

PANUVEITIS SIFILÍTICA, NEUROSÍFILIS Y SIDA EN UN PACIENTE CON PRUEBAS SEROLÓGICAS INICIALMENTE NEGATIVAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniel Ernesto Guarache¹, Yralbis Oviol¹, María Cristina Ortiz², Carmen Morales³, Henry De Freitas⁴, Kery Márquez⁵

RESUMEN: Uveítis es un término general que hace referencia a la inflamación del tracto uveal. En el 70 % de los casos es posible establecer una relación causal entre diferentes tipos de uveítis y enfermedades locales y/o sistémicas. El 30 % restante de los casos no es posible asociarlos con enfermedades primarias oculares o sistémicas. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 52 años de edad, quien consultó por disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos, de 3 meses de evolución. En la evaluación oftalmológica se planteó el diagnóstico de panuveítis bilateral en estudio. Se realizaron pruebas serológicas (VDRL, FTA-abs y virus de inmunodeficiencia humana), que resultaron negativas. Luego de 21 días de tratamiento, y en vista de la disociación entre la clínica y el laboratorio, se hospitalizó al paciente y se realizó nuevo VDRL sérico y en líquido cefalorraquídeo ambos reactivos, y el Western Blot para virus de inmunodeficiencia humana positivo, se diagnosticó panuveítis sifilítica bilateral, neurosífilis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Se administró penicilina cristalina (24 000 000 UI/día) durante 21 días, evolucionando satisfactoriamente, con recuperación visual total.

Palabras clave: Panuveítis sifilítica, Neurosífilis, Virus de inmunodeficiencia humana.

ABSTRACT: Uveitis is a general term who makes reference to the inflammation of the uveal tract. In 70 % of the cases is possible to establish a causal relation between different types of uveitis and local and/or systemic disease. In the 30 % rest of cases, is not possible to associate with primary ocular or systemic disease. We present the case of a 52 years old male patient who consults for visual acuity decrease in both eyes, 3 months of evolution. In the first ophthalmic evaluation we considered it bilateral panuveitis in study. Serological test were made including VDRL, FTA-abs and HIV, negatives. After 21 days of treatment, in view of the dissociation between clinic and laboratory, the patient was hospitalized and new serological and cerebral spinal fluid VDRL was reactivos, and HIV Western Blot was positive. The diagnosis was syphilitic bilateral panuveitis, neurosyphilis and acquired immunodeficiency syndrome. Crystallin Penicillin was administered (24.000.000 IU/day) for 21 days, with a satisfactory evolution, and visual acuity was recovered.

Key words: Syphilitic panuveitis, Neurosyphilis, HIV.

INTRODUCCIÓN

Uveítis es la inflamación del tracto uveal; sin embargo, el término se emplea actualmente para describir muchas formas de inflamación intraocular que pueden afectar no sólo la úvea sino también a estructuras adyacentes⁽¹⁾. La

uveítis puede confundirse o enmascarar la verdadera etiología, llevando a un mal manejo terapéutico y pronóstico visual, pudiendo comprometer la vida del paciente⁽²⁾. La sífilis es una enfermedad crónica generalizada causada por el *Treponema pallidum* que suele ser de transmisión sexual⁽³⁾. Es responsable del 0,8 % al 2,4 % de los casos de uveítis y la incidencia en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es del 8,3 % comparado con 0,77 % en pacientes no VIH⁽⁴⁾. Se presenta un caso de sífilis ocular, neurosífilis y SIDA, con VDRL, FTA-abs y VIH inicialmente

¹ Residente de 3er año del Posgrado de Oftalmología, Hospital Universitario de Caracas.

² Profesor Asistente, Cátedra de Oftalmología, Escuela "Luis Razetti", UCV.

³ Profesor Asistente, Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica "A", Escuela "Luis Razetti", UCV.

⁴ Profesor Agregado, Escuela de Ciencias, Cátedra de Fisiopatología, Universidad de Oriente.

