

SÍFILIS SECUNDARIA CON COMPROMISO PULMONAR

JERÓNIMO CAMPOS¹, GLENDA ERNST¹, CARINA SIMIONATO², MARTÍN FERRARO³,
FÉLIX VIGIVICH⁴, ALEJANDRO SALVADO¹

¹Centro de Medicina Respiratoria, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de Radiología, ⁴Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

Resumen La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*. Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad, que consultó por fiebre de 38°, dolor torácico en puntada de costado y lesiones pruriginosas en piel. Se realizó examen de laboratorio de sangre periférica, radiografía y tomografía de tórax. Recibió tratamiento antibiótico y fue diagnosticada como neumonía aguda de la comunidad. Debido a la respuesta parcial de los síntomas y persistencia de lesiones pruriginosas se realizó biopsia de piel que informó *Treponema pallidum*, el cual fue confirmado con test serológico VDRL y FtA-abs positivo. La paciente recibió 4 dosis de penicilina G benzatínica con favorable evolución de las lesiones en piel y mejoría de las imágenes radiológicas.

Palabras clave: sífilis secundaria, compromiso pulmonar, TAC de tórax, test serológicos de sífilis

Abstract *Secondary syphilis with pulmonary involvement.* We present the case of a 62-year-old woman who consulted for fever (38°), stabbing thoracic pain (on one side), and pruritic skin lesions. She underwent peripheral blood tests, chest X-rays and CT. Her symptoms were interpreted as severe community-acquired pneumonia. After a treatment with antibiotics, her skin lesions persisted, and other symptoms were only partially relieved. A skin biopsy was performed, which revealed *Treponema pallidum*. Such finding was confirmed through positive serum VDRL and FTA-ABS tests. The patient received 4 doses of benzathine penicillin G with favorable evolution of skin lesions and improvement of radiological images.

Key words: secondary syphilis, lung involvement, thoracic CT, serum test for syphilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*¹. Previo a la era antibiótica esta enfermedad se presentaba mayoritariamente como sífilis congénita y terciaria². Desde 1980, un raro tipo de presentación secundaria aumentó su incidencia, alcanzando a más de 2% de las enfermedades de transmisión sexual, probablemente asociado al HIV^{3, 4}.

Los síntomas de la sífilis secundaria presentan compromiso sistémico, caracterizados por erupciones cutáneas rojizas pruriginosas, lesiones de mucosa, fiebre, *condiloma lata*, artromialgias, astenia, pérdida de peso y linfadenopatías, como también hepatitis y

esplenomegalia como manifestación de diseminación hematológica^{5, 6}. Sin embargo el compromiso pulmonar es extremadamente raro^{2, 5}. De no realizar un tratamiento adecuado y a tiempo las complicaciones son el desarrollo de sífilis latente, terciaria y/o el compromiso neurológico y cardiovascular^{7, 8}.

Informamos el caso de una paciente que fue diagnosticada y tratada como una neumonía aguda de la comunidad, sin mejoría de signos y síntomas. Presentaba infiltrados pulmonares nodulares irregulares bilaterales y lesiones cutáneas pruriginosas que hicieron sospechar otro diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 62 años de edad, con antecedentes de psoriasis, no tabaquista, divorciada, ama de casa, consultó por guardia por disnea mMRC CF I, fiebre 38°, asociada a dolor torácico, tipo puntada de costado izquierdo, de 10 días de evolución. Al interrogatorio refería haber comenzado un mes atrás con mialgias, artralgias, registros subfebriles y lesiones pruriginosas en piel.

Recibido: 21-III-2019

Aceptado: 7-VIII-2019

Dirección postal: Dr. Jerónimo Campos, Laboratorio Pulmonar, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdiel 74, 1280 Buenos Aires, Argentina

e-mail: Jeronimo74@hotmail.com

Al examen físico se encontraba afebril, saturaba 98% al 0.21%. Presentaba adenopatías cervicales bilaterales, buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados asociado a dolor de puntada de costado izquierdo. Múltiples lesiones máculo-pápulas, rojizas, pruriginosas en región anterior de tórax, dorso, abdomen, miembros inferiores y región inguinal bilateral (Fig. 1A). No presentaba lesiones en mucosas. El resto de examen físico sin particularidades.

