

Coriorretinitis placoide sifilítica aguda. Reporte de un caso

Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. A case report

Patricio J. Rodríguez-Valdés y Angelina Espino-Barros-Palau*

Instituto de Oftalmología, Centro Médico Zambrano Hellion, TecSalud, Monterrey, México

Resumen

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual ocasionada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La afectación ocular usualmente se presenta en la sífilis secundaria o terciaria, y puede afectar tanto el segmento anterior como el segmento posterior del ojo. La coriorretinitis placoide sifilítica aguda (CPSA) es una presentación ocular recientemente descrita, en la cual se encuentran lesiones placoides grandes, amarillas, circulares u ovaladas, en el epitelio pigmentario retiniano, en o cerca de la mácula. **Caso clínico:** Describimos el caso de un paciente de 37 años que presenta CPSA bilateral y secuencial. No tenía diagnóstico previo de sífilis y se encontraba bajo tratamiento inmunosupresor para artritis psoriásica. Presentó pérdida visual bilateral, secuencial, grave, asociada a los hallazgos característicos de CPSA. La serología para sífilis confirmó el diagnóstico y se indicó tratamiento con antibiótico intravenoso, con el apoyo del infectólogo. El paciente respondió favorablemente al tratamiento, con importante mejoría de su agudeza visual. Los oftalmólogos debemos conocer esta presentación poco conocida de la sífilis ocular.

Palabras clave: Sífilis. Enfermedad de transmisión sexual. Sífilis ocular. Coriorretinitis placoide. Uveítis posterior.

Abstract

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infectious disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*. Ocular involvement usually occurs in secondary and tertiary syphilis, affecting either the anterior or posterior segment of the eye. Posterior uveitis is the most common manifestation of ocular syphilis. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis (CPSA) is a recently described presentation of ocular syphilis characterized by a large, yellowish, circular or oval placoid lesion observed at the level of the retinal pigment epithelium in or near the macula. **Case report:** We describe the case of a 37-year-old male with bilateral sequential CPSA. Our patient did not have a known history of syphilis infection and was under immunosuppressant treatment for psoriatic arthritis. He had bilateral, severe, sequential vision loss associated with the characteristic findings of CPSA. Syphilis serology confirmed the diagnosis, and the patient underwent intravenous antibiotic treatment prescribed by a specialist in infectious diseases. He responded favorably to antibiotic therapy with marked vision improvement. Ophthalmologists should be aware of this characteristic presentation of ocular syphilis.

Keywords: Syphilis. Sexually transmitted disease. Ocular syphilis. Placoid chorioretinitis. Posterior uveitis.

Correspondencia:

*Angelina Espino-Barros-Palau

Batallón de San Patricio 112 Col. Real de San Agustín

C.P. 66278, San Pedro Garza García, N.L. México

E-mail: angelina.espinob@gmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2020

Fecha de aceptación: 22-09-2020

DOI: 10.24875/RMO.M22000216

Disponible en internet: 04-04-2022

Rev Mex Oftalmol. 2022;96(2):98-102

www.rmo.com.mx

0187-4519/© 2020 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, se producen en el mundo 11 millones de casos nuevos en adultos de entre 15 y 49 años². En México, la tasa de incidencia es de 4,3 casos por cada 100.000 adultos³.

La sífilis puede afectar a varios órganos incluido el ojo. El ojo suele verse comprometido en la sífilis secundaria y terciaria con afectación del segmento anterior o posterior del mismo^{4,5}. Siempre ha de sospecharse de sífilis ante un caso de inflamación ocular sin explicación. La prevalencia de sífilis en pacientes derivados a centros especializados en el manejo de la uveítis está en torno al 1-8%⁶⁻⁹.

La uveítis posterior es la manifestación más frecuente de la sífilis ocular, siendo la coriorretinitis el signo de presentación más frecuente de la enfermedad del segmento posterior^{4,5}. Aunque Souza et al. fueron los primeros en describir tres casos de coriorretinitis central inusual como manifestación inicial de una sífilis precoz secundaria¹⁰, fue Gass¹¹ quien empleó el término “coriorretinitis placoide posterior sifilítica aguda (CPSA)” para describir lesiones placoides circulares u ovaladas extensas, grandes y de color amarillento a nivel del epitelio pigmentario retiniano (EPR) en o cerca de la mácula en seis pacientes sifilíticos.

