

Secundarismo sifilítico en un paciente con VIH y carga viral indetectable

Syphilitic secondary in a patient with HIV and undetectable viral load.

Stephanie Anely Rodríguez-Fabián,¹ Alejandra Guerrero-Álvarez,² Fernando López-Vázquez³

Resumen

ANTECEDENTES: La sífilis es un problema de salud pública en todo el mundo; actualmente y con el aumento de VIH, ha habido emergencia de la infección por sífilis y esto altera su historia natural y sus manifestaciones, lo que causa que los casos de secundarismo sifilítico sean más frecuentes actualmente.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 51 años, que acudió a consulta por padecer una dermatosis pruriginosa de una semana de evolución; diseminada, con tendencia a la generalización, que no afectaba las plantas; estaba constituida por múltiples máculas y pápulas no foliculares, milimétricas, eritematoescamosas; en los testículos, el escroto y la región anal tenía múltiples neoformaciones aplanadas del color de la piel que se asociaban formando placas de mayor tamaño, de bordes bien definidos. El paciente tenía el antecedente de infección por VIH de 10 años de evolución en tratamiento actual con efavirenz/tenofovir/emtricitabina. Refirió una lesión aftosa en el labio dos semanas previas al inicio de la dermatosis. Con la sospecha clínica de roséola sifilítica y condiloma lata, se solicitó VDRL que fue positivo y se indicó tratamiento con penicilina benzatínica.

CONCLUSIONES: La penicilina benzatínica sigue siendo el tratamiento patrón de referencia de todas las etapas de la sífilis. Los pacientes con secundarismo sifilítico y VIH positivo deben tratarse de la misma manera que los pacientes VIH negativo.

PALABRAS CLAVE: Sífilis; infección por VIH.

Abstract

BACKGROUND: Syphilis is a public health problem worldwide; currently and with the increase of HIV, there has been an emergency of the infection by syphilis and this alters its natural history and manifestations, making more frequent cases of syphilitic secondaryism.

CLINICAL CASE: A 51-year-old male patient, who came to the clinic for suffering from itchy dermatosis lasting one week; disseminated, with a tendency to generalization, which did not affect the plants; it consisted of multiple macules and non-follicular papules, millimetric, erythematous, squamous; in the testes, scrotum and anal region had multiple flattened skin-colored neoformations that were associated to form larger plates with well-defined edges. The patient had a 10-year history of HIV infection in current treatment with efavirenz/tenofovir/emtricitabine. He reported an aphthous lesion on the lip two weeks prior to the onset of dermatosis. With clinical suspicion of syphilitic roseola and condyloma lata, a VDRL was requested being positive and treatment with benzathine penicillin was indicated.

CONCLUSIONS: Benzathine penicillin remains the gold standard treatment for all stages of syphilis. Patients with syphilitic secondary and HIV positive should be treated in the same way as HIV negative patients.

KEYWORDS: Syphilis; HIV infection.

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Residente de primer año de Dermatología.

³ Médico adscrito al Servicio de Dermatología. Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

Recibido: octubre 2019

Aceptado: diciembre 2019

Correspondencia

Stephanie Anely Rodríguez Fabián
stephrofa@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Rodríguez-Fabián SA, Guerrero-Álvarez A, López-Vázquez F. Secundarismo sifilítico en un paciente con VIH y carga viral indetectable. Dermatol Rev Mex. 2020 mayo-junio;64(3):318-320.

ANTECEDENTES

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica y crónica causada por la espiroqueta gramnegativa *Treponema pallidum*, que se transmite principalmente por contacto sexual;¹ en los últimos años la incidencia de sífilis primaria y secundaria ha aumentando casi de forma proporcional con el número de pacientes VIH positivos y especialmente en este grupo con formas de manifestación atípica, lo que constituye un desafío.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 51 años, que acudió a consulta por padecer una dermatosis pruriginosa de una semana de evolución; diseminada, con tendencia a la generalización, que no afectaba las plantas; estaba constituida por múltiples máculas y pápulas no foliculares, milimétricas, eritematoescamosas; en los testículos, el escroto y la región anal tenía múltiples neoformaciones aplanadas del color de la piel que se asociaban formando placas de mayor tamaño, de bordes bien definidos (**Figura 1**). Tenía el antecedente de infección por VIH de 10 años de evolución en tratamiento actual con efavirenz/tenofovir/emtricitabina; última carga viral reportada como indetectable en febrero de 2018. Al interrogatorio dirigido refirió una lesión aftosa en el labio dos semanas previas al inicio de la dermatosis. Con la sospecha clínica de roséola sifilítica y condiloma lata, se solicitó VDRL que fue positivo y se indicó tratamiento con penicilina benzatínica a dosis de 2.4 millones de UI/semana, vía IM durante tres semanas, con dosis total de 7.2 millones de UI y se tomaron fotos de control al final del tratamiento (**Figura 2**).

