

Interfaz neurología/psiquiatría: un caso de neurosífilis

A. Silva^a, M. Arrojo^a, P. Ferreira^a, M. J. Sá^b y A. P. Palha^a

Departamentos de ^aPsiquiatría y ^bNeurología. Hospital São João. Facultad de Medicina. Porto. Portugal

Interface neurology/psychiatry: a case report of neurosyphilis

Resumen

Las enfermedades orgánicas pueden presentarse con diferentes síntomas psiquiátricos. La neurosífilis ha sido considerada como un hito en la historia de los síndromes mentales orgánicos. La complejidad de su cuadro clínico estrecha las fronteras entre la Neurología y la Psiquiatría y demanda una aproximación multidisciplinaria. Presentamos un caso de neurosífilis que se inició con síntomas psiquiátricos en un varón de 25 años.

Palabras clave: Neurosífilis. Trastorno esquizofreniforme. Neurología. Psiquiatría.

Summary

Organic diseases can occur with different psychiatric symptoms. Neurosyphilis was considered to be a landmark in the history of organic mental syndromes. The complexity of its clinical picture decreases the boundaries between Neurology and Psychiatry and requires a multidisciplinary approach. We report a case of neurosyphilis that began with psychiatric symptoms in a twenty five years old male.

Key words: Neurosyphilis. Schizophreniform disorder. Neurology. Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades orgánicas pueden manifestarse con diferentes síntomas psiquiátricos, siendo la neurosífilis una de las que mayor psicopatología presenta: cuadros psicóticos, alteraciones de la personalidad, cuadros confusionales, episodios maniformes o depresivos y cuadros demenciales¹.

Actualmente las formas clásicas de lúes son poco habituales, mientras que las formas atípicas son cada vez más frecuentes. La resistencia a la penicilina, el tratamiento antibiótico inadecuado o en dosis subterapéuticas y los estados de inmunosupresión, especialmente VIH y hepatitis B, son señalados por los diferentes autores como factores determinantes²⁻⁴.

CASO CLÍNICO

Varón caucásico de 25 años, casado y empleado en un bar. A instancias de su familia acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por alteraciones del comportamiento.

La familia refiere un cambio en el comportamiento y en la personalidad del paciente en los últimos meses. Se

irrita con facilidad y es agresivo, presenta gran suspicacia, labilidad emocional y pérdida de control de los impulsos. Todo ello interfiere significativamente en su vida social y laboral. Apenas duerme en los últimos días y rehúsa alimentarse por miedo a ser envenenado. Su familia no solicitó antes ayuda porque interpretó todo como consecuencia de su nueva situación conyugal (se encuentra en proceso de divorcio).

Nacido de parto a término sin complicaciones y con desarrollo psicomotor normal, cursó estudios elementales. Es descrito premórbidamente como una persona extrovertida y alegre, con una buena adaptación social y un buen rendimiento laboral. Sin antecedentes psiquiátricos personales o familiares conocidos. Como antecedentes médicos destaca una visita a Urgencias 2 meses antes por dolor lumbar que se resolvió tras administración de analgésicos.

En la exploración de urgencia se encuentra vigil y orientado, tanto auto como alopsíquicamente. Su discurso no siempre es lógico, presentando actividad delirante no sistematizada de contenido persecutorio («ellos están contra mí») y de control e influencia («me pusieron una microcámara en el diente para vigilar mis movimientos»), constatándose la existencia de actividad alucinatoria auditiva (oye voces críticas que hacen referencia a su comportamiento). Su pensamiento no sigue una estructura lógica (no existe nexo entre ideas) y se comporta de forma bizarra y desorganizada. Se muestra perplejo e hipervigilante en relación a los estímulos ambientales y presenta moderada agitación psicomotriz. Sin alteraciones mnésicas evidentes. Carece totalmente de *insight*.

