

**SÍFILIS MENINGOVASCULAR CON PUNCIÓN LUMBAR SIN PLEIOCITOSIS  
UN REPORTE DE CASO.**

**JOSÉ DAVID ESPINAL CEBALLOS  
MÉDICO INTERNO  
DOCEAVO SEMESTRE**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
TULUÁ  
2019**

**SÍFILIS MENINGOVASCULAR CON PUNCIÓN LUMBAR SIN PLEIOCITOSIS  
UN REPORTE DE CASO**

**JOSÉ DAVID ESPINAL CEBALLOS  
MÉDICO INTERNO  
DOCEAVO SEMESTRE**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**DR. RUBÉN DARÍO LÓPEZ URBANO  
MD, RADIÓLOGO, ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**JEFE LUZ ADRIANA SUÁREZ JARAMILLO  
ENF. MSC. SALUD PÚBLICA**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
TULUÁ  
2019**

## TABLA DE CONTENIDO:

1. RESUMEN DEL PROYECTO:	4
2. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN	5
Tabla 1. Algunas características diferenciales entre RPR y VDRL	5
2.1 OBJETIVO GENERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. METODOLOGÍA.	8
3.1. TIPO DE ESTUDIO:	8
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:	8
3.3. VARIABLES:	8
4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	9
4.1. MÉTODO	9
4.2. TÉCNICA.	9
4.3. INSTRUMENTOS	9
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	10
Tabla 2.	10
5. PLAN DE ANÁLISIS.	11
5.1. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.	11
5.2. ANÁLISIS DE DATOS.	11
5.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	11
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	12
7. RESULTADOS ESPERADOS.	13
8. CRONOGRAMA.	14
Tabla 3.	14
9. PRESUPUESTO	15
Tabla 4.	15
10. ANEXOS	16
ANEXO 1 TABLA PARA REGISTRO DE HALLAZGOS CLÍNICOS	16
ANEXO 2 <i>ESTRUCTURA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA</i>	17
ANEXO 3 FORMATO DE REVISIÓN DE PARACLÍNICOS	19
ANEXO 4 FORMATO DE ENTREVISTA	21
ANEXO 5 <i>FORMATO DE CHEQUEO PARA REALIZAR EL REPORTE DE CASO (CARE)</i>	22
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

## 1. RESUMEN DEL PROYECTO:

Sífilis, la gran simuladora, una enfermedad con incremento en su incidencia, debido al estallido de conductas sexuales desmesuradas y con alguna connotación de modernización; en su presentación terciaria o Neurosífilis, presenta cambios degenerativos en el sistema nervioso central, que, dependiendo de las zonas afectadas, podrían generar diferentes tipos y grados de consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, aproximadamente, 12 millones de casos nuevos de sífilis sexualmente transmitida ocurren anualmente en el mundo, distribuidos así: 100.000 casos en Norteamérica, 3 millones en Latinoamérica y el Caribe, 140.000 en Europa del este, 370.000 en África del norte y del medio este, 4 millones en el África subsahariana, 100.000 en el este de Europa y Asia central, 240.000 en el este de Asia y el Pacífico, 4 millones en el sur y sureste asiáticos y 10.000 en Australia y Nueva Zelanda [1,2]

Las infecciones de transmisión sexual son una gran carga para los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo, en los que pueden representar hasta un 17 % de las pérdidas económicas por la falta de salud [3]

Es relevante precisar que en Colombia, a pesar de disponer de una política de salud sexual y reproductiva, no se ha obtenido el impacto esperado en el control de infecciones de transmisión sexual, lo cual podría atribuirse a la ausencia de vigilancia activa, baja oportunidad en el diagnóstico y sistemas de notificación que no cubren la totalidad de infecciones. [4]

Se presenta reporte de caso en paciente con deterioro neurológico progresivo de 2 meses en el cual, el diagnóstico final se realiza descartando cantidad de patologías relacionadas o pensadas, debido a las manifestaciones clínicas vagas, y reportes de paraclínicas variables.

