

XIII JORNADA DE APRENDIZAJE EN RED

Estudio de caso clínico

Sífilis psoriasiforme asociada al VIH, a propósito de un caso.

Autores:

Dra. Roxana Rivera Rivadulla¹

Dra. Grecia María Giniebra Marín²

Dra. Yaima Gorrín Díaz³

Dr. Carlos Emilio Díaz Domínguez⁴

Dra. Iraida Hidalgo Gato Castillo⁵

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MsC. en Atención integral al niño. Asistente. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. roxanarivadulla@gmail.com
ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-4545-2233>

² Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MsC. en Urgencias Médicas en APS. Asistente. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. greciam@infomed.sld.cu. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-2179-4482>

³ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Asistente. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. eduard13@nauta.cu

⁴ Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. diazdominguezcarlosemilio@gmail.com

⁵ Especialista de Segundo Grado en Anatomía Humana. MsC. en Medicina Bioenergética. Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. iraidahidalgogato@gmail.com

RESUMEN

La sífilis y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana son enfermedades de transmisión sexual que afectan a grupos con prácticas de riesgo similares, por lo que la coinfección es frecuente. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino VIH positivo, de 38 años de edad, heterosexual, asistido en la consulta de Dermatología, por tener múltiples lesiones de aspecto psoriasiforme localizadas en región glútea izquierda, asintomáticas, de aparición súbita, acompañadas de fiebre de 38°C y manifestaciones generales. Los exámenes de laboratorio permitieron diagnosticar una sífilis secundaria atípica y descartar otras ITS. El examen histopatológico excluyó otras dermatosis eritematoescamosas teniendo un papel concluyente en este caso. El paciente tuvo una sífilis atípica variedad psoriasiforme, con evolución satisfactoria al tratamiento con penicilina benzatínica asociada a la terapia antirretroviral.

Palabras clave: Infección de transmisión sexual, sífilis psoriasiforme, *treponema pallidum*, TARV (Terapia antirretroviral), virus de inmunodeficiencia humana/sida, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) Reagina plasmática rápida (RPR).

INTRODUCCIÓN

La Sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, infectocontagiosa, sistémica, causada por el *Treponema pallidum*. En su evolución aguda o crónica puede afectar prácticamente todo el organismo; caracterizándose por manifestaciones cutáneo mucosas, anexiales y generales. Cursa con períodos de latencia los cuales son asintomáticos y períodos sintomáticos (Sífilis primaria, secundaria y terciaria) donde el cuadro clínico es florido.^{1,2}

La Sífilis primaria se manifiesta por un chancro único en el sitio de inoculación; el cual es indoloro y por lo que en ocasiones puede pasar desapercibido. En pacientes con VIH se reporta, con mayor frecuencia que en pacientes inmunocompetentes, la presencias de múltiples chancros profundos y dolorosos, por sobreinfección con bacterias o virus del herpes simple.^{1,2,3}

La Sífilis secundaria se caracteriza por manifestaciones en piel, mucosas, pelo, uñas y sistémicas (cefalea, malestar general, anorexia, pérdida de peso, fiebre, mialgias, artralgias, faringitis, dolores óseos nocturnos conocidos como osteócopos, linfadenopatías generalizadas y otras); es por ello que se le ha llamado en muchas ocasiones “la gran simuladora”.^{1,2,3}

Las lesiones cutáneas de la Sífilis secundaria aparecen súbitamente como una “tempestad en un cielo despejado” al inicio son máculas (roséola sifilítica) y luego aparecen las sífilides: papulosas, papuloescamosas, corimbiformes, papulocostrosas, psoriasiformes, entre otras. Estas lesiones se localizan en el tronco, raíces de los miembros, palmas, plantas, son simétricas, muy numerosas pudiéndose contar por cientos.^{3,4,5}

Existen tres criterios diagnósticos: El criterio epidemiológico (conducta sexual de riesgo), el clínico (manifestaciones de la enfermedad) y el de laboratorio (pruebas treponémicas y no treponémicas positivas), con dos criterios positivos podemos arribar al diagnóstico de la enfermedad, pero uno de ellos tiene que ser inexorablemente el de

laboratorio.^{5, 6, 7, 8} O sea con el examen de laboratorio positivo más el criterio clínico o el epidemiológico diagnosticamos esta ITS.