Se describe el caso de un paciente con CPSA secuencial bilateral. Que nosotros sepamos, se trata del primer caso de CPSA jamás descrito en la población mexicana.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 37 años que acudió a la unidad de retina de nuestro centro con un cuadro indoloro de pérdida de visión en ojo derecho (OD) de 2 días de evolución. EL paciente refería pérdida de visión en forma de escotoma centra. Dijo no presentar los mismos síntomas en el ojo izquierdo (OI) ni ningún otro síntoma sistémico asociado. La historia médica del paciente incluía artritis psoriásica y un trastorno de ansiedad. Tomaba la siguiente medicación: venlafaxina, litio, clonazepam, olanzapina, secukinumab y deflazacort. Sin antecedentes oculares de importancia.

La mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue 20/40 en OD y 20/20 en OI. El segmento anterior presentaba trazas de celularidad acompañadas de celularidad vítrea en cámara anterior +0,5 en OD. La exploración del fondo de ojo reveló la presencia de una lesión coriorretiniana amarillenta (Figura 1A). Nervio óptico sin edema

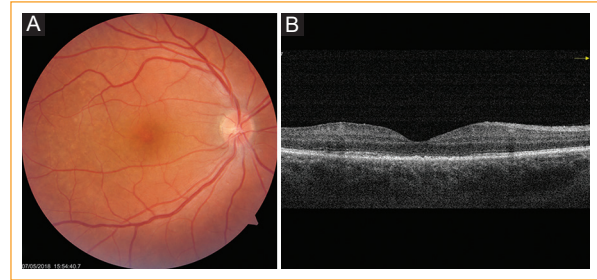


Figura 1. A: lesión placoide amarillenta subretiniana. **B:** SD-OCT de OD con engrosamiento neuroretiniano, sobre todo, en la zona parafoveal acompañada de pérdida segmentaria de la línea de unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores (línea IS/OS), apariencia granular del EPR y de los segmentos exteriores y puntos EPR hiperreflectantes.

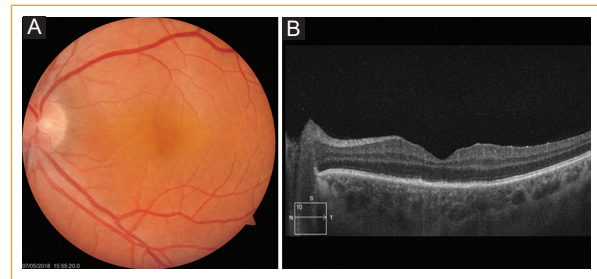


Figura 2. A: lesión placoide amarillenta subretiniana. **B:** SD-OCT de OI con engrosamiento neuroretiniano, sobre todo, en la zona parafoveal acompañado de pérdida segmentaria de la línea de unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores (línea IS/OS), apariencia granular del EPR y de los segmentos exteriores y puntos EPR hiperreflectantes.

ni palidez. El resultado de la exploración del OI entraba dentro de los límites normales. La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) que se realizó vino a confirmar la presencia de engrosamiento neuroretiniano significativo, sobre todo, en la zona parafoveal, acompañada de pérdida segmentaria de la línea de unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores (línea IS/OS), apariencia granular del epitelio pigmentario retiniano (EPR) y de los segmentos exteriores y puntos hiperreflectantes del EPR (Figura 1B). Se indicó la realización de una autofluorescencia del fondo de ojo y un angiograma con fluoresceína; no obstante, el paciente volvió a la clínica dos semanas después sin los resultados de estas pruebas refiriendo pérdida de visión en OI de nueva aparición.

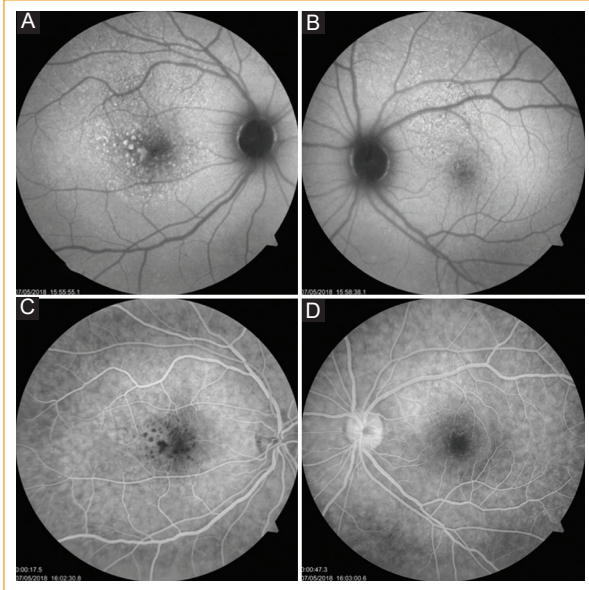


Figura 3. **A:** amplia extensión de lesiones maculares hiperautofluorescentes. **B:** amplia extensión de lesiones hiperautofluorescentes e hipoautofluorescentes. Presencia de lesiones maculares hiperautofluorescentes en OD (**C**) y OI (**D**).

