



Clínica cotidiana

Tras la pista de un deterioro cognitivo

Iris Rivadeneira Queiruga^{a,*}, Patricia María Pita de Navasqües^b, Amandine Poupar^c

^aCentro de Salud Perillo. Oleiros, A Coruña, Galicia. ^bCentro de Salud Acea de Ama. Culleredo, A Coruña, Galicia.

^cCentro de Salud Portádego. Culleredo, A Coruña, Galicia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Sífilis

Deterioro cognitivo

Infecciones de transmisión sexual

Adultos mayores

Keywords:

Syphilis

Cognitive impairment

Sexually transmitted infections

Older adults

R E S U M E N

Se presenta el caso de una paciente con sospecha de deterioro cognitivo incipiente, en el cual, durante el protocolo de despistaje realizado desde atención primaria, se diagnosticó incidentalmente una sífilis latente tardía.

La sífilis es una infección de transmisión sexual que, de no ser detectada y tratada, puede evolucionar de forma tardía a neurosífilis y dejar secuelas graves. Aunque en la actualidad constituye una causa infrecuente de demencia en nuestro medio, debido a su potencial gravedad y al tratamiento disponible, en todo paciente con sospecha de deterioro cognitivo, debe descartarse esta entidad.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

On the trail of cognitive decline

A B S T R A C T

We present the case of a patient with suspected early cognitive impairment in whom, during the screening protocol carried out in Primary Care, late latent syphilis was incidentally diagnosed.

Syphilis is a sexually transmitted infection that, if not detected and treated, may progress in later stages to neurosyphilis and result in severe sequelae. Although it is currently an uncommon cause of dementia in our setting, given its potential severity and the availability of effective treatment, this condition should be ruled out in all patients with suspected cognitive impairment.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iris.rivadeneira.queiruga@sergas.es (I. Rivadeneira Queiruga).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.106>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Mujer de 76 años con antecedentes personales de dislipemia, temblor estudiado por Neurología como esencial, artrosis y síndrome ansioso-depresivo. Niega hábitos tóxicos y sigue tratamiento diario con sertralina y tramadol/paracetamol. Consulta a su médico de atención primaria por despistes progresivos desde hace meses, que describe como “voy a hacer algo y me olvido de lo que iba a hacer”. No refiere alteraciones conductuales mayores, desorientación ni trastornos del lenguaje.

En la exploración física, incluida la neurológica completa, únicamente destaca el temblor esencial ya conocido. Se realiza un Test de Alteración de Memoria (T@M), obteniendo una puntuación total de 34 puntos (8, 4, 8, 5, 9). Ante la sospecha de deterioro cognitivo leve, se solicita una batería de pruebas complementarias.

La analítica sanguínea muestra persistencia de dislipemia (colesterol total 231 mg/dl, HDL 41 mg/dl, LDL 156 mg/dl), hipertrigliceridemia (170 mg/dl) y folicopenia (2,5 ng/ml), no conocida previamente. La serología revela anticuerpos totales frente a *Treponema pallidum* positivos con prueba confirmatoria también positiva, siendo negativos tanto el antígeno p24 de HIV-1 como los anticuerpos totales anti-HIV1/2.

Se completa el estudio con una TC craneal preferente, informada como “envejecimiento difuso sin hallazgos intracraneales de interés para la edad de la paciente”. Tras los resultados, se inicia suplementación con ácido fólico y se solicita e-consulta a Medicina Interna (Enfermedades Infecciosas) para valoración de la serología y orientación diagnóstica.

El Servicio de Enfermedades Infecciosas descarta que el cuadro clínico y cognitivo sea compatible con neurosífilis, así que finalmente se emite como juicio clínico “sífilis tratada versus sífilis latente tardía”. La paciente niega antecedentes de sífilis conocidos, por lo que se establece como diagnóstico definitivo sífilis latente tardía. Se pauta tratamiento con benzilpenicilina benzatina 2,4 millones de unidades, 1 vial intramuscular semanal durante 3 semanas.

Evolutivamente, la paciente presenta buena tolerancia al tratamiento, manteniéndose seguimiento clínico en atención primaria e Infecciosas para control serológico y reevaluación cognitiva.

Comentario

El estudio del deterioro cognitivo en atención primaria (tabla 1) debe ser sistemático y reproducible, incluyendo pruebas analíticas, determinación de vitaminas, función tiroidea, serologías (VIH y sífilis), test cognitivo y neuroimagen básica^{1,2}. Esta aproximación permite identificar tanto causas potencialmente reversibles como hallazgos clínicamente relevantes, incluso cuando no explican la sintomatología del paciente.

