

Secundarismo sifilítico y el resultado del test de VIH no retirado por el mismo paciente, un problema de salud pública: A propósito de un caso

Baudo J*, Micinquevich S**, Distéfano C***, Casariego Z****

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual con mayor incidencia y prevalencia mundial desde la aparición de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida. La presentación de este caso clínico tiene por objeto 1- Describir las lesiones de un secundarismo sifilítico en una paciente adolescente con presunción de estar infectada por el VIH. 2- Señalar la evidencia que muchos pacientes con pruebas positivas para sífilis inician tratamiento pero no retiran los resultados de la serología para VIH (como en este caso), contribuyendo así a la expansión del VIH.

Palabras claves: Sífilis congénita – VIH - Inmunodeficiencia

ABSTRACT

Syphilis is a sexual transmitted disease with more incidence and prevalence in all of the world since the Acquire Human Immunodeficiency had appeared. The objectives of the report of this case are: 1-To describe lesions of secondary syphilis of an adolescent female with HIV infection presumption. 2 - To point out the evidence that many patients with positive result for syphilis begin his treatment but does not rescue the serology for HIV, (as this case) , contributing the spreading of this virus and its consequences.

Key words: Congenital syphilis - HIV- Immunosuppression

Aceptado para publicación: Julio 2004.

* Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Patología Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata.

** Profesora Adjunta, Cátedra de Patología Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata.

*** Médico Concurrente, Servicio de Infectología, Hospital Fernández-Buenos Aires.

**** Profesora Académica de Patología Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata. Estomatóloga Docente en el Servicio de Infectología, Hospital de Agudos Juan A. Fernández, Buenos Aires.

Jefe del Servicio de Infectología del Hospital Juan A. Fernández: Prof. Dr. Pedro Cahn.

Baudo J, Micinquevich S, Distéfano C, Casariego Z. Secundarismo sifilítico y el resultado del test de VIH no retirado por el mismo paciente, un problema de salud pública: a propósito de un caso. *Au. Odontostomatol* 2005; 21-2: 89-93.

INTRODUCCIÓN

Schaudin y Hoffman descubrieron la causa de la Sífilis en el año 1905 cuando observaron las espiroquetas en las lesiones infecciosas iniciales. Pero, en el año 1521, el médico Hieronymus Frascatorio relató la historia del pastor Sifilo, castigado por los dioses con esta enfermedad.

A partir de fines de 1980 la incidencia de la Sífilis en los Estados Unidos se elevó rápidamente en la mayoría de las áreas urbanas. Las poblaciones de máximo riesgo fueron aquellas sometidas a una alta incidencia de uso de drogas ilícitas y la prostitución. El cambio de la transmisión de la sífilis desde la homosexualidad masculina a fines de los años 70 y principios de los 80, a la transmisión heterosexual entre la población socioeconómicamente en desventaja, ha sido asociado al rápido crecimiento de los rangos de sífilis congénita, una de las enfermedades más graves de esta infección. Como dato epidemiológico conocido, en el año 1990 se reportaron 51.000 casos de sífilis primaria y secundaria en los Estados Unidos, subiendo en un 87% con respecto al año 1985. (1) En nuestro país, en 1992 contamos con 119 casos; en 1996 hubieron 1367 pacientes infectados por sífilis; en 1997: 206 casos; en el 2000: 1821 casos (2); en 2003 más de 600. Hoy en día el rango de individuos argentinos infectados con sífilis representan el 0,4 por 10.000 habitantes. La presencia de enfermedades de transmisión sexual aumenta el riesgo de transmisión y adquisición de la infección por VIH como también presenta una variedad de otras características. Han sido descritas (3,4), manifestaciones atípicas, incluyendo aquellas presentaciones fulminantes de progresión rápida, hallazgos serológicos irregulares y fallos en las dosis convencionales de penicilina. La inmunosupresión inducida por la infección por VIH puede causar ocasionalmente una variedad de reacciones inmunes alteradas, inhabilidad para responder en forma normal al estímulo de nuevos antígenos y puede causar que muchas pruebas de proyección para la sífilis sean inadecuadas para detectar una infección activa (5).

Es de tener en cuenta que las pruebas de VDRL y FTA-ABS pueden repetirse dos veces y no ser reactivas aún con manifestaciones mucocutáneas (6,7,8) Los médicos se encuentran a diario con pacientes

