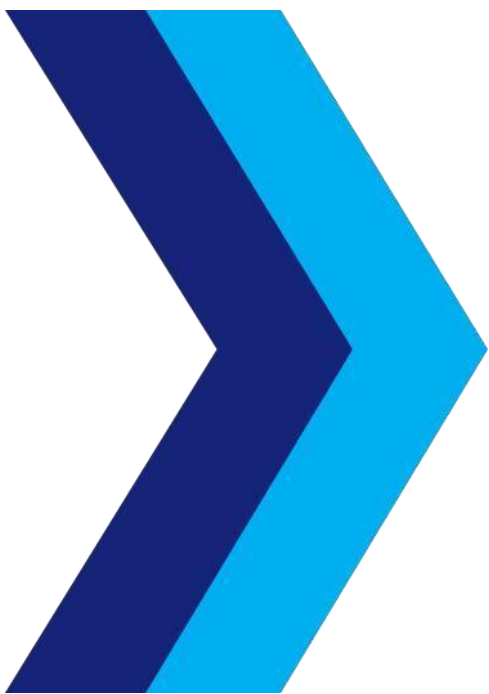




SÍFILIS MALIGNA COMO FORMA DE DEBUT DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTE ADULTO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024

Malignant Syphilis as the Onset of Human Immunodeficiency Virus Infection in an Adult Patient at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, 2024

Rodolfo Chite Huachani (1a)
Raul Darío Gomez Ortiz (2a)

1 - Hospital Hipólito Unanue de Tacna
a - Médico cirujano

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la infección por VIH puede modular la presentación clínica de la sífilis, así como la respuesta clínica y serológica al tratamiento. La sífilis también puede tener un impacto negativo en la carga viral del VIH. En 2022, se notificaron 207 255 casos de sífilis en todas las etapas existe una alta tasa de coinfección por VIH entre los HSH con sífilis (1-5). Los datos disponibles de los CDC de Estados Unidos sugieren que aproximadamente el 41,7 % de los HSH con sífilis primaria y secundaria tienen VIH, en comparación con casi el 6,3 % de los hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres y el 4 % de las mujeres (6). La sífilis maligna (SM) es una manifestación rara de sífilis secundaria (sífilis ulceronodular) es una forma cutánea grave de sífilis que, aunque rara, la inmunidad celular defectuosa desempeña un papel importante en la patogénesis de la sífilis maligna (7) como la que se describe en los pacientes con VIH (8-12). En este artículo presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 20 años de edad, sin antecedentes que ingresa por el servicio de emergencia, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 63 días, con presencia de sensación de alza térmica no cuantificada, lesiones dérmicas pápulo-nodulares en todo el cuerpo a predominio de cara, pirámide nasal, palmas y plantas de los pies, con pérdida de peso 10 kilos en 2 meses. Se realizaron exámenes serológicos RPR con resultado positivo y prueba rápida de tercera y cuarta generación para infección por VIH con resultado positivo. Paciente inicio tratamiento con Penicilina G sódica, para la infección sifilítica, oxacilina para infección piógena cutánea sobreagregada, evoluciona clínica favorable, con disminución y cicatrización de las lesiones cutáneas y posteriormente se inició tratamiento antirretroviral (TARV) con tenofovir, lamivudina y dolutegravir (TLD) paciente tolera tratamiento antirretroviral logrando niveles indetectables de carga viral a los 6 meses de iniciado el TARV.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection (STI) caused by the spirochete *Treponema pallidum*. HIV infection can modulate the clinical presentation of syphilis, as well as the clinical and serological response to treatment. Syphilis can also negatively impact HIV viral load. In 2022, 207 255 cases of syphilis at all stages were reported. There is a high rate of HIV coinfection among men who have sex with men (MSM) with syphilis (7-12). Available data from the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) suggest that approximately 41.7% of MSM with primary and secondary syphilis have HIV, compared to nearly 6.3% of men who have sex with women and 4% of women (13). Malignant syphilis (MS) is a rare manifestation of secondary syphilis (ulceronodular syphilis) and is a severe cutaneous form of syphilis. Although rare, defective cellular immunity plays an important role in the pathogenesis of malignant syphilis (41) as described in patients with HIV (31,37-40). In this article, we present the clinical case of a 20-year-old female patient with no prior medical history who was admitted to the emergency department with a 63-day history of illness. She presented with an unquantified fever, papulonodular skin lesions all over her body, predominantly on her face, nasal pyramid, palms, and soles, and a 10-kilogram weight loss over two months. RPR serological tests were performed, with positive results, as were third- and fourth-generation rapid HIV tests. The patient began treatment with sodium penicillin G for syphilis and oxacillin for a superimposed pyogenic skin infection. She showed a favorable clinical course, with a reduction and healing of the skin lesions. Subsequently, antiretroviral therapy (ART) was initiated with tenofovir, lamivudine, and dolutegravir (TLD). The patient tolerated the antiretroviral treatment, achieving undetectable viral load levels six months after starting ART.

