

Afectación bilateral del nervio óptico en un paciente con sífilis: a propósito de un caso

Bilateral involvement of the optic nerve in a patient with syphilis: a case report

GALVÁN GONZÁLEZ FJ¹, ESPINOSA BARBERI G², ÁLVAREZ GONZÁLEZ E¹, TEJERA SANTANA M¹, PEÑATE SANTANA H^{1,3}

RESUMEN

Caso clínico: Se describe el caso de un varón de 28 años con deterioro de la agudeza visual, que acudió con signos de panuveítis en el ojo derecho y papilitis en el ojo izquierdo. Dado el empeoramiento de la agudeza visual en el ojo derecho durante su evolución, se realizaron pruebas neurofisiológicas, detectándose una neuritis retrobulbar secundaria a sífilis.

Conclusiones: La afectación del nervio óptico es rara. La sífilis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las patologías que producen afectación del nervio óptico siendo necesario el tratamiento precoz y adecuado puede evitar la aparición de complicaciones irreversibles.

Palabras clave: sífilis, ocular, neuritis, anterior, retrobulbar.

ABSTRACT

Case report: A 28-year-old male with decrease in visual acuity came with signs of panuveitis in the right eye and papillitis in the left eye. Due to the worsening of visual acuity in the right eye during his evolution, neurophysiological tests were performed, which detected retrobulbar neuritis secondary to syphilis.

Conclusion: Optic nerve involvement is rare. Syphilis must be considered within the differential diagnosis of pathologies that cause involvement of the optic nerve, and its early and adequate treatment can prevent the appearance of irreversible complications.

Key words: Syphilis, ocular, neuritis, anterior, retrobulbar.

¹ Licenciado en medicina. Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Barranco La Ballena s/n, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

² Licenciada en medicina. Institut Català de Retina, Departamento de Glaucoma, Barcelona, España. Escuela de Doctorado y Postgrado, Universidad Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

³ Doctora en medicina. Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Barranco La Ballena s/n, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Correspondencia:

Francisco José Galván González

Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Barranco

La Ballena s/n, 35010, Las Palmas de Gran Canaria, España

pacogalvangel@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección sistémica de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* (1). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a 12 millones de personas a nivel global, presentando una incidencia de 5,6 millones de casos anuales en personas con edades comprendidas entre 15 y 49 años. En los últimos años, la incidencia se ha duplicado prácticamente, debido al aumento de relaciones sexuales sin protección y de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (2). Las manifestaciones oculares de la sífilis son poco frecuentes, siendo descritas en el 2-10% de pacientes con la infección (1). Puede afectar a cualquier estructura ocular y detectarse en cualquier etapa (1,3). El diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha en base a la clínica, apoyado con la confirmación de la infección mediante la realización de pruebas serológicas (4).

El objetivo de este artículo es describir un caso clínico que presenta manifestaciones oculares secundarias a infección sistémica por sífilis, haciendo especial referencia a la afectación del nervio óptico.

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años, sin antecedentes de interés salvo relaciones sexuales de riesgo, que

consultó por dolor, enrojecimiento y pérdida de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 5 días de evolución. En la exploración oftalmológica, presentó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 20/60 en OD y 20/20 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopia de segmento anterior (BSA) reveló hi-

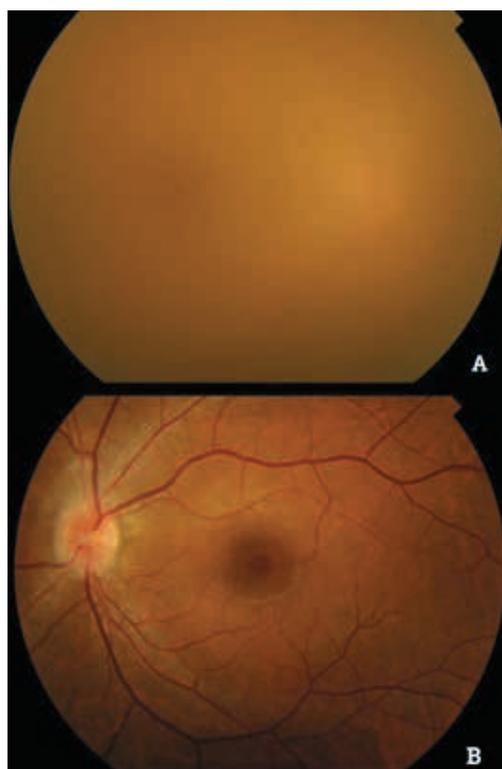


Fig. 1: Retinografía inicial. (A) Vitritis intensa en OD que impide la visualización de los detalles del polo posterior. (B) Edema papilar en OI.

