






## Sífilis maligna y diagnóstico oculto de infección por VIH

Manuel Sánchez-Robledo<sup>1</sup> , Nahum Jacobo Torres-Yebes<sup>1</sup> , Erika Esperanza Lozano-Rincón , José Ángel Pestaña-Santiago<sup>1</sup> ,  
Luis Cabeza-Osorio<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Henares, Madrid, España

Recibido: 30/08/2023

Aceptado: 17/10/2023

En línea: 31/12/2023

**Citar como:** Sánchez-Robledo M, Torres-Yebes NJ, Lozano-Rincón EE, Pestaña-Santiago JA, Cabeza-Osorio L. Sífilis maligna y diagnóstico oculto de infección por VIH. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (diciembre); 8(3): 126-128. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n3a6>.

**Cite this as:** Sánchez-Robledo M, Torres-Yebes NJ, Lozano-Rincón EE, Pestaña-Santiago JA, Cabeza-Osorio L. *Malignant syphilis and hidden diagnosis of HIV infection*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (December); 8(3): 126-128. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n3a6>.

**Autor para correspondencia:** Manuel Sánchez-Robledo. [msanchezrobledo@salud.madrid.org](mailto:msanchezrobledo@salud.madrid.org)

### Palabras clave

- ▷ Sífilis maligna
- ▷ VIH
- ▷ RPR
- ▷ *Treponema pallidum*

### Keywords

- ▷ *Malignant syphilis*
- ▷ HIV
- ▷ RPR
- ▷ *Treponema pallidum*

### Resumen

La sífilis maligna es una manifestación agresiva y atípica de la sífilis secundaria. Se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares y ulcerativas, siendo su incidencia más elevada en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El diagnóstico es clínico, apoyándose en resultados serológicos e histopatológicos. Se presenta el caso de un paciente de 51 años con manifestaciones cutáneas de sífilis maligna e infección por VIH no conocida, con respuesta clínica favorable tras iniciar tratamiento antibiótico parenteral y control adecuado de carga viral (CV) con antirretrovirales.

### Abstract

*Malignant syphilis is considered to be an atypical manifestation of secondary syphilis. It is characterised by a predominance of nodular-ulcerative lesions, with a higher incidence in patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection. The diagnosis is clinical, based on serological and histopathological results. We present the case of a 51-year-old patient with malignant syphilis skin lesions and unknown HIV infection, with a favorable clinical response after starting parenteral antibiotic treatment and adequate viral load control with antiretrovirals.*

### Puntos destacados

- ▷ La sífilis maligna debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas ulcerativas y síntomas generales (fiebre, astenia y síndrome constitucional).
- ▷ La sospecha de sífilis maligna debe obligar siempre al despistaje de infección por VIH oculta dada la alta incidencia de esta asociación.

## Introducción

La sífilis maligna (lúes maligna o rupioide) es una presentación poco frecuente de sífilis secundaria<sup>1,2</sup>, caracterizada por manifestaciones cutáneas graves, en diferentes estadios evolutivos incluyendo lesiones ulcerativas y necróticas. Inicialmente, se plantearon controversias conceptuales entre una variante grave del secundarismo luético y la fase temprana de sífilis terciaria, hasta que en 1896 se clasificó como una forma aguda y agresiva de sífilis secundaria<sup>1,2</sup>.

Predomina en varones y su incidencia es 60 veces mayor en pacientes con infección por VIH<sup>3,4</sup> debido al compromiso inmunológico propio de estos pacientes, lo que conduciría a una mayor acción de los linfocitos T CD8 y los neutrófilos a nivel cutáneo. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, la cifra de linfocitos T CD4+ es superior a 200 CD4/mm<sup>3</sup> por lo que no indicaría una inmunosupresión grave.

El diagnóstico de esta entidad se basa en una serie de criterios clásicos bien conocidos<sup>5</sup>: lesiones cutáneas macro y microscópicamente compatibles, títulos elevados de anticuerpos reagínicos, reacción de Jarisch-Herxheimer (RJH) al iniciar el tratamiento antibiótico y respuesta clínica apropiada al tratamiento.

