

Panuveítis Luética: ¿Fase secundaria de reinfección luética o sífilis latente tardía en paciente VIH+?

Luetica panuveitis: Secondary Phase syphilitic reinfection or late latent syphilis in HIV + patients?

CAPOTE YANES E¹, ÁLVAREZ MARÍN J², KALITOVICS NÓBREGAS N³,
ABREU REYES P⁴

RESUMEN

Caso Clínico: Varón de 50 años VIH positivo con antecedentes de sífilis latente que acude por disminución de AV y molestias en ojo derecho. La exploración pone de manifiesto la presencia de una panuveítis y se objetivan lesiones compatibles con clavos sífilíticos en palmas de manos. El paciente es ingresado en servicio de medicina interna y evoluciona favorablemente tras recibir tratamiento sistémico.

Discusión: En este caso podríamos estar ante un paciente en fase secundaria de una reinfección luética (10% de casos puede asociar uveítis). No obstante, también podría tratarse de una sífilis latente tardía (por tratamiento previo inadecuado) en estadio de neurosífilis precoz.

Palabras Clave: VIH, sífilis latente, panuveítis, clavos, neurosífilis.

SUMMARY

Case Report: 50-year-old man with HIV positive history of latent syphilis that comes after decrease of AV and discomfort in the right eye. The exploration reveals the presence of panuveitis and lesions compatible with syphilitic nails in the palms of his hands. The patient is hospitalized for treatment in Internal medicine and progresses well after receiving systemic treatment.

Discussion: In this case we could be facing a patient suffering a second phase of seropositivity reinfection (10% of cases can be associated with uveitis). However, it could also take the form of a late latent syphilis (by inappropriate pre-treatment) stage of Early neurosyphilis.

Key Words: HIV, latent syphilis Panuveitis, nails, neurosyphilis.

Servicio de Oftalmología Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

¹ Médico Adjunto Servicio de Oftalmología. HUNSC.

² Coordinador Sección de Segmento Anterior Servicio de Oftalmología HUNSC.

³ Médico Adjunto Servicio de Oftalmología. Unidad de Uveítis. HUNSC.

⁴ Jefe de Servicio de Oftalmología HUNSC.

Correspondencia:

Eulalia Capote Yanes laliacapote@hotmail.es

Servicio de Oftalmología Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Carretera del Rosario, s/n 38010

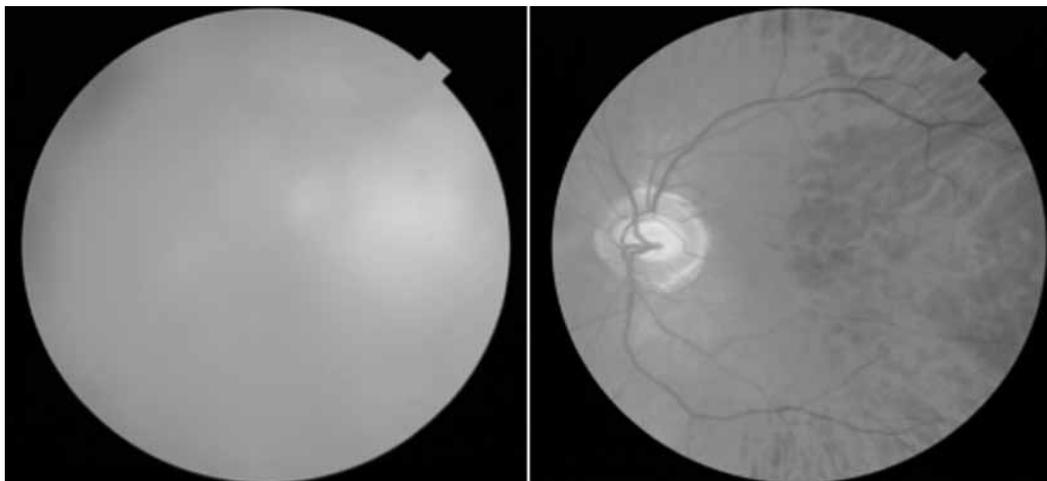


Fig. 1: Imagen de fondo de ojo que pone de manifiesto una vitritis intensa en ojo derecho.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es un problema de salud emergente en países desarrollados. La uveítis sifilítica es la forma de afectación ocular más frecuente de esta enfermedad. Antes de los años 40 era considerada la segunda causa de uveítis después de la tuberculosis. A raíz de la introducción de la penicilina la incidencia de sífilis (y