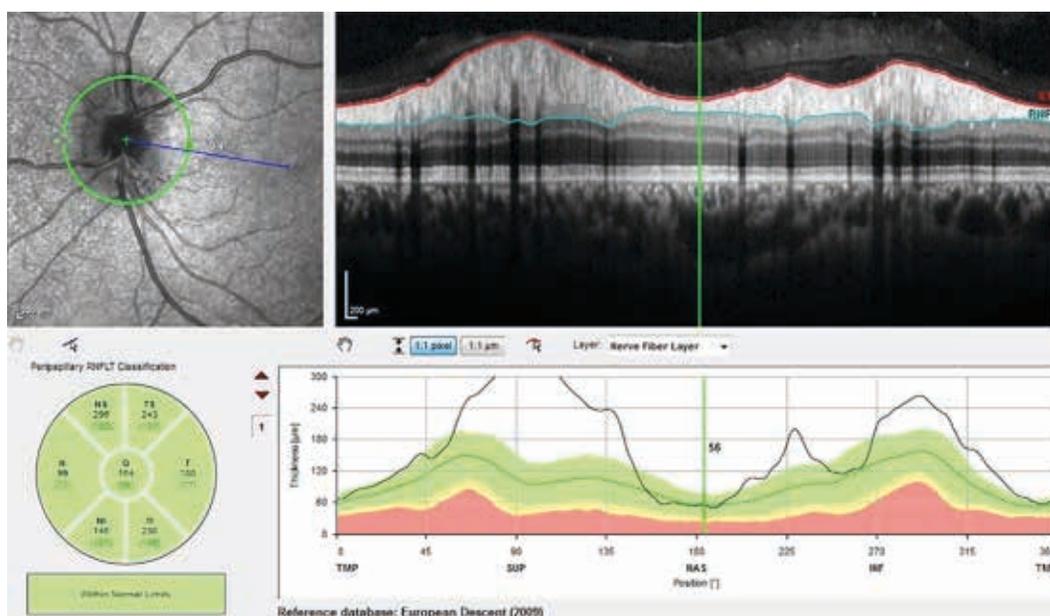


Fig. 2: OCT de nervio óptico inicial. Se aprecia edema de capa de fibras nerviosas, sobre todo en el sector superior.

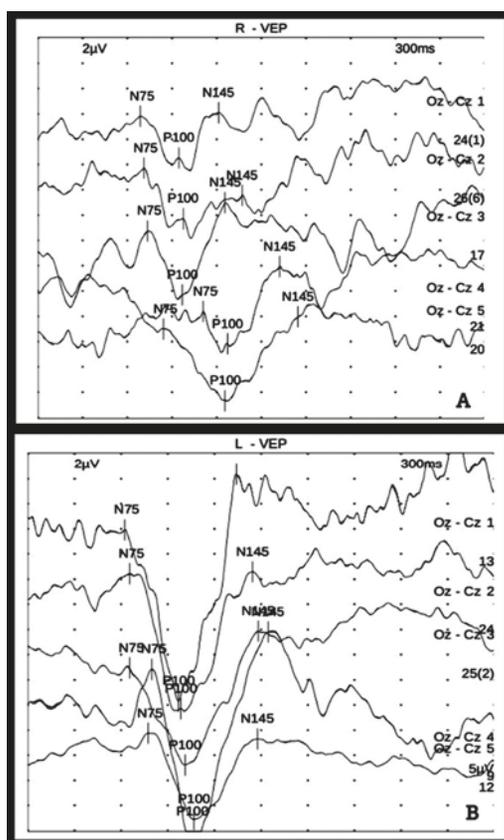


Fig. 3: PEV a las dos semanas del diagnóstico. (A) En OD se aprecia morfología irregular (en «W»), disminución de la amplitud y latencia de P100 dentro de límites de la normalidad. (B) Potenciales en ojo izquierdo con morfología, amplitud y latencia de P100 dentro de límites de la normalidad.

