

1234



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

SÍFILIS OCULAR: REPORTE DE UN CASO

TÉSIS PARA LA TITULACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA

DRA. LEONORA MONGES UREÑA
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUEIRA EN MÉXICO
HOSPITAL "DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES"

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2004.



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUEIRA EN MEXICO, I.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN

La última epidemia de sífilis primaria y secundaria documentada sucedió en 1990 reportándose en E.U. más de 45 mil casos. A partir de dicha fecha la incidencia anual de ésta patología ha disminuido hasta registrarse en los Estados Unidos solo 6,657 casos en 1999, un 87% menos casos que los registrados en 1990.

Sin embargo en la población homosexual la incidencia de sífilis ha ido en aumento, probablemente debido a su actividad sexual de alto riesgo así como una disminución en la preocupación por la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) secundario al implemento de drogas antiretrovirales altamente activas.

La sífilis ocular puede presentarse de formas muy variadas y debe tratarse como neurosífilis en todos los casos. Así mismo en todo paciente con diagnóstico de sífilis ocular debe descartarse neurosífilis mediante punción lumbar y VIH ya que la asociación de ambas enfermedades es muy frecuente.

Es posible que debido a la disminución en la incidencia de esta enfermedad los médicos dejamos de pensar en sífilis como una patología frecuente, lo que ha llevado a diagnósticos erróneos y retrasados. Es por eso que el oftalmólogo debe conocer bien las múltiples manifestaciones de las enfermedades que afectan a pacientes con VIH-SIDA ya que puede diagnosticar e incluso tratar en conjunto con otros médicos especialistas a esta parte de la población que cada día es mayor.

Por lo antes mencionado es importante conocer la presentación clínica ocular de la sífilis, su diagnóstico y tratamiento mediante la presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

SÍFILIS OCULAR: REPORTE DE UN CASO

Al servicio de enfermedades inflamatorias de nuestra institución se presentó un paciente del sexo masculino de 30 años de edad, desempleado y originario del Distrito federal.

El paciente acudió por disminución de la agudeza visual en ambos ojos de tres meses de evolución. Se conocía VIH positivo desde hacía diez años tratado con Ritonavir, Abacavir, Lamivudina, TMT/SMX y Eritromicina una tableta cada 24 horas, estos últimos agregados hacía aproximadamente un año como profilaxis. Así mismo era usuario de lente de contacto desde hacía cinco años.

A la exploración física se encontraron lesiones maculo-eritematosas con escamas en palmas y plantas. (fig.1 A y B)

A la exploración oftalmológica se encontró:

Agudeza visual en ojo derecho de cuenta dedos a un metro que no mejoraba y en el ojo izquierdo de cuenta dedos a diez centímetros que mejoraba a cuenta dedos a cuatro metros.

La presión intraocular fue de 12 mmHg en ambos ojos, la posición primaria de la mirada y los movimientos extra oculares se encontraron sin alteración alguna.

El segmento anterior de ambos ojos presentaba una conjuntiva hiperémica con reacción ciliar moderada. La cornea era transparente con depósitos retroqueraticos finos de predominio inferior. En la cámara anterior había células inflamatorias tres cruces y flare de una cruz, el iris era regular con adecuados reflejos y el cristalino transparente. (fig.2)

El fondo de ojo bajo dilatación farmacológica presento células inflamatorias de dos cruces y condensaciones centrales de una cruz, estas últimas más prominentes en el ojo izquierdo. La retina se encontró aplicada con los vasos de características normales y nervio óptico normal en ambos ojos. (fig.3).

El paciente se ingreso con diagnóstico inicial de panuveitis bilateral.

Dada la presentación clínica y los antecedentes del paciente se consideraron las siguientes entidades: Sífilis, Tuberculosis, Toxoplasmosis y Herpes.

Se solicitaron VDRL, anticuerpos anti-treponema, biometria hemática, carga viral y conteo de linfocitos CD4 así como una fluorangiografía de retina y anticuerpos contra toxoplasma, toxocara y tuberculosis.

Se indicó punción lumbar pero dicho procedimiento fue rechazado por el paciente.

Los resultados de laboratorio fueron positivos para sífilis, obteniendo un VDRL positivo 1:32 y anticuerpos anti-treponema IgG positivos 1:8 (220 u). Los leucocitos estaban dentro de rangos normales con una cuenta de 8900 células con diferenciales normales.

La carga viral fue de 716 copias/ml y la cuenta de células CD4 de 215cel/ml, con un total linfocitario de 1344 cel/ml.

La fluorangiografía de retina mostró opacidad de medios con buen llenado coroideo, vascular y retiniano.

Con estos datos se hospitalizó al paciente con diagnóstico de sífilis ocular y se manejo con Penicilina Sódica cristalina a una dosis de 4 millones de unidades cada seis horas por vía intravenosa, fenilefrina y ciclopentolato tópico cada 8 horas y prednisolona tópica cada cuatro horas.

Se inició prednisona a una dosis de 1 mg/kg de peso al día después del tercer día de iniciado el antibiótico intravenoso.

EVOLUCIÓN

El paciente fue revisado diariamente durante 14 días con evolución hacia la mejoría. El día de su egreso hospitalario la capacidad visual del paciente había mejorado a 4/10 en el ojo derecho y a 5/10 en el ojo izquierdo.

El segmento anterior mostaraba una hiperemia leve, cornea transparente sin depósitos retroqueráticos y una cámara anterior amplia sin celularidad y flare de una cruz.

El fondo de ojo bajo dilatación farmacológica mostraba una disminución en la densidad de la opacidad con una celularidad de una cruz.

Se mantuvo con pencilina sódica cristalina 1,200,000 unidades intramuscular todos los viernes durante tres semanas y prednisona 40 mg/kg al día a reducción cada semana.

A los treinta días de evolución el paciente se encontró con una capacidad visual de 6/10 en el ojo derecho y 7/10 en el ojo izquierdo. El segmento anterior se encontró sin datos patológicos así como el fondo de ojo en el cual se observaron únicamente células ocasionales.

