



Clínica-UNR.org

Publicación digital de la 1^o Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario
Rosario - Santa Fe - República Argentina

Publicación Original

Panuveítis sifilítica como manifestación inicial de infección por VIH

Sanocio L, Ferrado M, Amateis M, García M, Montero J, Carlson D, Parodi R, Greca A.

Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario

Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La sífilis es una enfermedad sistémica crónica de transmisión sexual causada por el *Treponema pallidum*. No es común la uveítis como manifestación inicial de la sífilis (1%). Sin embargo, durante la década del veinte del siglo pasado era la causa más frecuente de infección intraocular. Su predominio disminuyó dramáticamente durante los años cincuenta a través del uso de antibióticos específicos. No obstante, durante la última década, la incidencia de sífilis ha aumentado progresivamente debido a la presencia del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Teniendo en cuenta que ambas enfermedades comparten factores de riesgo, la infección sifilítica se observa con mayor frecuencia en los pacientes infectados por VIH.

Es fundamental un alto índice de sospecha para un diagnóstico y tratamiento temprano (penicilina G endovenosa y terapia antirretroviral) ya que su rápida instauración disminuye en forma importante las secuelas oftalmológicas.

Por lo dicho, es importante destacar que debe solicitarse pruebas diagnósticas para la detección de sífilis (VDRL y/o FTA-ABS) a todo paciente con VIH y uveítis; y a su vez, ante el diagnóstico de uveítis sifilítica se debe realizar un test de VIH.

Caso Clínico: Varón de 35 años con cuadro de 2 meses de evolución de disminución progresiva de la visión del ojo izquierdo y cefalea retroorbitaria y hem Craneana, de intensidad 6/10, opresiva, continua, que calma con analgésicos comunes. De igual tiempo de evolución pérdida de peso de 5 kg e hiporexia. Se diagnostica uveítis unilateral recibiendo tratamiento ambulatorio con

corticoides tópicos. Seis días previos a la consulta agrega visión borrosa contralateral, que empeora progresivamente.

Al examen físico se constatan pupilas hiporreactivas, anisocoria (derecha: 9 mm. Izquierda: 4 mm.)

El examen oftalmológico evidenció midriasis arreactiva, hipopion y cataratas en el ojo derecho (figura 1 y 2), y en el ojo izquierdo la presencia de pupila discórica (figura 3). A través de la lámpara de hendidura se observó en ambos ojos la presencia de precipitados endoteliales gruesos y reacción en cámara cuatro cruces (figura 4); lo que indica la presencia de leucocitos y la acumulación de proteínas en el humor acuoso como manifestación de inflamación ocular.

Laboratorio: Hemoglobinemia:10,7g/dl, Hematocrito: 31%, Glóbulos blancos: 5000/mm³, plaquetas: 261.000/mm³, glicemia:88 mg/dl, uremia: 39 mg/dl, creatinemia: 0.76 mg/dl, albuminemia: 4 g/dl, ASAT:24 UI/l, ALAT:26 UI/l, FAL:256 UI/l, G-GT:36 UI/l, calcemia: 9.8 mg/dl, natremia: 136 mEq/l, potasemia:3.4 mEq/l.

VDRL sérica: 1/256 dils.

Punción lumbar de líquido cefalorraquídeo (LCR): aspecto cristal de roca, glucorraquia: 0,77 g/l (glicemia 88mg/dl), proteinorraquia: 2,87 g/dl, reacción de Pandy ++, elementos 4/mm³. VDRL en LCR: reactiva en 8 dils.

Se interpreta el cuadro como neurosífilis. Comienza tratamiento con penicilina G sódica

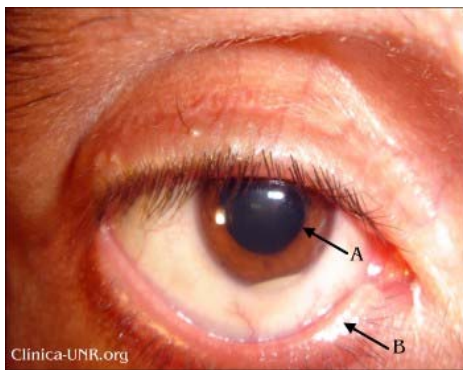


Figura 1: Midriasis arreactiva (A), Hipoprión



Figura 2: Pupila discórica

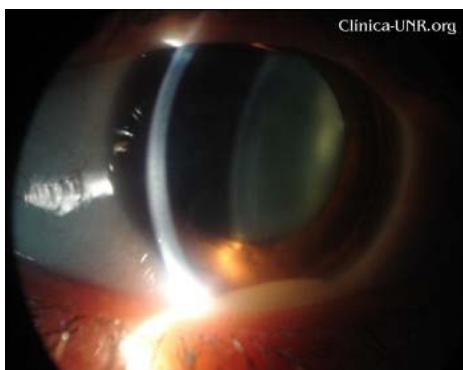


Figura 3: Cataratas

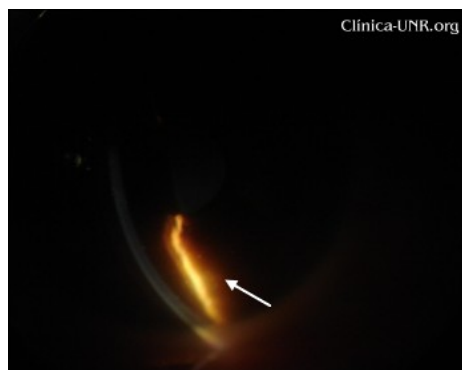


Figura 4: Reacción en cámara, precipitados endoteliales

(4.000.000 UI cada 4 hs endovenosa durante 14 días).

