



Síndrome Nefrótico asociado a Sífilis secundaria: reporte de caso

Nephrotic Syndrome associated with secondary Syphilis: case report

 <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v6.n4.2022.682>

Recibido: 27-08-2022

Aceptado: 29-09-2022

Publicado: 30-09-2022

Alberto Pérez Montoto^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0003-3707-1251>

Mirelys Álvarez Ramos²

 <https://orcid.org/0000-0002-7690-1708>

Yisell Portales Calderin³

 <https://orcid.org/0000-0001-6912-5379>

1. Hospital Pediátrico Docente Provincial José R. Martínez/Pediatría, Especialista de primer grado en MGI y Nefrología, Profesor instructor, Guanajay.
2. Hospital Pediátrico Docente Provincial José R. Martínez/Pediatría, Especialista de primer grado en Dermatología, Profesor instructor, Guanajay.
3. Hospital Pediátrico Docente Provincial José R. Martínez/Pediatría, Especialista de primer grado en Urología, Profesor asistente, Guanajay.

Volumen: 6

Número: 4

Año: 2022

Paginación: 184-189

URL: <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/682>

***Correspondencia autor:** perezmonto-to@infomed.sld.cu



RESUMEN

La Sífilis y la infección por VHC, figuran entre las causas secundarias de Síndrome Ne-frótico, su relación es bien conocida aunque rara, sobre todo en nuestro medio, pero esto no puede exonerarnos de pensar en ellas y mucho menos de no indicar los test serológicos para su diagnóstico, más aun en adolescentes debido al notable incremento de casos incidentes de infecciones de transmisión sexual en los últimos tiempos, el inicio precoz de las relaciones sexuales y prácticas desprotegidas. Además porque esta afección renal es curable con tratamiento específico. Por lo que creemos de interés llamar la atención de esta asociación que por ser rara puede pasar inadvertida. El objetivo de este trabajo es presentar a una adolescente, femenina, sin antecedentes patológicos con un secundarismo luético, infección por VHC y síndrome nefrótico coincidente, que se trató con penicilina, reposo, dieta, diuréticos y antiproteinúrico, observándose una resolución completa después de la primera semana del tratamiento.

Palabras clave: sífilis, síndrome nefrótico.

ABSTRACT

Syphilis and HCV infection are among the secondary causes of nephrotic syndrome, their relationship is well known although rare, especially in our environment, but this cannot exonerate us from thinking about them, much less from not indicating serological test for its diagnosis, even more so in adolescents due to the notable increase in incident cases of sexually transmitted infections in recent times, the early onset of sexual relations and un-protected practices. Also because this condition is curable with specific treatment. Therefore, we believe it is of interest to call the attention of this association that, because it is rare, can go unnoticed. The objective of this paper is to present an adolescent, female, with no pathological history, with secondary luetic disease, HcV infection and coincident nephrotic syndrome, who was treated with penicillin, rest, diet, diuretics and antiprotein-uric agents, observing complete resolution after treatment first week of treatment.

Keywords: syphilis, nephrotic syndrome.



Creative Commons Attribution 4.0
International (CC BY 4.0)

Introducción

El Síndrome Nefrótico es uno de los cinco grandes síndromes glomerulares con los que se expresan en la práctica clínica diaria las enfermedades glomerulares, constituyendo sin lugar a dudas una de sus formas de presentación más expresivas. Refleja una disfunción a nivel de la barrera de filtración glomerular que permite el paso de macromoléculas como la albúmina, dando lugar a un síndrome clínico-humoral caracterizado por la presencia de: proteinuria severa, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, edema, hiperlipidemia-lipiduria, grados variables de oliguria, hipercoagulabilidad y una serie de trastornos metabólicos secundarios a la pérdida proteica.(Ardaya)

Las causas de síndrome nefrótico son muy diversas, cuando no conocemos su etiología, los llamamos síndrome nefrótico idiopáticos que son los más frecuentes en pediatría, están también los de aparición temprana o del primer año de vida (congénito e infantil), en su mayoría de causa genética y por último se encuentran los síndrome nefróticos secundarios a etiologías específicas, enfermedades sistémicas o infecciosas, no tan frecuentes en la infancia. La sífilis o lúes y la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), en nuestro medio, figuran entre las causas secundarias raras de síndrome nefrótico, sobre todo en niños. El compromiso renal de la sífilis se menciona en la literatura médica desde hace más de cien años (Ardaya; THOMAS & SCHUR, 1946).

Las descripciones y clasificaciones clínico-patológicas fueron cambiando desde principios de siglo de acuerdo a la evolución del conocimiento científico(Thompson, 1920). Mientras que el virus de la hepatitis C, fue identificado en 1989 y un año después fue que se describió su relación causal con la aparición de enfermedad glomerular (Zapata et al., 2010). La patogenia de la afectación renal en ambas, se atribuye al depósito granular de complejos inmunes en la pared del capilar glomerular (Vierna et al., 1983).

