



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“SÍFILIS OCULAR, PRESENTACIONES CLÍNICAS DE LA GRAN
SIMULADORA EN POBLACIÓN MEXICANA DE UN HOSPITAL
OFTALMOLÓGICO”**

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el título de especialidad en Oftalmología

PRESENTA

Dra. Denisse Cuéllar Ramírez

TUTOR

Dr. Miguel Pedroza Seres

México D.F. Agosto 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CESION DE DERECHOS

En la ciudad de México D. F., el día 25 del mes de Febrero del año 2013, el (la) que suscribe Dr. (a) Denisse Cuéllar Ramírez, alumno (a) del Programa de (Oftalmología o Alta Especialidad del Posgrado) de la Facultad de Medicina, sede académica Instituto Fundación de Asistencia Privada “Conde de Valenciana” I.A.P, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del (de la) Dr. Miguel Pedroza Seres y cede los derechos del trabajo titulado “Sífilis Ocular, Presentaciones Clínicas De La Gran Simuladora En Población Mexicana De Un Hospital Oftalmológico”, a la Universidad Nacional Autónoma de México para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben de reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del director del trabajo bajo reserva de contravenir tácitamente a la ley Federal de derechos y protección del autor. El permiso puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección electrónica uveamx@gmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y cita la fuente del mismo.

Dra. Denisse Cuéllar Ramírez

Dr. Miguel Pedroza Seres

Residente de 3er año

Jefe del Departamento de Úvea

Dr. Enrique Graue Wiechers

Profesor del curso

Dr. Miguel Pedroza Seres

Director y Asesor de Tesis

Dr. José Luis Rodríguez Loaiza

Jefe de enseñanza

ÍNDICE

PÁGINAS

Introducción	4
Justificación	8
Objetivos	9
Material y Métodos	9
Diseño del estudio	9
Implicaciones éticas	9
Muestra	9
Variables del estudio	10
Resultados	12
Discusión	14
Conclusión	16
Bibliografía	16
Anexos	18

Hojas de Recolección de Datos

Introducción.

Una epidemia en el siglo XV en Europa fue el inicio de la historia de la sífilis; las espiroquetas fueron descubiertas en 1876 por Weil; en 1906, Wassermann introduce la primera prueba diagnóstica para sífilis. Durante el siglo XIX, la mortalidad fue mayor (25%) en los pacientes con sífilis que con los controles (14%). La principal causa de muerte se atribuyó a las complicaciones cardiovasculares o bien afección del sistema nervioso central (SNC). En los 40 del siglo pasado, la penicilina cambió dramáticamente la evolución de esta enfermedad hasta que resurgió con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹

El *Treponema pallidum* es el agente etiológico de la sífilis, enfermedad de transmisión sexual. Desde su descubrimiento en Europa, la enfermedad ha colectado diversos sobrenombres como “ la gran imitadora” debido a que es diagnóstico diferencial de diversas entidades debido a la gran variedad de sus presentaciones, especialmente en neurosífilis.

Después del descubrimiento de la penicilina como tratamiento de la sífilis, esta enfermedad ha sido menos común, siendo hoy en día un diagnóstico considerado ampliamente pero rara vez diagnosticado. No obstante se ha visto un incremento reciente en las cifras de sífilis, especialmente entre la población con VIH.

La enfermedad tiene tres estadios:

1. La Sífilis Primaria, caracterizada por la presencia del chancro, el cual se inicia en el sitio de la inoculación, usualmente en la región genital. Si la enfermedad no es tratada progresa a sífilis secundaria
2. La Sífilis Secundaria se caracteriza por un rash maculopapular generalizado, más pronunciado en las palmas y las plantas y linfadenopatía; ocurre entre la cuarta a la décima semanas de la manifestación inicial de la enfermedad. El cuadro clínico característico es: fiebre, debilidad, cefalea, náuseas, anorexia y dolor articular; otros órganos pueden afectarse en este estadio, como son riñones, hígado, tracto gastrointestinal. Los ojos se afectan en aproximadamente un 10% de los casos. El siguiente periodo llamado «estadio tardío» se divide en una fase latente temprana (un año después de la infección inicial) y la fase latente tardía (años después). Aproximadamente, un tercio de los pacientes progresa a la sífilis terciaria.
3. La Sífilis Terciaria puede ser definida en tres grandes grupos: 1) sífilis terciaria benigna, 2) sífilis cardiovascular y 3) neurosífilis. La lesión característica en este estadio es el «goma» que histológicamente es un granuloma; se encuentra en la piel y membranas mucosas, aunque puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la coroides y el iris. La sífilis cardiovascular puede afectar las

arterias coronarias o la aorta; la neurosífilis llega al sistema nervioso central vía vascular o daña directamente el parénquima. Por falta de tamizaje en el recién nacido, la sífilis congénita se detecta con las alteraciones por sífilis después de los dos años de edad con hepatoesplenomegalia, cambios radiológicos en huesos largos, rash descamativo en la piel, baja de peso, neumonía y anemia intensa. Las manifestaciones posteriores son los dientes de Hutchinson, molares Mulberry, anomalías faciales, sordera por daño del VIII nervio craneal, cambios característicos como perforación del paladar duro y neurosífilis. Las complicaciones cardiovasculares son raras en la fase tardía.

El compromiso del SNC se observa en 8 a 40 % de los pacientes, las manifestaciones de la neurosífilis fueron identificadas en el año de 1822 por Antoine-Laurent Bayle, entre las que sobresalen el tabes dorsalis, conocida como demencia paralítica o parálisis progresiva además de manifestarse como un cuadro de meningitis o presentarse con tinnitus y/o vértigo o incluso puede ser asintomático. No obstante también las manifestaciones oculares pueden ser una forma de presentación de la neurosífilis. **Figura 1.**

El diagnóstico temprano puede evitarle al paciente complicaciones visuales devastadoras.

El compromiso ocular en general se presenta como una uveítis anterior que puede ser leve y asintomática en 5 a 10% de los casos, puede producir una reacción inflamatoria posterior, intermedia, anterior y/o difusa ocular, uni o bilateral, granulomatosa o no granulomatosa.

Las manifestaciones oculares de los pacientes con sífilis pueden comprometer prácticamente cualquiera de las estructuras del ojo.

El diagnóstico se sospecha en presentaciones inusuales de un amplio abanico de enfermedades oculares, principalmente aquellas que afectan la úvea, confirmándose con la realización de tests treponémicos y no treponémicos en sangre y LCR.

En el mundo hay una incidencia anual de aproximadamente 12 millones de pacientes con sífilis; el 90% ocurren en países en desarrollo. La incidencia en Estados Unidos de Norteamérica es de 2.5 casos por cada 100,000 ciudadanos, con mayor frecuencia de los afroamericanos y menos común en caucásicos no hispanos.

El diagnóstico de la sífilis es clínico; sin embargo, a nivel ocular las pruebas de laboratorio son necesarias, debido a la gran diversidad de manifestaciones clínicas que pueden confundir al oftalmólogo. La prueba FTA-abs (prueba de inmunofluorescencia) y la prueba

de microhemaglutinación para *T. pallidum* son las más apropiadas, ya que otras pruebas, como el VDRL, son poco sensibles debido a que el treponema estimula anticuerpos anticardiolipina. Con el VDRL son muchas las causas de falsos positivos para la sífilis, por ejemplo: lupus eritematoso sistémico, cirrosis biliar y artritis reumatoide. La prueba de FTA-abs tiene un costo alto, como para aplicarla en todo paciente con uveítis. De un estudio con 574 pacientes con uveítis, sólo un paciente tuvo la prueba positiva y el costo fue mayor de 8,000 dólares americanos, por lo que los antecedentes y la clínica deben ser el principal apoyo para sospechar sífilis ocular.³

La sífilis ocular es muy rara, equivale a 1-2% de las uveítis; sin embargo, es una enfermedad simuladora que puede confundirse, en especial en sujetos inmunocompetentes, ya que los pacientes con VIH positivo son más susceptibles para adquirirla. La coinfección del VIH con la sífilis aumenta el riesgo de afección del sistema nervioso central, los pacientes con SIDA que no reciben terapia antirretroviral, padecen afección bilateral y del segmento posterior.

