Hepatitis aguda como única manifestación de sífilis en un paciente inmunocompetente

Ana García García de Paredes, Luis Téllez Villajos, Lara Aguilera Castro, Enrique Rodríguez de Santiago, Carlos Ferre Aracil, Víctor Moreira Vicente

Servicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:230-232

Recibido: 15/10/2014 / Aprobado: 05/01/2015

Resumen

La sífilis es una infección crónica transmitida fundamentalmente por vía sexual que se caracteriza por presentar gran variedad de manifestaciones clínicas. La afectación hepática es poco habitual y suele acontecer en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentamos el caso de un varón de 42 años inmunocompetente con un cuadro clínico de hepatitis aguda colestásica por sífilis. La hepatitis aguda fue la única manifestación que presentó el paciente de secundarismo luético dificultando el diagnóstico. Consideramos importante incluir a la sífilis en el diagnóstico diferencial de la alteración del perfil hepático especialmente en pacientes con factores de riesgo dada su reversibilidad con tratamiento antibiótico adecuado.

Palabras claves. Hepatitis, sífilis, inmunocompetente.

Acute hepatitis as the sole manifestation of secondary syphilis in immunocompetent patient

Summary

Syphilis is a chronic systemic infection mainly transmitted through sexual contact that shows a great variety of clinical

manifestations. Liver involvement is an unusual complication mainly reported in HIV patients. In this case report we present a case of a 42-year-old immunocompetent man with acute cholestatic hepatitis who was finally diagnosed of luetic hepatitis. Liver disease was the only manifestation of syphilis infection difficulty it's diagnostic. We emphasize the importance of including syphilis in the differential diagnosis of abnormal liver function tests in patients at risk of sexually transmitted diseases due to its resolution with appropriate antibiotic treatment.

Key words. Hepatitis, syphilis, immunocompetent.

La sífilis es una infección crónica producida por la espiroqueta *Treponema pallidum* cuyas vías de trasmisión son la sexual y la vertical. Conocida clásicamente como “la gran simuladora” por su capacidad de afectar prácticamente a cualquier órgano, puede presentarse con una gran variedad de manifestaciones clínicas entre ellas la hepatitis. La afectación hepática tiene lugar durante el período de sífilis secundaria en el que existe una diseminación hematogena de las espiroquetas que llegan al hígado originando una hepatitis generalmente de tipo colestásico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años con antecedente de hepatitis aguda por virus de la hepatitis A, enfermedad gonocócica, condilomas acuminados anales, displasia anal de bajo grado en relación con el virus del papiloma humano y consumidor habitual de cocaína. Acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de siete días de evolución de prurito, coluria, fiebre, diarrea, sensación nauseosa y molestias abdominales difusas. Negaba la ingesta de fármacos nuevos o productos de her-

Correspondencia: Ana García García de Paredes
Hospital Ramón y Cajal.
Carretera de Colmenar km 9, 100 28034, Madrid, España
Teléfono móvil: +34 606578982; Fax: +34 913368402
Correo electrónico: anagpparedes@gmail.com

boristería y como único factor de riesgo refería relaciones sexuales anales receptivas sin protección. En la analítica de sangre se destacaba una alteración del perfil hepático: bilirrubina total 2,52 mg/dL (valor normal < 1,20); AST: 168 UI/L (valor normal < 50); ALT: 432 UI/L (valor normal < 40); GGT: 713 UI/L (valor normal < 50); fosfatasa alcalina: 1.044 UI/L (valor normal < 128); LDH: 255 UI/L (valor normal < 240) con leucocitos, plaquetas y actividad de protrombina normales. Ante la sospecha clínica de hepatitis aguda se solicitó un estudio serológico de virus hepatotropos (virus de la hepatitis A, B y E), así como la determinación del RNA del virus de la hepatitis C, con resultado negativo para infección aguda. Las serologías para HIV y virus de la familia *herpesviridae* también descartaron un proceso viral agudo. El estudio de autoinmunidad y de enfermedades por depósito resultó igualmente negativo. La ecografía *doppler* abdominal tampoco reveló alteraciones en el parénquima ni en la vasculatura hepática. En las analíticas realizadas a las dos, cuatro y seis semanas posteriores persistía la alteración en el perfil hepático. A pesar de la ausencia de datos clínicos sugestivos de secundarismo luético o de antecedente de chancro, teniendo en cuenta los factores de riesgo para infección de transmisión sexual que presentaba el paciente, se decidió ampliar el estudio con una serología para sífilis. Las pruebas treponémicas MHA-TP (*Microhemagglutination Assay for Treponema pallidum* "prueba de microhemaglutinación para *Treponema pallidum*") y las no treponémicas RPR (*Rapid Plasma Reagin test* "prueba de la reagina plasmática rápida") fueron positivas a títulos de 1/2.560 y 1/32 respectivamente. El diagnóstico de hepatitis aguda por sífilis se realizó en base a la alteración de las enzimas hepáticas y la serología luética positiva, descartándose razonablemente otras causas de daño hepático, como hepatitis virales, autoinmune, por depósito, tóxica o farmacológica. Se inició tratamiento con penicilina G benzatínica a dosis de 2,4 MU por vía intramuscular en dosis única con posterior normalización de las pruebas de función hepática y de la serología de sífilis no treponémica (RPR). El paciente no desarrolló reacción de Jarisch-Herxheimer.