DISCUSIÓN

La sífilis ocular es una infección producida por una espiroqueta, *Treponema pallidum*. Este parásito fue descubierto en 1905 por Hoffman y Schaudinn en Hamburgo.

Como tal, ha sido fuente de estigma social y de una alta morbimortalidad especialmente en el siglo pasado. Su nombre deriva de un poema escrito en 1530 por un poeta italiano, Hiero Fracastor. Su protagonista, un pastor infectado por esta espiroqueta llevaba el nombre de Syphillus.

La sífilis puede ser transmitida vía transplacentaria al feto o adquirida durante la vida mediante contacto sexual.

Por fines de tesis el autor se enfocará a la forma adquirida en paciente inmunocompetentes e inmunocomprometidos por el virus de inmunodeficiencia humana.

Tradicionalmente la sífilis se ha dividido en formas primaria, secundaria, latente y terciaria. La forma primaria se caracteriza por la aparición de una lesión papulo-eritematosa que evoluciona a una úlcera indolora (chancro) en el sitio de inoculación, que suele ser el área genital. Las lesiones, ya que pueden ser múltiples, aparecen

4 semanas posterior a la inoculación de la espiroqueta y desaparecen de forma espontánea en seis a ocho semanas.

Sin tratamiento el parásito se disemina por los linfáticos dando lugar a la forma secundaria. Este estadio se caracteriza por tener una mayor carga treponémica y por la aparición de un rash maculopapular en palmas y plantas que al cicatrizar deja zonas de hiperpigmentación o hipopigmentación. Estas manifestaciones aparecen 6-10 semanas posterior a la primoinfección y pueden asociarse a mal estado general, fiebre, odinofagia y artralgias. La uveítis es la manifestación ocular más común en este estadio y según diferentes reportes puede aparecer entre el 5-10% de los pacientes.

La forma latente se sub-divide en temprana, que comprende el primer año posterior a la primoinfección, y tardía. Este último estadio puede durar décadas y se estima que solo un 30% evolucionan a la forma terciaria.

En la forma terciaria entre un 2 y un 5% de los pacientes presentan cuadro de inflamación intraocular. Sin embargo es más común encontrar complicaciones cardiovasculares, más comunes en pacientes de raza negra, que involucran la aorta y las arterias coronarias y neurosífilis, más común en caucásicos y pacientes VIH, que se manifiesta como parálisis de algún par craneal,

comunmente el II, VII y VIII, papilitis o papiledema y meningitis, entre otras. La fase cuaternaria, descrita en la literatura antigua y abandonada por falta de consenso en cuanto a las manifestaciones que esta englobaba, ha sido retomada para describir una encefalitis necrotizante en pacientes VIH y poder así distinguir esta agresiva manifestación de la afección neurológica común de la sífilis terciaria.

La incidencia de sífilis es mayor en áreas urbanas grandes, y aunque la frecuencia ha disminuido desde el advenimiento de los antibióticos se ha observado un aumento en el número de casos de pacientes homosexuales y adictos a drogas intravenosas, debido a sus actividades sexuales de alto riesgo.

Es más común la incidencia en hombres no caucásicos entre los 15 y 39 años de edad, aunque Garfinkel et al asevera que las mujeres son sub-diagnosticadas para enfermedades de transmisión sexual en las salas de urgencias de los Estados Unidos. Como ya se ha mencionado la transmisión es casi siempre por vía sexual, aunque el uso de drogas intravenosas y las transfusiones sanguíneas también son medios de transmisión de la infección.

Dentro de las manifestaciones oculares, la sífilis se considera el gran imitador, ya que puede presentarse en cualquier componente del globo ocular y sus anexos y de cualquier forma. La mayor parte de la literatura indica que la sífilis ocular es casi exclusiva de las formas secundarias y terciarias de la enfermedad sin embargo, un reporte de Browning y otro de Spoor publicados en el 2000 reportan varios casos de sífilis primaria con afección ocular. En pacientes inmuocompetentes se han descrito una gran variedad de manifestaciones oculares como son chancros en la conjuntiva y conjuntivitis leve en la mayoría de los casos.

Es poco común encontrar escleritis o epiescleritis aisladas, sin embargo si estas son diagnosticadas se debe sospechar que el paciente tiene una sífilis avanzada.

La afección corneal es más común en la sífilis congénita (90%) aunque ocasionalmente puede presentarse en la forma adquirida (10%). El cristalino puede desarrollar catarata en ambas formas y principalmente es secundaria a la inflamación intraocular, aunque existen reportes anecdóticos por Rapkin de cristalino con catarata y subluxación atribuibles solo a infección por sífilis sin inflamación asociada.

Una serie de reportes en la literatura indican que el glaucoma es una manifestación frecuente de la uveítis secundaria a sífilis

llegando a presentarse hasta en un 14% según Lloves et al después de un estudio realizado de 1254 pacientes con uveitis .

En cuanto al tracto uveal se conoce que la uveitis anterior es una manifestación frecuente y que es unilateral en 56% de los pacientes. Pueden presentarse también nódulos en el iris secundarios a émbolos de treponemas los cuales causan tortuosidad y dilatación vascular.

La sífilis puede desarrollarse de múltiples formas en el segmento posterior del ojo. Villanueva et al realizaron un estudio retrospectivo de 20 pacientes con sífilis ocular encontrando que la corioretinitis fue la manifestación más frecuente, presentándose hasta en el 75% de los pacientes, seguido de la panuveitis en el 15% y vasculitis en 10% de los casos de esta serie. Por otra parte Browning en una serie de 14 pacientes reportó que los signos más observados fueron vitritis en un 63% seguido de retinitis con un 54% y vasculitis con un 29%. También se han descrito desprendimientos serosos de retina, necrosis retiniana aguda, pseudo-hipopion macular, membranas neovasculares subfoveales, oclusiones vasculares venosas, síndrome de efusión uveal, neuroretinitis, papilitis entre las más citadas.

