

CASOS CLÍNICOS

Sífilis secundaria con compromiso ocular

Secondary syphilis with ocular manifestation

Miguel Allevato¹, Paola Julién², Hugo Cabrera³.

RESUMEN

La manifestación ocular en la sífilis es infrecuente y puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad. Ha sido reportada en el 5-10% de los casos de sífilis secundaria. La forma más común de presentación es la uveítis. En los pacientes con HIV puede adoptar un curso más agresivo o tener manifestaciones atípicas. Se comunica el caso de un hombre de 39 años, con retinitis necrotizante bilateral aguda asociada a lesiones en mucosa oral y cutáneas palmo-plantares mínimas. Esta forma de presentación con marcado predominio de las manifestaciones oculares y curso agresivo, generó dificultad en el diagnóstico inicial.

Palabras clave: Sífilis; Sífilis ocular; VIH; Retinitis.

SUMMARY

Ocular manifestation is uncommon in Syphilis, and can occur at any stage of the disease. It has been reported in 5-10% of cases of secondary syphilis. The most common finding is uveitis. Patients who have HIV may experience an aggressive course or atypical manifestations. A 39 years old man with acute necrotizing retinitis in both eyes, associated to minimal lesions in oral mucosa and in palms and soles is reported. This rare presentation with predominant ocular manifestations and aggressive course lead to a misdiagnosis initially.

Key words: Syphilis; Ocular syphilis; HIV; Retinitis.

INTRODUCCIÓN

La sífilis ocular ha sido descrita como manifestación extracutánea en todos los estadios de la sífilis. Cualquier estructura ocular puede ser afectada y no existen signos patognomónicos en el examen oftalmológico que permitan diferenciarla de otras etiologías. Al igual que en las manifestaciones cutáneas, a nivel ocular se presenta como la gran imitadora^{1,2}. Se comunica el caso de un paciente con secundarismo sifilítico donde los signos y síntomas oculares predominaron sobre las manifestaciones cutáneo-mucosas, hecho que generó dificultad en el diagnóstico inicial.

CASO CLÍNICO

Hombre de 39 años de edad, con antecedentes de consumo de drogas inhalatorias y conductas sexuales de riesgo. Consulta al Servicio de Oftalmología por dolor ocular y disminución de la agudeza visual, de una semana de evolución. Al examen oftalmológico se evidencia inyección conjuntival y panuveítis bilateral; agudeza visual 8/10 en ojo derecho y 2/10 en el izquierdo; en el fondo de ojo derecho se observa foco blanco grisáceo con retinitis nasal y en el izquierdo intensa vitreítis.

1 Jefe de la División y Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires.

2 Concurrente programática de 3er año, División y Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires.

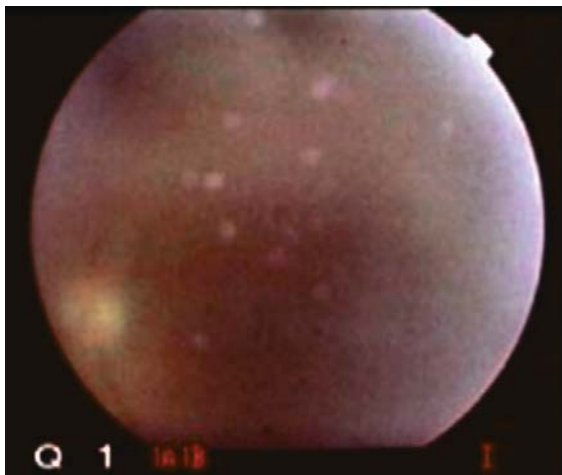
3 Profesor titular de Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires.
Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Correo electrónico: catedradermatologia@hotmail.com

Con diagnóstico de necrosis retiniana bilateral aguda de probable etiología herpética es internado en Clínica Médica para inicio de tratamiento endovenoso con aciclovir a dosis de 10mg/kg cada ocho horas. A los cinco días del tratamiento con aciclovir no se observó mejoría del cuadro ocular e incluso se constató mayor deterioro de la agudeza visual, 2/10 en el ojo derecho, visión bulto en el izquierdo, con intensa vitreítis bilateral que impedía la observación del fondo de ojo (Fotografías 1 y 2).



