

Sífilis simulando enfermedad neoplásica

Lavena Marzio A, Failo A, Catalano HN

Servicio de Clínica Médica. Hospital Alemán. Sociedad Argentina de Medicina. Buenos Aires. Argentina

Recibido: 17/07/2016

Aceptado: 29/11/2016

En línea: 30/12/2016

Citar como: Lavena Marzio A, Failo A, Catalano HN. Sífilis simulando un caso de enfermedad neoplásica. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Dic); 1(1): 4-6.

Autor para correspondencia: Hugo Norberto Catalano. hugoncatalano@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Sífilis
- ▷ Neoplasia de pulmón
- ▷ Nódulos

Resumen

La sífilis, llamada también "la gran simuladora", es una enfermedad sistémica de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se presenta en dos diferentes estadios: sífilis temprana y tardía. La primera, constituida por la sífilis primaria, secundaria y latente temprana, ocurre en el primer año de adquirida la enfermedad. La segunda, correspondiente a la sífilis latente tardía y terciaria, se presenta más allá de dicho periodo. La expresión clínica difiere de acuerdo al estadio. Puede afectar a una amplia gama de sistemas del organismo, siendo la piel el órgano más frecuentemente afectado. Se presenta el caso de una paciente con lúes simulando enfermedad neoplásica.

Keywords

- ▷ Syphilis
- ▷ Lung cancer
- ▷ Nodules

Abstract

*Syphilis, also known as "the great simulator", is a systemic sexually transmitted disease caused by the spirochae-
 te Treponema pallidum. There are two different stages: early and late syphilis. The first, consisting of primary,
 secondary and early latent syphilis, occurs during the first year since the disease is acquired. The second, which
 includes late latent and tertiary syphilis, occurs after the first year. Clinical expression differs according to the
 stage. It can affect a wide range of organ systems, skin being the most commonly affected organ. Alerts on the
 case of a patient with syphilis simulating neoplastic disease.*

Puntos destacados

- ▷ Ante presunción de enfermedad neoplásica, pensar en formas raras de enfermedades prevalentes.
- ▷ Sospechar lúes ante manifestaciones sistémicas acompañadas de lesiones en piel.

Historia clínica

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad, con antecedentes de tabaquismo severo (30 paquetes/año), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), internaciones a repetición por reagudización de enfermedad pulmonar, enfermedad coronaria y osteoporosis. Ingresó a nuestra institución para estudio de nódulo pulmonar asociado a nódulos hepáticos evidenciados en tomografía computarizada (TC) de tórax solicitada por médico neumólogo de cabecera (**Figuras 1 y 2**).

Dichas lesiones resultaron hipercaptantes en tomografía de emisión de positrones (PET) solicitada por alta sospecha de enfermedad neoplásica.

Al interrogatorio refería cefalea holocraneana de 45 días de evolución, con requerimiento analgésico y dolor abdominal ocasional en hipocondrio derecho, asociado a lesiones maculopapulares no pruriginosas generalizadas de 3 semanas de evolución, interpretado inicialmente como farmacodermia por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos.

Introducción

La sífilis es una enfermedad sistémica de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se presenta en dos diferentes estadios: sífilis temprana y sífilis tardía. La primera, constituida por la sífilis primaria, secundaria y latente temprana, ocurre en el primer año de adquirida la enfermedad. La segunda, correspondiente a la sífilis latente tardía y terciaria, se presenta más allá de dicho periodo. La expresión clínica difiere de acuerdo al estadio. Puede afectar a una amplia gama de sistemas del organismo, siendo la piel el órgano más frecuentemente afectado. Se presenta el caso de una paciente con lúes simulando enfermedad neoplásica.

