

Reporte de caso

Uveítis sifilítica en pacientes VIH-positivos. Perspectiva actual desde un caso clínico

Daniel Pérez Gálvez

Hospital Militar Central

Hugo Hernán Ocampo Domínguez

Clínica de Oftalmología de Cali/Fundación Valle del Lili

Laura Zúñiga Torres

Clínica de Oftalmología de Cali/Fundación Valle del Lili

Recibido: 8 de febrero de 2024 **Aprobado:** 8 de abril de 2024 **Versión Online First:** 8 de agosto de 2024

Citación recomendada: Pérez Gálvez D, Ocampo Domínguez HH, Zúñiga Torres L. Uveítis sifilítica en pacientes VIH-positivos. Perspectiva actual desde un caso clínico. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. 22(1):e0001. DOI: <https://doi.org/10.19052/svo.22.iss1.5142>



Daniel Pérez Gálvez* / Hugo Hernán Ocampo Domínguez** / Laura Zúñiga Torres***

Resumen

La uveítis sifilítica, originada por el *Treponema pallidum*, ha experimentado en los últimos años una preocupante coexistencia con la infección por VIH. Se ha observado que esta coinfección tiene una prevalencia significativa en hombres, especialmente durante la quinta década de vida. Identificar prontamente esta asociación resulta crucial debido a similitudes en las vías de transmisión y riesgos epidemiológicos. Presentamos el caso de un paciente masculino de 56 años con VIH, referido por posible neuritis óptica, que experimentó una pérdida progresiva de la visión en ambos ojos. Los hallazgos revelaron uveítis intermedia en ambos ojos, vitreítis y resultados positivos en las pruebas serológicas para sífilis y VIH. La administración de penicilina cristalina intravenosa condujo a mejoras significativas en la agudeza visual. El resurgimiento de casos de sífilis en las últimas décadas subraya la importancia de comprender sus manifestaciones oculares. La uveítis sifilítica, en especial la que afecta la capa media del ojo, puede presentarse en diversas formas, siendo la uveítis anterior la más común. El diagnóstico de sífilis ocular implica pruebas específicas como EIA, TPHA, FTA-ABS, VDRL y RPR. La penicilina cristalina intravenosa se erige como el tratamiento estándar, aunque se consideran alternativas para pacientes alérgicos a la penicilina. Además, se analiza el uso de esteroides sistémicos en casos seleccionados. El aumento de la sífilis y su conexión con el VIH plantean desafíos en el diagnóstico y tratamiento oportuno. La educación sobre estas enfermedades se vuelve esencial. La sífilis ocular demanda un enfoque multidisciplinario para prevenir daños irreversibles en la visión.

Palabras claves: sífilis, uveítis, uveítis anterior, virus de inmunodeficiencia humana.

Abstract

Syphilitic uveitis, caused by *Treponema pallidum*, has experienced a worrying coexistence with HIV infection in recent years. It has been observed that this coinfection has a significant prevalence in men, especially during the fifth decade of life. Identifying this association promptly is crucial due to similarities in transmission routes and epidemiological risks. We present the case of a 56-year-old male patient with HIV, referred for possible optic neuritis, who experienced progressive loss of vision in both eyes. The findings revealed intermediate uveitis in both eyes, vitreous and positive serological tests for syphilis and HIV. Intravenous administration of crystalline penicillin led to significant improvements in visual acuity. The resurgence of syphilis cases in recent decades underlines the importance of understanding its ocular manifestations. Syphilitic uveitis, especially the middle layer of the eye, can occur in various forms, with anterior uveitis being the most common. The diagnosis of ocular syphilis involves specific tests such as EIA, TPHA, FTA-ABS, VDRL and RPR. Intravenous crystalline penicillin is the standard treatment, although they are considered alternatives for patients allergic to penicillin. In addition, the use of systemic steroids is analyzed in selected cases. The rise of syphilis and its connection to HIV poses challenges in timely diagnosis and treatment. Education about these diseases becomes essential. Ocular syphilis requires a multidisciplinary approach to prevent irreversible damage to vision.

* Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: retinadanielperez@gmail.com

** Clínica de Oftalmología de Cali/Fundación Valle del Lili, Colombia.

*** Clínica de Oftalmología de Cali / Fundación Valle del Lili, Colombia.



Keywords: Syphilis; uveitis; anterior uveitis; human immunodeficiency virus.

Introducción

La uveítis, una inflamación de la úvea, la capa media de la pared ocular y otras estructuras, puede afectar el segmento anterior o posterior del ojo, manifestándose con síntomas como enrojecimiento, dolor, sensibilidad a la luz y visión borrosa. Sus causas abarcan infecciones, lesiones, enfermedades autoinmunitarias o efectos secundarios de medicamentos. Entre las posibles infecciones desencadenantes se encuentra la sífilis, una enfermedad de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*.

La sífilis ocular, que puede expresarse en diferentes etapas de la enfermedad, presenta una variada afectación en distintos segmentos del globo ocular. La uveítis anterior, caracterizada por la inflamación de la úvea, emerge como la manifestación más prevalente en este contexto. Es esencial comprender que la sífilis ocular no solo representa una amenaza aislada, sino que también se encuentra intrínsecamente vinculada con la infección por VIH, intensificando los riesgos asociados y la probabilidad de complicaciones visuales.

En este sentido, la identificación temprana y el tratamiento inmediato de la uveítis sífilítica son imperativos. La prontitud en estas medidas no solo contribuye a la resolución efectiva de la infección, sino que desempeña un papel crucial en la prevención de daños irreversibles en las estructuras oculares. Además, el tratamiento oportuno se erige como una barrera esencial para preservar la función visual del paciente (1, 4, 5).

La intersección entre la sífilis ocular y el VIH demanda una atención clínica integral y coordinada, donde la vigilancia continua, la detección precoz y la intervención terapéutica son fundamentales. Conscientes de esta relación intrínseca, los profesionales de la salud deben estar alerta a las posibles complicaciones oculares en pacientes coinfectados, abogando así por un enfoque preventivo y de preservación visual en el abordaje de estas condiciones médicas concurrentes (1, 4, 5).

Se ha evidenciado que el 90 % de los individuos con sífilis ocular también presentan infección por VIH, observándose esta correlación de manera marcada en el caso de los hombres, afectando a un rango que oscila entre el 85,7 % y el 100 % de los casos documentados, principalmente en la quinta década de la vida. La coexistencia del VIH y la sífilis se configura como un factor de riesgo significativo, dado que comparten similitudes en las vías de transmisión y presentan riesgos epidemiológicos similares (1, 4, 5).

Este artículo realiza un análisis exhaustivo de las características clínicas, los métodos diagnósticos y los enfoques terapéuticos aplicados a la uveítis asociada a la sífilis, así como las posibles complicaciones derivadas de esta afección y las estrategias preventivas pertinentes. Al abordar la intersección entre la sífilis ocular y la infección por VIH, se destaca la importancia de comprender la relación entre ambas condiciones y la necesidad de estrategias integrales que consideren los aspectos epidemiológicos y clínicos para una gestión efectiva de la salud ocular en pacientes con esta doble patología.

Descripción de caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años, quien consulta al Hospital Universitario del Valle Evaristo García, remitido de la ciudad de Popayán con posible diagnóstico de neuritis óptica, con un cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por la disminución progresiva de la agudeza visual, la cual inicia en el ojo derecho que progresa al ojo izquierdo, sin otra sintomatología asociada, negando dolor ocular o periorbitario desde el inicio del cuadro clínico. El paciente cuenta con



Online First

antecedente patológico de diagnóstico de VIH (B24X) en tratamiento con lopinavir, ritonavir, tenofovir y emtricitabina desde 2018; el paciente refiere buena adherencia y tolerancia al manejo con antirretrovirales. Otros antecedentes de importancia hipotiroidismo, fibromialgia, dislipidemia y herpes zoster.

