Rev Clin Esp. 2025;225(Supl 1):S832

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# 2208 - NEUROSÍFILIS EN SÍFILIS SECUNDARIA: SERIE DE CINCO CASOS EN VARONES VIH NEGATIVOS

*Isabel Castilla Martínez*[1], *Maria Martínez Urbistondo*[1], *Antonio González Guzmán*[1], *Nuria Miguel Ontañón*[1], *Patricia González Merino*[1], *Elena Suanzes Martín*[1], *Margarita Pich-Aguilera Blasco*[2] *y Alberto Díaz de Santiago*[1]

[1]*Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*[2]*Dermatologia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*

## Resumen

*Objetivos:* Describir cinco casos de neurosífilis en varones VIH negativos con sífilis secundaria, con manifestaciones clínicas poco comunes, incluyendo absceso óseo, uveítis, otosífilis, adenopatias cervicales y pupila de Argyll-Robertson. Se resalta la importancia del diagnóstico precoz y el estudio del LCR (líquido cefalorraquídeo), incluso cuando las pruebas serológicas específicas en LCR son negativas.

*Métodos:* Estudio retrospectivo de cinco pacientes varones, atendidos entre 2022 y 2025 en un hospital de tercer nivel. Se realizó una recogida de datos clínicos, analíticos y evolutivos a través de los sistemas informáticos Selene y Horus. Todos presentaban sífilis secundaria confirmada (RPR y TPHA/FTA-Abs positivos), fueron VIH negativos y desarrollaron manifestaciones clínicas compatibles con neurosífilis. El diagnóstico se basó en síntomas neurológicos/sensoriales y hallazgos en LCR: pleocitosis (> 5 cél/mm$^3$) y/o proteinorraquia, sin necesidad de VDRL positivo en LCR. Recibieron penicilina G IV (6 MU c/6h) durante 10-14 días.

*Resultados:* Todos los pacientes eran varones, VIH negativos, con sífilis secundaria. Las características clínicas y diagnósticas se resumen en la tabla 1. El LCR mostró pleocitosis y proteinorraquia en todos los casos, con VDRL positivo en tres de ellos. Las manifestaciones clínicas fueron atípicas: absceso óseo frontal (caso 1), uveítis (casos 2 y 3), otosífilis (caso 4) y adenopatías en rango patológico en cadenas ganglionares laterocervicales izquierdas con pupila de Argyll-Robertson (caso 5), destacando este último donde la sospecha diagnóstica surgió a raíz de adenopatías cervicales sospechosas, y la confirmación se obtuvo mediante PCR positiva para *Treponema pallidum* en la muestra ganglionar, subrayando la importancia de considerar esta etiología en el diagnóstico diferencial donde destaca el linfoma ante cuadros ganglionares atípicos. La evolución del RPR en cada paciente y la respuesta clínica se detallan en la tabla 2. Cuatro pacientes presentaron buena evolución clínica con resolución de la sintomatología. Un paciente (caso 3, con sospecha de enfermedad autoinmune tipo Behçet) persistió con panuveítis corticodependiente y necesidad de metotrexato.

**Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de los cinco casos.**

| Caso | Edad | Manifestación principal | VIH | LCR alterado | FTA-Abs LCR | VDRL-LCR | PCR Treponema | Diagnóstico principal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 29 | Absceso óseo frontal | No | Sí (8 cél/mm³) | Positivo | Reactivo | No disponible | Neurosífilis con afectación ósea frontal |
| 2 | 61 | Uveítis posterior + acúfenos | No | Sí (9 cél/mm³) | Positivo | Reactivo | No disponible | Neurosífilis con afectación ocular |
| 3 | 54 | Panuveítis bilateral | No | Sí (95 cél/mm³) | Positivo | Reactivo | Positiva en LCR | Neurosífilis con afectación ocular + sospecha Behçet |
| 4 | 40 | Otosífilis (cefalea y acúfenos) | No | Sí (17 cél/mm³) | Negativo | Negativo | No disponible | Neurosífilis con otosífilis |
| 5 | 26 | Adenopatías cervicales + cefalea y Pupila de Argyll-Robertson | No | Sí (7 cél/mm³) | Negativo | Negativo | Positiva en adenopatía (PAAF) | Neurosífilis con adenopatías cervicales con PCR positiva + hallazgo pupilar |

**Tabla 2. Tratamiento y evolución serológica de los pacientes.**

| Caso | Penicilina IM previa | Penicilina IV 6MU c/6h | Días | Evolución clínica | Curación |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | No | Sí | 14 | Resolución clínica completa, RPR 1/128 → 1/4 | Sí |
| 2 | No | Sí | 14 | Buena evolución clínica, RPR 1/128 → 1/4 | Sí |
| 3 | No | Sí | 14 | Panuveítis recidivante RPR 1/512 → 1/32 | No |
| 4 | Sí | Sí | 14 | Buena evolución clínica, RPR 1/64 → 1/8 | Sí |
| 5 | Sí | Sí | 10 | Resolución completa, adenopatías RPR 1/8 → 1/2 | Sí |

*Discusión:* La neurosífilis puede presentarse en fases tempranas como la sífilis secundaria, con manifestaciones atípicas. El diagnóstico no requiere VDRL o FTA-Abs positivos en LCR, ya que son pruebas poco sensibles, aunque muy específicas. La sospecha clínica junto con pleocitosis y proteinorraquia en LCR es suficiente para iniciar tratamiento. El análisis de LCR continúa siendo esencial para el diagnóstico. El tratamiento con penicilina IV fue eficaz en todos los casos y la evolución fue muy buena en todos excepto en el paciente 3 con sospecha de enfermedad de Behçet.

*Conclusiones:* La neurosífilis puede manifestarse de forma precoz durante la sífilis secundaria, incluso en pacientes jóvenes, VIH negativos e inmunocompetentes. La diversidad de manifestaciones obliga a mantener una alta sospecha clínica. El diagnóstico puede establecerse sin necesidad de VDRL o FTA-Abs positivos en LCR, siempre que haya síntomas compatibles, proteinorraquia y pleocitosis. La penicilina intravenosa

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

continúa siendo el tratamiento de elección, con buenos resultados clínicos. La evaluación del LCR debe incorporarse sistemáticamente en estos casos.

## Bibliografía

1. Marra CM. Neurosyphilis. Continuum (Minneap Minn). Neuroinfectious Disease. 2015;21(2):171-84.

2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.