Toman importancia y alta relevancia, aquellos pacientes con sintomatología neurológica, pues deben ser considerados como urgencias médicas reales, debido a la fragilidad del sistema nervioso central y las consecuencias graves que puede traer el retraso en la intervención, sin embargo es de suma importancia discriminar los síntomas funcionales y los síntomas de enfermedad orgánica, la importancia y relevancia que toman los antecedentes, un buen examen físico y una completa anamnesis para plantear hipótesis y recrear una historia natural de enfermedad que brinde agilidad en los procesos de detección e inicio de intervenciones terapéuticas adecuadas.

## 2. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

Si bien existen criterios diagnósticos para hacer un acercamiento a la Neurosífilis, éste ya es un diagnóstico de por sí dificultoso por las diferentes similitudes que puede tener con otros cuadros, es allí donde tomamos mano de lo ya establecido por las diferentes literaturas, para ayudarnos a disminuir el sesgo de error; sin embargo, la Neurosífilis puede tener diferentes manifestaciones tanto clínicas, como paraclínicas, y eso dificulta en algunos casos la certeza del diagnóstico.

La Neurosífilis es el compromiso del sistema nervioso central por el *Treponema pallidum* en cualquier estadio de la entidad, e incluye tanto las formas asintomáticas y sintomáticas de la infección.

La invasión del sistema nervioso central por espiroquetas puede ocurrir en hasta el 40% de los pacientes no tratados. [5 - 6]. Esta entidad debe considerarse en pacientes con accidente cerebrovascular con serología periférica positiva y prueba positiva del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas en LCR (VDRL, por sus siglas en inglés) o LCR elevado con pleiocitosis. Una prueba de suero positiva requiere confirmación adicional de neurosífilis mediante punción lumbar, por lo que los pacientes con accidente cerebrovascular con prueba de sífilis positiva deben someterse a un análisis de LCR. [7]

Las Pruebas no treponémicas detectan anticuerpos no treponémicos de tipo inmunoglobulina M (IgM) y anticuerpos IgG contra el material lipídico liberado de la célula huésped. Su principal uso es como pruebas diagnósticas de tamización y seguimiento del tratamiento. Las más usadas son la *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) y la *Rapid Plasma Reagin* (RPR). *Características propias de estas pruebas:* aunque fáciles de usar y con sensibilidad y especificidad variables y aceptables de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad [8], para su uso se requiere de un laboratorio con personal entrenado, los reactivos deben conservarse refrigerados, se debe contar con electricidad para el refrigerador y la centrífuga para separar el suero de la sangre de los pacientes y un agitador para llevar a cabo la prueba; la de VDRL, además, requiere de microscopio [9]

**Tabla 1. Algunas características diferenciales entre RPR y VDRL**

Característica	RPR	VDRL
Sensibilidad	86-100%	78-100%
Especificidad	93-95%	98-100%
Facilidad de uso	Fácil	Fácil
Equipos	Rotador y centrífuga	Microscopio de luz y centrífuga
Entrenamiento	Mínimo	Mínimo
Comentarios	La mayoría de los reactivos requieren refrigeración	Los reactivos requieren refrigeración

Concretamente el VDRL puede generar resultados falsos en enfermedades como hepatitis, influenza, asma, tuberculosis, cáncer, diabetes y enfermedades autoinmunes; aunque esto es fácil de controlar con la historia clínica de los pacientes (10)

El sistema nervioso central puede estar involucrado en cuatro formas principales de síndrome: meningitis sífilítica, sífilis meningovascular, neurosífilis parenquimatosa y neurosífilis gomatosa. [11, 12, 13, 14].

Las infecciones pueden causar un accidente cerebrovascular a través de varios mecanismos, incluidas las contribuciones a aterosclerosis, la agregabilidad plaquetaria y la disfunción endotelial. Algunos mecanismos pueden implicar una infección directa de la pared arterial, lo que conduce a disfunción, proliferación de las células del músculo liso o aumento de los niveles de citoquinas. [15]

Sin embargo, el hecho de que la neurosífilis también pueda asociarse con anomalías angiográficas que pueden simular tumores cerebrales, ha aumentado la importancia creciente del uso de la angiografía. [16, 17].