Al ingreso al servicio, el examen físico evidencia agudeza visual lejana, sin corrección en el ojo derecho, de movimiento de manos a 50 centímetros que no corregía con agujero estenoico; y en el ojo izquierdo, movimiento de manos a 3,5 metros que no corregía con agujero estenoico. Ambas pupilas de cuatro milímetros, con reflejo directo y consensual conservado, sin defecto pupilar aferente, movimientos extraoculares de ambos ojos sin restricciones. En la biomicroscopía presentaba flare de 1+ y células 0,5+, conjuntivochalasis, presión intraocular de ambos ojos en rango de normalidad, sin otras alteraciones en el segmento anterior.

En el fondo del ojo derecho se evidenció disco óptico aparentemente de bordes definidos y anillo neurorretiniano hiperémico, vitreitis moderada a severa con conglomerados anteriores, retina aplicada, células 1+ en vítreo anterior, imágenes sugestivas de *snowballs* pequeñas inferiores y condensación en velo vítreo inferior. Ojo izquierdo, disco óptico de bordes definidos, anillo neurorretiniano hiperémico, mácula sin brillo, fovea con insinuadas hemorragias difusas perifoveal superior, cruces arterio-venosos ocasionales, retina aplicada, células 1+ en vítreo anterior y conglomerados en *snowballs* periféricos de predominio inferior. Con los hallazgos al examen físico y con información de anamnesis se considera paciente con diagnóstico de uveítis intermedia de ambos ojos, y se hospitaliza para realización de paraclínicos adicionales con el fin de determinar etiología y tratamiento.



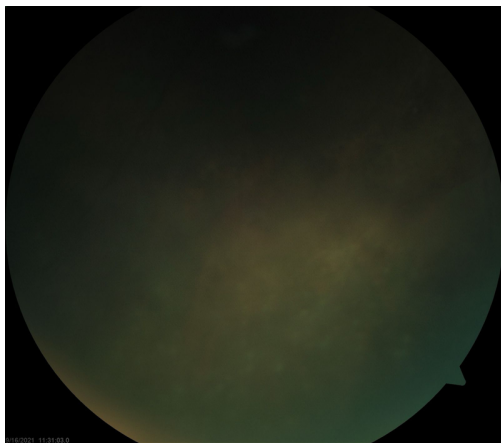
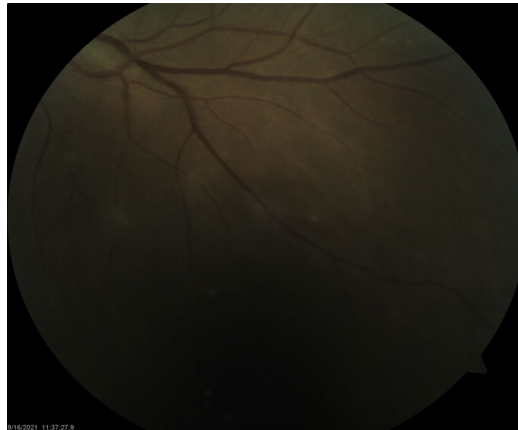
Online First

Figura 1. Disco óptico

A.



B.



OD. Disco óptico con bordes definidos y anillo neuroretiniano hiperémico, vitreitis moderada a severa con conglomerados anteriores, células 1+, *snowballs* pequeñas inferiores y condensación en velo vítreo inferior. Retina aplicada

OI. Disco óptico con bordes definidos y anillo neuroretiniano hiperémico, fovea con insinuadas hemorragias difusas perifoveal superior, cruces arterio-venosos ocasionales, células 1+ en vítreo anterior y *snowballs* periféricos de predominio inferior. Retina aplicada

Como resultados se obtuvo prueba treponémica reactiva y prueba no treponémica (RPR) reactiva, 1024 diluciones, hemograma sin alteraciones, carga viral logaritmo 1,6 copias/ml, con linfocitos CD3+, CD4+ 182,6 (14,8 %), tomografía axial computarizada de cerebro con reporte de tenue hipodensidad de la sustancia blanca en el lóbulo frontal izquierdo, que no realza con la administración del medio de contraste, de aspecto inespecífico. Tomografía axial computarizada de órbitas que reportó adelgazamiento del techo de la órbita en el lado derecho, que contacta con la pared inferior del seno maxilar, sin evidente comunicación, sin otras alteraciones. Por lo anterior, se consideró que el paciente cursaba con uveítis sífilítica en paciente VIH estadio C3, sífilis latente y neuritis óptica, por lo que se solicitó punción lumbar para evaluar neurolúes.



