

## Sífilis ocular, “la gran simuladora”

### Ocular syphilis, “the great pretender”

Keilym Artilés Martínez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5320-4264>

Isabel Ambou Frutos<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2388-1528>

Anisley Pérez Batista<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5575-0488>

Noel Lascaiba Rojas<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8853-3922>

<sup>1</sup>Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Villa Clara, Cuba.

<sup>2</sup>Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. La Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Hospital Pediátrico “José Luis Miranda”. Villa Clara, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [keilymam@infomed.sld.cu](mailto:keilymam@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por el *Treponema pallidum*. Reportes recientes de diferentes regiones del mundo sugieren que la sífilis ocular está reemergiendo en paralelo con el incremento de la incidencia de la infección sistémica a nivel global.

**Objetivo:** Profundizar en el conocimiento sobre la sífilis, especialmente, en la sífilis ocular, que se encuentra en la bibliografía especializada.

**Métodos:** Fundamentalmente se consultaron artículos de los últimos 5 años, en idioma español e inglés, disponibles en textos completos. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, SciELO y Google académico.

**Conclusiones:** La sífilis ocular puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad e imitar diferentes afecciones inflamatorias oculares, por lo que debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de toda uveítis. El tratamiento oportuno de estos pacientes puede minimizar el daño visual, pero su diagnóstico es a menudo un desafío para el oftalmólogo.

**Palabras clave:** sífilis ocular; sífilis; neurosífilis.

## ABSTRACT

**Introduction:** Syphilis is a sexually transmitted disease caused by *Treponema pallidum*. Recent reports from different regions of the world suggest that ocular syphilis is re-emerging, in parallel with the increasing incidence of systemic infection globally.

**Objective:** To deepen the knowledge on syphilis and especially ocular syphilis found in the specialized literature.

**Methods:** The articles consulted were mainly from the last 5 years, in Spanish and English, available in full text. The databases consulted were PubMed, SciELO and Google academic.

**Conclusions:** Ocular syphilis can present at any stage of the disease and mimic different ocular inflammatory conditions, so it should be taken into account in the differential diagnosis of any uveitis. Prompt treatment of these patients can minimize visual damage but its diagnosis is often a challenge for the ophthalmologist.

**Keywords:** ocular syphilis; syphilis; neurosyphilis.

Recibido: 13/04/2022

Aceptado: 31/08/2022

## Introducción

Las treponematososis son un conjunto de enfermedades producidas por distintas bacterias helicoidales con movimiento característico que producen una variedad de enfermedades. La sífilis, producida por el *Treponema pallidum*, es la más importante por sus consideraciones epidemiológicas, históricas y clínicas. Conocida desde hace siglos, es el paradigma de infección de transmisión sexual.<sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2020 hubo unos 374 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual, de las cuales 7,1 millones correspondieron a sífilis.<sup>(2)</sup>

Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública en todo el mundo. En Estados Unidos los casos de sífilis se han incrementado en un 74 % desde 2003 hasta 2017.<sup>(3)</sup> En México, la tasa de incidencia es de 4,3 casos por cada 100 000

---

adultos.<sup>(4)</sup> Otros países también han documentado tendencia al incremento. Ejemplo de estos resultan: Canadá, España, China y Reino Unido. Cuba no escapa a esta tendencia, en el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública se recoge que en 2010 hubo una incidencia de 1445 casos, 4273 ya en 2019, y 4520 en 2020, más de tres veces superior en diez años.<sup>(5)</sup>

La presentación clínica ha variado en las últimas décadas, lo cual en parte se atribuye a la coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esto dificulta la detección de la enfermedad debido a una gran variedad de síntomas inespecíficos.<sup>(6)</sup>

Un grupo de riesgo especialmente alto es el de hombres que tienen sexo con hombres. La transmisión del VIH preocupa en este grupo de pacientes porque las lesiones de la sífilis precoz aumentan el riesgo de adquirir y transmitir este retrovirus.<sup>(4)</sup> La coinfección con el VIH, los cambios en el comportamiento sexual, la efectividad del tratamiento antirretroviral para el VIH y la facilidad para encontrar parejas sexuales como consecuencia del uso de internet ha aumentado la complejidad de la epidemiología de la sífilis y, particularmente, su control.<sup>(3)</sup>

Reportes recientes de diferentes regiones del mundo sugieren que la sífilis ocular está reemergiendo, en paralelo con el incremento de la incidencia de la infección sistémica globalmente.<sup>(7)</sup> Conocida como “la gran simuladora”, la sífilis ocular tiene manifestaciones clínicas muy variadas. El tratamiento oportuno de estos pacientes puede minimizar el daño visual, pero su diagnóstico constituye a menudo un desafío para el oftalmólogo.

Se realizó esta revisión bibliográfica con el objetivo de profundizar en el conocimiento sobre la sífilis y, especialmente, la sífilis ocular que se encuentra en la bibliografía especializada.

