



CASO 1 -2022:

Revisión de caso: Neuritis óptica asociada a neurosífilis Case Review: Optic neuritis associated with neurosyphilis

Recibido: 04/11/2020

Aceptado: 22/11/2022

¹ Yazmín Brenes Rojas

² Mariana Solís Solano

³ Jose Chang-Segura

¹ Residente de Medicina Interna de la Universidad de Costa Rica, San Pedro Montes de Oca, San José , Costa Rica yazbre8@gmail.com

² Residente de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, San Pedro Montes de Oca, San José , Costa Rica solismariana92@hotmail.com

³ Especialista en neurología del Hospital México, San José, Costa Rica, Profesor de Pregrado y Posgrado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, San Pedro Montes de Oca, Costa Rica solismariana92@hotmail.com.

Resumen

La sífilis es una enfermedad que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, en muchos siendo casos asintomática lo que genera su avance a estadios tardíos, ante la falta de un diagnóstico y tratamiento temprano. La neurosífilis es una complicación que se puede dar tanto en forma temprana como tardía. Entre sus distintas formas de clínica, la afección ocular puede ser una de ellas, no siendo frecuente, pero de importancia clínica su sospecha para dar inicio rápido al tratamiento y mejorar el pronóstico visual. Se presenta el caso de un paciente de 54 años que su manifestación de neuritis óptica bilateral llevo al diagnóstico de neurosífilis.

Abstract

The incidence of syphilis has increased over the last decades. Asymptomatic in many cases, it progresses to later stages due to lack of early diagnosis and treatment. Neurosyphilis can develop as an early or late complication. Among its several clinical forms, eye condition can be one of them. Although rare, its suspicion is of clinical relevance to start treatment quickly and improve visual prognosis. We present the case of a 54-year-old male patient, whose manifestation of bilateral optic neuritis lead to neurosyphilis as its diagnosis.

Palabras clave

Neurosífilis, líquido cefalorraquídeo (LCR), venereal disease research laboratory (VDRL), fluorescent treponemal antibody absorption, papilledema, neuritis óptica (NO).

Key words

Neurosyphilis, cerebrospinal fluid (CSF), venereal disease research laboratory (VDRL), fluorescent treponemal antibody absorption, papilledema, optic neuritis (ON).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años, tabaquista y etilista, hipertenso, prediabético. Portador de glaucoma hereditario bilateral y oclusión súbita de la vena central de la retina derecha del cual tuvo recuperación total. Cuatro meses previos a su internamiento, se le diagnosticó neuroretinitis derecha, sin datos de neuritis óptica en la resonancia magnética, con secuencias de angiografía en fase venosa normales e hipoperfusión en las ramas distales de ambas arterias cerebrales medias como único hallazgo de relevancia, se trata exitosamente con solumedrol. Los síntomas se repiten tres meses después, respondiendo parcialmente a otro ciclo de solumedrol, persiste con visión borrosa e incapacidad de identificar objetos cercanos por una agudeza visual de 20/30. El fondo de ojo se describe con edema del disco óptico bilateral, presión intraocular normal y campimetría sin alteraciones. Los potenciales evocados reportan una latencia prolongada y morfología poco definida, con daño desmielinizante y axonal en ambas vías ópticas.

Se repite resonancia magnética, descrita como normal; el líquido cefalorraquídeo presenta como única afección VDRL reactivo débil, sin presencia de células ni proteínas. Esto se confirma por un VDRL reactivo, 1024 diluciones en sangre y FTA en 23.23. Se descartan otras causas infecciosas, metabólicas e inflamatorias atribuyendo el cuadro clínico al diagnóstico de neurosífilis con afección ocular. En la prueba de MOCA obtuvo un puntaje de 22 sobre 30 puntos, sugerente de un déficit cognitivo. Se da tratamiento con penicilina G a dosis meníngeas por 21 días. Estudio de LCR control a los 15 días de tratamiento, tiene VDRL negativo y en sangre disminuyendo. Paciente presenta mejoría clínica significativa posterior al inicio de tratamiento.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

La enfermedad por sífilis es una patología causada por la bacteria *Treponema pallidum*, se manifiesta de diversas formas, lo que hace de su sospecha diagnóstica, un reto para el clínico (1)

Su incidencia se ha incrementado con un aumento del 81% desde el 2014 hasta el 2018, donde el 86% es

del sexo masculino en Estados Unidos. (1)(2) Se ha visto un mayor porcentaje de casos de sífilis como coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (42%), uso de drogas y homosexuales (>50%). (1,2)

En un estudio que recolectó información sobre 35 pacientes según reportes desde 1984 hasta el 2014, del Instituto ocular de Johns Hopkins, reportó una incidencia del 0.29 por ojo-año (EY; 95% IC: 0.06/EY-0.86/EY) y 0.12/EY (95% CI: 0.01/EY-0.42/EY) en pacientes negativos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y positivos respectivamente. Además, observaron que entre más se prolongaba el diagnóstico de uveítis, tenían pérdida de la agudeza visual mayor a 20/50. (3) En cuanto a la prevalencia de sífilis ocular asociada a neurosífilis es desconocida (7,8) pero la neurosífilis latente se ha reportado desde un 10 a un 20% de los casos (8).