Aunque se trate de una manifestación atípica de una fase secundaria, no existen recomendaciones específicas acerca del tratamiento, y el régimen más utilizado es el del tratamiento de sífilis latente tardía<sup>6</sup>, administrándose mediante inyección intramuscular penicilina G benzatínica 2.400.000 UI/semana durante 3 semanas.

A pesar de la severidad de esta clínica cutánea, el pronóstico generalmente es favorable.

## Caso clínico

### Antecedentes y enfermedad actual

Varón de 51 años, fumador de 20 cigarrillos/día, con prácticas sexuales de riesgo ocasionales (relaciones insertivas desprotegidas con colectivos con alta incidencia para infección por VIH) y sin otros antecedentes médicos relevantes. Derivado a consulta de Medicina Interna desde su centro de salud para estu-

dio de lesiones cutáneas dolorosas de 10 días de evolución junto a febrícula mantenida. El paciente en la anamnesis refería episodio marcado de astenia y cuadro catarral larvado ocurrido dos meses antes, coincidiendo con última relación sexual desprotegida, en contexto de sexo grupal y consumo de drogas. Negó aparición de lesiones ulcerativas de localización genital o extragenital (boca, ano) semanas previas a nuestra valoración sugerentes de chancro primario.

### Exploración física

A la exploración física se apreciaron múltiples lesiones generalizadas pustulosas, nodulares y ulcerativas, no pruriginosas, de predominio en región facial, torso, genitales y cuatro extremidades con afectación plantar de ambos pies (figura 1A-B-C-D). A su vez, presentaba blefaritis derecha en relación con lesión de similares características en párpado superior ipsilateral, sin afectación de campo visual. Destacaba la presencia de adenopatías inguinales bilaterales, sin otras cadenas linfáticas afectadas.

### Pruebas complementarias

Una vez objetivadas las lesiones, se decidió realizar biopsia cutánea de una de ellas localizada en la región posterior del cuello. Se objetivó la existencia de un infiltrado inflamatorio constituido por histiocitos, linfocitos de diferentes tamaños y células plasmáticas, y se realizó estudio inmunohistoquímico en el que se identificaron numerosos bacilos espiralados con anticuerpos frente a *Treponema*, resultando características histológicas muy sugestivas de sífilis maligna.

Se solicitaron serologías luéticas confirmando la sospecha clínica y anatomopatológica, con prueba rápida de reaginas plasmáticas (RPR) a título 1/16 y anticuerpos anti-*Treponema pallidum* IgG positivo.

De forma paralela se solicitaron anticuerpos anti-VIH resultando positivos, con una CV de 168.776 copias/mL y linfocitos T CD4 546/mm<sup>3</sup>. Una vez confirmado este nuevo diagnóstico por VIH se realizaron pruebas complementarias recomendadas por guías de práctica clínica<sup>7</sup>, descartándose infección tuberculosa



Figura 1. A. Lesiones en miembro inferior derecho. B. Lesiones en tronco. C. Lesiones faciales. D. Lesión en miembro superior derecho.

latente mediante prueba de tuberculina o derivado proteico purificado (PPD), despistaje de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) mediante exudado uretral, y otras serologías (VHA, VHB, VHC, toxoplasma, etc.).

## Evolución

Una vez se obtuvieron los resultados de las serologías se inició tratamiento con inyección intramuscular de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI/semana durante 3 semanas para la infección sifilítica, y simultáneamente se inició tratamiento antiretroviral (TAR) con bictegravir, tenofovir alafenamida y emtricitabina (BIC/TAF/FTC) para la infección por VIH.

Tras pocas horas del inicio de tratamiento antibiótico el paciente describió cuadro autolimitado de menos de 12 horas de evolución definido por sensación distérmica, palpitaciones y artromialgias generalizadas.

En la revisión en consulta, seis semanas después del inicio del tratamiento, la evolución clínica fue muy favorable con desaparición de la práctica totalidad de las lesiones y otras en fase costrosa, permaneciendo afebril y con una respuesta excelente a TAR, descendiendo la CV hasta 64 copias/mL.

## Diagnóstico

Sífilis maligna y diagnóstico de infección por VIH.

