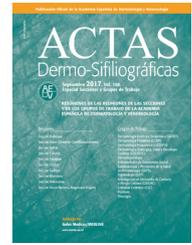




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Reunión del Grupo ETS/SIDA de la Academia Española de Dermatología y Venereología Zaragoza, 3 de junio de 2016

1. ¿CHANCROIDE O CHANCRO ATÍPICO?

B. Blaya Álvarez, P. Ramírez Marín, I. Burón Álvarez, M.Á. Álvarez López, A. Fernández-Tresguerres Centeno y M.C. Villegas Fernández

Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Madrid. España.

Presentamos el caso de un varón joven homosexual VIH + que acudió a consulta por la aparición de una lesión en la piel del pene de pocos días de evolución. Como antecedente, había tenido una sífilis unos años antes que recibió tratamiento con penicilina con disminución progresiva de RPR y VDRL. En la exploración física se apreciaba una úlcera de aproximadamente un centímetro de diámetro recubierta de exudado purulento y con borde eritematoso, dolorosa a la palpación. Se apreciaban además varias adenopatías inguinales bilaterales de características inflamatorias y que también resultaban molestas al presionarlas. Con esta presentación clínica pensamos que se podría tratar de un chancro blando o chancroide, realizamos un cultivo de superficie de la herida y pautamos tratamiento con azitromicina 1 gramo en dosis única. Al cabo de una semana, la lesión había mejorado, pero no había desaparecido completamente y recibimos el resultado del cultivo de superficie, que fue + para *S pyogenes*. Las serologías realizadas en la primera visita confirmaron una reinfección luética (aumento de RPR y VDRL), por lo que pautamos tratamiento con penicilina G benzatina que produjo la desaparición de las lesiones. Presentamos este caso clínico por su excepcionalidad y para resaltar el papel de las pruebas de laboratorio en la consulta de ETS.

2. QUISTES PARAMATEALES: NO TODA LESIÓN GENITAL ES VENÉREA

M. Prieto Barrios^a, S. Burillo Martínez^a, F. Tous Romero^a, M. Martínez López^b, V. Velasco Tamariz^a, C. Morales Raya^a, A. Guerra Tapia^a y L. Maroñaz Jiménez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Las enfermedades de transmisión sexual son un motivo frecuente de consulta en las urgencias hospitalarias de Dermatología. Por ello, no es de extrañar que lesiones genitales de

diversa índole sean inicialmente interpretadas como patología venérea, derivándose para valoración por el dermatólogo de guardia. **Caso clínico:** Presentamos dos varones jóvenes que fueron remitidos a Urgencias de Dermatología para estudio de enfermedad venérea, por presentar lesiones quísticas en el glande de superficie brillante y contenido seroso, dispuestas de forma adyacente al meato uretral. El primer caso se trataba de una formación globulosa de 2,5 cm, de crecimiento progresivo, que el paciente relacionaba con un antecedente traumático 2 años antes. La lesión había permanecido asintomática hasta que en las últimas semanas provocaba dificultad para la micción y las relaciones sexuales. El segundo paciente presentaba una lesión morfológicamente similar, pero de menor tamaño (1.5 cm de diámetro) y tan sólo 24 h de evolución.

Discusión: Los quistes parameatales son lesiones benignas poco frecuentes, que pueden observarse tanto en varones como en mujeres, describiéndose en más del 50% de los casos publicados en pacientes pediátricos. Aunque no existe consenso sobre su fisiopatología, el desarrollo estas malformaciones se ha relacionado con la oclusión, congénita o adquirida, de los conductos parauretrales externos, y/o con la fusión incompleta de los pliegues uretrales durante el desarrollo embriológico, situación en la que se les conoce como quistes del rafe medio.

Conclusiones: Presentamos dos nuevos casos de quistes parameatales en dos varones adultos que acudieron reiteradamente a las urgencias de un hospital terciario por sospecha de enfermedad de transmisión sexual. Los dermatólogos, como especialistas de referencia en el abordaje de la patología venérea, debemos familiarizarnos en el reconocimiento del amplio espectro de entidades que pueden afectar al área genital en vistas a realizar una correcta orientación diagnóstica y enfoque multidisciplinar.

3. CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR EN UN PACIENTE CON LESIONES PSORIASIFORMES

E. López Jiménez^a, J. Aldunate Page^b, B. González Ponce^a, J. Rodríguez López^a, L. Borrego Hernando^a y J. Hernández Santana^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La afectación ocular es infrecuente en la sífilis, pero debemos conocerla debido al incremento de casos de sífilis en los últimos años.

Caso clínico: Un varón 33 años fue ingresado en Oftalmología por cuadro de enrojecimiento, fotofobia y visión borrosa en ojo derecho de 15 días de evolución. La exploración oftalmológica mostraba disminución de la agudeza visual, vitritis y coriorretinitis con lesión placoides amarillentas con hemorragias en el fondo de ojo. Con estos hallazgos y, dado que el paciente presentaba lesiones cutáneas de larga evolución, solicitan serología de sífilis e interconsulta a Dermatología. Las pruebas treponémicas resultaron positivas, así como el RPR a título 1/32. A la exploración física presentaba en piernas grandes placas eritematovioláceas descamativas, de borde neto. En las palmas y plantas presentaba pápulas y placas hiperqueratóticas confluentes y alopecia apolillada en cuero cabelludo. El paciente refería haber recibido valoración dermatológica antes de la clínica ocular, sin haberse sospechado sífilis. Con el diagnóstico de sífilis con afectación ocular se realizó serologías de VIH y virus hepatotrofos que fueron negativas. En LCR presentaba proteínas ligeramente aumentadas, células normales y VDRL negativo. La biopsia mostró hiperplasia epidérmica psoriasiforme irregular, con un infiltrado predominante de células plasmáticas hiperplásicas, endotelios vasculares hiperplásicos e intensa fibrosis. Se trató con penicilina G sódica 3M UI cada 4 horas durante 10 días más prednisona oral con buena evolución oftalmológica, serológica y cutánea.

Discusión: La sífilis puede afectar a cualquier segmento del globo ocular con manifestaciones oftalmológicas variadas. 1 La coriorretinitis placoides posterior sífilítica aguda (CRPPSA) fue descrita por Gass et al. en 1990 y es más frecuentes en pacientes VIH positivos. 2 La afectación ocular en la sífilis puede conllevar secuelas irreversibles; de ahí la importancia de su detección y tratamiento precoces. 1,3 Aportamos un caso raro de CRPPSA en un paciente inmunocompetente con lesiones cutáneas psoriasiformes.

Bibliografía

- Hernández-Bel P, Gómez-Maestra MJ, Torrijos-Aguilar A, López J, Vilata JJ, Alegre V. Sífilis ocular: una presentación inusual de sífilis secundaria en un paciente inmunocompetente. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:184-6.
- Gass JD1, Braunstein RA, Chenoweth RG. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Ophthalmology.* 1990;97:1288-97.
- Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2006;17:562-6.

4. OTRAS CARAS DE LA SÍFILIS

X. Fustà^a, D. Morgado^a, C. Fernández Sartorio^a, S. Podlipnik^a, A. García^b y M. Alsina^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La sífilis ha sido considerada la gran imitadora. La sífilis maligna y la forma pseudolinfomatosa son dos de las múltiples formas infrecuentes que puede adoptar esta infección.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 39 años, VIH (+) sin tratamiento, CD4 416/mL. Refiere febrícula, cefalea y lesiones cutáneas de dos semanas de evolución, con aparición de nódulos eritematosos ulcerados con costra superficial, de predominio en cara y cuero cabelludo, afectando palmas y plantas. La analítica únicamente mostró una PCR levemente elevada. Se inició antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico desarrollando fiebre elevada y empeoramiento del estado general. La biopsia cutánea mostró un patrón de dermatitis liquenoide, con un infiltrado inflamatorio con abundantes células plasmáticas. La inmunohistoquímica y la serología luética resultaron positivas. Con el diagnóstico de sífilis maligna, se administraron 3 dosis de penicilina im. con excelente respuesta clínica. Caso 2: varón de 59 años sin antecedentes de interés. Consulta por lesiones maculopapulares eritematosas, asintomáticas, en cara y

tronco, de 4 meses de evolución, sin otra sintomatología. La biopsia cutánea mostró un denso infiltrado inflamatorio con plasmáticas y gran cantidad de linfocitos B y policlonalidad de cadenas ligeras. La inmunohistoquímica y la serología luética resultaron positivas, diagnosticando al paciente de sífilis secundaria (pseudolinfomatosa). Se obtuvo curación con una dosis de penicilina im.

