

- clinical and mycological studies]. Bull R Accad Roma. 1883: 9220-3.
2. Kurian A, Haber RM. Tinea corporis gladiatorum presenting as a majocchi granuloma. ISRN Dermatol. 2011;2011:767589.
 3. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Majocchi's granuloma: a symptom complex caused by fungal pathogens. Med Mycol. 2012;50:449-57.
 4. Smith KJ, Neafie RC, Skelton HG, Barrett TL, Graham JH, Lupton GP. Majocchi's granuloma. J Cutan Pathol. 1991;18: 28-35.
 5. Steiner UC, Trüeb RM, Schad K, Kamarashev J, Koch S, French LE, et al. Trichophyton rubrum-induced Majocchi's granuloma in a heart transplant recipient. A therapeutic challenge. J Dermatol Case Rep. 2012;6:70-2.
 6. Elgart ML. Tinea incognito: an update on Majocchi granuloma. Dermatol Clin. 1996;14:51-5.
 7. Novick NL, Tapia L, Bottone EJ. Invasive Trichophyton rubrum infection in an immunocompromised host. Case report and review of the literature. Am J Med. 1987;82:321-5.
 8. Gupta AK, Groen K, Woestenborghs R, de Doncker P. Itraconazole pulse therapy is effective in the treatment of Majocchi's granuloma: a clinical and pharmacokinetic evaluation and implications for possible effectiveness in tinea capitis. Clin Exp Dermatol. 1998;23:103-8.
 9. Gupta AK, Prussick R, Sibbald RG, Knowles SR. Terbinafine in the treatment of Majocchi's granuloma. Int J Dermatol. 1995;34:489.
 10. Faergemann J, Zehender H, Jones H, Maibach I. Terbinafine levels in serum, stratum corneum, dermis-epidermis (without stratum corneum), hair, sebum and eccrine sweat. Acta Derm Venereol. 1991;71:322-6.
 11. Gupta S, Kumar B, Radotra BD, Rai R. Majocchi's granuloma trichophyticum in an immunocompromised patient. Int J Dermatol. 2000;39:140-1.
- U. Khanna*, T. Kumar Dhali, P. D'Souza, S. Chowdhry
 Department of Dermatology, ESIPGIMS Basaidarapur,
 New Delhi, 15, India
- * Corresponding author.
 E-mail address: urmi23khanna@gmail.com (U. Khanna).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.005>

Sífilis secundaria simulando liquen plano en el paciente con infección por VIH



Secondary Syphilis Mimicking Lichen Planus in a Patient With HIV Coinfection

Sra. Directora:

La sífilis representa una infección de transmisión sexual, con una incidencia creciente en los últimos años. En España, afecta sobre todo a hombres que tienen sexo con hombres, y muchos de los afectados tienen, además, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. La coexistencia de estas 2 enfermedades afecta a la historia natural de las mismas. La infección por el VIH hace que las manifestaciones clínicas de la sífilis puedan progresar de forma más rápida. Además, son más frecuentes las formas agresivas y atípicas de sífilis².

Dos varones homosexuales con infección por VIH acudieron al dermatólogo por presentar lesiones genitales. El primero de ellos, de 35 años de edad, con lesiones discretamente pruriginosas en genitales de un mes y medio de evolución, refería haberse aplicado corticoides tópicos, sin mejoría. Su infección por VIH presentaba un buen control inmunológico desde 2009, sin tratamiento antirretroviral. En la exploración se observaban placas eritematosas de aspecto liquenoide, con tendencia a la confluencia, localizadas en la cara dorsal del pene (fig. 1A y B). El paciente aportó un análisis sanguíneo (incluyendo bioquímica, hemograma y coagulación), sin hallazgos significativos. Se realizó una biopsia cutánea que reveló una dermatitis liquenoide con borramiento de la capa basal, exocitosis neutrofílica y un infiltrado linfoplasmocitario en banda (fig. 2A). Se observaron, también, numerosas células plasmáticas en la pared y alrededor de los vasos de la dermis (fig. 2B). La tinción

mediante técnicas de inmunohistoquímica para *Treponema pallidum* resultó positiva (fig. 2C). Se solicitó una serología para sífilis, obteniéndose unos títulos de anticuerpos no treponémicos reagina plasmática rápida (RPR) de 1/128 y anticuerpos treponémicos positivos.