En la exploración, la visión del OD se mantuvo en 20/40 pero la del OI descendió a 20/400 con presencia de escotoma central. La exploración del fondo del OI reveló la presencia de una lesión coriorretinal amarillenta similar a la observada en la anterior exploración del OD (Fig 2A). Se indicó la realización de las siguientes pruebas: SD-OCT, autofluorescencia y angiograma por fluoresceína (Fig 2B, Fig 3A-D).

Se sospecha de coriorretinitis sífilítica en base a la apariencia clínica y a los hallazgos de las pruebas ancilares. El paciente dijo no ser homosexual, no tener antecedentes de enfermedades venéreas ni consumir drogas por vía intravenosa. Se pidieron sendas pruebas serológicas de RPR en y FTA-ABS que dieron positivo. El paciente fue, entonces, derivado a un especialista en enfermedades infecciosas que le prescribió un curso de tratamiento de 14 días de duración a base de ceftriaxona intravenosa.

Una semana después de iniciar el tratamiento antibiótico, los síntomas mejoraron ostensiblemente con una MAVC de 20/20 en OD y 20/60 en OI. El engrosamiento neurorretiniano observado en la OCT macular también se resolvió y estuvo acompañado de una evidente mejoría de la línea de unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores (línea IS/OS) del OD (Figura 4).

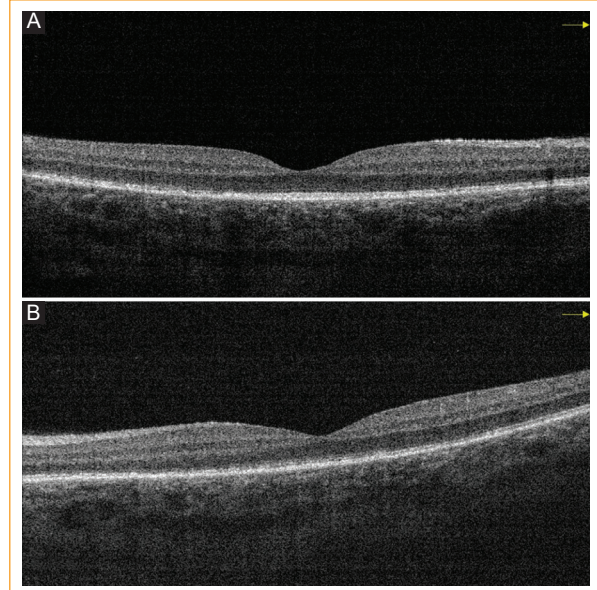


Figura 4. SD-OCT de OD (**A**) y OI (**B**) con resolución del engrosamiento neurorretiniano.

Discusión

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que tiene cura provocada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Aunque durante la década de 1990, la prevalencia de sífilis descendió en los países desarrollados¹², a principios del presente siglo se ha observado una tendencia que ha ido en aumento¹³. En México, se ha descrito una tendencia parecida. Entre 2003 y 2013, la incidencia de sífilis adquirida pasó de 2,13 a 3,25 casos por cada 100.000 habitantes¹⁴. En el análisis de subgrupo, la incidencia de sífilis adquirida aumentó, sobre todo, en varones de entre 20 y 24 años (pasó de 2,88 casos por cada 100.000 habitantes en 2010 a 6,77 casos en 2013). Esto supuso un incremento total de 1,23 casos al año (0,50-1,95, $p = 0,019$). Un grupo de riesgo especialmente alto es el de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HRSH)¹⁵⁻¹⁷; la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) preocupa especialmente en este grupo de pacientes porque las lesiones de la sífilis precoz aumentan el riesgo de adquirir y transmitir este retrovirus^{18,19}.

