

EL RETO DE UN BUEN EXAMEN MENTAL EN LA NEUROSÍFILIS: REPORTE
DE UN CASOTHE CHALLENGE OF A NEAT MENTAL STATUS EXAMINATION IN NEUROSYPHILIS: A
CASE REPORTPATRICIA QUINTERO-CUSGÜEN MD*, ANGELA MARIA GUTIÉRREZ-ÁLVAREZ MD MSc[†]

*Unidad de Neurología, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá-Colombia. Grupo de investigación NEUROS.

Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá-Colombia

[†]Grupo de investigación NEUROS. Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá-Colombia.e-mail: amgutier@urosario.edu.co

Recibido: 25 de junio de 2009

Aceptado: 5 de julio de 2009

RESUMEN

El deterioro cognitivo y los trastornos del comportamiento son algunas de las manifestaciones de la sífilis tardía. Se reporta el caso de un hombre de 55 años con un rápido deterioro de su estado cognitivo, trastornos del comportamiento, pérdida de memoria y alucinaciones. La prueba de minimental registró un puntaje de 13/30. Un estudio completo de laboratorios y de neuroimágenes confirmó el diagnóstico de neurosífilis. Recibió tratamiento endovenoso con penicilina obteniendo una respuesta positiva en su trastorno de comportamiento. La neurosífilis debe ser un diagnóstico diferencial en todo paciente con deterioro cognitivo y alteraciones del comportamiento.

Palabras clave: Neurosífilis, Sífilis, Cognición, Comportamiento.

ABSTRACT

Cognitive deterioration and behavior disturbances are some of the manifestations of late syphilis. This report describes a case of a male patient with rapid deterioration in his cognitive status, behavior disorders, short term memory loss, and hallucinations. Minimental state test was 13/30. An extensive laboratory and neuroimaging evaluation confirmed the diagnosis of neurosyphilis. He received intravenous penicillin and had a positive response in his behavior disturbances. Neurosyphilis should be part of the differential diagnosis of any patient showing cognitive deterioration and behavior disturbances.

Key words: Neurosyphilis, Syphilis, Cognition, Behavior

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa crónica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Es de transmisión sexual, pero también ocurre una transmisión vertical al feto a través de la placenta. Se le conoce como la “gran imitadora”, pues sus signos y síntomas no son patognomónicos y no se distinguen fácilmente de otras patologías. Con el descubrimiento de la penicilina hubo una reducción importante del número de casos de sífilis, y por tanto, de las formas tardías que ocurren de 15 a 30 años después de la primoinfección. Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un nuevo aumento en la

presentación de la enfermedad debido a la infección por VIH, la cual, si está asociada, puede acelerar su curso y alterar la respuesta al tratamiento de la sífilis (1).

La neurosífilis, encefalitis sífilítica o paresia general del demente son diferentes nombres para una misma entidad caracterizada por el compromiso tardío del sistema nervioso en esta enfermedad infecciosa (2).

Se presenta el caso de un paciente con deterioro cognitivo, trastornos de comportamiento y posterior diagnóstico de neurosífilis.

CASO CLÍNICO

Enfermedad actual

Hombre de 55 años con cuadro de 3 años de evolución consistente en cambios inespecíficos de comportamiento dados por alteración del lenguaje, dificultades en el cálculo y pérdida de evocación de la memoria. Igualmente refería pérdida progresiva de la visión hasta la ceguera total bilateral. En el último año presentó aumento de los síntomas sensoriales dados por alucinaciones auditivas con presencia de delirio de persecución, agresividad y cambios en el patrón de sueño, dados por periodos alternantes de insomnio e hypersomnio.

Antecedentes personales refirió alcoholismo y tabaquismo hace cinco años atrás.

Antecedentes personales no patológicos: Negativos.

Antecedentes heredofamiliares: Negativos.

Revisión por aparatos y sistemas: No reveló información adicional.

Examen físico general:

- Presión arterial: 110/70 mmHg.
- Pulso: 84 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Temperatura: 36°C.
- No hubo hallazgos relevantes en el examen físico general.

Examen neurológico: Se encontró desorientación parcial en tiempo y lugar, compromiso de la memoria de evocación, sin alteraciones en la memoria mediata, disprosexia, dificultades en series regresivas, lenguaje fluido, sin alteración en la denominación, disgrafia, y dificultades en la repetición, comprensión e interpretación de órdenes (al pedirle que dijera los meses del año, sólo pudo decir tres meses, al solicitarle que denominara dos objetos, sólo denominó uno). Dificultad severa para la copia de una figura, pensamiento concreto, bradipsiquia y bradilalia. Con esto tuvo en la prueba de minimental un

puntaje de 13/30. La prueba de minimental incluye:

- La evaluación de orientación: 10 puntos
- La evaluación de memoria: 3 puntos
- La evaluación de atención y cálculo: 5 puntos
- La de evocación: 3 puntos
- La evaluación de lenguaje: 9 puntos (3).