El síndrome nefrótico en relación con los estadios precoces de la lúes (fin del período primario y especialmente el secundarismo) es bien conocido aunque raro, su incidencia es menor del 0,3% de los casos (Baker, 1939; THOMAS & SCHUR, 1946), (Mar Cornelio et al., 2021) Las características sobresalientes del cuadro suelen ser lo agudo de su presentación, la asociación con las manifestaciones de secundarismo sífilítico, test serológicos fuertemente positivos para lúes, ausencia de otras causas concomitantes de enfermedad renal, función renal conservada y su resolución completa en forma espontánea o luego de tratamiento adecuado (Braunstein et al., 1970) (Bhorade et al., 1971), (Cornelio et al., 2019).

Por su parte, en la actualidad hay una clara evidencia de la asociación entre la infección por virus de la hepatitis C y diversas enfermedades renales como la glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) tipo I con o sin crioglobulinemia y menos frecuentemente con la glomerulonefritis membranosa (GNM), con una evolución lenta y pronóstico variable (Zapata et al., 2010).

El objetivo de este trabajo es presentar una adolescente femenina con secundarismo luético, infección por virus de la hepatitis C y síndrome nefrótico coincidente y alertar sobre lo importante que resulta ante un síndrome nefrótico, conocer la edad y realizar una minuciosa historia clínica descartando causas secundarias y no olvidar que dentro de la batería de test serológicos que se deben solicitar están los de ambas afecciones, más aún a sabiendas del notable incremento de casos incidentes de infecciones de transmisión sexual en Cuba en los últimos años y el inicio cada vez más precoz de relaciones sexuales y prácticas desprotegidas, como principal vía de transmisión para la primera afección y no despreciable en nuestro medio, para la segunda al tener control de la vía parenteral (Mar Cornelio et al., 2020). Además porque esta afección renal en ambas -es potencialmente curable con tratamiento específico.

Presentación del caso

L.G.P., adolescente femenina de 18 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, soltera, con prácticas heterosexuales de riesgo, desde edades tempranas, admite haber tenido varias parejas sexuales y sexo sin protección, que acudió a consulta por presentar edemas progresivos hasta generalizarse, orinas espumosas, oliguria y en días previos a esta consulta refiere haber tenido un rash o erupción cutánea no pruriginosa, en tronco y extremidades que lo asociaron con la ingestión de antibiótico por una faringitis. Al examen físico se constataron los edemas de características renales, generalizados, se encontraba normotensa y afebril, sin más nada positivo a señalar. Se realizó de urgencia un estudio de la orina y se detectó un ASS dosificable con grumos, leucocituria ligera (40.000/ml) y ausencia de hematuria. Por todo lo anterior se decidió ingresar como un posible síndrome nefrótico y se le indicó toda la batería de complementarios correspondiente y se le puso tratamiento general.

En dicha analítica se encontró: una hematología sin anemia, recuento global de leucocitos en 13.000 mm³, VSG en 90 mm/h y Coagulograma con trombotosis (440.000 mm³). Dentro de la química sanguínea se destacó una función hepática y renal normal, con una creatinina plasmática en 71 μmol/l y urea 6.2 mmol/l, colesterol total 9.5 mmol/l, triglicéridos 3.2 mmol/l, proteínas totales 40 g/l, albúmina 19 g/l, resto de las determinaciones normales. El sedimento urinario mostró palidez con leucocituria y cilindros hialinos, con una proteinuria de 5.9 g/día. Inmunológicamente: ANA, antiDNA, complemento sérico C3 y C4 normales y Serológicamente se encontró serología frente a los virus de la hepatitis B y VIH negativas. Mientras que la serología frente al virus de la hepatitis C y la luética o test VDRL, resultaron positivas, esta última en 1/16 dils y una segunda muestra confirmatoria en 1/32 dils.

El estudio de PCR- virus de la hepatitis C resulto negativo, no detectándose carga viral.

Se interpreta el cuadro como un síndrome nefrótico asociado a sífilis secundaria e infección no activa por VHC, cuyo compromiso renal retrogradó de manera significativa sin tratamiento específico, donde el reposo, la dieta restringida en líquidos y sal y el uso de diuréticos evidenció la resorción de los edemas y el uso concomitante de antiproteinúrico como el Enalapril, evidenció una disminución franca de la proteinuria a un rango de 900 mg/día, previa a la administración del tratamiento antibiótico con penicilina benzatínica (2 400.000 u) y en controles ambulatorios posteriores se observó la resolución total tanto del cuadro clínico como humoral en la primera semana post-tratamiento específico. Test VDRL a los tres meses negativo Y PCR-VHC a los 6 meses, persiste negativo.

