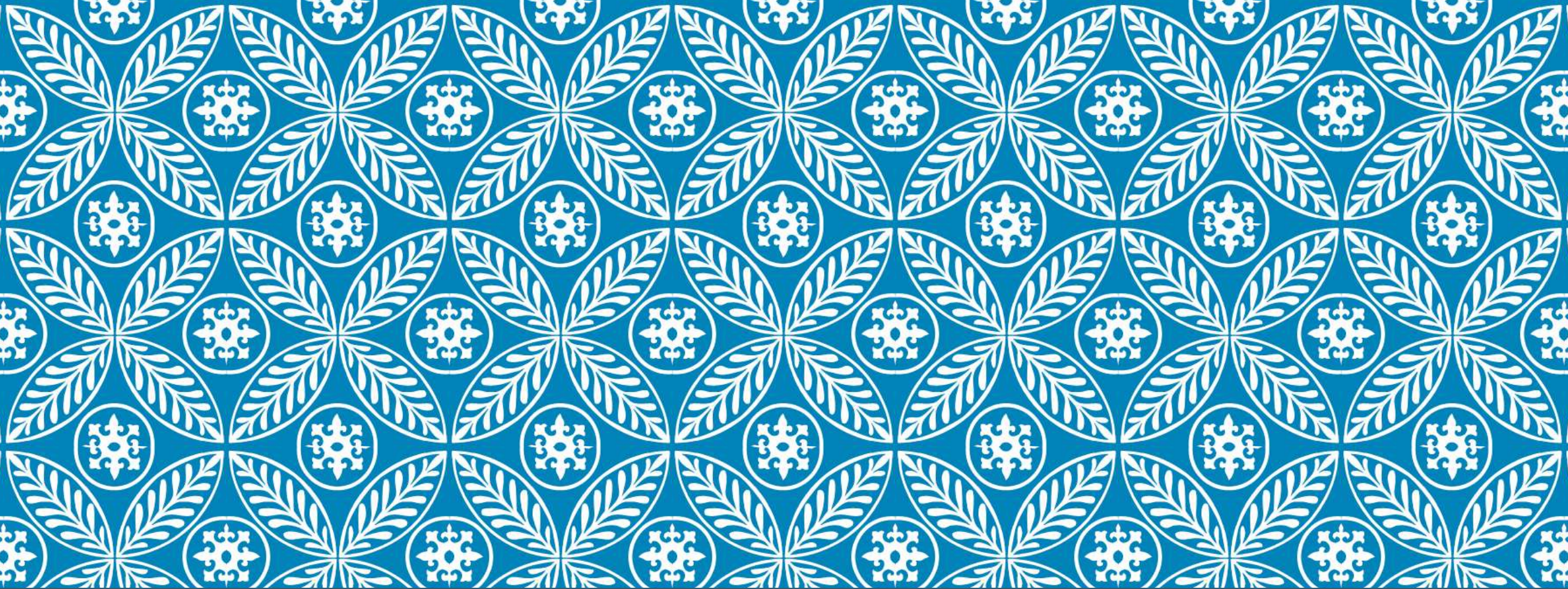




NEUROSÍFILIS

Ana de la Torre Pérez
R2 Neurología
Hospital Fundación Alcorcón



SÍFILIS

SÍFILIS

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*

SÍFILIS PRIMARIA:

1. Tras periodo de incubación de 21 días.
2. CHANCRO DURO → lesión única, sobreelevada y no dolorosa.
3. Asociada a adenopatías regionales y bilaterales.
4. Duración de 2-6 semanas.



SÍFILIS



SÍFILIS SECUNDARIA:

1. Tras fase asintomática de 6-8 semanas.
2. Mayor actividad serológica y alta contagiosidad.
3. Condiloma plano, exantema de palmas y plantas.
4. Fiebre, afectación de diversos órganos (SNC, artritis, nefropatía, hepatitis...)
5. Duración de 2-6 semanas.

SÍFILIS

Periodo latencia → PRECOZ (menos de 1 año) o TARDÍA.



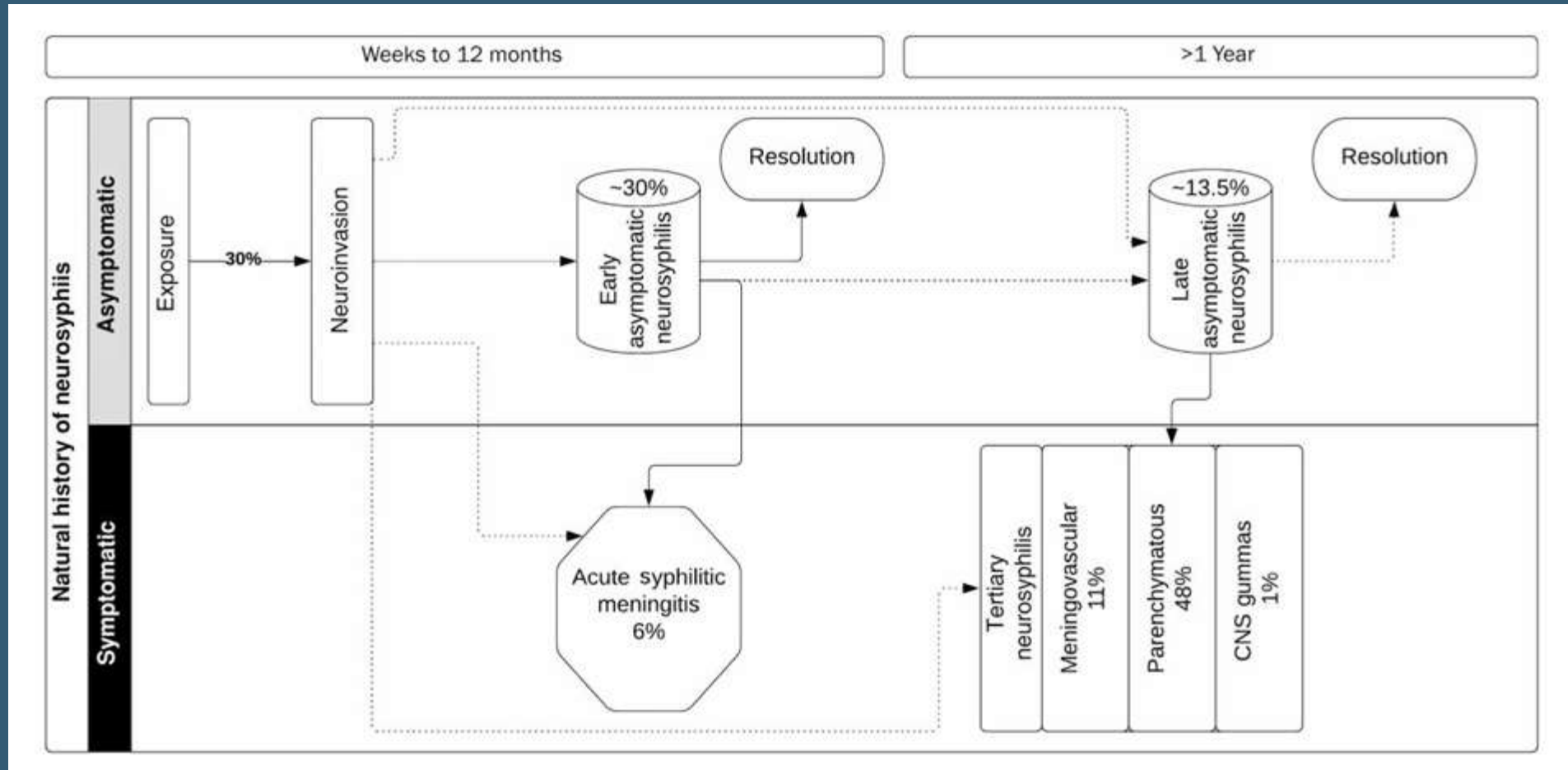
SÍFILIS TERCIARIA:

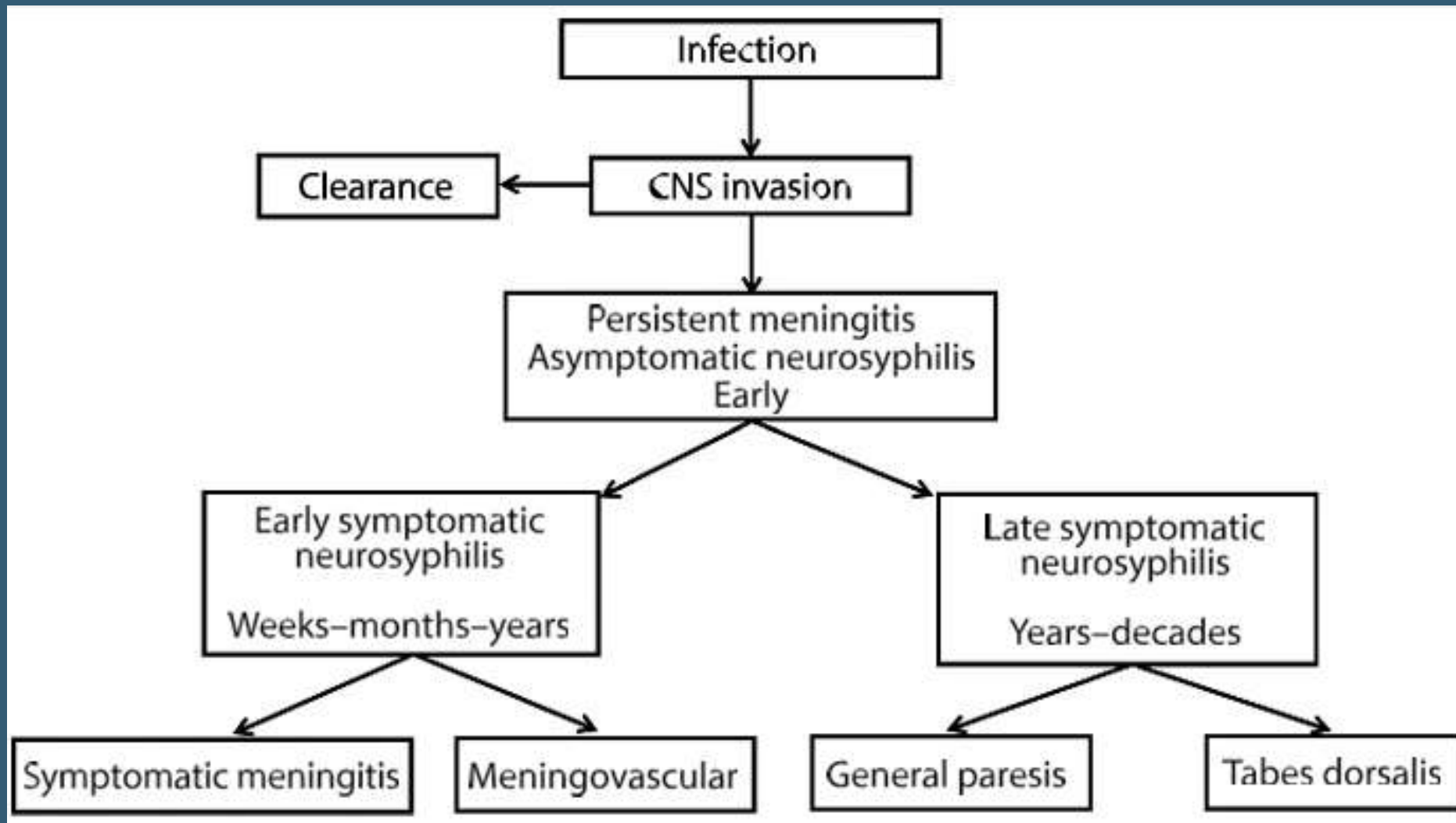
- 33% de los pacientes no tratados al cabo de 20-30 años de la infección primaria desarrollarán sífilis terciaria.
- Lesión característica → GOMA SIFÍLITICA.
- Afectación cardiovascular.
- NEUROSÍFILIS → Puede aparecer en cualquier momento de la infección, por lo que no puede considerarse únicamente una manifestación terciaria de la sífilis.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS | NEUROSÍFILIS

