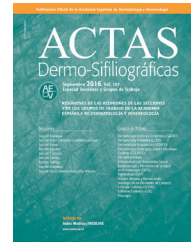




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Reunión del Grupo Español de Enfermedades de Transmisión Sexual Sevilla, 14 de mayo de 2015

1. PACIENTES VPH POSITIVAS Y COINFECTADAS CON EL VIH. RESPUESTA A LA VACUNACIÓN

C. Rodríguez-Cerdeira^a y A. Alba^b

^aCHUVI y Universidad de Vigo. Vigo. ^bCentro de Estudios Celulares y Moleculares. Lugo. España.

Introducción: La gran mayoría de las mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se coinfecta con el virus del papiloma humano (VPH). La interacción entre las dos infecciones de transmisión sexual parece estar relacionada con la alteración en la inmunidad mediada por células en personas infectadas por el VIH, aumento de la susceptibilidad y, posiblemente, la reactivación de la infección por VPH latente.

Objetivos: Estudio post-vacunación con la vacuna tetravalente contra el VPH de: la persistencia de la infección por VPH 6/11/16/18, la presencia de verrugas genitales externas, el comportamiento de la neoplasia intraepitelial vulvar/cervical (VIN1, 2/3; CIN 1, 2/3), las respuestas de anticuerpos de reacción cruzada contra el VPH-AR, carga viral.

Material y métodos: Incluimos 37 mujeres con edades comprendidas entre los 18-34 años, a las que tomamos muestras de frotis cervico-vaginales para analizar 41 subtipos de VPH. Las muestras se obtuvieron cuando las mujeres acudieron por primera vez a la consulta. Se procesaron mediante técnicas de PCR.

Resultados: Se valoran los resultados obtenidos y los efectos adversos.

Discusión: Nuestros datos concuerdan en parte con la bibliografía publicada al respecto.

Conclusiones: La vacuna parece ser segura y bien tolerada en mujeres VIH-positivas. No hay evidencia de perturbación del nivel de CD4 o la carga viral del VIH. La vacuna parece ser inmunogénica en esta población, aunque posiblemente no en la misma medida que en pacientes VIH-negativos

2. DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA, MICROBIOLÓGICA Y CONDUCTUAL DE 101 PACIENTES CON INFECCIÓN POR GONOCOCO DIAGNOSTICADOS EN UNA UNIDAD DE ITS HOSPITALARIA (2009-2014)

C. Baliu-Piqué^a, I. Fuertes de Vega^a, J.L. Blanco Arevalo^b, A. González-Cordón^b, J. Bosch Mestres^c, F. Marco^c, A. Vergara^c y M. Alsina Gibert^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Enfermedades Infecciosas; ^cServicio de Microbiología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La gonococia es una infección de transmisión sexual con una elevada incidencia y una importante morbilidad asociada. Esta bacteria ha sido capaz de crear resistencias a todos los fármacos antibióticos utilizados para su tratamiento hasta la actualidad, lo que constituye un problema de salud pública prioritario a nivel mundial.

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y conductuales de los pacientes infectados por gonococo y compararlas según la susceptibilidad a fármacos de las cepas aisladas.

Material y métodos: Se han estudiado aquellos 101 pacientes (responsables de 114 muestras) diagnosticados en una unidad de infecciones de transmisión sexual hospitalaria de un hospital terciario en los últimos 5 años, de los cuales disponíamos de cultivo + antibiograma, así como de datos epidemiológicos y conductuales. Las muestras fueron cultivadas mediante cultivo en placas de Agar en el servicio de microbiología donde, además, se realizó el estudio del antibiograma.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 31 años, el 95% eran varones. Un 22% presentaron coinfección por otra ITS. El 39% de los pacientes eran VIH+. El 38% de las muestras resultaron sensibles a todos los fármacos testados. El 62% resistentes a ciprofloxacino, 21% resistentes a penicilina y 10% resistentes a cefalosporinas de 3ª generación. De las muestras testadas para azitromicina (48%), el 6% resultaron resistentes. No se observaron resistencias a espectinomina.

Conclusiones: Entre nuestros pacientes con gonococia observamos un porcentaje elevado de pacientes VIH+ así como de pacientes homosexuales. Destaca además una importante tendencia a conductas de riesgo sexual como el consumo de drogas previo a las relaciones sexuales, las relaciones en el extranjero y sexo con trabajadores sexuales. Un 22% de los pacientes presentaba coinfección por otra infección de transmisión sexual, las más frecuentes sífilis y clamidia. Coincidiendo con estudios previos en nuestro medio, entre los pacientes con cepas resistentes hay mayor número de heterosexuales y pacientes con conductas de riesgo.

