

Hepatitis aguda colestásica como manifestación inusual de sífilis en un paciente inmunocompetente: reporte de caso

Cholestatic Acute Hepatitis as an Unusual Manifestation of Syphilis in an Immunocompetent Patient: A Case Report

Carlos Andrés Marín-Hoyos,¹  Karen Juliana Moreno,^{2*}  Jhonattan Fabian Morales-Giraldo,³  Raúl Vallejo-Serna,⁴  Diego Mauricio Gómez-Ramírez.⁵ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Marín-Hoyos CA, Moreno KJ, Morales-Giraldo JF, Vallejo-Serna R, Gómez-Ramírez DM. Hepatitis aguda colestásica como manifestación inusual de sífilis en un paciente inmunocompetente: reporte de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(3):377-379.

<https://doi.org/10.22516/25007440.1280>

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Libre. Cali, Colombia.

² Médico residente, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

³ Médico Internista, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

⁴ Médico Internista, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

⁵ Médico Gastroenterólogo y Hepatólogo, Clínica Parallones, Clínica Nuestra Cali y Clínica Imbanaco. Cali, Colombia.

*Correspondencia: Karen Juliana Moreno.
karenjulianamorenosoto@gmail.com

Fecha recibido: 29/08/2024
Fecha aceptado: 06/12/2024



Resumen

La hepatitis aguda es una de las presentaciones clínicas de sífilis más subdiagnosticada. Su incidencia es mayor en personas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y es menos reportada en pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico se debe sospechar en presencia de factores de riesgo y manifestaciones clínicas típicas de la infección. El tratamiento oportuno es clave para el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Se presenta el caso de un adulto joven inmunocompetente que desarrolló hepatitis aguda colestásica como manifestación de sífilis secundaria.

Palabras clave

Hepatitis, sífilis.

Abstract

Acute hepatitis is among the most underdiagnosed clinical presentations of syphilis. Its incidence is higher in individuals living with human immunodeficiency virus (HIV) and less frequently reported in immunocompetent patients. Diagnosis should be suspected in the presence of risk factors and typical clinical manifestations of the infection. Timely treatment is crucial for disease control and the prevention of complications. We report the case of a young immunocompetent adult who developed cholestatic acute hepatitis as a manifestation of secondary syphilis.

Keywords

Hepatitis, syphilis.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis es una entidad que se caracteriza por presentar un fenómeno inflamatorio que puede ser causado por infecciones, toxicidad por fármacos, enfermedades autoinmunes y metabólicas, y distintos defectos genéticos. Las etiologías más frecuentes de hepatitis aguda son el alcohol y los virus hepatotropos; sin embargo, otras infecciones mucho menos habituales, como la sífilis, pueden producir hepatitis aguda debido a su capacidad de compromiso multiorgánico⁽¹⁾. La hepatitis por sífilis es una entidad

poco diagnosticada con una incidencia que varía de 0,25% a 3%^(2,3); sin embargo, puede alcanzar hasta el 41% en pacientes con coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁽⁴⁾. Se caracteriza por un patrón colestásico con elevación predominante de fosfatasa alcalina y un incremento ligero de bilirrubina y transaminasas⁽⁵⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un paciente de sexo masculino de 23 años acudió a urgencias por un cuadro clínico de un mes de evolución de dolor

abdominal generalizado tipo cólico, intermitente, asociado a la aparición de exantema maculopapular no pruriginoso en los miembros superiores, tórax y zona palmoplantar. Dentro de sus antecedentes no se encontraron patologías relevantes ni transfusiones previas; negó el consumo de sustancias psicoactivas inhaladas, inyectables u orales; no se encontró el uso de sustancias hepatotóxicas, ni viajes en los últimos tres meses; sin embargo, refirió actividad sexual de riesgo (relaciones sexuales sin protección con más de dos personas en el último año). En la exploración física, presentaba un exantema maculopapular generalizado en los miembros superiores, tórax y zona palmoplantar asociado a ictericia conjuntival y mucocutánea.

