



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

El enemigo olvidado y silencioso del sistema cardiovascular: un caso de aortitis poco frecuente

The forgotten and silent enemy of the cardiovascular system: a rare case of aortitis

Rafael Cobas-Paz^{a,*}, Lucía Rioboo-Lestón^a, Miguel Piñón-Esteban^b y Francisco Eugenio Calvo-Iglesias^a

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

Caso clínico

Varón de 51 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a Urgencias por dolor centrotorácico opresivo y disnea de esfuerzo. En la valoración inicial se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, aunque con datos congestivos incipientes y una saturación de oxígeno del 95% con aire ambiente. En la auscultación cardíaca destaca un soplo sistólico en borde esternal izquierdo. Se realiza un ecocardiograma en el que se objetiva una insuficiencia aórtica severa que condiciona una dilatación ligera del ventrículo izquierdo, estando la función sistólica ventricular izquierda conservada. La raíz aórtica está engrosada y no dilatada. Se completa el estudio en Urgencias con una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax en la que se confirma un engrosamiento de la pared aórtica e inicio de los troncos supra-aórticos, compatible con el diagnóstico de aortitis.

Durante el ingreso, se solicita una tomografía por emisión de positrones con 18-Fluorodesoxiglucosa (¹⁸F-FDG PET/TC) que muestra hipercaptación en la pared de la aorta ascendente, arco aórtico e inicio de troncos supra-aórticos. Por otro lado, una angiografía por resonancia magnética (angio-RM) de grandes vasos descarta afectación de otros territorios vasculares. Se estudia la anatomía coronaria mediante una angiografía por tomografía computarizada (angio-TC) que muestra una oclusión de aspecto crónico del ostium de la coronaria derecha (CD), hallazgo confirmado posteriormente con una coronariografía (fig. 1).

El paciente no presenta ningún signo ni síntoma extracardíaco, el estudio serológico para autoinmunidad resulta negativo (anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-ADN, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, inmunoglobulina G4, factor reumatoide, complemento sérico, anticuerpos anticardioplipina y β2-glucoproteína), complemento sérico, anticuerpos anticardioplipina y β2-glucoproteína) y los parámetros inflamatorios, incluida la velocidad de sedimentación globular (VSG), no están significati-

vamente elevados, motivo por el cual no nos planteamos una causa inflamatoria sistémica subyacente.

Se realiza un estudio microbiológico que incluye hemocultivos, serologías de bacterias atípicas, hongos (*Aspergillus*, *Cryptococcus*) y virus (virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, hepatitis B y C). Todos estos resultados son negativos a excepción de las pruebas treponémicas (TPHA 1/640) y no treponémicas (RPR 1/32), que resultan claramente positivas. Por todo ello, se establece el diagnóstico de aortitis sífilítica.

Evolución

Aunque el paciente no tenía afectación neurológica, se optó por un régimen antibiótico con penicilina G 3 MUI endovenosa cada cuatro horas durante 15 días. Una vez finalizado el tratamiento, se planteó una cirugía de sustitución valvular aórtica y revascularización de la CD. Durante la intervención se observó una importante rigidez y dureza de la pared aórtica, siendo necesario utilizar dilataadores para la canulación. Además, presentaba una importante reacción inflamatoria en toda su extensión, especialmente a nivel de la raíz, objetivándose la inclusión del velo no coronario en la pared aórtica. Finalmente, se realizó un recambio valvular aórtico mediante el implante de una bioprótesis, una resección del seno no coronario más aortoplastia con pericardio bovino y una revascularización con injerto venoso a la arteria descendente posterior.

La anatomía patológica confirmó la presencia de un infiltrado linfoplasmocitario en la adventicia e íntima de la pared aórtica, compatible con el diagnóstico de aortitis sífilítica, siendo la inmunohistoquímica negativa para *Treponema pallidum* e IgG4 (fig. 2).

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Transcurridos dos meses, se observó una reducción de dos diluciones en la prueba no treponémica (RPR 1/8).

Comentario final

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *T. pallidum*. Sin tratamiento, la enfermedad puede

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafacobaspaz@gmail.com (R. Cobas-Paz).