Son muchas las formas de manifestarse a nivel ocular; la mayoría de las publicaciones menciona casos aislados en estadios de sífilis secundaria fase crónica, y la mayoría en la neurosífilis. En la córnea se sospecha cuando hay una queratitis estromal bilateral, que puede asociarse con glaucoma de ángulo cerrado. En el iris se puede expresar como uveítis granulomatosa. En una serie de casos de Barile⁴, se mostró 9% de uveítis posterior y 27% de panuveítis. Chao JR y colaboradores⁵ reportan cuatro pacientes con neurosífilis por VDRL positivo y aumento de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo. Dos enfermos tenían coriorretinitis placóide, un paciente homosexual presentó papiledema bilateral y un hombre heterosexual uveítis anterior y papiledema bilateral. La afección del polo posterior puede variar tanto como vasculitis, edema macular, neuroretinitis e incluso necrosis retiniana. Las manifestaciones neurooftalmológicas de la sífilis incluyen pupila de Argyll-Robertson, parálisis de nervios oculomotores y neuritis óptica.¹⁻³

El tratamiento de la afección ocular por sífilis debe ser como en la neurosífilis; se recomiendan 12 MU diarias de penicilina G intravenosa por 10-14 días o 2.4 MU de penicilina procaínica intramuscular por día, con probenecid oral por dos semanas. La penicilina benzatínica puede aplicarse al terminar el tratamiento de la penicilina G o la procaínica; no debe aplicarse como primera opción, pues no alcanza niveles suficientes en el líquido cefalorraquídeo. En caso de resistencia, puede aplicarse ceftriaxona, 1 g 2 veces al día por siete días.

El objetivo del presente trabajo es presentar una serie de veinte cinco casos de sífilis ocular en un Hospital de alta concentración nacional, estudiados en los Servicios de

Oftalmología Integral y Úvea del Instituto de Oftalmología "Fundación Conde de Valenciana" I.A.P durante el periodo comprendido de septiembre de 2005 a agosto de 2013.

Detallamos las manifestaciones clínicas y evolución posterior a la terapia específica destacando el alto índice de sospecha necesario para el diagnóstico, determinado por la ausencia de hallazgos patognomónicos de la enfermedad a nivel oftalmológico.

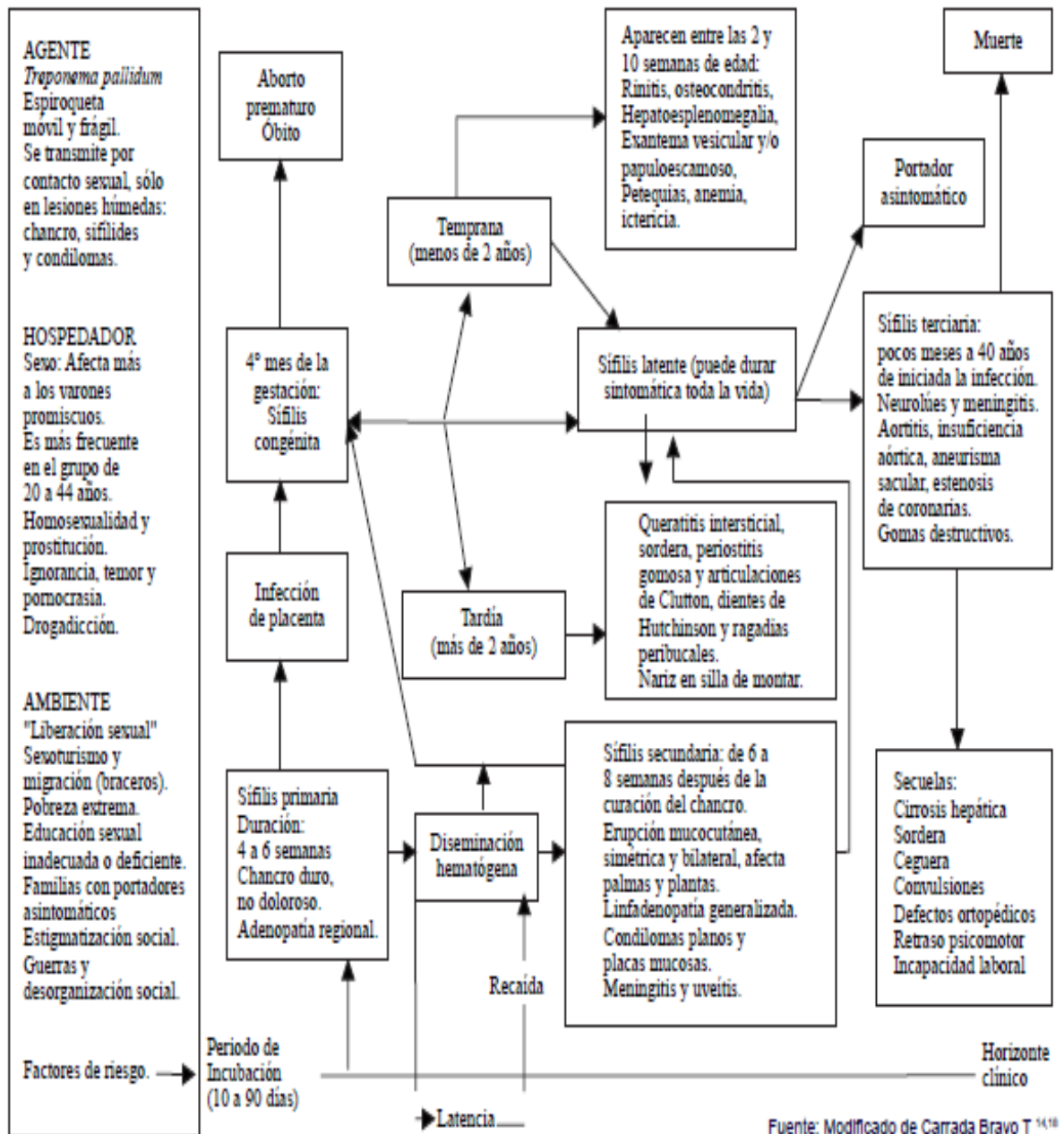


Figura 1. Historia Natural de la Sífilis no Tratada

Justificación.

Durante 1998 y 2000, la Secretaría de Salud de México registró 1,732 y 1,824 casos anuales de sífilis adquirida (tasa de 1.82 por 100,000 habitantes), estas cifras, parecerían indicar que la sífilis es un padecimiento poco frecuente en este país, pero, al revisar varios estudios de investigación realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública, en diversos grupos de la población mexicana se observó:

- En 1,371 hombres quienes solicitaron diagnóstico de VIH en el CONASIDA en 1992, se encontró una prevalencia de los anticuerpos séricos contra *T. pallidum* de 15.1%.
- En diversas seroencuestas efectuadas en sexoservidoras mexicanas entre 1992 y 1999, se registró una positividad variable del 6.4% al 16.2%.
- En las usuarias de los servicios de ginecología y planificación familiar de la ciudad de México y de Cuernavaca, Mor. en 1994-1995, la prevalencia de anticuerpos treponémicos fue en 1.1% a 2.5%.

Esta información indica la existencia de un enorme subregistro de los casos infectados, y los médicos generales deberían estar más alertas al considerar que la sífilis es una de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) de más frecuente hallazgo.

La sífilis ocular es una entidad muy bien descrita que puede ser resultado de una infección adquirida o congénita. Estudios de la época pre-antibiótica y más recientes muestran que la sífilis ocular es una de las manifestaciones más comunes de la neurosífilis.

Se han reportado una enorme variedad de manifestaciones oculares de sífilis temprana incluyendo las siguientes:

- Lesiones pápulo-escamosas de las parpados, perdida temporal de las cejas, conjuntivitis papilar difusa, escleroconjuntivitis, queratitis intersticial, iritis, corioretinitis y neuritis óptica.

En casos de sífilis temprana como tardía, la uveítis anterior es la manifestación ocular más comúnmente observada, sugiriendo que una uveítis posterior es más común en aquellos con VIH.

