

Sífilis ocular en un paciente VIH

S. Sanz
M. Castany
N. Ibáñez
L. Arias

Servei d'Oftalmologia
Hospital Universitari
de Bellvitge
L'Hospitalet
de Llobregat
Barcelona

Resumen

Presentamos el caso de un paciente varón VIH positivo que consultó por pérdida visual en OD de 3 días de evolución. Había sido diagnosticado y tratado hacía 11 meses de secundarismo luético. El diagnóstico confirmó una afectación ocular por sífilis. En pacientes VIH debemos sospechar dicha etiología ante cualquier síntoma ocular.

Resum

Presentem el cas d'un pacient home VIH positiu que va consultar per pèrdua visual de 3 dies d'evolució a l'OD. Havia estat diagnosticat i tractat feia 11 mesos de secundarisme luètic. El diagnòstic va confirmar l'afectació ocular per sífilis. En pacients VIH positius hem de sospitar aquesta etiologia davant de qualsevol símptoma ocular.

Summary

We report a case of a male patient with visual loss in his right eye 3 days ago. Previous history revealed a secondary stage syphilis treated 11 months ago. The diagnostic confirmed an ocular syphilis. In patients with human immunodeficiency virus infection with ocular findings we should suspect this etiology.

Caso clínico

La infección concomitante por *Treponema Pallidum* y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede alterar el curso natural de la sífilis, así como su respuesta al tratamiento convencional^{1,2}. Las manifestaciones oculares por sífilis suelen aparecer durante el estadio secundario o poco tiempo después, siendo la uveítis la forma de presentación más frecuente³.

Presentamos el caso de un paciente varón de 44 años VIH positivo que consultó por midesopsias y disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 3 días de evolución. Como antecedentes destacaba enfermedad por VIH diagnosticada en 1992, presentando en el momento actual CD4+ 280 y carga viral < 100 en tratamiento con triple terapia y secundarismo luético en enero del 2002 que había

sido tratado de forma correcta con pauta de penicilina.

A la exploración oftalmológica se objetivó AV_{sc} 0,8 en OD y 0,2 en OI, test Ishihara 20/20 en OD y 2/20 en OI y defecto pupilar aferente relativo (DPAR) en el OI. A la biomicroscopia presentaba tyndall vítreo anterior leve en ambos ojos. La fundoscopia mostró una papila hiperémica con borramiento de sus márgenes difusos en OD y nasal en OI (Figura 1a). La angiografía fluoresceínica (AGF) reveló una hiperfluorescencia con fuga de contraste en ambas papilas, así como una tinción de las paredes vasculares venosas de las arcadas temporales superiores de ambos ojos, con fuga de contraste en OI (Figura 1b). El campo visual (CV) no presentaba alteraciones.

Dados los antecedentes del paciente, se realizó consulta al servicio de enfermedades infecciosas, se solicitaron serologías y se inició tratamiento con

Correspondencia:
Silvia Sanz Moreno
Cantàbria, 78
08020 Barcelona

corticoides orales a dosis de 1mg/Kg/día. A la semana, el paciente presentaba AV_{sc} 0,4/0,9 con estenopéico en OD y 0,2/0,7 con estenopéico en OI, test Ishihara 20/20 en OD y 10/20 en OI y defecto pupilar aferente relativo (DPAR) leve en el OI. En el fondo del ojo persistía una ligera hiperemia y borramiento nasal del disco óptico derecho. Aparecieron lesiones periféricas de coriorretinitis multifocal en ambos ojos.

Una semana después, el paciente refirió disminución de AV, siendo de 0,05 en OD y cuenta dedos a 1,5 metros en OI. El fondo de ojo era estable en OD, mientras que en OI se objetivó una intensa vitritis. Las serologías demostraron VDRL positivo a títulos 1/256 y FTA-ABS 4+ positivo para sífilis. Se descartó la afectación asintomática del sistema nervioso central mediante la realización de una punción lumbar (PL). Se inició, en este momento, tratamiento

con penicilina a las dosis establecidas para el tratamiento de neurosífilis.

A los 15 días de iniciarse el tratamiento, AV_{sc} 0,4/0,8 CE en OD y 0,2/0,7 CE en OI, test Ishihara 2/20 en OD y 0/20 en OI. El fondo de ojo demostró una leve mejoría de la vitritis en OI (Figura 2a). El campo visual presentaba una mejoría del aumento de mancha ciega en OD y de la reducción concéntrica en OI (Figura 2b) que se habían objetivado a los 7 días de tratamiento.

Así pues, dado que la incidencia de sífilis en los pacientes coinfectados por VIH ha aumentado, debemos considerar su diagnóstico ante clínica ocular. En estos pacientes existe, además, una importante asociación entre sífilis ocular y neurosífilis, hecho que deberemos siempre descartar mediante el estu-



Figura 1a.
Edema de papila difuso en OD y nasal en OI

Figura 1b.
AGF tiempos venosos tardíos. Hiperfluorescencia con fuga de contraste a nivel del disco óptico y periflebitis

