

Sífilis tardía. Reporte de un caso.

ZEGARRA P., Jaime*, CHIRINOS L., Jesús**.

SUMMARY

A 48 year-old male presented with a 6 month history of a dementia syndrome, memory deficit, impairment of judgement, and right slight hemiplegia, and sexual promiscuity. ELISA for HIV was negative; the VDRL and FTA-abs for syphilis were positive (1/8 and 3+ respectively); VDRL in the CSF was positive (1/8) making the diagnosis of neurological syphilis. In addition, significant NMR images are presented. The patient received penicilin I.V. with clinical, neurological and radiological improvement. (*Rev Med Hered 1999; 10:83-8*).

KEY WORDS: Neurological Syphilis

INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad sistémica contagiosa, con fase aguda, latente y crónica generalizada; causada por el *Treponema pallidum*, y de transmisión principalmente sexual (1). Después de un período de incubación de 03 semanas, aparece una lesión primaria, acompañada de linfadenopatía regional; una fase de bacteriemia secundaria, seguida de un período latente de infección subclínica de muchos años de duración (1,2). El 30% de casos no tratados evolucionan hacia una tercera fase, caracterizada por lesiones cardiovasculares y neurológicas (2). Luego de la introducción de la penicilina en 1940 la incidencia de sífilis y la condición asociada de neurosífilis en los EEUU había disminuido considerablemente (4,7). En las dos últimas décadas los casos de sífilis se han incrementado significativamente.

Desde 1985 el número de publicaciones sugieren un resurgimiento de la neurosífilis particularmente en los pacientes con infección VIH (5,7).

Caso clínico

Paciente varón de 48 años de edad, ingresa al Hospital Nacional Cayetano Heredia con un tiempo de enfermedad de 6 meses; caracterizado por trastornos de la conducta, de la personalidad, movimientos bucales tipo masticatorio, dolor en miembros inferiores, hiporexia, pérdida progresiva de peso y falta de control de esfínteres. Tenía antecedente de promiscuidad sexual sin protección; y sin referencia de lesión ulcerativa genital primaria. Al examen físico, sus funciones vitales eran estables, estaba desorientado en tiempo, espacio y persona; y presentaba hemiparesia derecha, hiperreflexia y babinsky positivo derechos; reflejo de succión y palmomentoniano positivos; parálisis del sexto par craneal derecho; pupilas isocóricas, hiporeactivas, reflejo de acomodación conservado y marcha con aumento de la base de sustentación. No presentaba signos meníngeos.

Los exámenes auxiliares mostraron: VSG de 46 mm/

* Médico Residente, Dpto. de Medicina. Hospital Nacional Cayetano Heredia

** Jefe de Servicio de Hospitalización. Dpto. de Medicina. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima - Perú