A pesar de ser la sífilis una infección de transmisión sexual (ITS) considerada como evitable, diagnosticable y curable; tiene en la actualidad una incidencia ascendente y es considerada un problema de salud pública mundial.^{4,5}

Estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de ITS y que de ese total 3,5 millones son por Sífilis. Se plantea que sin tratamiento 1 de cada 25 personas queda lisiada, 1 de cada 44 demente y 1 de cada 200 queda ciega.^{4, 5, 6}

Resulta paradójico que aunque se conoce que la práctica de una relación sexual responsable y segura puede prevenir su ocurrencia, en pleno siglo XXI, las ITS lejos de disminuir se encuentran en ascenso.^{5, 7}

El aumento de los casos de sífilis en la última década se ha asociado a diferentes factores de riesgo, sobre todo en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Un factor de riesgo que se ha descrito en múltiples estudios es el ser VIH positivo, asociándose a mayor riesgo de padecer sífilis.^{8, 9} Entre el 20 y el 50% de los HSH diagnosticados de sífilis están coinfectados con el VIH y hay estudios donde se observa que en los 5 años posteriores al diagnóstico de sífilis, el 10% adquiere el VIH, siendo la sífilis un predictor de posible infección de VIH, además de tener mayor riesgo de reinfección de sífilis.^{6, 7, 10} Esta asociación obedece a diversas razones una de ellas es que los pacientes VIH positivos, al realizarse controles analíticos periódicamente, se diagnostiquen con mayor frecuencia por serologías (en estado de latencia).^{11, 12}

Desafortunadamente, el uso del tratamiento antirretroviral se ha descrito como posible causa del incremento de las conductas de riesgo (sexo anal desprotegido) por disminución de percepción de riesgo de transmisión o adquisición del VIH con cargas virales indetectables, objetivándose disminución del uso del condón y en consecuencia un incremento de casos de ITS.^{11, 12}

El aumento de la incidencia de esta entidad asociada al VIH/ sida, las manifestaciones atípicas en pacientes seropositivos y su repercusión en la calidad de vida de estos pacientes nos motivaron a la presentación de este caso clínico.

Presentación del caso

Motivo de consulta: lesiones en piel y malestar general.

HEA: Paciente masculino de 38 años de edad, de la raza blanca, heterosexual, seropositivo al VIH desde hace 5 años, quien acude a la consulta de Dermatología de su área de salud, por tener múltiples lesiones cutáneas eritematoescamosas blanco nacaradas, poliestratificadas, localizadas en región glútea izquierda; las que tuvieron una aparición súbita y se caracterizan por ser asintomáticas. Este cuadro cutáneo de dos semanas de evolución se acompañó de fiebre de 38°C, mialgias, artralgias, odinofagia, astenia y anorexia. Actualmente se encuentra realizando la TARV.

Antecedentes patológicos personales: infección por VIH desde hace 5 años.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Alergia medicamentosa: No refiere.

Hábitos Tóxicos: dos tazas de café al día, alcohol: ocasional.

Ocupación: taxista.

Datos positivos al examen físico:

Piel: Presencia de placas eritematoescamosas blanco nacaradas, poliestratificadas, múltiples, asintomáticas, localizadas en región glútea izquierda. (Figura 1)

No tiene lesiones visibles ni palpables en mucosas ni en anexos cutáneos.



Figura 1. Lesiones eritematoescamosas blanco nacaradas poliestratificadas, de aspecto psoriasiforme localizadas en glúteo izquierdo.

Sistema Hemolinfopoyético: Linfadenopatías móviles, no dolorosas en axilas y ambas regiones inguinales.

Se indican exámenes complementarios mostrando:

Hemoglobina: 118 g/L y Hematócrito: 0.32 L/L, ambos discretamente disminuidos. Leucocitos: $5,2 \times 10^9/L$, Eritrosedimentación: 77 mm/h, Glicemia: 4.6 mmol/L, Creatinina: 76 mmol/L, TGP: 21 UI y TGO: 15 UI; están dentro de límites normales.

Antígeno de superficie para Hepatitis B: negativo. Anticuerpo para Hepatitis C: negativo.

VIH: Positivo. Conteo de CD4: 700 cél/ml. Carga Viral: 15 mil copias/mm³.

Ultrasonido abdominal: Sin alteraciones.

RX de tórax: Sin alteraciones pleuropulmonares.

TPHA fue positivo. VDRL: 1.64 diluciones.

Las pruebas treponémicas (TPHA) y no treponémicas (VDRL) permitieron arribar al diagnóstico positivo de sífilis secundaria.

Debido al aspecto psoriasiforme de las lesiones del paciente se decide realizar biopsia de piel la cual mostró: Epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, con pequeños focos de polimorfonucleares y fibrina, áreas con ausencia de capa granulosa y acantosis regular moderada, a expensas de los procesos interpapilares.