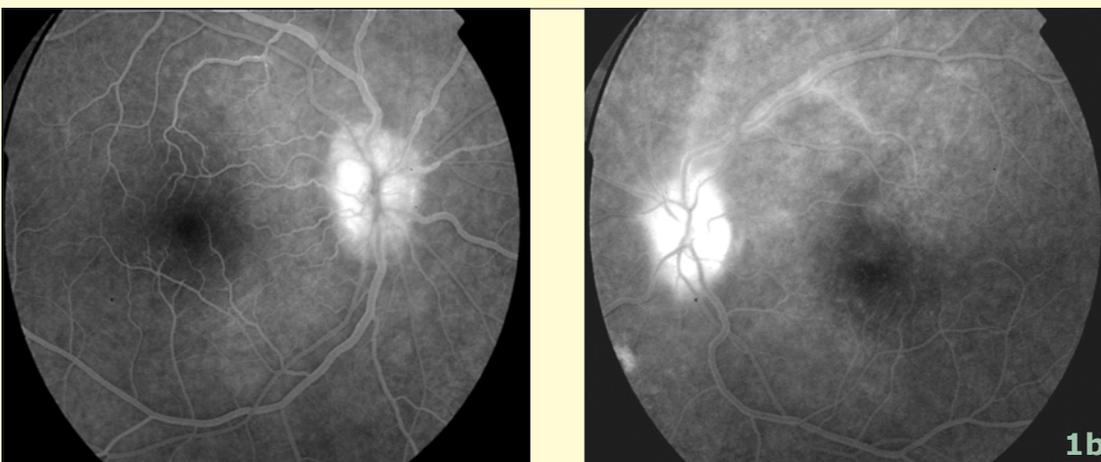


Figura 2a.
Resolución edema de papila con focos de corioretinitis paramacular en OD. Intensa vitritis en OI

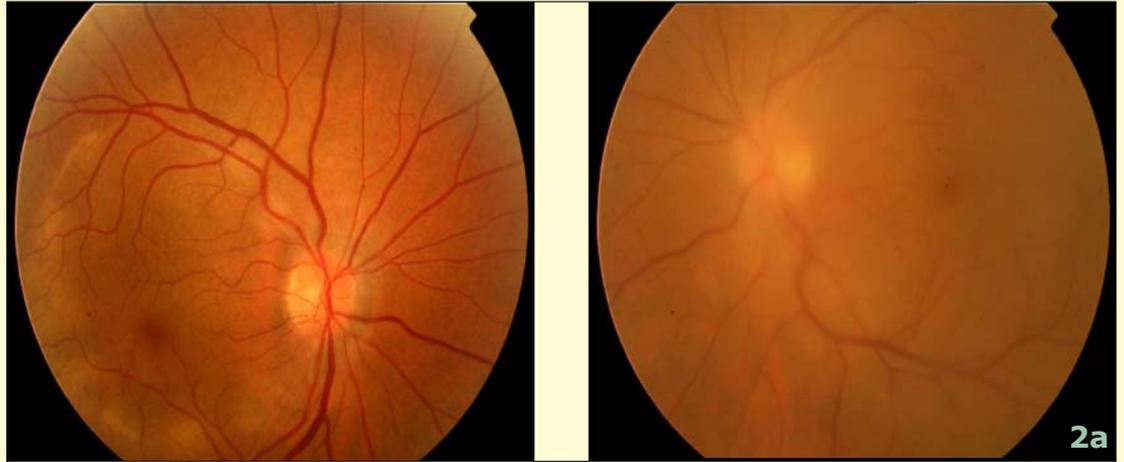
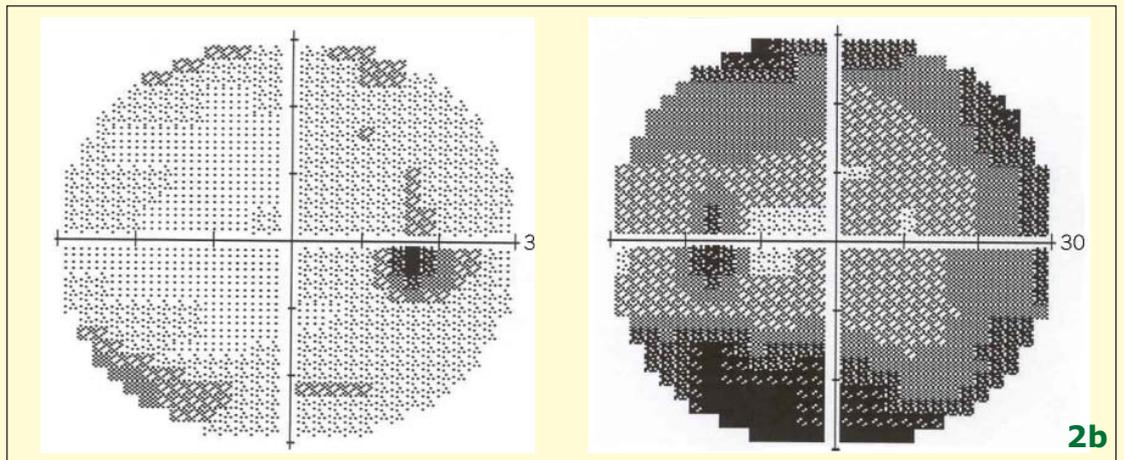


Figura 2b.
Ligero aumento de mancha ciega en OD y reducción concéntrica en OD



dio del líquido cefalorraquídeo^{2,3}. El régimen terapéutico de elección es el de la neurosífilis^{1,4,5} y es necesario un estrecho seguimiento clínico y serológico, puesto que las recidivas alcanzan el 14%⁵.

Bibliografía

1. Gordon SM, Eaton ME, George R, *et al*. The response of symptomatic neurosyphilis to high-dose intravenous penicillin G in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1994;331:1469-73.
2. Passo MS, Rosenbaum JT. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol* 1998;163:552-9.
3. Aldave AJ, King J, Cunningham ET. Ocular syphilis. *Current opinion Ophthalmol* 2001;12:433-41.
4. McLeish WM, Pulido JS, Holland S, Culbertson WW, Winward K. The ocular manifestations of syphilis in the human immunodeficiency virus type 1-infected host. *Ophthalmology* 1990;97:196-203.
5. Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. *Ophthalmology* 2000;30:479-85.