INTRODUCCIÓN

Los orígenes de la sífilis se han debatido durante siglos. Se han propuesto dos teorías principales: la teoría del Nuevo Mundo o colombina y la teoría del Viejo Mundo o precolombina. La primera sostiene que la sífilis era endémica en la región que hoy se conoce como Haití y que Colón la adquirió y la llevó a Europa en el siglo XV. En 1905, la asociación de *Treponema pallidum* con la sífilis fue descrita por Schaudinn y Hoffman, quienes demostraron espiroquetas en frotis teñidos con Giemsa de líquido de lesiones sifilíticas secundarias teñidos con Giemsa. Los tratamientos para la sífilis incluían mercurio, compuestos orgánicos arsenicales y bismuto, hasta la aparición de la penicilina. En 1943, Mahoney et al trataron con éxito los primeros cuatro casos de sífilis con penicilina, y más de medio siglo después, la penicilina sigue siendo el fármaco de elección (13).

La sífilis, la "gran imitadora" de las enfermedades de la piel, ha acompañado a la humanidad durante siglos. Desde su introducción, la penicilina ha contribuido enormemente a controlar la propagación de la sífilis, y la enfermedad se ha mantenido relativamente poco común. Sin embargo, la comunidad internacional no ha podido erradicar esta enfermedad, que no solo persiste en la humanidad hoy en día, sino que su incidencia está aumentando rápidamente en muchas partes del mundo (14).

La respuesta al tratamiento debe evaluarse mediante mediciones repetidas de los títulos serológicos no treponémicos a los 6 y 12 meses después del tratamiento de la sífilis primaria y secundaria, y a los 6, 12 y 24 meses para la sífilis tardía y latente. Los pacientes en estado seropositivo no parecen beneficiarse sustancialmente de la repetición del tratamiento. La doxiciclina y la ceftriaxona también son tratamientos eficaces para la sífilis temprana cuando no se puede usar penicilina.

La sífilis maligna es una manifestación poco frecuente en la sífilis secundaria y se asocia en la mayoría de los casos a inmunosupresión. Este hallazgo sugiere una relación entre alteraciones cualitativas de la inmunidad y una evolución más virulenta de la infección. Sin embargo, resulta paradójico que la mayoría de estos pacientes presenten un recuento de linfocitos CD4 superior a 200. La sífilis maligna no debe considerarse una infección oportunista ni exclusiva de pacientes VIH positivos, ya que ocasionalmente puede presentarse en pacientes inmunocompetentes (16).

La sífilis sigue siendo un objetivo valioso para la investigación biomédica. Aún quedan importantes preguntas sin respuesta sobre el microorganismo, la enfermedad y las estrategias de manejo adecuadas. Los enfoques modernos para comprender la patogénesis de la sífilis, el desarrollo de mejores pruebas diagnósticas y la implementación de

estrategias de manejo descentralizadas ofrecen la promesa de mejorar el control de la sífilis (17).

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente mujer de 20 años de edad, natural de Puno, Sin antecedentes patológicos de importancia, con inicio de relaciones sexuales a los 18 años, con pareja varón de 20 años de edad, siendo su primera y única pareja sexual hasta la actualidad, desconoce si pareja padecía alguna enfermedad.

Refiere tiempo de enfermedad 63 días, con inicio insidioso y curso progresivo, con presencia de sensación de alza térmica no cuantificada, intermitente a predominio nocturno, por lo que acude a botica y le indican paracetamol remitiendo sensación de alza termina parcialmente, 42 días antes a su ingreso presenta lesiones dérmicas pápulo-nodulares en todo el cuerpo a predominio de cara, pirámide nasal, palmas y plantas de los pies, muy pruriginosas, no dolorosas (Foto 1), 7 días antes a su ingreso presenta aumento de tamaño de las lesiones pápulo-nodulares de secreción fétida y purulenta asociado a exacerbación de alza térmica permanente, además refiere pérdida de peso de 10 kilos durante estas 9 semanas por lo cual es trasladarla por sus familiares desde Yunguyo hasta el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.