Pero se tiene poca información en cuanto al comportamiento de la sífilis y sobretodo de las manifestaciones oculares en población mexicana, por lo que nos dimos a la tarea de recopilar desde los diagnósticos iniciales, manifestaciones, manejo y complicaciones de los pacientes a quienes finalmente se les confirmó un diagnóstico de sífilis ocular en uno de los centros oftalmológicos más concurridos en México.

Objetivo General.

Describir las diferentes manifestaciones oftalmológicas de la sífilis ocular en la población mexicana y determinar el tiempo en el que se tardó la realización del diagnóstico, se presentan los antecedentes de riesgo, cuadro clínico general, oftalmológico y datos de laboratorio.

Material y Métodos:

Diseño del estudio

Estudio observacional, retrospectivo con una serie de casos.

Implicaciones éticas

La recusación de información de los expedientes electrónicos de los pacientes vistos en el servicio de Úvea del 2005 al 2012, no implica ningún riesgo para el paciente así como tampoco es un factor que altere la evolución de su patología ocular.

Muestra

Se revisaron los expedientes electrónicos de los pacientes con diagnóstico de sífilis ocular, registrados en el sistema del Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana” I.A.P en el servicio de Úvea, registrados desde el año del 2005 hasta el presente, siendo un total de 25 pacientes los que se obtuvieron bajo estos criterios.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico confirmado final de sífilis ocular mediante pruebas antigénicas como FT-ABS y VDRL solicitadas y valoradas en el servicio de Úvea del del Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana” I.A.P.

Criterios de exclusión: Pacientes en los que se haya descartado el diagnóstico de sífilis ocular por la presencia de otra patología o cuya sospecha no se haya confirmado mediante las pruebas antes descritas.

Variables del estudio

Variables independientes: Sífilis, *Treponema Pallidum*, Sífilis Ocular

Sífilis:

Definición conceptual: La sífilis o lúes es una infección de transmisión sexual crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*.

Definición operativa: La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, por contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal).

Tipo de variable: cualitativa

Medición: nominal.

Treponema Pallidum:

Definición conceptual: Bacteria espiroforme , gram negativa, perteneciente al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae. Su diámetro es de 0,1 a 0,2 micrómetros y su longitud entre 5 y 15 micrómetros. Su estructura básica consiste en un filamento axial incluido en un cilindro de helicoidal de citoplasma. El filamento es morfológicamente similar al flagelo bacteriano y le otorga movilidad.

Definición operativa: Es una espiroqueta altamente contagiosa, causante de varias enfermedades al ser humano, principalmente la sífilis.

Tipo de variable: cualitativa

Medición: nominal.

Sífilis Ocular:

Definición conceptual: Es una enfermedad simuladora que puede confundirse, en especial en sujetos inmunocompetentes, la mayoría de las publicaciones menciona casos en neurosífilis y casos aislados en sífilis secundaria.

Definición operativa: Se sospecha en la córnea cuando hay una queratitis estromal bilateral, que puede asociarse con glaucoma de ángulo cerrado. En el iris se puede expresar como uveítis granulomatosa, uveítis posterior y panuveítis.

Tipo de variable: cualitativa

Medición: nominal.

Variables dependientes: VDRL y FTA-Abs

VDRL:

Definición conceptual: VDRL (por su siglas en inglés, *Venereal Disease Research Laboratory*) es una prueba serológica con sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis.

Variable cuantitativa, ordinal.

Definición operativa: El VDRL es una técnica de floculación que utiliza el antígeno de cardiolipina para detectar anticuerpos antitreponémicos inespecíficos producidos por el individuo.

ante una infección sífilítica

Variable: cuantitativa.

Medición: ordinal.

FTA-Abs:

Definición conceptual: Es un test treponémico para sífilis. Usa anticuerpos específicos para las especies del *Treponema pallidum*, este test es más específico que los test no treponémicos como el VDRL. El FTA-Abs se positiviza más temprano y permanece positivo más tiempo que el VDRL.

Definición operativa: Es una reacción de fluorescencia directa. Se utiliza una inmunoglobulina anti-*Treponema* marcada con isotiocianato de fluoresceína (FITC) que ha sido absorbida con *Treponema phagedensis*, *treponema Reiter*, o un anticuerpo monoclonal anti-*T. pallidum* marcado con FITC. La inmunoglobulina marcada reacciona con el antígeno *T. pallidum*, subespecie *pallidum* en el material de la prueba.

Variable: cuantitativa.

Medición: ordinal.

Técnica de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)

La técnica se practica normalmente en lámina de cristal, en la que se mezcla el suero del paciente (previamente calentado para inactivar el complemento), con una suspensión fresca de antígeno de cardiolipina; esta mezcla se agita de forma rotatoria y al cabo de pocos minutos puede observarse la floculación utilizando un microscopio de bajo aumento; sus resultados pueden expresarse tanto cualitativa como cuantitativamente.⁹⁻¹¹

Técnica de FTA-ABS (*Absorción de anticuerpos fluorescentes para Treponema Pallidum*)

Se utiliza suero inactivado por calor, el que se coloca sobre una lámina donde se encuentra el *Treponema pallidum* es suspensión (por lo menos 30 microorganismos por campo). El conjugado consiste en antiglobulina humana (IgG o IgM) con isotiocianato de fluoresceína. Se coloca material a examinar en un portaobjeto formando un círculo de 1 cm de ancho, aproximadamente 10 µl del material y secar al aire. Si es posible preparar 4 portaobjetos de cada espécimen. Posteriormente se fijan los extendidos en acetona por 10 minutos o con metanol 100 % por 10 segundos o con calor suave. Después, se cubre cada extendido con conjugado diluido (aproximadamente 30 µl), y colocar en cámara húmeda a 35-37 °C por 30 minuto. Se lavan los extendidos con solución salina balanceada (SSB) y se cubren con SSB por 10 minutos. Se hace un lavado final con agua destilada y se seca con papel de filtro, después se aplica una gota de líquido de montaje y se coloca un cubreobjeto. Se leen los portaobjetos en una cámara oscura y se examinan en microscopio de fluorescencia con objetivo de 40X y con un objetivo de inmersión de 100X para confirmación. El criterio de informe se reporta de la siguiente manera: Se observaron por inmunofluorescencia directa, treponemas inmunológicamente específicos para *T. pallidum*.¹²

Resultados.

Se realizó la revisión de un total de 22 expedientes electrónicos de pacientes con diagnóstico de Sífilis Ocular del 2005 al 2012. El promedio de edad fue de 60.2 años, (66.6 años en mujeres y 50.9 años para hombres). Las mujeres representaron el 50% (11 pacientes mujeres) y los hombres el 50% (11 pacientes varones) de los pacientes estudiados, siendo sólo un paciente menor de edad, un varón de 16 años, representando el 4.5% de los casos.

Se analizó el presunto diagnóstico inicial, el diagnóstico final, las agudezas visuales, presiones intraoculares, tiempo que tardó el diagnóstico desde la primera consulta, complicaciones, procedimientos requeridos, tratamiento y estudios paraclínicos realizados en cada uno de los veintidós pacientes.

Respecto al diagnóstico inicial, el diagnóstico final fue uveítis por sífilis, 31% (7 casos) unilaterales y 69% bilaterales (15 casos), dentro de estos casos, 17 (77%) fueron panuveítis y en los 4 pacientes restantes (18%) el cuadro de presentación fue una uveítis anterior granulomatosa en un caso (4.5%), uveítis anterior no granulomatosa en otro caso (4.5%) y 2 pacientes (9%) presentaron escleritis asociada a sífilis.

En un paciente el diagnóstico final de panuveítis por sífilis fue cambiado a endoftalmitis crónica, diagnosticado mediante vitrectomía y cultivo realizados (4.5%). De todos, sólo un joven de 23^a estuvo relacionado a virus de inmunodeficiencia adquirida diagnosticado al momento de realizar el protocolo laboratorial para el diagnóstico de la panuveítis que representó el 4.5% de los casos.

Las agudezas visuales iniciales tuvieron una visión mejor de 20\40 en un 36% y peor de 20\40 en el resto 44%. La agudeza inicial de 20\400 fue encontrada en el 50% de los casos y la agudeza visual inicial empeoró a menos de 20\400 en un 47.7% de los casos y sólo un paciente tuvo una visión final de no percepción de luz.

