



160/1572 - A PROPÓSITO DE UNA PÉRDIDA DE MEMORIA: INTERPRETACIÓN PRUEBAS LABORATORIO SÍFILIS

M.I. González Prieto^a, L. Bachs Pallarés^a, M.M. Gorgojo Pastor^b, M.I. Gorgojo Pastor^c, M.L. Durán García^b y J. Ruiz Izquierdo^d

^aMédico de Familia. EAP Sant Elies. Barcelona. ^bEnfermera. EAP Sant Elies. Barcelona. ^cEnfermera. EAP Sant Martí. Barcelona. ^dMédico Internista. Clínica del Pilar. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años que consulta por déficit cognitivo. Se realizan pruebas que incluye analítica con serología de treponema pallidum, siendo positivo para anticuerpos específicos (CLIA,TPHA) y anticuerpos reaginínicos RPR a título 1/8. Ante este resultado se realiza anamnesis sobre hábitos sexuales, consumo de alcohol adicciones y aparición de lesiones dermatológicas. Se solicitan serologías VIH, VHC, VHB positiva para anticuerpo antiHBcore. El paciente refiere contacto esporádico con otras parejas hace más de 30 años. Se informa y explora a esposa que niega otros contactos, con serologías positivas para Ac antitreponema específicos (CLIA y FTA Ig G). Se orienta como sífilis tardía e inicia tratamiento con penicilina benzatina 2,4MU im 1 dosis semanal durante 3 semanas para ambos.

Exploración y pruebas complementarias: Realizarla exhaustiva de cuero cabelludo, mucosas, lengua, piel, región genitoanal. Buscar adenomegalias, visceromegalias, alteraciones neurológicas investigar artralgiás, para orientar estadios o neurolúes. Pruebas: descartar otras ETS. Tras tratamiento se solicitan nueva serología.

Juicio clínico: Sífilis latente tardía indeterminada.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de la sífilis se basa en la clínica, las pruebas directas (campo oscuro y test de anticuerpos por fluorescencia directa, PCR monovalente o polivalente) no disponibles en atención primaria y las indirectas (serológicas), sí disponibles, que permiten la estadificación y decidir el tratamiento. Pruebas serológicas. No treponémicas: títulos reaginínicos. Métodos cuantitativos Rapid plasma reagin (RPR) y venereal disease research laboratory (VDRL). Se positivizan a los 10 días de la aparición del chancro. No son específicas para el Treponema pallidum. Identifican Inmunoglobulina G y M contra el Ag lecitina-cardiolipina-colesterol que puede estar también presente en paciente VIH, edad avanzada o con enfermedades crónicas hepáticas, tuberculosis, colagenosis o adicciones a drogas parenterales. Ambos dan la misma información, pero los valores de RPR pueden ser algo más altos(1). Por si solas no confirman la presencia de infección y precisan confirmación mediante las pruebas treponémicas. Su resultado se correlaciona con la actividad de la enfermedad y sirve para monitorizar la respuesta al tratamiento, a los 6 y 12 meses. Suele requerirse un cambio cuádruple del título para demostrar diferencias (por ejemplo de 1/16 a 1/4). Su aumento indica reinfección o ineficacia del tratamiento. Títulos treponémicos. Métodos

cualitativos. Pueden permanecer positivas durante toda la vida, sin diferenciar entre infecciones pasadas ni tratadas, siendo marcadores de sífilis latente en no tratados. Infrecuentemente falsos positivos si mononucleosis, colagenosis o adicción a drogas. Si es negativa, indica ausencia de infección. Detectan anticuerpos treponémicos IgM e IgG. Tenemos: Treponema pallidum microhaemoagglutination (TPHA), Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA), absorción anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-Abs), reacción enzimática inmunoensayo (EIA), quimioluminiscencia inmunoensayo (CLIA).

Comentario final: Es enfermedad de declaración obligatoria. Ante el caso surgieron dudas éticas (plantear a esposa), de interpretación de resultados y solicitud de pruebas complementarias (PL).

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrel G, Masferrer E. Sífilis AMF2010;6(6):330-7.
- 2 Hicks C.B. Laboratory monitoring of patient undergoing treatment of syphilis. UpToDate 2015.