

Síndrome nefrótico secundario a sífilis

[Nephrotic syndrome secondary to syphilis]

Jenny Adriana Morán F.<sup>1,2</sup>, Lissa Mariana Cabal C.<sup>2,3</sup>, Jorge Alberto Endo<sup>2,4</sup>

1) Programa de Residencias en Pediatría, Universidad Libre Seccional, Cali, Colombia; 2) Grupo de Investigación en Pediatría GRINPED, Cali, Colombia; 3) Departamento de Medicina Interna, Universidad Libre Seccional, Cali, Colombia; 4) Departamento de Nefrología, Universidad Libre Seccional, Cali, Colombia.

Correspondencia: Jenny Adriana Morán F. / Email: adrimoranf@gmail.com

Recibido: 21 de diciembre de 2023

Aceptado: 20 de febrero de 2024

Publicado: 30 de abril de 2024

Palabras clave: nefrótico, sífilis, pediátrico.

Keywords: nephrotic, syphilis, pediatric.

Aspectos bioéticos: Los autores declaran la obtención del consentimiento informado de los participantes. Los autores declaran que han seguido los protocolos de la institución de origen del paciente sobre la publicación de datos. Los autores declaran la obtención del consentimiento informado de los participantes.

Financiamiento: El autor declaran no haber recibido financiamiento externo para la preparación de este manuscrito.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

Datos: La información cruda anonimizada será provista por el autor correspondiente.

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20242276

Resumen

El síndrome nefrótico se caracteriza por proteinuria importante, hipoalbuminemia, edema generalizado e hiperlipidemia. Según su etiología se clasifica en primario y secundario, siendo este último raramente encontrado en pediatría, cuyas causas pueden ser múltiples como enfermedades sistémicas, fármacos, neoplasias o enfermedades infecciosas. Se presenta el caso clínico de una adolescente femenina con síndrome nefrótico secundario a sífilis, quien recibió manejo antibiótico apropiado con resolución del cuadro clínico.

Abstract

Nephrotic syndrome is characterized by significant proteinuria, hypoalbuminemia, generalized edema, and hyperlipidemia. According to its etiology, it is classified as primary and secondary, the latter being rarely found in pediatrics, whose causes can be multiple such as systemic diseases, drugs, neoplasms, or infectious diseases. A clinical case is presented of a female adolescent with nephrotic syndrome secondary to syphilis, who received appropriate antibiotic management with resolution of the clinical condition.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico frecuente en la población pediátrica, pertenece a los síndromes glomerulares, con compromiso de la barrera de filtración glomerular y paso indistinto de macromoléculas negativas como la albúmina, provocando su pérdida y disminución de la presión oncótica e hidrostática, lo que produce proteinuria severa ( $>40 \text{ mg/m}^2/\text{h}$ ) e hipoalbuminemia ( $<3\text{g/dl}$ ) [1], clínicamente se presenta con edemas, hiperlipidemia, hipertensión, oliguria, hipercoagulabilidad y alteraciones endocrinas [1,2], hasta un estado de lesión renal con necesidad de tratamiento dialítico o reemplazo renal, de ahí nace la importancia de determinar la causa de la aparición del síndrome nefrótico.

Según la etiología del síndrome nefrótico se clasifica en idiopático o primario y secundario ya sea por glomerulonefritis, enfermedades sistémicas, fármacos, enfermedades infecciosas (víricas, parasitarias) y/o neoplasias [1], siendo las causas más frecuentes del síndrome nefrótico primario en niños por cambios mínimos y glomeruloesclerosis focal y segmentaria [3].

El síndrome nefrótico idiopático representa el 90% en los niños entre 2 y 12 años [1] con una incidencia en población pediátrica menor de 16 años de alrededor de 2-7 nuevos casos por 100,000 niños por año [2].

En cuanto la prevalencia se acerca a los 15 casos por 100,000 niños [1]. Se presenta destacadamente entre 2-8 años con máxima incidencia entre los 3 y 5 años, siendo en varones 2 veces más frecuente, diferencia que no existe en adolescentes y adultos [1,2,4,5].