## Métodos

Fundamentalmente los artículos que se consultaron son de los últimos 5 años, en idioma español e inglés, disponibles en textos completos. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo y Google académico. La información fue resumida para la elaboración del informe final.

## Sífilis y manifestaciones oculares

Esta enfermedad se informó por primera vez en el Viejo Mundo en 1490, cuando médicos italianos describieron una nueva enfermedad que afectaba a los soldados franceses. La hipótesis colombina sostiene que la sífilis se originó en América y fue llevada a Europa por la tripulación de Cristóbal Colón en el siglo xv, mientras que los defensores de la hipótesis precolombina afirman que la enfermedad ya existía en Europa mucho antes del regreso de Colón al continente europeo. La hipótesis evolutiva/unitaria teoriza que las enfermedades treponémicas fueron distribuidas en todo el mundo.

El nombre “sífilis” proviene de un poema escrito por Girolamo Fracastoro en 1530 en el que un pastor llamado Sífilus enoja al dios Apolo, quien maldice a la población con una enfermedad que lleva el nombre del pastor. A la sífilis también se le conoce como *lúes*, palabra que deriva del latín que significa “peste”. En la era anterior a la penicilina los tratamientos incluían purgantes y pirógenos. En 1943 la penicilina se documentó como un tratamiento eficaz para la sífilis, el cual continúa siendo el más recomendado.<sup>(8)</sup>

La vía transplacentaria es la segunda en frecuencia. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80 % de los casos. Por tal motivo, está incluida en los programas de atención al embarazo. La transmisión es más probable a partir de madres con sífilis primaria o secundaria que de madres con sífilis latente. Existen otras formas de transmisión, pero son excepcionales. Tal es el caso de compartir agujas en usuarios de drogas por vía parenteral, o recibir un órgano o hemoderivados. Hay que reseñar que se realizan análisis serológicos en las muestras de sangre donada; y además, *Treponema pallidum* no puede sobrevivir más de 24-48 h en las condiciones en las que se almacena la sangre.

*Treponema pallidum* penetra rápidamente en las mucosas íntegras (genitales, ano o boca) o en erosiones microscópicas de la piel y en pocas horas entra en los vasos linfáticos y la sangre provocando una infección sistémica antes de que aparezca la lesión primaria. La transmisión puede ocurrir no solo a través de la penetración (vaginal o anal) sino con otras prácticas como besar o tocar lesiones en diferentes localizaciones afectas.

La mediana de tiempo de incubación tras el contagio es de 3 semanas (rango: 10-90 días). Las manifestaciones generales de la sífilis secundaria aparecen 6-8 semanas

---

después de la resolución del chancro, generalmente una erupción generalizada y linfadenopatías.

En ocasiones se pueden solapar las manifestaciones primarias y secundarias. Otros inician una fase de latencia sin advertirse lesiones secundarias. En la sífilis secundaria, el *Treponema* invade la epidermis y los vasos, y se disemina de forma sistémica hasta alcanzar, incluso el humor acuoso y el sistema nervioso central (SNC), con alteración del líquido cefalorraquídeo (LCR) hasta en el 40 % de los pacientes. En general, tras 2-6 semanas las lesiones secundarias remiten y se pasa a un estado latente que solo se detecta mediante pruebas serológicas.

El 33 % de los pacientes con sífilis latente sin tratamiento progresa a sífilis terciaria, el cual se divide en 3 grupos: sífilis benigna causando gomas (lesiones granulomatosas), sífilis cardiovascular (aortitis, aneurismas aórticos, insuficiencia valvular aórtica y estrechamiento del ostium coronario) y neurosífilis sintomática tardía (sífilis meningovascular, neurosífilis parenquimatosa y tabes dorsal).<sup>(1,9)</sup>

El riesgo de infección tras un contacto sexual con una persona enferma depende, entre otras cosas, del estadio de la enfermedad. El riesgo es mayor tras la exposición a las lesiones exudativas de la fase precoz (sífilis primaria y secundaria), ya que las que están queratinizadas, aunque sean de secundarismo, no resultan contagiosas. El riesgo de transmisión a partir de un paciente con sífilis tardía es despreciable. De forma aproximada, el riesgo de transmisión se estima en un tercio de las personas expuestas a sífilis precoz. Los períodos asintomáticos (latencia) representan una característica frecuente de la sífilis.

La evolución de la sífilis no tratada suele dividirse en dos estadios: precoz y tardío. La precoz incluye la sífilis primaria (chancro con adenopatías), la secundaria y la latente precoz (en el primer año). La tardía se evidencia cuando ha transcurrido más de un año desde la infección y puede englobar la latencia tardía (pacientes asintomáticos) y la sífilis terciaria. Esta clasificación es útil desde el punto de vista terapéutico, pero la cronología puede variar entre individuos, especialmente en pacientes con infección por el VIH.<sup>(1)</sup>

La sífilis puede permanecer latente en el individuo infectado durante toda la vida. Las manifestaciones son variables, capaces de imitar gran variedad de enfermedades. El examen clínico intencional y el interrogatorio ayudan a reconocer pistas sutiles para detectar esta infección reemergente.