EXPLORACIÓN FÍSICA

PA: 90/60, FC: 98 Ltx°, FR: 18 rpm, T: 38.8°C, SatO2: 98, FIO2: 21% MEG, REN, REH, piel caliente con lesiones pápulo-nodulares, eritematoso, induradas, ulceradas, costrosas, con secreción purulenta y fétida distribuidas en rostro, tórax, abdomen, miembros superiores, miembros inferiores, palmas y plantas, se palpa adenopatías en región cervical derecha, axilar e inguinal de 01 cm de diámetro aproximadamente, consistencia dura, no dolorosa, adheridos a planos profundos, conjuntivas palpebrales con eritema y edema conjuntival, mucosas orales eritematosas, húmedas, sin lesiones, TCSC conservado, Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, CV: RC rítmicos

taquicárdicos, no soplos, abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, GU: no globo vesical, PRU (-) PPL (-), Neurológico: lucida Glasgow 15/15 no signos meníngeos ni de focalización. MMII simétrico, no edemas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al ingreso se solicitó Hemograma; Leucocitos: 5050 (A: 00; S:51; E: 02; B: 00; M:04; L: 43), Hb: 12.4; plaquetas: 245000, Glucosa: 107; creatina: 0.9. TGO: 100; TGP: 138; FAL: 424; BT: 0.55; BD: 0.26; BI: 0.29; PT: 7.55; ALB: 3.28; GLO: 4.27; VSG: 67; Prueba de 4ta generación HIV: Reactivo, RPR: reactivo 1/256, VDRL: 1/256, HBs Ag: No reactivo; Anti HBc: No reactivo, Hepatitis C: No reactivo.

La ecografía de partes blandas de región axilar con ganglios con cortical engrosada en axilas, derecha el de mayor tamaño 10,8 x 6,7 mm con cortical de 3,3 mm, izquierda el de mayor tamaño 19,6 x 9,7 mm con cortical de 4 mm; región cervical con ganglio con cortical engrosada en región cervical siendo el mayor de 26,8 x 12 mm con cortical de 6,4 mm y región inguinal con ganglios en región inguinal siendo el de mayor tamaño derecho de 9,3 x 4,6 mm con cortical de 3,9 mm y en el lado izquierdo el de mayor tamaño de 9,7 x 4,7 mm con cortical de 2,6 mm.

Llega resultado de cultivos secreción de herida de piel y cultivo de secreción nasal con resultado *Staphylococcus Aureus* y cultivo de secreción ocular con resultado *Klebsiella Pneumoniae*.

Los resultados de Carga viral VIH: 626000 cp./ml y CD4: 347 el examen PTHA SIFILIS con resultado Reactivo, confirmando el diagnóstico de sífilis y el informe de anatomía patológica de la biopsia de piel: con resultado de epitelio escamoso hiperplásico, reactivo, en el estroma superficial y profundo se evidencia inflamación crónica (linfocitario) perivascular con tendencia granulomatosa sin ver áreas caseificantes, el día 03/09/2024 llega resultados de IGG CMV resultado positivo e IGM CMV resultado positivo.

Paciente inicia tratamiento con Penicilina G sódica 4 000000 U/I c/4 h EV, para la infección sifilítica, con evolución clínica favorable con disminución y eliminación de las lesiones cutáneas; posteriormente se inició tratamiento antirretroviral (TAR) con tenofovir, lamivudina y dolutegravir (T/L/D) (300/300/50)mg para la infección por VIH, último control de carga viral en menos de 51 copias/ml y recuento de CD4 en 689 células/ul; paciente fue dada de alta con evolución favorable.

DIAGNÓSTICO

Sífilis maligna tratada en coinfección con B24x con TARV.

DISCUSIÓN

La sífilis maligna representa una forma inusual de sífilis secundaria, y es más común en aquellos con un sistema inmunológico comprometido. La presencia simultánea de sífilis y el VIH ocasiona un aumento más significativo en la carga viral del VIH, y junto a la reducción de los linfocitos T CD4+, se incrementa el riesgo de desarrollar sífilis maligna. Actualmente, este tipo inusual compromete el 7 % de todas las detecciones de sífilis secundaria en pacientes con inmunosupresión, a menudo manifestándose como el primer síntoma clínico de una infección por VIH, similar a lo que se observó en nuestro caso. La manifestación cutánea que se reporta con mayor frecuencia en el contexto de la sífilis maligna es la aparición de lesiones ulcero-nodulares con costra en el centro. Estas se presentan en el torso y también en las extremidades superiores e inferiores de nuestro paciente. Nuestro caso clínico incorpora las principales características identificadas en la literatura sobre esta variante de sífilis secundaria, subrayando la relevancia de la detección de otras infecciones de transmisión sexual debido a su modo de transmisión, así como la esencial evaluación para la infección por VIH.