En la dermis superficial se observó papilomatosis y edema de las fibras colágenas, así como moderados infiltrados linfohistiocitarios que rodeaban a vasos dilatados y congestionados.

El estudio histopatológico evidenció un patrón psoriasiforme de estas lesiones pero no fueron visualizados los signos histológicos patognomónicos de la Psoriasis como los microabscesos de Munro y las pústulas espongiiformes de Kogoj.⁹

De esta forma fueron excluidas algunas dermatosis eritematoescamosas tales como Psoriasis, parapsoriasis, micosis fungoide, micosis superficiales y subcutáneas; enfermedad de Bowen entre otras.

Diagnóstico definitivo. Sífilis Secundaria atípica (Sifíides psoriasiforme).

El manejo de este paciente fue de acuerdo a los protocolos establecidos en el programa estratégico nacional de prevención y control de las ITS. Se notificó el caso por ser una enfermedad de declaración obligatoria. Se brindó consejería: Educación sanitaria sobre esta ITS. Se indicaron exámenes complementarios pesquisando otras ITS: Antígeno de superficie para Hepatitis B y Anticuerpo para Hepatitis C, los cuales fueron negativos. Se promovió el uso del condón, enfatizando en su rol preventivo de esta y otras ITS. Se estudiaron y trataron los contactos y se cumplió con el tratamiento medicamentoso teniendo en consideración los criterios en pacientes seropositivos al VIH: Penicilina Benzatínica (bb 1 200 000 UI) 1 bulbo IM en cada glúteo una vez a la semana por tres semanas; por lo que el tratamiento fue administrado en tres dosis como sigue: 1^{er} día, 8^{vo} día y 15^{to} día.

Se orientó al paciente sobre el seguimiento clínico y serológico por el dermatólogo de su área de salud por un período de dos años, cada tres meses en el primer año y cada seis meses en el segundo año; tuvimos en cuenta durante el seguimiento serológico del paciente que las pruebas reagínicas en los seropositivos pueden persistir positivas durante un tiempo más prolongado que en pacientes seronegativos, incluso dos años posteriores al tratamiento.

Se mantuvo TARV y cuidados paliativos al enfermo quien tuvo una evolución favorable y una excelente respuesta al tratamiento, sin recaídas infectantes.

DISCUSIÓN

Llamada la “gran simuladora” por sus múltiples formas de presentación y manifestaciones clínicas, la sífilis afecta todos los sistemas. La severidad de los síntomas, así como su variabilidad tienen una expresión clínica dependientes del estado inmunológico del paciente.^{12, 13}

La coinfección de sífilis con VIH es frecuente porque comparten la misma forma de transmisión. En casos de coinfección la evolución natural de la sífilis se puede ver notablemente afectada; se puede presentar el paso de una fase a la siguiente de forma rápida, pudiendo concomitar manifestaciones de sífilis primaria y secundaria, así como rápida progresión a la sífilis tardía, principalmente neurosífilis.^{5, 12, 13}

En estos casos de coexistencia de ambas afecciones las manifestaciones cutáneas del secundarismo sífilítico suelen ser atípicas y la afectación visceral es de expresión variable: afectaciones renales como síndrome nefrótico, gastrointestinales como hepatitis y gastroenteritis, osteomioarticulares como poliartritis y osteítis, pulmonares como neumonitis y derrame pleural;^{10, 12} afortunadamente nuestro paciente no tuvo complicaciones viscerales.

Se ha descrito que en seropositivos, existe un retraso en el diagnóstico pues generalmente muestran manifestaciones dermatológicas con patrones atípicos,^{9, 10, 12} como sucedió en este caso ya que el diagnóstico presuntivo inicial fue una Psoriasis

vulgar, por las características de las lesiones muy similares a las de esta dermatosis inflamatoria. Sin embargo al realizar los exámenes laboratoriales y resultar las pruebas treponémicas y no treponémicas positivas (TPHA y VDRL respectivamente) se arribó al diagnóstico de Sífilis secundaria, en este caso variedad psoriasiforme.

Por lo atípica de esta presentación fue necesario realizar la biopsia cutánea para descartar la presencia de otras dermatosis eritematoescamosas y confirmar que se trataba de un secundarismo atípico (Sífilis secundaria psoriasiforme).

