



I-6. - REVISIÓN DE NEUROSÍFILIS: INDICACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR Y ALTERACIONES DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

A. Fajardo Modol, A. Silva Klug, M. Aranda Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y analíticas de los casos diagnosticados de neuroúlús en nuestro centro en los últimos 5 años. Revisar las indicaciones de realización de punción lumbar (PL) y detallar las alteraciones del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de neurosfilis entre enero de 2009 y marzo de 2014. Criterios de inclusión: serologías treponémicas y no-treponémicas (RPR) positivas. Presencia de pleocitosis, proteinorraquia y/o VDRL positivo en el LCR.

Resultados: En el periodo estudiado se diagnosticaron 37 pacientes de sífilis, 6 de los cuales lo fueron de neuroúlús. Todos eran hombres con edad media de 38 años ($31-45 \pm 5,6$) y habían tenido conductas sexuales de riesgo con otros hombres. El 50% presentaba clínica sugestiva de sífilis secundaria con manifestaciones cutáneas típicas. El título de RPR fue $\geq 1/64$ en todos los pacientes. Cuatro presentaban coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+), la mayoría con inmunidad celular conservada (linfocitos CD4+ $> 350/\mu\text{L}$). En el momento del diagnóstico, 4 tenían alguna manifestación neurológica. El diagnóstico de neuroúlús fue mediante PL: el LCR mostró pleocitosis en todos los casos (≥ 10 leucocitos/ μL en uno y $\geq 20/\mu\text{L}$ en el resto, $35,109 \pm 35,9$), con células plasmáticas en 2, proteinorraquia en 5 y VDRL positivo en 3. Respecto al tratamiento, 4 pacientes recibieron penicilina sódica endovenosa (ev), uno ceftriaxona ev por alergia a penicilina y otro penicilina G benzatina (PGB) intramuscular semanal en tres dosis (el paciente no aceptó otros tratamientos). Los 5 pacientes que realizaron tratamiento ev hicieron seguimiento clínico y analítico a los 3, 6, 12 y 24 meses. Cuatro de ellos presentaron un progresivo descenso de los títulos de RPR hasta la normalización. El LCR se normalizó en los 4 casos que completaron el seguimiento.

Discusión: La sífilis presenta manifestaciones clínicas muy diversas, incluyendo la afectación del sistema nervioso (neuroúlús) en cualquier estadio. La importancia de un correcto diagnóstico radica en la necesidad de realizar un tratamiento ev para conseguir la curación y evitar complicaciones tardías. Actualmente el diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas y resultados serológicos. En el caso de la neuroúlús asintomática el diagnóstico se basa en la serología y en las alteraciones del LCR exclusivamente. La realización de PL en todos los casos es innecesaria y poco práctica, ya que el número de pacientes que desarrolla neuroúlús tras triple dosis de PGB es bajo. Por eso, es importante establecer criterios de indicación de PL. Los CDC recomiendan su realización ante la presencia de signos y/o síntomas neurológicos u oftálmicos y/o fracaso del tratamiento. Otro criterio

utilizado son títulos de RPR $\geq 1/32$. En pacientes con infección VIH+, que tienen mayor prevalencia de sífilis y un riesgo superior de neurolúes, la controversia respecto a los criterios de PL aumenta, sobre todo en los casos asintomáticos. Algunos autores la indican en todos los pacientes con infección VIH+, otros únicamente cuando el RPR $\geq 1/32$ y otros incluyen a pacientes con CD4+ $\leq 350/\mu\text{L}$. Por otro lado, los pacientes con infección VIH+ pueden presentar alteraciones del LCR por la afectación viral, complicando el diagnóstico. En nuestra serie prácticamente todos los pacientes tenían más de 350 CD4+/ μL , lo que hace plantear la realización de PL a todos los pacientes con infección VIH+, independientemente de su estado inmunitario.

Conclusiones: El 16,2% de los pacientes con sífilis desarrollaron neurolúes, la mayoría coinfectados por el VIH+. En el momento diagnóstico, la mitad cumplía criterios de sífilis secundaria. Todos los pacientes presentaban RPR $\geq 1/32$ y la mayoría más de 350 CD4+/ μL . En nuestra experiencia se debería realizar PL a todos los coinfectados VIH-sífilis, independientemente de los CD4+, para descartar neurosífilis asintomática.