

A propósito de un caso: “Paciente con coinfección múltiple: hepatitis B, infección por VIH y lúes”

Carlota López Lapuerta, Laura Bolea Laderas, Esther Artajona Rodrigo, Cristina Martín Durán

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la sífilis, están presentando un incremento progresivo en los últimos años¹. Esto ha sucedido por diversos motivos, como el importante movimiento migratorio y el avance en las técnicas diagnósticas, teniendo especial importancia en colectivos como en hombres que practican sexo con otros hombres (HSH).

Varón de 40 años sin alergias conocidas, fumador (10 cigarrillos/ día) con antecedentes de absceso perianal y artrodesis L5-S1 por hernia discal. Ingresó en digestivo por hepatitis B aguda y primoinfección VIH siendo remitido a nuestra consulta. El paciente refería ser HSH y mantener relaciones sexuales sin protección, clínicamente mostraba ansiedad por el diagnóstico, cefalea, dolor y parestesias en el territorio del nervio cubital izquierdo, fiebre de 39°C, lesiones maculopapulosas pruriginosas en diferentes estadios de distribución generalizada afectando también palmas y plantas (figura 1), úlcera perianal, adenopatías inguinales y axilares.

En la analítica destacaba: carga viral (CV) de VIH en plasma 11.300.000 copias/ml, Anti-VIH negativo, HBsAg+, antiHBsIgM +, HBeAg+, FTA AbsIg G+, RPR 1/8, Ac frente T.Pallidum+, virus herpes, CMV y toxoplasma negativo. Linfocitos CD4 530 (18%)/mm³. Se ingresó al paciente para valorar la presencia de neurolúes que fue negativa siendo también normal la exploración oftalmológica. Se administró penicilina benzatina 2.4 millones de UI y se pautó tratamiento antirretroviral (TAR) con darunavir 800 mg potenciado con 100 mg de ritonavir y tenofovir-emtricitabina. La evolución inmediata fue favorable pero con lenta resolución de los síntomas. En los controles posteriores el paciente estaba asintomático persistiendo clínica ansiosa. La analítica mostró conversión del AntiHBe con presencia de AntiHBs, descenso de la CV del VIH progresiva, a los cuatro meses del inicio del TAR ya era indetectable con elevación de los linfocitos CD4 a 750/mm² y normalidad de ALT y AST.

La infección aguda por VIH sintomática sucede hasta en un 70% de los casos, siendo los síntomas más frecuentes altamente inespecíficos², como astenia, aparición de linfadenopatías o úlceras mucosas y puede pasar desapercibida si se suman otras infecciones simultáneamente como sucedió en nuestro paciente. Desde un principio, se debe establecer alto índice de sospecha en aquellos pacientes que presenten otras ITS, pero también en enfermedades co-



mo la hepatitis C o B. Tanto el VIH, como las hepatitis virales y la sífilis, comparten el mismo mecanismo de transmisión, y dentro de éste, la manera más común es el contacto con lesiones infectivas presentes en los genitales y en región perianal³.

La forma más frecuente de presentación de la lúes, en pacientes VIH, es la forma de secundarismo luético^{4,5}, con serología positiva y lesiones típicas cutáneas⁶. En este sentido, un diagnóstico precoz en la fase aguda de infección por VIH, permitiría reducir el riesgo de transmisión, favoreciendo además, la rápida introducción de medidas terapéuticas⁷, lo que supondría una mejoría en el pronóstico del paciente.

Bibliografía

1. Vázquez F. El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29(2):77-8.
2. Gómez-Hernando C, González-Praetorius A, Seseña-del Olmo G. Características de la infección aguda por el virus de inmunodeficiencia humana en 3 áreas de salud de Castilla-La Mancha. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014; 32(1):58-65.
3. Aguayo-Leiva I, Vano-Galván S, Jaén-Olasolo P, Moreno C. Chancro sífilítico en el labio: una localización poco frecuente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(2):134-40.
4. Palacios Muñoz R, Fuente Aguado J, Murillas Angoiti J, Nogueira Coito JM, Santos González J, por el Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA). Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24(Supl 2):34-9.
5. Monteagudo-Sánchez B, Rodríguez-González L, León-Muiños E, Ortiz-Rey J. Sífilis secundaria en paciente infectado por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(3):175-6.
6. Wöhrl S, Geusau A. Clinical update: syphilis in adults. *Lancet*. 2007;369:912-914.
7. Miller WC, Rosenberg NE, Rutsein SE, Powers KA. The role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2010;5:277-82.