En pacientes VIH positivos la sífilis es causa poco común de cuadros de uveítis , presentándose solo en 1% de la población . Se ha especulado que presentan una forma siempre bilateral y más virulenta de la infección por sífilis , que sufren recídas con mayor frecuencia y que la mayoría desarrollan neurosífilis. A pesar del apoyo teórico para dichas aseveraciones no existe ningún reporte lo suficientemente grande ni con significancia estadística que compruebe lo ya mencionado.

Dentro de las manifestaciones oculares en pacientes VIH suelen ser las mismas que en pacientes sin VIH, aunque si se ha reportado a la corioretinitis placóide posterior como manifestación exclusiva de pacientes con VIH.(12) Estas lesiones suelen ser planas, grandes y con un color amarillo-grisáceo de localización macular o yuxtapapilar y que dan la imagen en “manchas de leopardo” en la fluorangiografía de retina, es decir zonas de hipofluorescencia alternas con zonas de hiperfluorescencia. También a diferencia de paciente sin VIH, la vitiritis ya sea aislada o asociada a uveítis anterior es una presentación atípica en pacientes con VIH y la neurosífilis puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad.

Un reporte por Kuo et al en 1998 presenta tres pacientes con VIH y sífilis con vitritis densa como manifestación clínica única o principal del cuadro.

El paciente presentado en el caso clínico previo se manifestó también principalmente con vitritis sin otro hallazgo patológico en el polo posterior.

La sífilis ocular debe diferenciarse de otras patologías oculares como son la toxoplasmosis, necrosis retiniana aguda por el virus del herpes principalmente.

El diagnóstico de sífilis ocular se basa en la presentación clínica y se apoya en pruebas serológicas para confirmar el diagnóstico.

El examen directo por microscopia se puede hacer con tinción de plata e inmunofluorescencia.

El diagnóstico por serología se basa en los resultados de pruebas no-treponémicas como el VDRL y el RPR, ambos útiles para diagnosticar la enfermedad activa y cuantificar los anticuerpos. Las pruebas treponémicas como el FTA-ABS y el MHA-TA son útiles para confirmar la presencia de infección previa o activa y tienen una especificidad del 93% en inmunocompetentes.

Las pruebas no- treponémicas pueden dar falsos positivos en pacientes con enfermedades de la colagena , en el embarazo, en patologías infecciosas como mononucleosis y malaria y pueden dar falsos negativos en hasta un 30% de los pacientes en estadios latentes tardíos y terciarios independientemente de que se les haya dado tratamiento y en pacientes con VIH .

En cuanto a las pruebas treponemicas, se estipulaba que éstas se mantenían positivas durante toda la vida. Varias series de pacientes a los que se dio seguimiento durante un año posterior al diagnóstico y tratamiento de sífilis ocular encontraron hasta un 17% de seroconversion permanente.

Según Hamed et al la mayoría de los pacientes con VIH tienen una respuesta serológica “normal” a la infección por sífilis, y estipula que un pequeño porcentaje puede mostrarse como un falso negativo secundario a la insuficiente respuesta de anticuerpos o a una disminución en la inmunoreactividad de estos pacientes. Sin embargo Browning ha detectado que las pruebas treponémicas disminuyen su sensibilidad para detectar la infección hasta un 62%. Por lo tanto lo mejor en pacientes con VIH en los que se sospecha sífilis y presentan pruebas negativas es biopsiar alguna zona sospechosa y detectar las espiroquetas en el microscopio. En el caso del paciente del caso clínico esto no fue necesario ya que su

comportamiento serológico fue “normal”, obteniendo pruebas no-treponémicas y treponémicas positivas.

Debido a las limitaciones de las pruebas no treponémicas y treponémicas se ha desarrollado para el diagnóstico de sífilis la ya conocida reacción de polimerasa en cadena (PCR) que ha logrado detectar el DNA del *T.pallidum* en lesiones de estadios secundarios tardíos y terciarios. Sin embargo en nuestro país sigue siendo un estudio de muy alto costo para el paciente y no se encuentra en todos los centros hospitalarios.

Otra cosa que se debe mencionar en cuanto a la serología es el comportamiento de los títulos de anticuerpos ante el tratamiento. En paciente sin VIH es factible valorar la respuesta al tratamiento mediante pruebas no treponémicas, ya que como se mencionó antes en un porcentaje importante de pacientes las pruebas treponémicas sufren una seroconversión. Schroete et al reportaron una seroconversión a los dos años de 97% en pacientes con sífilis primaria y un 77% en aquellos con sífilis secundaria. Guinan propone la disminución de 4 diluciones a los 3 meses y 8 diluciones a los 6 meses, aunque estos parámetros deben tomarse con cierta reserva ya que la evolución y severidad del cuadro pueden causar un retraso en la disminución de los títulos de anticuerpos. Según el centro para el control de las enfermedades (CDC) en Atlanta se

debe repetir serología en inmunocompetentes a los 6,12 y 24 meses posterior al tratamiento, esperando observar una disminución de 2 diluciones en cada toma.

En pacientes con VIH la disminución de anticuerpos puede ser más lenta y que es difícil que se presente seroconversión a los 12 meses. Por lo tanto se debe repetir serología en pacientes VIH a los 3 ,6,9,12 y 24 meses posterior a la aplicación de tratamiento. En estos pacientes se considera falla serológica si después de un año no hay disminución de los títulos de anticuerpos de 2 diluciones.

En cuanto al análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante punción lumbar actualmente existen indicaciones precisas para realizarlo:

1-la presencia de sífilis con manifestaciones neurológicas.

2-previo al tratamiento en un paciente que presenta una recurrencia.

3-cuando el tratamiento a seguir no es penicilina.

4-en niños en los que se sospecha sífilis congénita.

5-involucro ocular

La literatura también recomienda el análisis de LCR en pacientes con sífilis de evolución desconocida, infección por VIH, una

titulación no-treponémica mayor a 1:32 y el uso de otros antibióticos distintos a la penicilina.

