

## NEUROSÍFILIS EN PSIQUIATRÍA

**JUAN CARLOS RIVAS N.**  
**Médico Psiquiatra U. del Valle**  
**R.F. Neurosiquiatría U. de Illinois**



## NEUROSIFILIS

- Primeras descripciones final S. XV
- Origen incierto. Cráneos y huesos incas; ¿antes o después de Colón?
- Ratas de mortalidad >25% en esa época
- Francisco López: "Syphilis sive Morbus Gallicus"
- Confusión con Gonorrea hasta S. XVIII



## NEUROSIFILIS

- Identificada como de transmisión sexual
- Schaudinn y Hoffman identifican agente causal (*Treponema palidum*), 1905
- Test específico en 1949
- Tratamientos con metales pesados
- Wagner-Jauregg: malarioterapia, 1917



## NEUROSIFILIS

### EPIDEMIOLOGIA:

- Sífilis: 12/100.000 hab. (USA)
- Incidencia neurosífilis 2/millón
- Síntomas psiquiátricos primera manifestación en 25%
- Sesenta a 70% pacientes no tratados no desarrollan complicaciones



## NEUROSIFILIS

### PRESENTACION CLINICA:

- **Primaria:** Ulcera no dolorosa, adenopatías. Tres semanas post infección (3 - 90 días). Diseminación aún a S.N.C.
- **Secundaria:** dos a ocho semanas post primaria; implica bacteremia. Rash palmas, plantas, lesión mucosas, fiebre, meningitis sifilítica (5%)



## NEUROSIFILIS

### PRESENTACION CLINICA:

- Primaria
- Secundaria
- Latente
- Terciaria
- Neurosífilis



## NEUROSIFILIS

### PRESENTACION CLINICA:

- Latente: Asintomática; temprana o tardía (2 años). Detectable por test laboratorio
- Terciaria: Cardiovascular, aneurisma aórtico, enfermedad coronaria



## NEUROSIFILIS

### PRESENTACION CLINICA:

- Neurosífilis:
- Asintomática; Meningovascular: altera vasos de pequeño calibre; tabes dorsalis
- Parenquimatosa: Cerebromeningea, difusa, parálisis general



## NEUROSIFILIS

### BASES BIOLÓGICAS:

- Ocasionada por *Treponema Pallidum*
- Bacteremia temprana aun a S.N.C.
- Inmunidad celular y humoral
- Inmunidad celular efectiva para contener infección



## NEUROSIFILIS

### DIAGNOSTICO:

- DOS TIPOS DE EXAMENES: No treponémicos (VDRL, RPR) y Treponémico (FTA-ABS)
- No hay patrón dorado
- VDRL (+) en LCR altamente específico, pero (-) no excluye la enfermedad (sensibilidad)



## NEUROSIFILIS

### DIAGNOSTICO:

- VDRL (+): 72% en S. primaria; 100% en secundaria; 73% en latente; 77% en terciaria
- Falsos negativos en 25%
- Se requiere VDRL (+) en sangre
- VDRL puede ser (-) en pacientes HIV (+)



## NEUROSIFILIS

### DIAGNOSTICO:

- **Definitivo:** FTA-ABS sérico más VDRL LCR (+)
- **Probable:** VDRL (+) en sangre más VDRL (-) LCR más pleocitosis o proteínas >60 más compromiso neurológico
- **Posible:** Igual, sin compromiso neurológico



## NEUROSIFILIS

### MANIFESTACIONES PSIQUIATRICAS

- Prevalencia de 1,8% en pacientes hospitalizados (California, 1987)
- Prevalencia de 0,7% en revisión retrospectiva (Hutto, 1998); la mayoría adictos; 5/18 HIV (+)
- Reportes de caso aislado. Cuadros maníacos, esquizofreniformes



## NEUROSIFILIS

### TRATAMIENTO:

- Diversos esquemas, algunos poco efectivos
- Penicilina cristalina 18 - 24' u/d (dosis cada 4 horas)
- En alérgicos a Penicilina, Eritromicina 2gr/d
- ¿Tetraciclinas?



