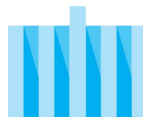




**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR
Unidad Académica



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

POLIMORFISMO DE UNA ENFERMEDAD MILENARIA

Unidad Académica Clínica Médica B - Prof. Dra. Laura Llambí

Equipo Sala 5

**Prof. Adj. Dra. Bernardi, Asist. Dres. Noboa, Quinteros.
Res. Dres. Castillo, Morales, Vargas.**

HOJA DE RUTA

Presentación de caso clínico

Revisión de la literatura

- Sífilis: conceptos generales
- Neurosífilis
- ANA positivo en contexto de infección por sífilis
- Rol de los corticoides en el tratamiento
- Seguimiento

Mensajes finales

HISTORIA CLÍNICA

SF, 49 años. Procedente de Colón. Vive con hija y yerno. Maestra. Buen MSEC.

Antecedentes personales

- Extabaquista, IPA 15. En abstinencia hace 20 años. No BC ni DE.
- Hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina.
- Trastorno de ansiedad en tratamiento con sertralina y alprazolam.

Antecedentes ginecoobstétricos

- 5 G; 1 PV; 2 AE; 2 IVE.
- Prótesis mamarias desde 2004. Última mamografía 2023 BIRADS 2.

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual

Dolor mamario

**Lesiones en piel
maculopapulosas en
tronco y MMSS**

Alopecia “parcheada”

Cejas despobladas

**Disminución de AV
progresiva, bilateral +
fotopsias**

**No síntomas
neurológicos ni
elementos de EAIS**

HISTORIA CLÍNICA

EXAMEN FÍSICO

Lúcida, aceptable estado general, alopecia parcheada.

Mamas: leve dolor a derecha, no se palpan tumoraciones.

CV y PP sin alteraciones.

PNM: lúcida, RFM directo y consensual presente. No alteraciones en motilidad ocular extrínseca. No rigidez de nuca. SE sp.

Oftalmológico: OI: Papila rosada, impresiona vasos borrados, edema de papila, mácula sin alteraciones, retina acolada. No uveítis ni retinitis. OD sin alteraciones.

HISTORIA CLÍNICA



HISTORIA CLÍNICA

En suma

SF. 49 años. Buen MSEC.

Extabaquista, hipotiroidea, trastorno de ansiedad. Prótesis mamarias. 2 AE.

Lesiones maculo-papulosas en tronco y MMSS + alopecia + dolor mamario.

Papilitis OI.

HISTORIA CLÍNICA

PLANTEOS CLÍNICOS

ETIOLOGÍA INFECCIOSA:

¿SÍFILIS?

ETIOLOGÍA AUTOINMUNE:

**¿LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO?**

**ETIOLOGÍA AUTOINMUNE /
INFLAMATORIA:**

**¿SÍNDROME DE ASIA?
(Autoimmune Syndrome
Induced by Adjuvants)**

HISTORIA CLÍNICA

- ❖ Hb 11,1 g/dL - VCM 78 fL - HCM 29,4 g/dL / PLQ 443 10^3 /uL / GB 6,11 10^3 /uL - Linf 1,39 10^3 /uL
- ❖ Urea 30 mg/dL / Crea 0.76 mg/dL

- ❖ VIH no reactivo. VHB y VHC no reactivos.
- ❖ Serologías para sífilis: **RPR 512 UI** con TPHA (+).
- ❖ ANA 1/160. ENA (-).

Sífilis + compromiso ocular + síntomas neurológicos ---> DESCARTAR
COMPROMISO MENÍNGEO

HISTORIA CLÍNICA

- ❖ TC de cráneo con enfoque de órbitas sin alteraciones.
- ❖ Punción lumbar: LCR de aspecto incoloro, límpido. Glucosa 0.53 g/L (glicemia 0.60 g/L). Proteínas 0.58 mg/dL. Lactato 12.1 mmol/L. GB 0 mm³. GR 10 mm³, conservados 100%. **VDRL 8 UI.**
- ❖ Biopsia cutánea: proceso inflamatorio linfoplasmocitario como puede verse en sífilis.

HISTORIA CLÍNICA

PLANTEO DIAGNÓSTICO

SÍFILIS SECUNDARIA

VDRL positivo en LCR

NEUROSÍFILIS

Abordaje terapéutico

- Penicilina G cristalina 4.000.000 UI iv cada 4 h por 14 días.
- Prednisona 40 mg/día con descenso gradual.