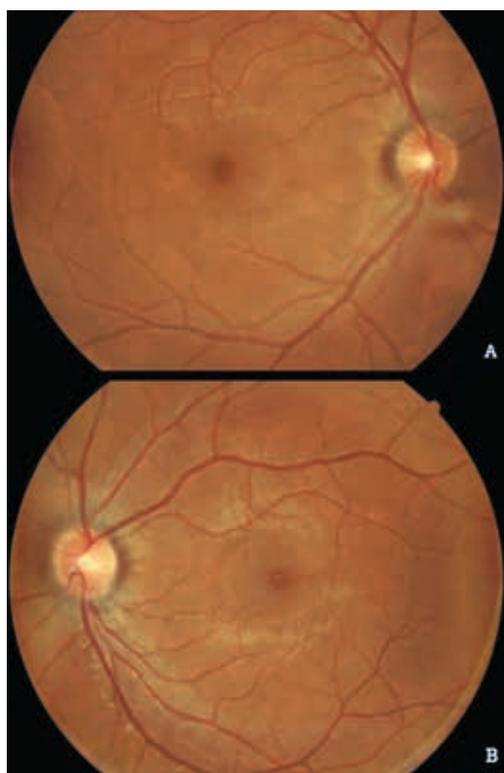


Fig. 4: Retinografía de la última exploración. (A) Resolución de la vitritis prácticamente completa, y la papila no presenta alteraciones en OD. (B) Cabeza del nervio óptico del OI, sin alteraciones.

peremia cilioconjuntival, precipitados retroqueráticos y tyndall de 3 cruces en OD. La presión intraocular era normal en ambos ojos (AO). La motilidad ocular extrínseca estaba conservada y no padecía alteraciones pupilares. En la funduscopia del OD se apreció una intensa vitritis mientras que en OI se observó una papila de aspecto edematoso (fig. 1), hallazgo confirmado mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) (fig. 2).

Se solicitó tomografía computarizada (TC) craneal, la cual no presentó alteraciones. Además, se realizó una serología que fue positiva para *Treponema pallidum* con título de 1/128 para las pruebas reagínicas (RPR), y que permitió descartar infección concomitante por VIH. Se estableció el diagnóstico de panuveítis en OD y de papilitis en OI de etiología luética. Se pautaron corticoides tópicos y orales para el tratamiento de las manifestaciones del OD y se ingresó al paciente durante dos semanas para el tratamiento con penicilina G sódica a dosis de 24.000.000 UI/día, con posterior remisión de la infección.

En controles sucesivos, a pesar de la mejoría de la inflamación intraocular y de la ausencia de afectación macular y papilar en OD, se constató un gran empeoramiento de la MAVC, disminuyendo a cuenta de dedos (CD), por lo que se completó el estudio con punción lumbar (PL), resonancia magnética (RM) craneocervical y potenciales evocados visuales (PEV). La PL y la RM no presentaron alteraciones. Los PEV fueron normales en OI, mientras que el OD presentó datos de neuropatía óptica axonal (fig. 3). Por tanto, se diagnosticó de neuritis retrobulbar derecha.

En la última exploración, la MAVC era de CD en OD y de 20/20 en OI sin alteraciones perceptibles en la BSA. En la funduscopia de OD persistía una ligera vitritis y en OI se apreció la resolución del edema papilar (fig. 4). La OCT de AO fue normal (fig. 5).

DISCUSIÓN

Debido a la gran variedad clínica de formas que posee, la sífilis recibe el nombre de «la gran simuladora» (5). Las manifestaciones oculares son más frecuentes en la etapa secundaria o terciaria (3), pudiendo ser silente o bien presentarse como queratitis intersti-

