

347/1989 - EL LÚES NO TIENE EDAD NI ROSTRO

N. Luis Ramírez^a, V. Vilchez de León^a, S. Sotto Rodríguez^b y M. Wangiemert Madan^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Orotava-Dehesas. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife. ^cMédico de Familia. Centro de Salud del Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años antecedentes de hipertensión e hipercolesterolemia bien controlada con valsartán 80 mg/día, simvastatina 20; cirugía de cáncer de colon, que acude traída por su hija por cuadro progresivo de alteraciones conductuales, pérdida de memoria e irritabilidad de un mes de evolución, es viuda desde hace 10 años y su esposo falleció por VIH + sífilis. Iniciamos protocolo de despistaje del deterioro cognitivo donde se constata prueba treponémica y no treponémica positiva 1/2, se le pauta tratamiento penicilina G benzatínica 2,4 millones im/semana/durante 3 semanas y se deriva a Medicina Interna (infeccioso) para el seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias: IMC 28,92 kg/m²; TA 139/89 mmHg. Analítica: hb: 12,9 g/dl, colesterol 175 mg/dl, LDL 124 mg/dl, HDL 53 mg/dl; creatinina 0,70 mg/dl; triglicéridos 95 mg/dl; cociente albúmina/creatinina 8,07 mg/dl; filtrado glomerular 84 ml/min/sup; electrocardiograma: ritmo sinusal 78 lpm, vitamina B12 259,2 pg/ml; prueba no treponémica/treponémica positivo; VIH negativo; TAC de cráneo: ensanchamiento de surcos y cisuras cerebrales, leucopatía por afectación del pequeño vaso; punción lumbar normal.

Orientación diagnóstica: Sífilis terciaria.

Diagnóstico diferencial: Descartar otras enfermedades que cursan con alteraciones neurológicas como el Alzheimer, tumores, síndromes amnésicos estables y/o transitorios de probable origen vascular, epiléptico y el cuadro se autorresuelve en menos de 24h, síndrome confusional agudo, el cual es un síndrome cerebral orgánico que carece de etiología específica, en su curso deben presentarse fluctuaciones diurnas de los síntomas, y la duración total del trastorno debe ser inferior a los 6 meses.

Comentario final: La herramienta fundamental del médico de familia es realizar una completa y detallada anamnesis respetando la intimidad del paciente para evaluar el riesgo, orientar las pruebas diagnósticas, establecer un consejo preventivo individualizado. A todos los pacientes con sífilis se les debe realizar un cribado para el despistaje de otras ITS, incluyendo el VIH. La prevención continua siendo la única forma eficaz de hacer frente a las ITS.

Bibliografía

1. International drug price indicator guide, 2014 edition (updated annually). Medford (MA): Management Sciences for Health; 2015 Disponible en:
http://erc.msh.org/dmpguide/pdf/DrugPriceGuide_2014.pdf, accessed 6 June 2016.

2. Infecciones de transmisión sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Grupo de trabajo sobre ITS. Madrid. Ministerio de Sanidad. 2011. Consultado el 13 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
3. Clement ME, Lance NO, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(18):1905-17.

Palabras clave: Deterioro cognitivo. Sífilis.