

Dermatitis Seborreica como Manifestación Cutánea de Sífilis Primaria en Paciente con SIDA

*Fernando Carrera, Patricia Pérez, Tibusay Artigas, Jeanninne Rodríguez,
Abril Sarmiento, Jose Barbar, Neidymar Tejera, Diegi Terraza, Alonso Salazar,
Sabrina Maldera, Sonia de Abreu, Igor Hernández*

Resumen

Existe una asociación epidemiológica entre sífilis e infección por VIH; las úlceras genitales favorecen la transmisión de *Treponema pallidum* y éste a su vez, la transmisión del VIH. La dermatitis seborreica (DS) se presenta en 2 a 4% de la población general; sin embargo, en los pacientes con infección por VIH/SIDA y SIFILIS es significativamente mayor, llegando a 85% en algunas series. Se presenta el caso de un paciente masculino de 22 años de edad, natural y procedente del Distrito Capital, Venezuela, sin otras patologías conocidas, quien acude a la emergencia por presentar periodos de heteroagresividad y desorientación témporo – espacial., El familiar refiere aparición de lesiones descamativas de fondo eritematoso en región facial desde hace 6 meses, no pruriginosas y a la exploración física se evidencia parafasia y pupila de Argyll- Robertson. Se reportan serologías Positivas para HIV por ELISA de 4ta Generación, VDRL Reactivo a 4 diluciones y FTA-ABS Reactivo, La punción Lumbar evidenció pleocitosis, hiperproteínorraquia, hipogluorraquia y VDRL REACTIVO. La biopsia cutánea con coloración argéntica de Fontana fué positiva para *Treponema pallidum*, con mejoría clínica significativa posterior al cumplimiento del esquema de Penicilina Cristalina. La dermatitis seborreica puede ser uno de los primeros indicadores de infección por VIH, por lo cual en

toda dermatitis seborreica atípica, extensa o que no responda a tratamiento debe solicitarse serología para VIH y VDRL.

Palabras clave: Dermatitis Seborreica; HIV; Sífilis.

Seborrheic Dermatitis as a Cutaneous Manifestation of Syphilis in Patient a with AIDS

*Fernando Carrera, Patricia Pérez, Tibusay Artigas,
Jeanninne Rodríguez, Abril Sarmiento, Jose Barbar,
Neidymar Tejera, Diegi Terraza, Alonso Salazar,
Sabrina Maldera, Sonia de Abreu, Igor Hernández*

Abstract

There is an epidemiological association between syphilis and HIV infection; genital ulcers facilitate the transmission of *Treponema pallidum* and this in turn, the transmission of HIV. Seborrheic dermatitis (SD) occurs in 2 to 4% of the general population; however, in patients with HIV / AIDS and SIFILIS infection it is significantly higher, reaching 85% in some series. We present the case of a male patient, of a 22 years-old, natural from the Caracas, Venezuela, without other known pathologies, who came to the emergency ward due to periods of aggressiveness and temporo - spatial disorientation. Desquamative lesions with an erythematous background in his face appeared 6 months earlier. The neurological examination shows paraphasia and Argyll-Robertson' pupil. Positive serologies for HIV by 4th Generation ELISA and VDRL reactive at 4 dilutions as well as positive FTA-ABS were reported, Lumbar tab evidenced pleocytosis, hyperproteinorrachia, hypogluorraquia and reagent VDRL. The skin biopsy

* Servicio de Medicina Interna I, Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

DERMATITIS SEBORREICA COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE SÍFILIS PRIMARIA EN PACIENTE CON SIDA

with Fontana silver coloration was positive for Treponema pallidum and he improved clinically after treatment with a Crystalline Penicillin scheme. Seborrheic dermatitis may be one of the first indicators of HIV infection, so in all atypical seborrheic dermatitis, extensive or unresponsive to treatment, serology for HIV and VDRL should be determined.

