

SINDROME NEFROTICO AGUDO ASOCIADO A SIFILIS SECUNDARIA

GRACIELA B. BAUDAGNA, VALERIA C. de MIGUEL, VANINA GRECO, JORGE R. LAPADULA,
KARINA G. O'LEARY, MARCELO E. VILLAVERDE

Servicio de Clínica Médica, Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas, Haedo

Resumen Se presenta a una paciente de 38 años con síndrome nefrótico y rash cutáneo, sin antecedentes patológicos. Al ingreso presentaba lesiones máculo papulares no pruriginosas en tronco y extremidades de veinte días de evolución, edema bpalpebral bilateral y de miembros inferiores desde la semana previa. El laboratorio informó función renal normal con proteinuria de 10 g/día, proteínas séricas de 4.20 g/dl., albúmina 1.78 g/dl., colesterol 334 mg/l, VDRL (+) 1/32 dils, FTA abs. (+), HIV no reactivo, colagenograma normal. Se interpretó el cuadro como síndrome nefrótico asociado a sífilis secundaria y se trató con penicilina, reposo, restricción de sal, observándose buena evolución aún antes de completado el tratamiento y resolución completa después de la tercera semana. La incidencia de compromiso renal asociado a estadios precoces de la sífilis es menor de 0.3%. Creemos de interés llamar la atención de esta asociación que por ser rara puede pasar inadvertida.

Abstract *Acute nephrotic syndrome associated with secondary syphilis.* We present a case of a 38 year old woman with nephrotic syndrome and skin rash. She had been previously healthy. At the beginning she showed nonpruritic macular papular lesion in trunk and upper and lower extremities with twenty days of evolution. The week previous to hospitalization, she presented eyelid and pretibial edema. The laboratory informed normal kidney function with proteinuria of 10 g/day, plasma proteins of 4.20 g/dl., cholesterol 334 mg/l, VDRL (+), 1/32 FTA abs (+) HIV non reactive, normal collagenogram. She was diagnosed as secondary syphilitic nephrotic syndrome. She was prescribed penicillin, rest and salt restriction. She presented good evolution before ending treatment and the syndrome was completely solved at the third week. The incidence of kidney condition associated with early staging of syphilis is lower than 0.3%. We call attention to this association, for such an uncommon case may not be detected.

Key words: syphilis, nephrotic syndrome.

El compromiso renal en la sífilis se menciona en la literatura médica desde hace más de cien años^{1, 2}. Las descripciones y sobre todo las clasificaciones clínico-patológicas fueron cambiando desde principios de siglo de acuerdo a la evolución del conocimiento científico^{3, 4, 5}.

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 sería menor del 0.3% de los casos^{1, 2, 6}.

Las características sobresalientes del cuadro suelen ser lo agudo de su presentación, la asociación con las manifestaciones del secundarismo sífilítico, tests 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^{9, 10}.

Cuadro clínico

M.H., mujer de 38 años de edad fue internada en el hospital por presentar edema generalizado, oliguria y rash cutáneo generalizado. Casada, sin hijos, admite haber tenido varias parejas sexuales. Sin antecedentes de enfermedad aguda o crónica previa que haya motivado alguna vez su internación o seguimiento ambulatorio. Veinte días previos a su internación advirtió la presencia de un rash cutáneo no pruriginoso, en extremidades y tronco. A la semana, se agrega edema bilateral y en miembros inferiores con disminución del ritmo diurético.

Al examen físico se encontraba normotensa y afebril. En piel presentaba lesiones máculo papulares de distinto tamaño, no pruriginosas en tronco y extremidades e incipientes en palmas, edema bpalpebral bilateral, en miembros inferiores 4/6 y sacro 3/3. En el examen ginecológico se observó condiloma plano en vulva.

El laboratorio informó hematocrito 38%, recuento de glóbulos blancos 14.700 mm³, urea 55 mg%, glucemia 78 mg%, creatinina plasmática 0.83 g/l, colesterol total 334 mg/l, proteínas totales 4.20 g/l, albúmina 1.78 g/l y gammaglobulinas 0.63 g/l, con proteinuria de 24 horas de 10 gramos día, sedimento urinario que mostró cilindros hialinos y leucocituria, FAN negativo, antiDNA negativo, complemento sérico C3 y C4 normales. Test de VDRL 1/32 dils, FTA- Abs positivo. Líquido cefalorraquídeo físico químico normal y VDRL negativo. Serología para HIV no reactiva.

Recibido: 25-I-1999

Aceptado: 17-III-1999

Dirección postal: Dra. Valeria C. de Miguel, Madame Curie 787, 1642 San Isidro, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11)4723-5626; E-mail: vdemiguel@intramed.net.ar

La paciente se niega a la realización de punción biopsia renal. Se interpreta el cuadro como síndrome nefrótico asociado a sífilis secundaria. Si bien el reposo y la restricción hídrica evidenció la resorción de los edemas, con disminución franca de la proteinuria en rango de 0.9 gramos día, previa la administración del tratamiento antibiótico, en controles posteriores ambulatorios se observó resolución del cuadro clínico con negativización de la proteinuria. Recibió tratamiento con penicilina benzatínica.

Discusión

Este caso en nuestra opinión, reúne todas las características requeridas para ser considerado como síndrome nefrótico agudo asociado a sífilis secundaria, las que fueron reseñadas en la introducción.

La proteinuria y los edemas desaparecieron casi completamente antes del inicio del tratamiento con penicilina, lo que permite encuadrarlo dentro de los pocos casos publicados de resolución espontánea^{5, 11, 12}. Nuestra paciente no presentó alteraciones significativas de la urea y la creatinina, lo cual coincide con la literatura^{9, 10, 11}.

