

Panuveítis bilateral y sífilis secundaria en un paciente VIH positivo

Bilateral panuveitis and syphilitic secundarism in an HIV positive patient.

Mariana Torres Landa-Márquez,¹ Adán Fuentes-Suárez,² Luz Elena Concha-Del Río,³ Rashel Cheja-Kalb,³ Allan Collura-Merlier⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La infección por *Treponema pallidum* es una de las enfermedades de transmisión sexual más prevalentes en el mundo, la incidencia está a la alza predominantemente en grupos en alto riesgo, como en inmunosuprimidos y seropositivos, entre otros. El secundarismo sífilítico comprende afecciones complejas que implican varios aparatos y sistemas, incluido el globo ocular y en 80% de los casos la piel. Las recomendaciones para el diagnóstico de la enfermedad incluyen las pruebas treponémicas y no treponémicas, sumando en los últimos años la identificación por reacción en cadena de polimerasa (PCR). El tratamiento contra la panuveítis sífilítica debe ser el mismo esquema prescrito en el diagnóstico de neurosífilis.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 26 años de edad, como único antecedente relevante, era seropositivo desde 2017, sin tratamiento. Inició su padecimiento dos meses previos con disminución de la agudeza visual, ojo rojo y epifora en el ojo derecho y fotofobia en el izquierdo. También se documentó dermatosis diseminada a las regiones palmoplantares de manera bilateral, simétrica, constituida por placas infiltradas color marrón, circulares, confluentes y con escama fina en arreglo cartográfico.

CONCLUSIONES: Debe tenerse en consideración la panuveítis bilateral como diagnóstico diferencial de distintas enfermedades de transmisión sexual o infecciosas, como tuberculosis, enfermedad de Lyme, sarcoidosis y enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, entre otras, sobre todo en pacientes seropositivos.

PALABRAS CLAVE: Sífilis; *Treponema pallidum*; panuveítis bilateral.

Abstract

BACKGROUND: One of the most prevalent sexually transmitted diseases is syphilis, caused by *Treponema pallidum*; there is a rising incidence of the disease predominantly in high-risk populations such as immunosuppressed and HIV-positive patients. Syphilitic secundarism regards different and complex entities that affects several organs, including the eyes, and in 80% of times, the skin. Diagnosis is made with treponemal and non-treponemal tests, and in recent years the PCR (polymerase chain reaction) has gained importance in the field. Treatment of syphilitic panuveitis should be the same than that prescribed against neurosyphilis.

CLINICAL CASE: A 26-year-old male patient, as the only relevant history, was seropositive since 2017, without treatment. He started his condition two months before with decreased visual acuity, red eye and epiphora in the right eye, and photophobia in the left. Dermatitis disseminated to the palmoplantar regions was also documented bilaterally, symmetrically, consisting of brown, circular, confluent infiltrated plaques with fine scales in cartographic arrangement.

CONCLUSIONS: Bilateral panuveitis should be considered as differential diagnosis of several sexually transmitted or infectious diseases, such as tuberculosis, Lyme's diseases, sarcoidosis and Vogt-Koyanagi-Harada disease, among others, especially in seropositive patients.

KEYWORDS: Syphilis; *Treponema pallidum*; Bilateral panuveitis.

¹ Medicina Interna, Hospital Ángeles Lomas, Estado de México.

² Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

³ Enfermedades inflamatorias oculares.

⁴ Microcirugía del segmento anterior. Asociación para Evitar la Ceguera en México, México.

Recibido: diciembre 2019

Aceptado: marzo 2020

Correspondencia

Mariana Torres Landa Márquez
marianat792@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Torres Landa-Márquez M, Fuentes-Suárez A, Concha-Del Río LE, Cheja-Kalb R, Collura-Merlier A. Panuveítis bilateral y sífilis secundaria en un paciente VIH positivo. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (6): 716-721.

ANTECEDENTES

La sífilis ha sido históricamente una enfermedad de sumo interés clínico por su gran variedad de manifestaciones clínicas, especialmente en el campo de la dermatología.

Al ser una enfermedad reemergente en los últimos años, es necesario que las nuevas generaciones de especialistas estén familiarizadas con sus distintas manifestaciones clínicas, ya sea cutáneas o sistémicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia global de enfermedades de transmisión sexual curables es de un millón de personas infectadas por día, estas enfermedades incluyen clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.¹

Se considera que los grupos con mayor riesgo de contraer la infección son trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

En Estados Unidos, solamente en 2018 se reportaron 35,063 casos nuevos de sífilis, con prevalencia de 10.8 casos por 100,000 habitantes. Estas cifras representan un aumento de 14.8% en comparación con el año 2017 (9.4 casos por 100,000 habitantes).²

En México existen pocos estudios de la incidencia de sífilis adquirida. El estudio más reciente encontró incremento en el número de casos de 16.6% en el periodo entre 2005 y 2009, particularmente entre hombres de los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 44 años.³

En la actualidad existen más grupos de pacientes con inmunosupresión adquirida por distintas razones (VIH, pacientes con inmunosupresión farmacológica como postrasplantados, en tratamientos con fármacos biológicos y pacientes oncológicos). Estos pacientes tienen mayor riesgo

de adquisición de la enfermedad y de manifestaciones atípicas de la misma.

