

CASOS CLÍNICOS

Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación de tres casos con clínica atípica

Resumen.—Se describen tres pacientes con sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los que resaltamos su peculiar presentación clínica. En el primero de ellos destaca la coexistencia de estas dos infecciones con una mucinosis papulosa. En el segundo, la clínica cutánea, con lesiones tuberoulcerosas persistente y placas eritematovioláceas, semejantes a una sífilis terciaria. El tercero debutó con lesiones orales erosivoulcerosas de repetición. En los dos primeros pacientes las manifestaciones cutáneas fueron el primer signo de infección por sífilis y VIH.

Queremos llamar la atención sobre la variedad clínica de presentación de la sífilis en pacientes VIH positivos.

Palabras clave: Sífilis. Virus de la inmunodeficiencia humana. Mucinosis papulosa.

BEATRIZ BARTOLOMÉ GONZÁLEZ
ESTEBAN DAUDÉN TELLO
MAXIMILIANO ARAGÜÉS MONTAÑÉS
JAVIER FRAGA FERNÁNDEZ
AMARO GARCÍA DÍEZ
*Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario de La Princesa.
Madrid.*

Correspondencia:

BEATRIZ BARTOLOMÉ GONZÁLEZ. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Diego de León, 62. 28020 Madrid.

Aceptado el 8 de marzo de 2000.

INTRODUCCIÓN

La asociación de sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es relativamente frecuente. El chancro sifilítico presupone una rotura de la barrera mucosa y es una puerta de entrada que permite al VIH acceder directamente a la circulación sistémica. Por otra parte, el infiltrado inflamatorio del chancro es rico en células CD4+, favoreciendo la replicación local del VIH (1).

Asimismo, el curso natural de la sífilis puede modificarse por la infección causada por el VIH. Clínicamente se han descrito casos con rápida evolución a formas terciarias, afectación neurológica precoz o lúes maligna (2). El comportamiento de la serología también se puede ver modificado, pudiendo haber frecuentes falsos positivos y negativos (3). En cuanto al tratamiento, aunque la penicilina continúa siendo la droga de elección para todos los estadios de la sífilis, se han descrito fallos de la terapia convencional recomendada por los *Centers of Disease Control* (4).

Presentamos tres casos de lúes atípica en pacientes VIH+.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Varón de 29 años, homosexual, visto por primera vez en nuestra consulta de enero de 1989. Refería historia de 2 meses de evolución de lesiones sobre elevadas asintomáticas, diseminadas en tronco y raíz de miembros, de coloración similar a la piel normal. Asimismo presentaba en ambas plantas unas lesiones anulares eritematosas de las que no supo precisar su tiempo de evolución. No asociaba sintomatología general. En la exploración física se apreciaban en tronco y extremidades unas lesiones papulosas de consistencia elástica y con coloración de la piel normal (Fig. 1). No presentaba lesiones en mucosas. No se palpaban adenopatías, masas ni visceromegalias.

La biopsia de una de las lesiones del tronco mostró abundante mucina en dermis papilar intensamente positiva con técnica de azul alcian a pH 2,5 (Fig. 2). En una biopsia de la planta se observaba en epidermis únicamente una degeneración hidrópica de la basal de forma parcheada, llamando la atención la presencia de infiltrados liquenoides y perivasculares con abundantes células plasmáticas.



FIG. 1.—Caso 1. Lesiones papulosas diseminadas en tronco de coloración similar a la piel normal.

En la serología se detectó VDRL 1/32, FTAabs (+++), TPHA (+) y VIH+. No fue posible la realización de punción lumbar en el paciente.

Con el diagnóstico de sífilis secundaria, infección por VIH y mucinosis papulosa, el paciente fue tratado inicialmente con penicilina benzatina con una dosis total de 12×10^6 unidades, desapareciendo las lesiones de las plantas en 2 semanas. Las lesiones de tronco persistieron sin cambios. No se pudo completar el diagnóstico ni el tratamiento porque el paciente no acudió a las siguientes revisiones.