CURSO NATURAL DE LA NEUROSÍFILIS





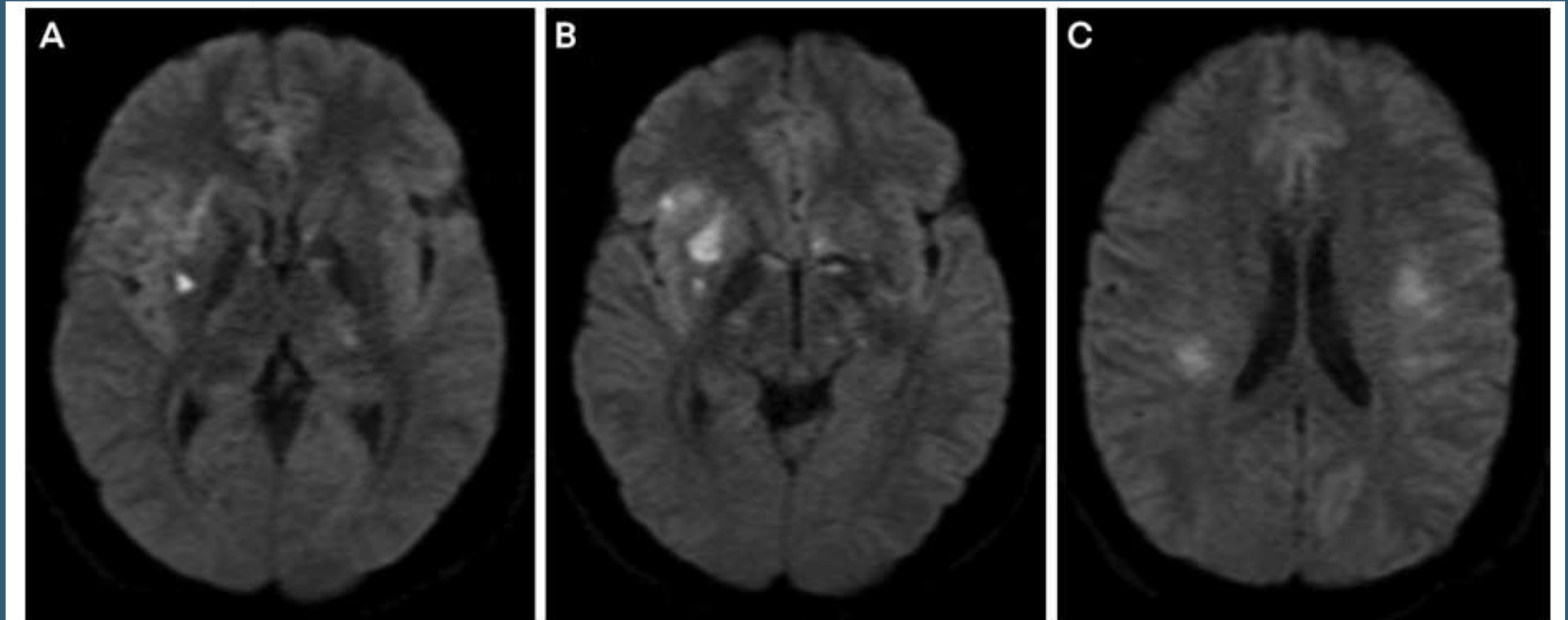
MENINGITIS SIFÍLITICA SINTOMÁTICA

- Suele aparecer en los primeros 12 meses.
- Clínica → cefalea, N+V, confusión, convulsiones...
- Puede cursar con afectación de nervios craneales e hidrocefalia.
- Dx → LCR patológico (pleiocitosis, hiperproteimorraquia, VDRL positivo)
- RM craneal inespecífica → realce leptomeningeo.

SÍFILIS MENINGOVASCULAR

- 5-12 años tras la infección.
- Vasculitis (arteritis de Heubner o Nissl-Alzheimer) → ICTUS CEREBRAL O MEDULAR
- Típicos síntomas prodrómicos: cefalea, mareos o cambios de personalidad días o semanas antes.
- LCR también patológico con VDRL positivo.
- Importancia de las pruebas de imagen: RM craneal y angiografía.

