

Infiltrados Retinales Puntiformes Asociados a Desprendimiento de Retina Exudativo como Primera Manifestación de Sífilis Ocular

LAURA V. ECHANDI,^{1,2} EMILIO M. DODDS,^{1,2} SUSANA I. PUENTE,¹ DANIEL COLOMERO MD.³

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la presentación clínica de sífilis ocular con pequeños infiltrados retinales blanquecinos asociados a desprendimiento de retina exudativo plano en tres pacientes, dos de ellos VIH positivo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión de historias clínicas, exámenes de laboratorio y tratamiento.

Resultados: Los tres pacientes presentaron desprendimiento de retina exudativo e infiltrados retinales blanquecinos. Todos tuvieron resultado positivo en las pruebas treponémicas y no treponémicas y resolvieron completamente con el tratamiento con penicilina endovenosa.

CONCLUSIÓN: La forma de presentación de sífilis ocular con pequeños infiltrados retinales blanquecinos asociados a desprendimiento de retina exudativo parece ser un patrón de presentación de uveítis sífilítica. Su reconocimiento debe llevar al oftalmólogo a establecer un diagnóstico precoz y establecer el tratamiento adecuado de esta enfermedad infecciosa específica. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;3: 29-33*

PALABRAS CLAVE: sífilis, infiltrados retinales, desprendimiento de retina exudativo, uveítis.

Punctiform Retinal Infiltrates Associated with Exudative Retinal Detachment as the First Manifestation of Ocular Syphilis

ABSTRACT

PURPOSE: To describe the clinical presentation of syphilis with small whitish retinal infiltrates associated with a flat exudative retinal detachment in three patients, two of them HIV positive.

METHODS: The clinical records were retrospectively reviewed for clinical findings, laboratory results and therapy.

Results: All three patients presented with exudative retinal detachment and whitish retinal infiltrates. They tested positive for both treponemic and no treponemic tests and resolved completely with intravenous penicillin therapy.

CONCLUSIONS: The presentation with small whitish retinal infiltrates associated with exudative retinal detachment appears to be a pattern of presentation of syphilitic uveitis. The recognition of this appearance may lead to an earlier clinical suspicion of ocular syphilis to perform appropriated laboratory examination and treatment of this specific infectious disease. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;3: 29-33*

KEY WORDS: syphilis, retinal infiltrates, exudative retinal detachment, uveitis.

La sífilis es una enfermedad sistémica crónica de transmisión sexual y placentaria, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Sin tratamiento, la enfermedad progresa por cuatro estadios, con el potencial de causar significativa morbilidad a cualquier órgano del cuerpo.

Si bien se conoce a la sífilis como “la gran imitadora” por la variedad de presentaciones oculares que puede provocar, existen en el fondo de ojo variadas lesiones que han sido descriptas tanto en las formas congénita como adquirida, tales como coriorretinitis, retinitis, vasculitis y papilitis.¹ Aunque no hay signos patognómicos de sífilis ocular adquirida, algunas mani-

festaciones pueden ser sugestivas de este diagnóstico. Una de esas formas es la coriorretinitis placoide posterior aguda sífilítica descrita por Gass y col, la cual parece ser una típica presentación que puede ser hallada no solo en pacientes VIH negativos y positivos.²

Los pequeños infiltrados retinales blanquecinos han sido descriptos previamente por Tamezis y Foster,³ quienes reportaron dos casos con estos infiltrados retinales puntiformes. Ambos pacientes eran VIH negativos y se resolvieron luego del tratamiento con penicilina.³ Jumper y col,⁴ reportaron tres pacientes con desprendimiento exudativo de retina sífilítica, todos VIH negativos, y uno de ellos tenía el mismo tipo de

Rcibido 5/12/07
Aceptado 28/12/07
1 Hospital Juan A. Fernández,
Buenos Aires
2 Consultores Oftalmológicos,
Buenos Aires
3 Hospital Centenario
de Rosario, Santa Fe
Autor responsable:
Emilio Dodds
Consultores Oftalmológicos
Montevideo 1410
Buenos Aires, Argentina
emdodds@
consultoresoftalmologicos.
com

infiltrados retinales. Se describen aquí tres casos inusuales de pequeños infiltrados retinales asociados a desprendimiento de retina exudativo como la primera manifestación de sífilis ocular. Dos pacientes eran VIH positivo y el otro VIH negativo.

