



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1169 - Una sorpresa en forma de Ataxia

A. Barona Alcalde<sup>a</sup>, J. Zampaña Quintero<sup>b</sup> y A.M. Expósito Mateo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Puerto Real. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Doctor Federico Rubio. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años, No RAM. AP: apendicectomizado. Asma bronquial. AP: Paciente va a consulta de Atención Primaria con cuadro catarral sin fiebre, no alteraciones gastrointestinales Tos y mucosidad de 2 semanas de duración. 2ª consulta, acude con exantema leve autolimitado y temblor postural que no cede con el sueño de aparición súbita con ataxia marcada en la marcha. Se deriva a urgencias hospitalarias. Glasgow 15/15, marcha atáxica con aumento de la base de sustentación y lateralización derecha. Se ingresa en Planta de neurología para estudio, tras descartar patología neurológica se deriva al paciente a Enf. infecciosas por coinfección VIH/*Treponema*. Estudio completo del paciente desde el punto de vista infeccioso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Neurológica: funciones corticales normales, sin disartria ni disfasia, discreto temblor. No meningismo, PC, Barré, Mingazzini normales. Marcada hiperreflexia, Ataxia con aumento de base sustentadora. Analítica urg: amilasa 102, GOT 95, GPT 245, LDH 382. TAC craneal URG: sin alteraciones destacables. RMN cerebral planta: sin alteraciones. RMN medular: acúñamiento vertebral dorsal. EMG: disminución de la conducción motora. TAC abdomen: adenopatía retroperitoneal 13,5 cm. PL: leucocitos 10/mm<sup>3</sup>; proteínas 92,6 mg/dl. glucosa 54 mg/dl, ADA 10,2 UI/L. VDRL +.

**Juicio clínico:** Neurosífilis.

**Diagnóstico diferencial:** ACV región carotídea, meningitis vírica, encefalitis herpética, encefalopatía hepática.

**Comentario final:** La baja incidencia de la aparición de afectación cefálica en jóvenes por infección por *Treponema* nos hace obviarlo y decantarnos por patologías vasculares cerebrales u otras infecciones que afecten al SNC (meningitis/encefalitis). Tener en cuenta posibilidad en pacientes sexualmente activos.

### Bibliografía

1. Lukehart SA, Hook EW 3rd, Baker-Zander SA, et al. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med.* 1988;109:855.
2. Ghanem KG, Workowski KA. Management of adult syphilis. *Clin Infect Dis.* 2011;53 Suppl 3:S110.

**Palabras clave:** *Treponema*. LCR. Ataxia. Temblor.