

**SUMARIO**

TRABAJOS DE INVESTIGACION

**1. SÍFILIS CON AFECTACIÓN NEUROOFTALMOLÓGICA EN PACIENTE  
CON VIH.**

Moreno Alfaro Manuel, García Giménez María del Mar.

## **Revista Española Investigación Sanitaria**

Revista Nacional dedicada a aspectos clínicos, experimentales y básicos de la ciencia Sanitaria.

### **Director**

Manuel Moreno Alfaro

### **Comité Editorial**

Antonio José Fernández López (Murcia)

Cristina de Prados González (Murcia)

Antonio Boluda Aparicio (Islas Canarias)

Esther Medina Manuel (Murcia)

### **Redactor jefe**

Manuel Moreno Alfaro

### **Consejo de Redacción:**

María del Mar García Giménez

Micaela López Ruiz

### **Editorial MAJ**

Revista Española Investigación Sanitaria

Avenida Murcia 4, 4ºD CP: 30832

Murcia (España)

**TÍTULO: SÍFILIS CON AFECTACIÓN NEUROOFTALMOLÓGICA EN PACIENTE  
CON VIH.**

**AUTORES**

Manuel Moreno Alfaro

María del Mar García Giménez

**AUTOR POR CORRESPONDENCIA**

Manuel Moreno Alfaro

Correo electrónico: [manuelmorenoacn@gmail.com](mailto:manuelmorenoacn@gmail.com)

**CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran la no existencia de conflicto de interés, así como la no existencia de financiación externa.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

La uveítis se define como la inflamación de la capa media del globo ocular, denominada úvea. Está formada en su porción anterior por el iris y el cuerpo ciliar, y en su porción posterior por la coroides. Las causas de dicha inflamación son múltiples y variadas, entre las cuales destacan enfermedades autoinmunes, tumorales e infecciosas, entre otras. Dentro de las causas infecciosas, debemos tener en cuenta la sífilis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por lo tanto, es imprescindible en el estudio de un enfermo con uveítis interrogar sobre las conductas sexuales de riesgo con el fin de pensar en estas dos entidades (1).

La sífilis es una enfermedad producida por la bacteria *Treponema pallidum* subespecies *pallidum* (2). Los primeros casos descritos en España datan de finales del siglo XV, suponiendo que fueron marineros de Colón los que trajeron la enfermedad desde el Caribe. Pero no fue hasta 1905 cuando Schaudinn y Hoffmann descubrieron el agente causal de la sífilis con el microscopio de campo oscuro. Por su forma en sacacorchos y su escasa afinidad por los colorantes lo denominaron *Treponema pallidum*. Debido a la variedad de manifestaciones clínicas que puede dar, se le conoce desde antiguo, como la "la gran simuladora"(3). Se transmite fundamentalmente por vía sexual. Tras el contagio, la bacteria se multiplica localmente formando una úlcera (chancro), y a partir de ahí, se produce la diseminación sistémica. Sin tratamiento, la enfermedad se caracteriza por episodios de enfermedad clínica activa, interrumpidos por períodos de infección latente asintomática (2). Desde los inicios de la epidemia de VIH, al compartir con la sífilis una de las principales vías de transmisión, han estado íntimamente ligadas, siendo la co-infección de ambas un hecho bien conocido.

En los años 80, como consecuencia de las medidas preventivas que se generalizaron con la epidemia del VIH, se produjo una disminución en la incidencia de sífilis. Sin embargo, en los últimos años, estamos asistiendo a un resurgir de esta enfermedad, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres coinfectados por el VIH. Las razones que explicarían este hecho incluyen, la migración desde países con elevada prevalencia, los cambios en las conductas de riesgo, el uso de drogas de diseño, el control virológico de la infección VIH y, sobre todo, la reducción de las medidas de protección en las relaciones sexuales (4-6).

La afectación ocular de la sífilis puede manifestarse como uveítis, retinitis, neurorretinitis, neuritis óptica, perineuritis, desprendimiento de retina y papilitis. La uveítis suele cursar con afectación bilateral y de la porción anterior.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 49 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de Hepatitis B pasada y resuelta, refiere mantener relaciones de homosexuales algunas sin protección. Valorado en oftalmología por presentar disminución de la agudeza visual (AV), visión borrosa, miosis, ojo rojo y fotofobia. En la exploración oftalmológica se observó una AV de \_\_\_ en el ojo izquierdo (OI) y vitritis importante que no deja ver detalles de fondo aunque se aprecian focos de coriorretinitis sin alteraciones vasculares, ecografía con desorganización vítrea y refractometría no captante con presencia de efecto Tyndall muy positivo (3+) y sinequias casi 360° que se rompen en consulta con Tropicamida + Fenilefrina siendo diagnosticado de panuveítis izquierda. Ojo derecho normal. Se solicita análisis para determinar etiología. Hemograma y bioquímica que fue normal, con presencia de IgG para VHS I y II, CMV negativo, placa de tórax, electrocardiograma y TAC craneal que fueron normales. Desde el servicio de Microbiología se nos comunica que presenta serología positiva para VIH-1 (serología de VIH en 2012 negativa) con carga vírica VIH-ácido ribonucleico [ARN] de 5.721 copias/ml y 1.660 Linfocitos T CD4+ por ml. Serología para lúes que fue positiva con prueba Treponema pallidum IgG+IgM (ELISA) positiva, prueba de reagin plasmática rápida (RPR) de 1/256, y análisis de hemaglutinación de Treponema pallidum (TPHA) que fue de 1/10240. Al existir afectación oftalmológica es recomendable realizar una punción lumbar (PL). La PL mostró un líquido cefaloraquídeo de aspecto transparente con 16 leucocitos por uL, 24mg/dl de proteínas y el test serológico de neurosífilis fue positivo (VDRL). Es diagnosticado de neurosífilis. Iniciamos tratamiento con penicilina 24 millones unidades al día intravenoso durante 14 días. Tras las dos semanas de clara mejoría clínica y recuperación de la agudeza visual, se decide alta con Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular a la semana durante tres semanas y revisiones en consulta.

