

**Maidar Arando**  
**Pere Armengol**  
**M<sup>a</sup> Jesús Barbera**  
**Martí Vall**

Unidad de Infecciones de Transmisión  
Sexual (UITs)  
Cap Drassanes. Barcelona

Correspondencia:  
**Maidar Arando**  
E-mail: marando.bcn.ics@gencat.cat

# El chancro del viernes por la tarde

CASO CLÍNICO

## Resumen

Se presenta un caso clínico de un varón con una úlcera anal y adenopatía inguinal, procediéndose a la discusión del diagnóstico diferencial ante imposibilidad inicial de realizar serologías urgentes en circunstancias reales debido a la hora y el día. La evolución de la misma ilustra la interacción que hay entre el VIH y sífilis, además de manifestar la necesidad de realizar el cribado de otras infecciones de transmisión sexual.

**Palabras clave:** Sífilis primaria. Úlcera anogenital. HSH. VIH.

## Summary

We report a case of a man with an anal ulcer and an inguinal adenopathy, proceeding to the discussion of differential diagnosis due to initial inability to perform urgent serology because of the circumstances of the time and day we visited the patient. The case illustrates the interaction between HIV and syphilis, and in addition expresses the need for screening for other sexually transmitted infections.

**Key words:** Primary syphilis. Anogenital ulcer. MSM. HIV.

## Introducción

En la última década, tras la disminución en los años 80, se está observando un aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en toda Europa. Se han descrito un aumento progresivo de casos de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis así como la emergencia del linfogranuloma venéreo (LGV)<sup>1</sup>. Estos cambios se han relacionado con incrementos de las conductas sexuales de riesgo pudiendo haber coinfección por el HIV e interacción entre ellos<sup>2,3</sup>.

## Caso clínico

Paciente varón de 33 años originario de Francia y residente en Barcelona desde el 2007 consulta en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (UITs) en Drassanes en Barcelona, por dolor anal de 4-5 días de evolución. Como antecedentes importantes se trataba de un paciente varón que mantenía relaciones con hombres (HSH) con pareja estable y parejas esporádicas, diagnosticado de VIH en marzo de 2007 en tratamiento antirretroviral con buen control inmunológico y virológico y condilomas en 1997 y 2007.

**Tabla 1.** Antecedentes de ITS del paciente

Mes/año	Motivo de consulta	Muestras	Serología RPR-TPHA	Tratamiento
03/2008	EC sífilis		1 /4-1/80	Penicilina benzatina
08/2008	EC uretritis	CT +, L1-L3 neg		Azitromicina + ceftriaxona
02/2009	Dolor anal	Gonococo +		Ceftriaxona
04/2009	EC uretritis	NO		Ceftriaxona+ azitromicina
06/2009	EC uretritis	Gono y CT neg		Ceftriaxona+azitromicina
07/2009	Úlceras anales	VHS 2+	1/1-1/80	Valaciclovir,
09/2009	Cribado	Gonococo +		Ceftriaxona
12/2009	EC uretritis	NO		Ceftriaxona+ azitromicina

EC: estudio de contactos, VHS: virus herpes simple, CT: *Chlamydia trachomatis*

Previo a la consulta que motiva la presentación del caso clínico, el paciente había acudido por diferentes motivos a UITS desde marzo de 2008: en diferentes ocasiones por presentar clínica aguda, para cribado o bien para estudio de contactos, resultando ser el caso índice en ocasiones que se resume en la Tabla 1.

En resumen, se trataba de un paciente con varios episodios de ITS incluyendo herpes anal por VHS 2 y la última serología de sífilis documentada con RPR 1/1 y TPHA 1/80.

El paciente consultó en octubre de 2010 en la unidad con clínica de dolor anal con la deposición junto con hematoquecia de 5 días de evolución. Los meses previos refería haber mantenido relaciones sexuales casuales, con 10 contactos anónimos en los últimos 6 meses. A la exploración destacaba una úlcera anal única con borde sobrelevado inflamado, indurado a la palpación con fondo limpio no supurativo y adenopatía inguinal derecha significativa (Figura 1).