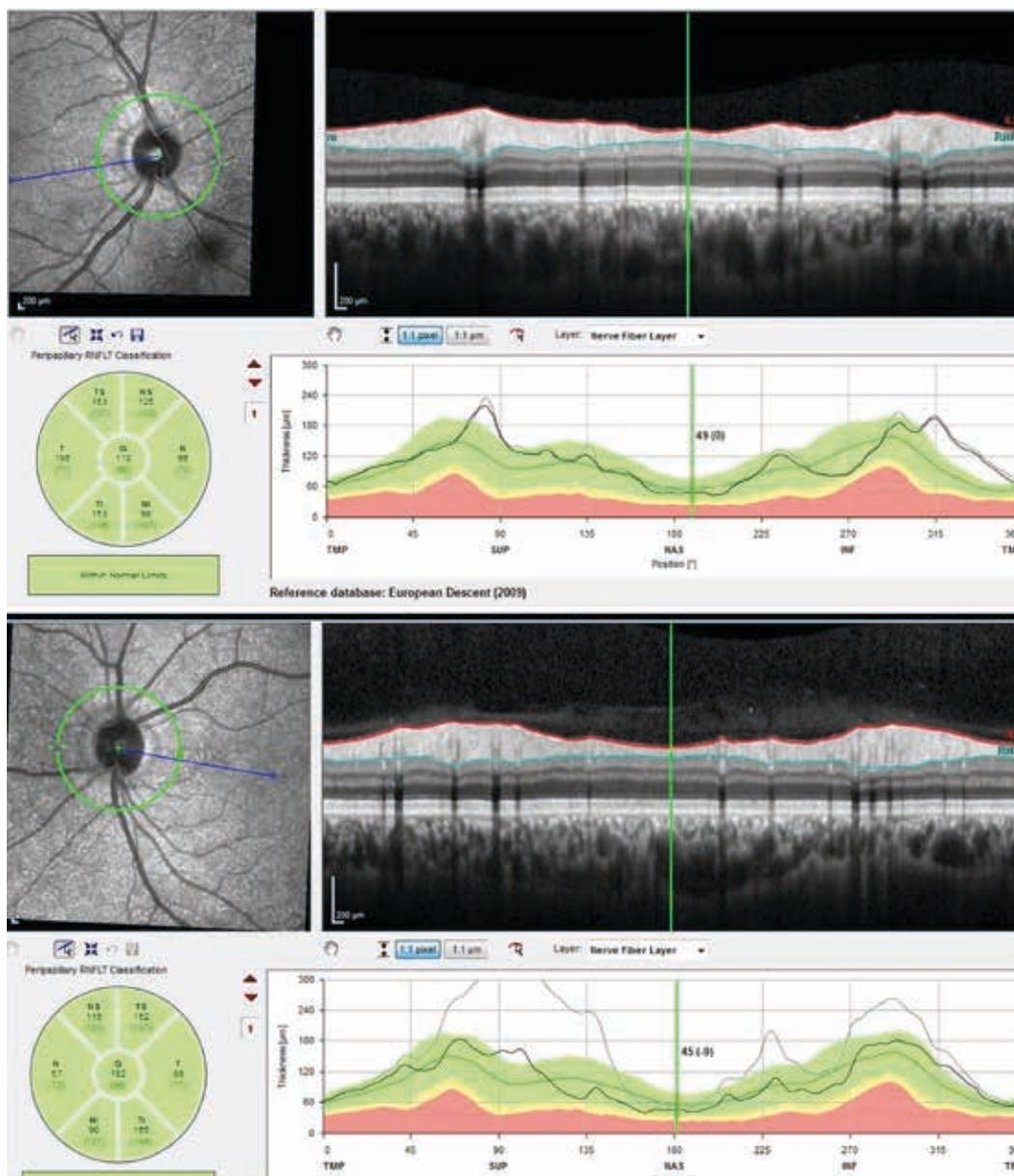


Fig. 5: OCT de nervio óptico correspondiente a la última revisión. No hay hallazgos patológicos en la capa de fibras nerviosas de AO.

cial, epiescleritis, escleritis, uveítis anterior, intermedia, posterior o neuropatía óptica (6). En nuestro caso, el paciente se encontraba en la etapa secundaria, puesto que la serología del líquido cefalorraquídeo no presentaba títulos de anticuerpos para la enfermedad.

La uveítis es la complicación oftalmológica más frecuente (7), mientras que el compromiso del nervio óptico es raro como forma de presentación, encontrándose solamente en el 20% de casos (8), siendo típico su debut en la sífilis secundaria (9). La afectación puede ser unilateral o bilateral, manifestándose en

forma de perineuritis, neuritis óptica anterior, neuritis óptica retrobulbar o papiledema (10). Generalmente, los pacientes con perineuritis óptica tienen una buena visión central asociada con un campo visual periférico restringido mientras que, los pacientes con neuritis óptica, tienen una visión central disminuida si no se trata inmediatamente (11,12).

La neuritis anterior depende de la gravedad del edema, pudiendo ser asintomática en casos leves, o bien presentar una pérdida severa de AV en situaciones graves (1). El edema suele ser difuso y no se asocia a hemorragias ni a

exudados. Si se trata de forma adecuada y temprana presenta un excelente pronóstico (11).