Caso 2

Mujer de 32 años, heterosexual, de nacionalidad marroquí. Refería la aparición 1 mes antes de acudir

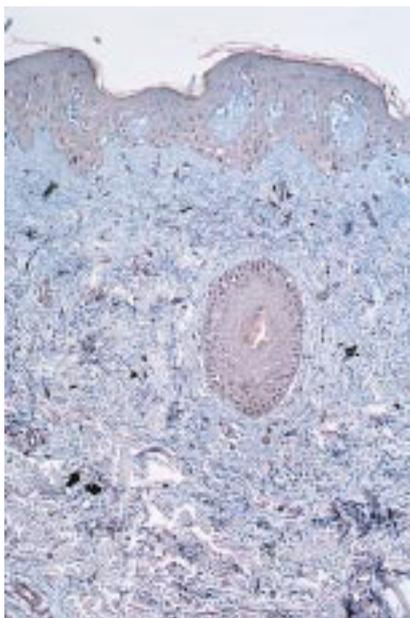


FIG. 2.—Caso 1. Tinción con azul alcian a pH 2,5 en la que se demuestra el depósito dérmico de mucina ($\times 25$).



FIG. 3.—Caso 2. Muñeca izquierda con lesiones en forma de placas eritematovioláceas de superficie descamativocostrosa.

a consulta de una lesión papuloeritematosa en cara volar del tercio distal del antebrazo derecho que fue aumentando progresivamente de tamaño, evolucionando hacia la ulceración central. Posteriormente le aparecieron lesiones de similares características en antebrazos, así como en palma derecha. El cuadro cutáneo se acompañaba de astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada.

En la exploración se observó en palma derecha una lesión tuberosa, eritematosa de centro ulcerado y borde descamativo de 1,5 cm de diámetro, de consistencia dura y rodeada por una zona eritematosa. En caras laterales de muñeca y en dorso de mano derecha presentaba placas eritematovioláceas descamativocostrosas infiltradas a la palpación, de tamaños comprendidos entre 2 y 3 cm (Fig. 3). En ambos antebrazos presentaba lesiones papulotuberosas eritematosas salpicadas. Se palparon tres adenopatías inguinales de 1 cm de diámetro. No lesiones mucosas, masas ni visceromegalias.

La biopsia de antebrazo derecho mostró ulceración superficial a la epidermis con necrosis parcial de la misma. En dermis papilar y reticular superficial se observaban unos infiltrados inflamatorios nodulares granulomatosos confluentes, acompañados de linfocitos y abundantes células plasmáticas. Biopsia de muñeca izquierda: dilatación del plexo superficial, observándose vasos con endotelios prominentes, así como, infiltrados inflamatorios constituidos por linfocitos y abundantes células plasmáticas.

El estudio analítico, radiológico y ecocardiográfico no presentó alteraciones. Serología: VDRL 1/64, FTAabs (+++), TPHA (+) y VIH (+). El líquido cefalorraquídeo tenía aspecto claro, con escasas células, con VDRL (-), TPHA (-) y FTAabs (++) . En ese momento los niveles de CD4 en sangre eran de $283/\text{mm}^3$.

Recibió tratamiento con penicilina G sódica a dosis de 20×10^6 U/ día i.v. durante 10 días que se mantuvo a la paciente ingresada. Las lesiones desaparecieron, dejando una hiperpigmentación residual.



FIG. 4.—Caso 3. Lesión erosiva en mucosa labial superior.

Caso 3

Varón de 37 años, bisexual, con serología positiva para VIH desde abril de 1992 y serología luética negativa. Tenía antecedentes de herpes labiales de repetición y candidiasis oral recidivante. Fue visto en enero de 1997, estando en tratamiento con zidovudina, zalcitabina, fluoxetina, lormetacepam, cloracepato dipotásico e indometacina, refiriendo desde hacía 2 meses brotes de lesiones erosivoulcerosas, dolorosas en mucosa oral, acompañándose en los últimos días de lesiones en piel del escroto. El paciente refería artralgias en las manos, sin asociar otra sintomatología sistémica. A la exploración presentaba en caras laterales de lengua, mucosa geniana, paladar blando, encías y mucosa labial múltiples lesiones ulcerosas de fondo blanquecino con borde ligeramente eritematosos (Fig. 4). En escroto presentaba lesiones ulcerosas de 0,4-0,8 cm, de borde descamativo, serpiginoso y fondo amarillento. No se palpaban adenopatías ni visceromegalias.

La biopsia de mucosa labial mostraba infiltrados inflamatorios en corion, de disposición perivascular, constituidos predominantemente por células plasmáticas. En otra biopsia realizada en escroto los hallazgos fueron similares con denso infiltrado inflamatorio constituido por células plasmáticas junto con eosinófilos y neutrófilos. Además presentaba endotelios vasculares prominentes. Ni histológicamente ni por cultivo se demostraron microorganismos.

