Caso clínico

Secundarismo sifilítico en un paciente VIH-positivo

Sara Pérez Cortés,* Maribet González González,** Alba Posligua Albán,*** Edna Gaxiola Álvarez****

RESUMEN

La sífilis es una infección de transmisión sexual que favorece la adquisición de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y viceversa. La coexistencia de ambas enfermedades hace que la sífilis curse con manifestaciones cutáneas atípicas y severas, así como con alteraciones neurológicas, óticas y oculares. En este artículo se comunica el caso de un paciente VIH-positivo con secundarismo sifilítico.

Palabras clave: sífilis, VIH.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection that increases the risk of acquiring HIV (human immunodeficiency virus) and vice versa. The coexistence of both diseases makes syphilis to have atypical and severe skin manifestations, even neurological, otic and ophthalmological alterations. In this article we present the case of an HIV-positive patient with secondary syphilis.

Key words: syphilis, HIV.

La sífilis es una enfermedad sistémica compleja causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.[1] Es de transmisión sexual y está relacionada con mayor riesgo de adquirir otras enfermedades de esta índole, como la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana).[2]

A principios del siglo XX, 10% de la población de Estados Unidos estaba infectada con sífilis. Ésta decreció de manera importante en la segunda Guerra Mundial con el advenimiento de la penicilina. En el decenio de 1960, debido al incremento de la promiscuidad sexual, hubo un repunte de la misma. Posteriormente, en la década de 1980 y principios de la de 1990, el número de casos disminuyó de manera sustancial debido al miedo generalizado de infectarse con VIH-SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), lo cual también incrementó el uso del condón.[3]

Con la aparición de la terapia antirretroviral para el control del VIH, se incrementaron las prácticas sexuales de riesgo, principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres, por lo que, actualmente, la sífilis continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud calcula 12 millones de nuevos casos por año, de éstos, 90% ocurre en países en vías de desarrollo.[4,5]

La sífilis favorece la transmisión de VIH debido a que existe una alteración de la membrana mucocutánea e incremento de células inflamatorias en las mucosas.[6] Además, existe respuesta del sistema inmunitario en el huésped, lo que contribuye a mayor replicación viral.[7] Por tanto, la sífilis temprana puede aumentar la incidencia de infección por VIH en individuos homosexuales y bisexuales. La coinfección por dichas enfermedades se ha reportado en 40 a 75%.[8,9]

El curso natural de la sífilis puede estar alterado por la existencia de VIH y viceversa. En estos pacientes es más frecuente que las manifestaciones sean más severas o atípicas. Los síntomas primarios ocurren en menor

* Dermatóloga, Jefa del Servicio de Infecciones de Transmisión Sexual.
** Dermatopatóloga adscrita al Servicio de Dermatopatología.
*** Residente de primer año de Dermatología.
**** Residente de tercer año de Dermatología.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México, DF.

Correspondencia: Dra. Sara Pérez Cortés. Servicio de Infecciones de Transmisión Sexual, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF.

Recibido: agosto, 2012. Aceptado: octubre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Pérez-Cortés S, González-González M, Posligua-Albán A, Gaxiola-Álvarez E. Secundarismo sifilítico en un paciente VIH-positivo. Dermatol Rev Méx 2012;56(6): 418-423.

www.nietoeditores.com.mx

proporción; sin embargo, proporcionalmente hay más secundarismos, síntomas sistémicos, cuadros cutáneos más floridos y graves, incluso, hay alteraciones neurológicas, óticas y oftalmológicas severas. Al momento de administrar tratamiento, este grupo de pacientes manifiesta con más frecuencia la reacción de Jarisch-Herxheimer.[10]

El secundarismo sifilítico puede ocurrir siete días después de la aparición del chancro, aunque la mayoría de los casos sobreviene cuatro a diez semanas posteriores a este evento.[11] En pacientes con infección concomitante por VIH, 42 a 88% de los hombres y 18 a 77% de las mujeres con secundarismo sifilítico reportaron no haber tenido lesión primaria, lo cual puede deberse a que el chancro pasa inadvertido. Asimismo, la infección por VIH predispone a persistencia del chancro; los hombres tienen probabilidad de padecer esta manifestación en 32.5%, comparado con 18.6% de las mujeres.[12,13]

