

Sífilis nodular diseminada con fenómeno de prozona asociada a VIH/sida

Nodular syphilis spread associated with HIV/AIDS prozone phenomenon

Claudia Béjar,¹ Gladys Vidarte,² Cesar Chian,³ Jorge Valencia⁴ y Carlos Torres-Cabala⁵

RESUMEN

Los cuadros de sífilis nodular diseminada que se presentan como un pseudolinfoma son muy raros, se ha descrito hasta la actualidad 11 casos publicados. La coinfección con el VIH puede alterar los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas, lo que resulta en hallazgos falsos negativos y falsos positivos. Se estima que la coinfección sífilis y VIH está en aumento, por lo que se necesita un diagnóstico acertado para evitar las graves consecuencias de un diagnóstico tardío. Presentamos un caso de sífilis nodular que se presentó como un pseudolinfoma en un paciente con infección por VIH/sida que inicialmente mostró serología para sífilis negativa atribuida al fenómeno de prozona.

PALABRAS CLAVE. Sífilis, sida, fenómeno prozona

ABSTRACT

Disseminated nodular syphilis boxes presenting as a pseudolymphoma nodular are very rare, to date only 11 reported cases has been described. Co-infection with HIV may alter the results of the tests nontreponemal and treponemal not, resulting in false negative. It is estimated that co-infection HIV and syphilis is on the rise, so a correct diagnosis is needed to prevent the serious consequences of a late diagnosis. We present a case of nodular syphilis which was presented as a pseudolymphoma in a patient with HIV/AIDS infection that initially showed a serology for syphilis negative attributed to the prozone phenomenon.

KEYWORDS. syphilis, AIDS, prozone phenomenon

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 27 años procedente de Lima, homosexual, es evaluado por presentar una erupción papulonodular ligeramente pruriginosa de un mes de evolución, las lesiones eran extensas pero con cierta preferencia sobre el rostro y tronco. El diagnóstico inicial realizado por un médico general fue de varicela. Las lesiones persistieron en el tiempo e incluso aumentaron de tamaño. Además se asocian astenia y pérdida de peso de aproximadamente 8 kg en los últimos tres meses.

Examen físico

Al examen se evidencia múltiples nódulos eritematosos con centro ligeramente deprimido y costroso distribuidos en rostro, cuello, antebrazos y tórax. (Figura 1) No se observan lesiones en palmas de manos, ni en plantas, las mucosas estaban indemnes de lesiones. No se encontraron adenomegalias ni organomegalias.

Exámenes auxiliares

La serología y la prueba confirmatoria para VIH fueron positivas. El hemograma mostró 3 700 leucocitos/mm³

1 Médico residente de Dermatología,
2 Médico asistente del Servicio de Dermatología Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)
3 Médico patólogo HNAL y SUA Dermatopatología UPCH.
4 Infectólogo Asistente HNAL.
5 Servicio de Patología, Sección Dermatopatología, MD Anderson Center, Texas, EE UU.



Figura 1. Lesiones papulonodulares eritematosas con centro umbilicado y costroso.

(eosinófilos, 10%; abastionados, 7%; segmentados, 49%; monocitos, 3%; linfocitos, 31%). VSG, 59 mm/h. VDRL negativo.

La biopsia de piel evidenció una lesión elevada, bien circunscrita, con una epidermis sin alteraciones significativas y un denso infiltrado inflamatorio de tendencia foliculocéntrica constituido por linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, escasas células gigantes multinucleadas y cúmulos de histiocitos epitelioides con tendencia a la formación de granulomas (Figura 2)

Meses después el paciente presenta pérdida progresiva de la visión, es evaluado por oftalmología y diagnosticado de uveítis severa en ambos ojos, catarata secundaria y daño retinal severo.

Algunas lesiones persistían, otras habían involucionado a cicatrices atróficas y algunas a máculas hiperpigmentadas (Figura 3).