En ese momento se procedió a la toma de muestras por PCR para herpes y *Chlamydia trachomatis*, sin poder realizar la serología de sífilis ni tomar otras muestras por ser la última hora de un viernes por la tarde, por lo que se le citó el lunes siguiente para la realización de campo oscuro. En la siguiente visita refería nuevas lesiones en la zona del glande, objetivándose lesiones papulosas eritematosas no ulceradas ni erosivas sugestivas de secundarismo luético. Se procedió a la toma de muestra para campo oscuro en zona anal que fue negativo y de las lesiones del pene no se obtuvo material suficiente para realizar campo oscuro. La serología para sífilis resultó positiva con RPR 1/512 y TPHA 1/2560. Con orientación diagnóstico de secundarismo sífilítico se trató con penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, procediéndose a la realización de estudio de contactos. En el control posterior al mes se objetivó una disminución de dos títulos con RPR de 1/128 y TPHA 1/2560, pendiente de nuevos controles a los 3 meses y 6 meses.

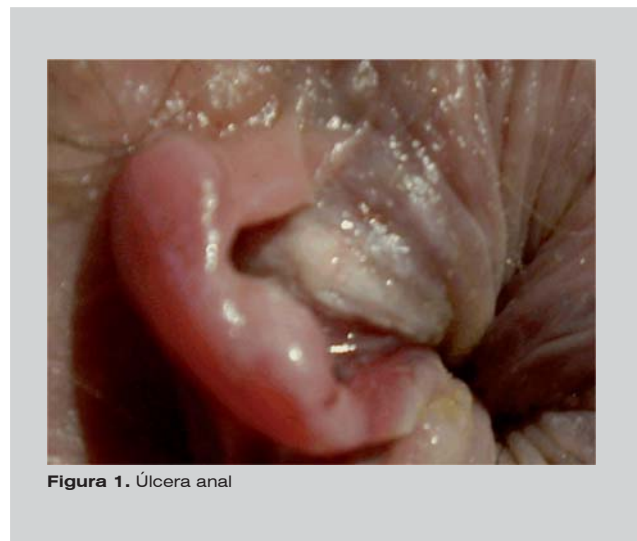


Figura 1. Úlcera anal

## Discusión

Ante la lesión anal que presentaba el diagnóstico diferencial que se plantea en nuestro medio sería entre el chancro sífilítico, herpes o LGV. Ante la presencia de lesión indurada y adenopatía inguinal en un paciente con relaciones sexuales de riesgo la orientación diagnóstica inicial fue de chancro sífilítico. En contra de dicho diagnóstico se encontraba el hecho de tratarse de una lesión dolorosa, cuando una característica del chancro es ser indolora.

Al tratarse de un paciente con antecedente confirmado de herpes anal, con una úlcera anal dolorosa en el diagnóstico diferencial era imprescindible pensar en herpes, pero la morfología de la lesión no era sugestiva de la misma, ya que normalmente son más bien erosivas, múltiples y arracimadas.

En el caso de LGV sabemos que la clínica habitual suele ser una proctitis, pero en ocasiones se puede manifestar como una úlcera anal dolorosa, normalmente exudativa. La falta de exudación en este caso reducía la posibilidad de que se tratase de LGV, pero ante el antecedente de haber tenido relaciones sexuales de riesgo en paciente con infección por el VIH se tuvo en consideración.

Otros procesos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial serían las causas no infecciosas como la fisura anal y las dermatosis anogenitales

Ante la sospecha de chancro sifilítico se procedió a la realización del campo oscuro. El campo oscuro es la prueba de elección para el diagnóstico de sífilis primaria, que observa el movimiento del *Treponema pallidum*. La fiabilidad del campo oscuro en zona genital es del 85-92% dependiendo del observador, de la utilización de un equipo adecuado y la calidad de la muestra<sup>4</sup>. Es un método que también se puede utilizar para la detección del *treponema* en las lesiones de las mucosas que se observan en un secundarismo. No es adecuado para las muestras de cavidad oral, ya que no se distinguen de las espiroquetas saprofitas.