Los exámenes de laboratorio solicitados por guardia presentaban hematocrito 40%, glóbulos blancos 5500 mm³, plaquetas 420 000 por mcl, eritrosedimentación (ERS) 63 mm/h, LDH 421 mU/ml, urea 30 mg/dl, bilirrubina total 1.2 mg/dl, FAL 1004 U/l, TGO 87 U/l, TGP 176 U/l.

Se realizó una radiografía de tórax que presentó una opacidad nodular en campo inferior izquierdo (Fig. 2A). Fue medicada con levofloxacina 750 mg por 10 días interpretando el cuadro como una neumonía aguda de la comunidad y se solicitó una tomografía de tórax sin contraste endovenoso para valoración de infiltrados pulmonares. La tomografía de tórax realizada a los 10 días del tratamiento antibiótico, presentaba

una opacidad de contornos irregulares de aspecto adherencial subpleural en llingula, con una pequeña cavitación central y bandas atelectásicas de hipoventilación con broncograma en lóbulo medio y de menor tamaño en lóbulo inferior derecho. No presentaba adenomegalias axilares ni mediastinales (Fig. 2 B y D).

Se solicitó un nuevo examen de laboratorio que mostró serología negativa para HIV, hepatitis B y C. Además, se observó ERS 76 mm/h, B₂ microglobulina 3 mg/l, TGO 68 U/l, TGP 107 U/l, GGT 174 U/L y perfil inmunológico negativo.

En controles posteriores por consultorio externo de Neumología la paciente evolucionó afebril, continuando con dolor torácico en puntada de costado y persistencia de lesiones pruriginosas en piel. Se solicitó ecografía abdominal para descartar signos de colestasis, que mostró vesícula multilitiásica de paredes finas, vía biliar intra y extra hepática no dilatadas.

Luego de un mes, se solicitó una tomografía de tórax de control, con persistencia de opacidad subpleural en llingula, aparición de una imagen más pequeña de similares características en LM (lóbulo medio) y mejoría de las bandas atelectásicas en LM y (lóbulo inferior derecho).

Fig. 1.- A) Se observan múltiples lesiones máculo-pápulas, rojizas en piel en región anterior de tórax. B) Dermatitis que reúne rasgos liquenoides y psoriasiformes. H&E |100x. C) Positividad para la demostración inmunohistoquímica de *Treponema pallidum* en epidermis

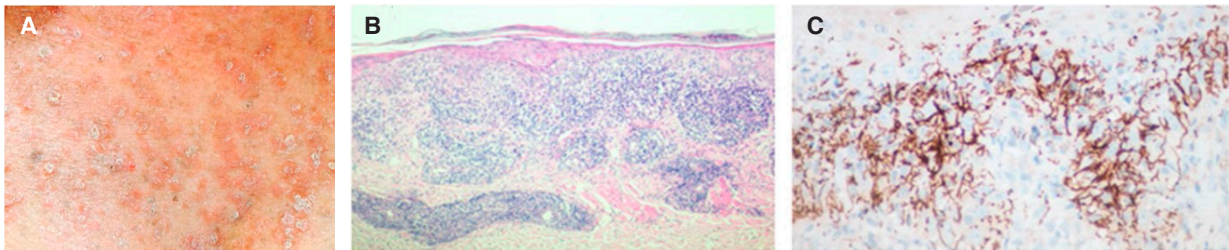
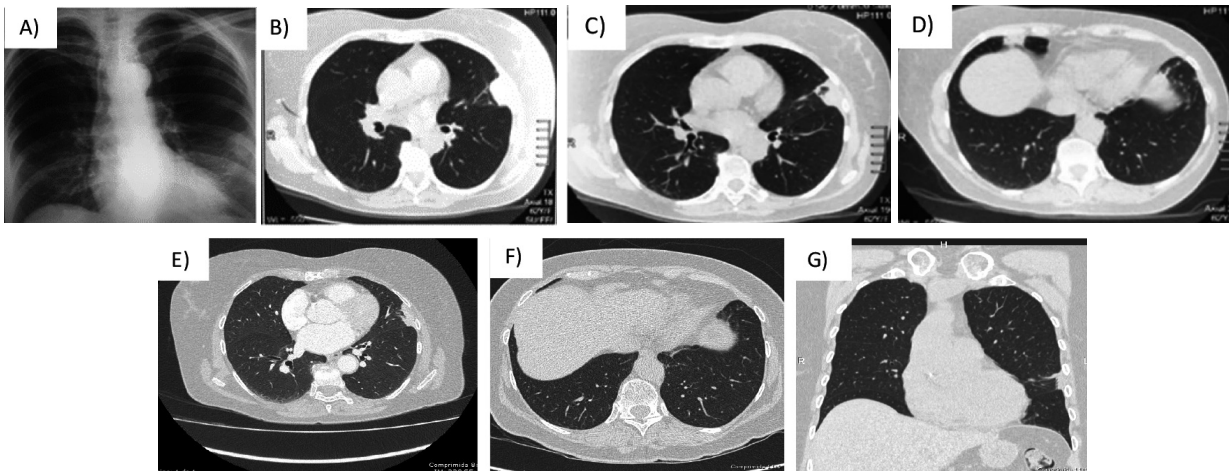