de uveítis sifilítica) fue disminuyendo hasta finales de los años 90. A partir de ese momento, se empezó a detectar un nuevo aumento de la incidencia de la misma, llegándose a hablar de la «nueva epidemia de sífilis ocular» (1). Este hecho podría explicarse por el aumento del número de casos de SIDA, la ausencia de educación sanitaria de los afectados, el uso de los antibióticos a concentraciones subterapéuticas que da lugar a recidivas y probablemente a la poca experiencia de los médicos en el manejo de esta enfermedad que parecía erradicada (2).

Debido a su amplio abanico de manifestaciones la sífilis se ha conocido clásicamente como «la gran simuladora». Por este motivo, ante cualquier tipo de uveítis la sífilis es una causa que siempre tiene que estar presente en nuestro diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años VIH positivo con antecedentes de sífilis latente (tratada en el año 2003) que acude por cuadro de dos semanas de evolución consistente en visión borrosa y molestias en ojo derecho (ojo ambliope por anisometropía miópica).

En la exploración destaca una AV de bulbos en OD y de 0,9 en OI con una endotropía de 15°, hipopion de 1mm y una vitritis intensa que impide visualización del polo posterior (fig. 1). La ecografía corrobora la presencia de ecos vítreos marcados y la ausencia de desprendimiento de retina (fig. 2).

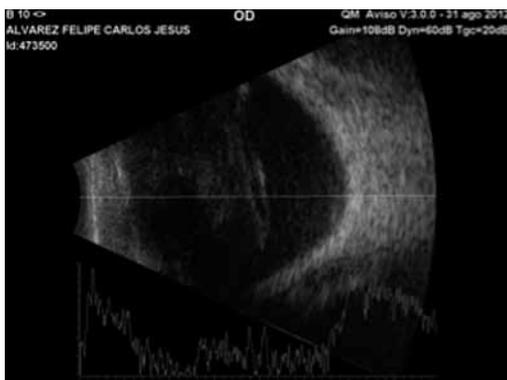


Fig. 2: Ecografía de Ojo Derecho en la que se objetivan los ecos vítreos y la ausencia de Desprendimiento de Retina.



Fig. 3: Lesiones palmares a modo de eritema palmar con pápulas y vesículas correspondientes a clavos sifilíticos.

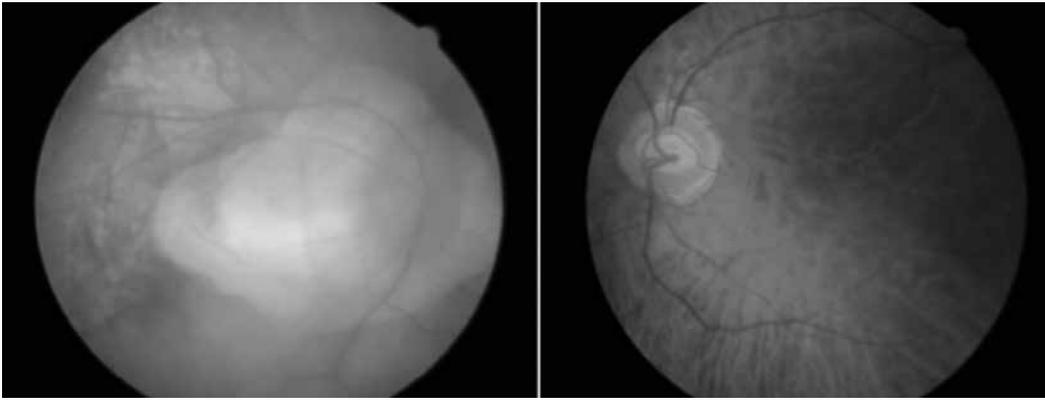


Fig. 4: Imagen de Fondo de Ojo que refleja la resolución de la Vitritis tras el tratamiento. Se evidencia un Fondo de Ojo miópico con estafiloma y atrofia peripapilar en OD.