En el examen de pares craneanos, al evaluar el fondo de ojo mediante oftalmoscopia indirecta se evidenció atrofia óptica bilateral. No se encontró ninguna otra alteración en la evaluación de los otros pares craneanos, fuerza muscular, reflejos osteotendinosos, y pruebas de función cerebelosa. Se solicitaron exámenes complementarios con sospecha diagnóstica de un síndrome demencial pero el paciente es nuevamente traído por su familiar con franco deterioro cognitivo y de comportamiento.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El paciente es hospitalizado y a través de los servicios de Medicina Interna y Neurología se realizan exámenes de laboratorio e imágenes conducentes a descartar enfermedades degenerativas (enfermedad de Alzheimer, demencia fronto-temporal y de Lewy), tóxicas (alcoholismo), metabólicas (deficiencia de vitamina B12, hipotiroidismo), infecciones (VIH, hongos, tuberculosis, sífilis), hidrocefalia, lesiones isquémicas (demencia vascular) o hemorrágicas del sistema nervioso central (hematomas subdurales) y neoplasias. Todas estas patologías pueden configurar en uno u otro momento un cuadro de demencia con alteraciones del comportamiento. Particularmente en este paciente se encontró serología positiva para sífilis con la prueba conocida como Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) reactivo en 256 diluciones, y ELISA para VIH no Reactivo. La RMN cerebral evidencia moderados cambios corticales atroficos supratentoriales con amplitud de espacios subaracnoideos y dilatación fundamentalmente compensatoria del sistema ventricular supratentorial y adelgazamiento del quiasma óptico (Figura 1 y 2). Se realizó punción

lumbar bajo sedación dada la poca colaboración del paciente y se obtuvo un líquido transparente con una presión de apertura de 21 cm de agua, con aumento de proteínas (89 mg/100ml) y de células (24 leucocitos) a expensas de linfocitos (60%). VDRL en líquido cefalorraquídeo reactivo y anticuerpos anti *Treponema pallidum* en campo oscuro (FTA-ABS) positivo.

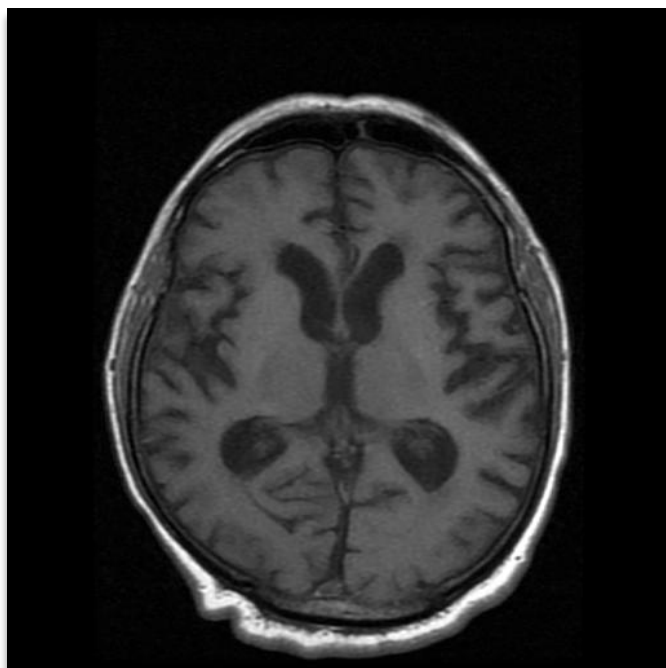


Figura 1. RMN de cerebro, secuencia T1, muestra cambios atróficos corticales supratentoriales.

