

Pancitopenia reactiva a infección medular por *Treponema pallidum*, reporte de un caso

Jaime Retamal-Riquelme¹, Camila Diez-De Medina¹, Anna Luz Castelli-Torres¹, Jesús Elizondo-Gutiérrez¹, Stephania Moncada-Abadía¹, Pablo Villegas-Anderson¹, Cefora Suárez-Farías¹, Rafael Benavente-Aranguiz¹, María Elena Cabrera-Contreras¹, Pamela Gil-Galleguillos¹, Macarena Roa-Salinas¹, Ximena Valladares-Ticona¹, Patricia Graffigna-Marun¹, Carolina Romero-Morgado¹, Verónica Lizama-Oyaneder¹, Claudia Gajardo-Sotomayor¹, Camila Peña-Ojeda¹

1. Hospital Del Salvador

INTRODUCCIÓN:

La sífilis es el gran imitador en dermatología, pero también puede tener manifestaciones muy variadas fuera de la piel. Se presenta un caso de infección por *Treponema pallidum* en médula ósea que se manifestó por pancitopenia y mejoró tras el tratamiento antibiótico.

CASO CLÍNICO:

Hombre de 53 años, con tabaquismo detenido, alcoholismo intermitente y consumo de pasta base desde los 25 años, que consultó por cuadro de un mes de compromiso del estado general, baja de peso y disnea progresiva, a lo que se agregó tos con expectoración productiva y luego hemoptoica, sin otros sangrados. Examen físico sin hallazgos. Del laboratorio destacaba anemia severa microcítica (Hb 4.2g/dL, VCM 78), leucopenia con RAN 400mm3, RAL 530mm3, RAM 60mm3, plaquetas 8000mm3, LDH 427U/L. Al frotis, sin blastos, células atípicas, signos de hemólisis ni reacción leucoeritroblástica. Se transfundió y se realizó TC TAP que mostró focos bilaterales de neumonía y leve enfisema, hígado y bazo normales, sin adenopatías ni signos de neoplasias. Sospechando leucemia aguda se hizo mielograma, inicialmente con aspirado seco, por lo que se tomó biopsia de médula ósea (BMO). Más adelante fue posible realizar aspirado medular, en cuya morfología destacó displasia trilineal, 1% blastos y presencia de cúmulos de células grandes destruidas con nucleolos celestes; el inmunofenotipo informó 2% blastos mieloides CD34-, CD117+, HLA-DR+, CD13+. Se buscó agente etiológico del cuadro respiratorio con filmarray (-), GeneXpert (-), PCR PCP (-) y antígeno urinario de neumococo (+). Por esto, comenzó Ceftriaxona EV. Se manejó con soporte transfusional, fármacos para abstinencia y aislamiento protector. El estudio prosiguió con ferritina >10.000 (ferrocinética informada no evaluable), B12 >4.000, ácido fólico normal, Coombs directo positivo una cruz (post transfusiones), ANA(-), antiDNA(-), C3 y C4 normales, recuento de inmunoglobulinas normal, serologías virales no reactivas (VIH, VHC, HTLV, VHB anticore y antígeno de superficie), parvovirus B19(-), serología CMV inmune (IgG+, IgM-), VDRL reactivo 1/16 (repetido) con MHA-TP reactivo, por lo que se diagnosticó sífilis tardía, que determinó prolongar la terapia con Ceftriaxona EV para completar 14 días (ante trombocitopenia <20.000 se difirió Penicilina intramuscular). La BMO mostró médula ósea hipercelular, con aumento de serie mieloide, en la que destacó células grandes y atípicas CD34-, MPO+ intensas y CD117+ débiles. No obstante, hacia el término del tratamiento antibiótico, la trombocitopenia se fue recuperando y en los días siguientes también la anemia y la neutropenia. Se solicitó IHQ para *Treponema pallidum* en BMO, que resultó positiva.

DISCUSIÓN:

Este caso constituye una presentación sumamente rara de la sífilis, existiendo sólo escasos casos descritos. La patogenia se desconoce, pero resuelve con el tratamiento específico, tal como nuestro caso. El trabajo en equipo multidisciplinario hizo posible este infrecuente diagnóstico.