Discusión

Una vez analizado de conjunto los elementos clínicos-humorales más llamativos de este caso, como fueron la presencia de proteinuria severa acompañada de hipoproteinemia e hipoalbuminemia, los edemas de características renales y la hiperlipidemia, siempre supimos que se trataba de un síndrome nefrótico, y al tener en cuenta la edad de debut, 18 años, desde el punto de vista etiológico nos inclinamos a buscar y descartar en primer lugar las causas secundarias por ser estas más frecuentes hacia esta edad y en la adultez y si contrariamente resultaba ser un SNI, pues tendríamos que pensar en una forma histopatológica diferente al daño mínimo, con una respuesta, evolución y pronóstico menos favorable. Como se pudo apreciar en la presentación, en nuestra opinión, este caso reúne todas las características requeridas para ser considerado como un síndrome nefrótico asociado a sífilis secundaria e infección no activa por virus de la hepatitis C

Las manifestaciones de la sífilis secundaria son muy variadas, generalmente cursa

con lesiones cutáneas que muchas veces pueden confundirse con una reacción secundaria a fármacos, faringitis, como ocurrió en nuestro caso, febrícula, malestar general, pérdida de peso, adenopatías, etc. Durante el secundarismo luético todos los órganos pueden afectar-se, sin embargo la afección renal es infrecuente (2). En el clásico trabajo de Thomas y Schur realizado sobre 3.000 pacientes con sífilis, la proteinuria estaba presente en el 0.3% de los individuos (THOMAS & SCHUR, 1946). Esta afección renal cuando se presenta, suele manifestarse más frecuentemente como un síndrome nefrótico, como tuvo lugar en el caso que nos ocupa y menos frecuente por proteinuria aislada o, más raramente como una Glomerulonefritis aguda hematórica (Vierna et al., 1983). Casi siempre este síndrome nefrótico se descubre como ocurrió, con un comienzo brusco, sin hipertensión arterial y con función renal conservada y puede ser transitorio con remisión espontánea o persistente en el tiempo (Braunstein et al., 1970; VALLES, 1979).

Si nos remitimos a la presentación de nuestra paciente podemos apreciar que tanto los edemas como la proteinuria desaparecieron casi completamente antes del inicio del tratamiento con penicilina, lo que permite encuadrarlo dentro de los pocos casos publicados de resolución espontánea (FALLS JR et al., 1965). Teniendo en cuenta todo lo planteado hasta aquí podemos afirmar que nuestra paciente cumplía todos los criterios diagnósticos de la nefropatía luética descritos por Bhorade et al desde 1971, quienes señalaron la coexistencia de sífilis secundaria con síndrome nefrótico; fuerte positividad de las pruebas serológicas (en nuestro caso 1/16 y 1/32); remisión espontánea o rápida curación tras el tratamiento adecuado y ausencia de otras causas de enfermedad renal (Bhorade et al., 1971).

La fisiopatología de la afección renal es similar a las de otras glomerulopatías por inmunocomplejos como la post-streptocócica o la lúpica, donde la elevación de los

niveles de complejos inmunes circulantes y la desaparición coincidiendo con la resolución clínica de la nefropatía apoya esta génesis, además de quedar demostrado en los casos estudiados por biopsia (Bhorade et al., 1971; Vierna et al., 1983).

En la analítica efectuada a nuestra paciente, se le detectó además un test serológico para virus de la hepatitis C positivo, sin embargo el estudio de PCR- virus de la hepatitis C resultó negativo, no detectándose carga viral, lo que nos obligó a interpretar que esta positividad solo nos indicaba el contacto de la paciente en algún momento de su vida desorganizada con el virus de la hepatitis C, produciendo anticuerpos detectables, cuyos títulos pueden permanecer así por lo menos 18-20 años post-infección, aunque haya existido recuperación espontánea o por tratamiento, es decir que ellos no discriminan entre un caso agudo, crónico o una infección resuelta espontáneamente, como en el caso que presentamos, o por tratamiento (Morrison et al., 1980; Zapata et al., 2010).

Como quedó evidenciado, nuestra paciente, en el momento del diagnóstico del síndrome nefrótico, no tenía infección activa ni tampoco existían elementos de hepatopatía aguda ni crónica, por lo que descartamos que esta pudiera ser la causa del síndrome nefrótico, aunque está descrita dentro de las etiologías infecciosas raras de este síndrome, sobre todo en niños, en los cuales se plantea una prevalencia mundial menor de 1% y se conoce bien poco (Segovia & Toapanta, 2022).