Correspondencia:

Manuel Arrojo Romero
Hospital São João
Departamento de Psiquiatría
Alameda Professor Hernani Monteiro, s/n
4200 Porto (Portugal)
Correo electrónico: marrojo@hotmail.com

En el Servicio de Urgencia los exámenes físico y neurológico fueron normales, las determinaciones de alcohol en sangre y de tóxicos de abuso (cannabis, opiáceos y cocaína) en orina resultaron negativas y el hemograma y la bioquímica no mostraron alteraciones significativas. Se realizó TC cerebral que únicamente reveló un alargamiento de cisterna magna (variedad anatómica), sin alteraciones en parénquima y sistema ventricular. Se administraron neurolepticos por vía intravenosa (haloperidol, 6 mg, y clorpromacina, 50 mg), con los que se obtuvo sedación y se procedió al ingreso del paciente en el Servicio de Psiquiatría.

En los 3 días siguientes el paciente cayó en un estado de mutismo, falta de cualquier espontaneidad, siendo incapaz de contestar a preguntas sencillas y pasando casi todo el tiempo en la cama. Durante este período permaneció sin tratamiento con psicofármacos.

Un segundo examen físico y neurológico fue normal. Una nueva bioquímica (que incluyó electrolitos, vitamina B₁₂, ácido fólico, glucosa, GOT, GPT, LDH, BUN, creatinina y urea) fue también normal y el estudio hormonal (TSH, T3, T4) no evidenció patología tiroidea. Se realizaron EEG (ritmo de base alfa normal a 9 Hz reactivo a la apertura-cierre de los ojos sin alteraciones focales irritativas o paroxísticas en reposo y/o con estimulación) y RM cerebral que no mostró alteraciones.

En el cuarto día volvió a presentarse agitado, con intensa actividad delirante y alucinación auditiva, pero esta vez también desorientado y confuso. Se instauró tratamiento con risperidona (3 mg vía oral/dos tomas por día) y lorazepam (2,5 mg vía oral/tres tomas por día). En el séptimo día estaba totalmente asintomático.

Se completó el estudio con serología para herpes virus, VHB, VHC y CMV que resultó negativa y con serología luética: VDRL (+ a título 1/16) y TPHA (+). Las pruebas para detección de VIH (Western Blot y ELISA) fueron negativas. Solicitamos colaboración al Servicio de Neurología, que decidió realizar punción lumbar con los siguientes resultados: VDRL (+), TPHA (+), células (2/mm³), glucosa (75 mg/dl), proteínas (66 mg/dl), bandas oligoclonales IgG (+). Tras la confirmación del diagnóstico de neurosífilis se inició tratamiento con penicilina G sódica alternada con penicilina G potásica en dosis recomendadas (4 millones de unidades por vía intravenosa cada 4 horas) que se prolongó durante 21 días.

En los primeros días de tratamiento el paciente presentó un cuadro con fiebre, vómitos y delirium que fue interpretado como probable reacción de Jarisch-Herxheimer^{5,6}. Durante todo este tiempo se mantuvo risperidona y lorazepam en las mismas dosis y se introdujo biperideno (2 mg/día) por aparición de leve sintomatología extrapiramidal.

Tras el tratamiento, el paciente fue dado de alta y es seguido regularmente en consultas externas de Psiquiatría. Actualmente permanece asintomático sin necesidad de terapéutica con psicofármacos, retirados gradualmente tras 11 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

En un primer análisis la ruptura biográfica en la vida del paciente, el comportamiento desorganizado con pre-

sencia de contenido delirante no sistematizado, junto con la actividad alucinatoria auditiva y la edad de presentación hacen sospechar una forma de inicio de esquizofrenia. En el estudio de la personalidad premórbida no se adivinan rasgos de introversión ni de dificultad en relaciones sociales, aislamiento u otros que hagan suponer un trastorno esquizoide o paranoide de la personalidad.

Se desestima la posibilidad de un cuadro maniaco con sintomatología psicótica ante la falta de humor expansivo y fuga de ideas. La familia desconoce consumos de tóxicos por parte del paciente y el análisis de drogas de abuso resulta negativo, aunque no se descarta totalmente una psicosis tóxica al haberse analizado sólo cannabis, cocaína y opiáceos.

