

CARTA CIENTÍFICA

Hepatitis colestásica como forma de presentación de sífilis secundaria



Cholestatic hepatitis as a presentation of secondary syphilis

Se presenta el caso de un varón de 60 años, diabético tipo 2, bebedor de 35 unidades de bebida estándar (UBE) a la semana, que consultó por cuadro de ictericia, coluria y acolia de 5 días de evolución. Negó fiebre o dolor abdominal, no toma reciente de antibióticos, productos de herbolario o aumento de consumo de alcohol u otros tóxicos. No había realizado viajes recientes al extranjero ni había mantenido relaciones sexuales sin protección.

En la exploración presentaba ictericia cutánea y conjuntival y exantema maculopapular de distribución homogénea en tronco, extremidades superiores e inferiores, palmas de las manos y plantas de ambos pies (fig. 1). El abdomen no era doloroso. El perfil hepatobiliar se encontraba alterado, presentando cifras máximas de bilirrubina total de 8,59 mg/dl (bilirrubina directa 7,05 mg/dl), GOT 221 U/l, GPT 410 U/l, GGT 1.527 U/l, FA 1.114 U/l. Discreta leucocitosis inicial, sin neutrofilia y PCR de 45,2 mg/l, que se normalizó posteriormente. La coagulación no presentó alteraciones.



Figura 1 Distribución de las lesiones cutáneas que presentó el paciente. Exantema maculopapular localizado en tronco (izquierda) y palma de la mano (derecha).

Ante datos de colestasis en ascenso se realizaron ecografía abdominal y posteriormente colangiografía RMN, descartándose patología biliar.

Ante sospecha de hepatitis aguda, se realizó estudio de hepatopatía mediante serologías de virus hepatotropos, con los siguientes resultados: VHA, VHC, VHE, VIH, VHS y VVZ negativos, AchBc positivo, CMV y VEB con datos de infección pasada. El estudio de autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, antimúsculo liso, anti-SLA y anti-LKM) fue igualmente negativo. Se completó estudio con alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina e índice de saturación de transferrina (IST), todos ellos normales. Sin embargo, ante la persistencia de exantema cutáneo pruriginoso, se amplió estudio de serologías con rubeola, sarampión, parvovirus, *Borrelia* y LUES, resultando este último positivo.

Tras la positividad de estos resultados, se reinterrogó al paciente y esta vez sí reconoció haber mantenido conductas sexuales sin utilizar métodos de protección. Se diagnosticó de sífilis secundaria y se inició tratamiento con penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades i.m, dosis única. Tras el inicio del tratamiento presentó mejoría significativa de cifras de colestasis, por lo que se decidió el alta hospitalaria. Meses después, el paciente presentó normalización de cifras de bilirrubina y enzimas hepáticas, con resolución completa del exantema.

Las enfermedades de transmisión sexual suponen un problema importante de salud pública, ya que al año se diagnostican unos 376 millones de nuevas infecciones. Es necesario tener presente estas enfermedades en el diagnóstico diferencial, puesto que un rápido diagnóstico permite un tratamiento precoz con resolución del cuadro, disminuyendo así las complicaciones que asocian si pasan desapercibidas¹.

La sífilis es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum*. La manifestación clínica más común es el exantema maculopapular. La afectación hepática es poco habitual (<1% de los casos), aunque se ha visto que este porcentaje aumenta cuando existe coinfección por VIH².

Para el diagnóstico de hepatopatía secundaria a sífilis es necesario cumplir unos criterios: alteración del perfil hepatobiliar que mejora con antibiótico, serología positiva de infección y haber descartado otras causas etiológicas de hepatopatía, mediante pruebas de imagen, serologías y estudio de autoinmunidad³.

Las alteraciones del perfil hepatobiliar suelen presentar carácter colestásico, con aumento de cifras de fosfatasa

alcalina, puesto que se produce una inflamación de la vía biliar secundaria a la infección. Así mismo, también está descrito el hallazgo de granulomas hepáticos en este contexto. Las afectaciones hepáticas suelen ocurrir a partir de la fase de sífilis secundaria, tras la diseminación hematológica del *Treponema*^{2,4}.

Para el diagnóstico de sífilis es necesario que el paciente presente positividad para una prueba treponémica y al menos una no treponémica. La biopsia hepática no es necesaria para el diagnóstico, siendo además difícil la identificación de espiroquetas en el tejido hepático a pesar de las técnicas de inmunohistoquímica o tinción de Warthin-Starry⁵.

El tratamiento consiste en la administración de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades vía i.m., dosis única. Los pacientes suelen presentar mejoría clínica y analítica en el plazo de semanas, siendo rara la evolución a formas graves de insuficiencia hepática⁴.

En conclusión, la afectación hepática secundaria a infección por *T. pallidum* es poco común, no existiendo síntomas específicos para su diagnóstico. Sin embargo, dado el elevado número de casos de enfermedades de transmisión sexual, la sífilis se ha de incluir en el diagnóstico diferencial inicial de toda hepatitis aguda, junto con el VIH y las hepatitis virales.

Autoría

Concepción y diseño del estudio/adquisición de datos/análisis/interpretación de los datos: MR Busta,

MC García y N Mora. Borrador del artículo: MR Busta y M Durà. Aprobación definitiva de la versión que se presenta: MC García y L Fernández.

Bibliografía

1. WHO. Sexual and reproductive health; 2021[consultado 3 Feb 2021]. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/>
2. Honrubia-López R, Rueda-García JL, Burgos-García A, Fernández-Martos R, Mora-Sanz P. Hepatitis aguda como manifestación de sífilis secundaria. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:505–6.
3. Rubio-Tapia A, Hujoel IA, Smyrk TC, Poterucha JJ. Emerging secondary syphilis presenting as syphilitic hepatitis. *Hepatology*. 2017;65:2113–5, <http://dx.doi.org/10.1002/hep.28974>.
4. Ferreira-González L, Rubín de Celis EP, Sesma P. Neurosífilis tras tratamiento de hepatitis sifilítica en un paciente inmunocompetente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30:271–2.
5. Marcos P, Eliseu L, Henrique M, Vasconcelos H. Syphilitic hepatitis: Case report of an overlooked condition. *Clin Case Rep*. 2019;8:123–6.

M. Reyes Busta Nistal*, M. Concepción García Sanchez, Natalia Mora Cuadrado, Miguel Durà Gil y Luis Fernández Salazar

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbusta@saludcastillayleon.es (M.R. Busta Nistal).