CONCLUSIONES

La sífilis maligna representa un fenómeno clínico raro, aunque significativo, que demanda un diagnóstico y tratamiento rápido para evitar complicaciones severas. Este caso subraya la relevancia de incluir la sífilis en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas ulcerativas extendidas, sobre todo en individuos con antecedentes de riesgo para infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganesan A, Fieberg A, Agan BK, Lalani T, Landrum ML, Wortmann G, Crum-Cianflone NF, Lifson AR, Macalino G; Infectious Disease Clinical Research Program HIV Working Group. Results of a 25-year longitudinal analysis of the serologic incidence of syphilis in a cohort of HIV-infected patients with unrestricted access to care. *Sex Transm Dis.* 2012 Jun;39(6):440-8. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318249d90f. PMID: 22592829; PMCID: PMC3846570.
2. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 1992 Mar-Apr;19(2):61-77. PMID: 1595015.
3. Røttingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? *Sex Transm Dis.* 2001 Oct;28(10):579-97. doi: 10.1097/00007435-200110000-00005. PMID: 11689757.

4. Buchacz K, Klausner JD, Kerndt PR, Shouse RL, Onorato I, McElroy PD, Schwendemann J, Tambe PB, Allen M, Coye F, Kent CK, Park MN, Hawkins K, Samoff E, Brooks JT. HIV incidence among men diagnosed with early syphilis in Atlanta, San Francisco, and Los Angeles, 2004 to 2005. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Feb 1;47(2):234-40. PMID: 18340654.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of syphilis among men who have sex with men--Southern California, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001 Feb 23;50(7):117-20. PMID: 11393490.
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Vigilancia de infecciones de transmisión sexual, 2022. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/overview.htm> (Consultado el 21 de mayo de 2024).
7. Petrozzi JW, Lockshin NA, Berger BJ. Malignant syphilis. Severe variant of secondary syphilis. *Arch Dermatol*. 1974 Mar;109(3):387-9. doi: 10.1001/archderm.109.3.387. PMID: 4592567.
8. Schöfer H, Imhof M, Thoma-Greber E, Brockmeyer NH, Hartmann M, Gerken G, Pees HW, Rasokat H, Hartmann H, Sadri I, Emminger C, Stellbrink HJ, Baumgarten R, Plettenberg A. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. The German AIDS Study Group (GASG). *Genitourin Med*. 1996 Jun;72(3):176-81. doi: 10.1136/sti.72.3.176. PMID: 8707318; PMCID: PMC1195645.
9. Sands M, Markus A. Lues maligna, or ulceronodular syphilis, in a man infected with human immunodeficiency virus: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1995 Feb;20(2):387-90. doi: 10.1093/clinids/20.2.387. PMID: 7742445.
10. Yanagisawa N, Imamura A. HIV-positive man with ulceronecrotic skin lesions. *Clin Infect Dis*. 2008 Oct 15;47(8):1068-9. doi: 10.1086/592069. PMID: 18800931.
11. Tucker JD, Shah S, Jarell AD, Tsai KY, Zembowicz A, Kroshinsky D. Lues maligna in early HIV infection case report and review of the literature. *Sex Transm Dis*. 2009 Aug;36(8):512-4. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181a2a946. PMID: 19455078.
12. D'Amico R, Zalusky R. A case of lues maligna in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Scand J Infect Dis*. 2005;37(9):697-700. doi: 10.1080/00365540510034464. PMID: 16126575.
13. Singh, A.E., & Romanowski, B. (1999). Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clinical Microbiology Reviews*, 12(2), 187-209.
14. Kent, M. E., & Romanelli, F. (2008). Reexamining syphilis: An update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Annals of Pharmacotherapy*, 42(2), 226-236.
15. Clement, M. E., Okeke, N. L., & Hicks, C. B. (2014). Treatment of syphilis: A systematic review. *JAMA*, 312(18), 1905-1917.
16. Murphy, E. L., & DeVita, V. T. (1997). Malignant syphilis revisited: An increasing entity among immunocompromised patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 37(5 Pt 2), 816-820.
17. Hook, E. W., & Peeling, R. W. (2004). Syphilis control — a continuing challenge. *New England Journal of Medicine*, 351(2), 122-124.
18. Workowski, K. A., & Bolan, G. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, CDC.

Financiamiento Autofinanciado
Conflictos de interés Ninguno

Rodolfo Chite Huachani
<https://orcid.org/0009-0006-6863-2479>
Raul Darío Gomez Ortiz
<https://orcid.org/0000-0002-3610-4261>

Fecha De Recepción: 01-10-2025
Arbitrado Por Pares
Fecha De Aprobación: 01-12-2025
Fecha De Publicación: 29-12-2025