Key words: *Seborrheic Dermatitis; HIV; Syphilis.*

Introducción

La dermatitis seborreica (DS) se presenta en 2 a 4% de la población general; sin embargo, en los pacientes con infección por VIH y SÍFILIS es significativamente mayor, llegando a 85% en algunas series. Los individuos con VIH padecen variaciones en el curso de la lúes siendo la sífilis primaria infrecuente y siendo más frecuentes las lesiones de la fase secundaria. Así mismo, en estos pacientes se detectan serologías VDRL o FTAabs negativas. El número de pacientes con VIH/SIDA que desarrollará algún tipo de manifestación cutánea varía según la serie, pero fluctúa entre 40 y 95%. Actualmente, se sabe que las manifestaciones dermatológicas no ocurren, solamente, debido a la disminución en los linfocitos T CD4, sino también debido a un cambio en el perfil de citoquinas hacia un perfil predominantemente T *helper* 2 (Th2), mimetismo molecular y la sobre-expresión de superantígenos/xenobióticos. Las manifestaciones cutáneas de la infección por VIH/ SIDA pueden dividirse en no-infecciosas (inflamatorias, asociadas o no a la terapia anti-retroviral o neoplásicas) y en infecciosas.

Los pacientes infectados por VIH experimentan una disminución marcada en el número de células de Langerhans, LTCD4, células NK, macrófagos y monocitos; esto explicaría el mayor número de infecciones cutáneas debido a una disminución en los LTCD4 pero además se ha descrito una menor vigilancia por las células de Langerhans. El cambio en el perfil de citoquinas de T *helper* 1 (Th1) a Th2 puede explicar la aparición o exacerbación de enfermedades no infecciosas como la dermatitis atópica. También hay inversión de la relación

LTCD4/LTCD8 (valor normal > 1); activación policlonal de linfocitos B, con aumento en las gama-globulinas y producción de autoanticuerpos y fenómenos autoinmunes. Las concentraciones de algunas citoquinas como el IFN γ y el FNT α aumentan, mientras que las IL-1 y 2 disminuyen.

La aparición de esta dermatosis y su gravedad se relacionan al número de LTCD4 del paciente (4,7-42% en etapas iniciales y 26,783% en etapas más tardías/SIDA según la serie). Se han reportado formas diseminadas o eritodérmicas de Dermatitis Seborreica con compromiso de la región facial, esternón, dorso, axilas e inglés.

Existe una asociación epidemiológica entre sífilis e infección por VIH, las úlceras genitales favorecen la transmisión de *Treponema pallidum* y éste a su vez, la transmisión del VIH. Pese a que la incidencia de la sífilis iba en disminución, la llegada del VIH ha vuelto a aumentar las tasas de esta enfermedad. Son factores de riesgo para adquirir sífilis: ser homosexual, tener historia de una infección de transmisión sexual, tener múltiples parejas sexuales y participar en sexo anal-oral-genital sin protección.

Clínicamente se puede presentar de manera atípica como sífilis primaria con chancro más grave y doloroso, en localizaciones inusuales; como chancros múltiples en 25% de los pacientes, o incluso llegando a chancros agresivos con perforaciones de labios mayores o prepucio. Algunos autores han reportado una mayor demora en la curación del chancro; y las formas eritemato-escamosas como la Dermatitis Seborreica, generalmente en región facial en un 2,6 % de los pacientes, otras manifestaciones incluyen la alopecia en 3 a 7% de los pacientes.

El diagnóstico se realiza de la misma forma que en pacientes no infectados por VIH pero existen algunos reportes de casos con serologías aberrantes incluyendo la "sífilis seronegativa" (test no-treponémicos y treponémicos falsamente negativos). Muchos de estos falsos negativos pueden deberse a fenómenos de "prozona" causado por anticuerpos a títulos muy altos. Del mismo modo, 18% de los

pacientes con sífilis e infección por VIH, no normalizan sus títulos de tests no treponémicos al año de seguimiento pese a haber recibido tratamiento adecuado, generando casos de test no treponémicos falsamente positivos.