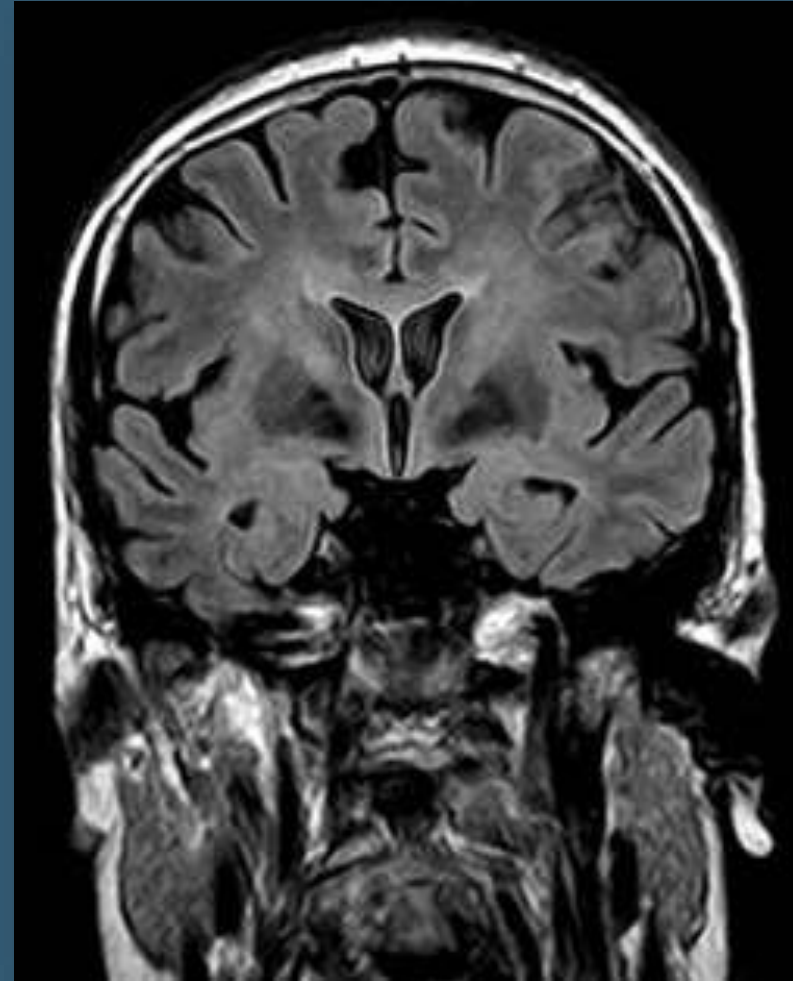
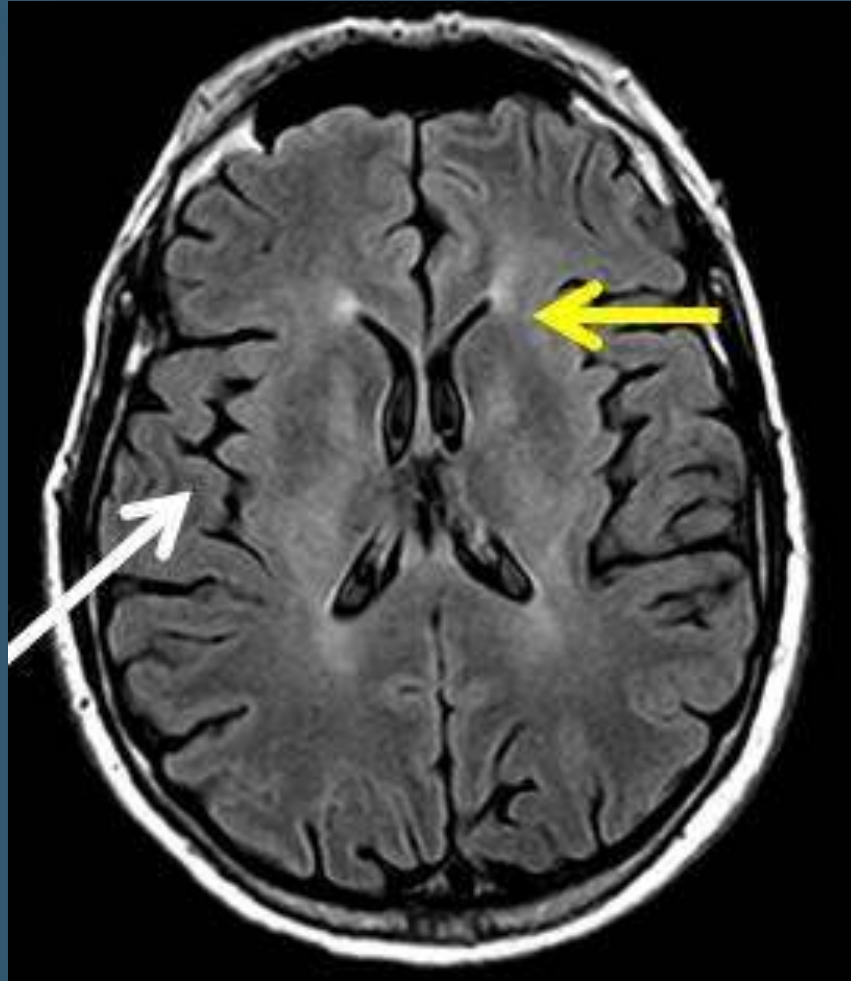
SÍFILIS MENINGOVASCULAR



PARÁLISIS GENERAL O DEMENCIA SIFILÍTICA

- 15-20 años tras la infección.
- Degeneración progresiva del SNC: meningoencefalitis crónica.
 - Alteraciones psiquiátricas → cambios de personalidad, ánimo, psicosis.
 - Deterioro motor e intelectual (memoria, cálculo, lenguaje).
 - Progresión a una demencia franca.
- Exploración → pupilas de Argyll-Robertson, hipotonía, hiperreflexia, temblores.
- RM craneal → Marcada atrofia a nivel frontal y temporal.