Los hallazgos de la imagen que sugieren neurosífilis en tomografía, incluyen arteriopatía (50% de los casos en los que se obtienen imágenes vasculares), lesiones de sustancia blanca inespecíficas (20%) y gomas cerebrales o realce meníngeo (6%). Un tercio de todos los pacientes con neurosífilis tenían una imagen neurológica normal. [18] En la forma meningovascular de la neurosífilis, se cree que la vasculitis es el resultado de la invasión por la espiroqueta de forma directa en las células endoteliales vasculares. La manifestación más común es el accidente cerebrovascular en adultos jóvenes, con afectación de la arteria cerebral media, seguida de la arteria basilar [19, 20]. La confirmación del diagnóstico de meningovasculitis luética debe basarse en los criterios recomendados por el US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) que incluye sintomatología neurológica, LCR con pleocitosis y VDRL en LCR y suero reactivo [21]

La recomendación actual del tratamiento es con penicilina cristalina 4 millones cada 4 horas por 14 días, también se puede tratar con penicilina G acuosa por vía intravenosa, 18 a 24 millones de unidades por día durante 2 semanas. Los tratamientos alternativos incluyen procaína bencilpenicilina 2.4 millones de unidades por vía intramuscular diariamente durante 2 semanas. Para aquellos pacientes alérgicos, se ha recomendado la administración de ceftriaxona 2 g IV o intramuscular durante 2 semanas o doxiciclina (100 mg dos veces al día por vía oral durante 28 a 30 días) o desensibilización en paciente embarazadas para terapia con penicilina. [22, 23, 24]. Algunos expertos recomiendan Prednisolona oral 1 mg / kg al día durante 5 días o metilprednisolona 500 mg al día durante 3 días junto con Aciclovir para tratar la vasculopatía por VZV, sin embargo, no existe evidencia suficiente [25].

Por lo cual se da paso a la pregunta de investigación.

¿Sin pleiocitosis, puede el paciente presentado tener una Neurosífilis?

## **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Presentar un caso clínico de Neurosífilis con punción lumbar sin pleiocitosis y describir la patogenia, las características clínicas, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del síndrome.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar una revisión bibliográfica de Neurosífilis con punción lumbar sin pleiocitosis, la cual incluirá patogenia, características clínicas y paraclínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Revisar la historia clínica del paciente determinado, para identificar datos relevantes que ayuden a determinar el diagnóstico de Neurosífilis.
- Revisar pruebas diagnósticas de imagen para determinar hallazgos característicos de Neurosífilis
- Revisar manejo ofrecido durante estancia intrahospitalaria para diagnóstico establecido de Neurosífilis
- Construir un reporte de caso

### **3. METODOLOGÍA.**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Reporte de caso.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

Adulto masculino determinado, mestizo, de 53 años de edad, con diagnóstico de Neurosífilis.

#### **3.3. VARIABLES:**

- Alteraciones de la marcha
- Diadococinesia
- Disartria
- Cambios conductuales
- Prueba treponémica positiva
- Punción lumbar sin pleiocitosis
- Alteración en Neuroimagen
- Afectación de la Arteria cerebral media



## **4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

La revisión de caso será realizada de manera retrospectiva con datos recogidos en historia clínica del sitio hospitalario en el cual el paciente determinado recibió manejo médico, una vez se recojan los datos de utilidad, se evaluará comparado con bibliografía descritas y con asesores profesionales en ramas de las ciencias de la salud, los componentes que inclinan el diagnóstico del paciente hacia el diagnóstico de la Neurosífilis.

Con previa autorización de paciente y/o familiares, y a su vez de la institución donde se dio el proceso del paciente, se abordará la historia clínica para extraer de ella los datos de mayor relevancia, incluidos anamnesis, pruebas paraclínicas y de imagen, los manejos ofrecidos y posterior evolución tras recibirlos.