Al observar el comportamiento de las presiones intraoculares en 7 casos (31%) al momento de la primera consulta se registró una presión intraocular mayor de 21mmHg, al finalizar el seguimiento sólo 1 caso (4.5%) permaneció con la presión intraocular mayor a 21mmHg y en 1 caso (4.5%) la presión inicial fue normal siendo de 31mmHg en su última consulta.

El diagnóstico se llevó a cabo con pruebas treponémicas y no treponémicas, en 7 casos se presentó un FTA-abs positivo (31%) y el resto presentó un VDRL positivo (69%).

El tiempo que tardó el diagnóstico desde la primera consulta en promedio fue de 5.5 meses desde la primera consulta registrada donde se presentaron datos clínicos de uveítis.

En cuanto a las complicaciones, se registraron las más frecuentes. En cuanto a las complicaciones esclerales, 2 pacientes tuvieron escleritis anterior (9%) y en cuanto a las complicaciones corneales, dos casos presentaron queratopatía en banda (9.09%) y uno (4.5%) presentó una queratopatía bullosa. En cuanto a complicaciones en el segmento anterior, la catarata fue la más prevalente, generándose en 8 casos (36%), respecto a la presión hubo un diagnóstico de hipertensión ocular en 2 casos (9%), hubo 2 casos de glaucoma secundario a uveítis (9%) uno con glaucoma neovascular, ambos requirieron cirugía filtrante, uno posterior al implante de IVA generó una ciclodíalisis que se recuperó con atropina al 1%. En el polo posterior hubo generación de edema macular en 2 casos (9%), un caso requirió antiangiogénico intravítreo por ser edema macular clínicamente significativo; se registró la presencia de membrana epirretiniana foveolar en 1 paciente

(4.5%), vasculitis en otro paciente documentada mediante flurangiografía con fluoresceína y en 3 casos hubo desprendimiento de retina (13%), un desprendimiento de retina seroso, uno traccional (en este caso el desprendimiento traccional fue bilateral) y un desprendimiento total en embudo. En el joven de 23ª que se diagnosticó VIH, también presentó datos por laboratoriales y en placa de torax sugerentes a neumonía atípica por lo que fue referido a otra institución para inicio de antirretrovirales y manejo de la neumonía.

Se requirieron diferentes procedimientos como medida de tratamiento de las complicaciones secundarias a la uveítis, el procedimiento más frecuentemente realizado fue la facoemulsificación de catarata en 7 casos (31%) y en un paciente se requirió extracción extracapsular de catarata (4.5%). El paciente que presentó el desprendimiento seroso de retina fue tratado con cerclaje pero recidivó y posteriormente fue manejado con vitrectomía, 2 pacientes requirieron de implante de válvula de Ahmed (9%) en uno de los casos se requirió reintervención por extrusión del tubo valvular y requirió de crioterapia y LASER por ser el caso que presentó glaucoma neovascular doloroso.

Por último, el tratamiento que se instauró una vez diagnosticada la sífilis ocular fue en 3 casos eritromicina vía oral por antecedentes de alergia a la penicilina (13%) y el resto (77%) fue tratado con un esquema de penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades intramusculares por semana por 3 semanas. 2 casos no se trataron debido a que uno resultó siendo endoftalmitis crónica secundaria a candida y otro paciente se tuvo que referir por neumonía atípica.

Discusión

La importancia de que los responsables de la salud de un país insistan en el control de la transmisión de enfermedades sexuales deriva de la mayor incidencia de este tipo de enfermedades como la sífilis, considerada como «una gran imitadora» de muchas otras enfermedades infecciosas y de algunas autoinmunes. Las pruebas dermatológicas son poco sensibles en la sífilis primaria o secundaria, debido a que hay disminución de los niveles de la blastogénesis de linfocitos normales. En el caso del VIH, éste puede causar una expansión policlonal de inmunoglobulina IgG, dando como resultado activación de células B con un efecto secundario de CD8, lo que complica la infección por el VIH. También puede suceder lo contrario: hay disminución de las células B, dando pruebas serológicas falsas positivas. El T. pallidum aumenta la replicación del VIH; también puede dañar las mucosas aumentando el número de células receptoras al VIH. Los pacientes con úlceras genitales tienen un aumento de excreción de ARN-VIH en el líquido seminal. De los

veintidós casos que presentamos, sólo un paciente tenía VIH positivo, difiriendo con la bibliografía internacional.

El único paciente menor de edad presentó catarata que requirió facoemulsificación bilateral. En la revisión de la literatura más reciente sobre sífilis ocular, la mayoría de los artículos tratan de uno a cuatro casos de esta enfermedad, destacando el estudio que hicieron Ana Villanueva y colaboradores, en el que analizaron, en un centro de referencia de enfermedades vitreoretinianas, a 20 pacientes con uveítis posterior por sífilis durante un periodo de cuatro años. El promedio de edad fue de 58 años, ocho pacientes hombres y 12 mujeres, todos de raza negra. Tres enfermos tuvieron VIH positivo. De acuerdo al tipo de uveítis, dividieron a los casos en dos grupos: aquéllos con uveítis posterior aguda (n = 8) y los que la manifestaron de forma crónica (n = 12). La coriorretinitis fue la forma dominante en 15 casos; tres pacientes tuvieron panuveítis y dos con vasculitis. Todos tuvieron la prueba FTA-abs positiva. Siete pacientes mostraron anomalías en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y, de éstos, dos tuvieron el VDRL positivo.

Todos recibieron tratamiento con penicilina G procaínica. De este estudio, la prueba que les dio el diagnóstico de sífilis fue el FTA-abs en suero; si recordamos que la sífilis terciaria es la fase que más se asocia a las alteraciones oculares, lo ideal hubiera sido estudiar el líquido cefalorraquídeo de todos los pacientes, ya que seguramente tenían neurosífilis.

En los pacientes que describimos, el diagnóstico de neurosífilis no pudo confirmarse debido a que no se hizo VDRL en el líquido cefalorraquídeo y no se presentaron manifestaciones neurológicas, probablemente los pacientes con esta presentación lleguen a Centros Médicos con atención especializada en neurología debido a que nuestro Instituto no cuenta con este tipo de atención.

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes de esta serie de casos, presentaron un cuadro de panuveítis con involucro directo del polo posterior entre los cuales hubo membranas epirretinianas, edemas maculares, 3 desprendimientos de retina, vasculitis y glaucomas secundarios todos con agudezas visuales menores de 20\400 y en los 2 casos que requirieron de cirugía filtrante tuvieron visiones finales de percepción de luz y de no percepción de luz en 1 ojo, por lo que tenemos que la mayor parte de los pacientes que presentan un cuadro con afección posterior se encuentran en riesgo potencial de presentar estas complicaciones que pudieran generar ceguera legal irreversible como la obtenida en estos casos.

Conclusión

En conclusión, la sífilis ocular sigue siendo una causa de afecciones oculares diversas y complejas.

Debemos sospechar este diagnóstico en aquellos pacientes que no presentan otra causa infecciosa o autoinmune característica. No hay que olvidar los antecedentes de riesgo de transmisión sexual que muchas veces los pacientes niegan.

Anexos:

Hoja de recolección de datos

Bibliografía.

1. Funnyé AS, Katar AJ, Ven P. Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *J Nat Med Assoc* 2003; 95 (5): 363-382.
2. Hook EW 3rd, Peeling RW. Syphilis control: A continuing challenge. *N Engl J Med* 2004; 351: 122-124.
3. Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol* 2006; 17: 562-566
4. Barile GR, Flynn TE. Syphilis exposure in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1997; 104: 1605-1609.
5. Chao JR, Khurana RN, Fawzy AA, Reddy HS, Rao NA. Syphilis: Reemergence of an old adversary. *Ophthalmology* 2006; 113: 2074-2079.
6. Levy JH, Liss RA, Maguire AM. Neurosyphilis and ocular syphilis in patients with concurrent human immunodeficiency virus infection. *Retina* 1989; 9: 175-180.
7. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol* 2005; 20: 161-167.