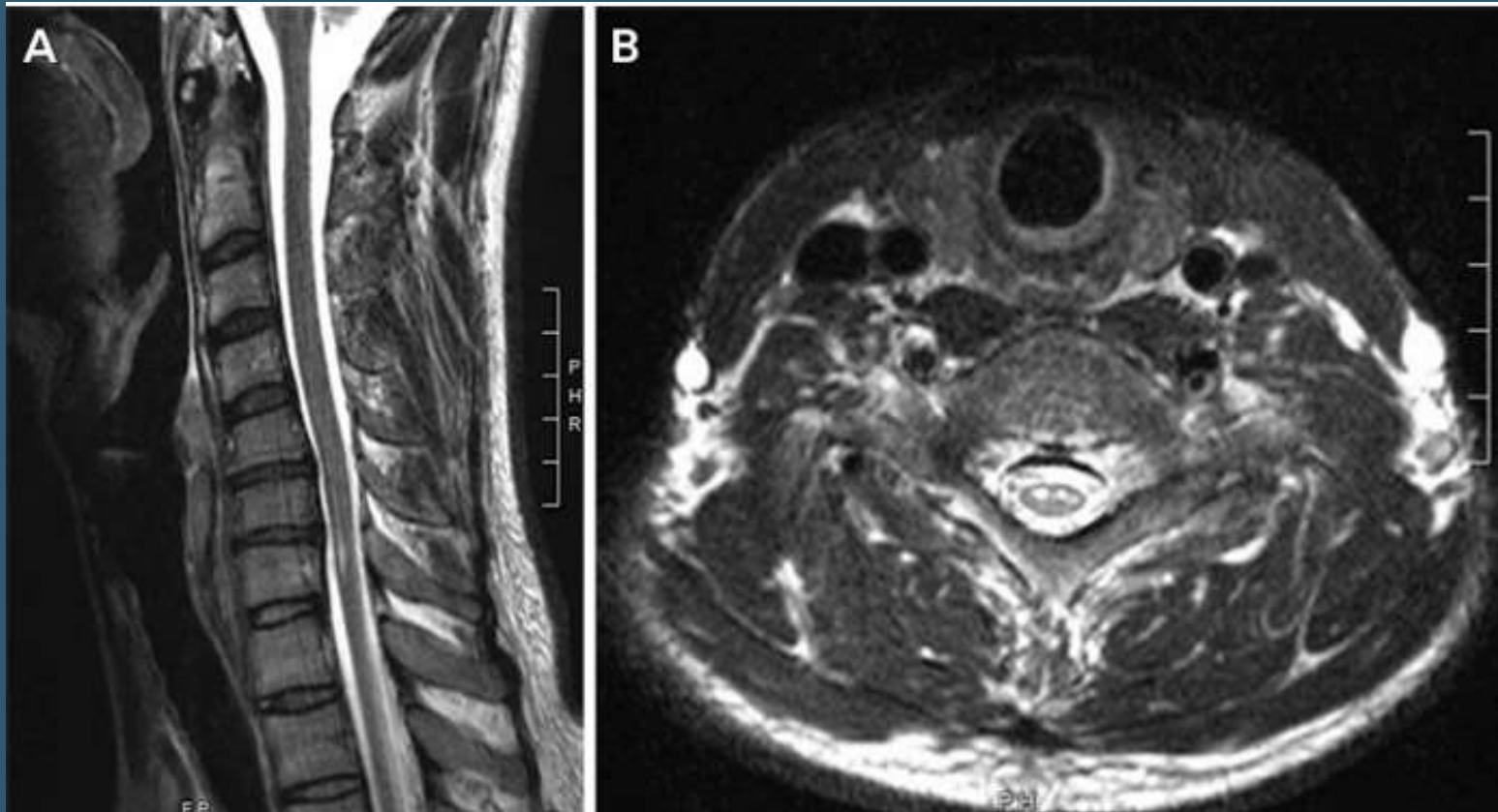
PARÁLISIS GENERAL O DEMENCIA SIFILÍTICA



TABES DORSAL

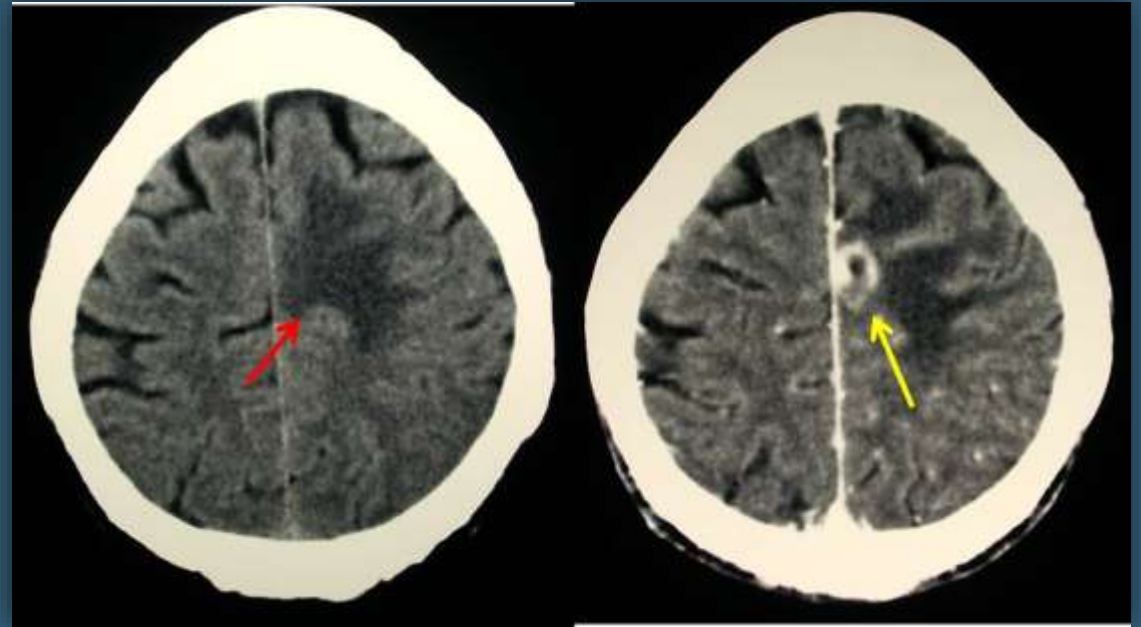
- Más tardía → 20-25 años tras la infección.
- Manifestación más común en la era preantibiótica.
- Desmielinización de los cordones posteriores, raíces dorsales y ganglios posteriores.
- Inicialmente cursa con parestesias que evoluciona a dolor lancinante, alteración de la marcha y disfunción vesical.
- Exploración → Ataxia, hipopalestesia, pupilas de Argyll- Robertson, articulaciones de Charcot...