Tiene una diseminación sistémica rápida, llegando a invadir el sistema nervioso central incluso. (1) La sífilis representa entre 1-5% de los casos de inflamación ocular en Estados Unidos. (3,9)

Su forma de presentación se divide en sífilis temprana (primaria, secundaria, latente temprana), sífilis latente (terciaria) y neurosífilis (1)(3); diferenciándose por 1 año de diferencia entre ambas. La primaria suele manifestarse como un chancro solitario, indurado y ulcerado de base limpia, apareciendo en la zona de contacto usualmente. Sífilis secundaria es un rash leve no pruriginoso en palmas y plantas del pie como también lesiones en mucosas. Tanto la primaria como la secundaria son los estadios de transmisión sexual de la infección. Mayoría de recaídas ocurren en el primer año. (1) El diagnóstico de neurosífilis suele ser sobrebuscado siendo raro su hallazgo (8). La afección neurológica puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad según el tipo de *Treponema*, la invasión al sistema nervioso ocurre en días posterior a la infección primaria en más del 50% de los casos y se acompaña de afección del LCR, aun siendo asintomática (1,8).

Neurosífilis temprana se caracteriza por meningitis asintomática, que sólo se evidencia por la reacción celular en el LCR, en pocos casos puede ser sintomática con cefalea, meningismo, afección de pares craneales, ceguera o sordera (8).

En la Sífilis terciaria se dan manifestaciones menigovasculares, que ocurren 5-12 años después de la infección inicial, o parenquimatosas. Pueden llegar a tener afectación vascular con menigomielitis, o presentarse de diversas formas parenquimatosas, tabes dorsal o afección cognitiva que ocurren de forma tardía, 15 años posterior al inicio de la infección. (1) También puede presentarse como afección por sífilis ocular y ótica, o trastornos cardiovasculares, que se van a desarrollar tardíamente, como aneurismas aórticos, miocarditis, entre otros. (1) Se ha propuesto que la neuritis óptica sea tratada como neurosífilis, al ser el ojo una extensión del cerebro, afectando el neuroepitelio que tienen en común. (7,8,9)

El globo ocular no es un sitio frecuente de afección por los treponemas, sin embargo, una vez afectado, cualquier porción de este puede verse involucrado, siendo la uveítis posterior, su forma más frecuente de presentación (7); pero puede cursar con uveítis anterior, queratitis ocular, coriorretinitis, vasculitis retiniana, perineuritis, papilitis, atrofia óptica, y otros síndromes vasculares. La sífilis puede dar afección ocular en estadios secundarios y es más frecuente en fase terciaria. Puede afectar tanto individuos inmunosupresos como inmunocompetentes (3,4,9).

La neuritis óptica (NO) es una manifestación de la sífilis terciaria, pero también múltiples patologías pueden provocarla, entre ellas la más frecuente esclerosis múltiple. Tenemos otras causas dentro del espectro de la neuritis óptica, como la neuromielitis óptica mediada por anticuerpos contra acuaporinas tipo 4, neuritis por anticuerpos contra la glicoproteína mielino oligodendrocítica o también contra la proteína ácida fibrilar glial, y en algunos casos de causa idiopática. También hay enfermedades sistémicas que pueden presentar este tipo de afección como el Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, sarcoidosis o síndromes Paraneoplásicos. Puede tener causas isquémicas, vasculares o infecciosas dentro de las cuales hay múltiples bacterias y virus que pueden provocar una NO (5).

La presencia de uveítis anterior es más frecuente en pacientes VIH positivos por lo que en estos casos se debe descartar la presencia de VIH concomitante (3,7).

La NO puede ser una manifestación clínica de neurosífilis, independientemente de otras afecciones

neuroológicas.

Dentro de sus características de presentación tenemos que puede ser unilateral o bilateral e indolora usualmente. En el fondo de ojo presenta papilitis y edema del disco óptico, donde se puede observar una estrella macular en ocasiones (5,6).