Online First

La punción lumbar reportó líquido cefalorraquídeo transparente, incoloro, glucosa 42 mg/dl (glicemia central 98 mg/dl), proteínas 121 mg/dl, LDH 61 UL/L, recuento de eritrocitos 11/mm³, polimorfonucleares 30/mm³, linfocitos 60/mm³, gram sin leucocitos ni bacterias, prueba treponémica reactiva y no treponémica (VDRL) reactivo, panel meníngeo sin detección de virus (citomegalovirus, enterovirus, herpes virus simple 1, 2 y 6; Parechovirus humano, virus varicela zoster), bacterias (*E. coli* K1, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*) ni levaduras (*Cryptococcus neoformans* / *gatti*[H05]). Con este resultado se consideró que adicionalmente cursaba con neurolúes, por lo que se decidió iniciar manejo con penicilina cristalina endovenosa por 14 días, con lo cual se produce mejoría paulatina de la agudeza visual hasta lograr en el último control AV SC 20/50 ambos ojos.

Discusión

En la primera década del siglo XXI se presenció un resurgimiento alarmante de los casos de sífilis, marcando un fenómeno de preocupación en el ámbito de la salud pública. Aunque en los últimos años se ha observado una estabilización aparente en la incidencia anual, el Instituto Francés de Vigilancia de la Salud (INVS) ha identificado un cambio en la dinámica, evidenciando una mayor prevalencia en hombres, especialmente aquellos que también están infectados con el VIH.

Resulta destacable que, según el INVS, la incidencia de sífilis ha adoptado una tendencia ascendente en Estados Unidos, con un notable incremento del 33,5 % entre los años 2000 y 2005. Esta tendencia resalta la necesidad de una vigilancia continua y estrategias de intervención efectivas para abordar este fenómeno de resurgimiento de la enfermedad (2).

En el contexto francés, se informó de 3,487 casos de sífilis, y se revela una dimensión particular de la epidemiología: el 82 % de estos casos afectaron predominantemente a la comunidad homosexual o bisexual. Este dato subraya la importancia de considerar los factores sociosexuales y las prácticas de riesgo en la planificación de estrategias preventivas y programas de concientización.

A pesar de los avances en la detección y el tratamiento de la sífilis, estos datos señalan la persistencia de desafíos y la necesidad de abordar la enfermedad desde una perspectiva integral. La colaboración entre instituciones de salud, la educación pública y la investigación epidemiológica son cruciales para entender y enfrentar de manera efectiva los patrones cambiantes de la incidencia de sífilis en la sociedad contemporánea (2).

El *Treponema pallidum*, agente causante de la sífilis, ingresa al organismo y se propaga a través de la sangre o el líquido cefalorraquídeo, alcanzando el tejido ocular y desencadenando una respuesta inflamatoria local y sistémica. Esta inflamación particular afecta la capa media del ojo, dando lugar a una uveítis, siendo la uveítis anterior la presentación más común en este contexto (6).

Las manifestaciones oculares de la sífilis son el resultado directo de la invasión del *Treponema pallidum* en la cavidad vítrea y el nervio óptico. Este microorganismo penetra inicialmente a través de las membranas mucosas o abrasiones cutáneas, replicándose en el tejido local antes de diseminarse a los tejidos distantes. Utilizando rutas linfáticas o hematógenas, el patógeno atraviesa las barreras hematoacuosa y hemato-retiniana en los segmentos anterior y posterior del ojo, respectivamente.