### **4.1. MÉTODO**

Una vez obtenida la aprobación del comité institucional de revisión de ética humana de la Unidad Central del Valle del Cauca, se procederá a la lectura y explicación del consentimiento informado, al paciente o familiares encargados. Si deciden participar de manera voluntaria, entendiendo que los riesgos son mínimos, se firmará el documento.

### **4.2. TÉCNICA.**

Los datos serán obtenidos a través de una entrevista y revisión sistemática de la historia clínica. Se realizará 1 entrevista semi-estructuradas en un tiempo estimado de 4 semanas, con una duración promedio de 60 minutos, con el fin de conocer inicio de síntomas, motivo por el cual deciden consultar, evaluación durante proceso hospitalario y posterior evolución con el egreso de la institución

### **4.3. INSTRUMENTOS**

Los datos serán obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas (anexo 11.3). Para el registro de los hallazgos clínicos se utilizará una tabla de tres columnas (hallazgo clínico, presente sí/no, comentario) (anexo 11.2). Para el registro de paraclínicos se usará una tabla (anexo 11.4), esta incluirá fecha, nombre del examen, un resumen del resultado y la interpretación del especialista.

#### 4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

**Tabla 2.**

Variable	Definición	Método diagnóstico	Posibles valores
Alteraciones de la marcha	Término descriptivo que se utiliza para aquellos pacientes que tienen problemas en el caminar	Inspección	Presente-ausente
Diadococinesia	Capacidad de realizar movimientos coordinados voluntarios alternativamente en direcciones opuestas mediante la flexión y extensión	Inspección	Presente-ausente
Disartria	Dificultad para articular sonidos y palabras	Inspección	Presente-ausente
Cambios conductuales	Cambios en la manera de actuar o proceder.	Inspección.	Presente - ausente
Prueba Treponémica	Examen de tamizaje que miden anticuerpos contra Treponema Pallidum.	Paraclínicos	Reactiva – No reactiva
Pleiocitosis	Término médico que se utiliza para designar la presencia de células en LCR en un número superior al normal	Paraclínicos LCR	Presente - ausente
Alteraciones en Neuroimagen	Evidencia de anomalías en pruebas diagnósticas de imagen	TAC RMN	Visibles – No visibles
Alteración Arteria Cerebral Media	Evidencia de anomalía en la estructura del vaso sanguíneo visible en imagen diagnóstica.	TAC RMN	Visibles – No visibles

## **5. PLAN DE ANÁLISIS.**

### **5.1. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.**

Una vez obtenida, la información será condensada de manera cronológica en un documento Word, usando un esquema similar a las evoluciones clínicas. Los hallazgos clínicos y paraclínicos serán registrados en tablas (anexos 11.2 y 11.4).

### **5.2. ANÁLISIS DE DATOS.**

Los datos serán comparados con bibliografía actualizada, que soporte el diagnóstico. El paso siguiente será resumir con el fin de crear un documento preliminar, el cual será revisado para convertirse en el documento final. Este último será construido con base en la lista de chequeo de la guía del grupo Case Reports (CARE) (anexo 11.5).

### **5.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

Se presentará un documento que resuma historia clínica del paciente, comparada a su vez con bibliografía en la cual se toque el tema central, motivo de la revisión de caso clínico, que sirva además como referencia bibliográfica en revisiones futuras de quienes tengan interés en el tema tratado. Los resultados serán presentados ante los diferentes comités de investigación de la Unidad Central del Valle y a su vez servirá como cumplimiento de requisitos de grado de la carrera académica.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente protocolo será entregado al Comité de Ética Médica (CEM) de la Unidad Central del Valle (UCEVA), para contar con la respectiva aprobación y continuar con el proceso de investigación, realizando el trabajo de campo, concluyendo con el análisis de los datos y la proyección de los nuevos conocimientos a la comunidad académica.