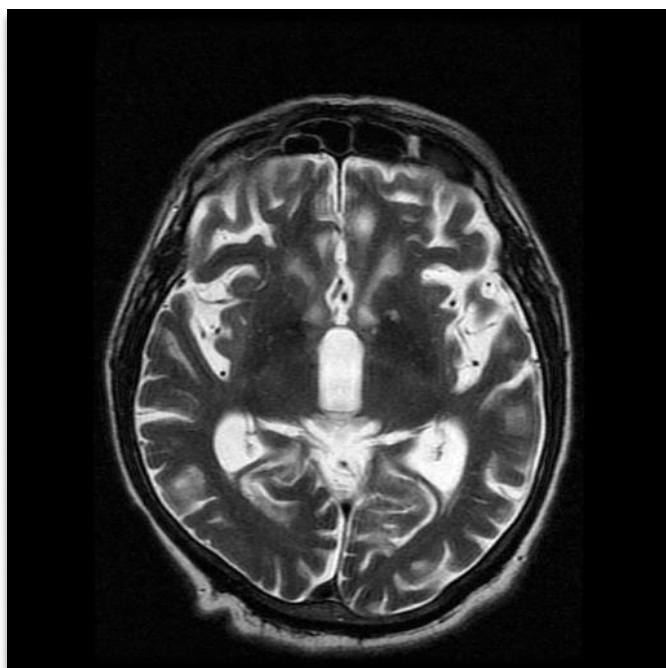


Figura 2. RMN de cerebro, secuencia T2, muestra cambios atróficos corticales supratentoriales

TRATAMIENTO

Al comprobar diagnóstico de neurosífilis se inició tratamiento con penicilina cristalina endovenosa 6 millones de unidades cada 4 horas por 14 días. Con este tratamiento el paciente mejoró parcialmente en el comportamiento más no en los hallazgos cognitivos ya descritos.

El paciente fue evaluado adicionalmente durante su hospitalización por el servicio de Oftalmología quienes mediante evaluación por oftalmoscopia directa confirmaron la atrofia óptica bilateral.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La demencia es una de las manifestaciones de la sífilis tardía y se caracteriza por deterioro cognitivo y alteraciones del comportamiento (4). Se describe como una causa rara de demencia, menos del 0,5 % de los casos, en la actualidad (5). Es de inicio generalmente insidioso donde la memoria y el intelecto se ven alterados en estadios muy tempranos de la enfermedad debido al compromiso de los lóbulos frontales y temporales (6). Cursa luego con dificultades en la concentración, irritabilidad, y depresión (7). Con frecuencia estos pacientes son atendidos en unidades psiquiátricas por los cambios de comportamiento y alucinaciones que presentan. Pero hay que tener en cuenta que suelen ser pacientes sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica y son de una edad mayor a la esperada para el inicio típico de la enfermedad mental (8). No es común encontrar otras alteraciones en el examen neurológico (9). En la sífilis, el compromiso ocular en forma de perineuritis óptica es usualmente asintomático pero la neuritis óptica, que es rara en esta enfermedad, puede ser uni o bilateral y cursar con una rápida pérdida de visión (10). Nada en su presentación permite diferenciarla de otras enfermedades (11).

El cuadro de evolución progresiva con las características descritas puede simular cualquier síndrome neuropsiquiátrico o demencia. Con el progreso de la enfermedad, los pacientes presentan hipotonía muscular, temblor de

extremidades, disartria, convulsiones, pérdida del control de esfínteres y finalmente la muerte.

Es común encontrar en los estudios de imágenes diagnósticas, atrofia cortical y dilatación ventricular (7).

A pesar de que el tratamiento con penicilina cristalina cura la infección por treponema, el efecto sobre los síntomas demenciales es variable. Luego, la identificación temprana de la enfermedad con el tratamiento correspondiente puede determinar su pronóstico.

Finalmente, la neurosífilis debe ser un diagnóstico diferencial en todo paciente con deterioro cognitivo y alteraciones del comportamiento. La prueba de minimental o examen de estado mental es una herramienta útil para la detección inicial de las alteraciones cognitivas en las demencias reversibles o tratables, pero requieren ser complementadas con pruebas neuropsicológicas extensas para su seguimiento y evolución posterior.

REFERENCIAS

1. Johns DR, Tierney M, Felsenstein D. Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987;316:1567-1572.
2. Timmermans M, Carr J. Neurosyphilis in the modern era. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1727-1730.
3. <http://www.neuropsicol.org/Protocol/mmse30.pdf>
4. Vargas AP, Carod-Artal FJ, Del Negro MC, Rodrigues MP. Dementia caused by neurosyphilis: clinical and neuropsychological follow-up of a patient. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58:578-582.
5. Senties-Madrid H, Estañol-Vidal B. Demencias reversibles y demencias tratables. *Rev Neurol* 2006;43:101-112.
6. Schiff E, Lindberg M. Neurosyphilis. *South Med J* 2002;95:1083-1087.
7. Ropper AH. A rational approach to dementia. *CMA Journal* 1979;3:1175-1190.
8. Lair L, Naidech AM. Modern neuropsychiatric presentation of neurosyphilis. *Neurology* 2004;63:1331-1333.
9. Lukehart SA, Hook EW, 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;109:855-862.
10. Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol* 2006;17:562-566.
11. Smith GT, Goldmeier D, Migdal C. Neurosyphilis with optic neuritis: an update. *Postgrad Med J* 2006;82:36-39.