Reporte de Casos

Caso 1

Un varón de 50 años de edad fue derivado en consulta relatando dos meses de visión borrosa y moscas volantes en su ojo derecho. Había sido tratado con acetato de prednisolona tópica cada dos horas y atropina dos veces al día, sin mejoría. No manifestaba otros antecedentes salvo hipoacusia desde hacía varios años. La agudeza visual mejor corregida era de 20/400 en su ojo derecho y 20/80 en el ojo izquierdo. La biomicroscopía reveló precipitados que-

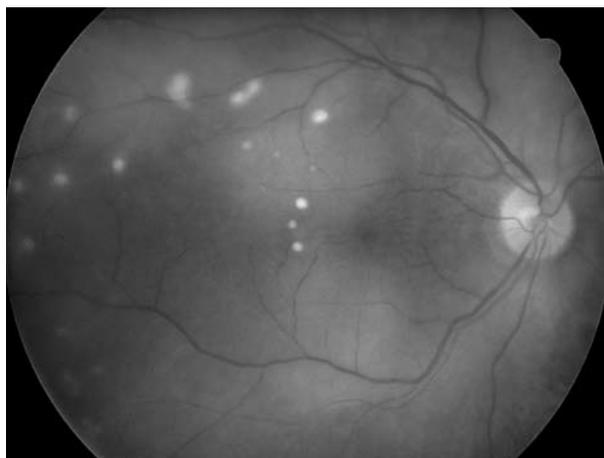


Figura 1. Caso 1. Desprendimiento de retina macular con infiltrados retinales puntiformes blanquecinos.



Figura 2. Caso 1. Chorioretinitis placoide en el ojo contralateral.

ráticos finos, tyndall 4+ y flare, con sinequias posteriores en el ojo derecho. El ojo izquierdo era normal. La presión intraocular era normal en ambos ojos. A la oftalmoscopia indirecta se evidenciaban vitreítis 3+ y pequeños infiltrados blanquecinos intrarretinales con desprendimiento exudativo temporal en el ojo derecho. Se consideró inicialmente el diagnóstico clínico de escleritis posterior y el paciente comenzó el tratamiento con 1mg/kg/día de prednisona, mientras se esperaban los resultados del laboratorio. El paciente volvió a consultar dos semanas después con los corticoides reducidos a 40 mg/día. La agudeza visual en el ojo derecho se redujo a cuenta dedos ya que el desprendimiento de retina exudativo afectaba la mácula. (Fig. 1). El laboratorio mostró una VDRL positiva en suero de 1/256 diluciones y la FTA-ABS también reactiva. Los esteroides fueron suspendidos y el paciente fue internado en el hospital para comenzar el tratamiento con penicilina endovenosa (4 millones de unidades cada 4 horas). La VDRL fué positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) y el test de VIH negativo. Al día siguiente el ojo derecho no mostraba cambios pero en el ojo izquierdo se observaba una lesión placoide profunda amarillenta temporal a la mácula, sin vitreítis ni reacción inflamatoria en cámara anterior (Fig. 2). Después de dos semanas de tratamiento endovenoso, la agudeza visual era 20/100 en ambos ojos, la biomicroscopía era normal y las lesiones del fondo estaban resueltas, suspendiéndose entonces la terapia. Dos semanas más tarde la agudeza visual era 20/100 en el ojo derecho y 20/40 en el izquierdo. El ojo derecho presentaba edema macular cistoideo, sin DR exudativo y apenas algunos infiltrados y el ojo izquierdo estaba normal (Fig. 3). El paciente no volvió a controlarse.

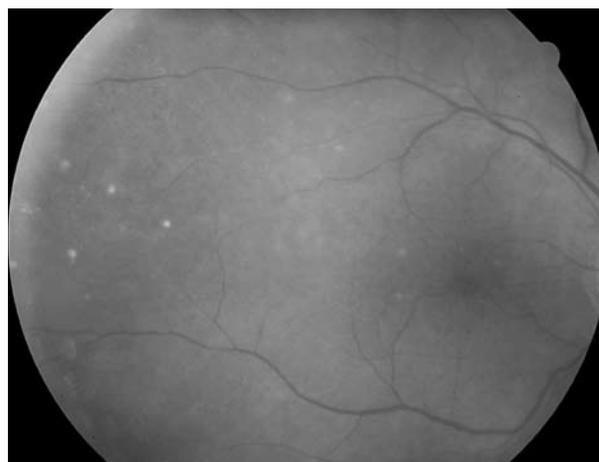


Figura 3. Caso 1. Desaparición del desprendimiento de retina exudativo pero persistencia de algunos infiltrados más pequeños.