Para llevar a cabo el proyecto se pondrán en práctica los principios establecidos en las normas internacionales, tales como: la declaración de Helsinki la cual cita la importancia del respeto a los derechos del sujeto de estudio, prevaleciendo su interés sobre la ciencia y la sociedad, el consentimiento informado y el respeto por la libertad del individuo, que en el caso sería de la entidad que nos proporcionará la base de datos.

Las pautas CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*) que dará los principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y disposiciones ejecutivas y administrativas. Asimismo, se tendrá en cuenta las guías de la buena práctica clínica de la conferencia internacional de armonización (GPC/ICH).

A nivel nacional se tendrá en cuenta la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se enfatizará en el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes que hagan parte de la investigación (Artículo 5).

El reporte del caso será realizado por José David Espinal Ceballos en donde se contará con una persona idónea con conocimientos y experiencia (Art 6° Res 8430/2003). A su vez se tendrá en cuenta la importancia de proteger la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Art 8° Res 8430/2003). Cabe anotar que todos los datos recolectados serán utilizados únicamente en este estudio.

De acuerdo al Artículo 9 de la Resolución 8430/2003 esta investigación es catalogada con riesgos mínimos dado que será una revisión de caso clínico donde se emplea la recolección de datos a través de procedimientos comunes como es la revisión de historia clínica y entrevista con paciente y/o familiar.

No existe probabilidad de que el sujeto investigado sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio pues no se hará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio.

La investigación carece de conflicto de intereses desde el punto de vista de patrocinios o remuneración alguna (Art. 51 Res. 8430/2003).

## **7. RESULTADOS ESPERADOS.**

- Publicación de un artículo en bases de datos indexadas.
- Con la revisión de éste caso clínico se busca dejar evidencia de presentaciones no tan comunes de ésta enfermedad y las diferentes manifestaciones clínicas y paraclínicas que pueden presentarse cuando se habla de la sífilis.
- Además, se explican los diferentes hallazgos que llevaron a la conclusión del diagnóstico, el tratamiento ofrecido y la progresión del paciente posterior al mismo.
- Aportar nuevos hallazgos y conocimientos sobre el síndrome

## 8. CRONOGRAMA.

Tabla 3.

ACTIVIDAD					
Conformación grupo investigador	X				
Introducción	X				
Materiales y Métodos		X			
Protocolo		X	X		
Comité ético			X		
Trabajo de campo			X	X	
Análisis y resultados				X	
Socialización				X	
Artículo				X	
Publicación					X

## 9. PRESUPUESTO

Tabla 4.

INSUMOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
REMUNERACIÓN INVESTIGADOR	18 HRS X SEMANA	30.150	542.700
IMPRESIONES	500	100	50.000
RESMAS DE PAPEL	5	8.900	44.500
CARTUCHO TINTA	6	20.000	80.000
VIÁTICOS (GASOLINA)	3 GALONES POR SEMANA	8.400	25.200
IMPREVISTOS	OTROS	200.000	200.000
<b>TOTAL</b>		<b>267.550</b>	<b>942.400</b>

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1 TABLA PARA REGISTRO DE HALLAZGOS CLÍNICOS

Hallazgo clínico	Presente sí/no	Comentarios.
Glasgow menor a 15/15		
Diadococinesia		
Disartria		
Signo de Babinski		
Signo de Chaddock		
Incoordinación motora		
Cambios de personalidad		
Fiebre		
Pérdida de peso		
Hemiparesia		
Afasia		
Apraxia		
Hiperreflexia		
Convulsiones		
Otros hallazgos		



## ANEXO 2 ESTRUCTURA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

<p>Filiación.          Nombres y apellidos.          Documento de identidad.          Edad          Género.          Fecha de nacimiento.          Lugar de nacimiento.          Escolaridad.          Grupo étnico.          Religión.          Procedencia.          Residencia.          Nivel socioeconómico.          EPS.          Informante</p>
<p>Antecedentes personales.          Desarrollo psicomotor.          Patológicos.          Quirúrgicos.          Traumáticos          Tóxicos          Alérgicos          Farmacológicos.          Hospitalizaciones.          Inmunológicos.          Transfusionales.</p>
<p>Antecedentes familiares.</p>