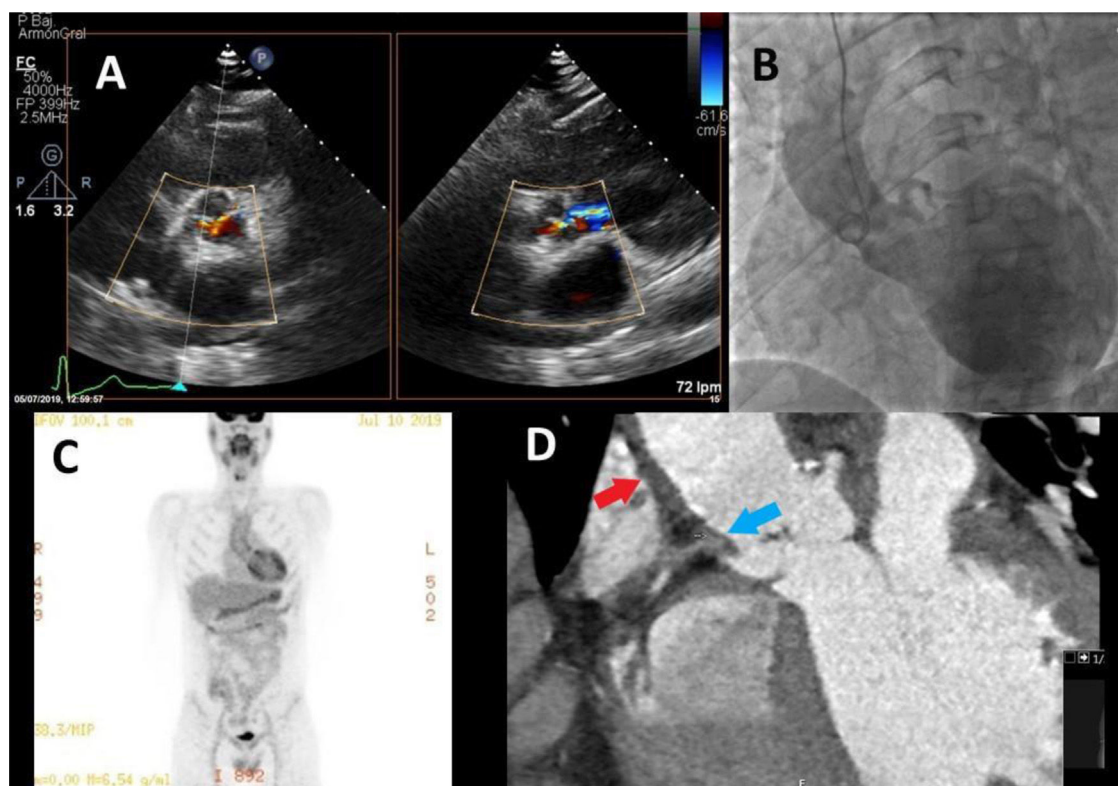


Figura 1. A) Insuficiencia aórtica severa en ecocardiograma transtorácico. B) Aortografía donde se observa una aorta no dilatada, oclusión en el origen de la coronaria derecha (CD) y una regurgitación de grado severo. C) 18FDG-PET/TC con hipercaptación significativa en aorta ascendente. D) AngioTC en el que se aprecia un engrosamiento de la pared aórtica (flecha roja) y oclusión de la CD (flecha azul).

¹⁸F-FDG PET/TC tomografía por emisión de positrones con 18-fluorodesoxiglucosa; Angio-TC: angiografía por tomografía computarizada.