TABES DORSAL

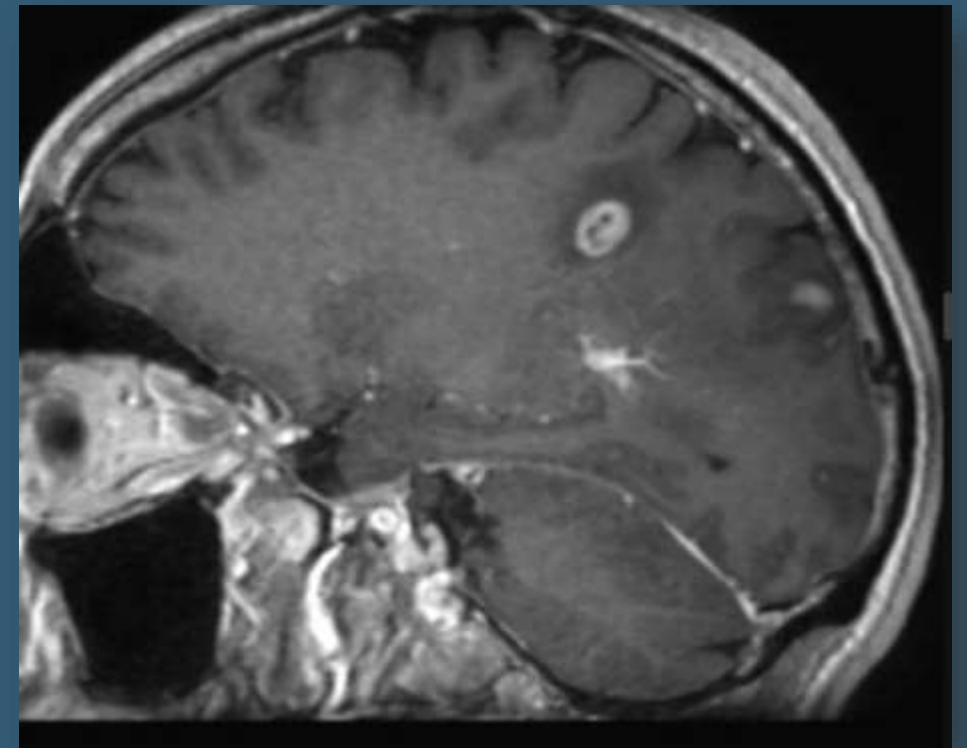
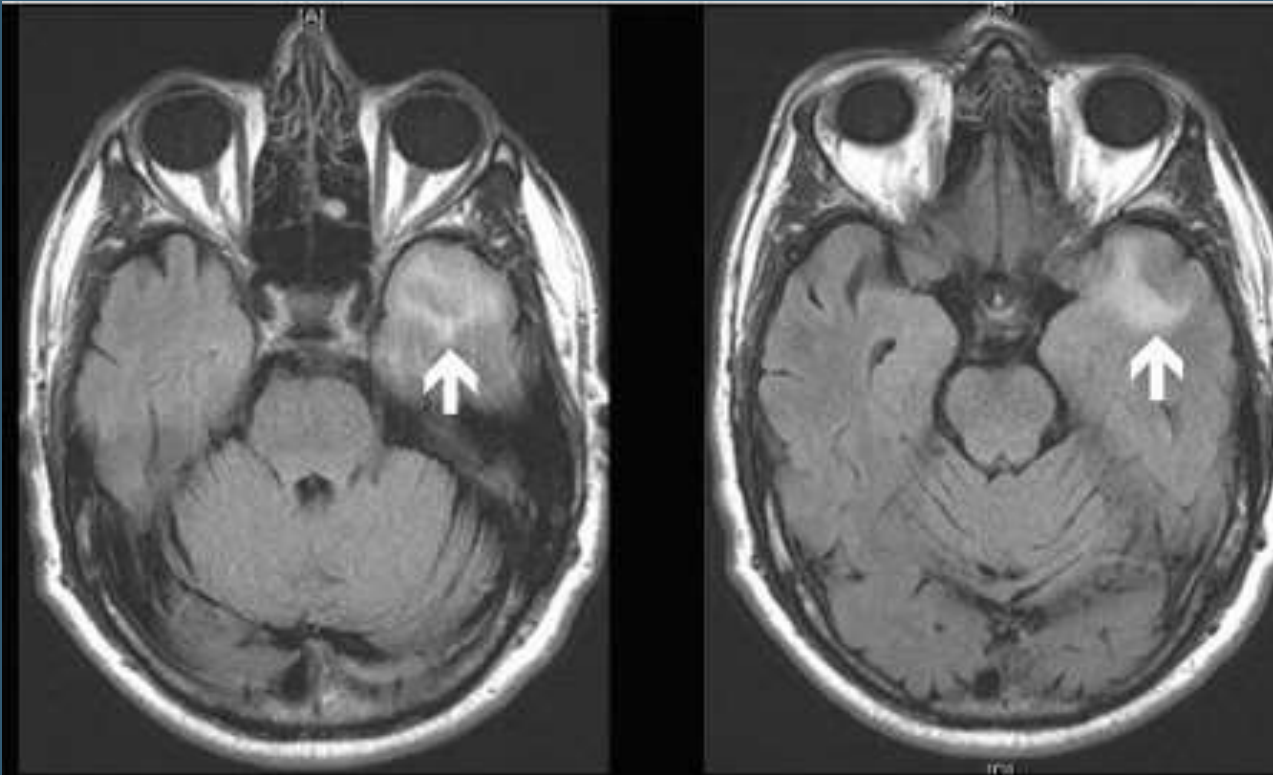


GOMA SIFILÍTICA

- 2-40 años post-infección.
- Muy poco común.
- Más frecuente en pacientes con VIH.
- Lesiones nodulares granulomatosas únicas o múltiples en cualquier órgano.
- Pueden ser asintomáticas o dar clínica en función de la localización.



GOMA SIFILÍTICA



SÍFILIS OCULAR

- En cualquier momento de la infección.
- Suele ser uveítis anterior, posterior o panuveítis.
- Puede generar incluso neuritis óptica o necrosis retiniana → Pérdida de visión rápidamente progresiva.

OTOSÍFILIS

- Síntomas cocleovestibulares → tinnitus, vértigo.
- Pérdida auditiva repentina uni o bilateral.



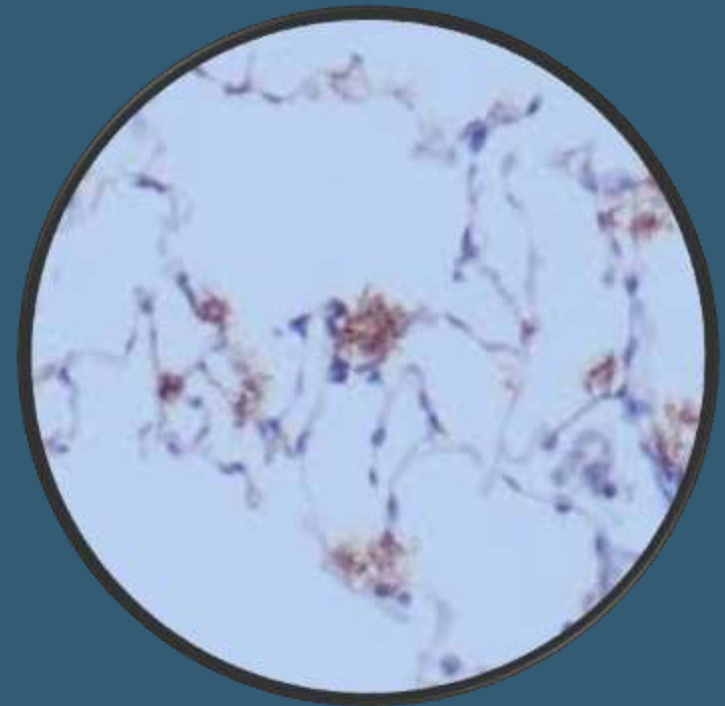
DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DIRECTO → Visualización directa del *Treponema pallidum*. Se utiliza poco.