Este proceso desencadena una respuesta inflamatoria perivascular en el ojo, caracterizada por la presencia de monocitos, linfocitos y células plasmáticas. Es crucial señalar que, debido a su condición de órgano inmunoprivilegiado, el ojo tiende a experimentar una inflamación autolimitada. Esta característica peculiar del sistema inmunológico ocular contribuye a preservar la función visual en comparación con otros tejidos afectados por la infección (1).



Online First

La afectación ocular en la sífilis presenta una variabilidad en el tiempo de aparición, oscilando entre 2,5 y 45 meses, con un promedio de 11 meses posinfección (8). Aunque es poco común en la etapa primaria, las sífilis secundaria y terciaria están estrechamente vinculadas a las complicaciones oculares. La sífilis ocular se asocia a estados de inmunosupresión, lo que favorece la progresión de la enfermedad, y los pacientes con VIH tienen un riesgo elevado de desarrollar sífilis ocular y neurosífilis, ya que el VIH afecta la función de los linfocitos T, fundamentales en la respuesta contra la infección por *Treponema pallidum* (6).

La manifestación clínica oftalmológica más frecuente es la uveítis sifilítica, siendo más prevalente en pacientes coinfectados con VIH (2). La expresión ocular predominante de la sífilis es la uveítis anterior, aunque la asociación con la coinfección por VIH tiende a favorecer la inflamación posterior (8). Las manifestaciones clínicas de la sífilis ocular pueden abarcar una amplia gama de tejidos oculares, desde conjuntivitis, escleritis y queratitis intersticial hasta la uveítis, siendo esta última la presentación más común (7).

Esta intrincada relación entre la sífilis y las manifestaciones oftalmológicas, especialmente en pacientes con VIH, destaca la importancia crucial de la vigilancia clínica y la detección temprana para garantizar un manejo adecuado. La diversidad de expresiones clínicas subraya la necesidad de un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis ocular, enfatizando la relevancia de la colaboración interdisciplinaria entre oftalmólogos e infectólogos para proporcionar un cuidado óptimo a los pacientes afectados.

La sífilis ocular tiene el potencial de afectar extensamente el tejido ocular, abarcando desde conjuntivitis, escleritis y queratitis intersticial hasta la uveítis. De estas, la manifestación más común es la uveítis, que en sus etapas iniciales puede carecer de síntomas oculares característicos, excepto por la afectación de los párpados y la conjuntiva.

Un análisis retrospectivo de casos en un centro de enfermedades infecciosas en el sur de China reveló que, en pacientes con uveítis sifilítica y antecedentes de VIH, la prevalencia de las manifestaciones varía, siendo la panuveítis la más común con un 43,5 %, seguida por la uveítis posterior con un 26,1 %, y, finalmente, la uveítis anterior/intermedia con un 30,4 % de la población estudiada (7). Estos hallazgos destacan la importancia de una evaluación cuidadosa y diferenciada de las manifestaciones oftalmológicas en pacientes con sífilis y VIH, subrayando la necesidad de estrategias de intervención personalizadas para abordar eficazmente cada presentación clínica.

La sífilis ocular puede afectar tanto los tejidos oculares de forma unilateral como bilateral, siendo esta última la presentación más común. Además de la uveítis, se pueden observar manifestaciones adicionales como neuropatía óptica, queratitis intersticial, vasculitis retiniana, meningitis sifilítica, retinitis necrotizante de la retina media y periférica, epiescleritis y escleritis. Es importante destacar que la sífilis ocular puede imitar varias patologías oftalmológicas (7, 8, 9).

Las primeras señales de inflamación en el segmento anterior debido a la sífilis se manifiestan con síntomas como enrojecimiento ocular, dolor, disminución de la agudeza visual, congestión conjuntival y limbal, presencia de células inflamatorias en la cámara anterior y opacificación de dicha cámara. En situaciones más graves, esta inflamación puede dar lugar a sinequias posteriores e hipopión. Aunque el segmento anterior tiende a ser menos afectado, también se pueden presentar condiciones como escleritis superficial, escleritis, queratitis e iridociclitis.

