

Aneurisma aórtico sífilítico en la era antibiótica, una vieja enfermedad con nueva historia.

Reporte de caso

Andrea J. Silva Rosero¹, Ruth M. Tapia Mendieta²

¹ Médico General, Residente de Postgrado. Cirugía Vascular. USFQ - HCAM

² Médico General, Residente Asistencial Servicio Cirugía Vascular- HCAM

Rev Fac Cien Med (Quito), 2017; 42 (1): 189-192

Recibido: 15/07/16; Aceptado: 28/08/16

Correspondencia:

Andrea J. Silva

Resumen

Los aneurismas de la aorta abdominal se presentan en el 5% a 10% de hombres entre 65 a 79 años de edad; es una patología multicausal que finalmente destruye la túnica media y altera la conformación de las fibras de colágeno de la pared arterial. Entre las principales causas se cita la aterosclerosis, enfermedades hereditarias (como el síndrome de Marfán), patologías inflamatorias y con baja prevalencia a la acción de agentes infecciosos (Salmonella, estafilococo dorado, Mycobacterium tuberculosis y Treponema pallidum). Se presenta el caso de un paciente con aneurisma de origen sífilítico, considerado una rareza médica en países desarrollados. No existen reportes en el país sobre casos de sífilis terciaria cardiovascular. Se complementa con una revisión bibliográfica de la epidemiología, clínica, diagnóstico y manejo.

Palabras clave: aneurisma, aneurisma de aorta abdominal, sífilis, sífilis terciaria, aortitis sífilítica.

Abstract

Abdominal aortic aneurysms occur in 5% to 10% of men between 65 and 79 years of age. It has a multicausal pathology that ultimately destroys the tunica media and alters the conformation of the collagen fibers of the arterial wall. The main causes include atherosclerosis, hereditary diseases (such as Marfan syndrome), inflammatory pathologies and low prevalence of infectious agents (Salmonella, staphylococcus, Mycobacterium tuberculosis and Treponema pallidum). We present the case of a patient with an aneurysm of syphilitic origin, considered a medical rarity in developed countries. There are no reports in the country on cases of cardiovascular tertiary syphilis. It is complemented with a scientific literature review of epidemiology, clinical diagnosis and management.

Keywords: aneurysm, abdominal aortic aneurysm, syphilis, tertiary syphilis, syphilitic aortitis.

Caso clínico

Paciente masculino, de 56 años y raza negra; nacido en Colombia y residente en una zona rural de la provincia de Esmeraldas, Ecuador. Fumador. Acude por presencia de masa abdominal pulsátil, de 5 años de evolución, no dolorosa, de crecimiento progresivo, acompañada de dolor en hipocondrio izquierdo, hiporexia y pérdida de peso en los últimos 9 meses. Al examen físico: paciente caquético, secuela de lesiones puntiformes des pigmentadas en plantas de

pies, murmullo vesicular disminuido globalmente y presencia de masa pulsátil en mesogastrio de 7 cm de diámetro aproximado no dolorosa a la palpación. La radiografía de tórax revela signos de atrapamiento aéreo, diafragma bilobulado izquierdo y aorta elongada; la silueta cardiaca es tamaño normal. La angiografía de tórax y abdomen muestra una aorta dilatada en toda su extensión, con un diámetro de 3,3 cm en su tercio proximal; a 23 mm de la emergencia de la arteria renal derecha, la aorta alcanza un diámetro de 58 mm en una extensión de 7 cm. Los vasos

iliacos también están dilatados; la iliaca común derecha mide 18 mm y la izquierda 14 mm de diámetro. La arteria iliaca interna izquierda tiene un diámetro de 17 mm a nivel del tercio distal. La analítica sanguínea evidencia anemia nutricional; el VDRL con microelisa es positivo en dos exámenes seriados, FTA-ABS positivo.

Con el diagnóstico probable de sífilis latente tardía, se estudió al LCR, mismo que reveló ausencia de leucocitos, proteínas de 44mg/dl, glucosa de 60 mg/dl, VDRL de LCR negativo y FTA-ABS negativo, por lo que se descartó neurosífilis.

La gamagrafía cardiaca demuestra que el tamaño de ventrículo izquierdo es normal y su función está conservada (FE de VI 60%); la contractibilidad es normal.

Por el tamaño del aneurisma y su naturaleza progresiva, se decidió reparar quirúrgicamente; el paciente fue sometido a derivación aorto-aórtica con prótesis de Dacron de 22 x 11 mm, No se reportaron complicaciones quirúrgicas, sin embargo, sufrió un neumotórax-hemotórax derecho secundario a la colocación de vía central yugular durante la inducción anestésica que ameritó la colocación de un tubo torácico y posteriormente limpiezas quirúrgicas toracoscópicas que prolongaron su hospitalización.

El examen histopatológico del aneurisma revela una pared aórtica con áreas de infiltrado linfoplasmocitario que forma cúmulos linfoides que se extienden a la capa media; además, la presencia de infiltrado polimorfonuclear entre las fibras de colágeno de la pared vascular y algunos focos de calcificación, hallazgos que son compatibles con una aortitis sífilítica. Previa el alta se completa el esquema antibiótico (3 dosis de penicilina benzatínica semanal, iniciada dos semanas antes de la intervención quirúrgica).

