



Hepatitis sifilítica: una patología “poco frecuente”

A. DE MIGUEL GÓMEZ, J.R. BENEDICTO SÁNCHEZ
Médicos de Familia
Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Syphilitic hepatitis: “a non-frequent” pathology

RESUMEN

La Atención Primaria (AP) tiene un importante papel en diversas patologías, que por su baja incidencia no tenemos presente y una vez diagnosticadas, derivamos a Atención Especializada, en ocasiones por no tener claro su manejo. Se presenta el caso de un varón de 57 años, homosexual, con múltiples contactos de riesgo, que debuta con una balanitis seguida de un cuadro de malestar general, febrícula, ictericia, coluria y hepatomegalia. El estudio realizado nos confirma un cuadro de hepatitis aguda de “causa incierta”, toda vez descartada etiología viral y tóxica. En el desarrollo del caso clínico veremos cómo se llega al diagnóstico de hepatitis sifilítica y su curación completa. El manejo siempre se ha realizado desde AP, manteniendo la atención integral al individuo y gracias al trabajo en equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Hepatitis sifilítica. Atención Primaria.

ABSTRACT

Primary Care has an important role dealing with several pathologies. However, due to its little effect and sometimes an unknown control of them we resort to Specialized Care once they are diagnosed. A 57 year old man, homosexual, involved in many risky sexual intercourse, appears with a balanitis followed by general discomfort, fever, jaundice, coluria and hepatomegaly. The study confirms us an “Acute Hepatitis” of “unknown reason”, ruling out viral etiology and toxic. In the development of this clinic case we see how it develops to Syphilitic Hepatitis and its complete cure. The management of the pathology has always been made from Primary Care maintaining a total attention to the patient and thanks to a multidisciplinary group.

Key words: Syphilitic Hepatitis. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

No es infrecuente encontrarnos en la consulta con cuadros de astenia, febrícula y dolor en hipocondrio derecho, entre otros síntomas, diagnosticando hepatitis aguda. La mayoría de las ocasiones son de causa viral. Cuando esta posibilidad se descarta por serología solemos derivar al paciente a Atención Especializada para estudio. En nuestro caso, tras una valoración exhaustiva de la anamne-

sis, de la exploración física, y sobre todo los antecedentes personales, llegamos al diagnóstico de sospecha, descartando siempre otras causas. La remisión completa nos dió el diagnóstico de certeza.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 57 años que no refiere ingesta de medicamentos hepatotóxicos. Consumo de alcohol moderado (<20 g/día). Múltiples contactos sexuales no

Aceptación: 27-11-01

protegidos, con distintas parejas. Consulta por probable balanitis, con bordes del prepucio engrosados que impiden valorar glande, prescribiéndose un antimicótico tópico. Dos semanas después, comienza con un cuadro de malestar general, astenia y febrícula. A los 3 días del inicio de esta sintomatología, presenta fiebre elevada durante 2 días y comienza con ictericia y coluria. A la exploración física destaca hepatomegalia indolora de 2-3 cm que se confirma por pruebas de imagen (ecogenicidad aumentada pero homogénea, sin otras lesiones valorables). El hemograma muestra Hb 11,6 g/dl, Hto 35%, leucocitos 5.890/ μ l con fórmula normal. Coagulación normal. La bioquímica mostró GOT 187 UI/L, GPT 231 UI/L, Gamma-GT 849 UI/L, FA 1132 UI/L, es decir, un patrón colestásico. El resto de los parámetros dentro de los límites normales. Se solicitan marcadores de hepatitis vírica siendo negativos.

Una semana más tarde, vuelve a consulta por aparición de lesiones eritematosas en ambas palmas y antebrazos, pruriginosas, de 3 días de evolución. Ante la sospecha clínica y las prácticas de riesgo se solicita serología de sífilis que confirma el diagnóstico de LUES con títulos de RPR 1/256, TPHA 1/1280 y FTA-ABS +++++. VIH-.

Se pauta tratamiento con Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI y la mejoría clínica es espectacular, así como la normalización de las transaminasas, cuyos valores a los 15 días de instaurado el tratamiento eran GOT 21 UI/L, GPT 31 UI/L. La FA también era normal (159 UI/L), aunque aún persistía Gamma GT 75 UI/L (trabaja en un bar y dudamos de consumo de alcohol). La ecografía abdominal demostró desaparición de la hepatomegalia. El RPR había descendido hasta títulos de 1/128, lo que indicaba evolución a la curación.

Por último, se solicitó nueva serología viral a los 3 meses de iniciado el cuadro, para descartar "período ventana".

Ante la mejoría clínica, analítica y ecográfica de la hepatitis, sin causa viral, medicamentosa o tóxica que justifique el cuadro y evolucionando hacia la curación tras tratamiento con Penicilina G Benzatina, se confirma el diagnóstico de hepatitis sífilítica.