⁵ Adjunto Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Caracas.

Recibido: 24-01-07.

Aceptado: 10-10-07.

negativas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 52 años de edad, venezolano, natural del Estado Sucre y procedente de los Valles del Tuy, quien consultó al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Caracas por disminución progresiva de la agudeza visual (AV) en ambos ojos, acompañada de enrojecimiento ocular y cefalea frontal leve ocasional, de tres meses de evolución.

Antecedentes personales: blenorragia hace 13 años, tratada; apendicectomía hace 25 años.

Hábitos psicobiológicos: ocupación: mesonero, alcohólicos y tabáquicos ocasionales. Heterosexual, múltiples parejas sexuales.

Examen físico: general sin alteraciones.

Examen oftalmológico:

AV: lejos S/C ojo derecho (OD): cuenta dedos a 1 metro

ojo izquierdo (OI): cuenta dedos a 2 metros.

cerca S/C no ve 20/800

no mejoró con agujero estenopecico

ANEXOS: ODI: sin alteraciones.

BIOMICROSCOPIA: Ambos ojos (ODI): hiperemia conjuntival moderada, córnea transparente con precipitados queráticos endoteliales moderados en 1/2 inferior de la córnea, CA formada, humor acuoso con celularidad ++/++++, iris marrón, pupila discórica por sinequia posterior en hora 5', cristalino con opacificación nuclear incipiente y pigmento disperso sobre la cápsula anterior.

BALANCE MUSCULAR sin alteraciones.

REFRACCIÓN: no evaluable.

FONDO DE OJO: ODI: papila de bordes netos, excavación 0,2, emergencia central de vasos, trayecto y calibre conservado. Brillo foveal presente, retina aplicada.

Se planteó el diagnóstico de uveítis anterior bilateral y se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio: hematología completa, VSG, PCR, química sanguínea, VDRL, VIH, PPD, serología para hongos y virus, y Rx de tórax. Los resultados de los exámenes fueron normales. Se inició tratamiento tópico con: acetato de prednisolona 1 % (Prednefrin forte®), ciclopentolato (Cyclogyl®) y diclofenac sódico (Voltén®) de forma ambulatoria. La evolución fue tórpida, disminuyendo levemente la celularidad en el humor acuoso, manteniendo la misma agudeza visual; se administraron 20 mg de acetona de triamcinolona (Kenacort®) vía peribulbar ODI y se

reevaluó a las 24 horas, evidenciando disminución de la agudeza visual a percepción de luz (PL) ODI, abundante cantidad de precipitados queráticos en "grasa de carnero", mayor celularidad en HA y vitreitis severa (++++/++++) que impidió la evaluación del fondo de ojo (Figura 1).

Figura 1

Biomicroscopía del segmento anterior en donde se observan abundantes precipitados queráticos endoteliales en "grasa de carnero" (posterior a la administración de triamcinolona).



Además presentó mareos y exacerbación de la cefalea. Luego de 21 días de tratamiento se hospitalizó al paciente y fue evaluado por el servicio de retina, evidenciando además de los hallazgos oftalmológicos, abundantes lesiones maculares-descamativas en palmas y plantas, planteándose como diagnóstico clínico sífilis. Se solicitó FTA-abs, el cual resultó negativo, nuevo VDRL (reactivo) y VIH (reportado como no concluyente). Se realizó una punción lumbar (PL) para VDRL en LCR que resultó reactivo. Se realizó Western Blot para VIH que resultó positivo. La carga viral y el conteo de linfocitos CD4 fue de 182 470 copias de RNA/mL y 244 cel/mL respectivamente. El estudio citoquímico del LCR reportó 26 células/mL (mononucleares 22 cel/mL; PMN 4 cel/mL), proteínas 77 mg/dL y glucosa 51 mg/dL. El diagnóstico definitivo fue: panuveítis sífilítica bilateral, sífilis secundaria, neurosífilis y SIDA. Recibió tratamiento con penicilina cristalina 24.000.000 UI/día vía endovenosa (4.000.000UI c/4 h) durante 21 días, y cuádruple terapia antirretroviral lopinavir+ritonavir (Kaletra®) y

zidovudina+lamivudina (Duovir®), además del tratamiento oftalmológico.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, con mejoría de la AV y desaparición de la dermatopatía. La evaluación oftalmológica fue:

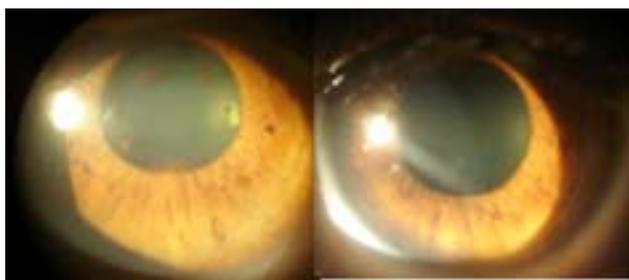
AV: ODI: lejos C/C: 20/20
cerca C/C: 20/25

ANEXOS: sin cambios.

BIOMICROSCOPIA: ODI: conjuntiva clara, córnea transparente, con muy escasos precipitados queráticos pigmentados, pupila con leve discoria en hora 5' por sinequia posterior OD, redonda en OI, cristalino transparente (Figura 2).

Figura 2

Aspecto del segmento anterior (ODI), posterior al tratamiento con PNC



REFRACCIÓN: OD: Esf +1,50 = Cil -0,75 x 110°
OI: Esf +1,00 = Cil -1,00 x 95°

FO: ODI: escasas condensaciones vítreas. Papila de bordes netos, excavación 0,2; emergencia, calibre y trayecto vascular conservado, brillo foveal presente, retina aplicada.

COMENTARIOS

La sífilis es una de las enfermedades transmisibles más importantes del mundo, que se adquiere por contacto sexual o intrauterino⁽⁵⁾. Se denomina neurosífilis a la afectación del sistema nervioso central por *Treponema pallidum*, manifestando síntomas o no; se observa una relación directa entre el tiempo transcurrido desde la primoinfección y el síndrome clínico desarrollado⁽⁶⁾.

En la sífilis puede haber afectación ocular, ocasionalmente sin signos típicos, por lo que es considerada como la “gran simuladora”. Responde de manera sorprendente a la terapia con penicilina cristalina.

La uveítis en la sífilis es pleomórfica, se presenta en la etapa secundaria y con menor frecuencia en la terciaria. Puede manifestarse bajo diferentes formas clínicas: iritis, iridociclitis, coriorretinitis, papilitis o vasculitis⁽⁵⁾. Las manifestaciones oculares más frecuentes ocurren en el segmento posterior, se presentan en un 80 % de los casos en pacientes con SIDA. Generalmente, si no se sospecha la enfermedad, resulta muy difícil realizar el diagnóstico. Se han reportado casos donde el VDRL sérico resulta no reactivo en pacientes inmunosuprimidos⁽²⁾, este fenómeno apoya la teoría que una serología negativa al inicio no descarta la posibilidad de sífilis ocular. Se piensa que estos hallazgos pudieran presentarse debido a que los títulos iniciales no alcanzaron diluciones suficientes para volverse positivas⁽⁴⁾.

La infección concomitante por *Treponema pallidum* y VIH pueden alterar el curso natural de la sífilis, así como su respuesta al tratamiento convencional⁽⁷⁾. La incidencia de sífilis en pacientes con inmunodeficiencia humana es de 8,3 % comparado con el 0,77 % en pacientes VIH negativos. Se reporta sífilis primaria en 13 % y secundaria en 43 % de los casos⁽⁷⁾. El VIH y el *Treponema pallidum* interaccionan de varias formas, ya que la presencia de sífilis implica un riesgo para infección por VIH, los exámenes de laboratorio pueden estar modificados con resultados falsos positivos o negativos, aquellos con sífilis primaria, secundaria o latente tienen títulos mayores que en pacientes en fase tardía o neurosífilis y los pacientes VIH positivos tienen una disminución más lenta en los títulos de VDRL y en los de reaginina rápida plasmática (RPR) comparados con los VIH negativos. Se han relacionado títulos menores de VDRL en pacientes con contajes bajos de CD4⁽⁴⁾.