Otras formas de compromiso renal por lúes son la proteinuria simple, la glomerulonefritis proliferativa y el goma sífilítico en la etapa tardía de la enfermedad^{4, 13}. Se ha descrito al menos un caso de glomerulonefritis rápidamente progresiva¹⁴.

Los datos de los casos estudiados con biopsia, con microscopía óptica y electrónica y con inmunofluorescencia, han establecido que la lesión renal que provoca el síndrome nefrótico es causada por depósitos de inmunocomplejos en el interior de las paredes de los capilares glomerulares^{9, 15}.

La fisiopatología de la lesión sería similar a la de otras glomerulopatías por inmunocomplejos, como la glomerulonefritis post-streptocócica o la lúpica^{15, 16, 17}.

En una serie de más de 4 000 casos de sífilis precoz el síndrome nefrótico se vio en menos del 0.3% de los pacientes². También se ha descrito en lúes congénita¹⁸.

La reversibilidad del cuadro de manera espontánea o con el tratamiento resalta la importancia de considerar el diagnóstico de sífilis (la gran simuladora) en pacientes con síndrome nefrótico de instalación reciente, más aún si no hay otra causa evidente del mismo. Este hecho se destaca en una carta de Kusner y Ellner publicada en *The New England Journal of Medicine*¹⁹ donde se comunica un paciente con síndrome nefrótico, sífilis e infección por HIV cuyo compromiso renal retrogradó de manera espectacular luego del tratamiento con penicilina, a diferencia de la evolución a la insuficiencia renal crónica habitual en la nefropatía asociada al HIV que se produce en aproximadamente el 7% de los infectados²⁰. Nuestra paciente tenía serología para HIV no reactiva. El síndrome nefrótico asociado a sífilis apenas si se menciona en los textos de Medicina Interna²¹ y de Infectología²². Hemos hallado pocos casos como el de nuestra paciente publicados en la literatura médica, especialmente en los

últimos años. Creemos de interés llamar la atención sobre esta asociación que por ser rara puede pasar inadvertida.

Bibliografía

- Bradley SM. On syphilitic renal dropsy. *Br Med J* 1871; 1: 116-7.
- Thomas EW, Schur M. Clinical nephropathies in early syphilis. *Arch Intern Med* 1946; 78: 679-86.
- Thompson L. Syphilis of the Kidney. *JAMA* 1920; 75: 17-20.
- Herrmann G, Marr WL. Clinical Syphilitic Nephropathies. *Am J Syph and Neurol* 1935, 19: 1-29.
- Patton EW, Corlette MB. Three cases of acute Syphilitic Nephrosis in Adults. *Ann Int Med* 1941; 14: 1975-80.
- Baker BM. The relation of syphilis to nephritis. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1939; 65: 196-211.
- Hellier Md, Webster ADB, Eisinger AJ. Nephrotic Syndrome: A complication of Secondary Syphilis. *Br Med J* 1971; 4: 404-5.
- Robins DE, Ladd AT. Acute Syphilitic Nephrosis: Case report and review of the literature. *Am J Med* 1962; 32: 817-21.
- Braunstein GD, Lewis EJ, Galvanek EG, Hamilton A, Bell WR. The Nephrotic Syndrome associated with secondary syphilis: An immune deposit disease. *Am J Med* 1970; 48: 643-8.
- Bhorade MS, Carag HB, Lee HJ, Potter EV, Dunea G. Nephropathy of Secondary Syphilis: A Clinical and Pathological Spectrum. *JAMA* 1971; 216: 1159-66.
- Falls WF, Ford KL, Ashworth CT, Carter NW. The Nephrotic Syndrome in Secondary Syphilis. *Ann Int Med* 1965; 63: 1047-57.
- Barr JH, Cole HN, Driver JR, Roscoe D, Miller M, Strauss LG. Acute Syphilitic Nephrosis successfully treated with Penicillin. *JAMA* 1946, 131: 741-3.
- Mc Donald CJ, Barile AW. Acute Syphilitic Nephrosis. *Arch Int Med* 1963; 111: 146-51.
- Walker PD, Deeves EC, Sahba G, Wallin JD, O'Neill WM. Rapidly progressive Glomerulonephritis in a patient with Syphilis. *Am J Med* 1984; 76: 1106-12.
- Gamble CN, Reardan JB. Immunopathogenesis of Syphilitic Glomerulonephritis. *N Engl J Med* 1975; 292: 449-54.
- Treser G, Semar M, Ty A, et al. Partial characterization of antigenic Streptococcal plasma membrane components in acute glomerulonephritis. *J Clin Invest* 1970; 49: 762-8.
- Koffler D, Agnello V, et al. Systemic Lupus Erythematosus: Prototype of immune complex nephritis in man. *J Exp Med* 1971; 134: suppl 3: 169-79.
- Yuceoglu AM, Sagel I, et al. The glomerulopathy of congenital syphilis. A curable immune deposit disease. *JAMA* 1974; 229: 1085-9.
- Kusner DJ, Ellner JJ. Syphilis- A reversible cause of Nephrotic Syndrome in HIV Infection. *N Engl J Med* 1991; 324: 341-2.
- Glassok RJ. HIV Infection and the Kidney. *Ann Intern Med* 1990; 112: 35-49.
- Lukehart SA, Holmes KK. Enfermedades producidas por espiroquetas. Sífilis. *En: Fauci AS, et al. (eds). Harrison. Principios de Medicina Interna. España: Mc Graw-Hill Interamericana* 1998; 1172-84.
- Tramont EC. *Treponema pallidum (syphilis)*. *In: Mandell, Douglas y Bennet, (eds). Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone* 1995; 2375-91.