La mayoría de los pacientes coinfectados pueden ser diagnosticados adecuadamente con las pruebas serológicas tradicionales, aunque en algunos casos pudieran estar modificadas. Se han observado pacientes con títulos sumamente elevados, con valores fluctuantes, o inusualmente bajos o sin respuesta serológica; este último es conocido como fenómeno de prozona. Incluso 11% de los pacientes VIH-positivos tienen falsos positivos para las pruebas serológicas no treponémicas. Por estos motivos puede resultar necesario realizar una batería de exámenes que incluya: biopsia de piel, examen en campo oscuro y PCR (reacción en cadena de la polimerasa), si se cuenta con este recurso diagnóstico. En pacientes con síntomas neurológicos (disfunción de nervios craneales, alteración del estado mental, signos meníngeos), signos oftálmicos (iritis, uveítis), síntomas auditivos, aortitis, gomas o falla del tratamiento, debe realizarse punción lumbar.[14]

Se considera que si un paciente VIH-positivo tiene sífilis primaria o secundaria puede administrásele una dosis única de 2.4 millones de UI de penicilina benzatínica G intramuscular. Sin embargo, en estos pacientes en ocasiones es difícil precisar el tiempo de evolución del padecimiento, las manifestaciones pueden ser más severas y atípicas, por lo que de forma ideal en pacientes con sífilis latente de duración desconocida o con sífilis latente tardía deben administrarse 7.2 millones de UI de penicilina benzatínica G intramuscular, divida en tres dosis de 2.4 millones de UI en aplicaciones semanales. Si existe alergia a la penicilina, se administra doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas, o tetraciclina a dosis de 500 mg, cada seis horas durante 28 días con seguimiento estrecho con serología y valoración clínica para asegurarnos que se logre la curación.

En caso de neurosífilis, deben administrarse 18 a 24 millones de UI de penicilina cristalina acuosa G, con administración de tres a cuatro millones de UI cada cuatro horas o en infusión continua durante 10 a 14 días. Otras opciones son 2.4 millones de UI de penicilina procaínica diarias junto con 500 mg cada cuatro horas de probenecid durante 10 a 14 días; estos esquemas pueden complementarse con 2.4 millones de UI de penicilina benzatínica, una dosis semanal en tres dosis.

En los pacientes alérgicos a la penicilina algunos estudios observacionales han demostrado que la ceftriaxona a dosis de 1 a 2 g/día por vía intravenosa durante 10 a 14 días puede ser efectiva, pero faltan estudios que sustenten lo anterior.[14]

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 38 años de edad, originario y residente de México, Distrito Federal, soltero, desempleado. Tenía como antecedentes de importancia: sordera congénita (por lo que parte del interrogatorio fue indirecto a través de la madre del paciente); inicio de vida sexual activa a los 22 años, dos parejas sexuales, orientación bisexual, sin protección; pérdida de peso no cuantificada de un año de evolución.

A su ingreso tenía una dermatosis diseminada con tendencia a la generalización, que afectaba todos los segmentos, incluidas las palmas y plantas, constituida por manchas y placas eritematosas, algunas de ellas con collarete escamoso, subaguda y asintomática (Figuras 1 a 3). En la cavidad oral se hallaron placas blanquecinas de aspecto algodonoso y áreas de eritema.

Su padecimiento dermatológico inició un mes antes de acudir a consulta, por lo que acudió con un médico quien aplicó penicilina a dosis no especificada con mejoría parcial.

Se inició protocolo de estudio con exámenes de laboratorio que reportaron anemia con hemoglobina de 10.4 g/dL, hematócrito de 33.1%, plaquetopenia de 66,000/mm^3; la química sanguínea y las pruebas de función hepática no mostraron alteraciones. También se tomó VDRL que resultó positivo con una titulación de 1:140, determinación

Figura 1. Dermatosis con tendencia a la generalización, constituida por manchas y placas eritematosas, algunas de ellas con collarete escamoso.

de anticuerpos anti-*Treponema pallidum*, el cual resultó positivo; anticuerpos antiVIH 1 y 2/Ag p24, prueba rápida para VIH 1 y 2 y Western Blot, todos resultaron reactivos. Se cuantificaron CD4 en 114 cél/mL y una carga viral de 406,103 copias; las pruebas para hepatitis B y C fueron negativas.

