

Sífilis secundaria en paciente infectado por el VIH

Benigno Monteagudo-Sánchez^a, Luis Rodríguez-González^a, Elvira León-Muiños^b y José Antonio Ortiz-Rey^c

^aServicio de Dermatología. Centro Médico POVISA. Vigo. ^bServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

^cServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo. España.

Caso clínico

La sífilis se considera “la gran simuladora” por su gran heterogeneidad clínica, y puede imitar distintos procesos cutáneos. Cuando se presenta en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la dificultad diagnóstica de la sífilis se incrementa. La mayoría de los casos, en ausencia de inmunodepresión, cursan como en los no infectados. Sí es cierto que deben considerarse posibles limitaciones en la interpretación serológica, que la sintomatología puede ser más grave y que podría haber fallos terapéuticos.

Un varón heterosexual de 35 años, camarero, infectado por el VIH, con antecedentes de condilomas acuminados, apendicectomía y herniorrafia inguinal izquierda, consultó por presentar desde hace aproximadamente 20 días unas lesiones palmoplantares pruriginosas. El cuadro se acompañó de malestar general y alopecia de cuero cabelludo. En ese momento el paciente estaba a tratamiento con estavudina, didanosina y una combinación de lopinavir y ritonavir. Hasta el momento el paciente había recibido tratamiento con corticoides tópicos pautados por su médico de cabecera ante la sospecha de dermatitis de contacto. En la exploración física dermatológica se apreciaban lesiones palmoplantares consistentes en pápulas eritematosas descamativas de superficie plana, algunas con un llamativo collarite, bien delimitadas, no infiltradas (fig. 1). No se observaban alteraciones en el resto de la superficie cutánea, ni presentaba lesiones de la mucosa genital ni oral. En cuero cabelludo sólo se evidenciaba leve descenso de densidad de pelo con una tracción positiva.

Se realizó estudio histopatológico de una lesión plantar. Bajo una epidermis normal, en la dermis superficial se observaba un infiltrado inflamatorio escaso predominantemente perivascular, compuesto mayoritariamente por linfocitos y ocasionales células plasmáticas.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y serologías para el virus de la hepatitis B y C, que fueron normales o negativas. Las serologías luéticas fueron positivas en sangre periférica (RPR 1/8 y FTA-Abs positivos), pero negativas en líquido cefalorraquídeo (LCR).

Con estos datos diagnosticamos al paciente de sífilis secundaria en paciente infectado por el VIH. Se instauró tratamiento con penicilina-benzatina intramuscular, 2,4 mi-



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones de palmas.

liones de unidades en dosis única. Se estableció esta pauta basándose en una serología luética negativa apreciada en un control realizado un año antes y con LCR normal. Las lesiones desaparecieron en el plazo de 3 semanas. Consideramos la vía sexual como modo de adquisición de la sífilis en este caso, pero el no tener pareja estable hizo imposible el estudio de contactos.

La sífilis en los pacientes infectados por el VIH y severamente inmunodeprimidos se caracteriza por la mayor gravedad de las manifestaciones clínicas, la aparición más precoz de la sífilis terciaria y solapamiento de los períodos clásicos¹⁻³, así como la posibilidad de imitar cuadros liquenoides, ulcerosos, lepra, linfomas, sarcoma de Kaposi, carcinomas verrugosos, etc.^{3,4-8}. En nuestro caso podría ser etiquetado de eczema, dermatofitosis, psoriasis o queratodermia palmoplantar. Por todo ello recomendamos realizar la determinación de serología luética a todo paciente VIH positivo con dermatosis no filiada y también en el seguimiento de pacientes infectados por el VIH asintomáticos (sexualmente activos)^{1-3,5,8}.

Por último, mencionar la aparición en nuestro servicio de cinco nuevos casos de sífilis secundaria en los últimos meses, por lo que también nosotros consideramos que estamos asistiendo a un resurgimiento de dicha patología^{9,10}.

Bibliografía

- García Silva J, Peña Penabad C, Almagro Sánchez M, Fonseca Capdevila E. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Piel* 1999;14:17-27.
- Glover RA, Piauquadio DJ, Kern S, Cockerell CJ. An unusual presentation dermatologic of secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1992;128:530-4.

Correspondencia: Dr. B. Monteagudo-Sánchez.
Servicio de Dermatología. Centro Médico POVISA.
Salamanca, 5. 36211 Vigo. Pontevedra. España.
Correo electrónico: benims@hotmail.com

Manuscrito recibido el 11-5-2004; aceptado el 11-6-2004.

3. De Argila D, Vera A, Muñoz A, García F, Pimentel J. Sífilis secundaria atípica en pacientes infectados por el VIH. *Acta Dermosifiliogr* 1998;89:83-4.
4. Fonseca E, García-Silva J, Del Pozo J, Yebra MT, Cuevas J, Contreras F. Syphilis in an VIH infected patient misdiagnosed as leprosy. *J Cutan Pathol* 1999;26:51-4.
5. Don PC, Rubinstein R, Christie S. Malignant syphilis (*lues maligna*) and concurrent infection with HIV. *Int J Dermatol* 1995;34:403-7.
6. Carbia SD, Lagodin C, Abbruzzese M, Sevinsky L, Casco R, Casas J, et al. Lichenoid secondary syphilis. *Int J Dermatol* 1999;38:53-5.
7. Monteagudo B, Ginarte M. Erupción generalizada en un paciente infectado por el VIH. *Piel* 2002;17:378-80.
8. Pichardo RO, Lu D, Sangueza OP, Tucker R. GAT is your diagnosis? Secondary syphilis. *Am J Dermatopathol* 2002;24:503-4.
9. Vall M, Sanz B, Loureiro E, Armengall P. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc)* 2004;122:18-20.
10. Ibarra V, Oteo JA. ¿Otra vez la sífilis? *Med Clin (Barc)* 2003;120:295-6.