Es importante resaltar que para hacer el diagnóstico de neurosífilis no es necesario el análisis de LCR ya que se han reportado 22 casos con involucro de retina y nervio óptico (ambos parte del sistema nervioso central) con un LCR normal y negativo para VDRL. También cabe mencionar que la sensibilidad del VDRL para detectar anticuerpos en LCR es baja. Si extrapolamos esto a pacientes con VIH, la literatura indica que el LCR en 63% de estos pacientes es anormal aun en ausencia de sífilis. Así mismo se prefiere tratar a todo paciente con sífilis ocular con un régimen para neurosífilis de penicilina intravenosa. (1,3) Dichas situaciones han disminuido la realización de este estudio. A pesar de que nuestro paciente presentó datos clínicos y de laboratorio que indicaban una punción lumbar, dicho estudio no fue indispensable para hacer el diagnóstico en este paciente.

El tratamiento de elección utilizado actualmente para la sífilis ocular es la Penicilina Sódica cristalina parenteral. La vía de administración y dosis se aplican según el estadio de la enfermedad y otros factores individuales del huésped. (3)

Según la CDC en pacientes con sífilis temprana la aplicación de una dosis de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatinica es suficiente para erradicar el treponema. En casos de sífilis latente o terciaria sin evidencia de neurosífilis se recomiendan una aplicación de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica durante 3 semanas. Dicha recomendación se ha hecho bajo la idea de que la replicación de las espiroquetas es más lento en fases de latencia por lo que se deben mantener concentraciones elevadas de antibiótico para lograra la erradicación del parásito. (3)

El tratamiento en casos de neurosífilis es el de aplicar por vía intravenosa 18 a 24 millones de unidades de penicilina sódica cristalina durante 10-14 días, seguido de 2.4 millones de penicilina benzatinica cada semana por tres semanas.

En general existe controversia en cuanto al tratamiento de la uveitis en pacientes con sífilis pero la tendencia es a tratar todo paciente con afección ocular con un régimen para neurosífilis en especial si el paciente es VIH positivo.(2,3,4)

En pacientes alérgicos a penicilina se ha propuesto la desensibilización al antibiótico ya que ninguno de los tratamientos alternos es útil en la presencia de neurosífilis.

En casos de sífilis primaria, secundaria o terciaria sin neurosífilis se han utilizado tetraciclinas, eritromicina e incluso ceftriaxona con

resultados menos efectivos. En caso de pacientes embarazadas la penicilina es un medicamento seguro y efectivo con un riesgo teratogénico B. Cabe mencionar que nuestro paciente recibía tratamiento con eritromicina como profilaxis para proceso infeccioso no identificado.

Los esteroides tanto tópicos como sistémicos juegan un papel definitivo en el tratamiento de la inflamación intraocular por sífilis. Incluso reportes por Danesh-Mayer et al recomiendan el uso de esteroides previos al inicio de antibiótico para evitar la posible reacción de Jarish-Herxheimer. (5)

En nuestro instituto hospitalario preferimos realizar la impregnación de antibiótico previo al inicio de esteroides. Cabe mencionar que nuestro paciente presentó fatiga y ataque al estado general desde su ingreso, estado que mejoró durante su estancia hospitalaria lo que descarta una reacción de J-H.

CONCLUSIONES

Los conceptos más relevantes a recordar de este trabajo son:

- 1- La uveítis es la manifestación ocular más común en pacientes con VIH y sífilis y lo más frecuente es que existan signos tanto de uveítis anterior como posterior (panuveítis). La vitritis aislada es una manifestación atípica en estos pacientes. No hay diferencias significativas en cuanto a las manifestaciones clínicas entre paciente con VIH y aquellos sin VIH.
- 2- En pacientes VIH la sífilis parece ser de progresión más rápida y se asocia de forma estrecha con neurosífilis la cual puede presentarse en cualquier etapa de la enfermedad.
- 3- Las pruebas serológicas son esenciales para el diagnóstico cuando existe la sospecha clínica. Las pruebas no-treponémicas no indican severidad del cuadro ocular, más son útiles ya que reflejan la actividad sistémica de la infección y permiten monitorizar la respuesta al tratamiento. Toda prueba serológica para la detección de sífilis puede volverse negativa. Por lo tanto debemos tener en cuenta que es posible subestimar la incidencia de infección previa, en especial si se dio tratamiento estandar.

- 4- Toda prueba serológica tiene menor especificidad en pacientes inmunocomprometidos, en especial si el paciente es VIH positivo y presenta manifestaciones de SIDA ya que la disfunción inmunológica progresiva altera los resultados. Siempre que nos enfrentemos a un paciente con dichas características lo ideal es biopsiar alguna zona visiblemente enferma del paciente y buscar las espiroquetas bajo el microscopio.
- 5- Aunque la literatura reporta conteos de CD4 desde 5-1029 cel/ml en los pacientes con sífilis y VIH, los pacientes más propensos a presentar serología negativa para sífilis son aquellos con 200 cel/ml o menos y la infección puede presentarse con cualquier conteo celular.
- 6- Aunque la literatura sugiere realizar PL en todo paciente con sífilis ocular, no es indispensable para el diagnóstico y en pacientes VIH no debemos olvidar las alteraciones del LCR inherentes a la afección por el virus.
- 7- Todos los pacientes con sífilis ocular deben tratarse con régimen para neurosífilis como indicado anteriormente. Con este tratamiento existe una mejoría de la agudeza visual en 67% de los casos y una disminución en la inflamación

intraocular en 92%.A pesar de dicho tratamiento puede haber recurrencias hasta en un 14%.

