



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Sífilis ocular, cuando la piel es clave. Presentación de un caso clínico



#### Ocular Syphilis Diagnosed After Evaluation of Key Skin Signs: A Case Report

Sr. Director:

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Sin tratamiento evoluciona clásicamente en cuatro estadios: 1) sífilis primaria, caracterizada por lesiones cutáneo-mucosas en el lugar de inoculación; 2) sífilis secundaria, debida a la diseminación hematogena del patógeno; 3) sífilis latente, y 4) sífilis terciaria, caracterizada por la respuesta inmune celular ante un escaso número de patógenos en órganos concretos<sup>1-3</sup>. En los últimos años hay una incidencia creciente de sífilis en nuestro medio, especialmente entre hombres que mantienen sexo con hombres (HSH)<sup>2-6</sup>. Este número creciente de casos nos permite observar manifestaciones infrecuentes de la enfermedad, como es la sífilis ocular<sup>2,6,7</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 22 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por lesiones palmoplantares asintomáticas de 3 semanas de evolución. Meses antes refería una lesión anal dolorosa autorresolutoria que atribuyó a traumatismo durante relaciones sexuales anales sin preservativo. A la exploración presentaba pápulas palmoplantares hiperqueratóticas eritemato-amarillentas, sugestivas de clavos luéticos (fig. 1). Ante la sospecha de sífilis secundaria se solicitaron serologías; no se inició tratamiento en espera de resultados, a petición expresa del paciente.

Diez días después, consulta en urgencias por una mancha en la región temporal del campo visual del ojo derecho. La exploración oftalmológica revelaba edema de papila unilateral derecha, sin alteraciones coriorretinianas, con reflejos fotomotores, campimetría por confrontación, agudeza visual y exploración neurológica normales.

Las serologías solicitadas detectaron positividad de RPR a dilución 1/64 y FTA-ABS, siendo las serologías de VIH, VHB y VHC negativas. Además, se realizó analítica sanguínea, TC, RMN, angiofluoresceingrafía y punción lumbar, que resultaron normales, incluidos el VDRL y la PCR de *T. pallidum* en líquido cefalorraquídeo (LCR).

Se estableció el diagnóstico de sífilis ocular, para lo que en ese momento se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g intravenosa (iv) durante 14 días. La recuperación visual fue lenta, por lo que se asoció prednisona 60 mg/día en pauta descendente durante 2 meses, lográndose la recuperación visual completa, con mantenimiento posterior. La serología de control a los 6 meses mostró negativización de RPR.

### Discusión

Las manifestaciones oculares de la sífilis son muy infrecuentes y solo se observan entre el 1 y el 14% de los pacientes afectados, siendo la mayoría HSH, VIH positivos o inmunodeprimidos<sup>1,5,6,8,9</sup>. Puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad y cualquier segmento ocular puede resultar afectado<sup>2,6,9</sup>, incluyendo la afectación del nervio óptico en sus diferentes formas<sup>2,6,9,10</sup>. En diferentes series, la papilitis es la primera<sup>2,6</sup> o segunda manifestación más frecuente de sífilis ocular, por detrás de la uveítis<sup>9</sup>. Es por esto que forma parte del diagnóstico diferencial del edema de papila, junto con la isquemia óptica anterior, la oclusión de la vena central de la retina, la papiloflebitis o la sarcoidosis, entre otras<sup>10</sup>. En algunos pacientes constituye el primer motivo de consulta, habiendo pasado desapercibidas las manifestaciones cutáneas primarias y secundarias<sup>6,7</sup>. Cursa por lo general de forma asintomática, aunque puede asociar dolor ocular, disminución de la agudeza visual o defectos en el campo visual<sup>8</sup>.

El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas o signos oculares junto con la presencia de alteraciones en el LCR sugestivas de neurosífilis<sup>1,2,5,10</sup>, por considerarse el globo ocular una extensión del sistema nervioso central (SNC). Sin embargo, algunos autores defienden la necesidad de iniciar tratamiento empírico como sífilis ocular ante el hallazgo de clínica oftalmológica de reciente aparición en pacientes con sífilis activa en cualquier estadio<sup>7</sup>. Esto se apoya en diversas publicaciones que demuestran la presencia de *T. pallidum* en SNC sin alteraciones en la celularidad y con LCR-VDRL negativo<sup>7,9</sup>, particularmente cuando únicamente hay afectación oftalmológica<sup>1,10</sup>.