HISTORIA CLÍNICA

Evolución clínica a los 10 días de iniciado tratamiento ATB



HISTORIA CLÍNICA

En suma

SF. 49 años.

Compromiso cutáneo + alopecia + papilitis Ol.

RPR positivo en suero + VDRL positivo en LCR: Neurosífilis.

Completó tratamiento por 14 días con penicilina cristalina iv.

DISCUSIÓN

Presentación polimórfica de la enfermedad.

Aumento de casos e implicancias para el internista.

Necesidad de integrar síntomas diversos en un planteo único.

Valor de los ANA en contexto de sífilis.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

SÍFILIS

Infección causada por espiroqueta *Treponema pallidum*.

Considerada **la gran imitadora** por presentar gran polimorfismo clínico.

Vías de transmisión en Uruguay

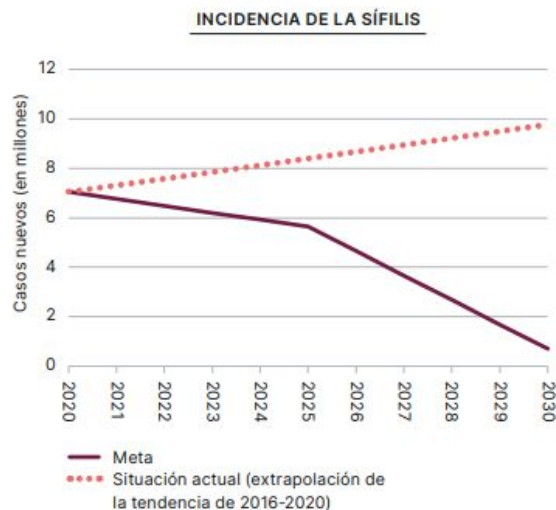
- Sexual
- Transplacentaria
- Sanguínea (inexistente)

SÍFILIS HOY

Aumento de incidencia global, más de 5 millones de casos nuevos por año.

Disminución de mortalidad en los últimos años.

Alta incidencia en embarazo, registro de sífilis congénita reporta aumento en Uruguay.



		Periodo 2020-2021 (n=160 en 1 año)	Periodo 2018-2019 (n=249 en 2 años)
PREVALENCIA SG		27,5 (160/5818)	20,8 (249/11949)
INCIDENCIA SC		1,37 (8/5818)	1,0 (12/11949)
CONTROL EMBARAZO	Bueno	47,5% (76)	65,4% (163)
	Malo	52,5% (84)	34,5% (86)
REINFECCIÓN		10,6% (17)	26,1% (65)
SG: sífilis gestacional . SC: sífilis congénita			

SÍFILIS HOY

Factores que contribuyen al aumento a nivel global de sífilis:

- 1) insuficiente concientización
- 2) disparidad en el acceso a servicios de salud
- 3) estigma persistente.

