



CARTA CLÍNICA

Alteraciones visuales como signo de neurosífilis precoz. Dos casos de neurosífilis[☆]



Visual disturbances as a sign of early neurosyphilis. Two cases of neurosyphilis

Desde finales de la década de los 90 se ha descrito en grandes ciudades europeas y norteamericanas un importante aumento en el número de casos de sífilis detectados¹⁻³. Este incremento se atribuye fundamentalmente a un aumento en las prácticas sexuales de riesgo. Algunos autores describen aumentos de un 22% en mujeres, del 213% en varones heterosexuales y de hasta un 1.412% en varones homosexuales en ciudades del Reino Unido¹. Dado que comparten mecanismo de transmisión, la sífilis y la infección por VIH se presentan con frecuencia asociadas en el mismo grupo de pacientes.

Durante el último año y en el curso de escasos meses han sido diagnosticados en nuestro hospital 2 casos con inicio atípico y parecido de neurosífilis, y sin asociarse a la infección por VIH. Ambos presentaron un cuadro de visión borrosa que les llevó a consultar y al posterior diagnóstico de la enfermedad, razón por la cual los exponemos a continuación.

El primer caso fue un varón de 52 años que acudió a urgencias por disminución de la agudeza visual. Inició un cuadro de visión borrosa progresiva de 20 días de evolución, con miodesopsias en ambos ojos y refiriendo sentir molestia con la luz brillante junto a una hipoacusia derecha. El paciente refería haber presentado un exantema macular, secreción genital, aftas bucales, fiebre de 38 °C sin escalofríos, y cuadro tóxico en un mes. Durante la visita con su oftalmólogo se objetivó un papiledema bilateral y fue derivado a nuestro centro.

Al inspeccionar la piel se apreciaba un exantema macular de aspecto residual en ambos antebrazos, abdomen, palmas y plantas de los pies (fig. 1). Neurológicamente destacaba un aumento de la base de sustentación y dificultad de la marcha en tándem. El fondo de ojo mostraba un borramiento de los márgenes papilares.



Figura 1 Detalle de las lesiones cutáneas en las plantas de los pies.

Ante la sospecha de una neurosífilis se realizó una serología luética en plasma, siendo positiva con títulos RPR/VDRL: 1/1.024, con serología para VIH negativa y RNA cuantitativo indetectable. Se completó con una punción lumbar para extracción de líquido cefalorraquídeo, confirmando una serología luética positiva.

Se inició tratamiento con penicilina endovenosa durante 15 días. Al control al cabo de un mes, las serologías habían pasado a 1/32 con buena evolución general a pesar de permanecer con visión borrosa en el ojo izquierdo.

El segundo caso, otro varón de 47 años remitido para tratamiento de una neurosífilis, con inicio de un cuadro de visión borrosa en hemicampo derecho del ojo izquierdo de 3 meses de evolución. Fue visitado por un oftalmólogo que diagnosticó una neuritis retrobulbar que trató con metilprednisolona quedando asintomático. Posteriormente, en una donación de sangre se detectó de forma casual un VDRL positivo con valores de 1/256, serología treponémica positiva y *Western Blot* para VIH negativo junto con serología

[☆] Este caso clínico fue presentado en la sesión de casos clínicos de residentes que se realiza en el Hospital de Mataró.

de la misma también negativa, siendo remitido a nuestro centro.

Durante la anamnesis el paciente explicaba relaciones homosexuales esporádicas de riesgo. Cinco meses antes refería la práctica de sexo oral con posible aparición de afta y, posteriormente, a los 2 meses el episodio compatible de neuritis óptica.

El paciente fue tratado con ceftriaxona de forma endovenosa durante 15 días. Finalizado el tratamiento, en el control en un mes se observó que la serología había pasado a 1/128.