Se toma una nueva biopsia de piel, en la que se observa atrofia epidérmica.

Se solicita otro VDRL. El resultado fue positivo a 16 diluciones y la prueba FTA Abs, positiva 2+. En la inmunohistoquímica para sífilis sobre la biopsia inicial (Figura 4), se observa una gran cantidad de bacilos distribuidos en la epidermis y en los folículos pilosos.

Figura 2. A) Lesión nodular circunscrita de tendencia foliculocéntrica; B) Cúmulos de macrófagos epitelioides con células gigantes multinucleadas; C) Infiltrado inflamatorio mixto constituido por linfocitos, células plasmáticas y macrófagos.

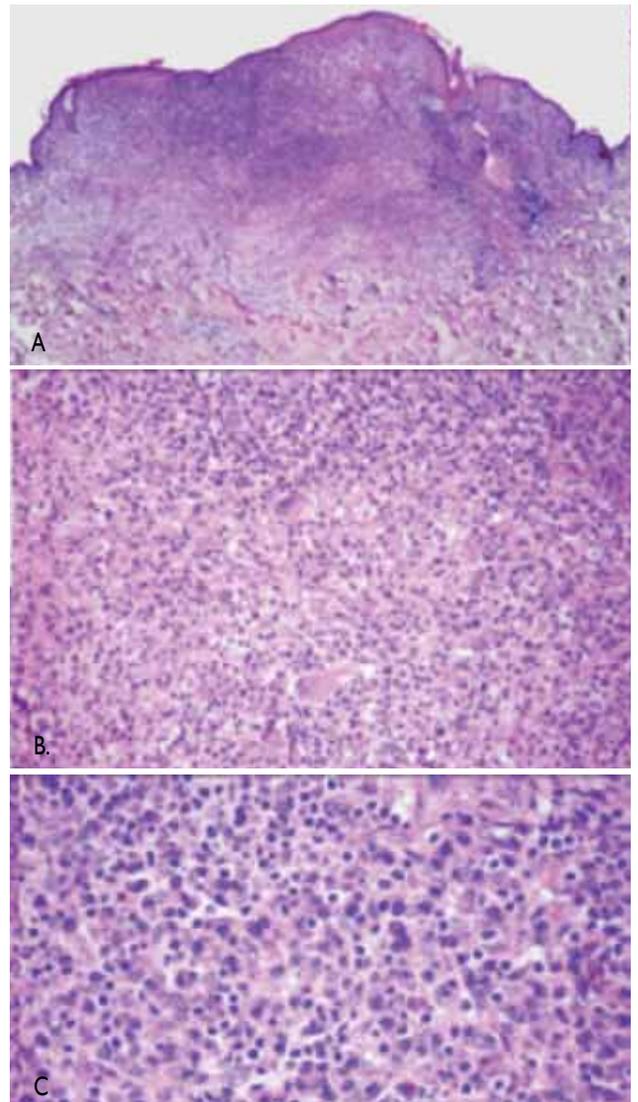




Figura 3. Después de un año, las lesiones han remitido parcialmente, quedan máculas hiperpigmentadas y cicatrices atróficas.