El segundo caso, de 29 años de edad, con diagnóstico de infección por VIH desde el 2011, con buen control inmunológico, y sin tratamiento farmacológico, consultó por la presencia de lesiones escrotales con escaso prurito de un mes de evolución. Había sido diagnosticado de eczema, y tratado con corticoides tópicos, sin mejoría. En la exploración presentaba numerosas placas rosadas con aspecto liquenoide a nivel escrotal y en base del pene (fig. 3). Se realizó un análisis sanguíneo (bioquímica, hemograma y coagulación) que no mostró alteraciones, así como una serología para sífilis. Se realizó una biopsia cutánea en la que se objetivó una dermatitis liquenoide, con estudio inmunohistoquímico positivo para *Treponema pallidum*. El RPR fue positivo a título de 1/64, con ELISA y hemaglutinación positivos.

En ambos pacientes se realizó el diagnóstico de sífilis secundaria, simulando un liquen plano, con afectación exclusivamente genital. La evolución fue satisfactoria con resolución completa de las lesiones tras tratamiento con $2,4 \times 10^6$ U de penicilina G benzatina intramuscular, y descenso en los títulos serológicos.

Las manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria aparecen entre las semanas 3-12 después de la aparición del chancro, aunque pueden desarrollarse meses después o antes de la desaparición del mismo². Las sífilides son con frecuencia maculopapulares y eritematodescamativas, aunque de manera menos frecuente pueden manifestarse como sífilides liquenoides, nodulares o ulcerativas^{3,4}. La infección por el VIH favorece la progresión más rápida de la sífilis, por la alteración existente en la inmunidad celular y, en ocasiones, se observan manifestaciones clínicas atípicas⁴.



Figura 1 A) Primer caso con placas eritematosas de aspecto liquenoide, de límites geográficos, localizadas en la cara dorsal del pene. B) Placa eritematosa de 3 mm de diámetro con centro erosivo y bordes netos de coloración blanquecina, en el primer paciente.

Conocida como «la gran simuladora», la sífilis supone un reto diagnóstico para el clínico. Aunque es conocido que la sífilis secundaria puede simular otras enfermedades (piti-riasis rosada, psoriasis⁵, sarcoidosis, etc.), las erupciones liquenoides son infrecuentes⁶. Estos hallazgos habían sido descritos previamente a la introducción de la penicilina,

cuando los compuestos arsenicales eran el tratamiento de elección y se asumía que estos eran causantes del aspecto liquenoide. No obstante, una vez reemplazados por la peni-cilina, los cambios liquenoides se han seguido observando⁷. Además de la histología, la serología desempeña un papel importante en el diagnóstico, con positividad de las

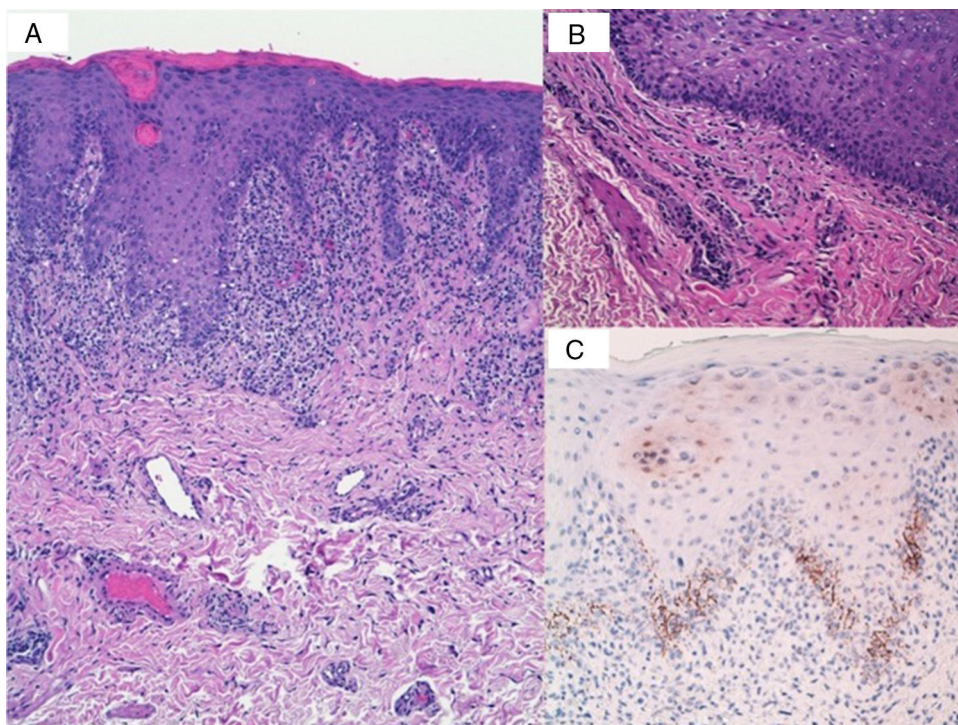


Figura 2 A) Estudio histológico: dermatitis liquenoide con borramiento de la capa basal, exocitosis neutrofílica e infiltrado linfoplasmocitario en banda, junto con numerosas células plasmáticas en la pared, y alrededor de los vasos de la dermis (Hematoxilina-eosina $\times 10$). B) Estudio histológico: detalle de células plasmáticas perivasculares (Hematoxilina-eosina $\times 40$). C) Estudio inmunohistoquímico positivo para *Treponema pallidum*.



