

Sífilis Secundaria con compromiso ocular y eritema nodoso

Tello JB¹, Mantero N², Rueda ML³, González MC⁴, Sanz CA⁵, Grees SA⁶, Zardini M⁷.

Resumen

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por el *Treponema Pallidum* cuya incidencia se encuentra en aumento a nivel mundial. El compromiso ocular en la sífilis adquirida es raro y puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. Puede presentarse en forma aislada o como síntoma inicial y debe sospecharse en todo caso de inflamación resistente a los tratamientos convencionales ya que no existen signos patognomónicos. Se comunica el caso de una paciente con dos manifestaciones poco frecuentes de un secundarismo sífilítico: Epiescleritis Nodular Inflamatoria y Eritema Nodoso para facilitar su reconocimiento posibilitar tratamientos oportunos.

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by Treponema Pallidum. Its incidence is increasing worldwide. Ocular involvement in acquired syphilis is rare, and may be found at any stage of the disease. It can occur in isolation or as an initial symptom and should be suspected in any case resistant to conventional treatments because there are no pathognomonic signs. We report a case with two unusual manifestations of secondary syphilis with the purpose of increasing its acknowledgment and to allow an early treatment. These manifestations are Nodular Inflammatory Episcleritis and Erythema Nodosum.

Introducción

La sífilis es una infección sistémica de transmisión sexual producida por el *Treponema Pallidum*. Su incidencia se encuentra en aumento, con un estimado de 12 millones de nuevos casos cada año en todo el mundo. La sífilis ocular ha sido descrita como manifestación extra-cutánea en todos los

estadios de la sífilis, cualquier estructura ocular puede ser afectada y no existen signos patognomónicos en el examen oftalmológico que permitan diferenciarla de otras etiologías. Tanto a nivel ocular, cutáneo y sistémico se describe como la gran simuladora.

Objetivo

Se comunica el caso de una paciente con secundarismo sífilítico con manifestaciones extra-cutáneas y cutáneas poco frecuentes: Epiescleritis Nodular Inflamatoria y Eritema Nodoso.

Caso Clínico

Una joven de 15 años, con antecedentes de eczema atópico en la infancia, con conductas sexuales de riesgo y consumo frecuente de alcohol, consulta por un exantema generalizado y enrojecimiento ocular de diez días de evolución. Refiere fiebre al inicio del cuadro, odinofagia y gonalgia bilateral leve sin artritis. Al examen físico se observan lesiones pápulo-eritematosas, pruriginosas descamativas a predominio de tronco, abdomen y miembros, sin afectación de palmas y plantas. Adenopatías móviles, pequeñas, axilares, inguinales, submandibulares. Eritema conjuntival bilateral con exantema periorbitario máculo-papuloso. Lesiones aftoides en amígdalas y condilomas planos en región genital. Siete días posteriores a la primera consulta, se agregan lesiones compatibles con Eritema Nodoso.

En la evaluación oftalmológica presenta agudeza visual bilateral de 10/10, en el examen del ojo externo lesión compatible con Epiescleritis Nodular Inflamatoria en ojo izquierdo y fondo de ojo conservado. Se indica tratamiento antiinflamatorio y antibiótico local. Ante serologías no treponémicas positivas (512 dils) y treponémicas reactivas se indica penicilina benzatínica 2400000 UI IM. Presenta dos horas posteriores a su aplicación náuseas, vómitos, dolor abdominal y exantema máculo purpúrico peribucal y periorbitario. Se sospecha de reacción Jarisch-Herxheimer versus reacción alérgica a la penicilina. Se solicita dosaje de IGE específica para Betalactámicos que resulta significativa baja para cefalosporinas y se rota tratamiento antibiótico a doxiciclina 200 mg día por catorce días. Evoluciona favorablemente, con desaparición paulatina de todas las lesiones.