Fig. 2.- A) Rx. Tórax, frente. Se observa una opacidad de bordes ligeramente irregulares, que muestra proyección pleural/subpleural al nivel del 5o. arco costal izquierdo. No se identifican otras imágenes a consignar. B-D) Tomografía de tórax. Cortes axiales de tomografía computarizada, ventana de pulmón. Banda de aspecto adherencial/atelectásico en la base pulmonar derecha. Consolidación con broncograma aéreo a nivel del segmento lingular inferior, con amplio contacto pleural. E-G) Tomografía de tórax. Cortes axiales y coronales ventana de parénquima. Opacidad focal con contacto pleural asociado a tractos cicatrizales en llingula de menor tamaño con relación al estudio previo.



Se decide derivación al servicio de Dermatología para biopsia de lesiones en piel, que una vez investigadas dieron resultado positivo para *Treponema palidum* (Fig. 1 B y C).

Se solicitó test serológico, que resultó VDRL reactiva 512 dils y FTA-ABS reactivo, confirmando el diagnóstico de sífilis. Se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica 2 400 000 UI por 4 semanas.

Al re-interrogatorio informó una relación extramatrimonial durante el año de su separación, que supone origen de la infección.

Luego de un mes de tratamiento presentó favorable evolución de lesiones pruriginosas en piel, dolor torácico y parámetros de laboratorio.

Luego de 6 meses se repitió la tomografía de tórax que evidenció mejoría significativa de las opacidades pulmonares que adoptaron un aspecto adherencial-cicatrizal. (Figura 2 E-G).

Se interpretó el caso como sífilis secundaria con compromiso pulmonar con evolución favorable luego del tratamiento médico.

Discusión

La sífilis con compromiso pulmonar es una enfermedad muy rara en la actualidad. Desde 1967 hasta 2015 se han informado solo 16 casos en todo el mundo; solo 2 fueron pacientes con HIV, todos presentaron lesiones en piel, sin embargo se manifestaron por diferentes patrones radiológicos y solo a 3 pacientes se les realizó fibrobroncoscopia (de los cuales a 2 se les realizó biopsia transbronquial, sin resultados concluyentes)^{2, 9, 10}.

Se han descrito diferentes patrones de compromiso pulmonar a través de los años. Las lesiones pulmonares pueden aparecer como infiltrados, consolidaciones o nódulos, solitarios o múltiples con predominio subpleural, (principalmente en llingula, lóbulo medio y lóbulos inferiores), con o sin derrame pleural, patrones retículo-nodulares y linfadenopatías^{2, 11, 12}.

Debido a los diferentes patrones radiológicos y la diversidad de sus características clínicas es importante tener cuenta otros diagnósticos diferenciales, especialmente en coinfectados con HIV. Sir William Osler nombró a la sífilis como la gran imitadora¹³. Deben descartarse tumores (linfoma, sarcoma, metástasis); infecciones (bacterianas, micóticas, tuberculosas, por *Rhodococcus*, o por *Nocardia*) y enfermedades sistémicas (granulomatosis Wegener, sarcoidosis, Síndrome Rendu-Osler-Weber)².

Dentro de los estudios complementarios se reconocen a los test serológicos, (treponema y no treponema), como el mejor método para el diagnóstico de la sífilis; siendo considerado el FTA-ABS como el *Gold Standard* con una alta sensibilidad y especificidad¹⁴.

Debido a la variedad de síntomas y la dificultad diagnóstica Coleman et al. propusieron 5 criterios diag-

nósticos para la sífilis secundaria con compromiso pulmonar: 1) Hallazgo de historia y examen físico; 2) Test serológicos positivos; 3) Infiltrados radiológicos; 4) Exclusión de otras causas; 5) Mejoría de las imágenes radiológicas luego del tratamiento médico¹⁵.