La reacción de Jarisch-Herxheimer ocurre con mayor frecuencia en pacientes con sífilis maligna y se discute si su incidencia está elevada per se en todos los pacientes con infección por VIH. La dermatitis seborreica puede ser uno de los primeros indicadores de infección por VIH, por lo cual en toda dermatitis seborreica atípica, extensa o que no responda a tratamiento debe solicitarse serología para VIH. Si la Dermatitis Seborreica es localizada puede utilizarse tratamiento tópico, al igual que en los individuos inmunocompetentes. En casos más intensos se requieren tratamientos con antifúngicos sistémicos e incluso fototerapia.

Caso clínico

Masculino de 32 años de edad, natural y procedente del Distrito Capital, Venezuela, sin comorbilidades conocidas, cuyo familiar refiere inicio de enfermedad actual aproximadamente 72 horas previo a su ingreso al presentar periodos de desorientación témporo – espacial; concomitantemente presenta agitación psicomotriz con agresividad y ulteriormente se anexan al cuadro clínico dos episodios febriles cuantificados en 39°C con disminución de la agudeza visual.

Hábitos Psicobiológicos: Homosexual, refiere 18 parejas sexuales, sin protección, Ocupación: Administrador de empresas.

Examen Funcional: Refiere pérdida de peso de 10 kg en 30 meses aproximadamente, cefalea holocraneana de leve a moderada intensidad y lesiones descamativas en región facial y cuero cabelludo desde hace 6 meses.

Examen Físico: TA: 128/76 mmHg, FC: 72 x', FR: 19 x', Pulso: 70 x', T: 38,6°C.

Piel: Deshidratada, turgor y elasticidad conservada, placas eritemato - escamosas, no pruriginosas en región facial y cuero cabelludo

Figura 1. Dermatitis Seborreica.



Examen Cardiopulmonar: Tórax simétrico, expansibilidad conservada, frémito vocal indemne, ruidos respiratorios conservados, sin agregados respiratorios, vibraciones vocales conservadas, Ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos ni galopes, ápex no visible, palpable en quinto espacio intercostal con línea media clavicular anterior izquierda, hipercinetico. Abdomen: Plano, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan visceromagalias.

Neurológico: Vigil, desorientado en tiempo y en espacio, fuerza muscular V/V distal y proximal, Reflejos Osteotendinosos: II/IV, sensibilidad conservada, se evidencia pupila de Argyll- Robertson

Figura 2. Pupila de Argyll- Robertson.



DERMATITIS SEBORREICA COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE SÍFILIS PRIMARIA EN PACIENTE CON SIDA

Tabla 1. Alteraciones paraclínicas

Hematología							
Hemoglobina	11,8	Leucocitos	2,7	Granulocitos	2,3	Monocitos	0,2
Hematocrito	35,9	Plaquetas	192	Eosinófilos	0,1	Linfocitos	0,2
VCM	78,7	HCM	29,9	VAN		HCMC	
Bioquímica Sanguínea							
Glicemia	112	BUN		14	Creatinina		0,6
SGOT	19	TGP		23	LDH		249
Bilirrubina T	0,7	Directa		0,6	Indirecta		0,1
Proteínas T	5,9	Albumina		3,4	Globulina		2,5
Serologías							
VIH	Reactivo	VDRL		Reactivo	FTA-abs		Positivo
Líquido Cefalorraquídeo							
Celularidad	587 Cel	Hematíes		4 Cel	PMN		98%
Gram	Negativo	Tinta China		Negativo	Ziel Nielsen		Negativo
VDRL	Reactivo	Proteínas		179	Glucosa		41

Durante la evolución clínica del paciente se solicitó evaluación por el servicio de dermatología quien realiza biopsia cutánea de región facial para cultivo hístico y anatomía patológica, se realiza coloración Argéntica de Fontana, positiva para *Treponema pallidum*, con mejoría clínica significativa posterior al cumplimiento del esquema de Penicilina Cristalina y asociándose al inicio de Antibioticoterapia con reacción de Jarisch-Herxheimer, observándose lesiones cutáneas tipo pápulas eritematosas en guantes no pruriginosas que no respetan las palmas.