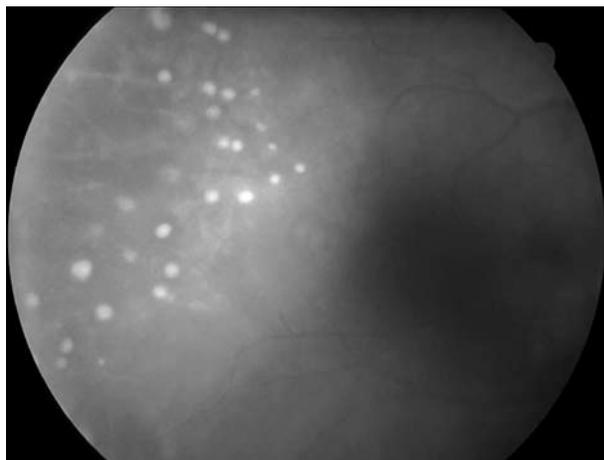


Figura 4. Caso 2. Desprendimiento exudativo temporal con infiltrados retinales blanquecinos.

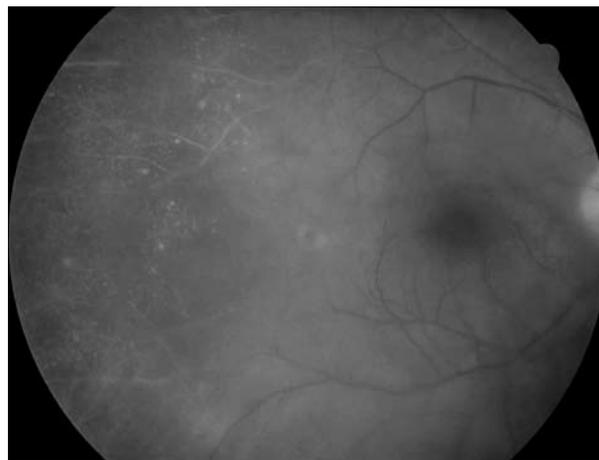


Figura 5. Caso 2. Aspecto inmediato luego del tratamiento, sin desprendimiento exudativo pero con vasculitis retinal e infiltrados más pequeños.

Caso 2

Un varón de 34 años consultó refiriendo miodesopsias y visión borrosa en ambos ojos desde hacía tres meses. Tenía un test de VIH positivo hacía cuatro años. Había suspendido el tratamiento antirretroviral un año atrás por decisión propia y desconocía su conteo de CD4 al momento de la consulta. No refería otras infecciones previas, excepto una micosis en un pie en el momento de la consulta. La agudeza visual mejor corregida era 20/100 en el ojo derecho y cuenta dedos en el ojo izquierdo. A la biomicroscopía presentaba precipitados queráticos finos en ambos ojos, tyndall 3+ en OD y 4+ con sinequias posteriores en el ojo izquierdo. La presión ocular era normal en AO. La oftalmoscopia indirecta mostraba en el ojo derecho moderada vitreítis y un foco de retinitis de aproximadamente dos diámetros de disco, temporal a la mácula. Por la densa vitreítis no se observaban detalles del ojo izquierdo. Se interpretó el cuadro como una posible retinitis toxoplásmica y el paciente comenzó el tratamiento clásico con pirimetamina, sulfadiazina y corticoides por vía oral. En forma tópica, utilizó acetato de prednisolone cada una hora y atropina tres veces por día. Dos semanas después, la agudeza visual se mantenía sin cambios en el OD y en el OI había mejorado a 20/100. El fondo de ojos mostraba menos vitreítis, lo que permitió visualizar un desprendimiento de retina exudativo plano asociado a pequeños infiltrados retinales blanquecinos en la media periferia temporal (Fig. 4). El laboratorio confirmó el diagnóstico con una VDRL positiva de 1:512 diluciones en suero y de dilución en LCR. La MHTP fue reactiva también y el conteo de CD4 era de 330 cel/ul. El paciente fue internado y comenzó la terapia con penicilina endovenosa (4 millones de unidades cada cuatro horas), durante tres semanas. A las dos semanas con tratamiento endovenoso, la agudeza visual mejoró a 20/30 en el OD y a 20/25 en el OI. La biomicroscopía mostraba tyndall en cámara anterior 1+ en AO y en el fondo de ojos

leve vitreítis y resolución parcial de las lesiones retinales, sin desprendimiento exudativo de retina pero con vasculitis retinal (Fig. 5). La retinofluoresceinografía mostró hiperfluorescencia temprana y tardía correspondiente con el área del desprendimiento exudativo y la tomografía de coherencia óptica (OCT) evidenciaba leve edema macular cistoideo en ambos ojos. Una vez finalizado el tratamiento, las lesiones retinales se resolvieron completamente, dejando áreas de atrofia del epitelio pigmentario y de un moteado en “sal y pimienta” en la periferia de ambos ojos. La visión lentamente retornó a 20/20 en AO aproximadamente en tres meses.