<b>EXAMEN FÍSICO</b>			
Frecuencia cardiaca:			
Frecuencia respiratoria:			
Temperatura:			
Presión Arteria:			
Estado de conciencia: ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
	Respuesta	Puntaje	Puntuación
Apertura ocular	Espontánea		
	A estímulo verbal		
	Al dolor		
	Ausencia de respuesta		

Respuesta verbal	Orientado		
	Desorientado/confuso		
	Incoherente		
	Sonidos incomprensibles		
	Nula		
Respuesta motora	Obedece ordenes		
	Localiza el dolor		
	Retirada al dolor		
	Reflejo flexor		
	Reflejo extensor		
	Nulo		
TOTAL			

**EXAMEN FÍSICO:**

**Cabeza y Cuello:** Mucosa oral sin lesiones, mucosas rosadas anictéricas, secas. Cuello sin adenopatías, no hay signos de irritación meníngea.

**Cardio/Pulmonar:** Ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos con el pulso, no s3 s4, no soplos, pulmones con ruidos respiratorios conservados, no hay ruidos sobreagregados.

**Abdomen:** Peristaltismo presente, se percibe blando, depresible sin signos de dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal. No indicios de hepato/esplenomegalia.

**Genitourinario:** Sin lesiones en genitales externos, al ingreso con signos de relajación de esfínteres.

**Extremidades:** Eutróficas, pulsos en 4 extremidades presentes ++/++++, llenado capilar 2 segundos, sin edemas.

**Piel:** Sin lesiones de ninguna índole.

► **SNC:**

1. Esfera mental no valorable, estado de conciencia es alterable.
2. Pares craneales difícil de valorar, impresionan íntegros.
3. Hemiparesia derecha, no difícil de valorar, 4 extremidades normo tróficas
4. No se pudo valorar marcha.
5. Sensibilidad no valorable por poca colaboración.
6. ROT de hemicuerpo derecho exaltados. Hemicuerpo izquierdo normales.
7. Reflejos anormales: Babinsky – chaddock positivos.
8. Función cerebelosa no valorable.

DIAGNÓSTICO	
MANEJOS MÉDICOS	
PARACLÍNICOS	
EVOLUCIONES MÉDICAS	

**ANEXO 3 FORMATO DE REVISIÓN DE PARACLÍNICOS**

<u>FECHA</u>	<u>EXAMEN</u>	<u>RESUMEN DE RESULTADO</u>	<u>INTERPRETACIÓN</u>
<b>25/08/2018</b>			
	TAC DE CRANEO SIMPLE		<i>Atrofia cortico subcortical</i>
PARACLINICOS	HEMOGRAMA	<i>LEU 12.7 -  NEU 86% -  LINF 9.6% -  HB 12.1 -  HCTO 41.1 -  VCM 91.6  RDW 11.7  PLT 314000</i>	
	CREATININA	0.77	NORMAL
	BUN	16.4	NORMAL
	POTASIO	4.4	NORMAL
	SODIO	137	NORMAL
	GLICEMIA	122	
	VIH	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	RX TORAX		NORMAL
<b>26/08/2018</b>			
	TAC DE CRANEO SIMPLE		<i>Disminución de densidad del lóbulo temporal izquierdo de hasta 16 UH</i>
<b>27/08/2018</b>			
	ECOCARDIOGRAMA		NORMAL
<b>28/08/2018</b>			
PARACLINICOS	PT	19.1	NORMAL
	INR	1,38	
	Potasio	3.85	NORMAL
	Sodio	126	HIPONATREMIA
	Cloro	92	HIPOCLOREMIA
	RPR	REACTIVO 4 DIL	REACTIVO
	PUNCIÓN LUMBAR	Aspecto: Incoloro Color: Agua roca Ph: 8 Glucosa: 48 md/dl Proteínas: 108	HIPERPROTEINORRAQUIA

