

Vasculitis de retina secundaria a sífilis ocular en un paciente VIH positivo

Dr. Alfonso Garibay-Villarreal, Dr. Manuel Garza-León, Dra. Luz P. Navarro-López, Dra. Lourdes Arellanes-García

RESUMEN

Introducción: Con el aumento en los casos de SIDA, la incidencia de infecciones por sífilis ha ido creciendo, y las manifestaciones clínicas se han diversificado.

Caso clínico: Paciente masculino de 29 años con disminución de la agudeza visual de 3 semanas de evolución en ojo izquierdo. La exploración oftalmológica evidencia inflamación moderada de segmento anterior, vitritis leve y vasculitis no oclusiva en ambos ojos. Los estudios de laboratorio son positivos para VDRL, FTA ABS y VIH

Conclusiones: El conocimiento de manifestaciones infrecuentes y la asociación sistémica de la infección por sífilis son trascendentales para un tratamiento adecuado de estos pacientes.

Palabras clave: Sífilis, VIH positivo, vasculitis.

SUMMARY

Introduction: With the increment in AIDS cases, the incidence in syphilis infections has increased, and the clinic manifestations have been diversified.

Case report: We present a case of a 29 years old male with visual loss of 3 weeks of evolution in left eye. Ophthalmic exploration reveals moderate inflammation in anterior segment, vitritis and non occlusive retinal vasculitis in both eyes. Laboratory tests reveals positiveness for VDRL, FTA-ABS and VIH.

Conclusions: The knowledge of infrequent manifestations of syphilis infection are transcendental for the adequate treatment of this patients.

Key words: Syphilis, HIV positive, vasculitis.

INTRODUCCIÓN

Acompañado de la pandemia del virus de inmunodeficiencia adquirida, ha habido un aumento considerable de infecciones por sífilis, además de más casos con manifestaciones poco frecuentes de la enfermedad debido a los diversos estados inmunológicos de los pacientes (1).

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 29 años de edad, con cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo acompañado de fotofobia, fotopsias y miodesopsias.

El paciente no cuenta con antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia.

A la exploración funcional encontramos agudeza visual de 6/10 en el ojo derecho y 2/10 que mejora a 3/10 en ojo izquierdo, presión intraocular de 14 mmHg en ambos ojos, a

la biomicroscopía córnea transparente en ojo derecho y con depósitos retroqueráticos finos pigmentados en el ojo izquierdo, reacción inflamatoria leve en cámara anterior con celularidad de 1+, sin flare en ojo derecho y reacción inflamatoria moderada con celularidad 2+ y flare 1+ en ojo izquierdo, el iris del ojo derecho de características normales y buena respuesta a la luz y del lado izquierdo con sinequias posteriores en 2 meridianos, cristalino transparente en ambos ojos. En segmento posterior de ambos ojos, encontramos celularidad vítrea de 1+, papila con discreta hiperemia, mácula con algunos pliegues y datos de vasculitis en retina periférica. A su ingreso a nuestro hospital, el paciente cuenta con biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática y perfil tiroideo dentro de límites normales, por lo que sólo se solicita VDRL, que se reporta positivo (dilución 1:16) y FTA ABS positivo (dilución 1:32 o 650 U)

Se hospitaliza al paciente y se inicia tratamiento con penicilina G sódica cristalina 2.5 millones de unidades cada 4 horas por vía intravenosa, esteroides tópicos, midriáticos y ciclopéjicos. Se solicitan además angiografía de retina con

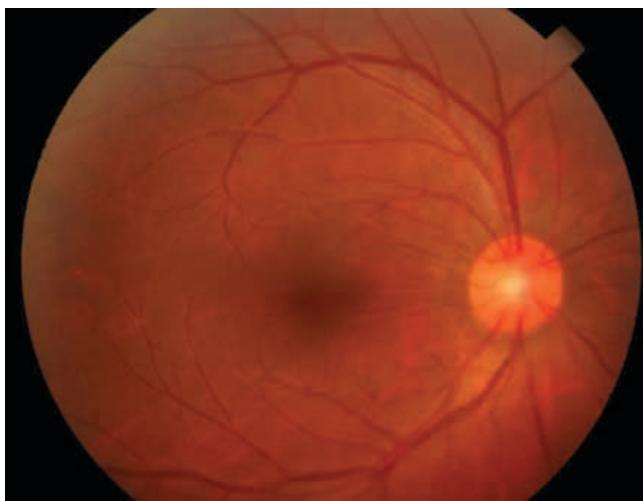


Fig. 1. Fotografía de fondo de ojo de ojo derecho.

fluoresceína y anticuerpos vs. virus de inmunodeficiencia humana. La angiografía muestra datos de vasculitis en ambos ojos, y los anticuerpos vs. VIH I son positivos.

Con estos datos se establece el diagnóstico de sífilis ocular en ambos ojos y seropositividad para VIH.

Se continúa con el tratamiento previamente establecido por 12 días cuando se decide darlo de alta y continuar su tratamiento con prednisolona tópica y prednisona oral a reducción y penicilina benzatínica a dosis de 2.4 millones de unidades a la semana por 3 semanas.

DISCUSIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, que se caracteriza por presentar manifestaciones clínicas diversas según la etapa en la que se encuentran. Antes de la pandemia del SIDA, la infección por sífilis se dividía en 4 etapas: primaria, secunda-

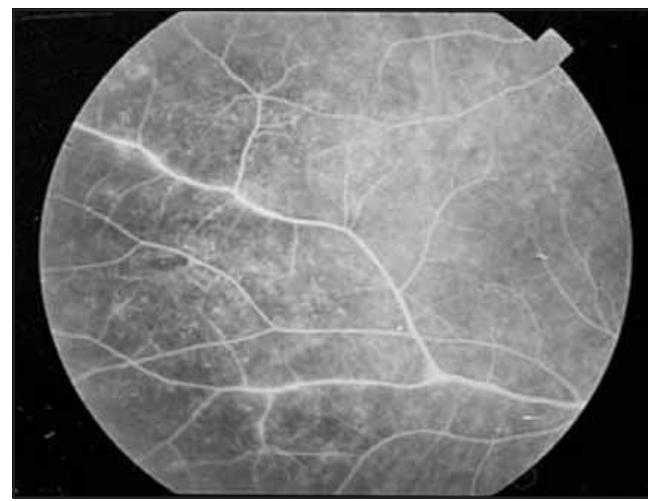


Fig. 3. Angiografía de retina que muestra vasculitis en arcada temporal inferior de ojo derecho.

ria, latencia (temprana y tardía) y terciaria. Recientemente se ha descrito una cuarta etapa de la sífilis caracterizada por encefalitis necrotizante, que se observa en pacientes con inmunosupresión debida a virus de inmunodeficiencia humana (2).

La asociación entre sífilis y VIH es cada vez más estrecha, debido a que comparten la vía de contagio con la posibilidad de adquirir ambas enfermedades en un mismo contacto sexual y porque la úlcera mucosa de la etapa primaria de la sífilis favorece la transmisión del VIH, por lo que es una práctica aceptable solicitar serología para VIH a todo paciente con VDRL y FTA-ABS positivos y viceversa (3, 4).

Las manifestaciones oftalmológicas de la infección por sífilis se pueden dividir en infecciones congénitas o adquiridas, además, las manifestaciones pueden dividirse según la etapa de la enfermedad adquirida siendo más frecuentes en la etapa secundaria o terciaria de la enfermedad (2).

La vasculitis de retina es una respuesta inflamatoria del endotelio vascular retiniano que puede deberse a múltiples causas y mecanismos fisiopatológicos. Existen causas infec-



Fig. 2. Fotografía de fondo de ojo de ojo izquierdo.



Fig. 4. Angiografía de retina que muestra vasculitis en arcada temporal inferior e hiperemia papilar de ojo izquierdo.

ciosas, no infecciosas y, como en nuestro paciente, asociada con otros cambios inflamatorios oculares (5).

El diagnóstico oportuno de la causa de la vasculitis es de suma importancia ya que su tratamiento depende de la enfermedad subyacente, siendo la piedra angular los antiinflamatorios esteroideos, acompañados en los casos de patología infecciosa de los antimicrobianos específicos para cada agente etiológico y, en algunos casos, de causa autoinmunitaria, de inmunosupresores (6, 7).

Existe un consenso internacional para tratar a la sífilis ocular con el mismo régimen terapéutico de la neurosífilis, que usualmente es de 12 a 24 millones de unidades diarios de penicilina G cristalina por vía intravenosa repartida en 4 dosis durante 7 a 14 días, seguida de la aplicación de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica intramuscular de manera semanal por 3 semanas. En los pacientes VIH positivos se utiliza el mismo régimen, sin embargo, en algunos casos es necesario continuar con penicilina benzatínica por un tiempo más prolongado (8-10).

REFERENCIAS

1. Potthoff A, Brockmeyer NH. Syphilis and HIV infection. Characteristics features of diagnosis, clinical assessment, and treatment. *Hautarzt* 2005; 56(2):133-140.
2. Stephen Foster C. Syphilis. En: Tasman and Jaeger; Duane's Clinical Ophthalmology on CD-ROM; Lippincot Williams and Wilkins; 2002.
3. Paz G, Meyers A, Blank S Y COLS. A case-control study of syphilis among men who have sex with men in New York City. Association with HIV infection. *Sexually transmitted diseases* 2004; 31(10):581-587.
4. Hartmann M, Gey D. Syphilis diagnosis, treatment and characteristics in HIV-infected patients. *MMW Fortschr Med* 2004; 146(1):39-41.
5. Christopher Walton R, Ashmore E. Retinal vasculitis. *Curr Opin Ophthalmology*; 14:413-419.
6. Fernandillo A, Fontanilla Debra A y cols. Retinal vasculitis. En: Tasman and Jaeger; Duane's Clinical Ophthalmology on CD-ROM; Lippincot Williams and Wilkins; 2002.
7. Yoko M, Kase M. Retinal vasculitis due to secondary syphilis. *Jpn J Ophthalmology* 2004; 48 (1):65-67.
8. Ali L, Roos KL. Antibacterial therapy of neurosyphilis lack of impact of new therapies. *CNS Drugs* 2002; 16(12):799-802.
9. Danielsen AG, Weismann K, Jorgensen BB y cols. Incidence, clinical presentation and treatment of neurosyphilis in Denmark 1980-1997. *Acta Derm Venereology* 2004; 84 (6):459-462.
10. Brown DL, Frank JE. Diagnosis and management of syphilis. *Am Fam Physician* 2003; 68(2):283-290.

Cita histórica:

El síndrome de Werner o progeria fue descrito por **Otto Werner** en **1904** (*Werner O. Über katarakt in Verbindung mit Sclerodermie. Keil Schmidt und Klaunig, 1904.*)