El tratamiento de elección, según las recomendaciones de la CDC-2015, consiste en la administración de penicilina G acuosa iv durante 14 días, a dosis de 24 millones de UI/24 h administradas en infusión continua o repartidas en 6

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.031>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1** Clavos sífilíticos. Pápulas planas hiperqueratósicas eritemato-amarillentas que afectan a las palmas de ambas manos (A) y a las plantas de ambos pies (B).

dosis separadas 4 h entre sí<sup>1-3,5,9</sup>. Esta pauta de tratamiento implica la necesidad de ingreso hospitalario, por lo que, aunque el tratamiento con ceftriaxona 2 g iv en una sola dosis cada 24 h durante 14 días se considera de segunda línea<sup>1,9</sup>, es cada vez más utilizado debido a que permite una mejor compatibilidad con la vida sociolaboral de los pacientes. Algunos autores recomiendan la adición de corticoides sistémicos al tratamiento antibiótico, sobre todo en los casos en que no se observe la mejoría esperada con antibioterapia<sup>2,9</sup>. El pronóstico por lo general es favorable si se realiza un tratamiento adecuado y precoz.

En nuestro paciente se excluyeron de forma razonable otras posibles etiologías de edema de papila, estableciéndose finalmente el diagnóstico de sífilis ocular, a pesar de no encontrarse alteraciones clásicas de neurosífilis en el LCR. Tampoco se detectó ADN de *T. pallidum* mediante técnicas de PCR; sin embargo, algunos autores desaconsejan la realización de esta técnica, ya que la sensibilidad global es baja: entre el 50 y el 80% en sangre periférica para sífilis secundaria y entre el 40 y el 70% en LCR para el diagnóstico de neurosífilis<sup>4</sup>. La mejoría clínica mantenida con el tratamiento antibiótico apoya el diagnóstico.

Como conclusión, resaltar que debemos prestar atención a la sintomatología sistémica de los pacientes diagnosticados de sífilis, ya que pueden corresponder a manifestaciones atípicas, con potenciales complicaciones en el caso de no instaurar un tratamiento adecuado a tiempo. Si bien no existen recomendaciones acerca de realizar una exploración oftalmológica a todos los pacientes afectados por la enfermedad, los autores consideramos prudente advertir a los pacientes de la importancia de consultar con un oftalmólogo ante el desarrollo de alteraciones visuales *de novo*.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Crespo-Burillo JA, Gil-Perez D, Alarcia-Alejos R, Hernando-Quintana N, García-Rubio S, Martín-Martínez J. Diferencias clínicas y terapéuticas de la afectación neurooftalmológica secundaria a sífilis. *Rev Neurol*. 2014;59:264-8.
2. 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;97:e641-7.
3. Çakmak SK, Tamer E, Karadağ AS, Waugh M. Syphilis: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37:182-91.
4. Guerra LO, Valdés FV. Molecular diagnostic of syphilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;38 Suppl 1:7-11.
5. Nolan NS, Gibbons LE, Hepburn MA, Elkeeb A, Regunath H. Optic neuritis caused by the re-emerging great masquerader. *BMJ Case Rep*. 2018;11:e225635.
6. Fonllosa A, Martínez-Indart L, Artaraz J, Martínez-Berriotxo A, Agirrebengoa K, García M, et al. Clinical manifestations and outcomes of syphilis-associated uveitis in Northern Spain. *Ocul Immunol Inflamm*. 2016;24:147-52.
7. Marx GE, Dhanireddy S, Marrazzo JM, Tuddenham SA, Rompalo AM, Leone PA, et al. Variations in clinical presentation of ocular syphilis: Case series reported from a growing epidemic in the United States. *Sex Transm Dis*. 2016;43:519-23.
8. Tohge R, Shinoto Y, Takahashi M. Longitudinally extensive transverse myelitis and optic neuropathy associated with syphilitic

- meningomyelitis and human immunodeficiency virus infection: A case report and review of the literature. *Intern Med.* 2017;56:2067–72.
9. Puech C, Gennai S, Pavese P, Pelloux I, Maurin M, Romanet J-P, et al. Ocular manifestations of syphilis: Recent cases over a 2.5-year period. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2010;248:1623–9.
10. Porto L, Capelo J, Carragoso A. Unilateral swollen optic disc: Do not forget neurosyphilis. *BMJ Case Rep.* 2013;2013, bcr2013008891.
- L. Luna-Bastante<sup>a,\*</sup>, L. Vergara-de-la-Campa<sup>a</sup>, E.R. Martínez-Lorenzo<sup>a</sup> y P. Clavo-Escribano<sup>b</sup>
- <sup>a</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid*
- <sup>b</sup> *Centro Sanitario Sandoval, Madrid, España*
- \* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: [loretoluna.abm@hotmail.com](mailto:loretoluna.abm@hotmail.com) (L. Luna-Bastante).*