Se tomó biopsia incisional y la imagen histológica mostró una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis irregular con zonas de espongiosis y exocitosis y áreas con degeneración hidrópica de la membrana basal (Figuras 4 y 5). En el espesor de la dermis se observaron moderados infiltrados dispuestos en focos que tendían a rodear vasos y anexos, los cuales estaban constituidos por células plasmáticas, linfocitos e histiocitos (Figura 6).

Se determinó el diagnóstico de sífilis secundaria, infección por VIH estadio B3 y candidiasis oral pseudomembranosa y eritematosa. Se inició tratamiento con tres dosis de penicilina benzatínica a dosis semanal de 2.4 millones de UI, vía intramuscular; colutorios de nistatina cada doce horas durante diez días, terapia antirretroviral con tenofovir, emtricitabina, efavirenz, hierro y ácido fólico. Con este manejo el paciente tuvo una evolución favorable, las lesiones cutáneas evolucionaron a manchas residuales (Figura 7) y tuvo mejoría franca del estado general, normalización de la biometría hemática y negativización del VDRL un mes y medio después de terminar el tratamiento.

DISCUSIÓN

La relevancia de comunicar este caso clínico es evidenciar el incremento de casos de sífilis asociados con VIH.

La sífilis incrementa hasta nueve veces el riesgo de adquirir VIH, esto se debe a la alteración de la barrera mucocutánea generada por la úlcera, lo que permite una fácil penetración del virus. Además, se ha observado que en las áreas donde existe esta interrupción hay mayor

Figura 2. Aspecto de la dermatosis en las plantas.

Figura 3. Collarete escamoso de las placas en las plantas.

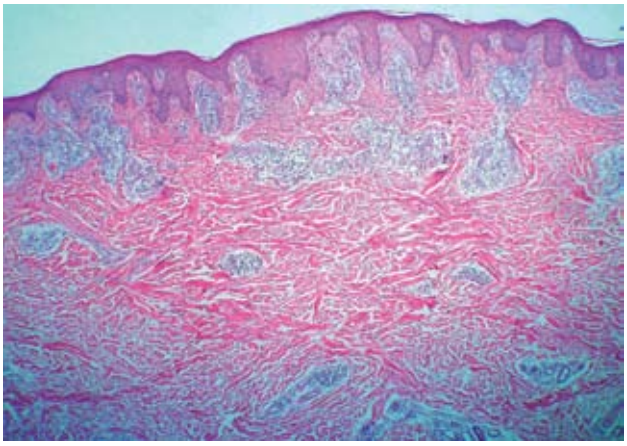

Figura 4. Epidermis con acantosis irregular e infiltrado dispuesto en focos que ocupan todo el espesor de la dermis (H-E 4x).

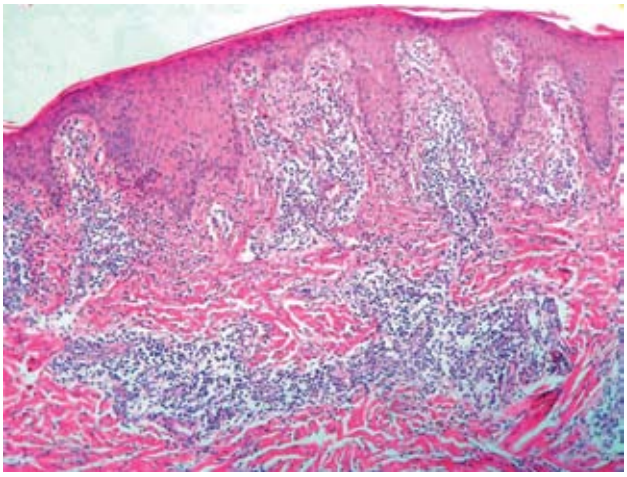

Figura 5. Infiltrados que tienden a rodear vasos y anexos (H-E 10x).

