

## Uveítis sifilítica asociada al virus de inmunodeficiencia humana

### Syphilitic uveitis associated with the human immunodeficiency virus

Dra. Isabel Ambou Frutos,<sup>1</sup> Dra. Mireya Benítez Cartaya,<sup>1</sup> Dra. Deysi Vilches Lescalle,<sup>1</sup> Dr. Leonel Ramos Bello,<sup>11</sup> Dra. Beatriz Muñoz González,<sup>1</sup> Dra. Marlén Sibila González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

<sup>11</sup> Hospital General "Calixto García Íñiguez". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La sífilis es una infección crónica y multisistémica, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Las manifestaciones oculares de la sífilis son varias y pueden afectar todas las estructuras oculares. La uveítis es el tipo de afectación ocular más frecuente. Puede presentarse en la fase secundaria, latente o terciaria y cursa de forma bilateral en el 50 % de los casos. También puede verse asociada al virus de inmunodeficiencia humana. Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad, la mortalidad asociada al SIDA disminuyó y la incidencia de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual aumentó como consecuencia de la expansión de la población homosexual. Teniendo en cuenta la gran variedad de formas de presentación, se le conoce como la gran simuladora y forma parte del diagnóstico diferencial de cualquier uveítis. Presentamos el caso de un paciente masculino de 64 años de edad que acude al Cuerpo de Guardia, donde refiere visión borrosa del ojo derecho de aproximadamente 45 días de evolución, asociado a enrojecimiento ocular, dolor y molestias a la luz, a quien posteriormente se le diagnóstico una uveítis sifilítica asociada al virus de inmunodeficiencia humana.

**Palabras clave:** virus de inmunodeficiencia humana, sífilis, uveítis.

---

#### ABSTRACT

Syphilis is a chronic and multisystemic infection, caused by *Treponema Pallidum* spirochetes. The ocular manifestations of syphilis are varied and may affect all the ocular structures, being uveitis the most common type of ocular effect. It can appear

in the secondary, latent or tertiary phase and in a bilateral form in 50% of the cases, it may be associated with the human immunodeficiency virus. Since the introduction of the highly active antiretroviral therapy, AIDS-associated mortality lowered whereas the incidence of syphilis and other sexually transmitted diseases increased as a result of the rise of homosexual population. Due to their great variety in the ways of presentation, syphilis is known as the great simulator and is part of the differential diagnosis of any kind of uveitis. Here is the case of a 64 year-old male patient who went to the Emergency Service, because he felt blurred vision in his right eye for 45 days approximately. Additionally, he presented with eye reddening, pain and discomfort when looking into the light; finally he was diagnosed as human immunodeficiency virus -associated syphilitic uveitis case.

**Key words:** human immunodeficiency virus, syphilis, uveitis.

---

## INTRODUCCIÓN

La uveítis es la manifestación ocular más común de la sífilis adquirida.<sup>1-3</sup> La infección de los ojos puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad, e incluye queratitis intersticial, uveítis anterior, intermedia y posterior, coriorretinitis, retinitis, vasculitis retinal, toma de nervios craneales y neuropatías ópticas.<sup>4-6</sup> Los hallazgos oculares pueden estar asociados al compromiso del sistema nervioso central o presentarse como una sola manifestación.<sup>6-9</sup>

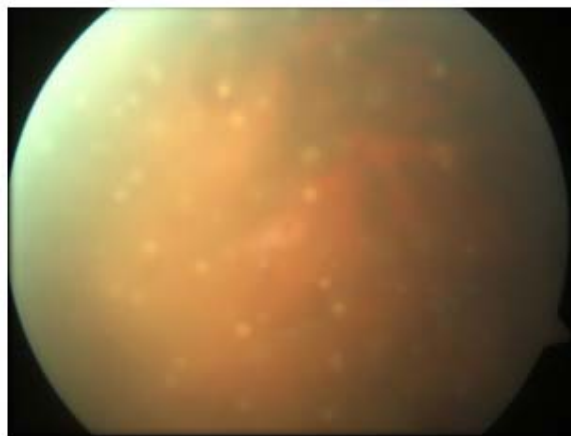
Recientes reportes muestran cómo la sífilis ocular comienza a incrementarse como un problema clínico común, y refleja un crecimiento en la incidencia de sífilis en sujetos inmunocompetentes de todas las edades, en particular en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>4,5</sup> Mundialmente existe un estimado de 12 millones de casos nuevos reportados de sífilis cada año. De ellos más del 90 % ocurre en países en desarrollo.<sup>10</sup> En Europa y en Estados Unidos, la mayoría de los casos reportados han sido hombres, particularmente los que practican sexo con otros hombres.<sup>11,12</sup>