8. Villanueva AV, Sahouri MJ, Ormerod LD, Puklin JE, Reyes MP. Posterior uveitis in patients with positive serology for syphilis. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 479-485.
9. Yehudi M, Nikitas S. Syphilis serology today. *Arch Dermatol* 1980;116(1):84-9.
10. Sánchez M. Infectious syphilis. *Semin Dermatol* 1994;13(4):234-42.
11. Siegel D, Larsen S, Golden E, Morse S, Fullilove M, Washinton A. Prevalence, incidence, and correlates of syphilis seroreactivity in multiethnic San Francisco neighborhoods. *Ann Epidemiol* 1994; 4(6):460-5.
12. Manual de Técnicas y Procedimientos para el Diagnóstico de Sífilis, Laboratorio Nacional de Referencia en ETS Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: Inés Ramírez Cazares EDAD: 70 SEXO: F EXPEDIENTE: 20070904137 No.1						
DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Uveitis infecciosa OI Final sífilis ocular AO	08/10/2007 Traia fta abs y vrld positivo	Inicial 14 y 15 Final 8 AO	Inicial 20/40 y 20/60 Final 20/60 NM y 20/400 (.) 20/60	Sinequias anteriores perifericas Catarata	ultimo paraocular 7/10/10 en OI FACO AO 2009	TP cada 24 horas en AO Nevanac cada 6 horas Esteroide VO Tratamiento con eritromicina en 3 ocasiones. Prednefrin DR, Myriacyl, Homogrin, Eritromicina 500mg cada 12 horas Paraoculares Ultima Cita 09/11/201 Nevanac cada 8hrs
OTROS Paraclínicos AOFT: UAG FTAbs, VDRL y Anticuerpos antitreponema (+) PPD negativo Antecedentes Alergias PENICILINA APP: Cirrosis hepática por Hepatitis B, en tx con complejo B. HAS tx con enalapril Tuberculosis Ganglionar, tx en centromédico durante 1 año, la paciente refiere termino y fue dada alta. 4 de agosto presento hemorragia de várice en en miembro pélvico ameritó hospitalización durante 3 días, transfusión sanguínea en 2 ocasiones y plasma. Sulfato ferroso y ácido fólico por anemia secundaria Ultima Cita OD: pestañas sin escamas meibomio con secrecion aumentada leve conj tarsal con escasas papilas bulbar con pterigion nasal de 1.4 mm cornea clara deposito de pigmento adherido al endotelio en MVI caf con trazas iris con sinequia anterior en M II pupila reflectica depositos de pigmento en LIO OI: pestañas sin escamas meibomio con secrecion aumentada leve conj tarsal con escasas papilas bulbar hiperemia leve, pterigion nasal cornea clara deposito de pigmento adherido con trazas cel pupila discorica corectopica depositos de pigmento en LIO FOD: BD celularidad vitrea antigua + RA papila con exc 30%ANR conservado, maculaconimagen de agujero, NOLP FOI: BD celularidad vitrea antigua +, papila con exc 30% ANR cosnervado, macula aplicada aparenta engrosada						
NOMBRE: Elida Zavala López EDAD: 70 SEXO: F EXPEDIENTE: 20010612341 No.2						
DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial UANG AO Final Uveitis por sífilis AO	10/09/2007	Inicial 16 y 19 Final 17 AO	Inicial 20/20 AO Final 20/30(.)N M y 20/40(.)N M			Penicilina Ultima Cita 24/04/2013 Systane
OTROS						

Paraclínicos

17/04/08

Ac Anti-treponema pallidum (FTA): Positivo ratificado

VDRL: Neg 2008 y 2007 Positivo

Ultima Cita

OD: Anexos sdp, conjuntiva sdp, CAF, cornea con gerontoxón incipiente, iris con ectropión uveal, pupila reactiva, cristalino N1C2.

OI: Anexos sdp, conjuntiva sdp, CAF, cornea con gerontoxón incipiente, iris con nódulo de Koeppe en MIII, pupila reactiva, cristalino N1C1. Sinequia posterior en MI.

FOD: Retina aplicada papila con palides, de bordes definidos, exc 0.5 ANR cosnervao, emergencia central de vasos rel aV 2/3, macula sin BF con cambios pigmentario

FOI: RA, papila palida +, de bordes definidos, exc 0.5 ANR cosnervao, emergencia central de vasos rel aV 2/3, macula sin BF con cambios pigmentarios

NOMBRE: Gregorio González Mariano EDAD: 56 SEXO: M EXPEDIENTE: 20030601244 No.3

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial UANG OD	06/06/2003	Inicial 16 AO	Inicial 2/200	Hipertension Ocular Cataratas	EECC OI 26 marzo 2010 FACO OD 2003	Eritromicina 500 mg c6 x 10 dias Ultima Cita 15/12/201 Shemol c 12h en AO
Final Dx sifilis ocular OD		Final 22 AO	20/20 Final 20/40(.).20 /25 20/25(.).20 /20			

OTROS

Paraclínicos

No están reportados los Laboratoriales j

Antecedentes

APP: niega antecedente de lesiones en piel o genitales

AA: penicilina y diclofenaco

AOFT: conjuntivitis aguda folicular en AO nov 2009

Ultima Cita

OD: Se encuentran anexos sin alteraciones conjuntiva tarsal hiperemica y bulbar hiperemica se encuentra cornea clara CAF vacia iris regular LIO en situ con opacidad de capsula posterior

OI: Se encuentran anexos sin alteraciones conjuntiva tarsal hiperemica y bulbar hiperemica con puntos conjuntivales extruidos se encuentra cornea clara CAF vacia iris regular LIO en situ con opacidad de capsula posteior

FOD: BDF se encuentra papila con excavacion del 40% con bordes bien definidos y coloracion normal, emergencia de vasos central y ANR conservado, retina aplicada brillo foveolar disminuido

FOI: BDF se encuentra papila con excavacion del 40% con bordes bien definidos y coloracion normal, emergencia de vasos central y ANR conservado, retina aplicada brillo foveolar disminuido en periferia se encuentra una lesion en MIX hiperpigmentada con vasos centrales

NOMBRE: Evelio Salgado Ayala EDAD: 53 SEXO: M EXPEDIENTE: 20070104298 No.4

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial UAG OI	21/11/2007	Inicial 20 y 20	Inicial 20/20	Desprendimiento de Retina Seroso OI tratado con cerclaje	Catarata en el 2004 OI Operado de RPX OI en Feb del 2007 con DR recidivante 1 mes después tx con VTM	penicilina benzatinica 2.400.000 im por 3 semamnas.
Final Sifilis Ocular OI		Final 10 11	PLNDC Final 20/20 3/200			Ultima Cita 25/03/2009 aseo, godek y optomicin

OTROS

Paraclínicos

16 de baril del 2008
VDRL negativo FTA Positivo

Antecedentes

APP: negados

AA: negados

AOF: cirugía de catarata del ojo izquierdo hace 4 años. LASER EN EL OJO IZQUIERDO. cirugía de retina y DR seroso OI hace un año

Ultima Cita

OD: telangeictasias cornea xerontoxon infiltrados numulares centrales, pterigio nasal no DRQ pupila reactiva no cel catarat N1

OI: pterigion incipiente cornea con infiltrados nulares centrales, celularidad trazas pupila reactiva, pseudofaco vtreo en bore pupilar infeior sin toque endotelial

FOD: B.D. RA, con palidez de papila, con cambios pigmetarios en retina de forma generalizada, y escasos drusas inferiores.

FOI: B.DRA, con palidez de papila exc 50%, con cambios pigmetarios en retina de forma generalizada. Indentacion en 360. Huellas de crio MVI y MX, con escaso liquido inferior, no DR.

NOMBRE: Adrian Del Arenal Arciniega EDAD: 83 SEXO: M EXPEDIENTE: 20080104979 No.5

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial u. intermedia vs panuveitis idiopatica Final Sifilis ocular AO	12/02/2008	Inicial 22 AO Final 25 AO	Inicial 2/200 4/200(.) 20/80 Final 3/200 AO	Catarata MER OI Hipertension ocular	FACO + LIO OD 11/09/08. y OI en el 2008 paraoculares	2 cursos de penicilina y 1 curso de eritromicina mayo 2010) Caltrate 600 +D Prednefrin cada 4 horas OI Ednapron 5 mg toma 30 mg al dia Augex cada 12 horas AO deflazacort 30 mg D, cosopt Ultima Cita 10/03/2011 IMot cada 12 horas

OTROS

20/07/2009

VDRL +

FTABS -

Masculino de 83 años Dx sifilis ocular AO en txprevio (YA NO EL DÍA DE HOY) con esteroide (x reacción de hipersensibilidad, tx previo 2 cursos de penicilina y 1 curso de eritromicina mayo 2010) acude a revisión y nota disminución de la visión de manera ocasional

APP: Refiere "espiroqueta" en su juventud. trae resumen medico donde se comenta antecedente de chancro sifilitico en su juventud a los 20 años.