Caso 3

Un varón de 63 años fue derivado al Hospital Centenario de Rosario por visión borrosa en su ojo derecho desde hacía un mes. Se sabía VIH positivo hacía un año, pero no tomaba medicaciones. Su conteo de CD4 era de 364 cel/uL y no había padecido otras infecciones. La agudeza visual era de bultos OD y 20/25 OI. En la biomicroscopía se observaban precipitados queráticos, Tyndall de +3 y catarata moderada en el ojo derecho, y en el ojo izquierdo una leve catarata. Era normotenso AO.

En el fondo de ojo derecho se evidenciaba intensa vitreítis, un área de retinitis temporal superior con pequeños infiltrados retinales blanquecinos siguiendo la arcada vascular, vasculitis y edema macular cistoideo (Fig. 6). Fueron consideradas como posibles etiologías toxoplasmosis, linfoma, sífilis y herpes. Se realizaron pruebas serológicas y punción vítrea para PCR. La IgG para toxoplasmosis fue positiva en 10 UI/ml, la IgM negativa y la VDRL positiva en 1:64 diluciones en suero; no se realizó examen del LCR. La FTA-ABS fue también positivo. El paciente fue internado e inició tratamiento con penicilina endovenosa (24 millones de UI/día), durante dos semanas, con

respuesta favorable. La agudeza visual mejor corregida post tratamiento era de 20/25 en OD y 20/20 en OI, luego de la extracción de catarata.

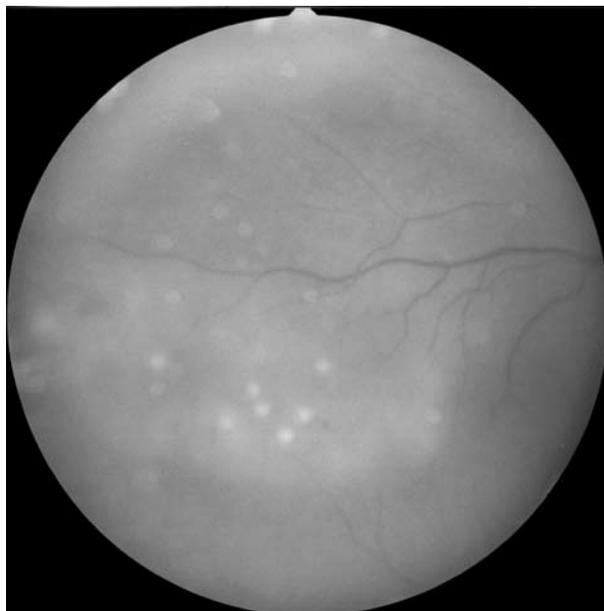


Figura 6. Caso 3. Desprendimiento exudativo con infiltrados retinales blanquecinos.

Discusión

La sífilis era una causa común de uveítis durante los comienzos del siglo XX antes del advenimiento de la penicilina. A pesar del éxito del tratamiento antibiótico, ha habido un aumento en la incidencia de sífilis primaria o secundaria en los últimos veinte años.⁵ Varios autores han revisado las manifestaciones oculares de la sífilis y estas incluyen uveítis anterior,³⁻⁶ escleritis,⁷⁻⁸ retinitis,^{1,3-11} vasculitis,¹² coriorretinitis,¹⁻¹³ y varios tipos de compromiso del nervio óptico.¹⁴⁻¹⁵

La forma de presentación con pequeños infiltrados retinales blanquecinos asociados a desprendimiento de retina exudativo plano parece ser otro patrón característico de sífilis ocular, así como la coriorretinitis placode posterior aguda sífilítica descrita por Gass y colaboradores.² Uno de nuestros pacientes presentó simultáneamente coriorretinitis placode en un ojo e infiltrados retinales puntiformes en el otro ojo.