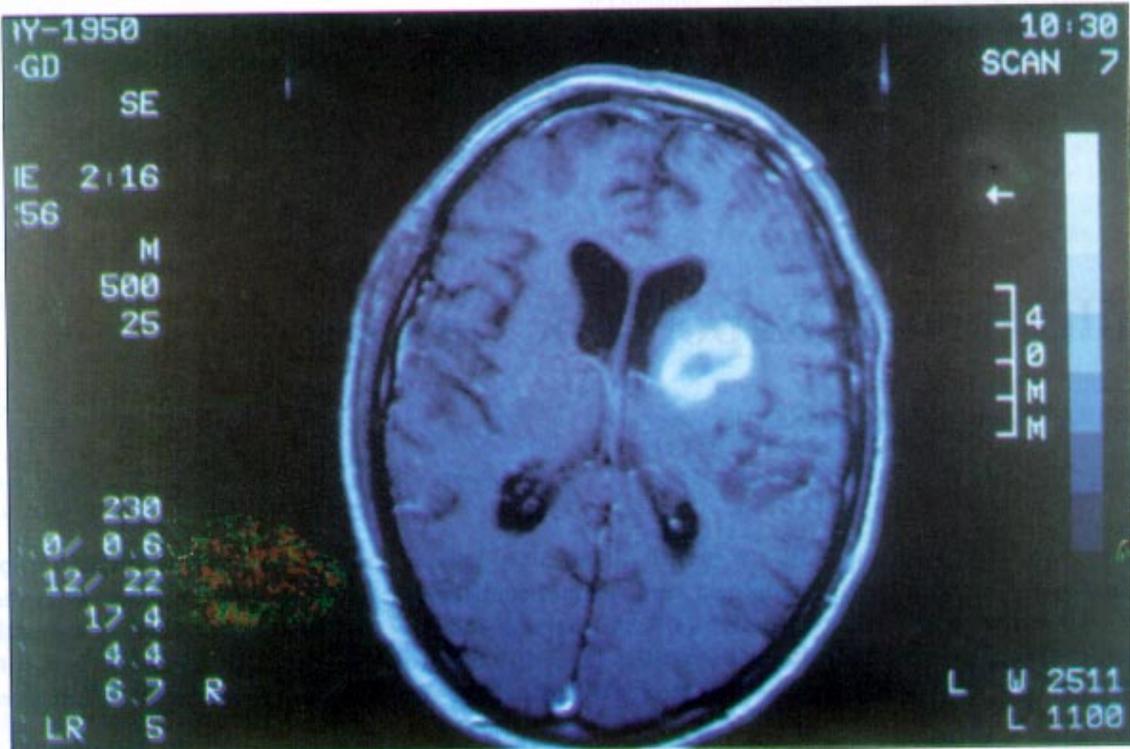


Foto N°1. RNM cerebral pre-tratamiento.

Imagen hiperintensa en región lenticular izquierda, con evidencia de efecto de masa.