Normalmente el chancro sifilítico aparece a las 3 semanas de la infección pudiendo ser hasta los 3 meses y el secundarismo a las 6 semanas pudiendo llegar hasta 6 meses. Lo más habitual es que haya un tiempo de latencia entre las dos fases y es poco frecuente que se solapen.

Está descrito que la coinfección por sífilis y VIH en algunas ocasiones puede dar una presentación atípica de la clínica, incluso solapamiento de las fases como en este caso, serologías con títulos más altos de los esperados y con una evolución variable, o casos de falsos negativos o retraso en la aparición de seroreactividad<sup>2,3</sup>. Las guías clínicas aconsejan el mismo tratamiento en pacientes VIH positivos y en negativos<sup>2,5,6</sup> en la sífilis precoz, aunque algunos expertos aconsejan tratar el secundarismo sifilítico con tres dosis de penicilina benzatina<sup>7,8</sup>.

Las ITS facilitan la infección por el VIH, aumentando la posibilidad de transmisión entre 2 a 5 veces<sup>9</sup>. En pacientes con infección por VIH aumentan la cantidad de copias que hay en las secreciones. La presencia de úlceras o la inflamación que provocan las infecciones en las mucosas alteran la barrera de permeabilidad y aumentan la concentración de linfocitos a dicho nivel facilitando la adquisición del VIH<sup>10</sup>. Hay ITS que dependiendo de las localizaciones pueden ser asintomáticas en más del 50% de los casos, por ejemplo *N gonorrhoeae* en faringe y en recto, y *C. Trachomatis* en recto. Por lo ello, ante una infección de transmisión sexual es aconsejable realizar el cribado de otras ITS,<sup>2,11</sup> sobre todo si ha habido conductas de alto riesgo y aprovechar la oportunidad para realizar la prueba de VIH si no se ha realizado previamente.

## Bibliografía

1. Savage E J, Hughes G, Ison C, Lowndes C M. Syphilis and gonorrhoea in men who have sex with men: a European overview Euro Surveill 2009;14(47) pii=19417.
2. Centers For Disease Control and Prevention, Sexually transmitted diseases treatment Guidelines, 2010.
3. Nicola M. Zetola., Klausner J.D. Syphilis and HIV infection: an update: CID 2007;44: 1222-1228.
4. SEIMC: protocolos clínicos, infecciones de transmisión sexual, sífilis.
5. French p, gomberg M, Janier M, Schimdt B, Voorst Vader, Young H: UISTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis, STD & AIDS 2009;20:300-309.
6. Rolfs R T, Riduan joesoef M, Hendershot E. F, Rompalo A.M, Augenbraun M H, Chiu M, *et al.* A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis I patients with and without human immunodeficiency virus infection NEJM 1997; 337:307-314.
7. Leah J Blank, Rompalo A M, Erbeling E J, *et al.* Treatment of syphilis in HIV-infected subjects: a systematic review of the literature, STI 2011;87-9.
8. Dowell D, Plgreen P M, Beekmann S E, workowski K A., Berman S M, Peterman T A. Dilemmas in the management of Syphilis: A Survey of Infectious Diseases Experts, CID 2009;49: 1526-1529.
9. Wasserheit J.N, MD, MPH. HIV infection and Other STDs STD 1999; 549-550
10. Fleming D T, Wasserheit J N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection STI 1999; 75: 3-17.
11. Farley Thomas A, Cohen D A, Wu Shin-Yi, Besch Ceryl Lynn. The value of screening for sexually transmitted Diseases in an HIV Clinic: JAIDS 2003;323: 642-648.