



Diagnóstico a primera vista

Ictus, más allá del riesgo cardiovascular

Stroke, beyond the cardiovascular risk

Amaia Torrecilla Ugarte ^a, Irene Díaz de Santiago ^{a,*}, Rebeca Bermejo Garcés ^b
y Roberto Muñoz Arrondo ^c

^a Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Neurología, Unidad de Ictus, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra, España



Descripción del caso

Varón de 36 años sin antecedentes médicos de interés, no fumador ni consumidor de otros tóxicos. Antecedente de una relación heterosexual de riesgo hace más de 10 años, actualmente mantiene relaciones protegidas con pareja heterosexual estable. Acude al servicio de Urgencias por clínica de sensación de adormecimiento en hemicara izquierda, desviación de comisura bucal hacia la derecha y disminución subjetiva de fuerza en extremidades izquierdas de predominio braquial. Además, refiere cefalea de varias semanas de evolución, descrita como hemicraneal derecha irradiada a occipital, sin fotosofobia. Ante sospecha de afectación isquémica en territorio de la arteria cerebral media (ACM), inicialmente se decide rescate endovascular, realizándose angiografía craneal. En esta se visualiza una estenosis concéntrica en la arteria carótida izquierda distal hasta la arteria cerebral media. Ante la sospecha inicial de síndrome de moyamoya dada la edad del paciente, se decide manejo conservador con ingreso en la unidad de ictus, donde permanece clínicamente estable, sin fluctuaciones (fig. 1).

Evolución y diagnóstico

Se decide ampliar estudio etiológico de ictus incluyendo estudios de trombofilia, autoinmunidad (anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anticitoplasma de neutrófilo, antipéptido cítrico citrulado, panel de esclerodermia) y serologías (VIH, sífilis, *Toxoplasma* spp., citomegalovirus, virus de la hepatitis A, B y C, y *Cryptococcus* spp.).

Se traslada a la planta de Neurología donde se completa el estudio etiológico con angiorresonancia magnética (angio-RM) (fig. 2) y ecografía-Doppler transcraneal (fig. 3).

En la angio-RM se describe una estenosis grave de la arteria carótida interna terminal y del segmento M1 derechos con posible

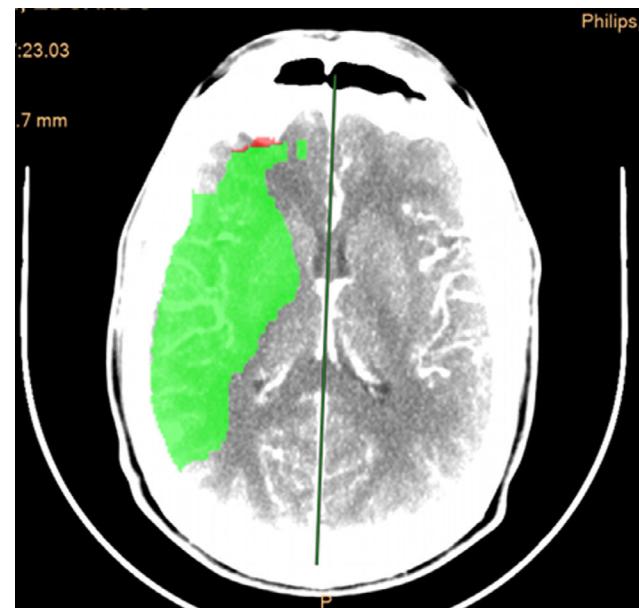


Figura 1. Angio-TC cerebral. Alteración de la perfusión en el territorio de la arteria cerebral media izquierda que corresponde a penumbra, sin zona de infarto.

occlusión del segmento A1 del mismo lado. En el estudio de pared de vaso intracraneal se confirma un marcado engrosamiento y realce concéntrico de la arteria carótida interna terminal, siendo este más irregular en el segmento M1. Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de angiitis. En la ecografía-Doppler transcraneal se observa una aceleración difusa de la ACM, hallazgo indicativo de afectación vasculítica. Asimismo, se realiza punción lumbar, obteniendo los siguientes resultados en el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR): leucocitos $17/\text{mm}^3$ (5% polimorfonucleares), hematíes $240/\text{mm}^3$, glucosa 51 mg/dl , proteínas 59 mg/dl .

Las serologías para sífilis y VIH resultan positivas. Para el diagnóstico de VIH, se realizan ELISA de cuarta generación con detección

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ireneds66@gmail.com (I. Díaz de Santiago).

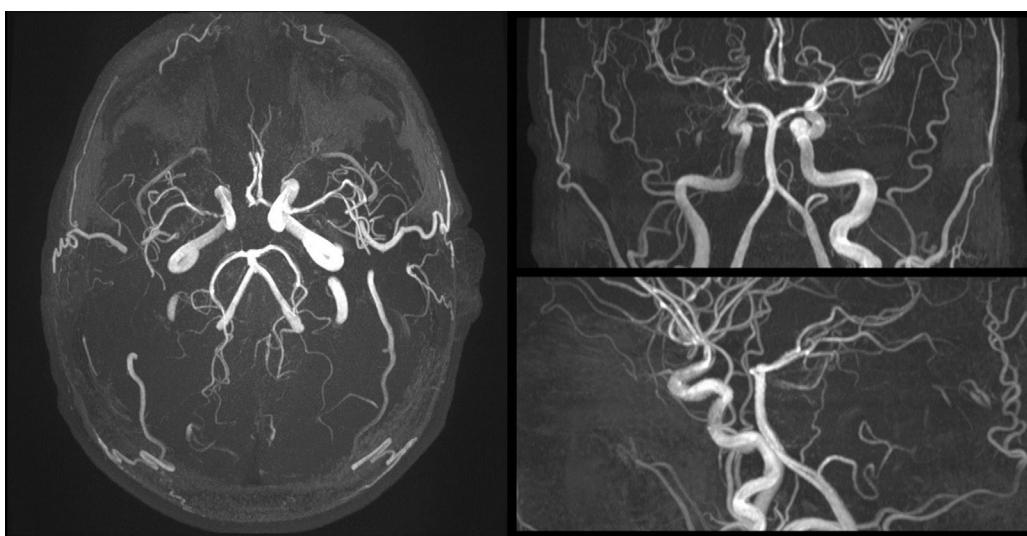


Figura 2. Imagen de angio-RM. Estenosis grave de la arteria carótida interna terminal derecha y del segmento M1 derecho. Posible oclusión del segmento A1 derecho.