Discusión: La elevada incidencia actual de sífilis ha comportado un aumento de casos clínicamente atípicos. La sífilis maligna afecta principalmente a pacientes VIH y cursa con nódulos ulcerados con costras rupioides, predominantemente en cara y cuero cabelludo. Suele presentar serología fuertemente positiva, rápida respuesta al tratamiento y reacción de Jarisch-Herxheimer. También se han descrito casos de secundarismo que presentan un patrón histológico similar a un linfoma (forma pseudolinfomatosa). Consideramos necesario incluir la sífilis en el diagnóstico diferencial de pacientes VIH con lesiones cutáneas ulceradas y en aquellos pacientes que presenten cualquier exantema de etiología desconocida.

5. PATOLOGÍA VULVAR ASOCIADA AL VPH: NUEVAS APORTACIONES

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Universidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: El Colegio Americano de Patólogos y la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical han adoptado la terminología LAST para referirse a las lesiones ano-genitales escamosas y del TGI. Este criterio fue concebido para unificar la terminología de las lesiones escamosas asociadas al VPH con el objeto de mejorar la comunicación entre los patólogos que hacen diagnósticos y los clínicos que utilizan estos diagnósticos. Se pretende con ello gestionar de manera óptima a las pacientes con esta patología.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas de la patología vulvar asociada al VPH, su diagnóstico y tratamiento, siguiendo la nueva clasificación de la ISSDV publicada en el año 2015.

Material y métodos: Hemos recopilado la bibliografía existente al respecto y se exponen los datos obtenidos de nuestra propia experiencia.

Resultados y discusión: Esta terminología no es exclusiva de la vulva; sin embargo, sirve para unificar la nomenclatura de las lesiones escamosas asociadas al VPH de todo el tracto ano-genital inferior. Se recomienda usar para las lesiones de bajo grado el término LSIL, y HSIL para las de medio y alto grado, en todos los estudios que se lleven a cabo para el diagnóstico histopatológico de estas lesiones. En las primeras se incluyen las verrugas genitales externas y en las segundas todas las lesiones intraepiteliales *in situ*. Esto supone una importante reconsideración de estas lesiones con respecto a la clasificación anterior.

Conclusiones: La ventaja de la nueva terminología es que incluye todos los tipos de lesiones intraepiteliales escamosas de la vulva, lo que supone una solución a las preocupaciones en relación con la aplicación del proyecto LAST para las lesiones vulvares. Además, la nueva terminología se elaboró de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Se trata, por tanto, de establecer una ligazón útil y eficaz entre clínicos y patólogos.

Palabras clave: LAST. ISSDV. VPH. Patología vulvar.

6. LESIÓN VERRUCOSA ANAL EN UNA PACIENTE CON DISPLASIA CERVICAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Ruano del Salado^a, L. Calzado Villareal^a, M. Andreu Barasoain^a, J. Alcántara González^a, S. Ibañes del Agua^a, E. Sánchez-Largo Uceda^a, P. Galindo Jara^b, C. García Llorente^b, L. Colau García^b, P. Benito Expósito^b, D.R. Luján Rodríguez^c y Firdaous El^d

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Cirugía General; ^cServicio de Anatomía Patológica; ^dServicio de Microbiología. Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Introducción: La incidencia del carcinoma epidermoide anal ha aumentado de forma alarmante en los últimos años, especialmente en grupos de riesgo. En España, no se puede establecer con exactitud la incidencia y prevalencia del cáncer anal por no existir ningún registro oficial que recoja estos datos, pero por estudios epidemiológicos se estima en un 2% anual. Este aumento es especialmente notable en poblaciones específicas como los pacientes infectados por el VIH, en los que el riesgo asciende a 60 por cada 100.000 pacientes-año. Dentro de este grupo de población, el riesgo más elevado de carcinoma anal se ha observado en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres con antecedente de displasia cervical o vulvar y los pacientes con antecedente de condilomas en el área anogenital. El factor etiológico para el desarrollo del cáncer anal es la infección por un genotipo oncogénico del *virus del papiloma humano* (VPH) en más del 90% casos (16 y 18). La infección persistente por al menos un genotipo de riesgo, es el factor fundamental tanto en el inicio del proceso oncogénico como en la progresión y desarrollo de lesiones invasivas.

