

Vasculopatía Obstrucciona

por Sífilis Ocular

Dr. Gerson Vizcaino¹, Dra. Ángela Rodríguez², Dra. Aderina Maldonado², Dr. Saúl Almonte².

Afiliación: ¹ Servicio de Enfermedades Inflamatorias Oculares y ² Departamento de oftalmología. Hospital Escuela Dr. Jorge Abraham Hazoury Bahlés Instituto Nacional de la Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN).

PACIENTE FEMENINA de 62 años de edad acude a consulta refiriendo ojo izquierdo rojo y doloroso de 6 días de evolución asociado a disminución de la agudeza visual de ambos ojos y cefalea frontal intermitente de aproximadamente 4 meses de evolución. La agudeza visual mejor corregida fue de 20/400 en el ojo derecho y percepción de luz para el ojo izquierdo con unas presiones intraoculares de 14 y 24 mmHg, respectivamente. Las pupilas fueron corectópicas con reflejo fotomotor disminuido. La goniocopia mostró ángulos abiertos de 4 estructuras en cada zona horaria para ambos ojos, con moderada dispersión pigmentaria 360 únicamente en ojo izquierdo.

La funducopia en ojo derecho mostró alteración en el trayecto de los vasos por interrupción de la columna sanguínea arteriolar y malformaciones vasculares dispersas a expensas de telanquectasias y hemorragias intrarretinianas en todo polo posterior extendiéndose hasta ecuador, especialmente a nivel temporal. Nasal al nervio se encontró una lesión subretiniana plaquide solitaria de bordes definidos e irregulares con patrón de hiperpigmentación del EPR y zonas centrales degradadas las cuales transparentan a esclera (A). En el ojo izquierdo se evidencian hemovitreo caracterizado por una cavidad hiperecogénica de reflectividad media alta, móvil en el ultrasonido modo B (B).

La angiografía fluoresceínica demostró tanto un retraso en los tiempos de captación de contraste arteriolar, como un llenado incompleto de las mismas. Se pone en evidencia zonas de hipofluorescencia en las áreas correspondientes a las hemorragias intrarretinianas y a la lesión yuxtapapilar, descritas

anteriormente, zonas de menor hipofluorescencia difusa destacan la hipoperfusión retiniana. Contrastadas con áreas hiperfluorescentes correspondientes a las lesiones telanquectásicas. (C)

Tomando en cuenta las alteraciones vasculares de la paciente se decide realizar un rastreo sistémico encontrando valores anormales en las pruebas de VSG (Velocidad de Eritrosedimentación), PCR (Proteína C Reactiva) y ASO (Antiestreptolisina O) y un FTA-ABS positivo. Por esta razón se refirió a Infectología para tratamiento de Sífilis, D/C Neurosífilis por hallazgos oculares.

Debido a que este tipo de pacientes con afectación ocular deben considerarse como casos de Neurosífilis en cuanto a pautas medicamentosas, el departamento de Infectología decide realizar ingreso de la paciente para la administración de tratamiento antilúético en esquema neusifilítico; utilizando Penicilina G Sódica IV 18-24 millones de unidades por día por 14 días, seguidos de 2.4 millones de unidades semanales de Penicilina G Benzatínica IM por 3 semanas. Por parte de oftalmología nos limitamos a tratamiento tópico en espera de estabilización de cuadro sistémico, con el uso de prednisolona, antiinflamatorio no esteroideo y un hipotensor ocular: Dorzolamida + timolol (D). Una vez dada el alta por parte de Infectología, se decide preparar paciente para realizar vitrectomía vía pars plana con endolaser en ojo izquierdo (E). ○

PALABRAS CLAVES:

Sífilis Ocular, Vasculopatía obstrucciona

Conflicto de Interés: Ninguno; **Financiación:** Ninguna; **Agradecimiento:** Ninguno