La uveítis intermedia, derivada de la sífilis, es un fenómeno poco común y puede manifestarse en forma de vasculitis retiniana periférica (7). Otra presentación menos frecuente es la uveítis media, la cual afecta al cuerpo ciliar y al vítreo, dando lugar a síntomas como visión borrosa y desprendimiento de la retina. En cuanto a la uveítis posterior, esta afecta la coroides y la retina, pudiendo causar escotomas y provocar la pérdida de la visión periférica o central (10).



Online First

Estas diversas manifestaciones oftalmológicas subrayan la complejidad de la afectación ocular en casos de sífilis. La diversidad de síntomas resalta la necesidad de un enfoque clínico integral para la evaluación y el tratamiento de estas condiciones, lo cual es esencial para prevenir complicaciones graves y preservar la función visual del paciente.

El diagnóstico de la sífilis ocular se basa en los hallazgos obtenidos mediante un examen oftalmológico exhaustivo y se confirma mediante pruebas serológicas, que incluyen tanto pruebas treponémicas (EIA, TPHA, FTA-ABS) como no treponémicas (VDRL y RPR). Se pueden emplear algoritmos diagnósticos tradicionales, que siguen una secuencia convencional de realizar primero la prueba no treponémica y luego la treponémica, para diferenciar las primoinfecciones de los casos tratados. También se utilizan algoritmos de secuencia inversa, donde se realiza primero la prueba treponémica y luego la no treponémica, para confirmar la actividad de la enfermedad.

En casos de sífilis ocular y otros signos clínicos de neurosífilis, es común realizar análisis del líquido cefalorraquídeo utilizando pruebas como VDRL (altamente específico, pero poco sensible) o FTA-ABS (menos específico, pero más sensible). Adicionalmente, la neurosífilis se asocia a menudo con un aumento en las proteínas y una disminución de la glucosa en el líquido cefalorraquídeo. La detección de ADN mediante reacción en cadena de polimerasa también se utiliza para identificar la presencia del *Treponema pallidum*.

Es esencial realizar un análisis del humor acuoso y del líquido vítreo, especialmente en aquellos con síntomas clínicos altamente sospechosos y con resultados negativos en pruebas como RPR y TPPA (7, 11). Estos métodos adicionales son fundamentales para una evaluación integral y precisa, garantizando un diagnóstico temprano y acertado que permita un tratamiento oportuno y eficaz.

Las imágenes diagnósticas usadas son la fotografía a color del fondo de ojo, que permite documentar y seguir los cambios inflamatorios a nivel de la retina coroides y la papila óptica. La autofluorescencia de fondo ayuda a evaluar mejor los cambios del epitelio pigmentario de la retina antes y después del tratamiento y refleja anomalías en la retina de individuos con uveítis sifilítica posterior. La tomografía de coherencia óptica permite delimitar a nivel de la interfase vítreo-retinal los puntos hiper-reflectivos que corresponden a las células vítreas, frecuentemente en la sífilis ocular, y permite evidenciar las complicaciones estructurales. En un estudio retrospectivo en China se confirmó que los mayores hallazgos en pacientes con sífilis ocular y VIH eran engrosamiento de la neurorretina, con un 100 % de los casos reportados, epitelio pigmentario retiniano (EPR) irregular con un 100 %, edema del disco óptico, con un 83,3 %, líquido subretiniano, con 50 %, y membranas epirretinianas con un 16,7 % (7, 11).

Según las guías del 2010 sobre el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, se ha establecido que la sífilis ocular y la otosífilis deben ser tratadas con los protocolos de neurosífilis, es decir, 10 a 14 días de penicilina cristalina de 18 a 24 millones de unidades día, administrando 3-4 millones cada 4 horas o en infusión continua, o seguida de 2,4 millones de unidades de bencilpenicilina intramuscular cada semana durante 3 a 6 semanas más probenecid 500 mg por vía oral 4 veces al día. En pacientes alérgicos a la penicilina se ha usado ceftriaxona 1 a 2 gramos intramuscular o endovenosa, diaria, por 14 días, o 2 gramos día por 3 días mientras se realiza la desensibilización de la penicilina. Otras opciones son ceftaxidime intravítreo 2,25 mg/0,1 ml en pacientes alérgicos a la penicilina, y doxiciclina 100 mg cada 12 horas para la sífilis temprana y tardía por 28 días. El uso de corticosteroides tópicos y sistémicos es debatido, sin embargo, los tópicos se utilizan en queratitis intersticial y los sistémicos (metilprednisolona) se pueden usar posterior al inicio del antibiótico por 1 o 2 días, principalmente en casos de escleritis y neuritis óptica (2, 4, 11, 12).