Resecion de CA en ala izquierda nasal hace 6 años.

AA neg Reacción de hipersensibilidad secundaria a sifilis opcular

Ultima Cita

AO: Borde palpebral engrosado con escama c t y cb opn hiperemia '' papilas ++ secrecion mucoida córena clara xerontoxon con caf cel + angulsoa abiertos pupia con atrofei difusa midriasis media farmacologiac no reactiva LIOen bolsa con fibosis capusla perférica

FOD: Bd Ra sínirsi vítrea cel antigua ++ papila pálida + exc de 40%anr conservado macula sin bf aparenta engrosada rpno aparenta lp

FOI: BD cel vitrea antigua ++ RA papila palidez temporal ++ exc 45 macula con pliegues parafoveales BF disminuido sin LP

NOMBRE: María Covarrubias Contreras EDAD: 80 SEXO: f EXPEDIENTE: 20100200068 No.6

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
-------------	-----------------	-----	----	----------------	----------------------	-------------

Inicial Endoftalmitis crónica OI 15/04/2010 Dx sífilis ocular OI y cambio a Final 18/06/2010 Endoftalmitis crónica por candida OI	07/04/010	Inicial 26 Final 12	Inicial 1/200 Final NPL		VTM jul 2010 con toma de cultivo PCR+ para gram y hongos candida+ 12/10/2010 Retiro de COMPLEJO lio - Zonula	Ultima Cita Marzo 2011 TP OI cada 12 horas OI Prednefrin cada 24 horas OI VTM diagnostica por endoftalmitis crónica OI.
---	-----------	--	--	--	--	---

OTROS

Paraclínicos

15/04/201
VDRL positivo Ftabs neg
PCR acuosos neg
Cultivo levaduras desarrollo de Candida
07/04/13
Negativos: FR 9.38, Ftabs, anti Tb, toxo IgM
Positivos ro, La, centromeroB, Scl-70 y Jo -1, RPR positivo, IgG

Antecedentes

Femenino 80 años de edad. Dx Endoftalmitiscrónica en OI, acude a revisión. Rewfeire disminución de AV OI desde el 9 de septiembre lo asocia con la realización de OCT, .Además OI rojo de forma intermitente . Refiere dolor cuello desde junio.
Originaria de Guerrero
Toxicoamanis neg
Tabaquismo a base de 1 cajetilla al día desde los 14 años.
APP Cardiopatia en tratamiento con Aspirina protec desde hace 2 .meses
AA Negados
AOFT Cx pterigion AO 20 años, Refiere Cx catarata OD hace 8 años por faco. OI junio 2009 por EECC, con posterior inicio de ojo rojo al mes, refiere capsulotomia Qx dic 2009
El 19 de Julio le realizaron VTM OI x Pble endoftalmitis crónica (se tomo PCR (+) para Gram + y hongos) Se realizo capsulotomia post y se lavo con antibioticos bolsa capsular. Refiere aplicacion de Kenalog hace 1 mes en OI (1 dosis)
AHF: Negado
Ultima Cita

NOMBRE: Agripina Garcia EDAD: 56 SEXO: F EXPEDIENTE: 20010609846 No.7

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECEDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Iridociclitis heterocromica de fuchs AO Final UANG+ Sífilis AO	3 oct 2001	Inicial 16, 24 Final 14,14	Inicial 20/20 20/25 Final 20/25 20/30			2008: Penicilina IM 1.2M 3 dosis Imot, prednefrin Ultima Cita 18/06/12

OTROS

Paraclínicos

FTA-ABS positivo

Antecedentes

femenino de 56 años de edad, acude a revision con diagnóstico de Sífilis ocular OD (FTA-ABS positivo). Actualmente se refiere con leve ardor de OI
APP: DM desde hace 3 años tratada con glibenclamida, UG 90 mg/dl
HAS dx desde hace 6 años de Tx: enalapril.
AA: Negado
AOft: Postoperada de estrabismo hace 6 años de AO.

NOMBRE: Santiago Suarez Garcia EDAD:23 SEXO:M EXPEDIENTE: 20100403780 No.8

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
<p>Inicial Panuveitis AO</p> <p>Final IDX sífilis asociada inmunosupresión VIH AO</p>	<p>27/04/2010 Dism AV AO ayer Cel vítrea+++ AO</p>	<p>Inicial 12 AO</p> <p>Final 9AO</p>	<p>Inicial 20/80 20/30</p> <p>Final 20/50 20/30</p>	Neumonía Atípica	<p>positivos VIH quimioluminiscencia , toxocara canis IgG 10, Ftabs IgG positivo (IgM negativo), IgG Toxoplasma >400</p> <p>negativos PPD (0mm), VDRL, anti Tb IgM <3</p> <p>EGO color amarillo densidad 1.0 ph 6.5 resto SDP</p>	<p>Ultima Cita AO Prednefrin DR, TP x las noches, nevanac , envío al INER</p> <p>Por los resultados de laboratorio y características clínicas, se considera cuadro inflamatorio por sífilis. Tele de torax con datos de infiltrados (pb neumonia). Se envia al INER para valorar inicio de tx antiretroviral e internamiento para tx con antibiotico</p>

OTROS

Ultima Cita

Masculino de 23 años Dx uveitis granulomatosa en estudio acude a revisión con labs refiere mejoría parcial de AV AO APP. Refiere astenia y adinamia, desde hace 1 año y medio presenta unas "verrugas" en parpado OD, desde hace algunos meses presenta tos productiva con secreción espesa, hace 2 años presentó hematoquesis AA neg AOFT LA 3 años ug 1 año

NOMBRE: Guadalupe Culebro EDAD: 55 SEXO: F EXPEDIENTE:20100600189 No.9

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
<p>Inicial Catarata + DC+ DR seroso AO</p> <p>Final Sífilis ocular AO</p>	<p>2 julio 2010 PLAN: ECO AO: vítreo opacidades , DC, DR</p> <p>Positivos FTAabs</p>	<p>Inicial 22,20</p> <p>Final 1, 10</p>	<p>Inicial NPL, 20/200</p> <p>Final NPL PLNDC</p>	<p>16 nov 2010: NPL, MM, pio 10, 48 Tx krytantek, acetadiazol, atro</p> <p>29 nov 2010: NPL, 1/200 PIO 14</p>		<p>Bencetazil 1,200 000 6 en total 6 inyecciones Paraocular de betametasona por DC OI</p> <p>Ultima Cita</p>

OTROS

Ultima Cita

14 feb 2011 Paciente femenino de 55 años Dx DR seroso OI . Es paciente de Uvea, se ha manejado con paraoculares. Es enviada previa valoración por la Dra Acevedo por presentar HTO OI APP neg AA neg AQX neg AOFT OD mala visión desde nov 2009 antecedente DR y catarata OD nov 2009

PLAN Vision baja, Glaucoma 3 meses.

NOMBRE: Santiago Rodriguez Castro EDAD: 39 SEXO: EXPEDIENTE: 20031102665 No.10

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
<p>Inicial GNV OI+ HV+ pbe Fuchs</p> <p>Final Sífilis ocular OI + GNV tx con IVA OI</p>	Nov 2003	<p>Inicial 12 y 33</p> <p>Final 17 y 14</p>	<p>Inicial 20/20 PLDC</p> <p>Final 20/20 20/60</p>	<p>PO valvula Ahmed OI 24 nov 2004</p> <p>Extrusion y tubo con coagulo de fibrina 18/06/2004</p> <p>Crioterapia + laser 2004 por vasculitis</p>	<p>IVA Crioterapia LASER</p>	<p>Penicilina 2.4 millones cada 8 dias # 3 dosis</p> <p>Ultima Cita</p>

OTROS

2 de Julio 2010 Negativo

ANTI TREPONEMA PALLIDUM POSITIVO,

FTA-ABS (anticuerpos antitreponema) segunda prueba positivo y VDRL positivo

Ultima cita

19/03/2013

Masculino de 46 años de edad que acude a revision con antecedente de panuveitis luetica. Se refiere asintomático.