Figura 3. Reacción de Jarisch –Herxheimer.



El *T. pallidum* es capaz de penetrar en el organismo a través de las membranas mucosas intactas

o a través de heridas en la piel; aproximadamente, un 30% de los compañeros sexuales de los pacientes infectados desarrollarán la sífilis⁽¹⁾. Algunos autores han reportado una mayor demora en la curación del chancro; y las Formas Eritemato-escamosas como a Dermatitis Seborreica generalmente en región facial en un 2,6 % de los pacientes, otras manifestaciones incluyen la alopecia en 3 a 7% de los pacientes. Considerándose, entonces al haberse observado por cultivo hístico de las lesiones faciales correspondiente a la Dermatitis seborreica.

La reacción de Jarisch-Herxheimer ocurre con mayor frecuencia en pacientes con sífilis secundaria y se discute si su incidencia está elevada per se en todos los pacientes con infección por VIH. Coincidiendo con el caso expuesto, al evidenciarse mialgias, cefalea, astenia y lesiones cutáneas tipo pápulas eritematosas, en guantes no pruriginosas que no respetan las palmas, como lo descrito en la reacción de Jarisch - Herxheimer posterior a la administración de Antibioticoterapia efectiva.

Clásicamente se ha descrito la pupila de Argyll-Robertson, como signo patognomónico de la Neurosífilis, aunque, actualmente se ha asociado a otras entidades patológicas, pero en nuestro caso sirvió de hallazgo clínico definitorio de la patología establecida en el paciente, concluyéndose con

la asociación de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y Neurosífilis cuya manifestación inicial fue la dermatitis seborreica atípica y extensa, por lo que debe considerarse el origen infeccioso de esta manifestación cutánea, como pesquisa habitual en los centros de salud.

Referencias

1. Larsen SA, Norris SJ, Pope V. Treponema and other host-associated spirochetes. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover FC, Yolken RH (eds). Manual of Clinical Microbiology (7ª ed). ASM Press, Washington DC, 1999
2. López-Hontangas, J. SÍFILIS: UNA REVISIÓN ACTUAL. Servicio de Microbiología. Hospital La Fe. Valencia., España, 2009.
3. Management of specific infections: Syphilis 2010. IUSTI. Disponible en: <http://www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm>
4. Morales-Múnera, c. Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico, Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espana, ACTAS DERMOSIFIOGRAFICAS, 2011.
5. Hernández C, Fúnez R, Repiso B, Frieyro M. Utilidad de la inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema en el diagnóstico de la sífilis. Actas Dermosifiliogr. 2013;104:926-8.
6. CDC guidelines Diseases characterized by genital, anal, or perianal ulcers. Sexually-transmitted Larsen SA, Norris SJ, Pope V. Treponema and other host-associated spirochetes. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Yolken RH (eds). Manual of Clinical Microbiology (7ª ed). ASM Press, Washington DC, 1999.
7. López-Hontangas, J. SÍFILIS: UNA REVISIÓN ACTUAL. Servicio de Microbiología. Hospital La Fe. Valencia., España, 2009.
8. Management of specific infections: Syphilis 2010. IUSTI. Disponible en: <http://www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm>.
9. Morales-Múnera, c. Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico, Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espana, ACTAS DERMOSIFIOGRAFICAS, 2011.
10. Hernández C, Fúnez R, Repiso B, Frieyro M. Utilidad de la inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema en el diagnóstico de la sífilis. Actas Dermosifiliogr. 2013;104:926-8.
11. CDC guidelines Diseases characterized by genital, anal, or perianal ulcers. Sexually-transmitted diseases. Treatment guidelines August 2006.
12. diseases. Treatment guidelines August 2006.