



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



423/132 - SÍFILIS PRIMARIA EN PACIENTE VIH

I. Hernando García¹, J. Loricera García², M. Maamar El Asri³, C. Varela César⁴, B. Gutiérrez Muñoz¹, A. Artime Fernández³, I. Rivera Panizo⁵, J. Bustamante Odriozola¹, J. Cepeda Blanco⁶, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. ²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por lesión en prepucio de dos semanas de evolución, no dolorosa y sin otra clínica asociada. Refiere contacto sexual de riesgo hace 1 mes. Como antecedentes personales, VIH con carga viral indetectable actualmente, en seguimiento por Unidad de Enfermedades Infecciosas y tratamiento con emtricitabina/rilpivirina/tenofovir cada 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Úlcera en prepucio de 0,5 cm de diámetro, no dolorosa a la palpación, sin supuración ni datos de sobreinfección. No presenta otras lesiones similares en genitales ni en mucosa oral. No se palpan adenopatías inguinales. Se encuentra afebril. No asocia clínica a ningún otro nivel.

Juicio clínico: Chancro sifilítico. Sífilis primaria.

Diagnóstico diferencial: Chancro sifilítico, chancro blando o chancroide, herpes genital, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal.

Comentario final: La sífilis es una enfermedad producida por la espiroqueta *Treponema pallidum* cuya transmisión ocurre por contacto directo con lesiones contagiosas por vía sexual. Actualmente, su incidencia está en aumento desde hace unos años. Podemos distinguir entre sífilis precoz (1 año de evolución). La lesión típica inicial es el chancro duro, se trata de una úlcera indolora que aparece en el punto de inoculación, en torno a las tres semanas tras un contacto sexual de riesgo. En ocasiones se acompaña de una adenopatía inguinal satélite. Puesto que el paciente se encuentra asintomático y la úlcera se resuelve sola en unas semanas, es frecuente que se diagnostique esta patología en fases más avanzadas de la enfermedad ya que muchos pacientes no consultan en fases tempranas. El diagnóstico de sífilis se basa tanto en una sospecha diagnóstica como en una confirmación de la misma mediante distintas técnicas objetivas como son la visualización de la espiroqueta en campo oscuro o con técnicas de inmunofluorescencia y la determinación de pruebas reagínicas (VDRL y RPR) y treponémicas (FTA-ABS). Inicialmente se realizarán las pruebas

treponémicas, siendo la FTA-ABS la primera en positivizarse (alrededor de los 20 días), posteriormente, se realiza la determinación de las pruebas reagínicas, las cuales se negativizarán tras el tratamiento y sirven como monitorización de la eficacia del mismo. Respecto al tratamiento, una sífilis precoz (primaria o secundaria), se trata con una dosis única de penicilina G benzatina 2,4 mU intramusculares, sin embargo, en nuestro paciente, al ser VIH positivo, se decidió administración de 3 dosis intramusculares en un periodo de 3 semanas con negativización posterior de pruebas reagínicas y buena evolución clínica.

Bibliografía

Rompalo AN. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of syphilis in the HIV-infected patient. En: Basow DS, ed. UpToDate. 2013th ed. Waltham, MA, 2013: UpToDate, 2013.