## NEUROSIFILIS

### TRATAMIENTO:

- VDRL sérico se negativiza al año en S. primaria; 2 años en secundaria y 5 años en latente
- Si VDRL sérico persiste (+): infección persistente, reinfección o falsos (+)
- Resolución anormalidades LCR, mejor indicador



## NEUROSIFILIS

### TRATAMIENTO:

- Controles con P.L. cada seis meses por 2 años
- Normalización VDRL LCR se correlaciona con VDRL sérico
- Células normales 6 meses después del tratamiento, proteínas en 2 años





PERFIL NEURO-  
PSICOLOGICO EN PACIENTES  
PSIQUIATRICOS CON NEUROSIFILIS.  
H. PSIQUIATRICO SAN ISIDRO, CALI

FERNANDO FIGUEROA

R1 Psiquiatría Univalle

SANDRA MUTIS

Neuro-psicología HUPSI

JUAN CARLOS RIVAS

Psiquiatra



## NEUROSIFILIS

- Hospital Psiquiátrico Universitario
- Servicio Hospitalización y Consulta Externa
- 210 camas, 1500 ingresos por año
- Hospital de agudos
- Patologías más frecuentes  
Esquizofrenia y EMD Bipolar



## NEUROSIFILIS

- **Objetivo:** Determinar perfil Neuropsicológico en pacientes psicóticos con diagnóstico adicional de neurosífilis, hospitalizados entre julio de 1999 y julio de 2000



## NEUROSIFILIS

### Metodología:

- Mujeres y hombres hospitalizados en Salas Generales
- VDRL en sangre (+)
- Punción lumbar
- VDRL (+) en LCR
- Evaluación Neuropsicológica



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- Catorce pacientes: 9 hombres, 5 mujeres
- Edad: promedio 34,3 años; DS +/- 13,2. Rango 13 - 51
- Escolaridad: 6% analfabeta; 65% primaria; 29% secundaria



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- Diagnóstico:

Esquizofrenia:	50%
T. Afectivo:	14,2%
S.M.O.:	21,8%
Neurosifilis:	14,2%



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- Tiempo inicio síntomas:
  - < 1 año: 21,4%
  - > 1 año: 78,6%
- VDRL sangre:
  - < 1:8 57,1%
  - > 1:8 42,9%
- A mayor edad mayor dilución ( $p < 0,000$ )
- A mayor tiempo de inicio de enfermedad mayor dilución en VDRL ( $p < 0,000$ )



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- VDRL LCR:
  - < 1:8 71,4%
  - > 1:8 28,6%

A mayor dilución más tiempo de inicio de síntomas



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- A mayor tiempo de inicio de síntomas, más alteración en memoria de aprendizaje ( $p < 0,000$ )
- A mayor dilución en sangre, más alteración en memoria de aprendizaje ( $p < 0,000$ )



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- A mayor dilución en LCR, mayor alteración en memoria de aprendizaje ( $p < 0,000$ )
- A mayor dilución en LCR, mayor alteración en gnosis ( $p < 0,000$ )
- Ningún paciente con alteración en repetición



## NEUROSIFILIS

### RESULTADOS:

- TODOS LOS PACIENTES TENIAN ALTERACIONES EN FUNCIONES EJECUTIVAS, ESPECIALMENTE EN PLANEACION
- TODOS LOS PACIENTES TENIAN ALTERACIONES EN MEMORIA VISUAL



## NEUROSIFILIS

### CONCLUSIONES:

- Una tercera parte de los pacientes con características orgánicas al ingreso
- Tiempo de inicio de los síntomas se relaciona con dilución: progresión de la enfermedad
- Mayores déficits a mayores diluciones



## NEUROSIFILIS

### CONCLUSIONES:

- Alteración en sistema ejecutivo y en memoria visual: ¿afecta regiones cerebrales específicas?
- ¿Alteraciones por enfermedad de base?
- Pacientes con mayor riesgo de ETS
- Clínica deben despertar sospechas
- ¿VDRL de rutina?