DISCUSIÓN

La importancia de este caso reside en la baja incidencia del mismo, pues no son frecuentes las manifestaciones hepáticas en la sífilis, menos aún como síntomas iniciales y excepcionales las que cursan con un patrón de colestasis. La hepatitis sífilítica se distingue por fosfatasa alcalina sérica elevada, histología inespecífica distinta a la de la hepatitis viral y que consiste en inflamación moderada por linfocitos y leucocitos PMN, discreta lesión hepatocelular y ausencia de colestasis¹. Consideramos necesario un cierto grado de sospecha clínica en los casos de he-

patitis aguda de causa incierta, pues la sífilis podría ser considerada como posible causa, siempre en ausencia de otros signos y hallazgos analíticos que orienten a otras etiologías².

Algunos autores consideran imprescindible para el diagnóstico de hepatitis sífilítica los hallazgos microscópicos en la biopsia hepática³, además de las características clínicas, psicológicas y analíticas; sin embargo, encontramos apoyo en la literatura, pues diversos estudios han demostrado que no siempre es posible la visualización de treponemas en el hígado. Su presencia es criterio diagnóstico, pero la no visualización no lo excluye⁴.

El patrón colestásico en la hepatitis sífilítica es raro, siendo más importante el grado de colestasis que el de histolisis (ésta suele ser moderada)⁵. Las manifestaciones hepáticas agudas en la sífilis son más frecuentes en personas con prácticas homosexuales⁶, además de facilitarse la transmisión de la infección por VHB pudiendo enmascarar la verdadera etiología de la hepatitis y atribuirle a causa viral, en nuestro caso descartada por serología⁷.

La hepatitis por tóxicos (metales pesados, paracetamol, citostáticos,...) en principio queda descartada por el patrón colestásico, ya que en estos casos suele ser de citolisis intensa, además de que algunos alteran la función renal⁸, siempre normal en nuestro caso.

No es infrecuente la asociación de hepatitis aguda sífilítica con síndrome nefrótico⁹, aunque en ningún momento se presentó en este paciente. También se puede asociar a artritis, intolerancia a los hidratos de carbono,...¹⁰.

En nuestro repaso por la literatura publicada al respecto en los últimos 20 años, hemos comprobado un punto común como criterio diagnóstico: la remisión de la clínica, normalización de las transaminasas y negativización de la serología tras el tratamiento con Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI¹¹, como ocurrió en nuestro caso.

Especialmente importante se concluye de lo expuesto el interés de su diagnóstico, pues se trata de una patología subsidiaria de curación con tratamiento adecuado. Queremos hacer hincapié en que todo el proceso evolutivo puede ser llevado desde Atención Primaria, como así ha sido en nuestra experiencia.

AGRADECIMIENTOS

Quisieramos expresar nuestro agradecimiento a Dña. Marisa Pardo Pastoris y a Dña. Susana Martínez Otón por su colaboración en este artículo.

CORRESPONDENCIA:

José Ramón Benedicto Sánchez
C/ Pintor Balaca, 31, 8º B. Edf. Alejandría.
30203 Cartagena. Murcia
Telf.: 617 77 32 49
e-mail: josebenedicto@eresmas.com

Bibliografía

1. Lukehart SA, Holmes KK. Sífilis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª ed. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana de España, 1994. p. 846-58.
2. Gschawantler M, Gulz W, Schrutka-Kolbl C, Kogelbauer G, Schober G, Bibus B, et al. Hepatitis aguda como síntoma inicial de la hepatitis secundaria. *Dtsch Med Wochenschr* 1996; 47: 1457-61.
3. Balikocioglu A, Quaidoo E, Vulentin JC, Trotman BW. Hepatitis y glomerulonefritis en sífilis secundaria. *J Assoc Acad Minor Phys* 1991; 2: 72-5.
4. Roge G, Husson JM, Biclet P, Camilleri JP, Amat D, Roge F, et al. ¿Existe la afectación hepática en la sífilis secundaria? A propósito de dos casos. *Nov Presse Med* 1979; 41: 3335-8.
5. Guillaume JC, Lejonc JL, Touraine R. Hepatitis y sífilis secundaria. *Annual Dermatologic Venereologic* 1981; 3: 253-6.
6. Mulder AH. Sífilis Primaria con síntomas de hepatitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 24: 973-5.
7. Bratos MA, Eiros JM, Orduna A, Cuervo M, Ortiz de Lejarazu R, Almaraz A, et al. Influencia de la sífilis en la transmisión de la Hepatitis B en un grupo de prostitutas. *Sexual Transmission Disease* 1993; 5: 257-61.
8. Ortiz Marín M, Ramos Rincón JM, Alberca F, Arribas Ros JP. Hepatitis colestásica probablemente inducida por ticlopidina en mujer con hipotiroidismo. [Carta] *MEDIFAM* 2001; 11: 106-8.
9. Tang AL, Thin RN, Croft DN. Síndrome nefrótico y hepatitis en sífilis temprana. *Postgrad Med J* 1989; 65: 14-5.
10. Williams WC, Marion GS. Sífilis secundaria que cursa con artritis, hepatitis e intolerancia a los hidratos de carbono. *J Fam Prac* 1987; 25: 509-11.
11. Duffaut M, Gailemin C, Arlet P, Botreau Y, Le Tallec Y. Hepatitis B y sífilis secundaria. A propósito de 3 casos. *Nov Presse Med* 1980; 9: 2845-6.