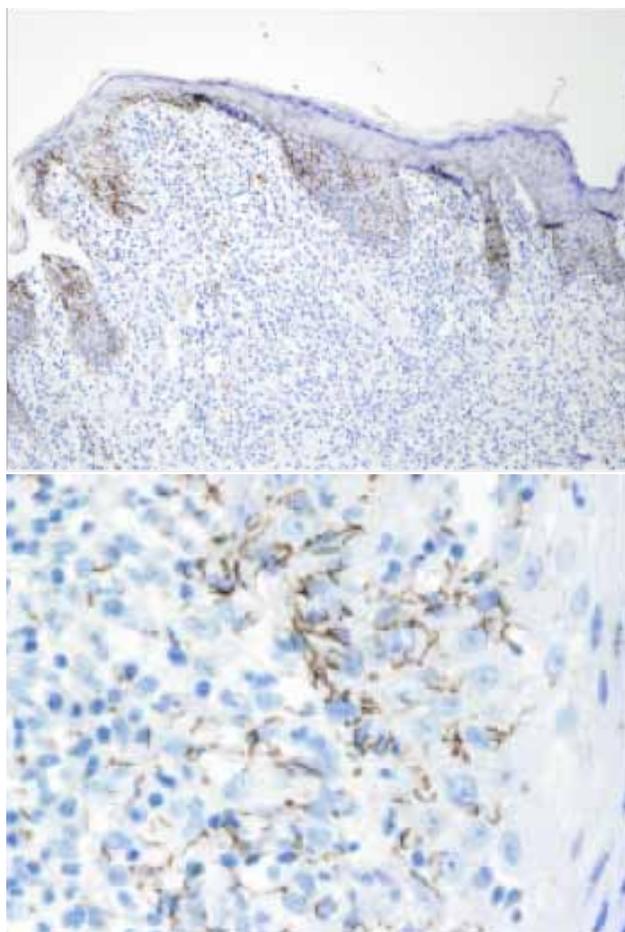


Figura 4. Inmunohistoquímica con anticuerpo contra *Treponema pallidum*. Se observa una concentración de espiroquetas en el estrato basal de la epidermis y de los folículos pilosos.

Tratamiento

Se inició tratamiento con penicilina benzatínica, con buenos resultados.

DISCUSIÓN

Inicialmente el diagnóstico fue el de un pseudolinfoma cuya causa fue atribuida a la aparente infección por varicela zóster que el paciente nos refería como diagnóstico previamente a acudir a nosotros, se hizo una revisión de la literatura y encontramos dentro de las variadas causas de pseudolinfoma infecciones por virus, entre ellos los herpes simple tipos 1 y 2, varicela zóster y herpes zóster, que en algunos casos pueden presentarse con infiltrados linfoides densos y atípicos.³ Por este motivo, se decide mantener al paciente en observación.

Los cuadros de sífilis nodular que se presentan como pseudolinfoma han sido descritos raramente en la literatura. La mayoría se han presentado como nódulos eritematovioláceos disseminados, en solo dos se ha descrito falta de compromiso en palmas y plantas y en la mayoría se observó adenomegalias.^{1,2} En este paciente, la pápulas, las placas y los nódulos presentes a predominio del tronco respetaban las palmas, las plantas y las mucosas, áreas que usualmente son comprometidas en la sífilis secundaria. Aunque inicialmente la sífilis fue incluida dentro del diagnóstico diferencial, en el presente caso el primer resultado de serología negativa hizo buscar otras causas.

La coinfección con el VIH puede alterar los resultados de las pruebas treponémicas y no treponémicas, lo que

resulta en hallazgos falsos negativos y falsos positivos. Los resultados falsos positivos podrían resultar de la activación policlonal de células B en el escenario de una reciente infección por VIH. Los falsos negativos se pueden atribuir al fenómeno de prozona que es resultado del exceso de anticuerpos los cuales interfieren con la formación del complejo antígeno anticuerpo necesario para visualizar la floculación positiva en el test.⁴ Este fenómeno es visto en casos de sífilis secundaria con títulos de anticuerpos desproporcionadamente altos o en casos con coinfección con VIH.^{4,5,8}

Varios reportes de casos han sido descritos en pacientes con VIH y diagnóstico de sífilis secundaria seronegativa en base a la detección de *Treponema pallidum* en las biopsias por microscopía electrónica o coloración de Warthin-Starry.^{6,7,8}

McComb y col.¹ describen un caso de pseudolinfoma igualmente confuso y de difícil diagnóstico, tanto clínico como histológico, causado por sífilis nodular en un varón en el que el diagnóstico inicial fue de linfoma cutáneo, por encontrar un denso infiltrado en cuña, que contenía muchos linfocitos de mediano tamaño, células plasmáticas y eosinófilos, linfocitos alineados en la unión dermoepidérmica con epidermotropismo y foliculotropismo. Los estudios de marcación celular revelaron igual proporción de células T y B. Este paciente presentó además serología positiva para *Borrelia burgdorferi*, como una reacción cruzada producida por la sífilis.