APP:Negado.

AOft: PO de Faco + LIO OI en 02, Panuveitis luetica OI en 2003 con aplicación de 4 paraoculares (no recuerda numero exacto), valvula de Ahmed OI 03 .

Pancrioterapia OI Enero 04, Laser OI Marzo 04. Extrusion de tubo valvular PO recubrimiento con parche escleral en Junio 04.

Alergias:Negados

AOftallmologicos: Los ya comentados

OI no celularidad, papila exc 95%

NOMBRE: Benjamin Hernandez Hernandez EDAD: 82 SEXO: M EXPEDIENTE: 20100803227 No.11

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Pbe enf de Eales	19/08/2010	Inicial 16AO	Inicial 20/300 20/40		VDRL positivo 1:2 AC totales a Treponema Pallidum FTA positivo para IgG	Penicilina Benzatinica TP Prednefrin C/4 horas dosis reductiva. Uvea 1mes
Final Sifilis Ocular		Final 11, 10	Final 20/50 20/30			

OTROS

Ultima Cita

Masculino de 82 años Dx sifilis ocular AO (ya cumplio con esquema de tx penicilina IM) acude a revisión refiere mejoría parcial de AV

APP HAS 10 años evol tx norvas ultima TA refiere normal, Enf prostática pb infecciosa sin tx actual AQX 3 Cx prostata AA neg AOFT Fotocoagulación OD

hace 40 años LA hace 47 años, Bifocales, UG 2 años

NOMBRE: Juana Avelar Ramirez EDAD: 74 SEXO: M EXPEDIENTE: 20061102782 No.12

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Folicular+ escleritis nodular OI		Inicial Dgp normal	Inicial 20/25 20/30 Final 20/60 20/50			Penicilina benzatinica 2.4 millones por 3 semanas Meticorten 60 mg cada 24 hrs
Final Escleritis posterior pbe sec a sifilis OI		Final 14 AO				

OTROS

AC anti treponema pallidum

AC anti treponema POSITIVO

V.D. R. L. POSITIVO

6/10/2008

femenino de 74 años de edad acude a revisión por

escleritis pb secundaria a LUES(SIFILIS) tratada con penicilina y meticorten en 2007.

Actualmente agreaga dolor ocular, ocasional, en OI

APP: HAS dx hace 2 años tx con Enalapril

AA: Neg

AOFT: LA UG hace 2 años

Atx: neg

Ultima Cita

NOMBRE: Roberto Sotelo Corona EDAD: 78 SEXO: M EXPEDIENTE: 20070803173 No.13

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Catarata congénita Cita SA: Corioretinitis Final Sífilis Ocular OD	12/09/07	Inicial 12, 14 Final 12, 14	Inicial Mm, 20/30 Final PLNDC 20/40	DRTotal por ECO OD		Ultima Cita

OTROS

FTA abs +
 Ac antitreponema+
Ultima Cita
 25/10/2007
 MASCULINO 78 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA CON DX DE CORIORRETINITIS Y RETINOCOROIDITIS REFIERE BAJA VISUAL OD PROGRESIVA NO DOLOROSA DE 8 MESES.
 AOFT NEGADOS
 APP NEGADOS
 ALERGIAS NEGADAS

probables secuelas de sífilis ocular.
 se solicitan nuevos labs para ratificar resultado positivo de fat y vdrl además de VIH , se explicaca familiar y paciente necesidad de tratamiento con penicilina endovenosa por 10 días hospitalizado, se solicita exámenes a pareja sexual del señor

NOMBRE: Trinidad Juan Ramirez Cardone EDAD: 70 SEXO: M EXPEDIENTE: 20071002007 No.14

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Conjuntivitis folicular AO + glaucoma agudo OD Possner-Schollssman Final glaucoma secundario a uveitis	11/10/2007	Inicial 52, 22 Final 16, 10	Inicial 20/25 AO Final 20/25 20/20	Glaucoma secundario a uveítis	Tiene VDRL y ac anti treponema ambas positivas. Laser por LP AO operado de IVA OD en enero 08, curso con ciclodialis. 8 octubre-2008 cx faco +lio	estuvo ESQUEMA DE PNC INTRAMUSCULAR 2.400.000 IM CADA SEMANA POR 3 SE,MAS se encuentra con Kritan c/12 y augex por las noches.

OTROS

5 Julio 2010 GLAUCOMA
 masculino de 70 años con dx de glaucoma secundario a uveitis...(pbe herpetica) ya se descarto Possner Scholssmann Operado de IVA OD en enero 2008, curso con ciclodialis
 AOFT: octubre 2008 FACO+LIO OD
 APP: HAS en tx con captopril, NO alergias
 sin AHF de glaucoma
 Papila exc 90%

NOMBRE: Cenorina Ramirez Ortiz EDAD: 58 SEXO: F EXPEDIENTE: 20080600463 No.15

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
-------------	-----------------	-----	----	----------------	----------------------	-------------

<p>Inicial Panuveitis en estudio</p> <p>Final UAG infecciosa AO</p>	<p>UVEA Pac fem de 55 años con panuveitis en estudio de AO menciona que oftalmolog o particular le dx VKH en nov07. Le inyectaron diprospan IM 1 amp y tomo meticorten 50 mg/dia por 15 dias y Atro c/12 hrs por 15 dias. En dic07 continuo meticorten 15 mg/dia por 15 dias DR. Refiere haber presentado cefalea y tinitus. Niega datos dermatolog icos.</p> <p>Paraocular AO hoy de ATLC.</p>	<p>Inicial 8 AO</p> <p>Final 4 AO</p>	<p>Inicial 1/200 CD30</p> <p>Final PLNDC NPL</p>	<p>DR total traccional AO</p>	<p>Anti-treponema 23 julio 2008---- NEGATIVO VDRL ----- NEGATIVO FTA abs +</p>	<p>ya se dio maneja con benzetacil de 1.200 000U IM , 2 AMP por semana por 3 semanas</p> <p>Ultima Cita Atro AO</p>
---	--	---	--	-------------------------------	--	--

OTROS

Ultima Cita 23/04/13

Femenino de 58 años acude a revision por antecedente de panuveitis por LUES. Acude a valoracion de inflamacion, se siente mejor, sin ardor. APP. Negado.
Alergias. Negado.
AOft. Recibio paraocular de ATLC en AO el 30 junio 2008. DR dx mediante ECO biateral.

PLAN Atropina cada 12 hrs ambos ojos

NOMBRE: Estela Salas Montiel EDAD: 86 SEXO: F EXPEDIENTE: 20010605497 No.16

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
-------------	-----------------	-----	----	----------------	----------------------	-------------

Inicial GCAC	16/10/2001	Inicial 14, 16	Inicial 20/20 20/60		laboratorio que reportan Ac antitreponema positivos VDRL+	IMOT, TRUSOPT, LAGRIFILM
Final Sífilis ocular AO		Final 10 AO	Final 20/60 AO		presento cuadro de uveitis por sífilis reactivación el 8 Nov 10	Imot Refresh Tears Paraoculares de betametasona (3) 2 cursos de penicilina benzatínica 2.4 millones cada semana por 3 semanas
Ultima Cita Nuevos labs						

OTROS

20/07/2011

Ultima Cita

Femenino 86 años de edad con Dx panuveitis secundaria a sífilis. HLAB27 positivo (laboratorio chopo) La paciente refiere continuar con visión borrosa y miodesopsias. En cita anterior se colocó 3er paraocular de betametasona. Aún no valorada por reumatólogo. Refiere que solo se aplicaron dos dosis de 2.4 millones de UI. Refiere caída de su propia altura con múltiples raspones en tx con dicloxacilina.

APP: Niega enfermedades crónicas degenerativas, presenta hipoacusia en manejo con auxiliar auditivo, Insuficiencia Renal dx hace 2 años que requiere diálisis.