- Inmunofluorescencia directa
- Microscopia de campo oscuro
- PCR

DIAGNÓSTICO INDIRECTO → SEROLOGÍAS



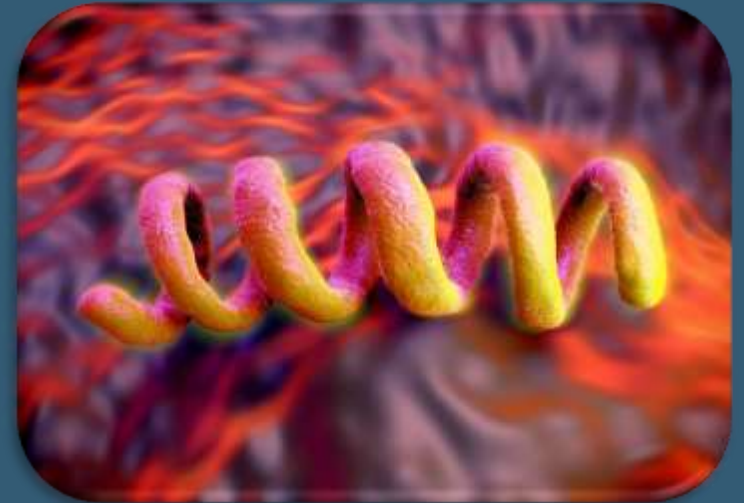
PRUEBAS SEROLÓGICAS

REAGÍNICAS O NO TREPONÉMICAS: VDRL y RPR

- Muy sensibles pero poco específicas.
- Evalúan la respuesta al tratamiento.

TREPONÉMICAS: TPHA y FTA-abs

- Muy específicas → Detectan Ac contra Ag de *T. pallidum*.
- Son las primeras en positivizar.
- Pueden permanecer positivas toda la vida.



INTERPRETACIÓN RESULTADOS

TREPONÉMICA	REAGÍNICA	INTERPRETACIÓN
NEGATIVA	NEGATIVA	Ausencia de sífilis Sífilis muy precoz (< 3 semanas)
POSITIVA	POSITIVA	Sífilis no tratada Sífilis tratada recientemente Reinfección
POSITIVA	NEGATIVA	Sífilis muy precoz (prerreagínica) Sífilis tratada Sífilis latente tardía Sífilis secundaria con falso negativo (fenómeno prozona) Falso positivo de prueba treponémica
NEGATIVA	POSITIVA	Falso positivo de prueba reagínica (<i>Mycoplasma</i> , <i>Borrelia</i> , <i>Chlamydia</i> , VIH, ancianos, embarazadas, enf autoinmunes...)

DIAGNÓSTICO NEUROSÍFILIS

PRUEBA TREPONÉMICA
POSITIVA EN SUERO



LCR:

- Pleiocitosis ($> 5-10$ células)
- Hiperproteinorraquia ($>40-100$ proteínas)
- VDRL positivo (alta especificidad)
- PCR de *Treponema pallidum* positiva



TRATAMIENTO



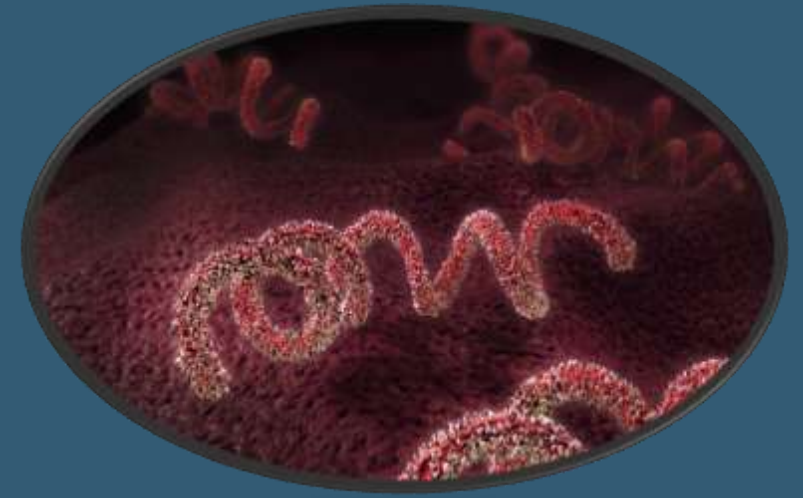
TRATAMIENTO

SÍFILIS	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A PENICILINA
Sífilis primaria Sífilis secundaria Sífilis latente precoz (< 1 año)	PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones de UI IM DOSIS ÚNICA	DOXICICLINA 100mg/12h 14 días CEFTRIAXONA 1g/24h 10-14 días
Sífilis latente tardía (<1 año) Sífilis de duración indeterminada Sífilis terciaria (CV, goma)	PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones de UI IM 3 SEMANAS	DOXICICLINA 100mg/12h 28 días CEFTRIAXONA 1g/24h 14 días
Neurosífilis Sífilis ocular	PENICILINA G ACUOSA 3-4 millones UI/4h IV o en infusión continua durante 10-14 días, asociando PENICILINA G BENZATINA semanal durante 3 sem	INTENTAR DESENSIBILIZACIÓN

TRATAMIENTO

REACCIÓN DE JARISCH-HERXHEIMER:

- Primeras 24 horas.
- Liberación de endotoxinas por la lisis masiva de espiroquetas.
- Cursa con fiebre, cefalea, mialgias..
- AUTOLIMITADA
- Tratamiento → AINES o CORTICOIDES