La atención ha sido principalmente enfocada en la coinfección *Treponema pallidum* y VIH, por concurrir frecuentemente estas, lo que altera su curso natural y la forma clínica típica de presentación de la enfermedad, en particular de la neurosífilis.<sup>8,9</sup> El diagnóstico clínico y de laboratorio es frecuentemente incierto en pacientes con infección por VIH.<sup>13</sup> Esto ocurre por la gran variedad de formas de presentación, razón por la cual se le conoce como la gran simuladora. Cuando aparece asociada al VIH su curso clínico natural varía en dependencia del estadio en que esta se encuentre, y forma parte del diagnóstico diferencial de cualquier uveítis. En cuanto al diagnóstico laboratorial, los falsos negativos se pueden atribuir al fenómeno de prozona, que es resultado del exceso de anticuerpos, los cuales interfieren con la formación del complejo antígeno anticuerpo necesario para visualizar la floculación positiva en la prueba.<sup>14</sup> Este fenómeno es visto en casos de sífilis secundaria con títulos de anticuerpos desproporcionadamente altos o en casos con coinfección con VIH.<sup>14-16</sup> Por la importancia que representa, tanto para el médico como para el paciente, el diagnóstico precoz de estos casos una vez sospechada esta entidad, decidimos realizar este trabajo.

## PRESENTACIÓN DE CASO

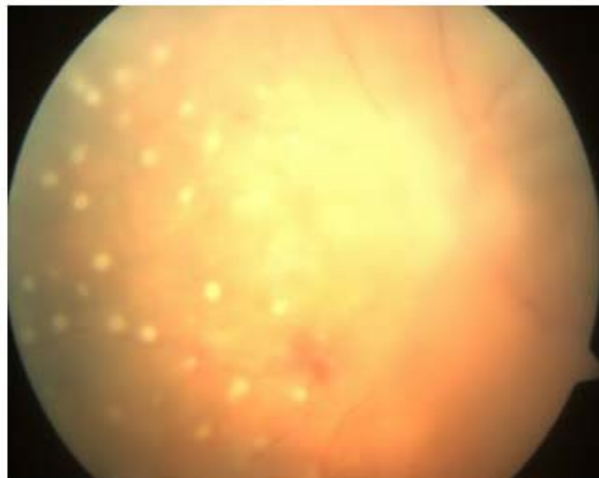
Se trata de un paciente de 64 años de edad, con antecedentes patológicos personales de salud y de ocupación operario de Servicios Comunes, quien acudió al Centro de Urgencias, y refirió visión borrosa del ojo derecho de aproximadamente 45 días de evolución, asociado a enrojecimiento ocular, dolor y fotofobia. Al interrogatorio refirió como dato de interés haber perdido aproximadamente 20 libras de peso en poco tiempo. Al examen oftalmológico presentaba en ojo derecho una agudeza visual sin cristales de movimiento de mano a 10 cm y una tensión ocular por aplanación de 7 mmHg. En lámpara de hendidura se observaba una inyección cilio conjuntival de moderada a severa, con precipitados queráticos de pequeño y mediano tamaño ubicados en el tercio inferior de la córnea, celularidad de 4+, flare 2+ y sinequias posteriores en 360 grados. La oftalmoscopia binocular indirecta mostró haz vítreo grado 4+, por lo cual no era posible visualizar ninguna de las estructuras del fondo de ojo. En el ojo izquierdo no se encontraron alteraciones al examen oftalmológico.

Se interpretó el cuadro como una posible toxoplasmosis ocular y se inició tratamiento antitoxoplásmico; se indicaron exámenes complementarios y se realizó un seguimiento estricto del paciente, en el que se observó una mejoría clínica discreta. A los 15 días de evolución y bajo tratamiento médico instaurado comenzaron a aparecer signos inflamatorios con marcada pérdida visual en el ojo izquierdo. Se decidió el ingreso del paciente. Al examinar nuevamente el ojo derecho no existía variación en la visión, pero había una mejoría en el segmento anterior en cuanto a la celularidad de 0,5+, con precipitados queráticos pigmentados finos en tercio inferior de la córnea y solo quedaba una sinequia posterior gruesa en hora 2. En la oftalmoscopia binocular indirecta el haz vítreo había mejorado a 2+, y se observaron abundantes precipitados gruesos en la hialoides posterior. En zonas II y III comenzaban a aparecer pequeñas lesiones subretinales de color amarillo cremoso, redondeadas y de contorno bien definido (Fig. 1).