Es preciso tener en cuenta que se han reportado pocos casos de síndrome nefrótico de debut tardío secundario a infección por sífilis o lúes, sin embargo, si se han descrito con el paso del tiempo [6,7] con una incidencia menor del 0.3 % [4,6].

Siendo el síndrome nefrótico secundario poco común en pediatría, dado que la presentación más frecuente es síndrome nefrótico idiopático, [4] el objetivo de este trabajo es reportar el caso de una adolescente con vida sexual activa la asociación del síndrome nefrótico de debut tardío secundario a infección por sífilis o lúes.

## CASO CLINICO

Adolescente femenina de 16 años con antecedentes de abuso sexual a los 9 años, síndrome depresivo y actualmente con vida sexual activa, con siete días de dolor abdominal generalizado, edema palpebral bilateral y de miembros inferiores grado II, fiebre, oliguria, orina oscura y espumosa.

Se dio manejo para infección de vías urinarias con cefalexina, sin embargo, por persistencia de síntomas y cuadro febril consulta por urgencias; estaba deshidratada, con anasarca, oliguria menor a 12 horas y sin urgencia dialítica. Se dio manejo inicial con bolo de cristaloideas, se comenzaron estudios y se hospitalizó bajo diagnóstico de síndrome nefrótico, instaurándose manejo en reanimación con infusión conjunta de albumina más furosemida.

Exámenes complementarios reportaron alteración de proteínas con hipoalbuminemia (1.47gr/dl), proteinuria (3,817 mg/dl-muestra de orina parcial), también evidenciaba en uroanálisis (muestra de orina espontánea: aspecto turbio, densidad: 1.015, pH:7, nitritos, cuerpos cetónicos, bilirrubinas y leucocitos: negativos, proteínas: 500 mg/dl, glucosa y urobilinógeno: normales, sangre en orina: 25 ery/ul. Sedimento: células epiteliales bajas: 10-20 x campo, bacterias: escasas, leucocitos: 0-2 x campo, eritrocitos eumorfos 0-2 x campo) e hipoproteinemia (proteínas totales 3.68 gr/dl), además leucocitosis, neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda, procalcitonina negativa, hiponatremia (133meq/l) e hipocalcemia, C3-C4 normal, transaminasas elevadas (Transaminasa glutámico pirúvica 118.40 U/L-Transaminasa glutámico oxalacética 93.70 U/L), bilirrubinas normales (Total 0.10 mg/dl - Directa 0.09 mg/dl - Indirecta 0.01 mg/dl) y azoados en límite superior normal (nitrógeno ureico 17.68 mg/dl- creatinina 0.9 mg/dl), con tasa de filtración glomerular estimada disminuida (71.58 ml/min/1,73m<sup>2</sup>).

La radiografía de tórax con derrame pleural bilateral y perfil infeccioso que reportó RPR positivo 1/16 diluciones y FTA ABS positivo, confirmando presencia de sífilis; Hepatitis A,B y C, hemocultivo, VIH, citomegalovirus y virus del Epstein Barr todos negativos.

Fue valorada por nefrología e infectología quienes difieren esteroides por resultado de prueba treponémica positiva, consideran que cursa con síndrome nefrótico de debut tardío de

origen infeccioso. Se inició antibiótico con piperacilina tazobactam dado que tiene efectividad para sífilis y peritonitis primaria sospechada clínicamente.

La ecografía de abdomen total reportó moderada ascitis predominio en pelvis. Hígado y bazo de forma, tamaño y ecogenicidad conservados. Ambos riñones de forma y tamaño conservados, ecogenicidad levemente aumentada, sin evidencia de hidronefrosis ni litiasis mayor a 5 mm en los senos renales.

Reumatología valoró y descartó patología autoinmune sistémica, presentó autoanticuerpos con resultados normales. Durante la hospitalización presenta pérdida de peso de 3.8 kg con respecto al ingreso y gasto urinario elevado para lo cual se disminuyó la dosis de furosemda.