## DISCUSIÓN

La uveítis se define como la inflamación de la úvea, lámina intermedia del ojo situada entre la esclerótica y la retina. Si bien, en la práctica clínica el término se emplea de forma más amplia, abarcando al conjunto de enfermedades que afectan tanto a la úvea, como a las estructuras intraoculares adyacentes (vítrea, retina, nervio óptico y vasos). Puede aparecer en cualquier edad, siendo más frecuentes entre la segunda y cuarta décadas de la vida (1) Su etiología es muy variada, estando causada por una enfermedad sistémica en un 30-45% de los pacientes(2). Si la historia clínica, exploración física y los datos de laboratorio no sugieren una causa clara de uveítis, se debería de descartar la sífilis mediante estudio serológico, así como la tuberculosis y

sarcoidosis mediante radiografía de tórax(2). La uveítis se puede clasificar según la porción de la úvea afectada (anterior, intermedia, posterior, o panuveítis), según su presentación clínica (aguda, crónica o recurrente; uni o bilateral) y según su histopatología (granulomatosa o no granulomatosa) (1).

El debut clínico de la uveítis puede ser brusco o insidioso siendo la sintomatología inespecífica. Es frecuente la combinación de visión borrosa, pérdida de agudeza visual, molestias o dolor ocular, y la intolerancia a la luz. A la exploración ocular, el iris puede ser difícil de visualizar por el edema corneal o por las proteínas en suspensión del humor acuoso, también es frecuente el hipopion por la precipitación celular en la cámara anterior.

Ante toda uveítis es fundamental medir la agudeza visual. También realizar una exploración oftalmológica mediante biomicroscopio o lámpara de hendidura, que permiten explorar la porción anterior del ojo (iris y cristalino), cavidad vítrea y fondo de ojo (nervio óptico, vasos y mácula). La exploración suele complementarse con el oftalmoscopio indirecto, que permite visualizar mejor la periferia retiniana(1).

La sífilis es una enfermedad crónica de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Puede afectar a cualquier parte del cuerpo, incluidos los ojos. La sífilis es una enfermedad progresiva en la que se distinguen diferentes etapas: primaria, secundaria, latente y terciaria (neurosífilis). Su diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y el estudio serológico. Es frecuente la coinfección en el mismo paciente por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), además, la transmisión del VIH es más fácil en los pacientes con úlceras indoloras o chancro (sífilis primaria).

La afectación ocular por la sífilis es rara. Sucede en etapas avanzadas de la enfermedad y es una de las formas más frecuentes de presentación de la neurosífilis (3). Puede simular diferentes trastornos oculares y afectarse cualquier parte del ojo(4). Por lo que es fundamental la sospecha para su diagnóstico.

La afectación ocular más frecuente en la sífilis es la panuveítis(4), aunque también se han descrito uveítis anterior, uveítis intermedia, queratitis intersticial, corioretinitis, retinitis, vasculitis retiniana, perineuritis, papilitis, neuritis retrobulbar, atrofia óptica, sífiloma o goma del nervio óptico, isquemia vascular (4).

Aunque la coinfección con el VIH es un hallazgo común cuando existe afectación ocular por la sífilis, esta también puede estar presente en sujetos inmune competentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Berriotxo A, Fonollosa A, Artaraz J. Aproximación diagnóstica a las uveítis. *Rev Clin Esp.* 2012; 212: 442-52.
2. Harman LE, Margo CE, Roetzheim RG. Uveitis: The collaborative diagnostic evaluation. *Am Fam Physician.* 2014; 90(10): 711-6.
3. Tucker JD, Li JZ, Robbins GK, Davis BT, Lobo AM, Kunkel J, et al. Ocular syphilis among HIV-infected patients: a systematic analysis of the literature. *Sex Transm Infect.* 2011;87 (1): 4-8.
4. Moradi A, Salek S, Daniel E, Gangaputra S, Ostheimer TA, Burkholder BM, et al. Clinical features and incidence rates of ocular complications in patients with ocular syphilis. *Am J Ophthalmol.* 2015; 159: 334-343.