

Cartas al Director

Hepatitis sifilítica: caso clínico

Palabras clave: Hepatitis. Sífilis secundaria. Manifestaciones clínicas.

Key words: Hepatitis. Secondary syphilis. Clinical manifestations

Sr. Director:

Tratamos un paciente que acude a urgencias por presentar un cuadro de astenia de un mes de evolución, asociada a una ictericia indolora de varios días de evolución. Como antecedentes personales destacan la presencia de enfermedad por reflujo y duodenitis erosiva sometida a tratamiento erradicador hacía 5 años, sin tratamiento en la actualidad. Como antecedentes de riesgo de hepatopatía destacaban relaciones sexuales de riesgo hacía 4 meses. A la exploración física destacaba un tinte icterico de piel y mucosas, sin otros datos exploratorios de interés. En la analítica extraída a su llegada al hospital destacaba un recuento y fórmula leucocitaria normal, un aumento de la bilirrubina total (5,46 mg/dl) a expensas de la bilirrubina directa (4,30 mg/dl), elevación de aspartato aminotransferasa (AST), 128 U/l (valor normal < 39), alanina aminotransferasa (ALT), 357 U/l (valor normal < 40), fosfatasa alcalina (FA), 743 U/l (valor normal < 129) y gamma-glutamilttransferasa (GGT), 1083 U/l (valor normal < 50) (Fig. 1). Los parámetros de coagulación se mostraban dentro de la normalidad. Se realizó una ecografía abdominal que resultó ser normal. *Evolución:* dado el buen estado general del paciente y la ausencia de datos de insuficiencia hepatocelular, el paciente fue dado de alta, siendo citado en la consulta externa para completar estudio. Se solicitó serología viral A, B y C, virus de la inmunodeficiencia

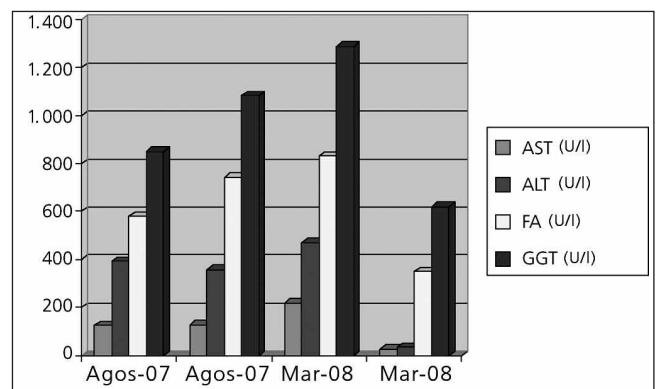


Fig. 1.

humana, VEB, virus herpes simples 1 y 2, CMV, serología de bacterias atípicas que incluía *Clamidia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetti* y *Legionella*, resultando todas ellas negativas para infección aguda. Se realizó estudio para despistaje de infección por *Brucella*, *Salmonella Typhi* y *Paratyphi*, siendo el resultado negativo. Con el fin de descartar origen autoinmune se solicitaron, ANA, AMA, anti-LKM, anticuerpos anti-músculo liso y pANCA siendo todos ellos negativos. El estudio del metabolismo férrico, el cobre en orina y ceruloplasmina resultaron ser normales, al igual que la alfa-1 antitripsina. Durante este periodo se objetivó una normalización de los niveles de bilirrubina y aminotransferasas, persistiendo elevadas las cifras de fosfatasa alcalina (832 U/l) y GGT (1289 U/l). El paciente refiere en la consulta la presencia de pequeñas lesiones maculares, eritematosas, no confluentes, distribuidas por tronco, espalda, ambas extremidades, palmas y plantas (Figs. 2 y 3).

Dados los antecedentes de relaciones sexuales de riesgo y las lesiones cutáneas, se solicitó serología luética, que resultó ser positiva, mostrando un reactante de plasma rápido (RPR) 1/64 y un título de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) de 1/1280 validado con el test de ELISA, por lo que se instauró tratamiento con penicilina G benzatina a dosis de



Fig. 2.

2,4 mill. UI/semana durante 4 semanas. El paciente en la actualidad se encuentra asintomático desde el punto de vista clínico, con normalización de los parámetros analíticos (descenso de los niveles de RPR x 4 respecto previo) con persistencia a título bajo de TPHA (1/20) y mejoría de las manifestaciones cutáneas. En la actualidad realiza seguimiento por la Unidad de Infecciosos de nuestro hospital. *Diagnóstico:* hepatitis sifilítica.

Discusión

La hepatitis sifilítica presenta una incidencia cada vez menor, dados los métodos de diagnóstico precoz y tratamiento de los que se disponen en la actualidad. Se produce como consecuencia de la invasión del hígado por espiroquetas en la fase de diseminación. Analíticamente se caracteriza por una elevación muy marcada de fosfatasa alcalina, así como por presentar serología luética positiva. Creemos que la sífilis debería incluirse



Fig. 3.

en el diagnóstico diferencial de hepatitis de predominio colestásico y en los casos de hepatitis de etiología no filiada, más aún si se trata de grupos de riesgo.

C. Albandea Moreno, V. M. Aguilar Urbano, R. Rivera Irigoín, J. Gonzalo Marín, J. M. Rosales Zabal, A. Moreno García, F. Fernández Pérez, G. García Fernández, A. Pérez Aisa, I. M. Méndez Sánchez y A. Sánchez Cantos

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Bibliografía recomendada

1. Rodríguez Gil FJ, López Ávila A. Hepatitis sifilítica como primera manifestación de sífilis secundaria. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29(10): 652-4.
2. Schlossberg D. Syphilitic hepatitis: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 552-3.
3. Young MF, Sanowski RA, Manne RA. Syphilitic hepatitis. *J Clin Gastroenterol* 1992; 15: 174-6.