Requirió monitorización cardiorrespiratoria, antibiótico por una semana y manejo de balance hídrico en cuidados intermedios, además indicación de amlodipino por cifras de presión arterial elevadas.

Se realizó uroanálisis de control a los cinco días posteriores al inicio de tratamiento el cual reportó ausencia de proteinuria, además, proteínas totales (4.91 gr/dl), albumina (3.41 gr/dl), nitrógeno ureico (6.12 mg/dl) y creatinina (0.77 mg/dl) normales con tasa de filtración glomerular estimada en ascenso (83.67 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) por lo que se suspendió infusión de albúmina y diurético.

Previo al egreso nefrología define que solo requiere manejo de infección sin esteroides, con el antibiótico establecido por infectología durante 7 días y anexo a esto actualización del esquema de inmunización ambulatorio por resultado anti HBs (5.6) no reactivo, indica además continuar antihipertensivo por 30 días y seguimiento con psiquiatría y psicología infantil por antecedentes. Hasta el momento sin más exámenes de laboratorio respecto a lúes, Infectología cita a control ambulatorio, aunque la paciente no ha asistido.

## DISCUSIÓN

El compromiso renal relacionado con la sífilis secundaria se presenta como un síndrome nefrótico, proteinuria aislada u ocasionalmente, como glomerulonefritis aguda. Bhorade et al en 1971 describen como criterios diagnósticos de la nefropatía

lúética la presencia de: a) sífilis secundaria con síndrome nefrótico; b) fuerte positividad de las pruebas serológicas; c) remisión espontánea o rápida curación tras el tratamiento adecuado y d) ausencia de otras causas de enfermedad renal [6]. La paciente del caso cumple con estos criterios.

Durante la sífilis secundaria, todos los órganos pueden verse afectados, pero los riñones raramente. En el trabajo clásico de Thomas y Schur en 1946 sobre 3000 pacientes con sífilis, se produjo proteinuria en el 0.3% de los sujetos [8]. Esta afección renal cuando se presenta suele manifestarse más frecuentemente como un síndrome nefrótico, como en el caso que se presenta. Menos frecuente por proteinuria aislada o más raramente como una glomerulonefritis aguda [9,10]. Este síndrome nefrótico por lo general se presenta de forma súbita, sin hipertensión y con función renal preservada, pudiendo ser transitorio con remisión espontánea o persistente en el tiempo. [11,4]. En el caso presente la manifestación clínica está dada por dolor abdominal, edema, oliguria y cambios en las características de la orina, además de fiebre. En los exámenes de laboratorio se presenta con hipoalbuminemia, hipoproteinemias, hipoalbuminemia, radiografía de tórax con derrame pleural bilateral y química sanguínea que muestra retención de azoados sin deterioro de la función renal, que inclinan hacia el diagnóstico de síndrome nefrótico, y añadido a esto reactantes de fase aguda elevados y RPR con prueba treponémica positiva que confirma diagnóstico de sífilis.

El síndrome nefrótico mejora rápidamente después del tratamiento con antibióticos [6,12,13], siendo el tratamiento de primera elección para la sífilis la penicilina parenteral [14], aunque se han reportado casos de resolución espontánea del cuadro clínico sin la utilización de farmacoterapia [7]. En cuanto al manejo de la paciente que se presenta se optó por diferir uso de esteroides, manejo del edema propio del síndrome nefrótico [15,16], tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam por una semana, con el cual se evidencio mejoría del cuadro clínico, disminución de la proteinuria y elevación de los niveles de albumina.

## CONCLUSION

Aunque el síndrome nefrótico secundario es infrecuente en pediatría, no debe haber límites en la búsqueda de sus causas y manejos de estas. Es importante abordar a los pacientes de for-

ma integral, considerar e incluir de forma constante los antecedentes sexuales en la población infantil y adolescente, dado que cada vez es más frecuente el inicio prematuro de la vida sexual sin protección o bien los casos de abuso sexual que predisponen a contraer infecciones de transmisión sexual a temprana edad, constituyéndose en potenciales causas de síndrome nefrótico, tal como la sífilis que se presenta en este caso.