DISCUSIÓN

El secundarismo sifilítico es una forma de sífilis temprana sintomática, caracterizada por lesiones



Figura 1. Extensas lesiones de secundarismo sifilítico. Foto basal.



Figura 2. Aspecto del paciente posterior al tratamiento.

habitadas y, por ende, sumamente contagiosas con pruebas treponémicas y anticuerpos positivos, son totalmente curables y susceptibles de daño por tratamientos incompletos. Se manifiesta 2 a 6 semanas posteriores a la remisión del chancro o lesión inicial y se debe a la diseminación hematogena y linfática de la espiroqueta. En pacientes con VIH positivo, el chancro inicial puede no manifestarse clínicamente y ser el secundarismo la primera manifestación visible de la enfermedad; asimismo, el periodo entre sífilis primaria y secundaria puede reducirse.^{1,2}

Afecta, incluso, a 75% de los pacientes con infección primaria; tiene manifestaciones muco-

cutáneas características; en la piel lo distintivo es la roséola sífilítica, misma que corresponde a un exantema maculopapular o papular no pruriginoso, que predomina en el tronco y las extremidades con afectación inconstante palmoplantar; en las mucosas: la región anal, el pliegue interglúteo, el escroto y la vulva se distingue por neoformaciones planas, del color de la piel, bien delimitadas; en la piel cabelluda secundario a la inflamación folicular pueden aparecer placas alopécicas en la región temporo-parietal y occipital conocidas como mordidas de ratón; asimismo, la cola de las cejas también puede afectarse.³

Las manifestaciones cutáneas pueden asociarse con síntomas sistémicos de ataque al estado general, como fiebre, anorexia, artralgias, mialgias, linfadenopatía y pérdida de peso.

El diagnóstico es clínico y serológico; puede establecerse por pruebas no treponémicas (VDRL y PRP con sensibilidad de 100%) y confirmarse con las treponémicas (FTA-Abs sensibilidad de 100%).

Debido a que las manifestaciones cutáneas pueden ser múltiples, es necesario hacer diagnóstico diferencial con sarna, sarcoidosis, linfoma, pitiriasis rosada, lepra, micobacteriosis atípica, exantemas virales y exantema por fármacos.¹

En el estudio histopatológico es posible observar infiltrado inflamatorio perivasculoso y células plasmáticas; con la identificación de espiroquetas en tinciones especiales, como la de Warthin-Starry, solo se encuentra positivo en 57% de los casos.

La penicilina benzatínica sigue siendo el tratamiento patrón de referencia de todas las etapas de la sífilis. Según las guías de la CDC, los pacientes con secundarismo sífilítico y VIH positivo deben tratarse de la misma manera que los pacientes VIH negativos.⁴ El tratamiento recomendado por la OMS y CDC es: dosis única de 2.4 millones de UI de penicilina G benzatínica vía intramuscular;^{5,6} sin embargo, estudios recientes refieren que es mejor dar tres ciclos para evitar recidivas y vigilancia con VRDL seis meses después de terminar el tratamiento, que se espera negativo.⁵ Otras opciones de tratamiento incluyen doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días o tetraciclinas 500 mg cada 6 horas durante 14 días.

REFERENCIAS

1. Baughn R, Musher D. Secondary syphilitic lesions. *Clin Microbiol Rev* 2005;18:205-216. DOI: 10.1128/CMR.18.1.205-216.2005.
2. Gianfaldoni S, Tchernev G, Wollina U, et al. Secondary syphilis presenting as palmoplantar psoriasis. *Open Access Maced J Med Sci* 2017;5(4):445-447. doi:10.3889/oamjms.2017.087.
3. Ye Y, Zhang X, Zhao Y, et al. The clinical and trichoscopic features of syphilitic alopecia. *J Dermatol Case Rep* 2014;8(3):78-80. doi:10.3315/jdcr.2014.1176.
4. Sexually transmitted diseases: summary of 2015 CDC treatment guidelines. *J Miss State Med Assoc* 2015;56:34-39.
5. Yang CJ, Lee NY, Chen TC, et al. One dose versus three weekly doses of benzathine penicillin G for patients co-infected with HIV and early syphilis: a multicenter, prospective observational study. *PLoS One* 2014;9:e109667. doi: 10.1371/journal.pone.0109667
6. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis) Geneva: World Health Organization; 2016.