Figura 3 Imagen clínica de segundo paciente, con placas liquenoides de coloración rosada, localizadas en escroto.

pruebas treponémicas y no treponémicas. La mayoría de los pacientes con infección por el VIH tienen una respuesta serológica normal, aunque pueden observarse falsos positivos de las pruebas no treponémicas, y niveles más altos de lo esperado en ausencia de reinfección. Debe considerarse, también, que puede existir un retraso en la positividad de las pruebas o falsos negativos en las pruebas no treponémicas.

Sobre el tratamiento de la sífilis secundaria, en los pacientes con el VIH, ha existido controversia en relación a su pauta. En la última actualización de las guías CDC de Atlanta, para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual⁸, se recomienda el tratamiento con una sola inyección de penicilina G benzatina $2,4 \times 10^6$ Uim, independientemente de si existe o no infección por el VIH, ya que dosis adicionales no han demostrado mayor eficacia.

A pesar de la descripción en la literatura de casos de sífilis secundaria, simulando liquen plano, es destacable en nuestros casos la localización exclusivamente genital, existiendo en la literatura únicamente 2 casos descritos similares⁹. Es necesario, para clínicos y patólogos, considerar esta entidad debido a su gran variabilidad clínica e histológica, con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Menéndez B, Ballesteros J, Clavo P, del Romero J. Increase in syphilis and gonorrhoea among men who have sex with men in Madrid. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:756.
2. Sánchez MR. Sífilis. En: Fitzpatrick TB, Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, et al. *Dermatología en Medicina General*. 7.ª ed, 1.ª reimp. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 1955-1977.
3. Weedon D, Strutton G, Rubin AI. *Spirochetal infections. Skin pathology*. Third edition Churchill Livingstone: Elsevier; 2010. p. 573-80.
4. Baniandrés Rodríguez O, Nieto Perea L, Moya Alonso L, Carrillo Gijón R, Harto Castaño A. Sífilis secundaria nodular en paciente VIH positivo simulando linfoma cutáneo. *An Med Interna (Madrid)*. 2004;21:241-3.
5. Bittencourt M de J, Brito AC, Nascimento BA, Carvalho AH, Nascimento MD. A case of secondary syphilis mimicking palmoplantar psoriasis in HIV infected patient. *An Bras Dermatol*. 2015;90 Suppl 1:S216-9.
6. Tang MBY, Yosipovitch G, Tan SH. Secondary syphilis presenting as a lichen planus-like rash. *JEADV*. 2004;18:185-7.
7. Carbia SG, Lagodín C, Abbruzzese M, Sevinsky L, Casco R, Casas J, et al. Lichenoid secondary syphilis. *Int J Dermatol*. 1999;38:52-7.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis. *MMWR*. 2015;64:41-3.
9. Narang T, De D, Dogra S, Kanwar AJ, Saikia UN. Secondary syphilis presenting as annular lichenoid plaques on the scrotum. *J Cutan Med Surg*. 2008;12:114-6.

N. Jiménez-Gómez^{a,*}, Á. Hermosa-Gelbard^a,
R. Carrillo-Gijón^b y P. Jaén^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: natjgomez@gmail.com
(N. Jiménez-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.006>

Nevo *spilus* asociado a nevus azul agminado: una combinación infrecuente



Nevus *Spilus* Associated with Agminated Blue Nevus: A Rare Combination

Sra. Directora:

El nevo *spilus*, también conocido como nevus lentiginoso moteado o nevus lentiginoso zosteriforme, es una lesión

melanocítica que se presenta como una mácula basal o parche circunscrito de coloración marrón clara, que contiene en su interior múltiples máculas o pápulas de pigmentación más oscura. Histológicamente, la mácula basal se correlaciona con una hiperplasia lentiginosa de melanocitos en la unión dermoepidérmica, mientras que las lesiones más pigmentadas se corresponden con nevus melanocíticos de la unión o nevus compuestos. Puede ser congénito o más frecuentemente adquirido, con un comportamiento benigno y pocos casos descritos de melanoma desarrollado sobre nevo *spilus*¹. El nevus azul es una lesión de coloración azulada formada por una proliferación de melanocitos