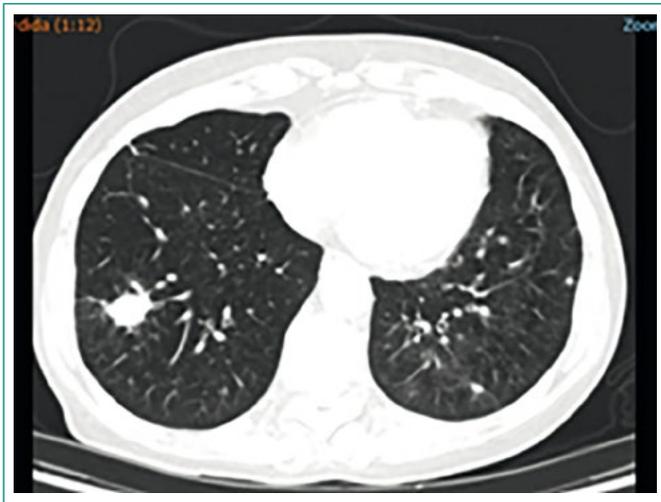


Figura 1. TC de abdomen. Nódulo pulmonar

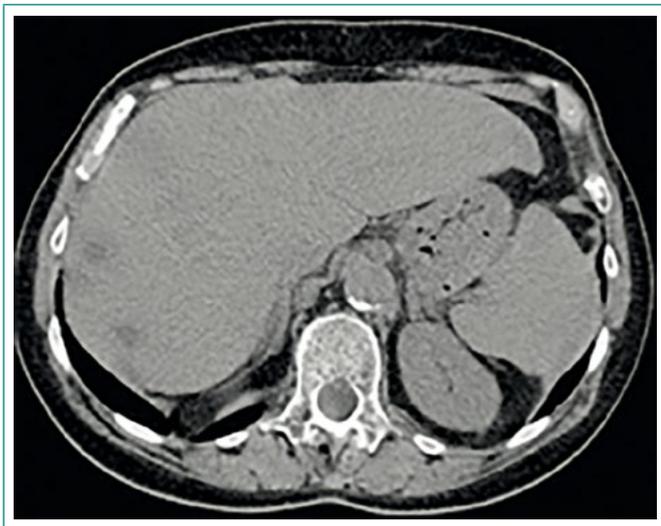


Figura 2. TC de abdomen. Nódulos hepáticos

Exploración física

Al examen físico de ingreso se encontraba subfebril (temperatura axilar de 37,8 °C), taquipneica en reposo (30 respiraciones por minuto), con hipoventilación bibasal, sibilancias aisladas, estertores crepitantes en base izquierda, asociado a eritema maculopapular generalizado a predominio de miembros, sin respetar plantas ni palmas. Sin signos de foco neurológico.

Pruebas complementarias

En el laboratorio presentaba anemia normocítica normocrómica (hematocrito 30%), leucocitosis a predominio neutrofílico (18.530 glóbulos blancos/mm³, 87% de neutrófilos), alcalosis respiratoria, aumento aislado de la fosfatasa alcalina en hepatograma (FAL: 266 UI/l), serología para VIH negativa.

Se solicitó VDRL con sospecha de sífilis secundaria siendo el resultado positivo, con un título de 1:256 y FTA-abs reactiva.

La TC cerebral no evidenció lesiones ocupantes de espacios ni sangrado ni otras alteraciones. Se realizó punción lumbar diagnóstica que evidenció LCR de características normales. VDRL de LCR resultó negativa al igual que los cultivos.

Evolución

Debido a lesiones cutáneas características de sífilis secundaria y serología compatible, se comenzó tratamiento con penicilina benzatínica 2.4 millones UI intramuscular. Por desconocerse el tiempo de evolución, recibió 3 dosis (una por semana, durante 3 semanas).

Con alta presunción diagnóstica de cáncer de pulmón metastásico, se realizó punción guiada bajo tomografía de nódulo hepático que informó: necrosis y abscedación con inflamación linfohistiocitaria y plasmocitaria, asociado a estructuras compatibles con espiroquetas con tinción de GIEMSA; ausencia de células neoplásicas (Figura 3).

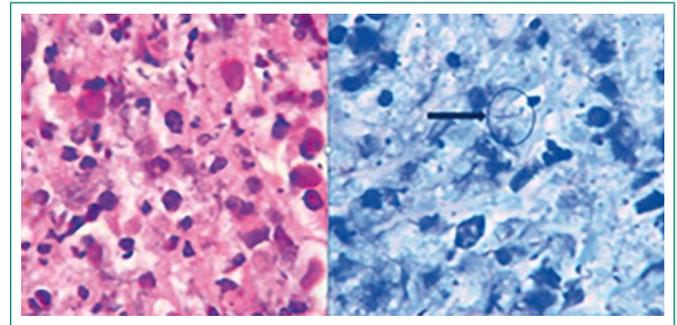


Figura 3. Espiroquetas con tinción de GIEMSA

Posteriormente se realizó punción del nódulo pulmonar siendo el mismo negativo para células neoplásicas, observándose células compatibles con proceso inflamatorio.

Se solicitó TC de tórax y abdomen 30 días posteriores a completar tratamiento antibiótico, evidenciándose disminución del tamaño de las lesiones descritas (Figuras 4 y 5).



Figura 4. TC de abdomen. Disminución de tamaño de nódulos hepáticos

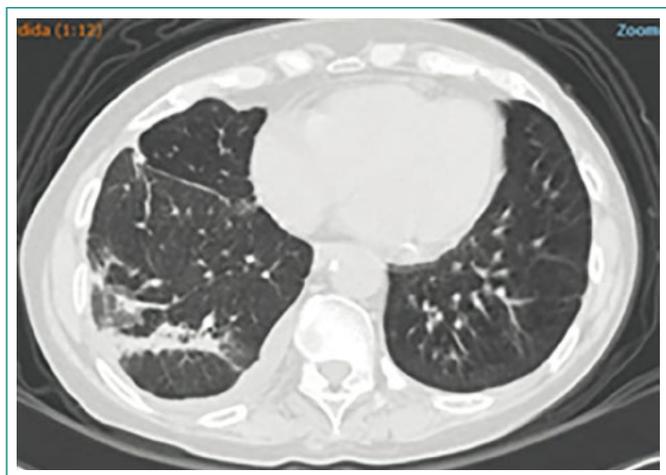


Figura 5. TC de tórax. Disminución de tamaño de nódulos pulmonares

A los dos años de seguimiento se constató negativización de VDRL sérica y desaparición de lesiones nodulares a nivel pulmonar y hepático.