En agosto de 2008, Battistella² reporta un caso de sífilis nodular sin compromiso de palmas, plantas ni mucosas con una prueba inicial falsa negativa que luego de varias diluciones mostró un título de 1:64. El examen histológico mostró un denso infiltrado polimórfico en la dermis y alrededor de los vasos compuesto por células plasmáticas, histiocitos y eosinófilos. Luego de cuatro meses de tratamiento, las lesiones fueron desapareciendo y dejaron como secuela máculas hiperpigmentadas. Se ha postulado que los cuadros de sífilis nodular representan una reacción de hipersensibilidad a la infección por *T. pallidum*, o podrían tratarse de una transición a sífilis terciaria.⁹

Este caso enfatiza la importancia de recordar una vez más que la sífilis es la gran simuladora, no es inusual su coexistencia con la infección por VIH, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de erupciones papulonodulares y es muy importante hacer los esfuerzos para excluir el fenómeno de prozona.

Además permite mostrar la utilidad de la técnica de inmunohistoquímica para *T. pallidum* como herramienta diagnóstica en casos de diagnóstico difícil como este.

Con los hallazgos y la evolución del paciente, se concluye que el diagnóstico fue sífilis secundaria multinodular diseminada, con una prueba inicial para sífilis falsa negativa (fenómeno de prozona).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McComb M, Telang G, Vonderheid E. Secondary syphilis presenting as pseudolymphoma of the skin. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: S174-6.
2. Battistella M, Le Cleach L, Lacert A and Perrin P. Extensive Nodular Secondary Syphilis with Prozone Phenomenon. *Arch Dermatol* 2008; 144(8): 1078-1079
3. Leinweber, Bernd MD; Kerl, Helmut MD; Cerroni, Lorenzo MD. Histopathologic Features of Cutaneous Herpes Virus Infections (Herpes Simplex, Herpes Varicella/Zoster): A Broad Spectrum of Presentations with Common Pseudolymphomatous Aspects. *Am J Surg Pathol* 2006; 30(1): 50-58.
4. Smith G, Holman RP. The prozone phenomenon with syphilis and HIV-1 coinfection. *South Med J*. 2004; 97(4): 327-328.
5. Jurado RL, Campbell J, Martin PD. Prozone phenomenon in secondary syphilis: has its time arrived? *Arch Intern Med*. 1993; 153:2496-2498
6. Tikjob G, Russel M, Petersen CS, Gerstoft J, Kobayasi T. Seronegative secondary syphilis in a patient with AIDS: identification of *Treponema pallidum* in a biopsy specimen. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 506-508.
7. Hicks CB, Benson PM, Lupton GP, Tramont EC. Seronegative secondary syphilis in a patient infected with human immunodeficiency virus (HIV) with Kaposi's sarcoma: a diagnostic dilemma. *Ann Intern Med*. 1987; 107: 492-495.
8. Kingston A, Vujevich J, Shapiro M, Chad M. Seronegative Secondary Syphilis in 2 Patients Coinfected With Human Immunodeficiency Virus. *Arch Dermatol* 2005; 141, 431-433.
9. Sapa S, Weatherhead L. Extensive nodular secondary syphilis. *Arch Dermatol* 1989; 125(12): 1666-1669

Correspondencia: Dra. Claudia Béjar
claudiabejar@yahoo.com

Fecha de recepción: 20 de junio de 2012

Fecha de aceptación: 27 de junio de 2012