En el caso presentado, la paciente no presentaba deterioro cognitivo objetivo según la puntuación del T@M, ni alteraciones significativas en la neuroimagen, por lo que sus quejas se interpretaron como subjetivas, un fenómeno frecuente en población envejecida³. No obstante, gracias al protocolo estándar se detectó una serología luética positiva, un hallazgo relevante aunque ajeno al motivo de consulta.

Aunque la sífilis es actualmente una causa minoritaria de deterioro cognitivo, su prevalencia ha mostrado fluctuaciones

Tabla 1 – Estudio inicial recomendado del deterioro cognitivo en atención primaria^{1,2}

Área	Prueba recomendada	Objetivo clínico
Análítica básica	Hemograma, bioquímica, función renal y hepática	Identificar causas médicas reversibles
Vitaminas	Vitamina B12, ácido fólico	Detectar déficits tratables
Endocrinología	TSH, T4L	Identificar hipotiroidismo
Serologías	VIH, sífilis	Detectar infecciones de transmisión sexual relevantes en clínica cognitiva
Test cognitivo	T@M, MMSE, MoCA	Medir deterioro cognitivo objetivo
Neuroimagen	TC craneal	Excluir lesiones estructurales significativas

Fuente: Elaboración propia

en Europa durante la última década⁴. Continúan diagnosticándose casos en personas mayores, frecuentemente por infecciones antiguas no tratadas.

La sífilis progresa en fases: primaria, secundaria, latente y terciaria. A su vez la sífilis latente se subdivide en precoz y tardía en función del tiempo de evolución tras la infección, estableciéndose el límite entre ambas en un año. Además también se considera tardía en el caso de desconocerse dicho tiempo de evolución. Por otro lado, en el contexto de una sífilis terciaria, puede desarrollarse neurosífilis, caracterizada por déficits cognitivos, alteraciones conductuales, trastornos psiquiátricos y signos neurológicos como ataxia o afectación sensitiva⁵. La neurosífilis puede desarrollarse años o incluso décadas después de la infección inicial, incluso sin antecedentes conocidos de lesiones cutáneas o síntomas previos^{5,6}. Esto justifica mantener un umbral bajo para solicitar serología luética en la evaluación de pacientes con sospecha de deterioro cognitivo, dado que una fracción de casos puede ser tratable.

La sífilis latente tardía, diagnóstico final en esta paciente tras descartarse la neurosífilis (tabla 2), no explicaba los despistes subjetivos de la paciente, aunque su detección permitió instaurar un tratamiento eficaz, evitando progresión futura. La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección y su eficacia está ampliamente demostrada^{7,8}.

Este caso subraya la relevancia del papel de la atención primaria en la detección precoz tanto de causas de deterioro cognitivo como de hallazgos coexistentes clínicamente importantes. La sistematización en el despistaje no solo permite identificar etiologías reversibles, sino también mejorar el pronóstico global del paciente, incluso cuando los hallazgos no guardan relación directa con los síntomas iniciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 2 – Diferencias entre sífilis latente tardía y neurosífilis^{4,7,8}

Característica	Sífilis latente tardía	Neurosífilis
Clínica	Asintomática	Deterioro cognitivo, trastornos conductuales y síntomas neurológicos
Contagio	No contagiosa	No contagiosa
LCR	Normal	VDRL positivo, proteínas elevadas, pleocitosis
Relación con deterioro cognitivo	No lo produce	Puede causar demencia potencialmente reversible
Tratamiento	Penicilina benzatina intramuscular semanal × 3	Penicilina G intravenosa 10-14 días
Pronóstico	Excelente	Variable según demora diagnóstica

Fuente: *Elaboración propia*

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de práctica clínica para el manejo del deterioro cognitivo en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2022.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Procedimientos Diagnóstico-Terapéuticos en Atención Primaria: Deterioro Cognitivo. Madrid: SEMG; 2021.
- Galvin JE, Sadowsky CH. Practical guidelines for the early recognition of dementia. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(3):367-82.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. Annual epidemiological report 2023.
- Marra CM. Neurosyphilis. *Continuum (Minneapolis).* 2015;21(6):1714-28.
- Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potocnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35:574-88.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1-187.
- Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17073.