VIH positivos que en algún momento de su enfermedad desarrollan lesiones sifilíticas, pero también, se presentan a la consulta aquellos pacientes de serología desconocida para el VIH con cuadros de sífilis primaria o secundaria. Ante la evidencia de que las pruebas para sífilis se obtienen mucho más rápidamente que una serología para el VIH y que, muchas veces los resultados de ésta no son retirados por los pacientes, los Servicios de Salud enfrentan un problema muy serio. El Centro de Control de Enfermedades y Prevención (9) ha producido recomendaciones para la evaluación, tratamiento y seguimiento de personas con infección por VIH y sífilis. Algunas recomendaciones incluyen lo que sigue: "Todas las personas sexualmente activas con sífilis deberían realizar el test para la presencia de VIH porque los resultados de las pruebas de VIH son importantes clínicamente en el manejo del paciente con sífilis. Para la sífilis primaria o secundaria, las personas infectadas por el VIH deberían ser tratadas como otros casos, pero un seguimiento de cerca es mandatorio "Considerada en la actualidad la Sífilis como una ETS: "Enfermedad de Transmisión Sexual", de elevada incidencia y prevalencia asociada a la infección por VIH, su reconocimiento y tratamiento es uno de los propósitos más preponderantes en la Salud Pública de la mayoría de los países, junto con la detección y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una estudiante femenina de 16 años de edad, con un buen estado general, concurrió a nuestra Unidad, refiriendo haber sido violada dos meses antes de la entrevista. No había hecho la denuncia, debido a razones personales. Consultaba acerca de lesiones en boca de dos semanas de evolución aproximadamente, las cuales le causaban dificultad en la fonación y deglución.

Al realizarse la anamnesis, la paciente mostró inseguridad y ocultamientos en sus respuestas.

El examen de la mucosa bucal reveló las típicas placas opalinas, ligeramente elevadas y blanco grisáceas del secundarismo sifilítico y otras lesiones blancas

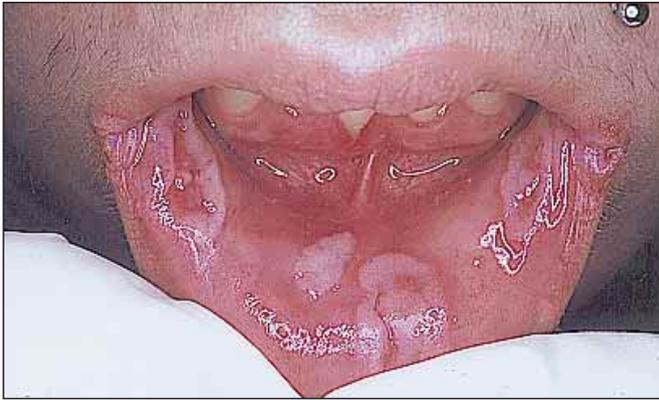


Fig. 1. Placas opalinas de la mucosa labial inferior y comisuras.



Fig. 3. Placas opalinas del borde derecho de la lengua, leucoplasia vellosa en la punta y cara ventral.



Fig. 2. Placas opalinas del borde izquierdo de la lengua y bastoncillos correspondientes a Leucoplasia Velloso.

rodeadas por un halo rojo, algunas múltiples y algunas solitarias. En la figura 1, se pueden observar las placas blancas en ambas comisuras y, en la mucosa labial inferior, en la línea media, tres placas más. La más cercana al fondo de surco, blanca opalina, bien circunscripta. Otra placa de 2 cm. de diámetro aproximadamente muestra una zona pequeña roja central y cercana a la semimucosa, se observa otra semejante. En la figura 2, se encuentran placas similares en el borde izquierdo de la lengua, cerca de la punta y en la zona posterior. En el borde derecho, en la parte media y posterior, pueden verse también dos placas de iguales características de 1,5cm. de diámetro cada una. Próxima a la punta de la lengua, en los bordes y extendida hacia la cara ventral, se puede observar en la figura 3, una superficie de aspecto áspero. Coarrugado y blanquecino, que no se pudo retirar al raspado y que fue diagnosticada clínicamente como leucoplasia vellosa (LV). La paciente dio la autorización para la realización de un test de VIH,

el cual se realizó al día siguiente y cuyo resultado es entregado personalmente aproximadamente a los treinta días. Ante una primera VDRL reactiva (128 dls), se solicitó la prueba fluorescente de anticuerpos contra el treponema (FTA-ABS), la de hematoaglutinación para treponema (TPHA), y se realizó una demostración de espiroqueta del exudado de una de las lesiones bucales o “prueba del campo oscuro”, con resultado positivo. Se realizó una biopsia de la mucosa con diagnóstico presuntivo de leucoplasia vellosa. Debido a los títulos altos de la serología obtenidos, se instaló inmediatamente el tratamiento clásico para sífilis con inyecciones de penicilina benzatínica. El resultado de la biopsia de LV fue confirmado. La paciente no concurrió más a la consulta y no retiró el resultado del VIH, el cual había dado reactivo por lo cual se ha tratado de localizar a la joven para comunicarle su estado, controlar la efectividad del tratamiento de la sífilis, y establecer un eventual tratamiento y seguimiento de su inmunodeficiencia.

INTRODUCTION

Schaudin and Hoffman had discovered Syphilis in 1905 when they observed the causative spirochete on initial lesions. But in 1521, physician Hieronymus Frascatorio told the history of a shepherd named Sifilo who was punished with this illness by the gods.

In the late 1980s, the incidence of syphilis in the United States rose rapidly in most urban areas.