El caso descrito cumplió con los 5 criterios propuestos por Coleman¹⁵, llegando al diagnóstico de sífilis secundaria con compromiso pulmonar. Si bien al comienzo de su consulta fue tratada como una neumonía aguda de la comunidad, las imágenes de tórax eran inespecíficas, lo cual hacía sospechar diferentes diagnósticos diferenciales, entre ellos neoplasias y enfermedades sistémicas.

Está recomendado la administración de penicilina G benzatínica 2 400 000 UI en dosis única como tratamiento de primera línea. En los casos de pacientes alérgicos a la penicilina, la doxiciclina es una alternativa, como así también el uso de tetraciclinas y claritromicina.

Hoy en día la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que se observa con baja frecuencia. Si bien el compromiso pulmonar es muy raro, en aquellos pacientes que presentan lesiones en piel tipo macular o máculo-pápulas, alteraciones del hepatograma o signos de afección sistémica e infiltrados pulmonares con predominio de lóbulo medio, llingula o lóbulos inferiores, se puede sospechar el diagnóstico de sífilis con compromiso pulmonar. En contraste con la evolución clínica, la resolución o involución de los infiltrados pulmonares puede ser bastante prolongada.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Lee V, Kinghorn G. Syphilis: an update. *Clin Med* 2008; 8: 330-3.
2. Gary D, Perpoint T, Boibieux A, et al. Secondary pulmonary syphilis: Report of a likely case and literature review. *Clin Infect Dis* 2006; 42: e11-5
3. Cohen CE, Winston A, Asboe D, et al. Increasing detection of asymptomatic syphilis in HIV patients. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 217-9.
4. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research, 2008. En: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>; consultado julio 2018.
5. Biro L, Hill AC, Kuflik EG. Secondary syphilis with unusual clinical and laboratory findings. *JAMA* 1968; 206: 889-91.
6. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. *Infectio* 2008; 12: 349-57.
7. Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 448-52.
8. Wohrl S, Geusau A. Clinical update: syphilis in adults. *Lancet* 2007; 369: 1912-4.

9. Kim SJ, Lee JH, Lee ES, et al. A case of secondary syphilis presenting as multiple pulmonary nodules. *Korean J Intern Med* 2013; 28: 231-5.
10. Ohta A, Furusyo N, Kishihara Y, et al. A case of secondary syphilis with pulmonary involvement. *Intern Med* 2018; 57:121-6.
11. Olson AL, Gutman JA, Wlesh CH. A 50-year-old man with skin lesions and multiple pulmonary nodules. *Chest* 2004; 125: 2322-7.
12. Geer LL, Warshauer DM, Delany DJ. Pulmonary nodule in secondary syphilis. *Australas Radiol* 1985; 29: 240-2.
13. Park SY, Kang JH, Roh JH, et al. Secondary syphilis presenting as a generalized lymphadenopathy: clinical mimicry of malignant lymphoma. *Sex Transm Dis* 2013; 40: 490-2.
14. Sokolovskiy E, Frigo N, Rotanov S, et al. Guidelines for the laboratory diagnosis of syphilis in East European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 623-32.
15. Coleman DL, McPhee SJ, Ross TF, et al. Secondary syphilis with pulmonary involvement. *West Journal Med* 1983; 138: 875-8.

De las enfermedades de este año

Este año los ciegos no verán casi nada, los sordos oirán bastante mal, los mudos apenas hablarán, los ricos se portarán un poco mejor que los pobres, y los sanos mejor que los enfermos []. Vejez será incurable este año a causa de los años pasados. Los pleuréticos tendrán un gran dolor en el costado. Los flojos de vientre pasarán a menudo por el asiento agujereado; los catarros descenderán este año del cerebro a los miembros inferiores, el dolor de ojos afectará la vista; [] Y reinará casi universalmente una enfermedad muy horrible y temible, maligna, perversa, espantosa y desgraciada, la cual sorprenderá a todo el mundo y por la cual muchos no sabrán de qué madera hacer flechas, y a menudo delirarán y harán silogismos en la piedra filosofal y en las orejas de Midas. Tiemblo de miedo cuando pienso en ella, pues les digo que será epidémica, y la llama Averroes, en Colliget: falta de dinero.

François Rabelais (1494-1553)

Pronosticación pantagruélica cierta, verdadera e inefable para el año perpetuo.
En: Cartas, almanques y siomaquia, 1ª. Ed., Buenos Aires: Dedalus, 2010; p 105