Diagnóstico

Sífilis secundaria frente a terciaria.

Discusión

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual cuya incidencia en el mundo, como sucede con otras patologías con dicho mecanismo de contagio, se encuentra en aumento¹.

Presenta métodos sencillos de diagnóstico, tratamiento antibiótico generalmente efectivo y accesible, con posible evolución tórpida librada a su evolución natural.

En la era preantibiótica, cerca del 33% de los pacientes con sífilis latente no tratada presentaba manifestaciones clínicas evidentes de sífilis terciaria. En la actualidad, en cambio, en los países industrializados, el tratamiento ha eliminado casi todos los casos de terciarismo luético, salvo las formas esporádicas de neurosífilis de los sujetos infectados por el VIH.

A pesar de esto, persiste siendo un problema actual de salud pública en el mundo. La OMS estima que hay 12 millones de casos nuevos por año dentro de la población mundial, produciéndose más del 90% en países en desarrollo⁵. En Estados Unidos la incidencia se mantuvo en forma creciente anual desde el año 2001 al 2008, habiéndose reportado 46.277 casos en este último año, de los cuales cerca de un 30% fueron diagnosticadas como primaria y secundaria, otro tercio como latente tardía y el resto, más de un 40%, como terciaria, siendo un 1% sífilis congénita².

La sífilis secundaria puede afectar a una amplia gama de sistemas del organismo, simulando una gran variedad de enfermedades tanto de piel como sistémicas.

En la paciente presentada, "la gran simuladora" se manifiesta haciendo presumir a los médicos tratantes una enfermedad neoplásica.

El compromiso pulmonar de la sífilis secundaria ha sido descrito en escasos reportes de la literatura y con diferentes formas de presentación³⁻⁵. El nódulo pulmonar (solitario o múltiple), fue la forma más frecuentemente encontrada. También fueron halladas opacidades pulmonares, simulando neumonía lobar o infiltrado reticular. El derrame pleural ha sido también descrito. En la mayoría de los casos se realizó aislamiento de material pulmonar afectado, hallándose espiroquetas en un solo reporte (aisladas en líquido pleural). El resto evidenciaba infiltrado inflamatorio. Todos los casos que fueron seguidos en el tiempo presentaron mejoría clínica y de las imágenes, posteriormente al tratamiento con penicilina⁷.

Considerando los datos clínicos descritos (fiebre, exantema, afectación pulmonar) y extrapolando los criterios de Coleman, et al., en 1983 (que comprenden historia clínica compatible con sífilis secundaria, test serológicos positivos, afectación radiológica, exclusión de otras patologías, y respuesta al tratamiento), podríamos llegar a la conclusión de que estamos ante un extraño caso de sífilis secundaria con afectación nodular pulmonar y hepática. Sin embargo, no hemos hallado publicación alguna en cuanto al compromiso nodular hepático de la sífilis secundaria, tal como se presenta en este caso.

Por el contrario, se ha descrito enfermedad hepática nodular en contexto de sífilis terciaria⁶. En estos casos, la enfermedad se manifestó en forma asintomática u oligosintomática en pacientes sin hallazgos patológicos al examen físico, salvo leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Dichos pacientes presentaban aumento de transaminasas séricas asociado a lesiones nodulares hepáticas halladas en TC de abdomen. Se planteó entonces el diagnóstico diferencial con secundarismo neoplásico, precisando, en uno de los casos descritos, años hasta el correcto diagnóstico y tratamiento.

Nuestra paciente presentó una forma infrecuente de una enfermedad prevalente.

La sífilis tiene variables expresiones cutáneas posibles como manifestación clínica y nos muestra, en este caso, que puede alojarse en sitios del organismo de localización inusual, debiendo ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en todos los pacientes con lesiones viscerales que presentan compromiso cutáneo.

Bibliografía

1. Weinstock H, et al. Sexually Transmitted Diseases Among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2004; 36(1): 6-10.
2. US Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance, 2008. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, 2009. Available: www.cdc.gov/std/stats08/syphilis.htm (accessed 2009 Dec. 19).
3. Cholankeril JV, Greenberg AL, et al. Solitary pulmonary nodule in secondary syphilis. Clinical Imaging. 1992; 16: 125-28.
4. Schibli H, Harms M. Tumour-like pulmonary lesion in secondary syphilis: a case report. Br J Vener Dis. 1981; 57: 367-71.
5. Olson AL, Gutman JA, Welsh CH. A 50-year-old man with skin lesions and multiple pulmonary nodules. Chest. 2004; 125: 2322-7.
6. Hyun Jeong S. Tertiary syphilis mimicking hepatic metastases of underlying primary peritoneal serous carcinoma. World J Hepatol. 2010 September 27; 2(9): 362-66.
7. Hook EW 3rd, Peeling RW. Syphilis control: a continuing challenge. N Engl J Med. 2004; 351: 122.