La incidencia de sífilis ocular también ha ido en aumento tanto en los países desarrollado como en los países en vías de desarrollo^{20,21}. En la mayoría de los centros especializados en el manejo de la uveítis, la prevalencia de esta enfermedad está en torno al 1%⁶⁻⁹. In Manchester (Reino Unido), una base de datos que

compiló datos durante más de 22 años incluyó 22 casos de sífilis de un total de 3.000 casos de uveítis (prevalencia del 0,7%)²¹. Aunque el compromiso oftálmico puede sobrevenir en cualquier fase de la enfermedad, suele darse en casos de sífilis secundaria o latente. Puede afectar a los segmentos anterior (epiescleritis/escleritis, queratitis, iridociclitis) y posterior del ojo (vitritis, coriorretinitis, vasculitis, oclusiones venosas, desprendimiento seroso, vasculitis necrotizante, papilitis)^{4,5} y debe ser siempre objeto de sospecha ante cualquier caso de inflamación ocular sin explicación.

El hallazgo más frecuente en el segmento posterior común es la coriorretinitis. Puede ser difusa, diseminada, periférica o localizada²². De entre todas estas manifestaciones, la coriorretinitis difusa con vitritis es el subtipo más común. Menos habitual suele ser la presencia de una lesión placoide subretiniana y solitaria de tonalidad amarillo pálido dentro de la mácula. Aunque Souza¹⁰ lo describió por primera vez, fue Gass¹¹ quien acuñó el término CPSA para describir esta manifestación poco común de la sífilis ocular.

Como ya se ha descrito, la CPSA representa una coriorretinitis focal que está asociada a infección por sífilis. Las lesiones placoides subretinianas bilaterales suele mostrar evidencias de hiperpigmentación atenuada central y punteada del epitelio pigmentario retiniano (EPR). De Souza¹⁰ sugirió que el depósito de complejos inmunes solubles a nivel del EPR, de la capa coriocapilar y de los vasos retinianos puede provocar lesiones por CPSA. Por otro lado, Gass¹¹ propuso que las espiroquetas, que se sabe están ampliamente diseminadas en la sífilis secundaria, puede estar también presentes en la reacción inflamatoria que se produce tanto en el interior como alrededor del EPR de estas lesiones.

En una excelente revisión realizada por el Estudio Internacional de la Sífilis²³, la CPSA resultó ser mucho más común entre los varones (90%) con una media de edad en torno a los 40 años. Todos los pacientes dieron positivo en las pruebas serológicas de detección de sífilis no específicas que se realizaron (prueba rápida de reaginas plasmáticas y/o laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (LIEV). Las pruebas específicas serológicas de anticuerpos treponémicos (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS) y/o la prueba de microhemaglutinación para anticuerpos contra *Treponema pallidum* (MHA-TP) dieron positivo en el 81,7% de los pacientes testados. El líquido cefalorraquídeo se analizó en el 55% de los pacientes dando positivo en el 75,8% de los pacientes testados. Casi la mitad tenía antecedentes de manifestaciones mucocutáneas de sífilis secundaria.

El estado del sistema inmunológico se ha postulado como un factor de riesgo para desarrollar CPSA. En su estudio original, 3 de los 6 pacientes descritos por Gass¹¹ eran pacientes inmunodeprimidos y seropositivos. Zamani y Garfinkel avalaron esta hipótesis al describir la evolución de un cuadro de CPSA en un paciente inmunodeprimido solo tras exposición a corticosteroides sin tratamiento anti-*Treponema pallidum*²⁴. No obstante, que el estado del sistema inmunológico sea un factor de riesgo para el desarrollo de CPSA fue puesto en duda por Joseph et al.²⁵. En su serie de casos, los 3 pacientes estudiados eran pacientes inmunocompetentes y seronegativos. Se debe mencionar que la incidencia de coinfección por VIH es alta en pacientes sifilíticos con una seroprevalencia del VIH en HRSH con sífilis que está entre el 64,3 y el 90%²⁶. En líneas generales, casi la mitad de los pacientes con CPSA son seropositivos²³.

Nuestro paciente era seronegativo, pero tenía artritis psoriásica y seguía un tratamiento inmunosupresor con secukinumab, un anticuerpo humano monoclonal IgG1k que se fija a la interleucina (IL)-17A. La presentación de la enfermedad era típica de la CPSA. La enfermedad avanzó rápidamente hacia una secuencial bilateral con presencia de enfermedad contralateral completa documentada tan solo dos semanas después de la presentación inicial. El paciente respondió rápida y adecuadamente al tratamiento tal y como se ha descrito.

