

diera directamente a su cierre, evitando de este modo la fuga y su probable cierre en una segunda cirugía, así como la realización de pruebas diagnósticas irradiantes para su diagnóstico.

#### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Digenis GE, Khanna R, Mathews R. Abdominal hernias in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Bull* 1982;2:115-7.
2. Rocco MV, Stone WJ. Abdominal hernias in chronic peritoneal dialysis patients: a review. *Perit Dial Bull* 1985;5:171-4.
3. Kauffman HB Jr, Adams MB. Indirect inguinal hernia in patients undergoing peritoneal dialysis. *Surgery* 1986;99:254-6.
4. Gracia Toledo M, Borràs Sans M, Gabarrell A, Durán J, Fernández Giráldez E. Factores de riesgo para desarrollar hernias abdominales en enfermos en diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(2):218-9.
5. Cooper JC, Nicholls AJ, Simms JM, Platts MM, Brown CB, Johnson AG. Scrotal oedema in patients treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis: an unusual presentation of inguinal hernia. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983;286(6382):1923-4.
6. Tanque de ES, Hatch DA. Hernias complicating chronic ambulatory peritoneal dialysis in children. *J Pediatr Surg* 1986;21:41-2.

**Eduardo Torregrosa-de Juan<sup>1</sup>,**  
**Pilar Royo-Maicas<sup>1</sup>, Enrique Fernández-Nájera<sup>1</sup>,**  
**Pau Olagüe-Díaz<sup>1</sup>, Rafael García-Maset<sup>1</sup>,**  
**Rubén Molina<sup>2</sup>, Yolanda Pallardo<sup>2</sup>,**  
**Juanjo Sánchez-Canel<sup>3</sup>,**  
**Héctor García-Pérez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología.

Hospital de Manises. Valencia.

<sup>2</sup> Servicio de Radiología. Hospital de Manises. Valencia.

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón.

**Correspondencia:** Eduardo Torregrosa de Juan  
 Servicio de Nefrología.  
 Hospital de Manises.  
 Manises, Valencia.  
 torregrosa\_edu@gva.es

## Neurosífilis en trasplante renal

*Nefrología* 2013;33(2):277-9

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Nov.11698

#### Sr. Director:

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*, adquirida por contacto sexual, congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa<sup>1</sup>. Se inicia con la invasión del *Treponema pallidum* en el líquido cefalorraquídeo (LCR)<sup>2,3</sup>.

Sus formas de presentación se clasifican en sífilis precoz, tardía, neurosífilis y sífilis congénita<sup>4,5</sup>.

La afectación del sistema nervioso central se produce en el 5-10 % de los infectados y hasta en la tercera parte de los casos que progresan hacia estadios avanzados desarrollando neurosífilis<sup>6</sup>.

Actualmente predominan las formas de presentación atípica respecto a las formas clásicas de parálisis general progresiva y tabes dorsal<sup>7</sup>. El tratamiento se basa en la

administración de penicilina G sódica y, como segunda opción, las cefalosporinas.

Presentamos el caso de un paciente con trasplante renal desde hace 13 años que acude a Urgencias por fiebre en el contexto de lesiones cutáneas y síntomas neurológicos.

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 39 años de edad con tercer trasplante renal, varios episodios de neumonías y portador de virus de hepatitis C. Realiza un viaje exótico durante dos meses, con convivencia de riesgo y sin medidas preventivas. Acude con dolor lumbar y fiebre. En anamnesis, fiebre, escozor y secreción blanquecina en pene, exantema máculo-papuloso, parestesias en miembros inferiores y visión doble.

En la exploración: tensión arterial: 177/106 mmHg; temperatura: 36,8 °C, frecuencia cardíaca: 120 lpm. Exantema máculo-papuloso con extensión palmo-plantar (figura 1), de predominio central. Parálisis del sexto par craneal izquierdo (figura 2), ausencia de reflejos osteotendinosos profundos, disminución de fuerza en ambos miembros



**Figura 1.** Exantema máculo-papuloso. Lesiones dermatológicas de neurosífilis.



**Figura 2.** Parálisis del sexto par craneal izquierdo. Lesiones neurológicas de la neurosífilis.

inferiores y disestesias. Hemograma y fórmula leucocitaria normal; creatinina 1,8 mg %, ionograma y gasometría normales. Resto de las pruebas en tabla 1.