En el estudio analítico y radiológico no se hallaron alteraciones. El título de linfocitos CD4 del paciente en ese momento era de $571/\text{mm}^3$. En la serología inicial el VDRL fue negativo, con FTAabs (+++) y TPHA (+). Semanas después, el VDRL se positivizó con título 1/8. No se pudo realizar punción lumbar por malformación ósea.

El Servicio de Medicina Interna puso tratamiento con penicilina benzatina $7,2 \times 10^6$ U y posteriormente, ante la imposibilidad de estudio del líquido cefalorraquídeo, con penicilina procaína $2,4 \times 10^6$ U diarias 10 días. Las lesiones experimentaron una importante mejoría desde el primer día de tratamiento, con re-

solución completa al finalizar éste. Las lesiones no han vuelto a aparecer en 1 año de seguimiento.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la sífilis en pacientes infectados por el VIH presentan en la mayoría de los casos las características habituales. Sin embargo, se han descrito presentaciones clínicas atípicas como placas eritematosas induradas en un paciente adicto a drogas por vía parenteral con serologías negativas 2 años antes para sífilis y HIV, en el que entre los diagnósticos iniciales se barajó proceso linfoproliferativo (5). También úlceras cutáneas recurrentes en tronco, extremidades y glande, que en antebrazos recordaban una sífilis terciaria (6). Otros autores describen hiperqueratosis palmoplantar y coriorretinitis semejando un síndrome de Reiter (7). Asimismo se han referido lesiones luéticas simulando carcinomas verrucosos con serología para sífilis negativa en los que se demostraron espiroquetas con la tinción de Warthin-Starry (8), así como nódulos subcutáneos inflamatorios (9) o lesiones nodulares, necróticas, ulceradas y diseminadas características de sífilis maligna (10). Nosotros presentamos tres pacientes con clínica inusual.

En nuestro primer caso las lesiones de sífilis estaban limitadas a plantas y fueron sospechadas tras la exploración general del paciente ya que no fueron el motivo de la consulta. Presentaban características clínicas típicas de lúes secundaria en el seno de un cuadro cutáneo excepcional, las mucinosis papulosa. La asociación de mucinosis papulosa e infección por el VIH fue descrita por primera vez en 1992 por Ruiz-Rodríguez y cols. (11). Desde entonces se han publicado unos 10 casos más (12-19). Las lesiones clínicas aparecen fundamentalmente en el tronco, aunque hay un caso localizado en extremidades superiores (18). Tras la revisión de la literatura creemos que se trata del primer caso de coexistencia de sífilis, mucinosis papulosa e infección por el VIH. Por otra parte en nuestro paciente las manifestaciones cutáneas fueron el primer signo de infección por el VIH y el motivo de la consulta.

El segundo caso presentaba en antebrazos lesiones tuberoulcerosas que recordaban una sífilis tardía, aunque sin el drenaje de material necrótico característico de los gomos; estas lesiones eran semejantes a las descritas por Tucker y cols. (6) como sífilis terciaria. También mostraba en caras laterales de muñeca y dorso de mano derecha placas infiltradas, con superficie descamativa similares a las descritas por Durán y cols. (20) en uno de sus pacientes. Histológicamente presentaban infiltrados nodulares granulomatosos en dermis, que también apuntarían a un cuadro cutáneo con lesiones sugestivas de sífilis terciaria como forma de presentación de la coinfección de sífilis y VIH.

En nuestro tercer caso, el problema fundamental fue el diagnóstico. En primer lugar las úlceras orales en los pacientes VIH (+) son relativamente frecuentes y en ocasiones no se llega a conocer su etiología (21). Pueden ser producidas tanto por agentes infecciosos como por fármacos como la zidovudina, la dideoxicitidina (ddC) y el cotrimoxazol. Nuestro caso recibía tratamiento con zidovudina. El paciente había presentado serología negativa para sífilis 5 años antes, y fueron la biopsia de la mucosa oral y la segunda serología, ya positiva para lúes, las que determinaron el diagnóstico de sífilis, que se confirmó con la espectacular respuesta a penicilina, continuando asintomático 1 año después.

Queremos concluir insistiendo en la necesidad de realizar serologías conjuntas para sífilis y VIH en todo paciente que presente lesiones cutaneomucosas en las que no llegamos a un diagnóstico de certeza y en la repetición de las mismas hasta confirmar el diagnóstico.