De la misma forma que ocurre en otros países europeos, en nuestro país también estamos asistiendo a un incremento progresivo en el número de casos de sífilis en los últimos años. Según los datos del Boletín Epidemiológico de Cataluña⁴, el número de casos declarados pasó de 91 en el año 1996 a 781 en el año 2012. Las formas de presentación de la neurosífilis suelen dividirse en formas tempranas (afectación meníngea y vascular), y formas tardías (parálisis general progresiva y tabes dorsal)⁵. Cada una de ellas tiene una relación temporal con la primoinfección. En las últimas décadas se ha comenzado a hablar sobre un cambio en las manifestaciones de la neurosífilis⁶, que consiste en un aumento de las formas tempranas. Este hecho se atribuye al uso generalizado e indiscriminado de antibióticos y al elevado número de enfermos infectados por el VIH que, con frecuencia, también padecen esta enfermedad.

Es importante un alto índice de sospecha, ya que la progresión de la enfermedad sin tratamiento puede llevar a pérdida irreversible de visión⁷. Debemos tenerla siempre en mente cuando haya afectación del polo posterior, panuveítis e infección por VIH⁸. A su vez, en todos los casos de uveítis por sífilis se debe descartar infección por VIH, así como otras enfermedades sistémicas infecciosas o autoinmunes⁹.

Para el diagnóstico de la sífilis ocular es fundamental una exhaustiva anamnesis buscando factores de riesgo ya que no existe un patrón específico clínico de afectación ocular que nos sugiera firmemente el diagnóstico. Puede presentarse tanto en inmunodeprimidos como en inmunocompetentes¹⁰, como en nuestros 2 casos. Los pacientes con sífilis ocular deben ser tratados con pautas de neurosífilis¹⁰. Las repercusiones de la sífilis ocular se deben, en gran parte, a la respuesta inflamatoria frente a la bacteria. Por esta razón es adecuado asociar tratamiento antiinflamatorio con corticoides.

Estos 2 casos de neurosífilis precoz que presentamos nos obligan a plantear el diagnóstico de sífilis ante alteraciones neurológicas como las alteraciones visuales, que aunque suelen presentarse en pacientes con infección por VIH¹¹, en los 2 casos que presentamos no existía asociación con esta enfermedad de transmisión sexual.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Simms I, Fenton KA, Ashton M, Turner KM, Crawley-Boevey EF, Gorton R, et al. The re-emergence of syphilis in the United Kingdom: The new epidemic phases. *Sex Transm Dis.* 2005;32:220–6.
2. Lacey HB, Higgins SP, Graham D. An outbreak of early syphilis: Cases from north Manchester General Hospital. *Sex Transm Infect.* 2001;77:311–3.
3. Taylor MM, McClain T, Javanbakht M, Brown B, Aynalem G, Smith LV, et al. Sexually transmitted disease testing protocols, sexually transmitted disease testing, and discussion of sexual behaviors in HIV clinics in Los Angeles County. *Sex Transm Dis.* 2005;32:341–5.
4. Butlletí epidemiològic de Catalunya, juny 2013. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida i de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2012.
5. Conde-Sendín MA, Hernández-Fleta JL, Cárdenas-Santana MA, Amela-Peris R. Neurosífilis: formas de presentación y manejo clínico. *Rev Neurol.* 2002;35:380–6.
6. Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus HIV infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med.* 1990;113:872–81.
7. Hong MC, Sheu SJ, Wu TT, Chuang CT. Ocular uveitis as the initial presentation of syphilis. *J Chin Med Assoc.* 2007;7:274–80.
8. Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2006;17:562–6.
9. [consultado 25 Abr 2014] Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>
10. Aldave AJ, King JA, Cunningham ET Jr. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2001;12:433–41.
11. Rubio MV, Martínez Pagán E, Zubiri Ara B, Arazo Garcés P. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Semergen.* 2014;40:168–9.

N. Gil, R. Boixeda*, M. Mauri y J.A. Capdevila

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rboixeda@cscdm.cat (R. Boixeda).