



242/2167 - SÍNDROME CONFUSIONAL EN MUJER DE 84 AÑOS

A. Jadad Hoyos^a, J. Domínguez Arias^b, A. Domínguez Márquez^c y N. Jacó Batista^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^cMédico de Familia. SCCU Hospital La Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años. AP de hipertensión arterial y dislipemia. Alergias a penicilina y derivados, sulfamidas y cefalosporinas. Acude por desorientación y lenguaje incoherente desde hace 7-10 días, sin otro síntoma asociado.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, alerta, verborreica, desorientada en tiempo y espacio. No déficit ni focalidad neurológica. Resto normal. Derivamos a urgencias. Hemograma y bioquímica: normal. Sistemático orina/Rx tórax/TAC cráneo: normal. VIT B12/ácido fólico: normal. Serología: prueba treponémica y no treponémica para sífilis positivo. VIH/VHC negativo. LCR: microproteínas aumentadas, resto normal.

Juicio clínico: Neurosífilis en mujer de 84 años.

Diagnóstico diferencial: Demencias, deterioro cognitivo, déficit de vitamina B12, trastornos metabólicos, tumores SNC, depresión, consumo de tóxicos.

Comentario final: La neurosífilis sintomática puede aparecer en la fase temprana de la sífilis, dando lugar a una meningitis aguda, o presentarse en una fase tardía. La neurosífilis tardía se divide en dos categorías: sífilis meningovascular y neurosífilis parenquimatosa; ésta última puede afectar a la corteza cerebral o a la médula espinal. Los síntomas suelen aparecer entre 10 y 20 años después del comienzo de la infección inicial no tratada y consisten en trastornos de la personalidad y de la afectividad, con conducta inadecuada, deterioro intelectual progresivo y evolución hacia una demencia. El diagnóstico se basa en el examen del LCR, donde se suele encontrar un aumento de las proteínas y/o del número de células. El diagnóstico se hace mediante la demostración de los anticuerpos treponémicos y no treponémicos en LCR. Un test VDRL positivo en el LCR es suficiente para el diagnóstico de neurosífilis, aunque el negativo no la descarta. La baja incidencia actual de la neurosífilis es la responsable de que, con frecuencia, no se incluya a este trastorno en el diagnóstico diferencial de las demencias. Por lo tanto, esta enfermedad debería ser siempre descartada ante todo cuadro neurológico no filiado.

Bibliografía

1. Ghanem K. Neurosyphilis: A Historical Perspective and Review. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. 2010;16(5):157-68.
2. Martínez-Odriozola P, Ibarria J, Cabeza S, Burzako A. Neurosyphilis as a cause of dementia in elderly patients. A disease to be borne in mind. *Gac Med Bilbao*. 2003;101:65-7.

Palabras clave: *Treponema pallidum*. Neurosífilis. Demencia.