En conclusión, las infecciones por sífilis han aumentado notablemente durante la última década. Los oftalmólogos debemos estar atentos a las diferentes manifestaciones oculares de esta infección incluida la CPSA descrita recientemente.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores no declararon ningún conflicto de intereses.

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 han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de 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. Waugh M. The centenary of *Treponema pallidum*: on the discovery of *Spirochaeta pallida*. *Int J STD AIDS*. 2005;16(9):594–5.
2. World Health Organization (2011) Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis and *Trichomonas vaginalis*: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44735/1/9789241502450_eng.pdf. Last accessed 20 Sept 2018.
3. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2015/en/> Last accessed 20 Sept 2018.
4. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol* 2005;20:161–7.
5. Samson CM, Foster CS. Syphilis, chapter 15. In: Foster CS, Vitale AT, eds. *Diagnosis and Treatment of Uveitis*. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2001:237–43.
6. Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. *Ophthalmology* 1990; 97:1281-7.
7. Schlaegel TF Jr, Kao SF. A review (1970-1980) of 28 presumptive cases of syphilitic uveitis. *Am J Ophthalmol* 1982; 93:412–4.
8. Barile GR, Flynn TE. Syphilis exposure in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1997;104:1605-9.
9. Aldave AJ, King JA, Cunningham ET Jr. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12:433-41.
10. de Souza EC, Jalkh AE, Trempe CL, et al. Unusual central chorioretinitis as the first manifestation of early secondary syphilis. *Am J Ophthalmol* 1988;105:271-6.
11. Gass JD, Braunstein RA, Chenoweth RG. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Ophthalmology* 1990;97:1288–1297.
12. Centers for Disease Control and Prevention (2014). 2013 Sexually transmitted diseases surveillance. Syphilis. Available at: www.cdc.gov/std/stats13/syphilis.htm. Last accessed 7 Feb 2018.
13. Stamm LV. Syphilis: Re-emergence of an old foe. *Microb Cell*. 2016;3(9):363-70.
14. Herrera-Ortiz A, Uribe-Salas FJ, Olamendi-Portugal ML, García-Cisneros S, Conde-Glez CJ, Sánchez-Aleman MA. Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud Publica Mex* 2015;57:335-42.
15. Stamm LV and Mudrak B (2013). Old foes, new challenges: syphilis, cholera and TB. *Future Microbiol* 8(2): 177-89.
16. European Centre for Disease Prevention and Control (2014). Annual epidemiological report. Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. Available at: www.ecdc.europa.eu. Last accessed 12 Ago 2015.
17. Patton ME, Su JR, Nelson R, and Weinstock H (2014). Primary and secondary syphilis- United States, 2005-2013. *MMWR* 63(18): 402-406
18. Galvin SR and Cohen MS (2004). The role of sexually transmitted disease in HIV transmission. *Nat Rev Microbiol* 2(1):33-42.
19. Ho EL and Lukehart SA (2011). Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *J Clin Invest* 121(12):4584-92.
20. Fonollosa A, Giralt J, Pelegrin L, et al. Ocular syphilis—back again: understanding recent increases in the incidence of ocular syphilitic disease. *Ocul Immunol Inflamm* 2009; 17:207–12.
21. Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: The first 3000 patients epidemiology and Casemix. *Ocul Immunol Inflamm* 2015;23(2):118-26.
22. Villanueva AV, Sahouri MJ, Ormerod LD, Puklin JE, Reyes MP. Posterior uveitis in patients with positive serology for syphilis. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 479-85.
23. Eandi CM, Neri P, Adelman RA, Yannuzzi LA, Cunningham ET Jr; International Syphilis Study Group. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis: report of a case series and comprehensive review of the literature. *Retina* 2012 Oct;32(9):1915-41.
24. Zamani M, Garfinkel RA. Corticosteroid-induced modulation of acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Am J Ophthalmol* 2003; 135: 891-4.
25. Joseph A1, Rogers S, Browning A, Hall N, Barber C, Lotery A, Foley E, Amoaku WM. Syphilitic acute posterior placoid chorioretinitis in nonimmuno-compromised patients. *Eye (Lond)*. 2007 Aug;21(8):1114-9. Epub 2006 Oct 6.
26. Blocker ME, Levine WC, St Louis ME. HIV prevalence in patients with syphilis, United States. *Sex Transm Dis* 2000; 27:53-9.