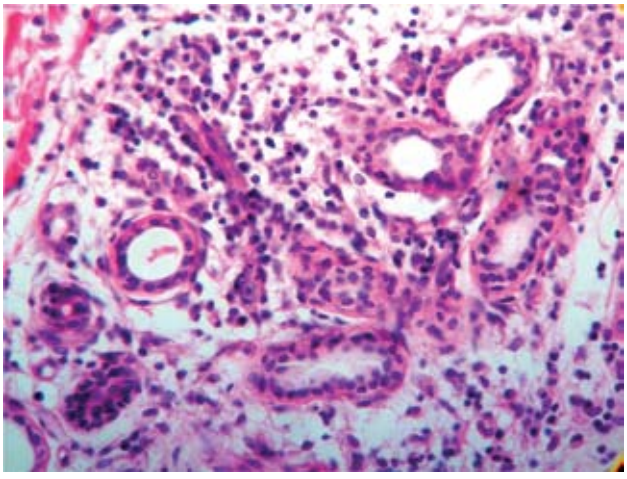

Figura 6. Infiltrado constituido, principalmente, por células plasmáticas, linfocitos e histiocitos (H-E 40x).

Figura 7. Manchas residuales hiperpigmentadas tres semanas después del tratamiento.

cantidad de linfocitos T CD4, lo cual facilita la replicación del VIH.[15] Por tanto, en estos pacientes existe un rápido decremento de CD4 y aumento de la carga viral.[16]

Se ha encontrado que los pacientes VIH-positivos tienen ocho veces más posibilidades de estar infectados con sífilis en comparación con la población sana.[2] Si bien éste es un caso de secundarismo sifilítico típico con tendencia a la generalización, hay que recordar que en un paciente con infección por VIH puede haber manifestaciones clínicas atípicas, severas, de rápida evolución, con afectación oftalmológica, ótica y neurológica.[17]

Debido a esto, es importante incentivar la modificación de prácticas sexuales riesgosas y el uso de preservativos. También es fundamental solicitar pruebas de VIH ante la sospecha de un cuadro de sífilis, y viceversa, debido a la estrecha coexistencia de ambas entidades.

REFERENCIAS

1. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999;12:187-209.
2. Karp G, Schlaeffer F, Jotkowitz A, Riesenberg K. Syphilis and HIV co-infection. Eur J Intern Med 2009;20:9-13.
3. Waugh M. Sexually transmitted infections: points of interest for 2006. Skinmed 2006;52:87-89.
4. Repiso B, Frieyro M, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Condom use and number of sexual partners among male syphilis patients who report having sex with men. Actas Dermosifiliogr 2010;101:847-852.
5. Hook EW 3rd, Peeling RW. Syphilis control a continuing challenge. N Engl J Med 2004;351:122-124.
6. Paz-Bailey G, Meyers A, Blank S, Brown J, et al. A case-control study of syphilis among men who have sex with men in New York City: Association with HIV infection. Sex Transm Dis 2004;31:581-587.
7. Buchacz K, Greenberg A, Onorato I, Janssen R. Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence

among men who have sex with men in the United States: Implications for HIV prevention. Sex Transm Dis 2005;32:73-79.
8. Health Protection Agency. Health Protection Report: HIV and sexually transmitted infections 2008;44:31.
9. D'Souza G, Lee JH, Paffel JM. Outbreak of syphilis among men who have sex with men in Houston,Texas. Sex Transm Dis 2003;30:872-873.
10. Kassutto S, Doweico JP. Syphilis in the HIV era. Emerg Infect Dis 2004;10:1471-1473.
11. Mindel A, Tovey SJ, Timmins DJ, Williams P. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2 Clinical features. Genitourin Med 1989;65:1-3.
12. Rompalo AM, Joesoeff MR, O'Donell JA, et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. Sex Transm Dis 2001;28:158-165.
13. Mullooly C, Higgins SP. Secondary syphilis: the classical triad of skin rash, mucosal ulceration and lymphadenopathy. Int J STD AIDS 2010;21:537-545.
14. Frieden T, et al. CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. CDC Recommendations and Reports 2010;59:26-39.
15. Reynolds SJ, Risbud AR, Shepherd ME, Rompalo AM, et al. High rates of syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV-1 in India. Sex Transm Inf 2006;82:121-126.
16. Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV infected patients with new syphilis infections. AIDS 2004;18:2075-9.
17. Védrine L, Fredouille-Héripret L, Richard R, Abad S, et al. Résurgence de syphilis avec atteintes viscérales graves associées au VIH: à propos de deux nouveaux cas. Médecine et Maladies Infectieuses 2003;33:41-44.