- 8- En todo paciente con Sífilis debe descartarse la presencia de infección por VIH, ya que una facilita la adquisición de la otra. El oftalmólogo juega un papel importante en el tratamiento y diagnóstico del VIH-SIDA ya que hasta un 70% de pacientes con esta enfermedad presentan alteraciones oculares en algún momento de su evolución.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Browning D. Posterior Segment Manifestations of Active Ocular Syphilis, Their Response to a Neurosyphilis Regimen of Penicillin Therapy, and the Influence of Human Immunodeficiency Virus Status and response. *Ophthalmology* 2000; Vol.107, No.11: 2015-23.
- 2- Rangel R, Ocular Manifestations of Syphilis. *EMedicine Journal*. 2001. Vol.2. No.6:1-20.
- 3- Shalaby IA, Syphilitic uveitis in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. *Arch Ophthalmology*. 1997; 115:469-473.
- 4- Aldave AJ, Ocular Syphilis. *Current Opiniono in Ophthalmology*. 2001,12:433-441.
- 5- Margo C, Ocular Syphilis. *Survey of Ophthalmology*. 1992 37:203-220.

- 6- Kuo I, Vitritis as the Primary manifestation Of Ocular Syphilis in Patients with HIV Infection. American Journal of Ophthalmology.1998;125:306-311.
- 7- Becerra L, Syphilitic Uveitis in Human Immunodeficiency Virus-infected and noninfected Patients. Ophthalmology 1989,96:1727-1730.
- 8- Deschenes J, Acquired Ocular Syphilis: Diagnosis and Treatment. Annals of Ophthalmology. 1992;24:134-138.
- 9- Cunningham E, Uveitis in HIV Positive Patients. British Journal of Ophthalmology 2000;84:233-237.
- 10- Cubillan L, Syphilitic Uveitis and Dermatitis. Archives of Ophthalmology 1998;116:696-698.
- 11- Gass JD, Acute Syphilitic Posterior Placoid Chorioretinitis. Ophthalmology 1990;97:1288-1297.
- 12- Dowell M, Response of Latent Syphilis and Neurosyphilis to Ceftriaxone Therapy in Persons Infected with Human

Immunodeficiency Virus. The American Journal of Medicine.
1992;93:481-488.

13- Guinan ME, Treatment of Primary and Secondary Syphilis:
Defining failure at three and six month follow-up. JAMA 257:359-
360. 1987.

14- Rapkin JS, Bilateral dislocation of the crystalline lens in a
Patient with presumed syphilitic uveitis. Henry Ford Hosp med
Journal. 34:207-211, 1986.

15- Villanueva AV, Posterior Uveitis in Patients with Positive
Serology for Syphilis. Clinic Infectious Disease 2000,30:479-485.

RESUMEN

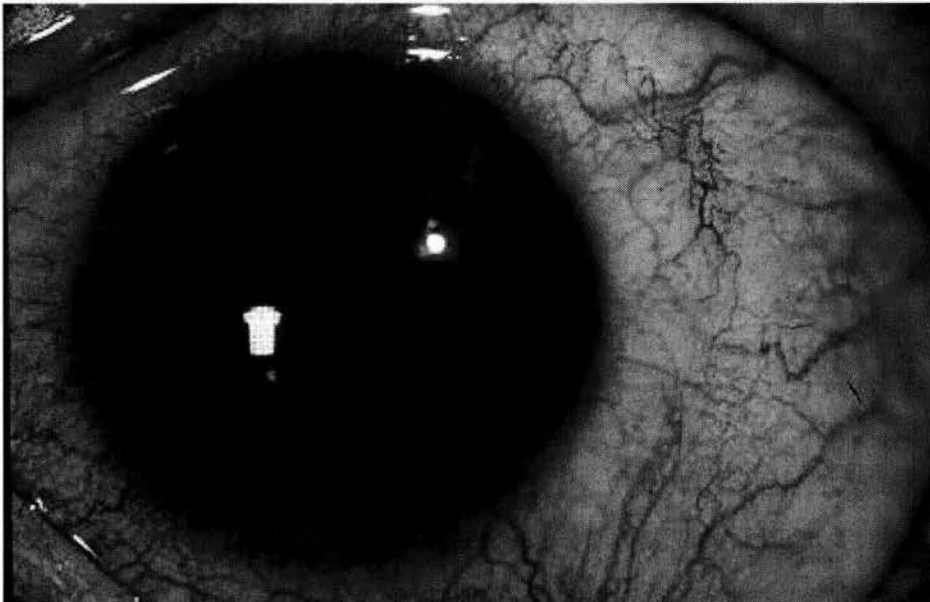
La sífilis ocular ha disminuido su incidencia desde la década de los 90. Por tal motivo el médico ha dejado de sospechar de esta enfermedad como agente etiológico en pacientes con uveítis.

Sin embargo en pacientes con VIH-SIDA la enfermedad ha aumentado. Estos pacientes aunque presentan los mismas manifestaciones clínicas que un paciente inmunocompetente tienden a presentar una evolución más agresiva, recurren con mayor frecuencia y tienen alto riesgo de desarrollar neurosífilis.

Por lo tanto el conocimiento de las manifestaciones de la enfermedad así como las diferencias entre pacientes VIH y no VIH es muy importante y mediante el reporte del siguiente caso clínico podremos sospechar nuevamente de este viejo enemigo y evitar en la mayor medida posible las devastadoras consecuencias oculares de la infección por sífilis e incluso en algunos casos diagnosticar en un paciente que desconoce su estado inmunológico el virus de inmunodeficiencia humana.