Discusión

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual sistémica; cursa con periodos de exacerbación y latencia; el agente biológico es una espiroqueta gram negativa denominada *Treponema pallidum*. La Organización Mundial de la Salud estima una incidencia de 12 millones de casos de sífilis cada año afectando preferentemente a población adulta; el 90% de casos ocurren en países en desarrollo. Para Latinoamérica y el Caribe, la incidencia anual estimada de sífilis en adultos bordea los 3 millones de casos^{1,3,4}.

El caso que se reseña, afecta a un paciente de sexo masculino que consulta por una masa abdominal pulsátil y un marcado síndrome constitucional; no se dispone información sobre su comportamiento sexual y datos sobre antecedentes de tratamiento para enfermedades ulcerativas o dermatológicas, lo que

deje entrever que no recibió atención para el chancro indoloro que acompaña la infección primaria o sus etapas subsecuentes.

Se divide el curso clínico de la sífilis en cuatro etapas. La sífilis primaria caracterizada por úlceras indoloras (chancro sífilítico) en el sitio de inoculación, generalmente región genital, ano recto o boca; las úlceras pueden remitir sin tratamiento en el transcurso de 6 semanas desde la inoculación.

La fase secundaria incluye y no se limita, a la aparición de lesiones cutáneas generalizadas sobre todo en palmas y plantas e incluyen un amplio espectro de lesiones desde máculas hasta pápulas y vesículas conocidas como sífilides acompañadas de linfadenopatía no dolorosa. El diagnóstico se realiza por las características clínicas y la positividad en las pruebas treponémicas. Posteriormente se presenta la fase latente donde no se presentan manifestaciones clínicas manteniéndose la seropositividad. La última fase conocida como sífilis terciaria hace referencia a la etapa destructiva y no contagiosa de esta trepanomatosis, con invasión neurológica, cardiovascular y granulomatosa (presencia de granulomas hepáticos, pulmonares y óseos, principalmente)^{1,3-5,10}.

Caracterizan a la sífilis terciaria las secuelas de la infección, las cuales son manifiestas en el 10% a 15% de pacientes no tratados. Las manifestaciones cardiovasculares, en orden de frecuencia, incluyen insuficiencia aórtica (85%), estenosis de los ostium coronarios (25-30%), aneurisma (5% a 10%), aortitis generalizada y eventualmente miocarditis^{8,4,10,12}.

En enfermos no tratados, el *Treponema pallidum* invade por vía hematogena la pared aórtica, se aloja y multiplica en la adventicia generando una inflamación granulomatosa con endarteritis y periarteritis obliterativa de la vasa vasorum por varios años y sin interrupción, en todas las fases de la enfermedad. Producto de la oclusión de la microcirculación aórtica, suele presentarse necrosis focal y destrucción de las fibras elásticas de la capa aórtica media, destruyendo por último las fibras musculares provocando, después de 20 a 30 años de evolución, la dilatación aneurismática sacular o fusiforme, sobre todo de la raíz aórtica (50% de casos), del cayado aórtico (30%-40%), aorta ascendente (15%) y aorta abdominal (5%)^{2,4,8,10,11}.

Para el diagnóstico, se disponen varias pruebas serológicas: las que detectan antígenos cardiolípidicos no específicos y pruebas de confirmación que usan antígenos específicos treponémicos. Los test no treponémicos como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o ELISA IgG e IgM (inmunoensayo enzimático con antígenos recombinantes, utiliza antígenos del tipo VDRL y se usa para el screening

por su alta sensibilidad estimada entre 95% a 99%). Son usadas como primer paso diagnóstico serológico.

Ante un paciente con resultado positivo en las pruebas VDRL y ELISA, debe confirmarse el diagnóstico en un test específico como el FTA-Abs (Absorción de anticuerpo treponémico fluorescente) u otros test que sean antígeno específicos. Si se sospecha de neurosífilis, el diagnóstico se realiza con el recuento de leucocitos, determinación de niveles de proteínas y presencia de anticuerpos detectados por VDRL; la existencia de dos o más anomalías en los parámetros normales de LCR son consideradas diagnósticas. El VDRL en LCR presenta una elevada especificidad diagnóstica (99,8%) y reducida sensibilidad (30% a 78%) por lo que, un resultado negativo no descarta una neurosífilis. También se realiza el estudio de FTA-ABS en LCR, que aunque es menos específico (94%) y tiene por tanto, más falsos positivos que el VDRL; se cita que esta prueba es muy sensible (100%) y un resultado negativo descartará neurosífilis^{1,3,5,6}.