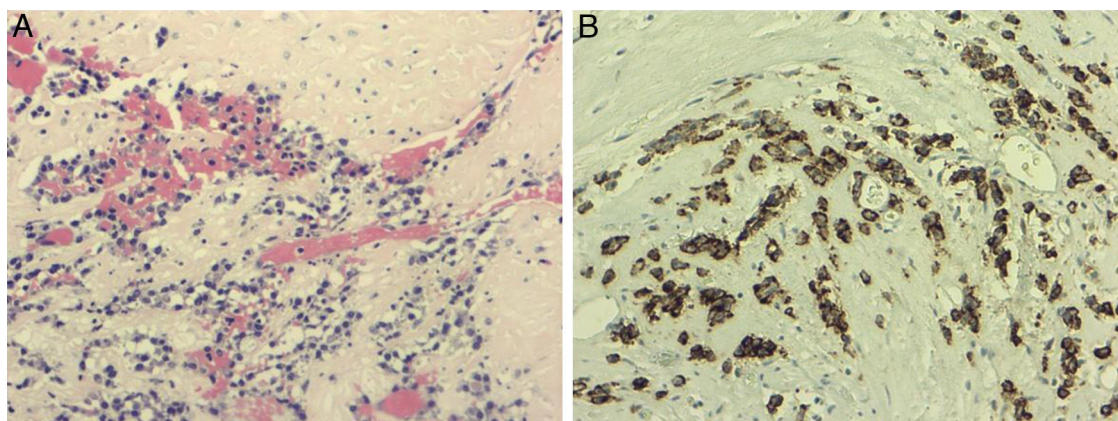


Figura 2. A) Infiltrado linfoplasmocitario en adventicia y capa media. B) Técnica de inmunohistoquímica negativa para *Treponema pallidum*.

progresar a través de las etapas primaria, secundaria y terciaria. La sífilis terciaria es una entidad muy poco frecuente en la época actual. Se desarrolla alrededor de los cinco a 10 años tras la primoinfección, pero los síntomas pueden no ser evidentes hasta transcurridos más de 20 años¹. La afectación cardiovascular se caracteriza por una endarteritis obliterante de los vasa-vasorum de las grandes arterias, especialmente de la raíz aórtica, ostium coronarios y aorta torácica ascendente². En el estudio anatomopatológico es característica la presencia de un infiltrado inflamatorio linfocitario³.

El diagnóstico diferencial de la aortitis incluye causas infecciosas (*Salmonella*, *Staphylococcus* y *Streptococcus* son los patógenos más frecuentemente aislados) y no infecciosas, como las vasculitis de grandes vasos (arteritis de células gigantes o Takayasu), aortitis

por IgG4 o aortitis en el contexto de enfermedades inflamatorias sistémicas⁴.

El mecanismo típicamente relacionado con la insuficiencia aórtica luética es la dilatación de la raíz aórtica⁵. La excepcionalidad de nuestro caso radica en que la aorta no estaba dilatada. Creemos que el grado de inflamación de la raíz aórtica y la tracción ejercida por el anillo aórtico fibrosado fue la causa fundamental del desarrollo de la insuficiencia.

El tratamiento de la sífilis cardiovascular es una inyección semanal de penicilina G benzatina 2,4 MUI durante tres semanas⁶. Es importante una vigilancia en las horas posteriores al inicio del tratamiento por riesgo de desarrollar una reacción de Jarisch-Herxheimer provocada por la lisis de la espiroqueta en los tejidos afectados⁷.

Bibliografía

1. Bhaskara Reddy D, Ranganayakamma I. Syphilitic aortitis (A clinico-pathologic and autopsy study of 32 cases during the 11-year period from 1955 to 1966). *Indian Heart J.* 1967;19:86–95.
2. Kennedy JL, Barnard JJ, Prahlow JA. Syphilitic coronary artery ostial stenosis resulting in acute myocardial infarction and death. *Cardiology.* 2006;105:25.
3. Vaideeswar P. Syphilitic aortitis: rearing of the ugly head. *Indian J Pathol Microbiol.* 2010;53:624–7.
4. Pugh D, Grayson P, Basu N, Dhaun N. Aortitis: recent advances, current concepts and future possibilities. *Heart.* 2021, <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318085>.
5. Tennant E, Post JJ, Overton K, Gulholm T, McKenzie P. A case of syphilitic aortitis. *Intern Med J.* 2018;48:1549–50.
6. Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2008. *Int J STD AIDS.* 2008;19:729–40.
7. Butler T. The Jarisch–Herxheimer Reaction After Antibiotic Treatment of Spirochetal Infections: A Review of Recent Cases and Our Understanding of Pathogenesis. *Am Trop Med Hyg.* 2017;96:46–52.