Abstract.—Three patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection and syphilis with peculiar clinical findings are described. In the first one, the coexistence of these two infections and papular mucinosis is emphasized. In the second one, the clinical expression, with persistent tuberculo- ulcerous lesions and erythematous-violaceous plaques, suggested a tertiary syphilis. The third patient started with recurrent oral ulcero-erosive lesions. The clinical findings were the first sign of both syphilis and HIV infection in cases one and two.

We would like to emphasize the clinical variety of syphilis in HIV positive patients.

Bartolomé González B, Daudén Tello E, Aragüés Montañés M, Fraga Fernández F, García Díaz A. Syphilis and human immunodeficiency virus infection. Report of three cases with unusual clinical features. Actas Dermosifiliogr 2000;91:267-270.

Key words: Syphilis. Human immunodeficiency virus. Papular mucinosis.

BIBLIOGRAFÍA

- Hicks CB. Syphilis and HIV infection. *Dermatol Clin* 1991; 9: 493-501.
- Solsona L, Ribera M, Ferrándiz C. Sífilis en pacientes infectados por VIH. *Piel* 1992;7:136-40.
- Johnson PD, Graves SR, Stewart L, Warren R, Dwyer B, Lucas CR. Specific syphilis serological tests may become negative in HIV infection. *AIDS* 1991;5:419-23.
- Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, y cols. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *The Syphilis and HIV Study Group. N Engl J Med* 1997;337:307-14.
- Glover R, Piaquadio DJ, Kern S. An unusual presentation of secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1992;128:530-4.
- Tucker SC, Yates VM, Thambar IV. Unusual skin ulceration in an HIV-positive patient who had cutaneous syphilis and neurosyphilis. *Br J Dermatol* 1997;136:946-8.
- Radolf JD, Kaplan RP. Unusual manifestations of secondary syphilis and abnormal humoral response to treponema pallidum antigens in a homosexual man with asymptomatic human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:423-4.
- Pulpillo A, Sánchez Conejo-Mir J, Artola JL, Conde AF, Navarrete M. Sífilis secundaria que imita carcinomas verrucosos en paciente VIH (+) con serología a sífilis negativa. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:80.
- Rademacher SE, Radolf JD. Prominent osseous and unusual dermatologic manifestations of early syphilis in two patients with discordant serological statuses for human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 1996;23: 462-7.
- Rubinstein R, Christie S. Malignant syphilis (lues maligna) and concurrent infection with HIV. *Int J Dermatol* 1995; 34: 403-7.
- Ruiz Rodríguez R, Maurer TA, Berger TG. Papular mucinosis and human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1992;128:995-6.
- Biro DE, Lynfield YC, Heilman ER. Papular mucinosis and human immunodeficiency virus infection. *Cutis* 1995; 55:113-4.
- Gildersleeve RF, Kirk JF, Cooper Ph, Greer Ke. Papular mucinosis associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 1995;174-6.
- Moragon M, Sevilla A, Colomina J, Bañuls J, Botella R, Ivars J. Papular mucinosis in HIV-infected patients. *AIDS* 1995; 9: 535-6.
- Tarantini G, Zerboni R, Muratori S, Cernuschi M, Carrera C, Alessi E. Lichen myxoedematosus in a patient with AIDS. *Br J Dermatol* 1996;134:1122-4.
- Azaña JM, De Misa RF, Casado J, Muñoz E, Ledo A. Papular mucinosis associated with human immunodeficiency virus infection. *Int J Dermatol* 1996;9:652-4.
- Yén A, Sánchez RL, Raimer S. Papular mucinosis associated with AIDS: response to isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:127-8.
- Domínguez-Auñón JD, Postigo-Llorente C, Llamas-Martín R, y cols. Lichen myxoedematosus associated with human immunodeficiency virus infection, report of two cases and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 1997;22:265-8.
- Depaire-Duclos F, Renuy F, Dandurand M, Guillot B. Papular mucinosis with rapid spontaneous regression in an HIV-infected patient. *Eur J Dermatol* 1998;8:353-4.
- Durán JC, Bosch RJ, Márquez M, González S, Herrera E. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Actas Dermo-Sif* 1992;6:327-31.
- Rodríguez ME, Chimenos E, Riestres F. Úlceras orales en pacientes HIV positivos. *Piel* 1997;12:241-7.