El manejo de la sífilis ocular implica un tratamiento basado en la etapa de la enfermedad y la ubicación de la infección. Se aplica un enfoque de tratamiento similar al utilizado para la neurosífilis debido a la



Online First

localización de la infección. Se menciona la posibilidad de utilizar ceftriaxona como alternativa, aunque es menos efectiva, con una tasa de fracaso más alta. El uso de esteroides sistémicos no ha demostrado beneficios en la neurosífilis, pero en casos seleccionados pueden ser útiles para tratar complicaciones amenazantes para la vista (12, 13).

Dentro de las complicaciones que se han asociado con la sífilis ocular están las cataratas, el glaucoma, el edema macular y el desprendimiento de la retina. En un estudio retrospectivo observacional descriptivo, realizado en Colombia, en pacientes con sífilis ocular, se presentó un 25 % de complicaciones estructurales y un 50 % de manifestaciones neurooftalmológicas. En las complicaciones descritas se evidenció el 10 % con glaucoma, el 5 % con ptisis bulbi, el 5 % con desprendimiento de retina traccional y el 5 % con desprendimiento de retina regmatógeno (14).

La recuperación se define como la resolución completa de la inflamación a través de todas las estructuras anatómicas en un mes posterior al inicio del tratamiento, junto con la reducción de los títulos de anticuerpos de por lo menos cuatro diluciones al tercer mes posterior al tratamiento indicado (1, 12). Títulos de RPR con valores altos en suero se han relacionado con la uveítis grave y mala visión. El seguimiento posterior a la recuperación debe hacerse a los 6 y 12 meses, y se aconseja una nueva punción lumbar cada 6 meses; si la anterior fue anormal y si el recuento no ha disminuido a los 6 meses se debe reiniciar el tratamiento (3).

Sin tratamiento, la sífilis ocular puede llevar a la discapacidad visual a largo plazo y a cambios oculares estructurales hasta en el 52 % de los pacientes, como cataratas (más común), sinequias posteriores, hipertensión ocular, atrofia del nervio óptico (principalmente en paciente VIH), membrana epiretinal, desprendimiento de retina, edema macular ciscoide, neovascularización coroidal, oclusiones vasculares y, de acuerdo con la severidad, necrosis retinal (1, 12). El pronóstico mejora con un manejo antibiótico temprano y adecuado, y se ha observado una recuperación de la agudeza visual del 89 al 97 % (1, 13). Factores como la coinfección con VIH, la duración prolongada de los síntomas, la peor agudeza visual inicial corregida y el inicio tardío del tratamiento pueden influir en el mal pronóstico de la enfermedad (2).

Conclusiones

El aumento creciente de la prevalencia e incidencia de la sífilis en las últimas décadas ha suscitado una seria preocupación en el ámbito de la salud pública, ya que un diagnóstico erróneo puede llevar a un tratamiento inadecuado o tardío, con consecuencias irreversibles para la pérdida de visión.

La coexistencia de la infección por VIH complica aún más el diagnóstico de la uveítis causada por la sífilis, subrayando la importancia de descartar el SIDA y otras comorbilidades asociadas con lesiones en el fondo del ojo. Esto resulta esencial para determinar con precisión si la etiología subyacente fue la sífilis o el VIH.

La asociación de la sífilis con las enfermedades autoinmunes, especialmente en poblaciones con factores de riesgo, plantea desafíos significativos en el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos pacientes.

La naturaleza polimorfa y variable de las manifestaciones de la sífilis complica su diagnóstico, destacando la necesidad crucial de concientizar a la población sobre este resurgimiento de la enfermedad y considerarla como un diagnóstico diferencial en evaluaciones médicas.