Caso clínico: Paciente mujer de 45 años de edad, con antecedentes personales de conización por neoplasia intraepitelial cervical (CIN 3) en 1993 y endometriosis en 2006. Acude a consulta presentando una lesión en glúteo izquierdo que según refiere, es de tiempo de evolución incierto. En la exploración física, presenta una placa de aspecto verrucoso y aterciopelado situada desde el pliegue interglúteo hacia el glúteo izdo, de aproximadamente 5 cm de diámetro. Ante la sospecha clínica de carcinoma epidermoide versus Paget extramamario, se realiza un mapeo mediante biopsias con el resultado histológico de neoplasia intraepitelial anal de alto grado (AIN 3). Se remite la paciente a Cirugía general realizándose exéresis de la lesión, con el resultado histológico de “*carcinoma de células escamosas anal con microinvasión focal a dermis superficial en contacto con bordes quirúrgicos*” y PCR VPH tipo 16. La ampliación de márgenes no evidenció datos de malignidad así como la prueba de imagen. Actualmente el seguimiento se realiza mediante citología anal y anoscopia de alta resolución.

Discusión: El carcinoma anal es una neoplasia asociada a la infección por el VPH, que se origina preferentemente en la zona de transformación entre el epitelio escamoso anal y la mucosa rectal. El cérvix como el canal anal, actúan como reservorios que favorecerán la infección mutua por proximidad, independientemente de la localización anatómica inicial de la misma. Por tanto, el riesgo de cáncer anal va ligado al antecedente de otros tumores en la región anogenital, probablemente en relación con la exposición común al VPH por proximidad anatómica. Así, las pacientes que han presentado una neoplasia en ésta región tendrán un riesgo considerablemente mayor al de la población general de presentar una segunda neoplasia en la región anogenital. Este riesgo es mucho mayor en pacientes inmunodeprimidas, especialmente VIH. Presentamos el caso de una mujer joven, conizada hace 23 años, que ha desarrollado una 2ª neoplasia en la región anogenital. Destacar la importancia de realizar una citología anual en mujeres con HSIL o carcinoma cervical y el seguimiento por unidades especializadas.

7. VERRUGAS GENITALES EN UNA GESTANTE: ¿VPH?

C. Morales Raya^a, S. Burillo Martínez^a, F. Tous Romero^a, A. Calleja Algarra^a, R. Aragón Miguel^a, J.J. Andrés Lencina^a, J.L. Rodríguez Peralto^{a,b} y L. Maroñas Jiménez^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bInstituto de Investigación. Universidad Complutense. Madrid. España.

Introducción: La mayoría de las lesiones de aspecto papilomatoso o hipertrófico en la zona genital de las mujeres sexualmente activas

son diagnosticadas clínicamente como condilomas acuminados. En los últimos años, estamos asistiendo al resurgir de la, por excelencia, “gran imitadora”. Cuanto menos, deberíamos cuestionarnos: ¿toda lesión verrucosa genital es por defecto VPH?

Caso clínico: Primigesta de 12 semanas que consultó en el Servicio de Urgencias por amenorrea de 3 meses de evolución. Se realizó test gestacional con resultado positivo. A la exploración genital, presentaba 4 placas sobre elevadas de entre 5 y 10 mm, color piel localizadas en espejo en ambos labios mayores. Las lesiones fueron interpretadas como infección por VPH, derivándose a Dermatología para estudio. La morfología y superficie plana de las lesiones nos hizo cuestionar diagnóstico de presunción, solicitándose serología luética que resultó positiva con títulos reaginicos elevados. Las alteraciones halladas en el estudio histológico de una de las lesiones resultaron compatibles con secundarismo luético. La paciente fue tratada con 3 dosis semanales de penicilina G benzatina 2.400.000 UI i.m, con resolución completa de las lesiones en el en consultas.