Serología para VIH (Elisa): positiva, confirmada por Western Blot.

Recuento de linfocitos CD4: 417/mm³.

Luego de completar 14 días de tratamiento se decide alta hospitalaria, con tratamiento antirretroviral.

Presentó buena evolución clínica con mejoría de las alteraciones del LCR en punción realizada a los tres meses de tratamiento y mejoría de la visión.

Comentario: El objetivo es presentar una patología de muy baja incidencia, más aún como manifestación inicial de infección por VIH. Además, resaltar la importancia de la sospecha debido a que su pronóstico depende en gran medida de la rápida instauración del tratamiento.

Tener en cuenta que la uveítis puede ocurrir en cualquier fase de la sífilis y que no se relaciona necesariamente con el recuento absoluto de linfocitos CD4.

Comúnmente se presenta en forma bilateral (90%). Las manifestaciones clínicas de sífilis ocular en VIH pueden ser múltiples (uveítis

anterior, uveítis posterior, coriorretinitis, retinitis necrotizante, etc.), siendo el segmento posterior el más frecuentemente involucrado.

Por la diversidad en su presentación clínica debe ser incluida en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden manifestarse como uveítis en un paciente VIH. Estos diagnósticos diferenciales incluyen:

- Citomegalovirus que se encuentra casi exclusivamente en pacientes con recuentos de linfocitos CD4 sumamente bajos
- Toxoplasmosis, la cual es sospechada en base a una lesión coriorretinal muy típica sumado a los hallazgos serológicos
- Tuberculosis, se acompaña de alteraciones sistémicas como pérdida de peso y compromiso pulmonar, observándose además granulomas en el examen oftalmológico
- Virus herpes simple, se presenta en forma unilateral habitualmente.
- Otras enfermedades no infecciosas como leucemias, linfomas y sarcoidosis también deben ser descartadas.

El compromiso del sistema nervioso central puede ocurrir en todas las fases de la sífilis. El uso de antibióticos redujo esta afección

del 30% al 3%, pero la presencia de VIH aumento su frecuencia, aún después del tratamiento con penicilina para la enfermedad sifilítica inicial.

La realización de la punción lumbar es un tema de debate en la literatura médica. Esto es debido a que las anomalías del líquido cefalorraquídeo (LCR) más típicas de la sífilis (pleocitosis y elevación de las proteínas) también pueden estar presentes en los pacientes con VIH sin neurosífilis; por lo que para arribar al diagnóstico se requiere la presencia de VDRL positiva en el LCR acompañado de las alteraciones anteriormente descritas.

Existe controversia, acerca de que si es necesaria la punción lumbar en estos pacientes, recordando que la sífilis ocular es considerada como neurosífilis y requiere igual tratamiento agresivo independientemente de los hallazgos del LCR. Sin embargo, se recomienda la punción lumbar (PL) ya que es muy importante cuantificar la actividad de la enfermedad en el sistema nervioso central y establecer los títulos basales previos al tratamiento, para supervisar la eficacia de la terapéutica. Lo habitual es observar una disminución de los marcadores del LCR en un término de 6 meses aproximadamente lo que indicaría eficacia en el tratamiento.

Es necesario el tratamiento con penicilina G a altas dosis intravenosa por lo menos durante 14 días, sin tener en cuenta el estado inmune. Con este esquema, sumado al tratamiento antirretroviral se logra la resolución de la inflamación ocular y la mejoría de la agudeza visual.

No se recomienda realizar tratamiento con penicilina intramuscular ni ceftriaxona intravenosa ya que tienen altas tasa de fracasos terapéuticos

Bibliografía

1. Thi Ha Chau Tran, Nathalie Cassoux, Bahram Bodaghi, Christine Fardeau, Eric Caumes and Phuc Lehoang. Syphilitic uveitis in patients infected with human immunodeficiency virus Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology Incorporating German Journal of Ophthalmology, 15 March 2005
2. Steven M. Gordon, Molly E. Eaton, Rob George, Jane Kuypers, Christina M. Marra, and Sumner Thompson. The Response of Symptomatic Neurosyphilis to High-Dose Intravenous Penicillin G in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. NEJM 1994 Volume 331:1469-1473
3. Johns DR, Tierney M, Felsenstein D. Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1987;316:1569-1572
4. Tramont EC. Syphilis in the AIDS era. N Engl J Med 1987;316:1600-1601
5. Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. Ann Intern Med 1990;113:872-881.
6. Musher DM. Syphilis, neurosyphilis, penicillin, and AIDS. J Infect Dis 1991;163:1201-1206.
7. Clark R, Carlisle JT. Neurosyphilis and HIV infection. South Med J 1988;81:1204-1205.
8. Katz DA, Berger JR. Neurosyphilis in acquired immunodeficiency syndrome. Arch Neurol 1989;46:895-898.