

Paciente con VIH, fiebre y lesiones cutáneas

M. S. López Calvo^a, M. Solla Buceta^a, J. García Silva^b, A. Castro Iglesias^a y J. Pedreira Andrade^a

^aServicio de Medicina Interna 3-Unidad de SIDA. ^bServicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Caso clínico

Exponemos el caso de un hombre de 38 años alérgico a la penicilina, ex adicto a drogas por vía parenteral (ADVP), homosexual y positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde 1989. Antecedentes de tuberculosis (TB) pulmonar tratada en 1988, condilomas acuminados, litiasis biliar y hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) sin respuesta al interferón. Trabaja en una tienda de animales; recibe tratamiento con d4t + 3tc + indinavir; y presenta CD4: 851 células/μl, y ARN-VIH: 425 copias/ml. Ingresa por cuadro de un mes de evolución que comienza con dolor lumbar no irradiado, picos febriles ocasionales de 38 °C, sudación nocturna y síndrome miccional. La exploración física es anodina al ingreso y en las exploraciones complementarias destacan: velocidad de sedimentación globular (VSG): 41; tiempo de tromboplastina parcial (TTPA): 61,40 segundos; anticuerpos anticardiolipina (ACA): ACA lúpico positivo y anticardiolipinas IgG elevadas; gammaoxalatotransaminasa (GOT): 61; alanina aminotransferasa (GPT): 132; gammaglutamiltransferasa (GGT): 97; y fosfatasa alcalina (FA): 410. La radiografía de tórax muestra granulomas y tractos fibrocicatriciales en lóbulo superior izquierdo (LSI) y en tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se objetiva una hepatomegalia difusa con varios hemangiomas. Durante su ingreso presenta un único pico febril de 38 °C, con hemocultivos negativos. Ante la mejoría progresiva con tratamiento sintomático se decide el alta. Tres meses después aparecen unas lesiones pápulo eritematosas con collarite escamoso en plantas de los pies (figs. 1 y 2).



Fig. 1. Lesiones papuloeritematosas con collarite escamoso.



Fig. 2. Lesiones en detalle.

Evolución

El aspecto y los cambios histológicos observados en la biopsia de las lesiones son muy sugestivos de sífilis secundaria. Se realiza una serología de lúes que muestra un test reagínico (RPR) negativo y una prueba de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente (FTA-Abs) positiva, por lo que se procede a la dilución de la muestra con el consiguiente resultado positivo a un título de 1/64. Se realiza una punción lumbar (hematíes: 2.800; leucocitos: 7; glucosa: 61; proteínas: 43; VDRL negativo y FTA-Abs: positivo débil); un examen oftalmológico que es normal y no se confirma alergia a la penicilina. Descartada una neurosífilis, se trata con penicilina G benzatina a dosis de 2,4 millones de UI/IM/3 semanas consecutivas. El paciente permanece asintomático con desaparición de las lesiones cutáneas. Los títulos de RPR son de 1/4 y negativos al cuarto y duodécimo mes, respectivamente, tras el tratamiento. El FTA-Abs se mantiene positivo y el TTPA se normaliza.

Diagnóstico

Sífilis secundaria en paciente positivo para el VIH. Efecto prozona.

Discusión

La sífilis y el VIH son enfermedades con alta prevalencia recíproca, y si lo más frecuente es una presentación clínica habitual, en ocasiones se describen casos atípicos caracterizados por mayor gravedad, solapamiento de períodos clásicos y aparición precoz de manifestaciones propias de la sífilis terciaria. Con relación a la sífilis secundaria hay múltiples casos de manifestaciones cutáneas atípicas. En cuanto a la afectación visceral puede presentarse como síndrome nefrótico, hepatitis, orquitis, gastritis, poliartritis, osteítis, derrame pleural y neumonitis¹. Si bien la afectación del sistema nervioso central (SNC) es más frecuente en la sífilis terciaria, puede presentarse una neurosífilis precoz² que siempre se ha de descartar mediante estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR)³. El diagnóstico en la sífilis secundaria se basa fundamentalmente en pruebas serológicas: reagínicas o no treponémicas (VDRL y RPR, entre otras) y treponé-

micas (FTA-Abs, entre otras). Las pruebas VDRL y RPR modernas tienen una especificidad del 97%-99% y los falsos positivos pueden aparecer en pacientes ADVP y con enfermedades autoinmunes⁴. Estos casos se excluirían por la negatividad de la prueba treponémica. La sensibilidad de las pruebas en la sífilis secundaria no tratada es próxima al 100%; sin embargo, en los pacientes positivos para el VIH se producen falsos negativos por ausencia o retraso en la seroconversión⁵, y por el fenómeno prozona, que es un evento inmunológico que se ve en las pruebas que se basan en la interacción antígeno-anticuerpo, tales como el VDRL o RPR donde la relación óptima entre ambos va a determinar la cantidad de precipitado insoluble que es visible, dando lugar a una prueba positiva. En los VIH existe hipergammaglobulinemia policlonal, que condiciona un exceso de anticuerpo que puede dar lugar a un resultado falso negativo. Ante un paciente con alta sospecha de sífilis y una prueba negativa debe realizarse nuevamente previa dilución para evitar la presencia de dicho fenómeno⁶. El tratamiento de la sífilis debe realizarse con penicilina. En casos de alergia se debe proceder a la desensibilización. El tipo, dosis y duración del tratamiento dependerá del estadio. En la sífilis precoz la penicilina G benzatina 2,4 MU IM en dosis única, la misma dosis durante 3 semanas en la sífilis latente tardía con LCR normal y penicilina G acuosa cristalina 3-4 MU IV/4 h durante 10-14 días asociado a penicilina G benzatina 2,4 MU IM durante 3 semanas en la neurosífilis⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaharopoulos P, Wong J. Cytologic diagnosis of syphilitic pleuritis: a case report. *Diagn Cytopathol*. 1997;16:35-8.
2. Savall R, Cabré M, Grifol M. Neurosyphilis and human immunodeficiency virus type 2 infection. *Arch Neurol*. 1992;49:440.
3. Lukehart SA, Hook III EW, Baker-Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med*. 1988;109:855-62.
4. Pulido Ortega F, Rubio García R, Salmerón Béliz J, et al. Reactividad de las pruebas serológicas para detección de sífilis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:365-7.
5. Gregory N, Sánchez M, Buchness MR. The spectrum of syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:1061-6.
6. Jurado RL, Campbell J, Martín PD. Prozone Phenomenon in secondary syphilis. Has Its Time Arrived? *Arch Intern Med*. 1993;153:2496-8.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases. Treatment Guidelines 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(RR06):1-80.