Fotografías 1: Fondo ocular derecho con severa vitreítis.



Fotografías 2: Fondo ocular izquierdo con iguales hallazgos.

Se solicitó interconsulta a Dermatología. Al examen clínico se observó en palma derecha una pequeña placa eritematosa de contornos netos con collarite descamativo de aproximadamente 2cm, y en ambas plantas, placas eritematosas descamativas a predominio de los arcos internos, de un mes de evolución (Fotografías 3 y 4).



Fotografía 3: placa eritematosa y collarite descamativo en palma derecha.



Fotografía 4: compromiso plantar bilateral en los arcos internos.

En paladar duro dos erosiones de 1.5cm de diámetro cubiertas por una membrana blanquecina y en bordes de lengua placas pequeñas blanquecinas (Fotografías 5 y 6).



Fotografía 5: erosiones en paladar duro cubiertas por membrana blanquecina.



Fotografía 6: placas blanquecinas pequeñas en borde la lengua.



Fotografía 8: disminución de la coloración y descamación de arcos plantares.

A la palpación adenopatías inguinales y axilares móviles, indoloras, de 0.5 a 1cm de diámetro. Se solicitaron exámenes complementarios que mostraron: Laboratorio de rutina: VSG 40mm/hora; serologías: VDRL 512 dils, FTA Abs+, VDRL en LCR 16 dils y HIV positiva; herpes simple I, herpes simple II, toxoplasmosis y citomegalovirus fueron positivas pero con títulos no significativos. La carga viral fue de 304 000 y el nivel de CD4 638.

A la histopatología (Dra. M. Juárez) se observó hiperqueratosis, acantosis, elongación de crestas interpapilares, infiltrado mononuclear perivascular y por sectores liquenoide.

El diagnóstico definitivo fue sífilis secundaria con compromiso ocular. El tratamiento consistió en penicilina G sódica 4 millones cada cuatro horas durante 14 días. La respuesta al tratamiento fue adecuada observándose retinitis sin actividad y resolución de las lesiones cutáneas y mucosas (Fotografías 7-10).



Fotografía 9: leve pigmentación en placas residual.



Fotografía 7: mejoría palmar con pigmentación residual sin descamación.



Fotografía 10: lengua libre de lesiones.

La agudeza visual mejoró paulatinamente en ambos ojos, 2/10 en el izquierdo y 4/10 en el derecho. Posterior al alta sufrió como complicación un desprendimiento de retina en ambos ojos requiriendo tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

La sífilis secundaria es el periodo más florido de la infección y resulta de la multiplicación y diseminación de las espiroquetas prácticamente en todos los tejidos. Perdura hasta que se desarrolla una respuesta inmune del huésped que ejerce cierto control sobre las espiroquetas. Las lesiones dermatológicas se presentan 45-60 días después de haber aparecido el chancro inicial. Son diseminadas, múltiples y polimorfas. Se observan en piel, mucosas, faneras y se acompañan de signos y síntomas generales como hepatoesplenomegalia, adenopatías, artralgias, mialgias, además de serología reactiva. Se pueden ver afectados órganos como el riñón (glomérulonefritis, síndrome nefrótico), hígado (hepatitis), sistema osteoarticular (artritis, osteítis) y sistema nervioso central. El compromiso del SNC se ve en el 8 a 40 % de los pacientes durante la espiroquetemia y puede manifestarse como meningitis, con síntomas por afectación ótica como tinnitus, vértigo, o ser asintomático^{1,3}. El compromiso ocular en general se presenta como una uveítis anterior que suele ser leve y asintomática en el 5-10% de los casos².

Se describen en este estadio el compromiso de prácticamente cualquiera de las estructuras oculares (cuadro 1).