Cualquier paciente que presente uveítis y neuritis óptica sin una causa clara debe someterse a estudios para descartar la presencia de neurosífilis o sífilis terciaria.

La sífilis ocular representa una amenaza seria que puede ocasionar daños irreparables en el ojo y la visión. Por lo tanto, resulta imperativo diagnosticarla y tratarla de manera oportuna con antibióticos y antiinflamatorios. Además, la prevención de la infección por sífilis y VIH a través del uso de



Online First

preservativos y pruebas periódicas se vuelve fundamental en la preservación de la salud ocular y general.

Referencias

1. Furtado JM, Simões M, Vasconcelos-Santos D, Oliver GF, Tyagi M, Nascimento H et al. Ocular syphilis. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2021.06.003>
2. Gauthier A, Graffe A, Beucher A-B, Pajot O, Milea D, Lavigne C. Syphilis oculaire : à propos de deux cas. *Rev Med Interne* 2011;32(12):758-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2011.10.002>
3. El Fouar H, Danaoui K, Ihibbane F, Tassi N. Syphilis oculaire associée au VIH : À propos de 2 cas traités à Marrakech, Maroc. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.48327/mtsi.v2i2.2021.181>
4. Singh AE. Ocular and neurosyphilis: Epidemiology and approach to management. *Curr Opin Infect Dis*. 2020;33(1):66-72. DOI: <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000617>
5. Peters RPH, Kestelyn PG, Zierhut M, Kempen JH. The changing global epidemic of HIV and ocular disease. *Ocul Immunol Inflamm*. 2020;28(7):1007-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1751214>
6. Morris SR. Sífilis. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual/s%C3%ADfilis>
7. Xu N, Yuan J, Dai Q-J, Yuan C, He Y, Jiang T-S, Zhu J. Syphilitic uveitis in HIV-positive patients: Report of a case series, treatment outcomes, and comprehensive review of the literature. *Int J Ophthalmol*;16(8):1250-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18240/ijo.2023.08.10>
8. Vidal-Villegas B, Arcos-Villegas G, Fernández-Vigo JI, Díaz-Valle D. Atypical syphilitic outer retinitis and severe retinal vasculitis as onset manifestations in a patient with concurrent HIV and syphilis infection. *Ocul Immunol Inflamm*. 2022;30(1):16-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09273948.2020.1787464>
9. Jahnke S, Sunderkötter C, Lange D, Wienrich R, Kreft B. Ocular syphilis – a case series of four patients. *JDDG - J Ger Soc Dermatology*. 2021;19(7):987-991. <https://doi.org/10.1111/ddg.14464>
10. Mukamal, R, S Patel, P. *Las infecciones oculares por sífilis, aunque poco frecuentes, van en aumento*. Academia Estadounidense de Oftalmología. 2023. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/las-infecciones-oculares-por-s%C3%ADfilis-aunque-poco-f>
11. Queiroz R de P, Smit DP, Peters RPH, Vasconcelos-Santos DV. Double Trouble: Challenges in the diagnosis and management of ocular syphilis in HIV-infected individuals. *Ocul Immunol Inflamm*. 2020;00(00):1040-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1772839>



Online First

12. Testi I, Mahajan S, Agrawal R, Agarwal A, Marchese A, Curi A et al. Management of intraocular infections in HIV. *Ocul Immunol Inflamm* 2020;28(7):1099-108. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1727533>
13. Schulz DC, Orr SMA, Johnstone R, Devlin MK, Sheidow TG, Bursztyn LLCD. The many faces of ocular syphilis: Case-based update on recognition, diagnosis, and treatment. *Can J Ophthalmol* 2021;56(5):283-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2021.01.006>
14. Rangel CM, Ortiz Ál, Varón CL, Acuña MF, Moreno NJ, Prada AM et al. Sífilis ocular en una población colombiana: manifestaciones clínicas y resultados del tratamiento Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053028/sifilis-ocular.pdf>