**Fig. 1.** Fotografía del fondo del ojo derecho. Se aprecian lesiones subretinales en las zonas II y III.

En el ojo izquierdo la agudeza visual sin cristales se encontraba en 0,05; la tensión ocular por aplanación en 10 mmHg y en el segmento anterior se apreciaba una celularidad de 0,5+, con precipitados queráticos finos en el tercio inferior de la córnea. En la oftalmoscopia binocular indirecta se observaba un haz vítreo de 1+, con abundantes precipitados gruesos en la hialoides posterior y lesiones similares a las descritas en el ojo derecho en zonas II y III, con pequeñas áreas de hemorragias superficiales (Fig. 2).



**Fig. 2.** Fotografía del fondo del ojo izquierdo. Se aprecian lesiones subretiniales en las zonas II y III, con hemorragia superficial.

Se recibieron los estudios indicados (hemoquímica completa, serología para toxoplasma, VDRL, VIH, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal), dentro de los límites normales, a excepción de la eritrosedimentación que se encontraba en 71 mm/h. Teniendo en cuenta los hallazgos en el fondo de ojo, los resultados de los estudios indicados, la inadecuada respuesta al tratamiento y el grado de depauperación del paciente, nos replanteamos el diagnóstico, para descartar una posible uveítis micótica, una tuberculosis ocular o un linfoma primario del sistema nervioso central. Se indicaron nuevos estudios, entre los cuales se encontraba el PPD (derivado proteico purificado), antígeno de superficie para hepatitis B y C, tomografía axial computarizada de cráneo, tórax y abdomen, nueva serología para VIH, además de realizarse una vitrectomía por pars plana para cultivos de hongos y bacterias y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para hongos, *Micobacterium tuberculosis* y virus). En espera del resultado de los estudios indicados, el paciente comenzó a presentar manifestaciones urinarias con una cituria positiva. Se decidió su interconsulta con Medicina Interna, se indicó tratamiento con ciprofloxacino (tabletas de 250 mg), a razón de 2 tabletas cada 12 horas. A las 48 horas comenzaron a regresar las lesiones subretiniales en el mismo orden en que habían aparecido, sin dejar secuelas, pero sin observarse apenas modificación de la vitritis.

Los complementarios restantes indicados resultaron negativos. Una semana después se decidió repetir nuevamente la serología para VIH y esta arrojó resultados positivos. Posteriormente se recibió el resultado de un VDRL positivo, y se le diagnosticó entonces al paciente una uveítis sífilítica concomitando con una infección por VIH, que se presentó a forma de retinitis punteada interna en una panuveítis bilateral no granulomatosa. El paciente recibió tratamiento para dicha entidad y se instauró terapia antirretroviral.

## DISCUSIÓN

Reportes recientes muestran que la uveítis ocurre principalmente en la sífilis secundaria o terciaria.<sup>6,17,18</sup> En nuestro caso no pudimos constatar otros signos de secundarismo sífilítico, posiblemente por existir una coinfección con el VIH; esto pudiera haber modificado el curso típico de la enfermedad. La demora en la indicación

de pruebas treponémicas puede retrasar el diagnóstico y el inicio de un tratamiento adecuado. Existen numerosas pruebas diagnósticas nuevas para sífilis, tales como los ensayos de quimioluminiscencia y enzimas de inmunoensayos, las que aún no se usan de forma habitual para la identificación de *T. pallidum*, pero podrían tener un valor en el futuro.<sup>19</sup>

En pacientes coinfectados con VIH, la sífilis es la causa más frecuente de infección bacteriana intraocular.<sup>20,21</sup> Se presenta como una iridociclitis o inflamación intraocular difusa, neuritis óptica o retinitis.<sup>22</sup> Los diagnósticos diferenciales de retinitis en pacientes con infección por VIH son la retinitis por CMV, toxoplasmosis ocular, y la retinitis herpética necrosante, que incluye las retinitis producidas por otros virus de la familia herpes: herpes simplex y varicela-zoster.<sup>23</sup> La retinitis sífilítica es menos frecuente que las anteriores, y en estos casos es importante evaluar la presencia de lesiones cutáneo-mucosas que pueden facilitar el diagnóstico.<sup>21,24</sup>

En todos los pacientes con sífilis ocular se debe descartar la presencia de infección por VIH; ambas enfermedades comparten los mismos factores de riesgo, y pueden estar ambas presentes.<sup>1,25,26</sup> La sífilis ocular puede ser más grave en pacientes infectados por VIH que no estén recibiendo terapia antirretroviral.<sup>5,21</sup>