Durante el examen, objetivamos la presencia de lesiones compatibles con clavos sífilicos en palma de ambas manos (fig. 3). Ante estos hallazgos se interroga sobre posibles contactos sexuales de riesgo que el paciente pone en duda.

Contactamos con servicio de infecciosas de nuestro hospital que confirma nuestra sospecha de lesión sífilítica, nos informan de que se trata de un paciente mal cumplidor de terapia antirretroviral y que no sigue controles desde hacía dos años.

Se solicita analítica urgente que pone de manifiesto una carga viral de VIH de 16.000 copias, con 650 Linfocitos T CD4, Ac Sífilis IgG (ELISA) positivo y Ac RPR positivo 1/256.

El paciente ingresa en el servicio de medicina interna con diagnóstico de panuveítis luética. Es tratado con Penicilina G sódica endovenosa (dosis de 4 millones de unidades cada 4 horas durante 2 semanas) y se reinstaura tratamiento antirretroviral (Kaletra e Isentress). Seguidamente fue tratado durante 3 semanas con inyecciones intramusculares de Penicilina G Benzatina (dosis de 2,4 millones de unidades semanales). Tras instauración de dicho tratamiento se objetiva mejoría hasta resolución del cuadro uveítico y de las lesiones palmares (figs. 4 y 5). La agudeza visual alcanzada en el ojo afectado tras el tratamiento no superó el 0,1 pero se trataba de un ojo ambliope por una anisometropía miópica importante y subjetivamente era la visión que previamente presentaba el paciente.



Fig. 5: Imagen de palma de manos que evidencia la curación de los clavos sífilíticos tras el tratamiento con Penicilina.

luética, puesto que la presencia de uveítis se asocia a un 10% de casos en este estadio (3). No obstante, también podría tratarse de un caso de sífilis latente tardía en estadio de neurosífilis precoz por un posible tratamiento previo inadecuado, dado los antecedentes de falta de adherencia a tratamientos.

Hasta un 25% de pacientes en fase latente puede presentar recidiva de lesiones cutáneas. Por otra parte, entre el 25-60% de casos en fase secundaria y latente puede haber afectación del sistema nervioso central en forma de neurosífilis precoz que es sintomática en un 5% de pacientes (4).

La uveítis luética es considerada por muchos autores como complicación de neurosífilis. Aunque en este caso no se hizo, estamos obligados a realizar una punción lumbar para descartarla (5).

DISCUSIÓN

En este caso podríamos estar ante un paciente en fase secundaria de una reinfección

CONCLUSIONES

La incidencia de sífilis está aumentando. Por este motivo es probable que cada vez

diagnostiquemos más pacientes con uveítis sifilítica.

En estos casos la anamnesis es especialmente importante porque es frecuente que el paciente no tenga o no recuerde haber tenido manifestaciones sistémicas de sífilis.

Cuando tengamos sospecha de sífilis como posible etiología, debemos tener presente que la mayoría de casos de uveítis sifilítica se producen en la fase latente tardía y en esta fase la tasa de falsos negativos de las pruebas reagínicas es de hasta un 25% (5). Por este motivo, siempre se debe solicitar un prueba treponémica cuando tengamos la sospecha de etiología sifilítica.

El diagnóstico de uveítis luética obliga a realizar una punción lumbar en busca de una neurosífilis.

La pauta de tratamiento es la de neuroúlús.

El tratamiento precoz y adecuado consigue la curación y lograr un mejor resultado funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chao JR, Khurana RN, Fawzi AA, Reddy HS, Rao NA. Syphilis; reemergence of an old adversary. *Ophthalmology* 2006.
2. Doris JP, Saha K, Jones NP. Ocular suphilis: the new epidemic. *Eye* 2006; 20: 703-705.
3. Artaraz J, Fonollosa A, Lopez-Indart L, Agirreben-
goa K, Sorribas M, Díaz-Valle D, Adán A. SOS: Spanish study for ocular syphilis, ARVO 2012.
4. Belin MW, Baltch AL, Hay PB. Secondary syphilitic uveitis. *Am J Ophthalmol* 1981.
5. Avances en Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones intraoculares. Mesa Redonda 88 Congreso SEO, 2012.
6. Protocolos Diagnósticos y Nuevas Estrategias Terapéuticas. GEMU-SEDU. Prof. Dr. Díaz Llopis.