3. SÍFILIS MALIGNA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN POR VIH DESCONOCIDA

G. Consuegra, M. Lacalle, C. González Vela, S. Racean, M. López-Escobar, E. Arnal, C. López Obregón, M. Marcellán, M. Drake, S. Armesto, S. Yáñez, H. Fernández Llaca y M. González López

Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Caso clínico: Varón de 54 años sin antecedentes personales relevantes que acude por una erupción cutánea diseminada asintomática de 20 días de evolución. Durante el interrogatorio refirió múltiples contactos sexuales no protegidos con otros hombres.

Resultados: El examen físico reveló múltiples lesiones ulceronecroticas que afectaban cara, tronco y extremidades incluyendo palmas y plantas, cubiertas por una costra gruesa y adherente. Los genitales externos se encontraban comprometidos. No se encontraron adenopatías. El VDRL fue de 1:8 y el TPHA reaccionó en 2.560 diluciones. El ELISA para VIH y el Western-Blot fueron positivos. Su conteo de linfocitos CD4+ fue de 492/mm³ y la carga viral para VIH 1 fue de 36.400 copias/ml. Un análisis del líquido cefalorraquídeo no mostró evidencia alguna de neurosífilis. El compromiso oftalmológico fue descartado. Se realizó biopsia cutánea del margen de una de las úlceras. El examen histopatológico mostró un denso infiltrado dérmico de linfocitos y células plasmáticas con erosión focal epidérmica. La inmunohistoquímica demostró espiroquetas sifilíticas.

Discusión: Se realizó el diagnóstico concurrente de sífilis maligna e infección por VIH. Prescribimos tres dosis de 2,4 millones de UI de penicilina benzatínica semanales. El paciente desarrolló una reacción de Jarisch-Herxheimer autolimitada con manejo sintomático. Un mes más tarde se evidenció una llamativa mejoría clínica y respuesta serológica apropiada.

Conclusiones: La sífilis maligna es una variante rara y atípica de sífilis secundaria. Su patogénesis permanece desconocida. Una alteración en el sistema inmune o incluso alguna cepa virulenta de *Treponema pallidum* han sido implicadas. Existe una mayor prevalencia entre pacientes VIH positivos. Individuos con conteo de CD4+ tanto bajo como normal pueden ser afectados. Según nuestro conocimiento, este es el quinto caso reportado en la literatura de sífilis maligna como primera manifestación clínica de infección por VIH no conocida previamente.

4. RÁPIDA REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE PAPULOSIS BOWENOIDE VULVAR

V. Beteta Gorriti^a, A. de Dios Velázquez^a, C. Román Curto^a, A. Santos-Briz Terrón^b, M. González de Arriba^a, J. Cañueto Álvarez^a, D. Bancalari Díaz^a y E. Fernández López^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La papulosis bowenoide es un tipo de carcinoma de células escamosas in situ, localizado generalmente en la región ano-genital. Se trata de una de las manifestaciones producidas por la infección por HPV (principalmente serotipo 16). Suele presentarse como pápulo-placas hiperpigmentadas pruriginosas. Su diagnóstico requiere confirmación histológica. La evolución es variable, desde la regresión espontánea hasta la transformación maligna.

Caso clínico: Mujer de 31 años, fumadora, con antecedente de liquen vulvar tratada en el último año con corticoides y tacrolimus tópicos. En seguimiento por ginecología desde hace 1 año por displasia leve LSIL por HPV (citología positiva para HPV 16, 51, 66). Es remitida a dermatología por lesiones vulvares de 1 mes de evolución con ocasional prurito y dolor, además de crecimiento en la última semana. A la exploración se evidenciaron pápulas hiperpigmentadas con distribución en empedrado en región vulvar bilateral. Se realizó biopsia confirmándose el diagnóstico de papulosis bowenoide con positividad para p16 y áreas con índice proliferativo elevado. Tras dos semanas sin realizar ningún tratamiento la paciente acudió a revisión con resolución espontánea del total de las lesiones.

Discusión: La regresión espontánea de la papulosis bowenoide vulvar es variable, siendo la media del intervalo entre el diagnóstico de la enfermedad y la autorresolución de 9,5 meses. Sin embargo, la mayoría de las pacientes son tratadas debido al potencial de transformación maligna (que se estima en un 2,6%), por lo que la verdadera incidencia de la autorresolución podría ser mayor. Se ha asociado la regresión espontánea con la realización de biopsia probablemente desencadenada por una respuesta inflamatoria.

Conclusiones: La rápida regresión espontánea de la papulosis bowenoide en nuestra paciente nos alerta en relación a evitar terapias agresivas al inicio de la enfermedad. Se recomienda un seguimiento periódico para vigilar posibles recidivas.