1 Jefa de Residentes Salud Integral del Adolescente HGNPE, Sección Adolescencia HGNPE

2 Médica Residente Dermatología Pediátrica, Unidad de Dermatología Pediátrica HGNPE

3 Médica de Planta, Unidad de Dermatología Pediátrica HGNPE

4 Médica de Planta, Sección de Adolescencia HGNPE

5 Jefe de Sección de Adolescencia HGNPE

6 Jefa de Unidad de Dermatología Pediátrica HGNPE

7 Jefa de Sección de Oftalmología HGNPE

Dirección Postal. Dra. Jimena Tello. Médica Planta Servicio Adolescencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Montes de Oca 40 (1270) CABA.
E-mail: jimena_tello@hotmail.com

Discusión

La sífilis adquirida presenta cuatro etapas: primaria, secundaria, latencia (temprana y tardía) y terciaria. Las dos primeras fases junto a la latencia temprana conforman lo que se conoce como sífilis temprana, durante la cual ocurre el contagio. El secundarismo es el período más florido de la infección y resulta de la multiplicación y diseminación de las espiroquetas prácticamente en todos los tejidos, que perdura hasta que se desarrolla la respuesta inmune del huésped. Las lesiones dermatológicas se presentan aproximadamente 45-60 días después de haber aparecido el chancro inicial. La manifestación más común es la roséola sifilítica constituida por máculas eritematosas redondeadas u ovals, localizadas preferentemente en tronco, raíz de miembros, palmas y plantas.

También son usuales las lesiones papulosas simétricas de aspecto eritematoso, localizadas en palmas y plantas, en ocasiones rodeadas de un collar de descamación ("collarete" de Bielt). En las mucosas genitales y anales son características los condilomas planos: pápulas aplanadas, húmedas, ulceradas, malolientes, algo dolorosas. Pueden presentarse síntomas generales como adenopatías, artralgias, mialgias y comprometer faneras y otros órganos como riñón, hígado, sistema osteoarticular. En el sistema nervioso central puede manifestarse como meningitis, tinnitus y vértigo, o ser asintomático. Nuestra paciente desarrolla en su evolución Eritema Nodoso, la paniculitis más frecuente pero raramente asociada a sífilis. Su resolución depende de la instauración del tratamiento antibiótico adecuado como lo fue en este caso. Existen reportes de Eritema Nodoso Crónico asociado a sífilis.

El compromiso ocular en la sífilis adquirida es poco frecuente, debe sospecharse en todo caso de inflamación resistente a los tratamientos convencionales. Puede presentarse en forma aislada o como síntoma inicial. El compromiso puede ser uni o bilateral. Pueden afectarse todas las estructuras del ojo, sin embargo, la uveítis posterior es la manifestación más frecuente. La afección del polo posterior es variable, puede ocasionar vasculitis, edema macular, neurorretinitis e incluso necrosis retiniana. Distintas lesiones cicatrizales pueden encontrarse como hallazgos inespecíficos asociados a sífilis, incluyendo la atrofia de la coroides y la retina y una sustancial discapacidad visual. Las manifestaciones neurooftalmológicas de la sífilis incluyen pupila de Argyll-Robertson, parálisis de nervios oculomotores y neuritis óptica. Es fundamental descartar la asociación con neuro-

FIGURA N°1



sífilis en todas las afecciones del polo posterior. La epiescleritis es una inflamación de la cápsula de Tenon y la esclera superficial, de curso más benigno y con menos complicaciones intraoculares. La escleritis y epiescleritis sifilítica aislada es infrecuente y probablemente debida a una infiltración linfocítica con vasculitis y puede acompañarse de conjuntivitis y cambios pigmentarios en los párpados.

Los diagnósticos diferenciales que se plantearon en este caso fueron otras etiologías infecciosas como síndrome mononucleósico cuadros virales inespecíficos; etiologías reumatológicas como síndrome de Reiter con su tríada clásica: oligoartritis asimétrica a predominio de miembros inferiores, uretritis y compromiso ocular, Lupus Eritematoso Sistémico y Artritis Idiopática Juvenil. Y otras como toxidermia.