Discusión

La hepatitis aguda por sífilis es una entidad poco común habiéndose descrito aproximadamente 50 casos en la literatura desde 1960,¹ de modo que la serie más larga publicada consta de siete pacientes.² Generalmente acontece en pacientes con infección por HIV y es poco habitual en pacientes inmunocompetentes.¹ La afectación hepática tiene lugar en el 0,2% de los casos y puede manifestarse meses después de la primoinfección.³ Se produce

como consecuencia de la multiplicación y diseminación hematogena de la bacteria *Treponema pallidum* en la fase secundaria de la infección. Las relaciones sexuales anales receptivas se han propuesto como un factor de riesgo: permitir el paso del microorganismo a la circulación portal desde donde alcanza directamente el hígado.^{4,5} Puede presentarse como una alteración mínima de las pruebas analíticas hepáticas en pacientes con secundarismo luético y exantema palmoplantar o bien como auténticos cuadros clínicos de hepatitis aguda sin otra clínica acompañante, como en el caso presentado.⁶ Es característica la alteración de los parámetros de colestasis con una elevación significativa de los niveles de fosfatasa alcalina.⁷ No obstante, también puede presentarse con daño hepatocelular con predominio de citolisis e incluso en forma de hepatitis fulminante llegando a requerir trasplante hepático.⁸ Siguiendo lo propuesto por Mullick y col en el 2004 para diagnosticar una hepatitis por sífilis, deben darse los siguientes criterios: 1) alteración de los parámetros analíticos de la función hepática; 2) evidencia serológica de infección por sífilis con pruebas treponémicas y no treponémicas positivas; 3) exclusión de otras causas de daño hepático y 4) confirmación de la completa normalización clínica y analítica tras el tratamiento antibiótico adecuado.² La biopsia hepática no es imprescindible para alcanzar el diagnóstico, y en caso de realizarse, mostrará alteraciones histológicas inespecíficas como necrosis periportal, endotelitis, colangitis y pericolangitis; el único hallazgo patognomónico es la detección del *Treponema pallidum* con el microscopio de campo oscuro en el parénquima hepático.¹ La presencia de lesiones cutáneas típicas como el exantema palmoplantar facilita el diagnóstico. El caso presentado tiene como particularidad la afectación hepática como única manifestación de la infección luética en un paciente no HIV, hecho que puede dificultar su diagnóstico.

En conclusión, la afectación hepática por sífilis es poco habitual y puede ser la única manifestación de la enfermedad. Por ello, es importante considerar a esta entidad en el diagnóstico diferencial de la alteración del perfil hepático especialmente en pacientes con prácticas sexuales de riesgo, dado su diagnóstico sencillo y su eficaz tratamiento con penicilina.

Referencias

1. Mandache C, Coca C, Caro-Sampara F, Haberstezer F, Coumaros D, Blicklé F, Andrès E. A forgotten aetiology of acute hepatitis in immunocompetent patient: syphilitic infection. *Journal of Internal Medicine* 2006; 259: 214-215.

2. Mullick CJ, Liappis AP, Benator DA, Roberts AD, Parenti DM, Simon GL. Syphilitic hepatitis in HIV-infected patients: a report of 7 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 100-105.
3. Lee M, Wang C, Dorer R, Ferguson L. A great masquerader: acute syphilitic hepatitis. *Dig Dis Sci* 2013; 58: 923-925.
4. Kim GH, Kim BU, Lee JH, Choi YH, Chae HB, Park SM, Youn SJ, Lee JY, Yoon TY, Sung R. Cholestatic hepatitis and thrombocytosis in a secondary syphilis patient. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 1661-1664.
5. Adachi E, Koibuchi T, Okame M, Sato H, Imai K, Shimizu S, Tsurita G, Oyaizu N, Iwamoto A, Fujii T. Case of secondary syphilis presenting with unusual complications: syphilitic proctitis, gastritis, and hepatitis. *J Clin Microbiol* 2011; 49: 4394-4396.
6. Adachi E, Koibuchi T, Okame M, Sato H, Kikuchi T, Koga M, Nakamura H, Iwamoto A, Fujii T. Liver dysfunction in patients with early syphilis: a retrospective study. *J Infect Chemother* 2013; 19: 180-182.
7. Ridruejo E, Mordoh A, Herrera F, Avagnina A, Mando OO. Severe cholestatic hepatitis as the first symptom of secondary syphilis. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1401-1404.
8. Lo JO, Harrison RA, Hunter AJ. Syphilitic hepatitis resulting in fulminant hepatic failure requiring liver transplantation. *J Infect* 2007; 54: e115-7.