Teniendo en cuenta el incremento en el número de casos de pacientes con sífilis, algunos de ellos en coinfección con VIH, es importante siempre pensar que ante la presencia de uveítis, el paciente puede presentar una sífilis ocular en cualquiera de sus formas y, en dependencia del estadio de la enfermedad en que se presente la uveítis, la posibilidad de tener pruebas serológicas negativas (falsos negativos) debe tenerse presente y no cejar ante la sospecha clínica de esta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldave AJ, King JA, Cunningham ET Jr. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2001; 12(6):433-41.
2. Amaratunge BC, Hall AJ. Ocular syphilis in Victoria: four new cases and a brief discussion of the current Victorian experience. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2008; 36(2):192-4.
3. Margo CE, Hamed LM. Ocular syphilis. *Surv Ophthalmol*. 1992; 37(3):203-20.
4. Doris JP, Saha K, Jones NP, Sukthankar A. Ocular syphilis: the new epidemic. *Eye*. 2006; 20(6):703-5.
5. Gaudio PA. Update on ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006; 17(6):562-6.
6. Kent ME, Romanelli F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations and management. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(2):226-36.
7. Chhablani JK, Biswas J, Sudharshan S. Panuveitis as a manifestation of ocular syphilis leading to HIV diagnosis. *Oman J Ophthalmol*. 2010; 3(1):29-31.
8. Amaratunge BC, Camuglia JE, Hall AJ. Syphilitic uveitis: a review of clinical manifestations and treatment outcomes of syphilitic uveitis in human immunodeficiency virus. Positive and negative patients. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2010; 38(1):68-74.

9. Ng DS, Wong IY, Chan CW. Reemergence of syphilitic uveitis masquerading as other diseases: a report of two cases. *Case Rep Ophthalmol*. 2011;2(2):266-72.
10. Hook EW, Peeling RW. Syphilis control: a continuing challenge. *N Engl J Med*. 2004;351(2):122-4.
11. Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. *Ophthalmology*. 2000;107(11):2015-23.
12. Recent developments in syphilis epidemiology. *CDR Wkly*. 2003 [citado 9 de febrero de 2009];13(31):5-9. Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2003/cdr3103.pdf>
13. Li JZ, Tucker JD, Lobo AM, Marra CM, Davis BT, Papaliadis GN, et al. Ocular syphilis among HIV. infected individuals. *Clin Infect Dis*. 2010;51(4):468-71.
14. Smith G, Holman RP. The prozone phenomenon with syphilis and HIV. Co-infection. *South Med J*. 2004;97(4):327-8.
15. Jurado RL, Campbell J, Martin PD. Prozone phenomenon in secondary syphilis: has its time arrived? *Arch Intern Med*. 1993;153(21):2496-8.
16. Kingston A, Vujevich J, Shapiro M, Chad M, Hivnor CM, Jukic DM, Hopkins JM, et al. Seronegative Secondary syphilis in 2 patients coinfecting with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol*. 2005;141(4):431-3.
17. Tucker JD, Li JZ, Robbins GK, Davis BT, Lobo AM, Kunkel J, Papaliadis GN, et al. Ocular syphilis among HIV. infected patients: a systematic analysis of the literature. *Sex Transm Infect*. 2011;87(1):4-8.
18. Balba GP, Kumar PN, James AN, Malani A, Palestine AG, Welch JN, et al. Ocular syphilis in HIV. Positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Am J Med*. 2006;119(5):448.
19. Seña AC, White BL, Sparling PF. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21 st century. *Clin Infect Dis*. 2010;51(6):700-8.
20. Shalaby IA, Dunn JP, Semba RD, Jabs DA. Syphilitic uveitis in human immunodeficiency virus. infected patients. *Arch Ophthalmol*. 1997;115(4):469-73.
21. Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. *Ophthalmology*. 2000; 107(11):2015-23.
22. Margo CE, Hamed LM. Ocular syphilis. *Surv Ophthalmol*. 1992;37(3):203-20.
23. Stoumbos VD, Klein ML. Syphilitic retinitis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Related complex. *Am J Ophthalmol*. 1987;103(1):103-4.
24. Fu EX, Geraets RL, Dodds M, Echandi LV, Colombero D, McDonald HR, et al. Superficial retinal precipitates in patients with syphilitic retinitis. *Retina*. 2010;30(7):1135-43.

25. 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(2):196-203.

26. Blocker ME, Levine WC, St Louis ME. HIV prevalence in patients with syphilis. *EE.UU.: Sex Transm Dis.* 2000;27(1):53-9.

Recibido: 14 de mayo de 2015.

Aprobado: 12 de septiembre de 2015.

Dra. *Isabel Ambou Frutos*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".  
Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico:  
[isabel.ambou@infomed.sld.cu](mailto:isabel.ambou@infomed.sld.cu)