El tratamiento para la sífilis latente y terciaria amerita antibioticoterapia de larga duración, por la lenta replicación del agente biológico. El tratamiento para la sífilis terciaria después de comprobar que no existe afectación neurológica, consiste en la administración de penicilina benzatínica como primera opción, a dosis de 2'400.000 unidades vía IM por semana, prescrita para los días 1, 8 y 15 (evidencia IIIB). El disconfort asociado a la inyección, puede atenuarse adicionando al solvente lidocaína 1%. Otro esquema se basa en la administración de penicilina procaínica, a dosis de 600.000 UI vía IM por 17 a 21 días (evidencia IIIB).

En pacientes con alergia a la penicilina, se recomienda realizar el test de desensibilización penicilínica como evidencia para el uso de otros regímenes relativamente débiles como la doxiciclina, tetraciclina o eritromicina por 28 días (evidencia IVC) (7,8,9,11,12).

Conclusión

Con el advenimiento de la terapia antibiótica efectiva, declinó de manera pronunciada la incidencia de sífilis primaria, secundaria y sífilis cardiovascular en países desarrollados, en donde la aortitis sifilítica ha sido relegada a la categoría de enfermedades cardiovasculares raras. En el primer mundo, la incidencia de la sífilis primaria y secundaria se redujo en un

90% en el siglo pasado observándose en el periodo 2001-2008 que la tasa de incidencia se duplicó, lo que permite presagiar el resurgimiento de la enfermedad tardía en países desarrollados. Esta realidad difiere en países en vías de desarrollo, donde la sífilis primaria es una de las más comunes infecciones de transmisión sexual. La sífilis, por su característica clínica de ser "la gran imitadora", en ocasiones no se diagnostica a tiempo y la enfermedad sigue su evolución natural; por lo anterior, se confunde el diagnóstico, se lo ignora y se retrase el tratamiento llegando a fases tardías siendo la sífilis cardiovascular una de las causas de enfermedades no ateroscleróticas frecuentemente observadas en autopsias.

El caso presentado demuestra que la sífilis es causa importante de enfermedad aneurismática; deberá sospecharse en toda patología aneurismática e infecciosa. En el país no se disponen de registros confiables sobre sífilis primaria, secundaria o terciaria; rutinariamente se investiga esta patología en embarazadas como parte de programas de salud en esta población. Se desconoce la realidad epidemiológica actual y numerosos casos como el presentado, tienen un diagnóstico y tratamiento tardíos, lo que influye negativamente en la calidad de vida y en el pronóstico del paciente que se ve sometido a un mayor riesgo de complicaciones y patologías concomitantes. Las infecciones de transmisión sexual, probablemente incrementen su incidencia a corto plazo, por los cambios en la conducta sexual de la población, inicio precoz de las actividades sexuales y limitadas acciones de vigilancia epidemiológica en grupos considerados no vulnerables.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

La identidad de los individuos participantes en el estudio es anónima y confidencial, por lo que no se obtuvo un consentimiento específico para su publicación.

Aprobación ética y consentimiento

El protocolo y el consentimiento fueron aprobados oportunamente.

Financiamiento

Los recursos fueron provistos por los autores.

Conflicto de interés

Los autores NO reportan conflicto de interés alguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación.

Referencias

1. Gross ÇG, Flaig B, Rode S. Syphilis. Part 1: Introduction, pathology and clinical aspects. *Hautarzt* 2013; 64(10):771-88.
2. Stone JR, Bruneval P, Angelini A, Bartolini G, Basso C, Batoroeva L, et al. Consensus statement on surgical pathology of the aorta from the Society for Cardiovascular Pathology and the Association for European Cardiovascular Pathology. I. Inflammatory diseases. *Cardiovasc Pathol* 2015 May 16. pii: S1054-8807(15)00056-3. doi: 10.1016/j.carpath.2015.05.001
3. French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Voorst Vader P, Young H. IUSTI: 2008 European guidelines on the management of syphilis. *International J of STD and AIDS* 2009; 20:300-309.
4. Luneva E, Malev E, Rizhkov A, Pakhornov A. Giant syphilitic aortic aneurysm. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014; 45(2):392.
5. Carrada B. Cardiovascular syphilis: diagnosis, treatment. *Arch Cardiol Mex* 2006; 76(4S):189-96.
6. Mosrshed MG, Singh AE. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. *Clin Vaccine Immunol* 2015; 22(2):137-47.
7. Tipple C, Taylor GP. Syphilis testing, typing, and treatment follow-up: a new era for and old disease. *Curr Opin Infect Dis* 2015; 28(1):53-60.
8. Tomey MI, Murthy VL, Beckman JA. Giant syphilitic aortic aneurysm. A case report and review of the literature. *Vasc Med* 2011; 16(5):360-364
9. Paulo N, Cascarejo J, Vouga L. Syphilitic aneurysm of the ascending aorta. *Int Cardiovasc and Thorac Surg* 2011; 14(2012):223-225.
10. Saraiva RS, César CA, Mello MA. Syphilitic aortitis: diagnosis and treatment. Case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2010; 25(3):415-418.
11. Shinde RS, Mantur BG, Walvekar RR, Parande MV, et al. Syphilitic aneurysm. A case report. *Indian J Sex Transm Dis* 2012; 33(2):145-146.