Conclusiones

El síndrome nefrótico asociado a sífilis, incluso el secundario a sífilis congénita, apenas si se menciona en los textos de medicina. Del mismo modo hemos hallado pocos casos como el de nuestra paciente publicados en la literatura médica, especialmente en los últimos años, ya que se encuadra dentro de los pocos con resolución espontánea tanto de la infección luética como

de la del virus de la hepatitis C. Por lo que creemos de interés llamar la atención sobre esta asociación que por rara puede pasar inadvertida y que puede ser reversible totalmente de manera espontánea o con el tratamiento específico. Además de alertar sobre lo importante que resulta ante un síndrome nefrótico, conocer la edad y realizar una minuciosa historia clínica descartando causas secundarias y no olvidar que dentro de la batería de test serológicos que se deben solicitar están los de ambas afecciones, más aún a sabiendas del notable incremento de casos incidentes de infecciones de transmisión sexual en Cuba en los últimos años y el inicio cada vez más precoz de relaciones sexuales y prácticas desprotegidas como principal vía de transmisión para la primera afección y no despreciable en nuestro medio, para la segunda al tener control de la vía parenteral.

Bibliografía

- Ardaya, K. G. A. 59. SÍNDROME DE LISIS TUMORAL AGUDA. MANUAL DE PEDIATRÍA HNMAV© 2020, 194.
- Baker, B. (1939). The relation of syphilis to nephritis. *Bull. Johns Hopkins Hosp*, 65, 196-211.
- Bhorade, M. S., Carag, H. B., Lee, H. J., Potter, E. V., & Dunea, G. (1971). Nephropathy of secondary syphilis: A clinical and pathological spectrum. *JAMA*, 216(7), 1159-1166.
- Braunstein, G. D., Lewis, E. J., Galvanek, E. G., Hamilton, A., & Bell, W. R. (1970). The nephrotic syndrome associated with secondary syphilis: an immune deposit disease. *The American Journal of Medicine*, 48(5), 643-648.
- Cornelio, O. M., Calderón, L. A., & Benítez, K. G. (2019). Sistema para análisis de muestra de urocultivo a partir de la curva de crecimiento. *Texto Livre*, 12(3), 196-208. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/textolivbre/article/download/16863/13624>
- FALLS JR, W. F., FORD, K. L., ASHWORTH, C. T., & CARTER, N. W. (1965). The nephrotic syndrome in secondary syphilis: report of a case with renal biopsy findings. *Annals of Internal Medicine*, 63(6), 1047-1058.
- Mar Cornelio, O., Bron Fonseca, B., & Gulín González, J. (2020). Sistema de Laboratorios Remoto para el estudio de la Microbiología y Parasitología Médica. *Revista Cubana de Informática Médica*, 12(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592020000200005
- Mar Cornelio, O., Ramírez Pérez, J. F., López Cossio, F., Morejón, M. M., & Orellana García, A. (2021). Impacto de la Maestría en Informática Médica Aplicada en la informatización de la salud pública cubana. *Revista Información Científica*, 100(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200013
- Morrison, E. B., Norman, D. A., Wingo, C. S., & Henrich, W. L. (1980). Simultaneous hepatic and renal involvement in acute syphilis. *Digestive Diseases and Sciences*, 25(11), 875-878.
- Segovia, S. d. R. L., & Toapanta, J. J. Á. (2022). Epidemiología y fisiopatología del síndrome nefrótico en la infancia. *Journal of American Health*, 5(1).
- THOMAS, E. W., & SCHUR, M. (1946). Clinical nephropathies in early syphilis. *Archives of Internal Medicine*, 78(6), 679-686.
- Thompson, L. (1920). Syphilis of the kidney. *JAMA*, 75, 19-20.
- VALLES, M. (1979). SÍNDROME NEFRÓTICO TRANSITORIO EN EL SECUNDARISMO LÚETICO.
- Vierna, S. E., Cotorruelo, J. G., Ayensa, F. G., Sanjurjo, J. B., Pérez, F. S., & Avedillo, J. G. (1983). Kidney diseases mediated by immune complexes in secondary syphilis. *Medicina clínica*, 80(7), 324-326.
- Zapata, R., Jofré, L., San Martín, A. M., Hunter, B., Poniachik, J., Noriega, L. M., . . . Díaz, J. (2010). Guías clínicas del Ministerio de Salud para el manejo y tratamiento de las hepatitis virales Guía clínica de manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B. *Gastroenterol. latinoam*, 21(3), 379-409.

Cómo citar: Pérez Montoto, A., Álvarez Ramos, M., & Portales Calderin, Y. (2022). Síndrome Nefrótico asociado a Sífilis secundaria: reporte de caso. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*. ISSN 2602-8166, 6(4), 184-189. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v6.n4.2022.682>