Por otro lado, la neuritis retrobulbar es mucho menos frecuente que la afectación anterior, encontrándose escasas reseñas en la literatura disponible y no presenta diferencias respecto a la forma de presentación en situaciones de enfermedad desmielinizante, por lo que se deben realizar pruebas de imagen como la RM craneal y cervical para descartar dicha etiología. En nuestro caso, la neuritis óptica anterior presente en OI no manifestó síntomas, resolviéndose favorablemente y sin presentar secuelas como la atrofia óptica. La afectación del OD, presumiblemente retrobulbar debido a la ausencia de signos en la cabeza del nervio óptico, desembocó en una disminución importante y permanente de la MAVC a pesar del tratamiento, probablemente por una afectación inflamatoria precoz.

La pauta de tratamiento en casos de afectación del nervio óptico es la misma que para la neurosífilis. Se recomienda de 10 a 14 días de tratamiento con penicilina G acuosa intravenosa, penicilina G procaína intramuscular, o ceftriaxona intravenosa en caso de alergia a la penicilina (13). Aunque no se ha demostrado su beneficio, se ha sugerido la adición de corticosteroides al tratamiento en casos en los que el tratamiento sistémico no se acompañe de una mejoría de los signos oculares y/o mejoría de la MAVC, así como para evitar la aparición de un cuadro inflamatorio sistémico denominado reacción de Jarisch-Herxheimer, asociado a pérdida de AV con aparición de edema macular, edema papilar y exudados algodonosos (1,8).

CONCLUSIONES

En definitiva, cabe resaltar la excepcionalidad de la afectación del nervio óptico en casos de sífilis ocular, sobre todo a nivel retrobulbar, y la importancia de mantener un alto nivel de sospecha en el contexto de pacientes que presenten síntomas y/o signos de índole neurooftalmológica, ya que si no se instaura un tratamiento temprano e idóneo, puede originar como secuela una pérdida de visión irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klein A, Fischer N, Goldstein M, Shulman S, Habet-Wilner Z. The great imitator on the rise: ocular and optic nerve manifestations in patients with newly diagnosed syphilis. *Acta Ophthalmol.* 2019; 97(4): 641-7.
2. Bulletin of the World Health Organization. 2016; 94: 559-559A.
3. Puech C, Gennai S, Pavese P, Pelloux I, Maurin M, Romanet JP, Chiquet C. Ocular manifestations of syphilis: recent cases over a 2.5-year period. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2010; 248: 1623-9.
4. Moramarco A, Mallone F, Pirraglia MP, Bruscolini A, Giustolisi R, La Cava M, et al. Clinical Features of Ocular Syphilis: a Retrospective Clinical Study in an Italian Referral Centre. *Semin Ophthalmol.* 2020; 1-6.
5. Rodríguez-Uña I, Serrador-García M, Santos-Bueso E, Díaz-Valle D, García Feijóo J. Simultaneous optic and vestibulocochlear syphilitic neuropathy in a patient with HIV infection. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2013; 3: 27.
6. Espinosa-Barberi G, Viera Peláez D, Reyes Rodríguez MA. Revisión de casos de sífilis con afectación ocular como primera manifestación. *Rev Panam Enf Inf.* 2018; 1(1): 42-5.
7. Tucker JD, Li JZ, Robbins GK, Davis BT, Lobo AM, Kunkel J, Papaliadis GN, Durand ML, Felsenstein D. Ocular syphilis among HIV-infected patients: a systematic analysis of the literature. *Sex Transm Infect.* 2011; 87: 4-8.
8. Smith GT, Goldmeier D, Migdal C. Neurosyphilis with optic neuritis: an update. *Postgrad Med J.* 2006; 82(963): 36-9.
9. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol.* 2005; 20(3): 161-7.
10. Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. *Ophthalmology.* 1990; 97: 1281-7.
11. Apinyawasisuk S, Poonyathalang A, Preechawat P, Vanikietti K. Syphilitic Optic Neuropathy: Re-emerging Cases Over a 2-Year Period. *Neuroophthalmology.* 2016; 40(2): 6973.
12. Berrozpe-Villabona C, Santos-Bueso E, Bañeros-Rojas P, Aguilar Munoa S, Saenz-Francés F, Díaz-Valle D, et al. Optic neuropathy secondary to syphilis in an HIV negative patient. *J Fr Ophthalmol.* 2016; 39(2): 143-8.
13. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64: 1-137.