Entre las manifestaciones atípicas de la sífilis están las oculares, que son muy específicas de secundarismo sífilítico e incluyen desde uveítis anterior, hipertensión ocular, neurorretinitis, vitritis, coriorretinitis placoide, periflebitis, desprendimiento de retina seroso hasta necrosis retiniana. La uveítis sífilítica suele ser posterior y bilateral en la mayoría de los pacientes y la coinfección con VIH es frecuente (hasta 35.9%).⁴

Las manifestaciones cutáneas ocurren en 80% de los pacientes con sífilis secundaria.⁵ Con frecuencia se manifiestan dermatosis generalizadas de predominio en la cara, las palmas y las plantas, máculo-papulares que suelen ser polimorfas y con menor frecuencia escamosas, pustulares o pigmentadas.

Comunicamos un caso de secundarismo sífilítico que reúne manifestaciones óculo-cutáneas poco comunes, con el propósito de que se tenga presente la sífilis como parte del diagnóstico diferencial de pacientes inmunosuprimidos con manifestaciones oculares y cutáneas, ya sean aisladas o en conjunto.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 26 años de edad; enfermero, originario y residente de Oaxaca. Único antecedente relevante: seropositivo desde 2017, sin tratamiento. Inició su padecimiento dos meses previos con disminución de agudeza visual, ojo rojo y epífora en el ojo derecho, y en el izquierdo fotofobia. Acudió a un centro de atención oftalmológica donde además se documentó dermatosis diseminada a las regiones palmoplantares de manera bilateral, simétrica, constituida por placas infiltradas color marrón, circulares, confluentes y con escama fina en arreglo cartográfico (**Figuras 1 y 2**).



Figura 1. Secundarismo sífilítico. Dermatosis palmo-plantar diseminada con placas confluentes y escama fina.



Figura 2. Lesiones plantares marrones, confluentes, con escama en arreglo cartográfico.

Sus estudios de laboratorio fueron normales, excepto por VDRL (1:128) y FTA-ABS positivos, y conteo de linfocitos CD4 en 160 células/ μ L con carga viral para VIH de 10,777 copias/mL. La exploración reportó agudeza visual mejor corregida de movimiento de manos para el ojo

derecho y de 20/80 en el ojo izquierdo. Ambos ojos con celularidad de 1+ en la cámara anterior. El estudio de fondo de ojo reveló datos de vitritis severa (4+), así como lesiones coriorretinianas placoides blanquecinas y periflebitis con envainamiento vascular (**Figura 3**).

Estos hallazgos cumplieron los criterios para el diagnóstico de panuveítis bilateral, con lo que se inició tratamiento con penicilina G sódica cristalina a dosis de 24 millones de U/día IV durante 15 días, seguido de penicilina G benzatínica 2.4 millones de U/semana vía intramuscular durante tres semanas. Al mismo tiempo se inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, emtricitabina y efavirenz. Se trató la panuveítis con acetato de prednisolona cada 4 horas a reducción y tropicamida con fenilefrina cada 8 horas.

A la evolución terapéutica se le dio seguimiento con VDRL (**Cuadro 1**).

Clínicamente al sexto mes el paciente mostró agudeza visual mejor corregida de 20/30 en el ojo derecho y 20/20 en el ojo izquierdo sin evidencia de inflamación ocular (**Figura 4**). En la piel se encontraron lesiones hiperpigmentadas residuales (**Figuras 5 y 6**).

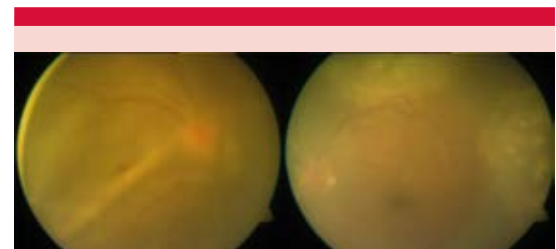


Figura 3. Panuveítis bilateral. Vitritis severa (4+) con lesiones coriorretinianas placoides y periflebitis.

Cuadro 1. Seguimiento VDRL

Mes	VDRL
0	1:128
2	1:62
4	1:32
6	1:4



Figura 4. Evolución clínica seis meses después del tratamiento. Sin datos patológicos.



Figura 5. Palmas después de seis meses de tratamiento libres de lesiones.