INICIATIVA ETMI-PLUS

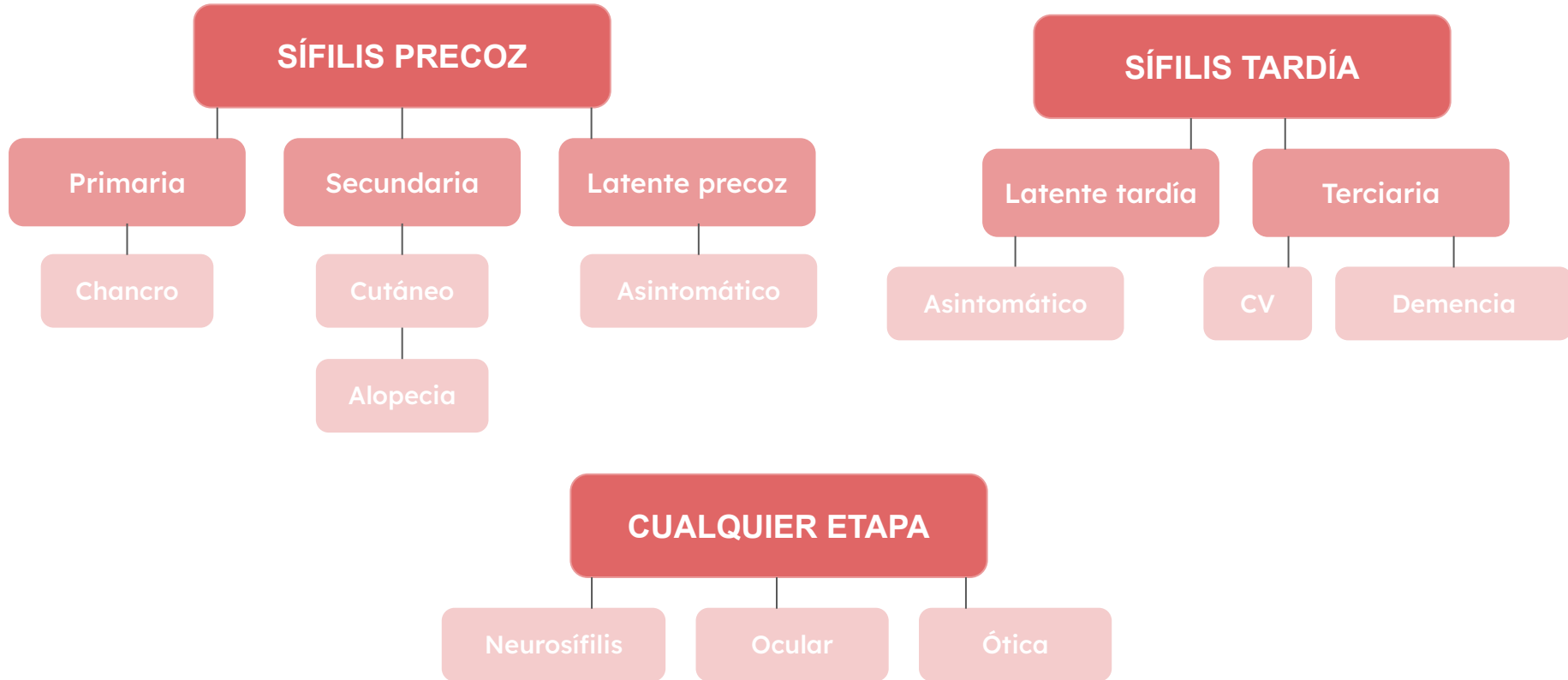
Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los óbitos) a 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos.

META:

Aumentar a un 95% o más la cobertura del tamizaje de la infección por sífilis y el tratamiento adecuado en las embarazadas.



SÍFILIS - ETAPAS



SÍFILIS - DIAGNÓSTICO

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS (RPR, VDRL)	PRUEBAS TREPONÉMICAS (FTA-abs, TPHA)
• Valoran actividad. • Positivizan a los 10-15 días luego de aparición del chancro. • Alcanzan su máximo entre 1 y 2 años después de infección. • Útiles para seguimiento.	• Confirmatorias. • Detectan anticuerpos específicos 2 a 4 semanas luego de exposición. • NO útiles para control de tratamiento o actividad de enfermedad.

SÍFILIS - TRATAMIENTO

Sífilis precoz:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones UI IM monodosis.

Latente tardía, duración desconocida, cardiovascular:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones UI IM semanal por 3 semanas.

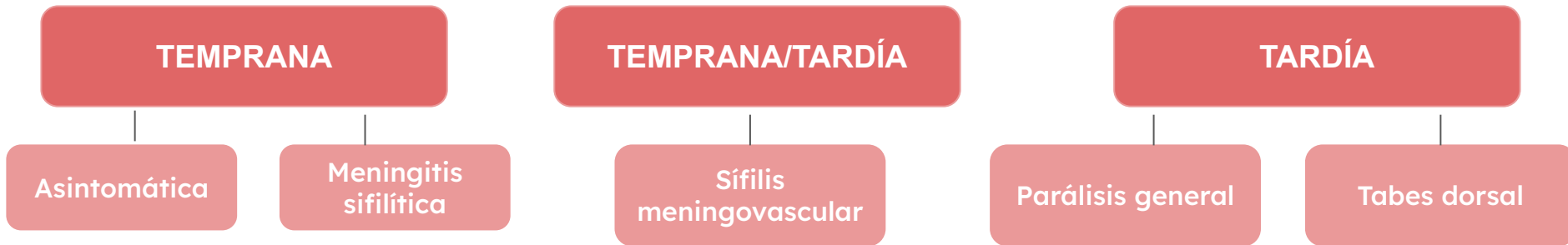
Neurosífilis

- Penicilina G sódica 3-4 millones UI iv cada 4 h durante 14 días.

NEUROSÍFILIS

Invasión del Sistema Nervioso Central por *Treponema pallidum*.