El diagnóstico de sífilis puede realizarse mediante la observación directa de las espiroquetas por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa o a través de pruebas serológicas no treponémicas (VDRL y RPR) y treponémicas (FTAabs, MHAT). Los tratamientos tópicos periorculares y sistémicos con esteroides pueden tener un papel coadyuvante en el tratamiento de las complicaciones oculares de sífilis. El tratamiento de elección de sífilis sin compromiso neurológico es la Penicilina G benzatínica

2400000 UI sin solvente indoloro, tres dosis semanales para la sífilis temprana y cinco a seis dosis semanales para la sífilis tardía. Los tratamientos alternativos ante alergia a la penicilina incluyen doxiciclina, tetraciclinas, ceftriaxona y azitromicina. Durante el embarazo debe desensibilizarse a la paciente. El seguimiento posterior permite asegurar la efectividad del tratamiento y evaluar a los contactos sexuales. La búsqueda de los contactos debe extenderse a los noventa días antes del diagnóstico para la sífilis primaria, a los 6 meses para la sífilis secundaria y al año para la latencia temprana.

Conclusión

La sífilis es una enfermedad frecuente potencialmente grave que afecta a adolescentes y adultos jóvenes con distintas manifestaciones: cutáneo-mucosas, oculares, y sistémicas. Algunas de ellas infrecuentes como la Epiescleritis Inflamatoria Nodosa y el Eritema nodoso. Reconocerlas dentro de una misma enfermedad permitirá la realización de un tratamiento precoz y la recuperación clínica, a menudo, completa. Es siempre importante descartar la presencia de otras infecciones de transmisión sexual y la detección y tratamiento de las parejas sexuales.

FIGURA N°2

Manifestaciones Cutáneo-mucosas



Manifestaciones Oculares
TARDÍAS

Gomas en párpados y órbita
Queratitis estromal
Escleritis
Uveítis anterior
Glaucoma secundario
Corioretinitis focal o multifocal
Oclusiones vasculares retinales
Neuritis óptica o neuroretinitis
Parálisis de pares Craneales

Manifestaciones Oculares
TEMPRANAS

Chancro palpebral
Cambios pigmentarios en párpados
Conjuntivitis y epiescleritis
Uveítis anterior- posterior
Vasculitis retinal,
Retinopatía isquémica
Neuritis óptica
Edema de papila

Referencias

1. Díaz M. y col. Sífilis Secundaria en Cavidad Oral, Reporte de dos casos. *Rev Argenti Dermatol* 2008 (89):237-241
2. Allevato M. y col. Sífilis Secundaria con Compromiso Ocular *Folia dermatol. Peru* 2007; 18 (1): 37-41
3. Lopez y col. Sífilis secundaria de recidiva: A propósito de un caso. *Rev. argent. dermatol.* 2011, (4): 46-55 .Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000400005&lng=es&nrm=iso
4. Salas C. y cols. Eritema Nodoso crónico en un paciente varón con sífilis: reporte de caso *Folia dermatol. Peru* 2009; 20 (2): 95-99
5. Lutchman C. y col, Diagnosis and management of syphilis after unique ocular presentation, *Le Médecin de famille canadien* 2011, 57
6. Allevato M. y col. Sífilis Secundaria con Compromiso Ocular *Folia dermatol. Peru* 2007; 18 (1): 37-41
7. Tenorio G y col. Sífilis Ocular. *Rev Med Hosp Gen mex* 2009;72 (3):149-154
8. Puech C y col. Ocular manifestations of syphilis: recent cases over a 2.5-year period. *Arch Clin Exp Ophthalmol* 2010, 248:1623–1629
9. Cuchacovich T y col. Características Clínicas y Respuesta al Tratamiento Sistémico de la Epiescleritis y Escleritis Primarias y Secundarias Refractarias al Tratamiento. *Rev. Med. Chile* 2000, 11: 1205-1211
10. Hernandez P. y col Sífilis ocular: una presentación inusual de sífilis secundaria en un paciente inmunocompetente *Actas Dermosifiliogr*, 2010 (101):184-6
11. Sociedad Argentina de Infectología, Comisión de SIDA y ETS. Primer Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. 2011. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/dva38wgl7k3dub0/Consenso de SIDA Y ETS>