

mi paciente es...

Un empleado de banca de 39 años...



Daniela de Boni Crotti
Profesora adjunta
de Cátedra
de Dermatología.
Hospital de Clínicas.
Montevideo (Uruguay).

Un empleado de banca de 39 años que acudió a la consulta de urgencias por aparición de edemas en miembros inferiores, de 3 días de evolución. El hombre estaba sumamente preocupado porque los edemas, que no mostraban signos de enrojecimiento, calor u otros datos de inflamación aguda, y alcanzaban hasta la raíz del muslo y el abdomen inferior, con compromiso del pene, prepucio y escroto.

Aunque éste era el motivo concreto de la consulta, llevaba ya una temporada con diferentes problemas de salud: hacía una semana que tuvo un cuadro de síntomas respiratorios de vías superiores con tos irritativa y rinorrea, y un mes atrás presentó una erupción cutánea de tronco, asintomática, interpretada por el médico general como reacción alérgica y medicada con loratadina. Como no obtuvo mejoría con la terapéutica antihistamínica, suspendió el tratamiento de motu proprio y a los 15 días se resolvió espontáneamente el cuadro cutáneo.

De los exámenes pedidos en el Servicio de Urgencias se destaca una velocidad de sedimentación globular de 130, y una proteinuria de 7,06 g/l; un sedimento con abundantes hematíes y cilindros hialinos granulados, y una función renal normal.

Con el diagnóstico de síndrome nefrótico ingresó a la sala de medicina para su estudio y tratamiento, el cual se inició con diuréticos.

Al poco tiempo del ingreso volvía a presentar lesiones de piel, por lo que nos llamaron a consulta dermatológica. En la exploración observamos un exantema macular asintomático de tronco y miembros superiores, sin componente epidérmico, de color rosado, de distribución bilateral y con tendencia a la simetría (fig. 1).

En la planta de los pies se podían observar lesiones bilaterales y simétricas caracterizadas por pápulas eritematosas y pardas, pálidas con collarite de descamación periférica (fig. 2). Si se presionaban verticalmente, eran discretamente dolorosas. Se hizo estudio histológico (fig. 3).

Con el tratamiento diurético indicado, el gran edema de miembros inferiores que comprometía desde los maléolos hasta la raíz de los muslos, los genitales (pene, prepucio y escroto) y el abdomen inferior mejoró ostensiblemente.

Aunque el paciente interrogado específicamente no refería contactos sexuales de riesgo, las lesiones cutáneas eran muy sugestivas de sífilis secundaria, pudiendo corresponder la afectación sistémica a un compromiso renal agudo en el seno de esta enfermedad. El test VDRL fue positivo (64) y el FTA absorbido también. Afortunadamente, los estudios para hepatitis B y C fueron negativos, así como las pruebas del VIH.

mi paciente es...

Un empleado de banca de 39 años...



Figura 1. Lesiones del tronco: exantema maculoso, de tono rosado, bilateral y simétrico, de superficie lisa.



Figura 2. Lesiones de plantas de pies: pápulas de tono pardo rosado, de consistencia firme y collarete de descamación periférico.

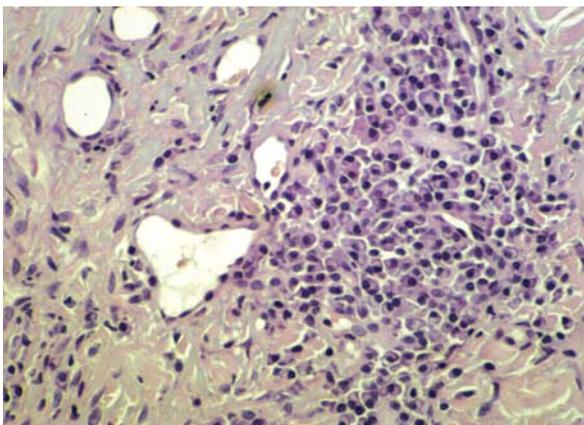


Figura 3. Estudio histológico: infiltrado de células plásmáticas predominante.

Llegados a este punto, el paciente «recordó» unas vacaciones pasadas en las que mantuvo contactos frecuentes con prostitutas sin uso de preservativo.

Se instauró tratamiento con penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, 3 dosis a intervalos semanales. Evolucionó favorablemente, y se le dio el alta a los 13 días, con desaparición de los edemas, desaparición completa de las lesiones y un franco descenso de la proteinuria, de 7,06 a 1,23 g/l.