Con el diagnóstico de neurosífilis temprana sintomática con meningitis y radiculitis, se inició tratamiento con penicilina G sódica 24.000.000 UI por vía i.v. durante 3 semanas, con mejoría sustancial, recuperando reflejos osteotendinosos profundos a los 8 días del tratamiento, así como la desaparición de la lumbalgia y las parestesias en miembros inferiores, quedando la parálisis del par craneal en resolución parcial.

El paciente fue dado de alta tras completar tratamiento, con controles cada tres meses en consulta externa. Se objetiva mejoría progresiva de todos los síntomas neurológicos y descenso de los títulos de TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay) y RPR (reagina plasmática rápida) y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) después de un año de seguimiento. Actualmente tras 5 años de la infección, el paciente se encuentra totalmente asintomático.

## DISCUSIÓN

La meningitis sintomática puede ocurrir años después, con cefalea y cervicalgia, confusión, náuseas, vómitos, rigidez,

convulsiones, agudeza visual disminuida, neuropatías craneales, arteritis cerebrales, leptomeningitis o gomas sífilíticas ocasionando lumbalgia, pérdida de la sensibilidad, incontinencia, debilidad en las piernas o atrofia muscular<sup>8</sup>.

Aunque la literatura nos refiere que la presentación sintomática puede ocurrir años después de la infección, en nuestro caso la evolución de la enfermedad fue acelerada y con manifestaciones dérmicas, genitales y neurológicas graves.

Llama la atención el corto período de invasión nerviosa, ya que lo habitual es que la neurosífilis se presente después de dos años de permanecer en fase latente.

El exantema máculo-papuloso (sífilis secundaria) con extensión palmo-

plantar nos hizo sospechar como primera posibilidad el diagnóstico de sífilis. Además de los antecedentes personales de migración del paciente, se tuvo en cuenta la inmunodepresión adquirida por ser portador de un trasplante renal.

Si bien no se ha encontrado en la literatura un caso similar, se tienen reportes de altas incidencias de esta enfermedad en pacientes inmunocomprometidos por virus de la inmunodeficiencia humana<sup>9,10</sup>.

Las anomalías en el LCR asociadas con neurosífilis meníngeovascular suelen ser menos graves que en los casos de meningitis aguda.

Las pruebas serológicas de detección de sífilis incluyen el VDRL, la RPR, la FTA-ABS (absorción de anticuerpos

**Tabla 1.** Exámenes complementarios

Exámenes complementarios	Resultados
Exudado uretral	Tinción de Gram(-) Cultivo para Clamidia(-)
Serologías	RPR (+) 1.4 TPHA (+) 5120 VDRL serología de sífilis (+)
Campo oscuro de la úlcera genital	No se aprecia ningún tipo de gérmenes
Examen del LCR	Recuento celular 20 cl/ml Citología normal Cultivo(-)
TAC craneal	Normal
RMN craneal	Múltiples lesiones hiperdensas localizadas en sustancia blanca subcortical, probablemente secundarias a lesiones isquémicas. Lesiones confluentes periventriculares en porción posterior de centros semiovais y lesión captante parasagital derecha en el centro semioval, sugerentes de proceso infeccioso
RMN lumbar	No se evidencian lesiones sugerentes de patología.

LCR: líquido cefalorraquídeo; RMN: resonancia magnética nuclear; RPR: reagina plasmática rápida; TAC: tomografía axial computarizada; TPHA: *Treponema pallidum* Haemagglutination Assay; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

treponémicos fluorescentes), partículas para el *Treponema pallidum*, el TPPA (ensayo de aglutinación) y el EIA (inmunoensayo enzimático).

Estas pruebas siguen siendo reactivas para toda la vida en prácticamente todos los individuos, independientemente del tratamiento previo.

El tratamiento recomendado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), incluyendo la sífilis ocular, son<sup>10</sup>: penicilina G cristalina acuosa (3 a 4 millones de unidades i.v. cada cuatro horas, o 24 millones de unidades al día como infusión continua) durante 10 a 14 días, o la penicilina G procaínica más probenecid. La doxiciclina o la ceftriaxona a dosis altas podrían ser utilizadas como alternativa a la penicilina<sup>11</sup>.

Se deben realizar seguimientos a los tres y seis meses después del tratamiento y posteriormente cada seis meses hasta que el LCR sea normal y el VDRL sea arreactivo. Se debe repetir el tratamiento si alguna muestra de seguimiento del LCR muestra aumento de cuatro veces en el título de VDRL o aumento de leucocitos<sup>8</sup>.

## CONCLUSIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa no muy prevalente en nuestro medio y, por lo tanto, poco sospechada.

La neurosífilis se ha considerado una manifestación tardía de la sífilis. En el caso de nuestro paciente, destaca la presentación del cuadro clínico, en el que los síntomas de una sífilis secundaria (afectación cutánea) y los síntomas neurológicos se presentan casi simultáneamente, lo cual suponemos consecuencia del hecho de que se trata de un paciente inmunosuprimido por la toma de medicación anti-rechazo de su trasplante renal.

Pensamos que, además de la falta de prevención por parte del paciente, es muy importante tener en cuenta la inmunodeficiencia adquirida por el propio trasplante renal y creemos que es una excelente oportunidad para insistir

en la susceptibilidad de estos pacientes a la exposición a este tipo de agentes microbiológicos; en caso de inmunocompetitividad, probablemente la presentación de este tipo de enfermedades no sea tan agresiva.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. López-Hontangas JL, Frassetto Artes J. Sífilis: una revisión actual. Valencia: Hospital La Fe, Servicio de Microbiología. Available at: [www.seimc.org/control/revisiones/serologia/sifilis.pdf](http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/sifilis.pdf)
2. Lukehart SA, Hook EW 3rd, Baker-Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med* 1988;109:855-62.
3. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, Rompalo AM, Augenbraun MH, Chiu M, et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. The Syphilis and HIV Study Group. *N Engl J Med* 1997;337:307-14.
4. Gutiérrez Gutiérrez C, Urquiza Rodríguez A, Valdivia Arancibia J, Delgado Almora E, Jordán González J, Iglesias González M. Neurosífilis en un paciente con insuficiencia renal crónica dialítico dependiente. Órgano Oficial del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas 2007;1(9).
5. Savage EJ, Hughes G, Ison C, Lowndes CM; European Surveillance of Sexually Transmitted Infections Network. Syphilis and gonorrhoea in men who have sex with men: a European overview. *Euro Surveill* 2009;14(47). pii:19417.
6. Marcos Sánchez F, Albo Castaño I, Árbol Linde F, Colás Rubio J. Un nuevo caso de neurosífilis latente tardía de presentación atípica. *An Med Interna* 2005;22(2):93.
7. Harris DE, Enterline DS, Tien RD. Neurosyphilis in patients with AIDS. *Neuroimaging Clin N Am* 1997;7:215-21.
8. Marra CM, Gonzalez-Scarano F, Dashe JF (eds.). Neurosyphilis. Available at: [http://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?source=search\\_result&search=neurosyphilis&selectedTitle=1~39](http://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?source=search_result&search=neurosyphilis&selectedTitle=1~39)

9. World Health Organization-Regional Office for Europe. Trends in sexually transmitted infections and HIV in the European Region, 1980-2005. Copenhagen: WHO; 2006. Available at: [http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/EPI-aktuellt-ny/2007/etb01b\[1\].pdf](http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/EPI-aktuellt-ny/2007/etb01b[1].pdf)
10. Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1-infected patients. *AIDS* 2008;22:1145-51.
11. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1.

**Vanesa Camarero-Temiño, Verónica Mercado-Valdivia, M. Jesús Izquierdo-Ortiz, José J. Santos-Barajas, Badawi Hijazi-Prieto, Isabel Sáez-Calero, Raquel De Toro, Basilia González, M. Luisa Carrasco, Pedro Abaigar-Luquin**

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario de Burgos.

**Correspondencia:** Verónica Mercado Valdivia

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario de Burgos, Islas Baleares s/n.

[veronicamercado2@hotmail.com](mailto:veronicamercado2@hotmail.com)

[veronicamercado1@gmail.com](mailto:veronicamercado1@gmail.com)

## Trastornos hidroelectrolíticos secundarios a síndrome de realimentación

*Nefrología* 2013;33(2):279-81

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Sep.11691

### Sr. Director:

El síndrome de realimentación (SRA) es un trastorno hidroelectrolítico severo, que se genera tras la suplementación alimentaria en pacientes con importante deprivación nutricional de base. En dicho síndrome aparecen múltiples alteraciones electrolíticas, deficiencias vitamínicas y efectos cardiovasculares severos<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 70 años, hipertensa, afecta de un adenocarcinoma de endometrio diagnosticado