		mg/dl LDH: 36 u/L Leucos: 0 Neu: 0 Linf: 0 Mono: 0 Glóbulos Rojos: 0 Gram: No se observa flora bacteriana.	
	CULTIVO LCR	<b>TIEMPO INCUBACION</b> : 72 HORAS	NEGATIVO PARA BACTERIAS
<b>05/09/2018</b>			
	RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR <b>RMN</b>		Hemisferio izquierdo con áreas de evidente edema citotóxico, otras con edema vasogénico, en los diagnósticos diferenciales se incluye <b>NEUROSIFILIS CON COMPROMISO MENINGOVASCULAR</b> y compromiso citotóxico secundario (vasculitis secundaria), Encefalitis viral.
	ANGIOGRAFÍA CEREBRAL		Hallazgos angiograficos sugerentes de vasculitis en territorio de vasos arteriales corticales M3 del lado izquierdo
	SEROLOGÍA LCR	Reactivo en 2 diluciones	REACTIVO.

#### ANEXO 4 FORMATO DE ENTREVISTA

1. ¿Cómo iniciaron los síntomas?	
2. ¿Por qué decidieron llevarlo a consultar?	
3. ¿Durante la estancia en el hospital, que tipo de sintomatología sentía?	
4. ¿En algún momento supo que tenía Sífilis?	
5. ¿Cómo ha sido la evolución desde la salida del hospital?	
6. ¿Qué cambios ha presentado desde que se dio manejo para la enfermedad?	
7. ¿Cómo ha manejado la enfermedad en casa?	
8. ¿Qué cosas han cambiado con respecto a cómo se encontraba antes del diagnóstico? - ¿Ha tenido evolución de las secuelas? - ¿Cuenta con apoyo familiar? - ¿Cómo está su vida laboral?	
9. ¿Con quién vive actualmente?	
10. ¿Qué actividades que antes realizaba, ahora ya no?	

## ANEXO 5 **FORMATO DE CHEQUEO PARA REALIZAR EL REPORTE DE CASO (CARE)**

### Lista de chequeo de la guía del grupo Case Reports (CARE)

Número del ítem	Ítem	Descripción
1	Título	Las palabras "reporte de caso" deben aparecer en el título al mismo tiempo que el acto clínico de mayor interés. Ejemplo: Síntomas, diagnóstico, tratamiento
2	Palabras clave	Dos a cinco palabras
3	Resumen	Debe contener una introducción donde se explique lo que el reporte de caso añade o ilustra a lo conocido, presentación del caso con los principales síntomas y hallazgos clínicos, diagnóstico y terapéutica y los principales resultados
4	Introducción	Breve resumen de los antecedentes referenciados con la literatura médica relevante
5	Antecedentes	Información demográfica, principales síntomas y signos del paciente, historia médica, familiar y sicosocial que incluya dieta, estilo de vida e información genética cuando sea posible y detalle de las co-morbididades
6	Hallazgos clínicos	Hallazgos relevantes al examen físico
7	Calendario (Cronología)	En una tabla describir los eventos importantes y los tiempos de la evolución del paciente
8	Evaluación diagnóstica	Métodos diagnósticos empleados, su justificación, diagnóstico diferencial
9	Intervención terapéutica	Tipos de intervención empleadas. Ejemplo: farmacológica, quirúrgica, preventiva y de auto cuidado; formas de administración de la intervención como: Dosis, vías, duración); cambios de intervenciones
10	Seguimiento y resultados	Resumen del curso clínico y del seguimiento, resultados de las pruebas usadas en el seguimiento, adherencia y tolerancia a la intervención, eventos adversos o imprevistos
11	Discusión	Fortalezas y limitaciones del manejo del caso, literatura médica relevante, justificación de las conclusiones y lecciones que aporta ese reporte
12	Perspectiva del paciente	El paciente debe compartir su perspectiva o experiencia cuando sea posible
13	Consentimiento informado	Cuando sea posible contar con el consentimiento del paciente o de la institución

Tomado de: Delgado M. Nuevas guías para reportes de caso. Revista Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. 2013;15(3).