Cuadro 1

- Uveítis anterior: Es la más frecuente, unilateral en el 56% de los casos. Pueden observarse nódulos en el iris (iritis "roseata, papulosa y nodosa") que son colecciones de capilares dilatados de distintos tamaños. Los émbolos de treponemas pueden causar tortuosidad y dilatación vascular observándose también como nódulos.
- Uveítis posterior, coriorretinitis.
- Panuveítis.
- Glaucoma.
- Vasculitis con o sin oclusión vascular.
- Oclusión de la vena central de la retina.
- Papilitis.
- Necrosis retinal.
- Coriorretinitis sífilítica placode posterior aguda.
- Conjuntivitis no específica en sífilis secundaria.
- Epiescleritis y escleritis nodular o difusa.
- Catarata.
- Queratitis intersticial difusa o localizada.
- Manifestaciones neuro-oftalmológicas: neuritis óptica, perineuritis.

En pacientes HIV positivos la sífilis es la causa más frecuente de infección bacteriana intraocular. Se presenta como una iridociclitis o inflamación intraocular difusa, neuritis óptica, retinitis^{4,5}. Los diagnósticos diferenciales de retinitis en pacientes HIV son la retinitis por citomegalovirus, que es la causa más frecuente en estadios avanzados del SIDA, y su aparición es casi exclusiva de estadios tardíos de la enfermedad. Compromete preferentemente la retina, en general no provoca enrojecimiento ni dolor, no afecta los medios transparentes en forma significativa y el aspecto oftalmológico es característico con infiltrados granulares blanco-amarillentos con hemorragias.

La toxoplasmosis es, en nuestro medio, la segunda causa de retinitis. Los niveles de CD4 son en general más elevados que en la retinitis por CMV (100 y 200). Se puede presentar con ojo rojo, dolor, y la retinitis es más focal, de aspecto homogéneo y con escasas hemorragias.

Otro diagnóstico diferencial es la retinitis herpética necrotizante que incluye las retinitis producidas por virus de la familia herpes: simple y zoster. La necrosis retiniana aguda (NRA) se manifiesta con ojo rojo y dolor ocular. Se caracteriza por una necrosis de la retina en 360°, arteritis oclusiva e intensa vitreítis⁶. En dos series reportadas de sífilis ocular, se comunican dos casos con características clínicas que llevan a la confusión en el diagnóstico inicial, recibiendo tratamiento para retinitis necrotizante aguda por herpes como en nuestro paciente^{7,8}.

La retinitis sífilítica es menos frecuente que las anteriores, y en estos casos es importante evaluar la presencia de lesiones cutáneo-mucosas que pueden facilitar el diagnóstico. Siempre debe tenerse en cuenta ante un cuadro de retinitis atípica.

Se planteó como diagnóstico diferencial el síndrome de Reiter. Éste puede presentar lesiones cutáneas palmo-plantares ("queratodermia blenorragica"), lesiones mucosas predominantemente en boca, conjuntivitis, y menos frecuente uveítis. La tríada clásica: oligoartritis asimétrica a predominio de miembros inferiores, uretritis y compromiso ocular, y las lesiones palmo-plantares, indistinguibles clínica e histopatológicamente de la psoriasis pustulosa, orientan en el diagnóstico diferencial. Se reporta en la literatura el caso de un paciente VIH positivo con coriorretinitis y queratodermia como única manifestación cutánea semejante a la observada en este síndrome⁹. En nuestro caso no había antecedentes de uretritis, oligoartritis y la biopsia fue compatible con dermatitis psoriasiforme y liquenoide.

El diagnóstico se realiza con la clínica y el laboratorio. El título de la VDRL refleja la actividad sistémica de la enfermedad y es el parámetro de mayor valor para monitorear la respuesta al tratamiento. Debe ser confirmado con pruebas treponémicas como FTA-Abs y MHA-TP.

Los pacientes VIH positivos pueden presentar respuestas serológicas aberrantes, como títulos reaginicos

falsos positivos o crecientes a pesar de la terapéutica adecuada para sífilis; ésto se observa sobre todo en las fases más tempranas de la infección por VIH cuando prevalece el estímulo policlonal de células B. Por el contrario, estos pacientes pueden no llegar a desarrollar una serología positiva debido a una alta carga de antígeno o a un trastorno inmunitario grave en fases tardías de la enfermedad^{1,5}.