Los exámenes diagnósticos mostraban la alteración de las pruebas de función hepática y el factor R que demostraba el predominio del patrón colestásico, además de aspartato-aminotransferasa (AST): 207 UI/L, alanina-aminotransferasa (ALT): 358 UI/L, γ -glutamil transferasa (GGT): 540 UI/L, fosfatasa alcalina (FA): 1328 UI/L, bilirrubina total: 2,3 mg/dL y bilirrubina directa: 2,06. El hemograma, las pruebas de coagulación y el resto de la bioquímica básica fueron normales. Se indicaron pruebas imagenológicas para descartar causas de obstrucción biliar con una ecografía abdominal, la cual mostró una discreta hepatomegalia sin otros hallazgos, y una colangiorresonancia, que corroboró los hallazgos ecográficos, sin evidencia de dilatación de la vía biliar ni intra- ni extrahepática ni cálculos en su interior, con ganglios hacia la *porta hepatis* a nivel retroperitoneal. Se realizó una serología para virus hepatotropos (anticuerpos inmunoglobulina M [IgM] para virus de hepatitis A, antígeno de superficie para hepatitis B, anticuerpos para hepatitis C, anticuerpos dirigidos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B) y otras posibles etiologías virales (anticuerpos IgM contra citomegalovirus, IgM contra virus de Epstein-Barr y enzimunoanálisis de adsorción [ELISA] VIH cuarta generación), panel de autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, anticuerpos antimitochondriales y anticuerpos antimúsculo liso), perfil férrego y ceruloplasmina con resultados negativos. Adicionalmente, se realizó una prueba de reagina plasmática rápida (RPR) reactiva de 1:64 diluciones y anticuerpos totales en suero para treponema (FTA-ABS) positivo.

El diagnóstico de hepatitis aguda por sífilis se realizó por la serología luética positiva y la elevación de enzimas hepáticas, y se descartaron otras causas, entre ellas las etiologías virales, autoinmunes, por depósito, tóxicas o farmacológicas. Se indicó un tratamiento con penicilina G benzatínica de 2.400.000 unidades por vía intramuscular en dosis única, que produjo una posterior normalización de las pruebas de la función hepática y disminución de títulos de la serología de sífilis no treponémica (RPR) a los tres meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La hepatitis aguda es una de las posibles manifestaciones clínicas de la sífilis, y a menudo puede pasar subdiagnosticada y poco reportada⁽⁶⁾. Se ha descrito en mayor medida en pacientes coinfectados con VIH, y es menos frecuente e inusual en pacientes inmunocompetentes, como el de nuestro caso^(4,7). Acontece con más frecuencia en estadios tempranos de la infección, y es detectada principalmente en las fases primaria y secundaria (88%), seguidas por la fase latente (7%) y la fase terciaria (6%)⁽⁷⁾. Su desarrollo ocurre después de la diseminación hematogena de la espiroqueta, lo cual le permite alcanzar diferentes órganos, entre ellos el hígado, lo que genera una respuesta inflamatoria en los hepatocitos y ductos biliares⁽⁶⁻⁸⁾. En la fase de sífilis secundaria, la afectación es predominantemente colestásica y suele coincidir con fiebre, exantema palmoplantar típico e incluso síndrome nefrótico^(9,10).

Los criterios diagnósticos se propusieron en 2004 y consisten en la alteración de las enzimas hepáticas, la positividad de las pruebas serológicas para *Treponema pallidum*, la exclusión de otras causas de enfermedad hepática y la normalización de las enzimas hepáticas luego del tratamiento antibiótico adecuado⁽⁸⁾. Entre las entidades relevantes como diagnóstico diferencial del patrón colestásico se encuentran la coledocolitiasis, obstrucción maligna de los ductos biliares, hepatotoxicidad, colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante, enfermedades infiltrativas e infecciones que pueden llevar a colestasis. La biopsia hepática no es indispensable para el diagnóstico, pero, de efectuarse, los hallazgos histológicos descritos comprenden infiltración inflamatoria del conducto biliar, granulomas hepáticos, necrosis periportal y endotelitis, que son hallazgos no patognomónicos, a excepción de la detección del *T. pallidum* con el microscopio de campo oscuro en el parénquima hepático^(11,12).