La causa de esta variedad psoriasiforme, con escama abundante, es desconocida; pero se propone que la vasculitis observada durante el periodo del secundarismo es el mecanismo fisiopatogénico central, que a través de daño vascular inicia una reacción inflamatoria semejante al fenómeno de Koebner característico de la Psoriasis.^{10, 14, 15}

La sífilis secundaria con expresión psoriasiforme es una forma de presentación inusual o atípica de esta ITS y no existen datos específicos de incidencia o prevalencia de ésta en pacientes inmunosuprimidos; solamente hay algunos reportes de casos publicados en la bibliografía estadounidense y en la europea concluyéndose que la coexistencia de psoriasis y sífilis secundaria es excepcional.^{10, 13, 14, 15}

La mayoría de los autores sostiene que generalmente en pacientes seropositivos al VIH el cuadro clínico se expresa de un modo más severo que en la población seronegativa;^{16, 17} sin embargo el cuadro de nuestro paciente no tuvo la severidad descrita en la literatura consultada.

Consideramos se deba al hecho de que la cifra de linfocitos T CD4 del paciente se encuentra en el rango de 750-500 cél/ml, cifra que no condiciona la aparición de complicaciones clínicas. Bien es sabido que la severidad y extensión de las enfermedades cutáneas en pacientes seropositivos al VIH está correlacionada con la reducción periférica del conteo de células T CD4, que no es el caso del paciente que presentamos. Por otra parte el paciente ha mantenido un adecuado cumplimiento de la TARV lo que ha permitido mantener una carga viral baja ya que se encuentra por debajo de las 20 mil copias/mm³.

CONCLUSIONES

La sífilis psoriasiforme a pesar de tener una incidencia excepcional es un ejemplo claro de las manifestaciones clínicas atípicas de la sífilis en pacientes con VIH; por lo que en todo paciente seropositivo con manifestaciones cutáneas psoriasiformes tenemos que pensar en sífilis atípica. En este caso el estudio histopatológico tuvo un papel excluyente para otras dermatosis eritematoescamosas y las pruebas treponémicas y no treponémicas corroboraron el diagnóstico positivo de secundarismo sifilítico. La respuesta al tratamiento con penicilina benzatínica y antirretrovirales fue favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ambou Frutos I, Benítez Cartaya M, Vilches Lescalle D, Ramos Bello L, Muñoz González B, Sibila González M. Uveítis sifilítica asociada al virus de inmunodeficiencia humana. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Feb 12] ; 28(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000400007&lng=es.

2. Fernández Martori M, Seara Govea Y, Piña Rodríguez Y, Cabrera Corrales M, Pérez Peñalver I. Serología reactiva en la embarazada. A propósito de tres casos.

Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Feb 12] ; 39(3): 567-576. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300015&lng=es.

3. Fernández Martell R M, Muro Mena F, Abillú María E, Dávila Véliz Y, González Carrillo L, Sánchez Fernández C M. Prevalencia de sífilis temprana. Policlínico Universitario “Héroes del Moncada”. Cárdenas, 2014. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Feb 12] ; 38(3): 334-341. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300003&lng=es.

4. WHO Guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization Library ; 2017.

5. WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). WHO Library 2016.

6. World Health Organization, Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021, Hacia el fin de las ITS. 2016- Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>.

7. World Health Organization. WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.2.398.180-b>.

8. Tuddenham S, Ghanem KG. Emerging trends and persistent challenges in the management of adult syphilis. BMC Infect Dis.2015; 15: 351

9. Ortega Hernández A, Restrepo López N, Stefany Rosero Y, Úsuga Úsuga F, Correa Londoño LA, Marín Agudelo ND, Quirós Gómez O, Velásquez Lopera M. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. Dermatol Rev Mex 2018 mayo-junio;62(3):193-205.

10. Cardona Hernández MA, Cruz Palacios C, Pérez Cortés S, González González M, Martínez Zavala M. Secundarismo sífilítico psoriasiforme en un paciente con SIDA. Dermatol Rev Mex 2014;58:48-57.

11. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org>.

12. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019;37(6):398–404. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-formacion>.

13. Vilató Frómeta L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2015 [acceso junio 21, 2017];41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005

14. Bernárdez Cruz Y, Curbelo Alonso M, Cabrera Acea GC, Sabatés Martínez MM, Cabrera Pereda MJ. Afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. *Medisur* 2015;13(6).
15. Orellana Córdova SM, López Tenesaca NV. "Prevalencia de dermatosis en pacientes con VIH - SIDA en el servicio de dermatología del hospital Vicente Corral Moscoso, enero- 2010 a julio 2015. [Tesis de grado].Universidad de Cuenca – Ecuador 2016. Cuenca – Ecuador 2016.
16. Navarrete-Dechent C, Ortega Rinna FF, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev Chil Infectol.* 2015;32 Suppl 1:57-71.
17. Podlipnik, S., Carrasco, D. M., & Gibert, M. A. Manifestaciones cutáneomucosas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Piel.* 2016.