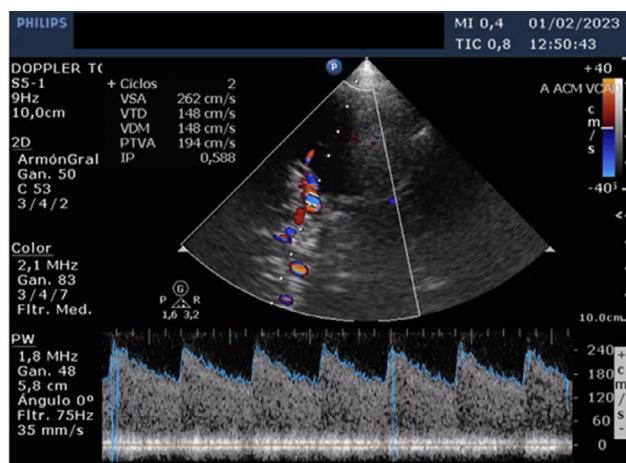


Figura 3. Imagen de ecografía-Doppler transcraneal. Aceleración difusa de la arteria cerebral media.

de anticuerpos y antígeno p24, así como técnica de Western-blot con detección de anticuerpos frente a las glicoproteínas de envoltura gp160, gp 41 y p24. Asimismo, presenta una viremia plasmática de VIH-1 de 350.000 copias/ml y 212 linfocitos CD4⁺/μg. Por ello, se inicia terapia antirretroviral con bictegravir 50 mg, emtricitabina 200 mg y tenofovir alafenamida 25 mg una vez al día. Para el diagnóstico de sífilis, se realiza la detección de anticuerpos totales por quimioluminiscencia y anticuerpos treponémicos, y presenta un RPR con título de 1/32.

Los hallazgos en las pruebas de imagen, junto con la serología positiva para sífilis, apoyan la sospecha diagnóstica de neurosífilis, confirmándose con VDRL positivo y aglutinación de partículas con título de 1/160 en el LCR, por lo que se administra penicilina G sódica intravenosa 4 millones de unidades durante 14 días en régimen de hospitalización domiciliaria.

Finalmente, el paciente presenta resolución espontánea precoz de los síntomas, sin llegar a precisar rehabilitación y siendo dado de alta asintomático.

Se denomina neurosífilis o neurolúes la infección del sistema nervioso central causada por *Treponema pallidum*, y puede darse en cualquier etapa de la enfermedad. La afectación puede ser exclusivamente meníngea o meningovascular, donde se produce una endoarteritis obliterante¹. Se trata de una vasculitis que afecta a medianos y grandes vasos, produce inflamación y fibrosis de la capa

adventicia², dando lugar a una estenosis progresiva que finalmente causa una afectación isquémica cerebral o medular. La ACM es la arteria más frecuentemente involucrada². La forma meningovascular es más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad¹.

Mediante el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), en el año 2021, en España se declararon 6.613 casos de sífilis con una tasa de 13,97 casos por 100.000 habitantes⁴. Respecto al estadio clínico, un 2,9% fueron sífilis primarias, 2,3% secundarias, 1,1% latentes precoces y en un 93,7% no constaba información⁴. En este informe no consta el porcentaje de pacientes con neurosífilis.

Por otro lado, en 2021 en España, el 3,4% de los nuevos casos de sífilis fueron positivos en la prueba de detección del VIH, el 8,6% negativos, en el 25,2% no se había realizado la prueba y en el 62,9% no constaba esta información⁴. Los pacientes con infección por el VIH pueden presentar cuadros de sífilis más graves o con manifestaciones atípicas³, con una incidencia de neurosífilis hasta 2 veces mayor que en la población inmunocompetente⁵.

Ante la sospecha clínica de neurosífilis, debe realizarse estudio del LCR, tanto con valoración de proteínas y células como de anticuerpos no treponémicos y treponémicos. La técnica de elección es el VDRL en LCR, teniendo en cuenta que un resultado negativo no excluye el diagnóstico. El diagnóstico de certeza es histológico¹.

El tratamiento consiste en penicilina G sódica intravenosa durante 10 a 14 días. En cuanto al seguimiento, se aconseja realizar una punción lumbar cada 6 meses hasta la normalización de células en el LCR o la negativización del VDRL¹.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Syphilis. Enferm Infect Microbiol Clin. 2019;37:398–404, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>.
2. Zhang J, Izzo A. Meningovascular syphilis. Neurohospitalist. 2017;7:145–6, <http://dx.doi.org/10.1177/1941874416669283>.
3. Hobbs E, Vera JH, Marks M, Barratt AW, Ridha BH, Lawrence D. Neurosyphilis in patients with HIV. Pract Neurol. 2018;18:211–8, <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2017-001754>.
4. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2021. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2023.
5. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70:1–187, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7204a5>.