Aunque nuestro caso ilustra una presentación y respuesta clínica típica, se ha descrito falla hepática fulminante⁽¹³⁾. El tratamiento de la hepatitis aguda sífilítica secundaria es la penicilina G benzatínica de 2.400.000 unidades por vía intramuscular en dosis única y la evolución es excelente en la mayoría de los pacientes, quienes presentan mejoría clínica y de la bioquímica hepática en semanas⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

La hepatitis sífilítica es una entidad subdiagnosticada que puede afectar tanto al paciente inmunocomprometido como al inmunocompetente. Suele presentarse con manifestaciones clínicas leves e inespecíficas, y la alteración del perfil hepático y la serología para sífilis son claves para el diagnóstico. El tratamiento con penicilina es eficaz y puede prevenir complicaciones graves como la falla hepática aguda.

REFERENCIAS

1. Al Dallal HA, Narayanan S, Alley HF, Eiswerth MJ, Arnold FW, Martin BA, et al. Case Report: Syphilitic Hepatitis-A Rare and Underrecognized Etiology of Liver Disease With Potential for Misdiagnosis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:789250. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.789250>
2. Pizzarossa AC, Rebella M. Hepatitis in patients with syphilis: an overlooked association. *BMJ Case Rep*. 2019;12(1):bcr-2018-226918. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-226918>
3. Adachi E, Koibuchi T, Okame M, Sato H, Kikuchi T, Koga M, et al. Liver dysfunction in patients with early syphilis: a retrospective study. *J Infect Chemother*. 2013;19(1):180-2. <https://doi.org/10.1007/s10156-012-0440-5>
4. Salado-Rasmussen K, Wessman M, Cowan SA, Gerstoft J, Katzenstein TL. Syphilitic hepatitis and neurosyphilis: an observational study of Danish HIV-infected individuals during a 13-year period. *Sex Transm Infect*. 2019;95(6):416-418. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053921>
5. Ridruejo E, Mordoh A, Herrera F, Vizzotti G, Vila M, Marciano S, et al. Severe cholestatic hepatitis as the first symptom of secondary syphilis. *Dig Dis Sci*. 2004;49(9):1401-4. <https://doi.org/10.1023/B:DDAS.0000042237.40205.c6>
6. Pereira FG, Leal MS, Meireles D, Cavadas S. Syphilitic hepatitis; a rare manifestation of a common disease. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2021;14(1):77-80.
7. Huang J, Lin S, Wan B, Zhu Y. A Systematic Literature Review of Syphilitic Hepatitis in Adults. *J Clin Transl Hepatol*. 2018;6(3):306-309. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2018.00003>
8. Mullick CJ, Liappis AP, Benator DA, Roberts AD, Parenti DM. Syphilitic hepatitis in HIV-infected patients: a report of 7 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2004;39(1):100-5. <https://doi.org/10.1086/425501>
9. Lee M, Wang C, Dorer R, Taylor D. A great masquerader: acute syphilitic hepatitis. *Dig Dis Sci*. 2013;58(4):923-5. <https://doi.org/10.1007/s10620-012-2322-1>
10. Ibáñez M, Varela M, Rodríguez-Peláez M, Gómez-Durán MS, Sánchez-Pobre P, Álvarez-Sala R. Luetic hepatitis. An emerging entity. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(8):610-3. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.05.001>
11. Huang J, Lin S, Wan B, Wang C, Li J, Zhao D. A systematic literature review of syphilitic hepatitis in adults. *J Clin Transl Hepatol*. 2018;6(3):306-9. <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2239828>
12. Marcos P, Eliseu L, Henrique M, Fernandes I, Martins A. Syphilitic hepatitis: Case report of an overlooked condition. *Clin Case Rep*. 2019;8(1):123-6. <https://doi.org/10.24875/PJDV.M22000032>
13. Affonso da Costa AB, Fornazari B, da Silva FPM, Lima LV, Zubaran PE, Sperandio FF. Fulminant hepatitis in a patient with secondary syphilis. *Int J STD AIDS*. 2018;29(13):1348-50. <https://doi.org/10.1177/0956462418785257>
14. Ferreira-González L, Rubín de Celis EP, Sesma P. Neurosyphilis after treatment of syphilitic hepatitis in an immunocompetent patient. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2012;30(5):274-5. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.015>