Caso Clínico

- Segmento Anterior



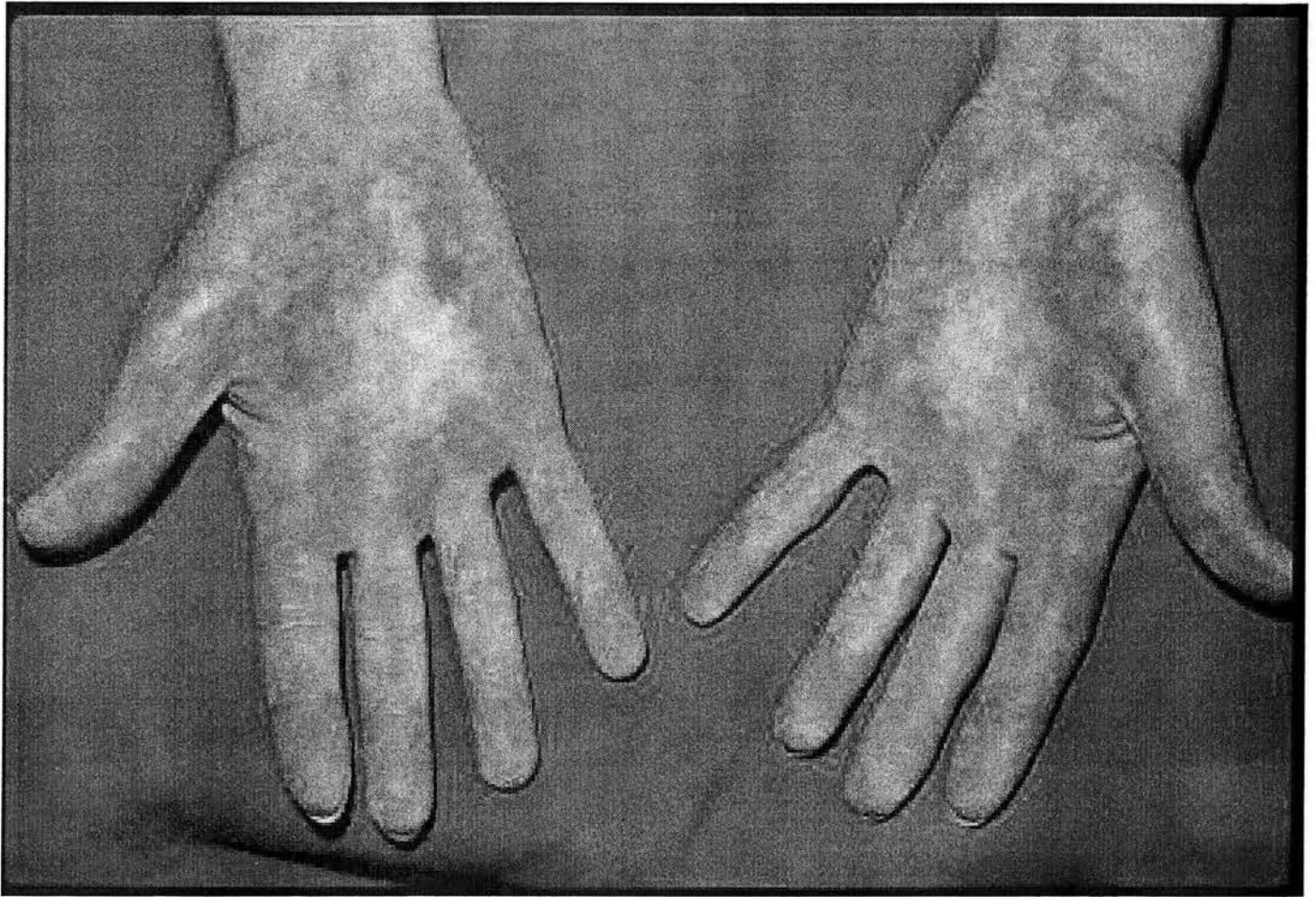


FIG. IA

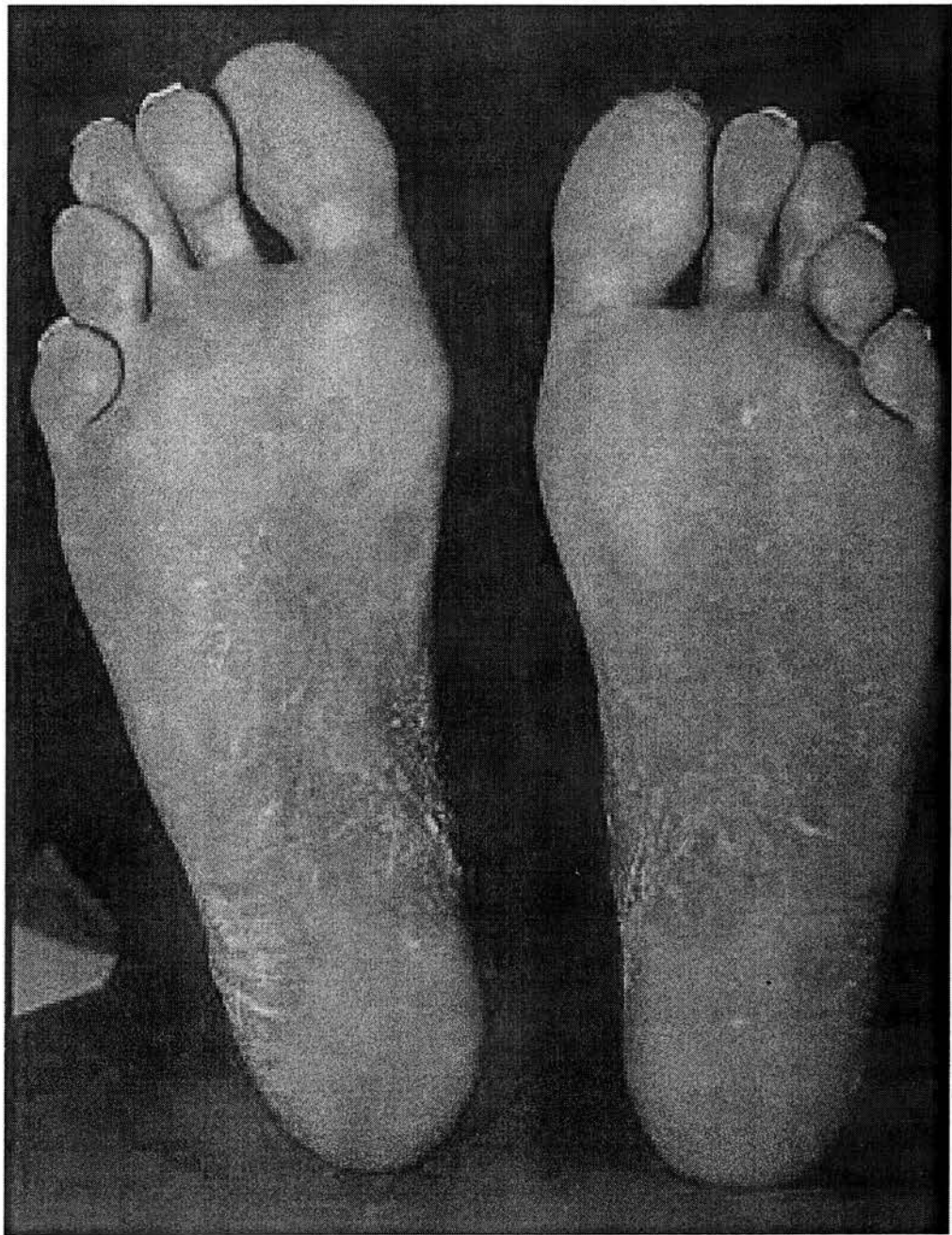


FIG. 1B