## REFERENCIAS

- [1] Román Ortiz E. Síndrome Nefrótico Pediátrico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Nefrología Pediátrica. Valencia: Unidad de Nefrología Pediátrica Hospital Universitario Doctor Peset. 2022; 1:317-37. ISSN 2171-8172.
- [2] Abarca Zúñiga V, Álvarez Rodríguez N. Síndrome nefrótico en pediatría. Rev Medica Sinerg. 2020;5(3): e392. doi: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i3.392>.
- [3] Cisneros, L. Síndrome nefrótico en niños: Rol del pediatra y nefrólogo pediatra, nephrotic syndrome in children: role of the pediatrician, and the nephrologist. Revista. Fac. Med. Hum. 2018;18(1):55-64. doi 10.25176/RFMH.v18.n1.1270.
- [4] Pérez A, Álvarez M, Portales Y. Síndrome Nefrótico asociado a Sífilis secundaria: reporte de caso. UNESUM-Ciencias. 2022 Sep 30; 6 (4): 184-189. ISSN 2602-8166. doi: <https://doi.org/10.47230/unsum-ciencias.v6.n4.2022.682>
- [5] Gómez MA, Pérez L, Mendoza OO, El síndrome nefrótico en pediatría: un impacto en la infancia. Revista Finlay. 2019. V9 (1). ISSN 2221-2434. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/683>
- [6] Baudagna G, De Miguel V, Greco V, et al. Síndrome nefrótico agudo asociado a sífilis secundaria. Hospital Nacional. Medicina (Buenos Aires) 1999; 59: 277-278. ISSN 0025-7680.
- [7] Ramos RM, Ramos JM, Barrio M, Torralba M, Herrero F. Síndrome nefrótico asociado a lúes secundaria; Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2000 ;18 (8):421-422.
- [8] Thomas EW, Schur M. Clinical nephropathies in early syphilis. Arch Intern Med (Chic). 1946 Dec;78(6):679-86. doi: 0.1001/archinte.1946.00220060052003. PMID: 20278489.
- [9] Echevarría Vierna S, González Cotorruelo J, Garijo Ayensa F, et al. Affección renal mediada por complejos inmunes en la sífilis secundaria [Kidney diseases mediated by immune complexes in secondary syphilis]. Med Clin (Barc). 1983 Mar 5;80(7):324-6. Spanish. PMID: 6222225.
- [10] Erlij D, Sepulveda P. Compromiso renal en sífilis secundaria: a propósito de un caso. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 39 (2021) 415–422. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.09.021>
- [11] Braunstein GD, Lewis EJ, Galvanek EG, et al. The nephrotic syndrome associated with secondary syphilis. An immune deposit disease. Am J Med. 1970 May;48(5):643-8. doi: 10.1016/0002-9343(70)90016-1. PMID: 4912935.
- [12] Toledano GM de ON, Cardoso CO. Congenital Nephrotic Syndrome due to Congenital Syphilis: A Case Report. Electron J Gen Med. 2021;18(2):em280. doi: <https://doi.org/10.29333/ejgm/9731>
- [13] Chun-Chen L, Chi-Feng P, Tung-Ying C, et al. Secondary Syphilis Associated Nephrotic Syndrome. The Journal Of Pediatrics. 2021;235:297-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.04.009>
- [14] Martín-Aspas A, Gómez AS, Cuevas MC, et al. Sífilis. Medicine. 2022;13(54):3145–56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2022.04.001>
- [15] Carvajal-Barrios G, Mejía N, González Ch LE, et al. Síndrome Nefrótico: “De la teoría al manejo”. Pediatría. 2020;52(3):94–107. doi: <http://dx.doi.org/10.14295/p.v52i3.137>
- [16] Laso MDC, Adragna M, Alconcher L, et al. Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia. Arch Argent Pediatr 2014;112(3):277-284 / 277. doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.277>