

Sífilis secundaria en un paciente con VIH

Secondary Syphilis in a Patient with HIV

Alex Omar Franco Lacato^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6653-4142>

¹Hospital Universitario “San Juan de Dios”. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

*Autor para la correspondencia: francosssx@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La sífilis y la infección por virus de inmunodeficiencia humana comparten los mismos grupos de alto riesgo y formas de transmisión, por lo que la coinfección es común. La historia natural y las manifestaciones clínicas de la sífilis pueden modificarse por la infección concomitante por VIH, que puede progresar rápidamente desde la sífilis primaria a la sífilis terciaria.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas, análisis de laboratorio y tratamiento de un paciente que vive con el virus de inmunodeficiencia humana con coinfección de sífilis secundaria, una condición infrecuente.

Caso clínico: Paciente de 30 años quien acude a consulta en el contexto de alopecia sifilítica a nivel del cuero cabelludo, cejas y pestañas, hipocromía en zona escrotal y perineal; la sífilis es considerada “la gran simuladora”, lo cual dificulta el diagnóstico y tratamiento. Se confirma el diagnóstico de sífilis secundaria.

Conclusiones: Mediante un caso clínico de un paciente que vive con el virus de inmunodeficiencia humana y con coinfección de sífilis, se describe la afectación de manifestaciones clínicas poco habituales como la alopecia sifilítica en región del cuero cabelludo, cejas y pestañas, entre otras.

Palabras clave: sífilis; VIH; alopecia.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis and human immunodeficiency virus infection share the same high-risk groups and transmission ways; therefore, coinfection is common. The natural history

and clinical manifestations of syphilis can be modified by concomitant HIV infection, which can rapidly progress from primary to tertiary syphilis.

Objective: To describe the clinical manifestations, laboratory tests and treatment of a patient living with human immunodeficiency virus and co-infected with secondary syphilis, being such a rare condition.

Clinical case: A 30-year-old patient attended consultation for presenting of syphilitic alopecia of the scalp, eyebrows and eyelashes, as well as hypochromia in the scrotal and perineal area; syphilis is considered as "the great simulator", which makes diagnosis and treatment difficult. The diagnosis of secondary syphilis is confirmed.

Conclusions: Through the clinical case of a patient living with human immunodeficiency virus and syphilis coinfection, the condition is described of unusual clinical manifestations such as syphilitic alopecia in the scalp, eyebrows and the eyelashes region, among others.

Keywords: syphilis; HIV; alopecia.

Recibido: 27/02/2021

Aceptado: 20/04/2021

Introducción

La incidencia de la infección por sífilis (lúes) aumenta constantemente en todo el mundo, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).⁽¹⁾ La sífilis ha sido conocida como "la gran simuladora", debido a su amplia variabilidad en la presentación clínica.⁽²⁾ La etapa primaria de la infección se define clásicamente por un chancro solitario, indurado, pequeño, forma oval o redonda e indoloro en el lugar de la inoculación.^(2,3) La etapa secundaria es el resultado de la diseminación sistémica de la infección. Se caracteriza típicamente por erupciones cutáneas (erupción maculopapular de color cobre, márgenes delineados, típicamente en las superficies palmar y plantar), lesiones verrucosas, que aparecen como placas exofíticas húmedas (localizadas en genitales, áreas intertriginosas y perineo, y se denominan condiloma lata), adenopatías regionales y síntomas similares a los de la gripe.⁽³⁾ A la etapa secundaria le sigue el periodo de sífilis latente, esta se presenta sin signos ni síntomas.⁽²⁾ La sífilis terciaria se caracteriza por el desarrollo de lesiones destructivas. Las manifestaciones tardías de la sífilis ocurren décadas

después infección, pero algunos casos ocurren dentro de un año después de la infección inicial e incluyen tres formas principales: gomosa, cardiovascular y neurosífilis.⁽⁴⁾

La interacción entre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección por sífilis tiene importantes implicaciones para la prevención y el tratamiento del VIH, así como para el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS).⁽⁵⁾ VIH y *Treponema pallidum*, el agente causante de la sífilis, comparten rutas similares de transmisión.⁽⁶⁾ Se ha demostrado que la coinfección por sífilis tiene un impacto negativo en el pronóstico del VIH (un aumento de la carga viral del VIH y una disminución del recuento de los linfocitos T CD4⁺).⁽⁵⁾

Se ha informado que la sífilis asume un aspecto clínico poco común, especialmente en pacientes infectados por el VIH tipo 1.⁽³⁾ La alopecia sifilítica (patrón apolillado), una manifestación menos común de la sífilis secundaria puede presentarse con otros síntomas mucocutáneos de sífilis secundaria o, raramente, presentarse como el único síntoma de sífilis secundaria, la llamada "alopecia sifilítica esencial".⁽⁷⁾

El objetivo de este estudio fue describir las manifestaciones clínicas, análisis de laboratorio y tratamiento de un paciente que vive con el virus de inmunodeficiencia humana con coinfección de sífilis secundaria, una condición infrecuente.

Presentación del caso

Paciente masculino de 30 años de edad, hombre que tiene sexo con hombres (HSH), promiscuo y con antecedentes patológicos personales de infección por VIH, diagnosticado hace 6 años, aproximadamente, con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) desde inicios de 2018. Acudió al hospital San Juan de Dios el día 15 de octubre de 2020; refirió hace tres meses la aparición de exantema formado por máculas eritematosas, mal definidas, no agrupadas a nivel de tronco y cara anterior de miembros superiores, no se acompañó con otro signo o sintomatología, este exantema desapareció a las 2 a 3 semanas posterior a su brote.

Como datos al examen físico resaltan "alopecia sifilítica" múltiples placas alopécicas de predominio en la región parietooccipital, de tamaño irregular, no cicatriciales, sin signos inflamatorios ni descamación, que adoptaban el característico patrón apolillado o en trasquilones, y caída activa a la tracción (fig.1). Se acompaña de madarosis superciliar y

ciliar (pérdida de la densidad capilar en cejas y pestañas, respectivamente) y exantema máculopapuloso, eritematosa y descamativas a nivel palmar.



Fig. 1- Alopecia sicilítica.

Además, se identificó leucodermia sicilítica, máculas hipocrómicas, ovales, 1 a 2 centímetros de diámetro, con bordes claros y superficie lisa, sin mostrar descamación ni atrofia, localizadas a nivel del escroto y periné, dispuestas en forma contigua (fig. 2).



Fig. 2- Leucodermia sifilítica.

Lleva TARGA con TEL (Tenofivir/Emtricitabina/Lamivudina) y quimioprofilaxis primaria contra la neumocistosis con sulfametoxazol—trimetropín. Anteriormente fue tratado con fluconazol, cápsula 150 mg, por vía oral, sin cambios de mejoría.

Tabla 1- Investigaciones realizadas

Analítica	Resultados
Hemograma completo	
Recuento de leucocitos	4,98 x 10 ³ /μL
Neutrófilos	2,73 x 10 ³ /μL
Linfocitos	1,91 x 10 ³ /μL
Eosinófilos	0,06 x 10 ³ /μL
Basófilos	0,05 x 10 ³ /μL
Hemoglobina	15,6 g/dL

Plaquetas	311 x 10 ³ /μL
Química sanguínea	
Glicemia	90 mg/dL
Ácido úrico	4,9 mg/dL
Creatinina	0,8 mg/dL
Urea	31 mg/dL
Alanina aminotransferasa (ALT)	23 U/L
Aspartato aminotransferasa (AST)	21 U/L
Citometría de flujo	
Linfocito T CD3 ⁺	2117 cel/μL
Linfocito T CD4 ⁺	212 cel/μL
Linfocito T CD8 ⁺	1805 cel/μL
Índice CD4 ⁺ /CD8 ⁺	0,117
Reacción en Cadena de la polimerasa	
Carga viral para VIH	<40 copias/mL
Serologías	
Prueba no treponémica	
VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)	1:1024
Virus de la hepatitis B (antígeno de superficie)	Negativo
Virus de la hepatitis C (IgM e IgG)	Negativo
Prueba treponémica	
FTA—ABS (Fluorescent—Treponemal antibody absorbed)	Reactivo

Ante estos hallazgos, la conclusión diagnóstica fue sífilis secundaria, el tratamiento impuesto fue penicilina G benzatínica 2, 4 millones UI, dosis única por vía intramuscular. Tras una semana de tratamiento desaparecieron las lesiones a nivel palmar y las máculas hipocrómicas, a las 15 semanas fue recuperando el cabello, cejas y pestañas.

Discusión

La incidencia de sífilis secundaria ha aumentado drásticamente en las últimas décadas debido a la aparición de la infección por el VIH, y el cambio en el estilo de vida. Hay informes de presentación atípica de sífilis secundaria, principalmente en asociación con coinfección por VIH.⁽⁸⁾

Diversos estudios informan que el mayor incremento de casos de sífilis ha tenido lugar entre varones con prácticas homosexuales, en gran parte debido a conductas de riesgo (parejas desconocidas, sexo sin protección, promiscuidad y consumo asociado de drogas, especialmente metanfetaminas).⁽⁹⁾

La alopecia sifilítica (AS) puede simular clínicamente una amplia gama de trastornos del cabello, que incluyen alopecia areata, tricotilomanía, liquen plano pilar, tiña capitis, efluvio telógeno, lupus eritematoso sistémico y alopecia androgénica. Por tanto, el diagnóstico puede retrasarse, especialmente cuando la AS es la manifestación única de la sífilis secundaria, y los signos de sífilis primaria están ausentes o no se informan.⁽⁸⁾

La hipótesis actual que apoya la patogenia de AS es una vasculitis de los capilares peribulbares, que provoca una infiltración linfocítica perifolicular con células plasmáticas dispersas, detiene el ciclo de las células ciliadas.^(8,10)

La literatura más antigua señaló que la leucodermia sifilítica o vitíligo sifítico era inusual, pero se observó con mayor frecuencia en pacientes féminas y jóvenes; aparición aproximadamente en meses (en ocasiones mucho más tarde), después de la desaparición de la erupción sifilítica típica. Muy poco se informa, resurgió debido a la pandemia del VIH/sida.⁽¹¹⁾

Actualmente, existen tres algoritmos para el cribado de la sífilis. En primer lugar, el algoritmo de detección tradicional comienza con un ensayo no treponémico, seguido de una confirmación con un ensayo treponémico. En segundo lugar, el algoritmo inverso comienza con un ensayo treponémico y un ensayo de cribado treponémico reactivo va seguido de un ensayo semicuantitativo no treponémico. En tercer lugar, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés): un algoritmo inverso modificado: una prueba de detección treponémica reactiva va seguida de una segunda (diferente) prueba treponémica, pero no va acompañada de una prueba no treponémica. Todos los algoritmos de prueba poseen ciertas ventajas y limitaciones. En

consecuencia, no existe un algoritmo de diagnóstico generalmente reconocido. *Chen* y otros abogan por el enfoque del algoritmo inverso o del ECDC para la detección de la sífilis en personas con VIH.⁽¹²⁾ Actualmente se recomienda una dosis única de 2,4 millones UI de penicilina G benzatínica intramuscular para el tratamiento de la sífilis primaria y secundaria.⁽¹³⁾

Las pautas de prevención de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos establecen que las pruebas serológicas no treponémicas manuales para los títulos de sífilis deben disminuir ≥ 4 veces (2 diluciones), dentro de los 3-6 meses posteriores al tratamiento para la sífilis primaria o secundaria, y dentro de los 12-24 meses para la sífilis latente.⁽¹⁴⁾

Conclusiones

La sífilis secundaria en pacientes con VIH debe ser diagnosticada en base al examen clínico y el uso del algoritmo inverso o el que recomienda ECDC. El diagnóstico temprano evitará la progresión a sífilis terciaria y contribuirá a un mejor control virológico (carga viral) e inmunológico (linfocitos T CD4+).