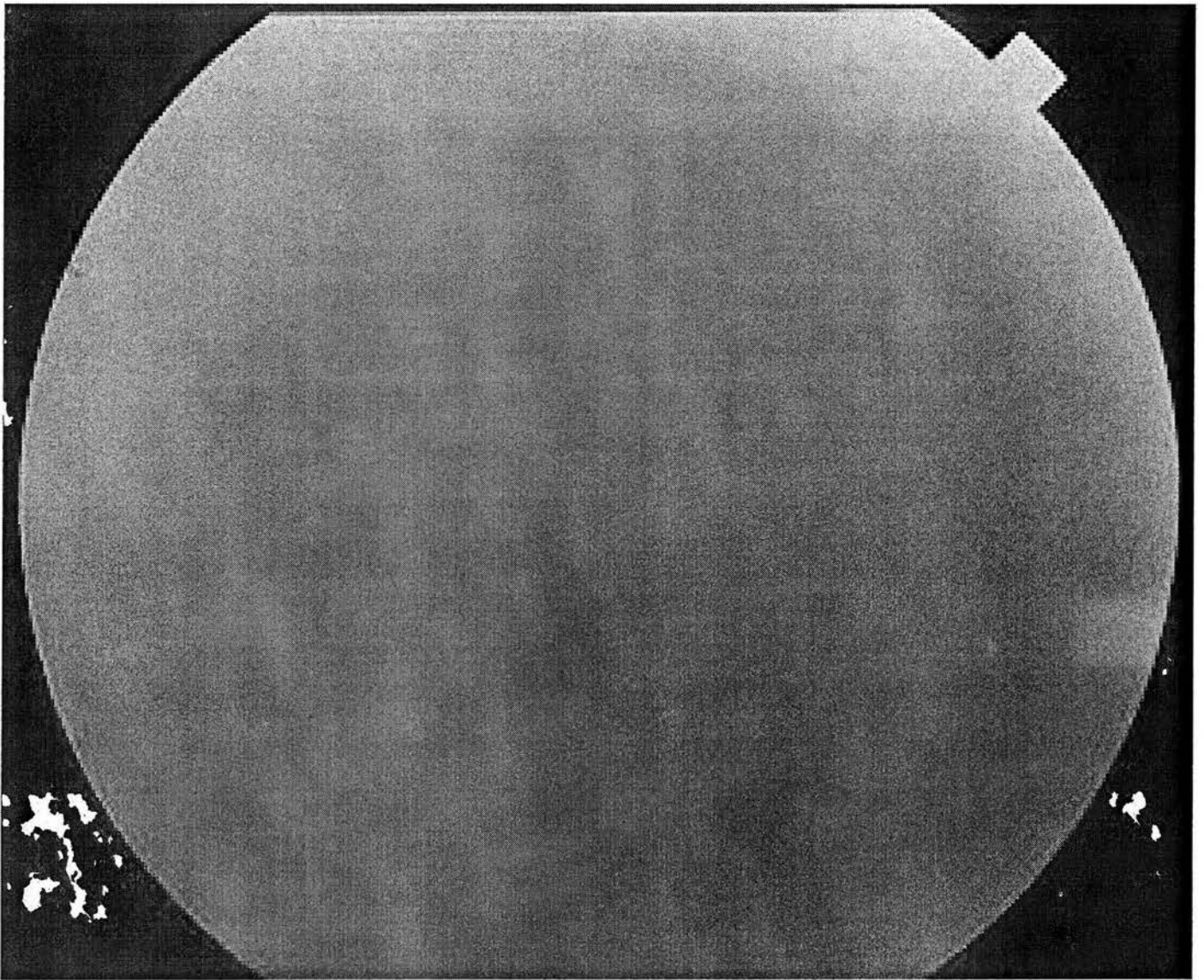


FIG. 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

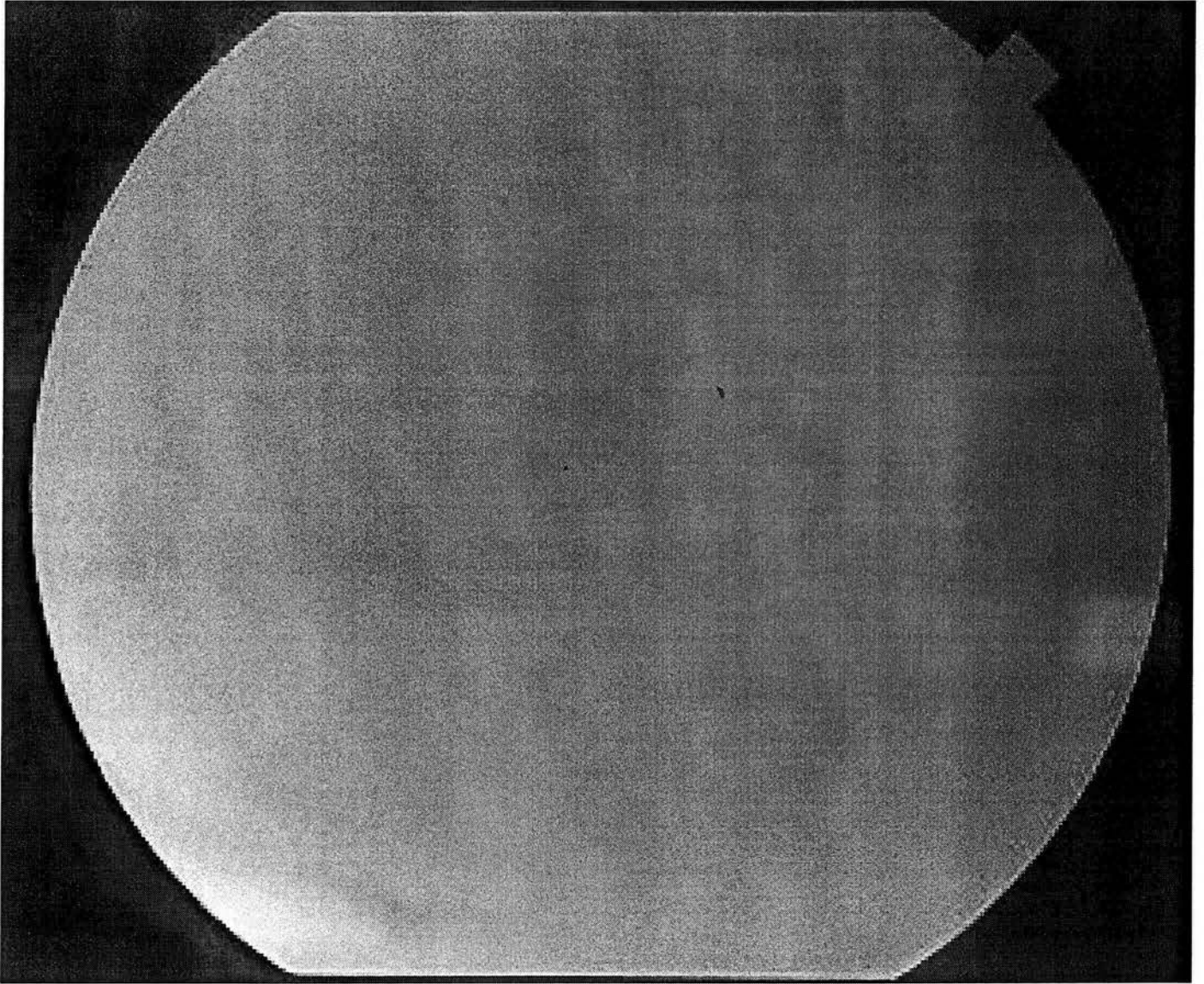