Populations at maximal risk were those with high incidences of illicit drug use and prostitution. The shift predominantly homosexual male transmission in the 1970s and early 1980s to heterosexual transmission among socioeconomically disadvantaged populations has been associated with rapidly rising rates of congenital syphilis, the most serious form of the disease. In the United States, 51,000 cases of primary syphilis was reported in 1990 (87 percent higher than in 1985) (1). In our country, in 1992 we have had 119 cases of syphilis; in 1996, there were 1367; in 1997: 206 cases; in 2000: 1821 cases (2); and in 2003 > 400. Today range of syphilis infected individuals represent 0,4x 10.000 inhabitants and.

The presence of sexually transmitted diseases increases the risk of both transmitting and acquiring HIV infection. Primary and secondary syphilitic lesions in patients with HIV infection may develop in an analogous fashion to those in HIV-seronegative individuals, but it can present a variety of other characteristics as well. Atypical manifestations including fulminant presentations (3,4) rapid progression, irregular serologic findings and failure of conventional doses of penicillin to eradicate the infection have been described. Immuno suppression induced by HIV infection might cause currently available screening tests for syphilis to be inadequate to detect active infection (5), and that VDRL and FTA-ABS can be repeated twice but they can be non reactive, even with mucocutaneous manifestations (6,7,8).

Doctors commonly find HIV positive patients that many times developed syphilitic lesions. There are also those individuals, with unknown HIV serology, with primary or secondary syphilis fashions.

In view of the evidence that the results of syphilis tests are obtained before as HIV serology and very often patients do not rescue it any more, Public Health Services are in front of a very serious problem. The Centers for Disease Control and Prevention (9) has produced recommendations for the evaluation, treatment and follow-up of persons with HIV infection and syphilis. Some recommendations include the following. All sexually active persons with syphilis should be tested for the presence of HIV because HIV test results are clinically important in the management of patients with syphilis. For primary or secondary syphilis,

HIV infected persons should be treated as other cases but close follow-up is mandatory.

Actually syphilis is considered as a Sexual Transmitted Disease (STD) of high incidence and prevalence in association with HIV infection. Its recognition and treatment is one of the hallmarks of the Public Health in most of countries associated with detection and control of the Acquired Human Immunodeficiency Syndrome

A CASE REPORT

A female sixteen years old student with a general good aspect, came to our Unit and referred she had been violated two months before of this consultation. She didn't denounce that experience because personal reasons. She consulted about some lesions in her mouth from 2 weeks approximately of evolution. Its caused difficulties in phonation and deglutition. When the anamnesis was performed the patient showed insecurity and hidings in her answers.

Examination of oral mucosa revealed typical opaline plaques of secondary. They were slightly raised and grayish and more white lesions surrounded by a red halo, some of them multiple, some ones solitary and very evidents. On figure 1, we can observe white plaques in both angles of the mouth, on the lower lip's mucosa and at the middle line. On figure 2, man can observe similar plaques occurring on left border of the tongue, and at the point and posterior location as well.

A white lesions, not smooth, coarugated or markedly folded at the lateral margin of the tongue that is extended to ventral face and recognized as hairy leucoplasia. (LV)

Patient had allowed to be tested for HIV infection, which was made the next day. Its result usually is given, in person, after 30 days. VDRL was high reactive (128 dls). There were also made fluorescent treponemal antibody test (FTA-ABS) and treponemal hematoagglutination test (TPHA) demonstration of spirochetes in exudate from oral lesion (dark field examination) was performed with positive result. As syphilis serology was finished

conventional treatment with benzathine penicilline injections was established immediately. Searching of this young girl is actually make to communicate HIV's result and to control the effectiveness of syphilis therapy and eventual treatment and follow up of her immunodeficiency.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padian NS, Heterosexual Transmission of Acquired Immunodeficiency Syndrome: International Perspectives and National projections. *Rev Infect Dis.* 1987; 9: 947-59.
2. Boletín Epidemiológico. Sífilis en la República Argentina-cifras oficiales. Mayo 2003.
3. Neal S Penneys. Skin manifestations of AIDS. 2nd ed. Martín Dunits Ltd, London. 1995.
4. Kinloch-de Loes S, Radeff B, Saurat JH. AIDS meets syphilis: changing patterns of the syphilitic infection and its treatment. *Dermatológica.* 1988; 177: 261-4.
5. Haas JS, Bolan G, Larsen LA, et al. Sensitivity of treponemal tests for detecting prior treated syphilis during immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis.* 1990; 162: 862-6.

6. Johnson PDR, Graves SR, Steward L, et al. Specific syphilis serological tests may become negative in HIV infection. *AIDS.* 1991; 5: 419-23.
7. Telzak EE, Greemberg MSZ, Harrison J, et al. Syphilis treatment response in HIV- infected individuals. *AIDS.* 1991; 5: 591-5.
8. Hicks CB, Benson PM, Luptom GP, et al. Seronegative secondary syphilis in a patient infected with the human immunodeficiency virus (HIV) with Kaposi" sarcoma. *Ann Intern Med.* 1987; 107: 492-5.
9. Centers for Disease Control, recommendations for diagnosis and treating syphilis in HIV-infected patients. *MMWR.* 1988; 37: 607-8

CORRESPONDENCIA

Bartolomé Mitre 1371-4M Buenos Aires-Argentina
Tel/Fax: 0054-11-4-3720444
patologia@folp.unlp.edu.ar