Se contó con la autorización del paciente para la presentación del caso; además, las autoridades del hospital otorgaron los permisos para su publicación.

Referencias bibliográficas

1. Mayer KH. Old Pathogen, New Challenges: A Narrative Review of the Multilevel Drivers of Syphilis Increasing in American Men Who Have Sex With Men. *Sex Transm Dis.* 2018 [acceso 25/01/2021];45(9S Suppl 1):S38-S41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30106386>
2. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentations in adults. *Clin Dermatol.* 2005 [acceso 25/01/2021];23(6):555-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16325063>
3. Yancheva N, Petrova E, Tchervenyakova T. Atypical secondary syphilis presentation in a patient with human immunodeficiency virus infection: a case report. *J Med Case Rep.* 2019 [acceso 25/01/2021];13(1):360. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31813380>

4. Klausner JD. The great imitator revealed: syphilis. *Top Antivir Med.* 2019 [acceso 25/01/2021];27(2):71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6550356/>
5. Ang LW, Wong CS, Ng OT, Leo YS. Incidence of syphilis among HIV-infected men in Singapore, 2006-2017: temporal trends and associated risk factors. *Sex Transm Infect.* 2020 [acceso 25/01/2021];96(4):293-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31371448>
6. Refugio ON, Klausner JD. Syphilis incidence in men who have sex with men with human immunodeficiency virus comorbidity and the importance of integrating sexually transmitted infection prevention into HIV care. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2018 [acceso 25/01/2021];16(4):321-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489420>
7. Chiu HH, Wu CS. Alopecia syphilitica. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2017 [acceso 25/01/2021];38(2):192-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6085945/>
8. Ivars Lleó M, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Atypical Cutaneous Manifestations in Syphilis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 [acceso 25/01/2021];107(4):275-83. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-atypical-cutaneous-manifestations-in-syphilis-articulo-S1578219016000585>
9. Tognetti L, Cinotti E, Perrot JL, Campoli M, Rubegni P. Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings. *Dermatol Pract Concept.* 2017 [acceso 25/01/2021];7(3):55-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29085722>
10. Doche I, Hordinsky MK, Valente NYS, Romiti R, Tosti A. Syphilitic Alopecia: Case Reports and Trichoscopic Findings. *Skin Appendage Disord.* 2017 [acceso 25/01/2021];3(4):222-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29177154>
11. Pathania YS, Budania A. Leucoderma syphiliticum in a pregnant woman. *Postgrad Med J.* 2020 [acceso 25/01/2021];96(1132):111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31585981>
12. Chen B, Peng X, Xie T, Jin C, Liu F, Wu N. The tradition algorithm approach underestimates the prevalence of serodiagnosis of syphilis in HIV-infected individuals. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017 [acceso 25/01/2021];11(7):e0005758. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28727773>
13. Andrade R, Rodriguez-Barradas MC, Yasukawa K, Villarreal E, Ross M, Serpa JA. Single Dose Versus 3 Doses of Intramuscular Benzathine Penicillin for Early Syphilis in

HIV: A Randomized Clinical Trial. Clin Infect Dis. 2017 [acceso 25/01/2021];64(6):759-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28200045>

14. Kim JI, Park JH, Choi JY, Lee GY, Kim WS. Serologic Response to Treatment in Human Immunodeficiency Virus-Negative Syphilis Patients Using Automated Serological Tests: Proposals for New Guidelines. Ann Dermatol. 2017 [acceso 25/01/2021];29(6):768-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29200767>

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.