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization/Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (WHO/TDR/SDI/06.1). The Use of Rapid Syphilis Tests. TDR/SDI/2006.
2. Herring AJ, Ballard RC, Pope V, Adegbola RA, Changalucha J, *et al.* A multi-centre evaluation of nine rapid, point of care syphilis test using archived sera. *Sex Transm Infect.* 2006;82(Suppl.V):7-12.
3. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004. 80(3):174–182.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744836/>
4. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2003.  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos20REPRODUCTIVA.pdf>
5. Holland BA, Perrett LV, Mills CM. Meningovascular syphilis: CT and MR findings. *Radiology* 1986; 158: 439–442.
6. Workowski KA, Bergman S. Sexually transmitted diseases guidelines 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59: 1–110.
7. Artal C. Infections of the spinal cord. In: Garcia MJC, editor *CNS infections: a clinical approach*. London: Springer-Verlag; 2014. p. 181–210.
8. Estrada S, Guevara J, Gallego M. El laboratorio en el diagnóstico de sífilis. *Medicina y Laboratorio*. 1998;8:191-208.
9. Larsen SA, Stainer B, Rudolph A. Laboratory diagnosis and test for syphilis. *Clinical Microbiol Rev.* 1995;8:1-17.
10. Wiener Laboratorios S.A.I.C . V.D.R.L. test. Suspensión antigénica estabilizada para realizar la prueba VDRL modificada (USR) de detección de sífilis. Wiener Laboratorios S.A.I.C. Rosario – Argentina. 2000. [http://www.wiener-lab.com.ar/VademecumDocumentos/Vademecumvdrl\\_test\\_sp.pdf](http://www.wiener-lab.com.ar/VademecumDocumentos/Vademecumvdrl_test_sp.pdf)
11. Storm-Mathisen A. Syphilis. In: Vinken PJ, Klawans HL, eds. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 33. North- Holland Publishing Company, 1978: 337–394.
12. Gürses C, Bilgiç B, Topçular B, *et al.* Clinical and magnetic resonance imaging findings of HIV-negative patients with neurosyphilis. *J Neurol* 2007; 254: 368–374.
13. Peng F, Hu X, Zhong X, *et al.* CT and MRI finding HIV-negative neurosyphilis. *Eur J Radiol* 2008; 66: 1–6.
14. Zifko U, Wimberger D, Lindner K, *et al.* MRI in patients with general paresis. *Neuroradiology* 1996; 38: 120–123.
15. Epstein SE, Zhu JH, Najafi AH, *et al.* Insights into the role of infection in atherogenesis and in plaque rupture. *Circulation* 2009;119:3133–U3160.
16. GREITZ, T., AND LINDGREN, E.: *Cerebral Angiography*. [In] *Angiography*, edited by H. L. Abrams. Boston, Little, Brown & Co., 1961
17. SUTTON, D.: *Arteriography*. Baltimore. The Williams & Wilkins Co., 1962.
18. Cordato DJ, Djekic S, Taneja SR, *et al.* Prevalence of positive syphilis serology and meningovascular neurosyphilis in patients admitted with stroke and TIA from a culturally diverse population (2005-09). *J Clin Neurosci* 2013;20:943–7.

19. Garg A. Vascular brain pathologies. *Neuroimaging Clin N Am* 2011;21(4):897–926, ix.
20. Siva A, Saip S. The spectrum of nervous system involvement in Behçet's syndrome and its differential diagnosis. *J Neurol* 2009;256(4):513–529.
21. O'Donnell J, Emery C. Neurosyphilis: A Current Review. *Current Infectious Disease Reports* 2005; 7: 277-284.
22. Berger JR, Dean D. Neurosyphilis. *Handb Clin Neurol*. 2014;121:1461–1472.
23. Nagel MA, Gilden D. Neurological complications of VZV reactivation. *Curr Opin Neurol*. 2014;27:356–360.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *Morb Mortal Weekly Rep* 2002; 51:18-25, 28-30.
25. Nagel MA, Gilden D. Neurological complications of VZV reactivation. *Curr Opin Neurol*. 2014;27:356–360.