Como es bien conocido, debe descartarse a la sífilis en todos los casos de inflamación intraocular desconocida. Sin el uso de pruebas treponémicas específicas, el diagnóstico de sífilis ocular puede no realizarse en al menos un 20% de los pacientes.¹⁶ El test para VIH es importante porque hasta el 70% de los pacientes con sífilis ocular están a su vez infectados con el VIH.¹⁷ Los factores de riesgo son simila-

res para ambas enfermedades.¹⁸ Existe evidencia de que la sífilis puede tener una evolución más agresiva en aquellos pacientes coinfectados con VIH, siendo el tratamiento habitual para las fases primaria o secundaria menos efectivo para prevenir la progresión de la enfermedad.¹⁹⁻²⁰

La recomendación del Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, EE.UU.) para el tratamiento de la uveítis posterior sífilítica es la misma que para tratar a la neurosífilis, es decir, con penicilina endovenosa (4 millones de unidades cada 4 horas durante 10 a 14 días), siendo esta indicación la misma para pacientes VIH negativos o positivos.²¹ Mc Leish y col, al igual que otros autores, sugieren que el tratamiento para la sífilis ocular en pacientes VIH+ debe ser el indicado para la neurosífilis.¹⁷ Deschenes y colaboradores recomiendan además completar el tratamiento endovenoso con tres inyecciones de penicilina intramuscular (una cada semana) en pacientes VIH + con sífilis ocular.²²

En conclusión, la sífilis debe ser descartada utilizando pruebas treponémicas, en todos los casos que se presenten con pequeños infiltrados retinales blanquecinos asociados a un desprendimiento de retina exudativo plano, recordando además la frecuente asociación con VIH.

Bibliografía

- Samson CM and Foster SF. Syphilis. En: Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. Philadelphia USA: WB Saunders, 2002. p. 237-44.
- Gass JDM, Braunstein RA, Chenoweth RG. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Ophthalmology* 1990;97:1288-97.
- Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. *Ophthalmology* 1990;97:1281-7.
- Jumper JM, Macherer R, et al. Exudative retinal detachment and retinitis associated with acquired syphilitic uveitis. *Retina* 2000;20:190-4.
- Rolfs RT, Nakashima AK. Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States, 1981 through 1989. *JAMA* 1990;264:1432-7.
- Barile GR, Flynn H. Syphilis exposure in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1997;104:1605-9.
- Margo CE, Hamed, LM. Ocular syphilis. *Surv Ophthalmol* 1992;37:203-20.
- Watson PG, Hayreh SS. Scleritis and episcleritis. *Br J Ophthalmol* 1976;60:163-91.
- Stoumbos VD, Klein ML. Syphilitic retinitis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome-related complex. *Am J Ophthalmol* 1987;103:103-4.
- Mendelsohn AD, Jampol LM. Syphilitic retinitis. A cause of necrotizing retinitis. *Retina* 1984;4:221-4.
- Dodds EM, Lowder CY, Boskovich SA, Longworth DL, Foster RE. Simultaneous syphilitic necrotizing retinitis and placoid chorioretinitis in AIDS. *Retina* 1995;15:354-6.
- Doris JP, Saha K, Jones NP, Sukthankar A. Ocular syphilis: the new epidemic. *Eye* 2006;20:703-5.
- Cunha de Souza E, Jalkh AE, Trempe CL, Cunha S, Schepens CL. Unusual central coroiditis as the first manifestation of early secondary syphilis. *Am J Ophthalmol* 1988;105:271-6.
- Weinstein JM, Lexow SS, Ho P, Spickards A. Acute syphilitic optic neuritis. *Arch Ophthalmol* 1981;99:1392-5.
- Glaser JS. Neuropatías infecciosas. En: Neurooftalmología. Ediciones Científicas y Técnicas, SA Barcelona: Masson-Salvat 1993, p. 126.
- Deschenes J, Seamone CD, Baines MG. Acquired ocular syphilis: diagnosis and treatment. *Ann Ophthalmol* 1992;24:134-8.

17. McLeish WM, Pulido JS, Holland S, Culbertson WW, Winward K. The ocular manifestations of syphilis in the human immunodeficiency virus type 1-infected host. *Ophthalmology* 1990;97:196-203.
18. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol* 2005;20:161-7.
19. Johns DR, Tierney M, Felsenstein D. Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987;316:1569-72.
20. Passo MS, Rosenbaum JT. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol* 1988;106:1-6.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-6).
22. Deschenes J, Seamone CD, Baines MG. Acquired ocular syphilis: diagnosis and treatment. *Ann Ophthalmol* 1992;24:134-8.