Discusión: La mayoría de casos nuevos de lúes en nuestro medio son diagnosticados en pacientes HSH, VIH positivos. Se da por sentado que la mayor parte de los países occidentales realizan un screening pregestacional adecuado enfermedades de transmisión sexual, siendo infrecuente los diagnósticos de sífilis en embarazadas. El caso que presentamos evidencia la necesidad de incrementar las campañas institucionales en materia de prevención de ETS, tanto a nivel poblacional como en el ámbito sanitario, entrenando a todos los profesionales sanitarios en su diagnóstico y tratamiento.

8. ESTUDIO DE UNA COHORTE DE MUJERES VALORADAS MEDIANTE CITOLOGÍA ANAL EN UNA CONSULTA DE ETS

J. Bosco Repiso Jiménez^a, L. Padilla España^a, T. Fernández Morano^a, F. Rivas Ruiz^b, M. de Troya Martín^a

^aConsulta de ETS. Área de Dermatología; ^bUnidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: La incidencia del cáncer de ano en Europa es mayor en mujeres, a pesar del aumento de los casos en hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos. Las neoplasias intraepiteliales anales, precursores de cáncer anal, se han asociado en mujeres con la patología genital por papilomavirus (VPH), con la inmunosupresión y con determinados hábitos sexuales. Es la citología anal el principal test de cribado de estas neoplasias. El objetivo de nuestro estudio fue describir la población de mujeres a las que se les realizó citología anal y comparar el grupo de mujeres con citología normal con el grupo de mujeres con displasia.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de mujeres a las que se les tomó citología anal entre los años 2008 y 2013. Describimos datos de filiación, hábitos tóxicos y sexuales, asociación con enfermedades de transmisión sexual, con verrugas anogenitales y otras patologías en relación con el VPH. Comparamos estos aspectos en los grupos con citología alterada y normal, y analizamos el subgrupo de mujeres VIH.

Resultados: De 105 mujeres estudiadas el 53,3% (IC 95%: 43,3-63,3) mostraron algún grado de displasia en la citología anal, siendo el 40% de estas de alto grado. El 65% de las mujeres practicaban sexo anal. Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a la edad, nacionalidad y hábitos sexuales (número de parejas, uso de preservativo, practica de sexo anal) y tóxicos (consumo de alcohol y tabaco). El nivel de estudios fue mayor en el grupo de mujeres con citología alterada, siendo secundarios o superiores en el 60,8% frente a 39,2% en el grupo de citología negativa. La presencia de condilomas en la zona genital se asoció con una tasa mayor de citología anal normal (53,8%) frente a la ausencia de estos (24%). No se encontraron diferencias en los dos grupos en cuanto a la presencia de condilomas perianales. La historia de herpes genital se asoció con la presencia de citología alterada (93,8%) frente a su ausencia (46,1%). Ni la alteración citológica del cérvix ni las neoplasias intraepiteliales de vulva o perianales se asociaron con la alteración de la citología

anal. La identificación de VPH de alto riesgo se relacionó con la displasia citológica anal (74,3%) frente a la identificación de HPV de bajo riesgo (44,4%). Las mujeres seropositivas para el VIH tuvieron una mayor incidencia de citología anal alterada (83,3% frente a 49,5% de las seronegativas) y en el 100% de las que se tomó una muestra para HPV, este fue de alto riesgo.

Discusión y conclusiones: La displasia citológica anal es un hallazgo frecuente en mujeres que practican sexo anal y/o presentan

condilomas perianales. En nuestro estudio encontramos que el herpes genital, la ausencia de condilomas genitales, la demostración de HPV anal de alto riesgo y la infección VIH fueron predictores de la alteración citológica anal. La mayor incidencia de cáncer anal y sus precursores justifica el estudio de las mujeres VIH en este sentido. Está por dilucidar si el despistaje en mujeres seronegativas con prácticas de riesgo y otras infecciones por VPH resulta rentable en la prevención del cáncer de ano a medio y largo plazo.