La punción lumbar debe realizarse en pacientes con evidencias de compromiso neurológico como síntomas oculares, auditivos, disfunción cognitiva, déficit motor o sensitivo, parálisis de nervios craneales, signos o síntomas de meningitis, etc. La uveítis sifilítica u otras manifestaciones oculares se asocian frecuentemente a neurosífilis¹⁰.

La PCR (reacción en cadena de polimerasa) es útil para formas inusuales o atípicas de inflamación ocular en muestras obtenidas de humor acuoso o humor vítreo^{2,6}.

En nuestro caso el diagnóstico de VIH sumado al compromiso ocular de probable origen luético justificaron la punción lumbar en ausencia de otros síntomas neurológicos. La punción para realizar PCR en humor acuoso o vítreo no fue realizada debido a la necesidad de comienzo inmediato del tratamiento y dificultades económicas del paciente.

La asociación con neurosífilis es frecuente y puede tener un curso más agresivo con progresión más rápida que en pacientes no VIH, justificando una punción lumbar para estudio de LCR. Hay que tener en cuenta que debe solicitarse serología para VIH en todo paciente con sífi-

lis ocular y descartar sífilis ante todo paciente con VIH y compromiso ocular.

El régimen de tratamiento recomendado en los pacientes con sífilis ocular es la penicilina G cristalina endovenosa en dosis de 18 a 24 millones de unidades por día en dosis dividida cada cuatro horas o en infusión continua por 10 a 14 días^{10,11}. Algunos especialistas administran 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica una vez por semana durante tres semanas después de completado el régimen endovenoso. El tratamiento de la sífilis ocular es el mismo incluso sin evidencia de neurosífilis en el LCR. La sífilis ocular puede acompañarse de sífilis en SNC aun con VDRL negativa en el LCR¹¹.

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia y baja frecuencia de compromiso ocular como manifestación extra cutánea de la sífilis. Los casos reportados en publicaciones dermatológicas de sífilis ocular son escasos; esto puede estar relacionado con la baja frecuencia, o a subregistros. Ante pacientes con lesiones cutáneas y compromiso ocular se debe pensar en sífilis, dentro de otros diagnósticos diferenciales. Recordar su asociación con el vih en presentaciones atípicas y de curso más agresivo. Se enfatiza la importancia del tratamiento precoz para disminuir la morbilidad y la necesidad del seguimiento multidisciplinario para evaluar remisión o eventuales recaídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MANDELL L, DOLIN R, BENNETT E. Sífilis. Enfermedades Infecciosas. Quinta edición, Panamericana, 2002. Cap .227. p. 3005-23.
- ROQUE M, FOSTER C. Ocular Manifestations of Syphilis. *www.emedicine.com*. September 2006.
- MARINI M, OXILIA M. Las Enfermedades de Transmisión Sexual en los Tiempos de Sida. Buenos Aires. Marymar SA, 1999. Cap 3. p. 15.
- PASSO M, ROSENBAUN J. Ocular Syphilis in patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Am J Ophthalmol*. 1988;106:1-6.
- CUNNINGHAM E, MARGOLIS T. Ocular Manifestations of HIV Infections. *N Engl J Med*. 1998;339:236-44.
- COLOMBRERO D. Manifestaciones Oculares. En: Lupo S. Clínica y Terapéutica de la Infección por HIV y Sida. Primera ed. Rosario, UNR, 2003. p. 279-283.
- CHAO J, KHURANA R, FAWZI A, HARSHA R. Syphilis: Reemergence of an Old Adversary. *Ophthalmology*. 2006;113:2074-9.
- VELÁZQUEZ A, CORNEJO P, ORTEGA G. Sífilis Ocular y Neurosífilis en pacientes con HIV. Reporte de dos casos con VDRL y FTA Abs séricos negativos al inicio. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 2001;21:49-53.
- RADOLF J, KAPLAN R. Unusual manifestations of secondary syphilis and abnormal humoral immune response to *Treponema pallidum* antigens in homosexual man with asymptomatic human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18:423-8.
- CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*. 2002;51:18-24.
- LEIRO V, BERMEJO A, CASCO R. Consenso Sociedad Argentina de Dermatología. ITS en adultos. Pautas de tratamiento. Junio 2004.