

Reporte de Caso

Revisión de casos de sífilis con afectación ocular como primera manifestación

Glenda Espinosa-Barberi,^{1,*} David Viera Peláez,¹ Miguel Ángel Reyes Rodríguez.¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Rev Panam Enf Inf 2018; 1(1):42-45.

Recibido 1 Diciembre 2017 – Aceptado 4 Septiembre 2018.

Copyright © 2018 Espinosa-Barberi et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumen

Objetivo: Describir nuestra práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis con afectación ocular. Material y métodos: Estudio retrospectivo de 4 pacientes con sífilis y afectación ocular. Se estudiaron historias clínicas, tratamiento y respuesta al mismo. Resultados: El síntoma oftalmológico más frecuente fue la visión borrosa y el signo la papilitis. La serología fue positiva para *Treponema pallidum* y el estudio del líquido cefalorraquídeo normal, por lo que se llegó al diagnóstico de sífilis secundaria. Todos recibieron tratamiento sistémico con antibióticos y corticoides, evolucionando hacia la mejoría visual. Conclusiones: La sífilis ocular, independientemente de la estructura que afecte, debe ser tratada como una neurosífilis, y por su relación a ser descartada como en nuestros casos. La aproximación diagnóstica se basó en la clínica, antecedentes personales y exploraciones realizadas, confirmándose mediante la serología.

Palabras Clave: sífilis, neuritis óptica, maculopatía placoide, uveítis, *Treponema pallidum*.

Review of cases of syphilis with ocular involvement as the first manifestation

Abstract

Purpose: To describe our clinical practice in the diagnosis and treatment of syphilis with ocular involvement. Material and methods: Retrospective study of 4 patients with syphilis and ocular involvement. Clinical histories, treatment and response were studied. Results: The most frequent ophthalmological symptom was blurred vision and the sign was papillitis. The serology was positive for *Treponema pallidum* and the study of the cerebrospinal fluid was normal, so that the diagnosis of secondary syphilis was reached. All received systemic treatment with antibiotics and corticosteroids, with visual improvement. Conclusions: Ocular syphilis, regardless of the structure that affects it, should be treated as a neurosyphilis, and because its relationship has been ruled out as in our cases. The diagnostic approach was based on the clinical, personal history and explorations performed, being confirmed by the serology.

Key words: syphilis, optic neuritis, placoid maculopathy, uveitis, *Treponema pallidum*.

Introducción

La sífilis es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum* [1], que se caracteriza por un periodo de incubación largo seguido por unos periodos de enfermedad activa y latencia. A nivel mundial se reportan 12 millones de casos nuevos al año [2], mientras que en España la incidencia es de 7,89 casos/100.000 habitantes al año, habiéndose duplicado entre 2006-2012, siendo más frecuentes en varones y pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) [3].

Las manifestaciones oculares son infrecuentes, ya que sólo se presentan en el 5-10 % de los casos [4]. Son múltiples las estructuras comprometidas y diversas las manifestaciones clínicas, pero la presentación típica, en individuos coinfectados o no por VIH, es una uveítis anterior leve y asintomática [5].

El incremento en el número de brotes que se ha producido en esta década ha generado un aumento en los

casos atípicos con afectación neurológica y oftalmológica, por lo que son manifestaciones que deben conocerse.

Se presentan el estudio descriptivo de 4 pacientes inmunocompetentes diagnosticados y tratados de sífilis durante el año 2016, cuyas manifestaciones oculares indicaron el punto de partida para el diagnóstico y estudio de la infección.

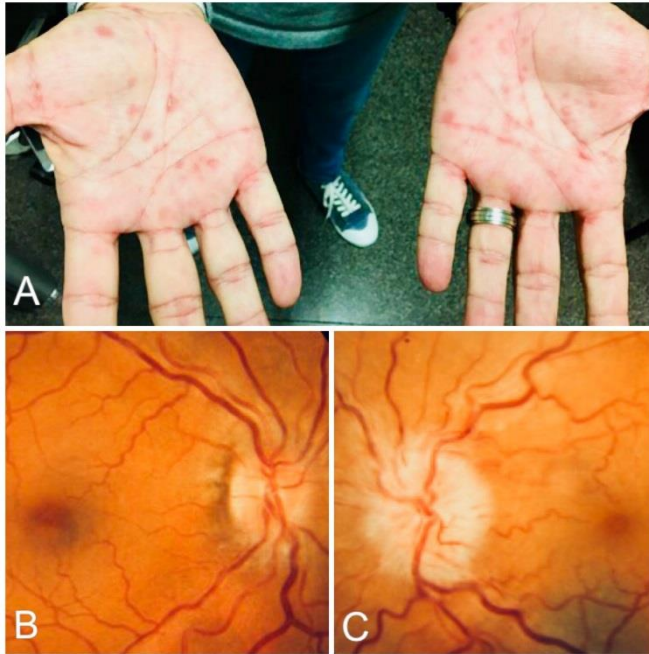
Reporte de Casos

Caso 1

Varón de 44 años con visión borrosa en ojo izquierdo (OI) de semanas de evolución. Está en tratamiento con corticoides tópicos por psoriasis y refiere promiscuidad homosexual activa y pasiva, así como consumo de tóxicos de manera ocasional.

A la exploración física se aprecia eritema palmo-plantar no pruriginoso (Fig.1A).

Figura 1. A. Lesiones palmares eritematosas con pápulas y vesículas correspondientes a clavos sífilíticos. B-C. Retinografías a la primera exploración oftalmológica. Existe borrosidad del borde nasal de papila de ojo derecho y edema establecido en el izquierdo.



El examen oftalmológico mostró una pupila de Marcus Gunn y escotoma altitudinal inferior en OI. La agudeza visual (AV) era de 20/20 en ojo derecho (OD) y 20/50 en el OI. El segmento anterior era normal con una presión intraocular (PIO) de 12 mm Hg en ambos ojos (AO). El examen fundoscópico (FO) mostraba borrosidad nasal en la papila del OD y edema papilar establecido en el OI (Fig. 1B-C). La serología fue positiva para *Treponema pallidum* (RPR=1/2) y negativa para VIH. El estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) y la resonancia magnética (RM) fueron normales, por lo que se llegó al diagnóstico de sífilis secundaria con neuritis óptica bilateral.

Se inicia tratamiento sistémico con penicilina G sódica 24 millones UI durante 14 días y metilprednisolona 1 gr/día durante 5 días.

En el último control (un año después) presenta una AV de la unidad en ambos ojos y el FO muestra unas papilas bien definidas, con atrofia peripapilar del OI.

Caso 2

Varón de 56 años, sin antecedentes mórbidos, con visión borrosa en su OD. Comenta cuadro pseudogripal semanas previas. No refiere historia de viajes recientes, hábitos tóxicos, mascotas ni relaciones sexuales de riesgo. La exploración sistémica fue normal.

A la exploración oftalmológica presenta una AV de 20/32 en el OD y 20/20 en el OI, el segmento anterior y los reflejos pupilares fueron normales con una PIO de 17 mm Hg en AO. El FO muestra edema de papila con hemorragias en astilla. Se solicita analítica y serología infecciosa, que resulta positiva para *Treponema pallidum* y negativa para VIH. El estudio del LCR y la RM fueron normales. Se inicia tratamiento intramuscular (IM) de manera ambulatoria con penicilina procaína 2,4 millones UI/ día asociada a probenecid 2 gr/día durante 14 días.

La evolución es favorable, con mejoría de la AV hacia la unidad. El examen de FO post-tratamiento muestra papilas definidas y atrofia nasal del nervio óptico del OD.

Caso 3

Paciente masculino de 38 años, con visión borrosa en OD de una semana de evolución acompañando de cuadro de odinofagia. Refiere parálisis facial periférica tratada con corticoides orales. Comenta relaciones sexuales de riesgo y no hábitos tóxicos. A la exploración presentaba rash cutáneo en abdomen y lesiones eritematosas circulares en glante y escroto, así como placas blanquecinas en paladar duro.

La exploración oftalmológica mostró una AV de 20/63 en OD y 20/20 en OI. El examen de las pupilas y el segmento anterior fueron normales. En el FO del OD existía edema de papila incipiente. La serología fue positiva para sífilis (RPR=1/32) y negativa para VIH. El estudio del LCR y la RM fueron normales. El estudio uretral y faríngeo fue positivo para *Chlamydia trachomatis*.

Se inicia tratamiento hospitalario con penicilina según pautas asociada a doxiciclina 100 mg c/ 12 h durante 7 días, evolucionando hacia una mejoría franca tanto de la AV (OD = 20/20) como fundoscópica.

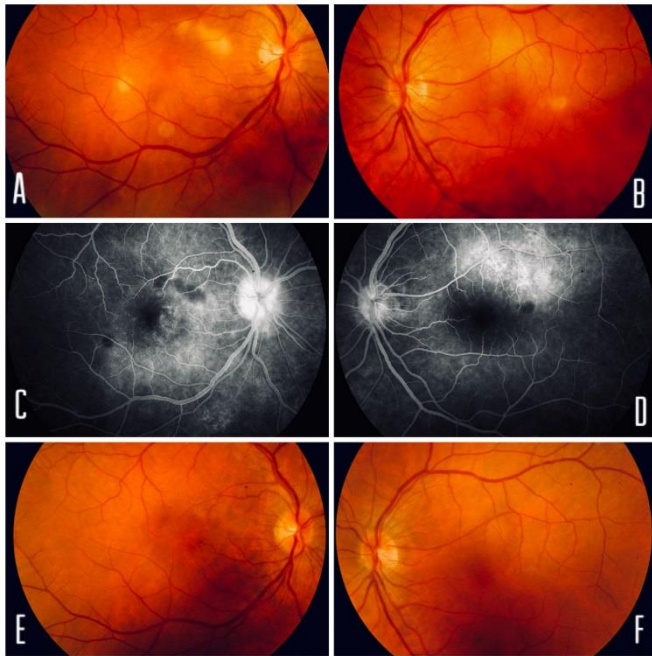
Caso 4

Varón de 49 años, sin antecedentes mórbidos, con disminución brusca y persistente de la AV de dos días de evolución, sin otra sintomatología acompañante. No refiere viajes recientes, hábitos tóxicos ni relaciones sexuales de riesgo.

La exploración sistémica fue anodina y los reflejos pupilares normales. La AV es de 20/63 en OD y 20/20 en el OI. La exploración del segmento anterior muestra tyndall ++/+++ en OD. La PIO es de 10 mm Hg en OD y 12 mm Hg en OI.

A la exploración del FO no presentaba vitritis, pero destacaban unas placas blanco-amarillentas perimaculares en AO (Fig. 2A-B).

Figura 2. A-B. Retinografías al inicio del cuadro oftalmológico. Se aprecian placas blanco-amarillentas paramaculares en ambos ojos que en el ojo derecho afectan a la región central. C-D. Angiografía con fluoresceína inicial en tiempos tardíos. Lesiones mal delimitadas que muestran una hiperfluorescencia precoz que se mantiene en tiempos tardíos. E-F. Retinografías al mes de haber culminado el tratamiento antibiótico. Resolución de los focos inflamatorios y normalización del polo posterior dejando en el ojo derecho lesión cicatricial hiperpigmentada.



La tomografía de coherencia óptica muestra un cúmulo de material subretiniano hiperreflectante y alteración de capas externas, que en el OD afectaba a la región macular. En la autofluorescencia dichas placas muestran una hipofluorescencia. A la angiografía con fluoresceína estas presentaban una hiperfluorescencia precoz y mantenida (Fig. 2C-D), además de revelar la existencia de otras en periferia.

La serología resulta positiva para *Treponema pallidum* (RPR=1/64) y negativo para VIH. A la punción lumbar se obtiene un líquido claro, leucocitos 40 cel/mcL (98 % mononucleares), glucosa 60 mg/dL, proteínas totales 44.7 mg/dL y VDRL negativo. Se inicia tratamiento hospitalario con penicilina según pauta y dacortin 30 mg/día. En el seguimiento post-alta presenta AV de 20/20 en AO y desaparición funduscópica de las lesiones focales inflamatorias, así como del edema perimacular (Fig. 2E-F).

Discusión

La sífilis es una enfermedad compleja y crónica producida de transmisión sexual [1], en la que debido a la presencia de una espiroqueta, se generan múltiples

respuestas inflamatorias causantes de las manifestaciones que le otorgan el nombre de “gran simuladora”.

Clínicamente se pueden identificar seis etapas: incubación, primaria, secundaria, latente, terciaria y cuaternaria [6]. La sífilis secundaria se caracteriza por la presencia de manifestaciones cutáneas, constitucionales, oculares, como en los casos expuestos y hasta en un 40% de los casos, afectación precoz del SNC. Este constituye el período más florido de la enfermedad y resulta de la diseminación de las espiroquetas a los diferentes tejidos [7].

Todos nuestros pacientes fueron hombres, con edades comprendidas entre 38 y 56, la pérdida de visión unilateral fue el motivo de consulta principal. Dos de ellos comentaban relaciones sexuales de riesgo, siendo sólo el primero homosexual.