Nuestro paciente tenía, por tanto, una sífilis secundaria con compromiso renal agudo.

La sífilis es una infección de transmisión sexual, de distribución universal, que no respeta raza, sexo ni edad y cuya incidencia va en un franco aumento desde la aparición del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Primeramente, la propia enfermedad, con la inmunodepresión, favorecía las infecciones y, posteriormente, con los tratamientos que han disminuido la morbilidad, se ha favorecido el uso de prácticas de riesgo sin tanto temor al contagio.

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el comienzo con manifestaciones cutaneomucosas y viscerales, de evolución crónica que alternan con largos períodos sin manifestaciones clínicas.

La sífilis no tratada puede pasar por cuatro estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria. De ellos los dos primeros son contagiosos. La sífilis terciaria hoy en día tiene una incidencia muy baja gracias al tratamiento precoz.

Basándose en antiguos conceptos epidemiológicos (por contagiosidad) y terapéuticos (valorando sobre todo la incidencia de afectación del sistema nervioso central [SNC]), hoy se tiende a agrupar los estadios de la sífilis en dos períodos, que la mayoría de autores aceptan como:

- *Sífilis precoz o temprana* (menos de 1 año de evolución desde el inicio de la infección, según CDC); comprende:
 - Lúes primaria.
 - Lúes secundaria.
 - Lúes latente precoz.

- *Sífilis tardía* (más de 1 año de evolución desde el inicio de la infección); comprende:
 - Lúes latente tardía.
 - Lúes terciaria (benigna, cardiovascular y/o del SNC).

Algunos expertos consideran que el límite entre estos períodos debería ser ampliado. Por ejemplo, la OMS lo sitúa en 2 años, sobre todo a efectos de capacidad infectante.

Más allá de las adenopatías, los dermatólogos no estamos acostumbrados a ver frecuentemente compromiso visceral, del mismo modo que internistas y nefrólogos no piensan en las infecciones de transmisión sexual con estas manifestaciones¹. A pesar de que la sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio, sólo se evidencia habitualmente en la etapa secundaria con adenopatías, en un 70-85 %, frecuentemente suboccipitales, retroauriculares, epitrocleares; manifestaciones del estado general como fiebre, pérdida de peso, decaimiento; afectación faríngea del tipo odinofagia y parches blanquecinos; compromiso neurológico con cefaleas, meningitis asintomática y afectación de pares craneales II y VIII; afectación ocular con epiescleritis, queratitis, uveítis, anormalidades de pupila y otras alteraciones. También es posible el compromiso hepático y óseo con artritis y periostitis. Por último, nos referimos a las manifestaciones gastrointestinales como náuseas y vómitos y úlceras de antro y píloro.

El compromiso renal en la sífilis secundaria tiene una incidencia baja del 0,3 %², dentro de las manifestaciones renales esperables; la proteinuria de rango nefrótico, como la que presentó nuestro paciente, es la más frecuente en la literatura.

Otras manifestaciones renales son el síndrome nefrítico agudo y la glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Histopatológicamente, se observa una glomerulopatía membranosa^{3,4}, cuyo mecanismo fisiopatológico de lesión tisular está producido por el depósito de IgG y C3 contra *Treponema pallidum*.

Deseamos resaltar con este caso la importancia de pensar en un compromiso visceral frente a lesiones típicas de sífilis, así como no olvidarla como causa de síndrome nefrótico, aunque no encontremos manifestaciones cutáneas.

Nuestro paciente se curó de su proceso, y aprendió a ser más cuidadoso con su salud. Eso creemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunte W, al-Ghraoui F, Cohen RJ. Secondary syphilis and the nephrotic syndrome. *Medicina (B Aires)*. 1999;59(3):277-8.
2. Baudagna GB, De Miguel VC, Greco V, Lapadula JR, O'Leary KG, Villaverde ME. Acute nephrotic syndrome associated with secondary syphilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2000;18(8):421-2.
3. Koenig M, Duband S, Thibaudin D, Cathébras P. Rash and nephrotic syndrome: consider syphilis. *Presse Med*. 2005;34(9):657.
4. Soehardy Z, Hayati SN, Rozita M, Rohana AG, Halim AG, Norella K, et al. Subclinical acquired syphilis masquerading as membranous glomerulonephritis. *Med J Malaysia*. 2006;61(4):484-6.