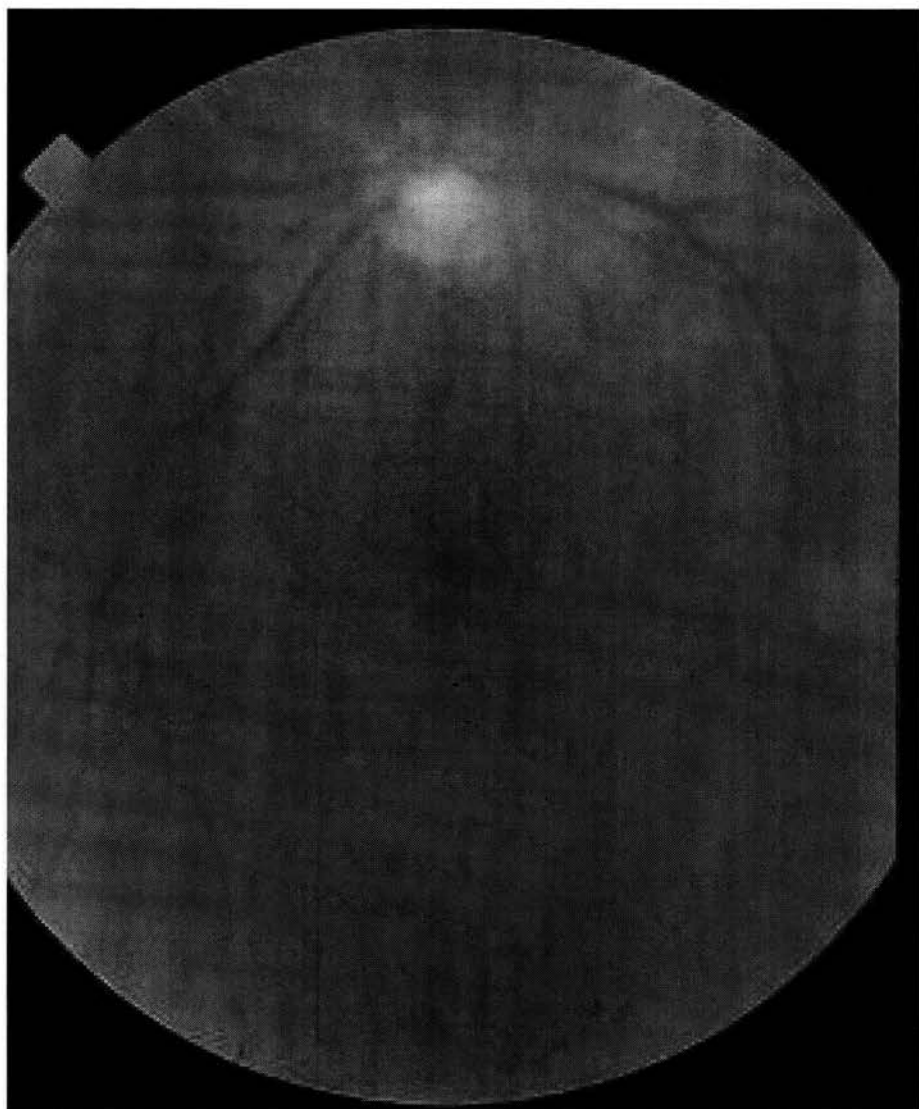


FIG. 3

Caso Clínico

- Fondo de Ojo:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caso Clínico

- Fondo de Ojo:

