

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Varón de 38 años que acudió a consulta por dolor anal de mes y medio de evolución con deposiciones normales. Hacía 15 días había notado sangre en el ano por lo que acudió a urgencias donde fue diagnosticado de fisura anal y se le puso tto con Rectogesic sin experimentar mejoría. No refería otra sintomatología genitourinaria ni clínica general.

### **ANTECEDENTES PERSONALES E HISTORIA SEXUAL**

- Infección por VIH conocida desde 2009, transmisión sexual. En tratamiento con Eviplera. En el control realizado 3 meses antes: CD4= 55%=911, CV de VIH <20 copias, T. pallidum Ac trep. Ig G negativo.
- Otras ITS: condilomas anales intervenidos quirúrgicamente, portador asintomático de Chlamydia en faringe en cribado de ITS hacía 6 meses.
- HSH.
- No pareja habitual.
- Contactos último año: 50. Ultimos 3 meses: 15. Ultima relación sexual hacía mes y medio, había suspendido las relaciones a raíz del inicio de los síntomas.
- Preservativo siempre en penetración anal, nunca en sexo oral.
- No consumo de drogas en relación a la actividad sexual a excepción de alcohol.
- No alergias a medicamentos. No toma reciente de antibióticos.
- Vacunado de hepatitis A y B.

### **EXPLORACION**

Buen estado general. Boca y faringe: normales. No adenopatías cervicales, supraclaviculares ni axilares. Microadenopatías inguinales bilaterales no valorables.. No exudado uretral. En el ano presentaba una fisura dolorosa a las 9 horarias y varias lesiones ulceradas, de bordes sobreelevados, no dolorosas a la toma de muestras (foto 1).

Foto 1.



En el tronco se objetivó un exantema macular eritematoso no pruriginoso, que respetaba palmas y plantas y que el paciente no había advertido (foto 2).

Foto 2.



## PRUEBAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS

1. Muestras para diagnóstico microbiológico:
  - ✓ Faringe: PCR y cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* y PCR de *Chlamydia trachomatis*.
  - ✓ Uretra: PCR de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis* y cultivos bacteriológico y de hongos.
  - ✓ Recto: PCR y cultivo de *Neisseria gonorrhoeae*, PCR de *Chlamydia trachomatis* y PCR y cultivo de *Herpes simplex*.
  - ✓ Lesiones: cultivos bacteriológico, viral y de hongos, PCR de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Herpes simplex*.
2. Serologías de sífilis y hepatitis C.
3. Test rápido de sífilis en la propia consulta: positivo

## DIAGNOSTICO INICIAL Y TRATAMIENTO

Con el diagnóstico de sífilis secundaria se pautó tratamiento con penicilina G benzatina 2.400.000 U. im. Se advirtió de la posibilidad de una reacción de Jarisch–Herxheimer y de la necesidad de continuar sin relaciones sexuales. Se le citó para control en 2 semanas.

## RESULTADOS

T. pallidum Ac no trep. (RPR) **1/32**  
T. pallidum Ac trep. Ig G **Positivo**  
T. pallidum Ac trep.(FTA-Abs) **Positivo**  
T. pallidum Ac trep. Ig M **Positivo**

V. Hepatitis C Ac **Negativo**  
VIH carga viral <20 copias

Los cultivos y PCR de uretra, faringe y recto fueron negativos.

En dos de las lesiones se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a cloxacilina. Cultivos virales y PCR negativos.

## EVOLUCION

El paciente no acudió hasta pasadas 6 semanas, para entonces el exantema había remitido y las lesiones anales habían cicatrizado (foto 3).

Foto 3.



Control serológico a los 3 meses del tto:

T. pallidum Ac no trep. (RPR) **Negativo**

T. pallidum Ac trep. Ig G **Positivo**

T. pallidum Ac trep. Ig M **Dudoso**

V. Hepatitis C Ac **Negativo**

### **COMENTARIO**

Aunque la sífilis es una enfermedad cuyo manejo lleva establecido muchos años, en ocasiones su diagnóstico y tratamiento es complejo, debido a sus múltiples manifestaciones y a la dificultad de interpretación que a menudo presentan las pruebas serológicas usadas para su diagnóstico y seguimiento.

El 63% de los casos de sífilis notificados en Europa en 2014 se produjeron entre HSH y entre aquellos con estatus de VIH conocido, 46% eran VIH (+). <sup>(1)</sup>

El chancre sifilítico típicamente es una lesión única de 0,5-2 cms de diámetro no dolorosa. Pero las presentaciones atípicas, con presencia de múltiples úlceras, a veces dolorosas, no son extrañas, especialmente en el contexto de una co-infección con VIH.

Por otra parte, aunque el estadio secundario de la infección habitualmente comienza de 4-10 semanas después de la curación del chancre, esto es muy variable y los estadios primario y secundario pueden concurrir. <sup>(2)</sup>

El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales siempre debe incluir herpes, sífilis y LGV.

Los pacientes VIH deben ser tratados con el mismo régimen terapéutico que los pacientes seronegativos. <sup>(3)</sup>

## REFERENCIAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 – Syphilis. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/syphilis/Pages/Annual-epidemiological-report.aspx>
2. Nyatsanza F, Tipple C. Syphilis: presentations in general medicine. Clinical Medicine 2016 Vol 16. Nº 2: 184-8
3. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017). GESIDA, SPNS, GEITS, AEDV, SEIP.