El compromiso ocular de la sífilis es poco frecuente en general y la forma más frecuente de presentación es a través de una uveítis anterior unilateral asintomática, sienten las neuritis ópticas, como en nuestros tres primeros pacientes, formas extremadamente raras [4,5]. La coriorretinitis placóide posterior aguda presentada en el último caso, constituye una manifestación ocular descrita recientemente y extremadamente rara en pacientes inmunocompetentes, que se caracteriza por la aparición de estas lesiones placóides amarillentas, de disposición macular, que representan un gran compromiso visual [8]. Este paciente fue el único con uveítis anterior.

El diagnóstico se realizó en base a la clínica, siendo confirmado mediante las pruebas treponémicas. En todos se descartó la coinfección por VIH, que de estar presente sería un factor agravante para el pronóstico de los pacientes y explicaría la presencia de manifestaciones tan inusuales.

Debido a la estrecha relación de la neurosífilis con las afectaciones oculares [9], se debe realizar a todos los pacientes una punción lumbar, por lo que en nuestros pacientes el estudio urgente del LCR estuvo justificado. La pauta de tratamiento recomendada para la sífilis ocular es la de la neurosífilis, ya que se ha determinado que, aunque la VDRL del LCR sea negativa, la afectación ocular puede acompañar la del sistema nervioso central (SNC). El régimen seguido en tres casos fue la penicilina G sódica a dosis de 4 millones UI cada 4 horas durante 14 días, con la posterior aplicación de 3 dosis semanales de penicilina benzatina IM. En el segundo paciente se utilizó la alternativa ambulatoria con penicilina procaína IM 2,4 millones UI/ día asociada a probenecid 2 gr/día durante 14 días [10], obteniendo buenos resultados.

La evolución de todos los casos fue hacia la mejoría visual consiguiendo agudezas de 20/20, con normalización del fondo.

Como conclusión, se puede decir que la sífilis es una enfermedad potencialmente grave, cuya prevalencia ha ido aumentando poco a poco en la última década, y con ello las manifestaciones atípicas.

Es una patología a considerar, aunque su frecuencia sea baja, en casos de compromiso ocular, sobre todo si existen indicios de afectación cutánea o ante la existencia de afectación visual en pacientes coinfectados por VIH.

El protocolo terapéutico, tal y como se puede apreciar, es el mismo que si existiera una afectación del SNC, siendo efectivo y como en los casos reportados, con buenos resultados visuales y morfológicos si se actúa precozmente.

Referencias

1. Sparling PF. Natural history of syphilis. In: Holmes KK, Mardth PA. Sparling PF, et al, editors. Sexually transmitted disease. 2 ed. New York: Mc-Graw-Hill; 1990. p. 213-19.
2. Hook EW 3rd, Peeling RW. Syphilis control: a continuing challenge. *N Engl J Med*. 2004; 351:122–24.
3. Eldiario.es. El sexo sin protección duplica los casos de sífilis y gonorrea en seis años. <http://www.eldiario.es/sociedad/casos-sifilis-gonorrea-duplican-anos0351015341.html>; 2015 (consultada 18.10.2017).
4. Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006; 17: 562-6.
5. Tramont E. *Treponema pallidum* (Syphilis). En: Mandel GI, Bennett JE, Dolin R, editores. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles of Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone; 2005. p. 2768-683.
6. Mandell L, Dolin R, Bennett E. *Enfermedades Infecciosas*. 5 ed. Panamericana; 2002, p. 3005-23.
7. Finelli L, Lcvinc WC, Valentine J, St Louis ME. Syphilis outbreak assesment. *Scx Transm Dis*. 2001; 28: 131-5.
8. Eandi CM, Neri P, Adelman RA, Yannuzzi LA, Cunningham ET. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis: Report of a case series and comprehensive review of the literature. *Retina*. 2012; 32: 1915-41.
9. Conde-Sendín MA, Amela-Peris R, Aladro-Benito Y, Maroto AA. Current clinical spectrum of neurosyphilis in immunocompetent patients. *Eur Neurol*. 2004; 52: 29-35.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*. 2002; 51:18-24.

Autor Corresponsal: Glenda Espinosa-Barberi. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología. Barranco la Ballena, s/n, 35010, Las Palmas de Gran Canaria, España. Teléfono: 0034659721635. E-mail: glenda_eb@hotmail.com

Conflictos de Interés: Ninguno declarado.