El diagnóstico de sífilis se realiza con pruebas serológicas y estudio del LCR. Las pruebas serológicas incluyen las no treponémicas a la que pertenece el VDRL.

Entre las pruebas serológicas treponémicas, el FTA-abs es una prueba de alta especificidad y sensibilidad, útil para comprobar las pruebas no treponémicas. Esta no se negativiza y no es útil para el control posterior al tratamiento. El estudio del LCR es esencial para evaluar los casos de neurosífilis en la cual las células y proteínas se encuentran aumentadas; la positividad del VDRL en el LCR indica neurosífilis⁽⁵⁾.

El tratamiento de elección para la sífilis es la penicilina

G. Los pacientes con sífilis ocular deben tratarse como neurosífilis. Se recomienda la penicilina cristalina (2-4 millones UI c/4 horas, endovenoso) por 10 días y luego 1.2-2.4 millones de penicilina benzatínica intramuscular semanales por 3 semanas en pacientes sin alteraciones del LCR. En pacientes con alteraciones del LCR el tratamiento debe mantenerse de 14 a 21 días asociado a probenecid con el fin de optimizar los niveles de penicilina en sangre y humor acuoso. Debe hacerse seguimiento con VDRL seriados para evaluar la eficacia del tratamiento⁽⁸⁾. En casos de alergia a la penicilina puede emplearse la tetraciclina, eritromicina o cloramfenicol⁽²⁾.

Debido a que en las últimas décadas la incidencia de sífilis en pacientes coinfectados con VIH ha aumentado, debemos considerar esta entidad ante la presencia de un paciente con uveítis bilateral, incluso con VDRL, FTA-abs y VIH negativos. En estos pacientes existe, además, una importante asociación entre sífilis ocular y neurosífilis, situación que debe ser descartada mediante el estudio del LCR.

REFERENCIAS

1. Kanski J. *Oftalmología Clínica*. 5ª edición. Madrid, España: Elsevier España, S.A. 2004.
2. Martínez M, Stangogiannis E, Marquez K, Padilla R, Ortiz M. Uveítis de difícil diagnóstico. Caso clínico de sífilis ocular. *Informed*. 2005;7:127-130.
3. Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Fauci A, Kasper D. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 13ª edición. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1994.
4. Velasquez A, Cornejo P, Ortega G, Villasis-Keever, Calva J, Ruiz G, et al. Sífilis ocular y neurosífilis en pacientes con VIH. Reporte de dos casos con VDRL y FTA-ABS séricos negativos al inicio y revisión de la literatura. *Enf Infec Micro*. 2001;21:49-53.
5. Belfort R, Couto C, Martínez F. Uveítis. *Sinopsis diagnóstica y terapéutica*. Ciba Vision Ophthalmics Latinoamérica 1997.
6. Conde M, Hernández J, Cárdenes J, Amela R, Neurosífilis: formas de presentación y manejo clínico. *Rev Neurol*. 2002;35:380-386.
7. Sanz S, Castany M, Ibáñez N, Arias L. Sífilis ocular en un paciente con VIH. *Ann d'Oftal*. 2003;11:184-186.
8. Pavan-Langston D. *Manual of ocular diagnosis and therapy*. 5ª edición. Filadelfia, EE.UU: Lippincots Williams & Wilkins. 2002.

DIRECCIÓN: Av. Chopín. Residencias "Los Arboles". Torre "Bucare", piso 10, Apto 10 D. Tlf: 7517065. E-mail: danielguarache@gmail.com. Colinas de Bello Monte.