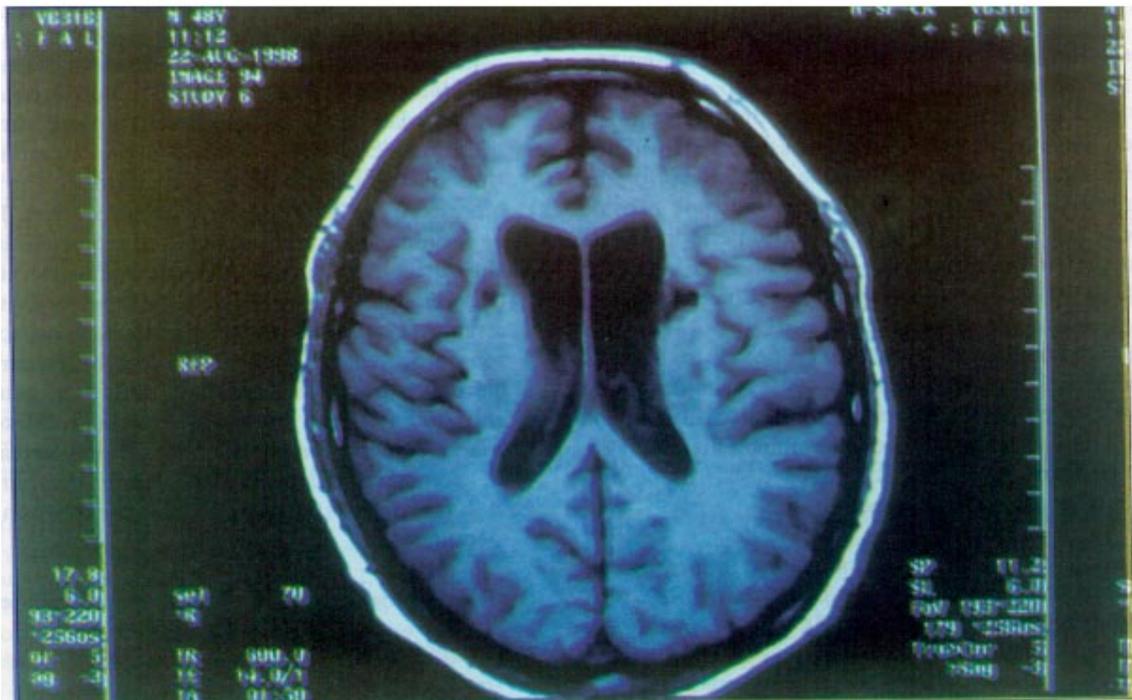


Foto N°2. RNM cerebral post tratamiento

Imagen hipo intensa lenticular izquierda, asociada a dilatación del sistema ventricular.

h., ELISA para VIH negativo, VDRL sérico 1/8 y FTA abs positivo (+++). El estudio de LCR reveló; presión de apertura 12 cm H₂O; leucocitos 10, LMN 90%, glucosa:48 mg/dl, proteínas: 60 mg/dl, VDRL 1/8.

DISCUSION

El cuadro clínico los exámenes de laboratorio y las imágenes que se presentan indican que estamos frente a un paciente con neurosífilis, con compromiso meningovascular y parenquimatoso. Los hallazgos señalaban actividad de enfermedad, por lo cual se le indicó tratamiento con penicilina G sódica 4 millones cada 4 horas endovenoso por 14 días (6). La evolución clínica y por imágenes de RNM fue favorable (6).

En este paciente y por la historia natural de la sífilis suponemos un tiempo de evolución de la enfermedad de aproximadamente 20 a 30 años (1,2). Por tanto como se muestra en la literatura, el presente caso nos revela un resurgimiento de la neurosífilis (2,7). Sería importante que frente a un paciente con enfermedad cerebrovascular sin mayores factores de riesgo cardiovascular, investigar la posibilidad de neurosífilis.

Esta presentación nos permite difundir el caso de un paciente VIH negativo con neurosífilis y las imágenes cerebrales obtenidas por RNM, tal como se encuentran en la literatura médica internacional (8); y que es necesario que la comunidad médica nacional las conozca.

Correspondencia:

Jaime Zegarra Piérola
Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado s/n, San Martín de Porres, Lima, Perú.

BIBLIOGRAFIA

1. Sheila A. Lukehart/ King K. Holmes. SIFILIS. Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Graw-Hill. Interamericana. España 1994, 846-858.
2. Edward W. Hook III. SYPHILIS. CECIL TEXTBOOK OF MEDICINE. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1996, 1705-1714.
3. Larry E. David, MD, and Joseph W. Schmitt, Md. Clinical Significance of Cerebrospinal Fluid Test for Neurosyphilis. *Ann Neurol* 1989, 25: 50-55.
4. Donald R Johns, MD, Maureen Tierney, MD, and Donna Felsenstein MD. Alteration in the Natural history of Neurosyphilis by Concurrent Infection with the Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med* 1987; 316: 1569-72.
5. Debra A. Katz, MD, Hoseph R. Berger, MD. Neurosyphilis in Acquired Immunodeficiency Syndrome *Arch Neurol* 1989, 46: 895-898.
6. Cosottini-M, Mascalchi-M, Zaccara-G, Arnetoli-G. Reversal of Syphilitic hydrocephalus with intravenous penicillin. *Can-J Neurol-Sci* 1997; 24(4): 343.4.
7. Jennifer M. Flood, Hillard S. Weinstock, Mary Ellen Guroy Lydia Bayne, Roger P. Simon, and Gail Bolan. Neurosyphilis during the AIDS Epidemic, San Francisco, 1985-1992. *J Infect Dis* 1998; 177: 931-40.
8. Russouw-HG, Roberts-MC, Emsley-RA, Truter-R. Psychiatric manifestations and magnetic resonance imaging in HIV-negative neurosyphilis. *Biol-psychiatry* 1997; 41(4): 467-73.