Alergias negados

AOFT: Dx GCAC AO + DMRE AO+ FACO con LIO OI junio 2006 + FACO con LIO OD en Julio 2009. En tratamiento con Imot y refresh tears.

Antecedente familiar de AR y glaucoma (madre).

Refiere deformidad articular.

Plan nuevos labs

NOMBRE: Maria Manzaneres Camacho EDAD: 82 SEXO: F EXPEDIENTE: 20110303149 No.17

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Queratopatía bulosa + Uveitis OD	18/03/2012	Inicial 10AO	Inicial MM AO		OI: trasplante de córnea 1995, rechazó 1 año después y colocaron otro. FACO+LIO en misma cirugía. Trauma perforante ojo derecho tx con parche.	Penicilina benzatínica 2.4 millones por 3 semanas
Final Afaquia Qx + catarata OI		Final 31 6	Final MM 1/200		FTA abs + VDRL neg	

OTROS

Ultima Cita 4/06/12 CORNEA

Femenino de 82 años operada de extracción de cristalino + QPP óptica OD, el 10 marzo 2011. paciente refiere mejoría de AV del OD antecedente de Sífilis, refiere estar asintomática por el momento.

APP: ALERGICA Penicilina, diclofenaco, carbamacepina y sulfas, HAS

OI: En 1995 tuvo perforación, le hicieron QPP la cual presentó rechazo

OD: Hace un año refiere que le salió mucha agua, refiere que hace un año veía bien con ese ojo

No refiere dolor en articulaciones, deformidad articular importante en mano derecha refiere que se cortó con un plato lavando trastes y le suturaron mal la mano, refiere calambres en piernas

PLAN: se programa para válvula vía pars plana, + VTM + reformación de cámara anterior OD; y para fondo marrón OI, se le entrega presupesto y preops de ambos ojos

NOMBRE: Patricia Perez Nazario EDAD:33 SEXO: F EXPEDIENTE: 20110802720 No.18

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
-------------	-----------------	-----	----	----------------	----------------------	-------------

Inicial Subluxación de cristalino AO + escleromalacia + leucoma		Inicial 20, 8 Final 2, 32	Inicial 20/200 3/200 Final 20/60 PLNDC	Se intenta operar luxación de catarata OI sin éxito, no se luxó por vítreo tirante y resistente.		Penicilina Benzatínica 2.4 Mill UI 3 dosis 1/semana.. Krytan Tek OD C/12 hr. Timolol c/12 hr y brimonidina c/12 hr OI. Ultima Cita
Final						

OTROS

SA 3 /11/11

Fem 33 Años, referida de Marquelia. Operada de luxación de catarata OI sin éxito, no se luxó por vítreo tirante y resistente. OD ESCLEROMALACIA IMPORTANTE, leucoma corneal central, sinequias posteriores en MII, 4, M7 Y M9, NO DILATA, CATARATA BLANCA N2 NO BIEN VALORABLE, PB SUBLUXADO HACIA POSTERIOR EN SU SECTOR SUPERIOR.

OI ESCLEROMALACIA IMPORTANTE, leucoma corneal central, edema corneal 1-2+, sinequias posteriores en MXI, Y MI, NO DILATA, CATARATA N3.5 SUBLUXADA, no se distingue si la cpsula anterior esta rota o no, CON BANDAS VÍTREAS EN PUPILA Y ADHERIDAS A ENDOTELIO CORNEAL, SUBLUXADO HACIA POSTERIOR EN SU SECTOR SUPERIOR, no libre el eje visual, CAF con cel y flare 2+.

PLAN VIGADEXA, PREDNEFRIN, KRYTANTEK, ACETADIAZOL.

NOMBRE: Jesus Sebastian Ramirez Hernandez EDAD: 56 SEXO: M EXPEDIENTE: 20110802908 No.19

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Panuveitis en estudio AO Final Panuveitis por sífilis	7 de Septiembre 2011	Inicial 10 AO Final 14 AO	Inicial 20\400(\20\60 20\400(\20\60 Final 20\400(\20\60 20\400(\20\60	Edema Macular OI Edema de Papila AO Leucopenia, plaquetopenia, linfocitosis Catarata Queratopatía en banda	Avastin OD	TP, Prednefrin, Meticorten, paraoculares Penicilina benzatínica 2.400.000 IM por semana por 3 semanas Ultima Cita (Noviembre 2011) Nevanac

OTROS

08\11\11

VDRL negativo

FTA-abs (+) 2 diluciones

Lisozima (+)

ECO: AO DRQ medianos, queratopatía en banda faquicos, celularidad vítrea ++, DVP parcial engrosamiento coroideo difuso, grosor macular de 1.86 y 1.87mm OD y OI respectivamente. Se aprecia papila ligeramente elevada.

APP: sinusitis

AOF: miopia

Ultima Cita

BM AO: Ca con cel +, opacidad NO2

FO OD: RA papila edematosa, bordes borrados, macula con edema

FO OI: RA papila hiperémica edematosa, bordes borrados, adecuada relación AV

NOMBRE: Jesus Segundo Silva EDAD: 16 SEXO: M EXPEDIENTE: 20111000909 No.20

DIAGNOSTICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDENTOS	TRATAMIENTO
-------------	-----------------	-----	----	----------------	-------------------	-------------

Inicial Pars planitis AO Final Panuveitis por Sifilis AO	10\Octubre \2011	Inicial 13 AO Final	Inicial 5\200(.) NM MM(.)M M Final 2\200(.) 20\400 MM(.)N M	Queratopatía en banda AO Catarata AO	FACO + LIO AO	TP, Prednefrin Penicilina benzatinica 2.400.000 IM por semana por 3 semamnas Ultima Cita (Enero 2011) Prednefrin, TP
---	---------------------	---	--	---	---------------	--

OTROS

FTA-abs (+)
PPD 20mm

ECO 10\10\2011:

OD: Faquico cel vítrea ++, grosor macular de 1.9mm

OI: Moderadas opacidades vítreas

A.Toxicologicos: negadas

IVSA: Hace 1ª con 1 mujer, sin uso de protección

Ultima Cita

BMC: Queratopatía en banda nasal y temporal, caf vacia, catarata C1 OD y P5 OI.

FO: OD Sineresis y turbidez vítrea, se observa esbozo papilas

OI No valorable por opacidad de cristalino

NOMBRE: Martha Torres Basurto EDAD: 66 SEXO: F EXPEDIENTE: 20020304218 No.21

DIAGNOS TICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
Inicial Uveitis Granulomato sa OI Final Panuveitis por Sifilis AO	5 Julio 2002	Inicial 19 y 13 Final 12 y 13	Inicial 20\20(.) NM MM(.)N M Final 20\400(.) NM 20\400(.)NM	Catarata AO Edema macular OI	FACO + LIO AO	Penicilina benzatinica 2.400.000 IM por semana por 3 semanas Paraocular, prendefrin, myriacil Ultima Cita 24 de Junio 2013 TP, Calcio

OTROS

15\12\2011

FTA-abs (+)

VDRL (-)

Ultima Cita

BMC: OD Cel 0.5+

FO: Papila con excavacon del 50%, fondo coroideo

NOMBRE: Sergio Hugo Estrada Jimenes EDAD: 39 SEXO: M EXPEDIENTE: 20120303021 No.22

DIAGNOS TICO	PRIMER CONSULTA	TIO	AV	COMPLICACIONES	OTROS PRECIDIMIENTOS	TRATAMIENTO
-----------------	--------------------	-----	----	----------------	-------------------------	-------------

Inicial Conjuntivitis Aguda Folicular Final	20\Marzo\ 2012	Inicial 12 AO Final 9 y 10	Inicial 20\20(.) NM 20\20(.) NM Final 20\200(.)60 20\80(.) 20\50			Trazidex, Zonaker Ultima Cita 30\Abril\2012 Penicilina benzatinica 2.400.000 IM por semana por 3 semanas Prednefrin DR
---	-------------------	---	--	--	--	--

OTROS

30\Abril\2012
 FTA-abs (+)

AQX: Cirugia interstinal por diverticulitis

Ultima Cita

BMC: flare , celularidad ++, cristalino claro
 FO: Envainamiento vascular