DISCUSIÓN

Al ser la sífilis adquirida una enfermedad de transmisión sexual con alta incidencia en gru-



Figura 6. Plantas después de seis meses de tratamiento con lesiones hiperpigmentadas residuales.

pos de riesgo ya conocidos, como trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, es importante reconocer nuevos grupos de personas que tienen mayor riesgo que la población general de adquirir esta enfermedad, como pacientes con inmunosupresión farmacológica, pacientes oncológicos y seropositivos.

Reconocer las manifestaciones atípicas de la infección por *Treponema pallidum* se ha vuelto indispensable para los médicos generales y especialistas hoy día por el resurgimiento y aumento de la prevalencia de la enfermedad.

Las formas atípicas de la enfermedad suponen un reto diagnóstico que puede ocasionar retraso en el inicio del tratamiento.

Debe tenerse en consideración la panuveítis bilateral como diagnóstico diferencial de distintas enfermedades de transmisión sexual o

infecciosas, como tuberculosis, enfermedad de Lyme, sarcoidosis y enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, entre otras, sobre todo en pacientes seropositivos.⁶ Debemos resaltar que el tratamiento de la sífilis ocular deberá ser el mismo esquema antibiótico prescrito para el tratamiento de la neurosífilis (**Cuadro 2**).^{7,8}

En la bibliografía se han reportado pocos casos de panuveítis como manifestación de secundarismo sífilítico.⁹ En 1988 se publicó un artículo que describe el diagnóstico de sífilis en tres pacientes seropositivos por la existencia de uveítis, neuritis óptica y retinitis; sólo uno de los pacientes manifestó lesiones palmares, parecidas a las de este caso.¹⁰

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. [consultado 08 Dic 2019]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2018/en/.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted Disease Surveillance 2018. [consultado 08 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/stats18/htm>
3. Herrera-Ortiz A, Uribe-Salas FJ, et al. Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud Publica Mex* 2015; 57: 335-342.
4. Ivars Lleó M, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2016; 107 (4): 275-283. doi:10.1016/j.ad.2015.11.002
5. Lautenschlager S. Cutaneous manifestations of syphilis. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 291. <https://doi.org/10.2165/00128071-200607050-00003>

Cuadro 2. Esquema de tratamiento

Tratamiento recomendado	Penicilina benzatínica	Penicilina benzatínica	Penicilina acuosa Penicilina G
	2.4 x 10 ⁶ U IM	2.4 x 10 ⁶ U IM	3-4 x 10 ⁶ U IV 6 x día
	Dosis única	Semanal durante tres semanas	14 días
Alergia a penicilina	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días o ceftriaxona 1 g IV durante 10 días	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 28 días	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 28 días o ceftriaxona 2 g IV durante 10 días
Paciente embarazada con alergia a penicilina	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o azitromicina 500 mg VO cada 24 horas durante 10 días	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o eritromicina 500 mg cada 6 horas durante 28 días	Prueba cutánea y, si es necesario, desensibilizar o ceftriaxona 2 g IV durante 10 días
VIH positivo	Penicilina benzatínica	Penicilina benzatínica	Penicilina acuosa Penicilina G
	2.4 x 10 ⁶ U IM semanal	2.4 x 10 ⁶ U IM	3-4 x 10 ⁶ U IV durante 6 días
	Una a tres semanas	Semanal durante tres semanas	14 días

Notas de tratamiento: el tratamiento de pacientes VIH positivos alérgicos a la penicilina debe ser el mismo que para los pacientes VIH negativos alérgicos a la penicilina. Deberán tratarse los contactos sexuales anteriores dentro de los últimos tres meses si la sífilis es primaria y del año previo si el paciente tiene secundarismo sífilítico. Todas las infecciones treponémicas no se ven afectadas por las sulfonamidas, quinolonas y rifampicina.⁸ Se ha reportado que incluso 95% de los pacientes seropositivos tienen manifestaciones en la piel durante el transcurso de la enfermedad.⁹ Por tanto, es indispensable que al encontrar lesiones palmoplantares consideremos el diagnóstico de sífilis entre los diferenciales, especialmente en pacientes con conductas de alto riesgo, VIH y otras causas de inmunodepresión.

6. Davis JL. Ocular syphilis. *Current Ophthalmol* 2014; 25 (6): 513-518. doi: 10.1097/icu.0000000000000099
7. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol* 2005; 20 (3): 161-167. doi: 10.1080/08820530500232092
8. Goh BT, van Voorst Vader PC, European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. *Int J STD AIDS* 2001; 12 Suppl 3: 14-26.
9. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Revista Chilena de Infectología* 2015; 32: 57-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000>
10. Passo MS, Rosenbaum JT. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol* 1988; 106 (1): 1-6. doi: 10.1016/s0002-9394(14)76378-0