## Discusión y conclusiones

La sífilis maligna es una presentación atípica de sífilis secundaria siendo más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. La coinfección por sífilis y VIH provoca un mayor aumento de la CV del VIH, que junto a la disminución de linfocitos T CD4+, aumenta el riesgo de sífilis maligna<sup>6</sup>. En la actualidad, esta manifestación atípica supone el 7% de todos los diagnósticos de sífilis secundaria en pacientes inmunocomprometidos<sup>6</sup>, siendo con frecuencia la primera manifestación clínica de infección por VIH al igual que lo ocurrido en nuestro caso.

La manifestación cutánea descrita más frecuentemente en contexto de sífilis maligna es la aparición de lesiones ulceronodulares con costra central. Estas se objetivan tanto en tronco, como en las extremidades superiores e inferiores de nuestro paciente. En este tipo de presentación tan agresiva, se recomienda la realización de biopsia cutánea para excluir otras posibles entidades a la hora de un diagnóstico diferencial; afectación cutánea por otros agentes infecciosos (micosis graves, leishmaniasis, tuberculosis), origen proliferativo (linfomas cutáneos de células T), síndrome de Reiter, vasculitis, etc

Las últimas guías publicadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU en 2021<sup>8</sup> no definen pautas específicas para el tratamiento de la sífilis maligna, por lo que se lleva a cabo el mismo esquema que para la sífilis latente tardía, inyección intramuscular de bencilpenicilina 2.400.000 UI/semana durante 3 semanas. En nuestro paciente, se produjo a las pocas horas de administrar el tratamiento antibiótico un cuadro autolimitado de artromialgias, fiebre y rash cutáneo no pruriginoso, que cedió con antitér-

micos sin mayor repercusión, probable reacción de Jarisch-Herxheimer (RJH), apoyando el diagnóstico de sífilis maligna<sup>5</sup>.

Nuestro caso clínico reúne las principales características descritas en la literatura de esta variante de sífilis secundaria, destacando la importancia de asociar el despistaje de otras ITS dada la vía de contagio de esta, y el cribado fundamental de infección por VIH.

## Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Alves J, António AM, Matos D, Coelho R, Cachão P. Malignant lues in an immunocompetent patient. *International Journal of STD & AIDS*. 2014 (julio); 23(7): 518-520 <https://doi.org/10.1177/0956462414544162> (último acceso oct. 2023).
2. Cabral-Passoni LF, de Menezes JA, Rocha-Ribeiro S, Coutinho-O-Sampaio E. Lues maligna in an HIV-infected patient. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2005 (marzo); 38(2): 181-184 <https://doi.org/10.1590/S0037-86822005000200011> (último acceso oct. 2023).
3. Romero-Jiménez MJ, Suárez-Lozano I, Fajardo-Picó JM, Barón-Franco B. Sífilis maligna en el paciente infectado por el virus. *Anales de Medicina Interna*. 2003; 20(7): 373-376 <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n7/notacli5.pdf> (último acceso oct. 2023).
4. Schöfer H, Imhof M, Thoma-Greber E, Brockmeyer NH, Hartmann M, Gerken G, et al. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. The German AIDS Study Group (GASG). *Genitourinary medicine*. 1996 (junio); 72(3): 176-181 <https://doi.org/10.1136/sti.72.3.176> (último acceso oct. 2023).
5. Fisher DA, Chang LW, Tuffanelli DL. Lues maligna. Presentation of a case and a review of the literature. *Arch Dermatol*. 1969 (enero); 99(1): 70-73 <https://doi.org/10.1001/archderm.99.1.70> (último acceso oct. 2023).
6. Wibisono O, Idrus I, Djawad K. Malignant syphilis: A systematic review of the case reports published in 2014-2018. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2021 (septiembre); 112(8): 725-734 <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.011> (último acceso oct. 2023).
7. GeSIDA. Documento de consenso de GeSIDA / División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización enero 2023; [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia\\_TAR\\_V12.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia_TAR_V12.pdf) (último acceso oct. 2023).
8. Workowski K, Bachmann L, Chan P, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 (julio); 70(4): 1-187 <https://doi.org/10.15585/mmwr.r7004a1> (último acceso oct. 2023).