El diagnóstico se puede hacer por medio de obtención del líquido cefalorraquídeo (LCR), que muestra una pleocitosis de predominio linfocítico, con elevación de proteínas e inmunoglobulina G, la cual va disminuyendo con el pase del tiempo siendo discreta tardíamente (8). Se debe buscar anticuerpos antitreponema tanto en sangre como LCR y además se debe realizar la prueba del antígeno lipídico (Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]), sin embargo, éste último tiene poca sensibilidad en LCR del 30-70%. (5,6,8). Más del 30% de pacientes con sífilis ocular tienen un LCR normal. (1) Siempre se debe tener en cuenta que pacientes VIH positivos pueden tener otras afecciones en el LCR propios de su enfermedad (7)

Por resonancia magnética se puede observar un espectro de patología degenerativa menigovascular e inflamatoria (5).

En cuanto al tratamiento, se debe aplicar penicilina G, de 18-24 millones de unidades por día divididas en cada 4 horas vía intravenosa para asegurar la penetrancia al sistema nervioso, siendo este el tratamiento de elección. Otra alternativa es aplicar penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades en una única dosis intramuscular más probenecid, 500 mg vía oral 4 veces al día por 10-14 días (1,5,8).

El retraso en el diagnóstico de la afección ocular por sífilis genera una recuperación pobre, más si se asocia a coriorretinitis (3) por lo que se debe tener una alta sospecha siempre en casos de neuritis óptica y neurosífilis para iniciar tratamiento lo antes posible.

CONCLUSIÓN

La neuritis óptica es una patología poco común que tiene múltiples causas, entre ellas de tipo infeccioso, pero su diagnóstico es complejo por las múltiples etiologías que pueden provocarla. Sífilis es una enfermedad que ha aumentado su incidencia en la última década después de haber disminuido (1,3,7) y por lo tanto debe levantar nuestra sospecha en nuestro diagnóstico diferencial dentro de las posibilidades ante una neuritis óptica. Además, al ser una enfermedad de transmisión sexual, una vez diagnosticado, se debería descartar otras patologías cuya transmisión suele ser similar, entre éstas la infección por VIH que también puede dar manifestaciones oculares por sí sola. Se debe enfatizar en hacer un diagnóstico rápido y certero en pacientes con NO, ya que, en la mayoría de las causas, un inicio temprano del tratamiento mejora el pronóstico a largo plazo en la visión de estos pacientes (5).

En el caso expuesto en este artículo, el paciente había tenido un episodio previo que respondió a esteroides parcialmente, sin embargo, empeora y afectando el otro ojo. La sospecha y realización de serologías desde su ingreso fue clave para llegar al diagnóstico de neurosífilis como causa probable a su NO y su deterioro cognitivo que, a pesar de ser leve, se inició tratamiento óptimo, negativizando su VDRL a los 15 días de tratamiento y presentando mejoría progresiva desde el inicio de la penicilina intravenosa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcocer R Tort A Olvera H Velásquez F Hernández J. *Papel de la colecistectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda complicada*. Cirugía Endoscópica. 2016; 17: 146-150. Massachusetts Medical Society; 2020. p. 845-54.
2. Schofield CBS. *Sexually transmitted disease surveillance*. BrMedJ(ClinResEd). 1982;284(6318):825.
3. Moradi A, Salek S, Daniel E, Gangaputra S, Ostheimer TA, Burkholder BM, et al. *Clinical features and incidence rates of ocular complications in patients with ocular syphilis*. *Am J Ophthalmol*. 2015 Feb 1;159(2):334-343.e1.
4. Klein A, Fischer N, Goldstein M, Shulman S, Habet-Wilner Z. *The great imitator on the rise: ocular and optic nerve manifestations in patients with newly diagnosed syphilis*. *Acta Ophthalmol*. 2019 Jun 1;97(4):e641-7
5. Bennett JL. Optic Neuritis [Internet]. 2019. Available from: <http://journals.lww.com/continuum>.
6. Niemeyer B, Muniz B, Makita LS, Marchiori E. Neurosyphilis with Bilateral Optic Perineuritis in an Immunocompetent Patient. *Eur Neurol* [Internet]. 2018;79(3-4):185-6. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/488065>
7. 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*. Vol. 38, *Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2010. p. 68-74.
8. Ropper AH. *Neurosyphilis*. Vol. 381, *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society; 2019. p. 1358-63.
9. Macovei M-L, Georgescu R-D. Papillitis in Neurosyphilis. *Rom J Ophthalmol* [Internet]. 2019;63(4):406. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31915744>