Considerada manifestación de sífilis tardía, pero la invasión a nivel del SNC puede ocurrir hasta en un 25% de los casos en todos los infectados.



NEUROSÍFILIS - DIAGNÓSTICO

VDRL o RPR (+) en sangre



VDRL (+) en LCR y/o
pleocitosis

VDRL en LCR es poco sensible y altamente específico.

NO se recomienda realización de RPR en LCR.

Punción lumbar:

NO indicada PL en sífilis temprana en pacientes sin síntomas neurológicos, oculares o auditivos.

SI indicada en síntomas neurológicos independientemente de la etapa.

NEUROSÍFILIS - TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Tratamiento

Penicilina G 3-4 millones UI iv cada 4 h por 14 días.

En caso de alergia se recomienda en primer lugar la desensibilización, de no ser posible ceftriaxona 2g iv día por 14 días.

Seguimiento - dos opciones:

- ❖ RPR en sangre con descenso de 4 diluciones o negativización.
- ❖ Punción lumbar a los 6 meses: disminución de pleocitosis y VDRL negativo (no recomendado de rutina).

SÍFILIS + Anticuerpos antinucleares (ANA)

Existe evidencia de coexistencia entre ANA (+) e infección por sífilis, especialmente en sífilis secundaria, pudiendo imitar distintas enfermedades autoinmunes.

IMPORTANTE descartar infección por sífilis en pacientes con ANA (+) y características clínicas sugestivas de enfermedad autoinmune.

Los ANA se negativizan luego del tratamiento antibiótico con penicilina.

Hasta 24% de los pacientes con LES pueden presentar VDRL como falso +.

NEUROSÍFILIS - ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

Indicaciones

- Síntomas neurológicos como alteración de pares craneales, meningitis, ACV o demencia.
 - Sífilis ocular con afectación de pares craneales.
- Se recomienda RM de cráneo dado mayor sensibilidad en detectar infartos cerebrales, atrofia cortical, lesiones de sustancia blanca.

NEUROSÍFILIS - MANIFESTACIONES OCULARES

Ocurren en cualquier etapa de la enfermedad: 10% en sífilis secundaria y de 2-5% en sífilis terciaria.

Es considerada una de las manifestaciones de la neurosífilis.

Las afectaciones más frecuentes son:

- Panuveítis
- Uveítis anterior
- Queratitis
- Neuropatía óptica
- Vasculitis retiniana

NEUROSÍFILIS - MANIFESTACIONES OCULARES

En casos de infección por sífilis y manifestaciones oculares está recomendado realizar examen físico neurológico minucioso y examen oftalmológico.

¿Cuándo realizar punción lumbar?

En casos de manifestaciones oculares y afectación de pares craneales u otra manifestación neurológica.

NO está indicada cuando solamente existe afectación ocular.

NEUROSÍFILIS - MANIFESTACIONES OCULARES

Pronóstico visual: generalmente bueno con diagnóstico y tratamiento precoz.

Factores de mal pronóstico:

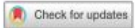
- retraso en el inicio del tratamiento.
- coinfección por VIH.
- sífilis ocular con manifestaciones neurológicas.

scientific reports

OPEN

Clinical features and incidence of visual improvement following systemic antibiotic treatment in patients with syphilitic uveitis

Wantanee Sittivarakul[✉], Sukrita Aramrunroj & Usanee Seepongphun



NEUROSÍFILIS - CORTICOTERAPIA

No hay evidencia a favor del uso de corticoides sistémicos en monoterapia.

La evidencia favorece uso sistémico en casos severos con compromiso de nervio óptico donde predominan inflamación y edema.

Uso respaldado a nivel tópico.

Current ophthalmology practice patterns for syphilitic uveitis

Genevieve F Oliver,¹ Roy M Stathis,¹ João M Furtado,² Tiago E Arantes,³
Peter J McCluskey,⁴ Janet M Matthews,¹ International Ocular Syphilis Study Group,
Justine R Smith¹

MENSAJES FINALES

Debe sospecharse la neurosífilis en cualquier estadio de la enfermedad.

La presencia de síntomas oculares constituye neurosífilis y obliga a buscar signos de compromiso neurológico.

En caso de compromiso ocular se debe realizar tratamiento intravenoso.

No es necesaria la realización de punción lumbar de control de rutina.

No existe evidencia de que el uso de corticoides sistémicos mejore el pronóstico visual.