilis testing algorithms using treponemal tests for initial screening--four laboratories, New York City, 2005-2006. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57 (32): 872.

https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8761