

HIPOFISITIS SIFILÍTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Zerboni S^{1*}, Duran V¹, Temporiti E¹, Herrera F¹, Gagliardi M^{1,2}, García Falcone G², Bonvehí P¹.
¹ Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC. ² Departamento de Medicina, CEMIC

INTRODUCCIÓN

La incidencia de sífilis se encuentra en aumento a nivel mundial. La neurosífilis (NS) puede manifestarse en distintos estadios de la enfermedad, siendo la hipofisitis una presentación muy infrecuente.

RESUMEN CLÍNICO

Hombre de 69 años sin antecedentes que consultó por síncope postmiccional asociado a cefalea holocraneana y acúfenos de 1 semana de evolución. Un mes antes había presentado registros febriles vespertinos intermitentes con sudoración nocturna profusa, astenia, pérdida de 6 kg de peso, odinofagia y lesiones cutáneas no pruriginosas en miembros y dorso. Al ingreso presentaba ortostatismo, somnolencia y confusión. Sin déficit neurológico, con rigidez de nuca. Fondo de ojo normal. Lesiones papulares eritemato-escamosas no pruriginosas en miembros, sin lesiones palmoplantares o mucosas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS



El laboratorio evidenció anemia leve, recuento leucocitario normal, natremia 130mEq/L, glucemia 104mg/dL, FAL 216UI/L, VSG>120 y PCR 5.8. La TC de cerebro sin contraste no demostró lesiones ni signos de hipertensión endocraneana. La punción lumbar presentó presión de apertura normal, fisicoquímico de LCR claro, **proteínorrea 1.28g/L, glucorraquia 35mg/dL, 40 células (60% neutrófilos)**. Tinciones de Gram, Ziehl-Neelsen y tinta china, antigenorraquia para *C. neoformans* negativos. Se solicitó cultivo para gérmenes comunes, micológico, BAAR, PCR para HSV, VDRL en sangre y LCR y serología para HIV.

Se inició tratamiento con aciclovir, ampicilina y ceftriaxona. **A las 24 hs se obtuvo VDRL plasmática positiva con título 1/512 y en LCR, 1/8.** Resto de estudios negativos. Se rotó tratamiento a penicilina G sódica 24 millones de UI/día.

Se solicitaron cortisol y perfil tiroideo, siendo todos los resultados inferiores al rango normal. En la RM de cerebro y región selar se observó hipofísis de forma normal con áreas de realce no homogéneo en parénquima tras la inyección de contraste. Se inició suplementación con levotiroxina e hidrotisona, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La neuroinvasión por *Treponema pallidum* se presenta en los estadios iniciales de la primoinfección. Sin embargo, se produce su eliminación del sistema nervioso central en un 80% de los casos. Del 20% restante, hasta un 6% puede presentar meningitis temprana, manifestada generalmente dentro del año de la infección. **El compromiso hipofisario sintomático es raro** y sus manifestaciones clínicas comprenden desde cefalea intensa hasta compromiso funcional glandular (hipopituitarismo).

El diagnóstico de NS es dificultoso debido a la baja sospecha etiológica y a la poca sensibilidad de las pruebas confirmatorias. Una **VDRL positiva en LCR** en cualquier estadio de la sífilis confirma el diagnóstico; no obstante, la **sensibilidad es de hasta un 50%**.

La administración de penicilina G sódica endovenosa por 10 a 14 días continúa siendo el tratamiento de elección. Se recomienda nueva punción lumbar a los 6 meses de tratamiento con indicación de retratamiento si persistiera la hiperproteínorrea o pleocitosis.

CONCLUSIÓN

La NS debería considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de meningitis y compromiso hipofisario, aun en pacientes inmunocompetentes.