Los continuos cambios en el cuadro clínico con momentos de postración alternados con cuadros de extrema agitación, los períodos de alteración de la conciencia y la rápida respuesta al tratamiento con antipsicóticos (totalmente asintomático a los 7 días del ingreso) hacen sospechar un síndrome orgánico cerebral, por lo que el estudio inicial se completa, llegándose finalmente al diagnóstico de neurosífilis.

Se estima que la incidencia de la sífilis es igual a 10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año y la de neurosífilis que se inicia con sintomatología psiquiátrica es de dos casos nuevos por cada millón de habitantes al año⁷.

El caso clínico que presentamos es un caso inusual por la forma de presentación y edad del paciente. En un estudio de revisión de D'Olhaberriague et al. en 1989², que incluyó 651 pacientes pertenecientes a seis series diferentes diagnosticados de lúes (forma meningovascular) durante la era pre-SIDA, fue hallado un único caso en un paciente menor de 30 años, aunque en los últimos años han sido publicados algunos casos similares al nuestro en gente joven^{8,9}.

En las pruebas neurofisiológicas y de imagen de pacientes con lúes, el EEG muestra alteraciones entre el 55 y el 80% de los casos y en la TC cerebral suele observarse atrofia cerebral que puede revertir con el tratamiento⁷. En nuestro caso ambas pruebas son normales.

La sífilis está siendo reintroducida en la práctica médica, especialmente en estados de inmunodepresión y en una proporción considerable en relación al VIH, donde su curso natural puede estar acelerado, apareciendo afectación del sistema nervioso en edades precoces y tras una corta latencia^{2,5}.

En nuestro paciente las pruebas para detección del VIH y para hepatitis B y C fueron negativas y en los diferentes estudios realizados (hemograma, bioquímica, serología para CMV, etc.) no encontramos ningún indicio que hiciera sospechar una inmunodeficiencia. En cuanto al curso clínico, tras la recuperación del episodio, el paciente describió una antigua lesión genital compatible con primarismo padecida pocos años antes.

La neurosífilis produce en ocasiones cuadros esquizofreniformes que pueden conducir al error diagnóstico con facilidad si no son bien estudiados^{9,10}. Pensamos que todo esto justifica el cribado sistemático de neurosífilis en primeros episodios psicóticos y especialmente en casos donde existe alteración del nivel de conciencia.

Este caso clínico muestra la complejidad y el polimorfismo en el espectro psicopatológico de esta enfermedad, poniendo de relieve la importancia de los equipos multidisciplinares dentro del hospital general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1982.
2. D'Olhaberriague, Garcés JM, García-Conesa J, Soler-Singla L, Hernández A, Oliveros C. Neurosífilis en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin* 1989;93:341-3.
3. Hortells JL, Boada E, Subías P. Neurosífilis. Aspectos actuales. A propósito de cuatro casos. *Rev Clin Esp* 1984; 173(3):145-8.
4. Hoffman BF. Neurosyphilis in a young man. *Can J Psychiatry* 1981;26(1):68-70.
5. Galindo A. Neurosífilis parenquimatosa. Formas de inicio insidioso y subagudo. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Ciencias Afines* 1996;24(5):260-7.
6. Zifko U, Lindner K, Wimberger D, Volc B, Grisold W. Jarisch-Herxheimer reaction in a patient with neurosyphilis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;58(4):521.
7. Blanco C, Rueda CA, Blanco CR, Amengual A. Enfermedades infecciosas e inflamatorias inductoras de psicopatología. En: García Toro M, González Guillén A, editores. *Psicopatología y agentes biológicos*. Masson, 1998; p. 137-9.
8. Vargas AP, Carod-Artal FJ, del Negro MC, Rodrigues MP. Dementia caused by neurosyphilis: clinical and neuropsychological follow-up of a patient. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2b):578-82.
9. Kohler CG, Pickholtz J, Ballas C. Neurosyphilis presenting as schizophrenia like psychosis. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2000;13(4):297-302.
10. Sivakumar K, Okocha CI. Neurosyphilis and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;161:251-4.