TRATAMIENTO DE PAREJAS SEXUALES

SÍFILIS PRIMARIA



Tratar a las parejas sexuales en los 3 meses previos a la clínica

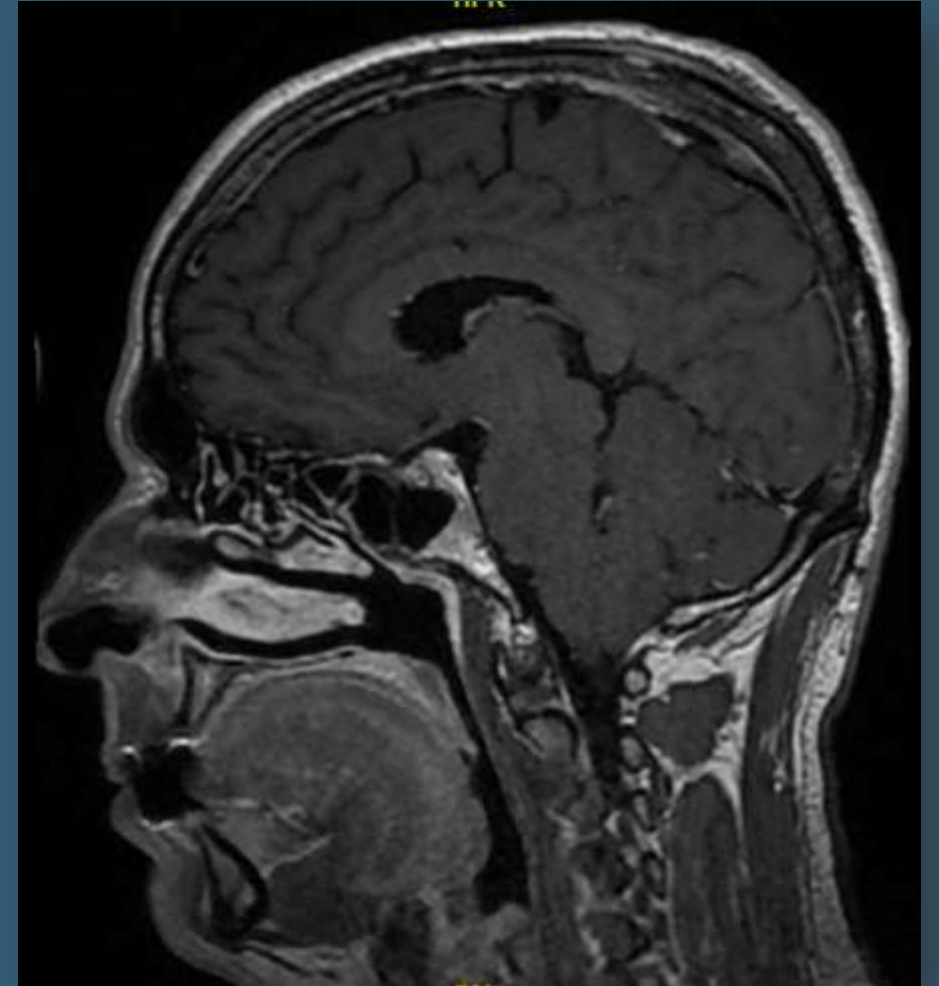
SÍFILIS SECUNDARIA



Tratar a las parejas sexuales en los 6 meses a 1 año previo

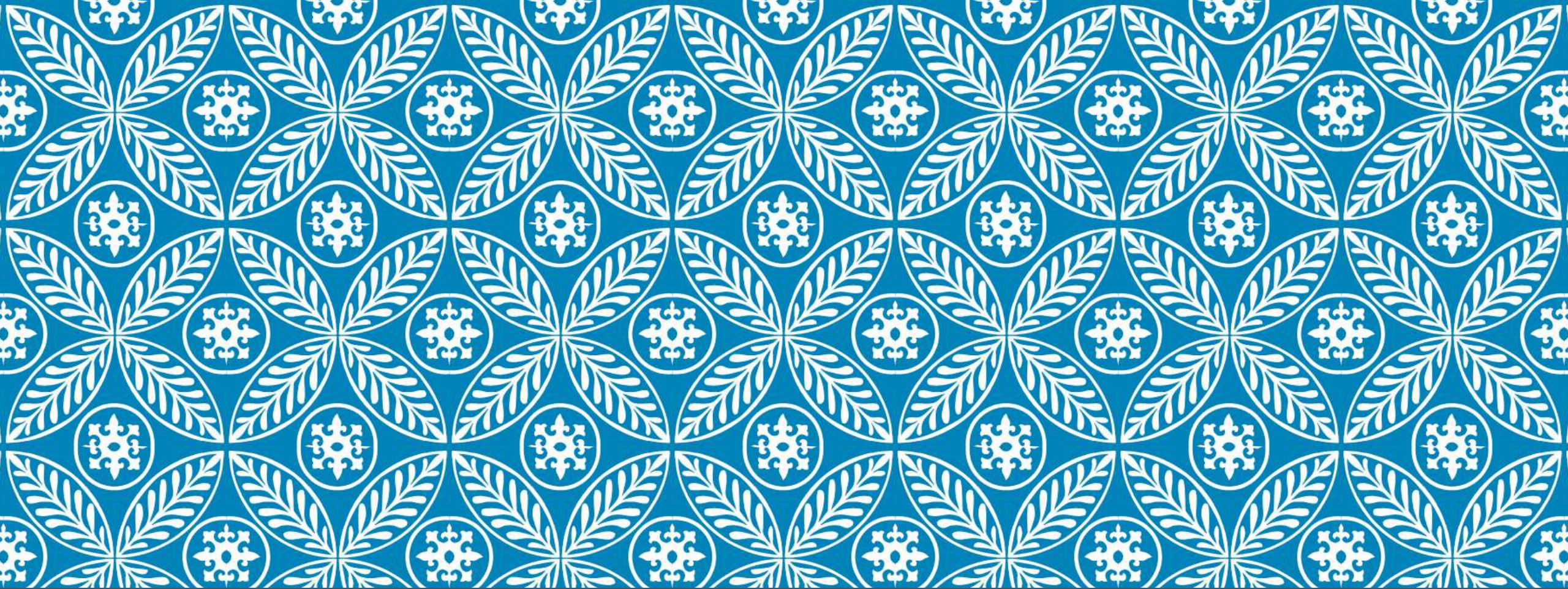
VOLVIENDO A NUESTRO CASO...

- Mejoría de la cefalea.
- Se completó ciclo de 14 días de Ceftriaxona.
- Se trató también con Doxicilina por el aislamiento en exudado rectal de *Chlamydia trachomatis* y en exudado uretral de *Mycoplasma genitalium*.
- Se realizó RM craneal de control con mejoría radiológica, disminución de la lesión, aunque manteniendo afectación meníngea y osteomielitis.
- Seguimiento por Neurología e Infecciosas.



BIBLIOGRAFÍA

- Neurosyphilis. Chow, Felicia, MD, MAS. Continuum. 2021;27(4):1018-1039. doi:10.1212/CON.0000000000000982.
- State-of-the-Art Review: Neurosyphilis Matthew M. Hamill, Khalil G. Ghanem, and Susan Tuddenham Division of Infectious Diseases, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA. Oxford University Press on behalf of Infectious Diseases Society of America. 2024.
- Neurosyphilis. Christina Marra, MD. Continuum (Minneap Minn) 2015;21(6):1714–1728. 2015
- Neurosyphilis: epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in patients without HIV. Charles B. Hicks, Meredith Clement. 2023.



¡MUCHAS GRACIAS!

Ana de la Torre Pérez
R2 Neurología
Hospital Fundación Alcorcón