---

La sífilis ocular puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad e imitar diferentes afecciones inflamatorias oculares. Puede ser uni- o bilateral y afectar cualquiera de las estructuras del ojo. En el segmento anterior la manifestación más común resulta la uveítis anterior, aguda o crónica, granulomatosa o no, y se observa frecuentemente acompañada de vitritis más que aislada. También puede existir queratitis intersticial, roséola sifilítica por ingurgitación de vasos superficiales en el tercio medio iridiano, gomas en el iris y dislocación del lente. En el segmento posterior puede mostrarse como coriorretinitis focal, multifocal o placoide posterior (una o más lesiones placoides grandes, amarillentas, a nivel del epitelio pigmentario de la retina, en o cerca de la mácula). Otras manifestaciones pueden ser: retinitis punteada interna, retinitis necrotizante, neurorretinitis, vasculitis, desprendimiento de retina seroso, uveítis intermedia, panuveítis, escleritis, seudoretinosis pigmentaria por alteraciones difusas del epitelio pigmentario de la retina y alteraciones neurooftalmológicas como neuritis óptica, pupila de Argyll Robertson y parálisis de nervios oculomotores.<sup>(10)</sup>

Es fundamental descartar la asociación con neurosífilis en todas las afecciones del polo posterior.<sup>(11)</sup> La sífilis ocular como manifestación de la neurosífilis es infrecuente, pero debe sospecharse ante cualquier síntoma ocular con VDRL positivo en sangre. El estudio del LCR normal no invalida el diagnóstico de sífilis ocular, sino que descarta compromiso meníngeo, teniendo implicaciones solo en el seguimiento del paciente y no en el tratamiento. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico y evita secuelas a largo plazo.<sup>(12)</sup>

En cuanto al análisis del líquido cefalorraquídeo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos recomiendan realizarlo en todos los casos de sífilis con afectación ocular. La prueba estándar de referencia para el diagnóstico de esta enfermedad es la detección de títulos de VDRL. Esta prueba es muy específica pero muy poco sensible, y resulta positiva solo en un 80 % de los casos de neurosífilis, por lo que su negatividad ante la alta sospecha no excluye el diagnóstico.<sup>(13)</sup>

En un estudio realizado en Brasil<sup>(6)</sup> en algunos centros médicos públicos, de un total de 214 ojos, 6,1 % presentaron uveítis anterior, 8,4 % uveítis intermedia, 76,2 % uveítis posterior, 8,4 % panuveítis y escleritis un 0,9 %. Presentaciones características como coriorretinitis placoide posterior aguda y retinitis punteada interna fueron descritas.

Una publicación realizada por *Lozano* y otros<sup>(14)</sup> en pacientes con VIH y sífilis en México evidenció un predominio de panuveítis como forma de presentación, en el 32, 2

% de los casos. En Turquía las presentaciones clínicas incluyeron escleritis anterior, escleroqueratitis, uveítis anterior, uveítis intermedia, uveítis posterior, panuveítis y neuritis óptica.<sup>(15)</sup>

En una serie de casos publicada en 2017 en Chinalas manifestaciones más frecuentes fueron la uveítis y la vasculitis retiniana.<sup>(16)</sup> En una publicación realizada en 2018,<sup>(17)</sup> en un período de 15 años en Manchester, Reino Unido, se evidenció un 48 % de los pacientes con panuveítis.

Dentro de los casos reportados en la literatura revisada se encontraron cuatro pacientes con neuritis óptica bilateral,<sup>(13,18)</sup> dos pacientes con neuritis óptica unilateral,<sup>(19,20)</sup> un paciente con diagnóstico de coriorretinitis placoide posterior aguda (CPPA) bilateral en Portugal,<sup>(21)</sup> uno en México<sup>(22)</sup> y uno en España.<sup>(18)</sup> También aparecen registrados una paciente femenina de 15 años con episcleritis nodular,<sup>(11)</sup> dos pacientes con panuveítis bilaterales,<sup>(12,23)</sup> un paciente con uveítis anterior más hipertensión ocular secundaria,<sup>(24)</sup> dos pacientes VIH con panuveítis bilateral e hifema,<sup>(25)</sup> una paciente con neurorretinitis bilateral<sup>(26)</sup> y uno con neuropatía óptica isquémica anterior.<sup>(27)</sup>

Como en todos los casos de uveítis, es importante hacer un diagnóstico y manejo precoces para evitar complicaciones graves como opacidades corneales, catarata, glaucoma, edema macular y desprendimiento de retina. En los artículos revisados hay varios ejemplos de complicaciones como catarata y membrana epirretinal,<sup>(6,25)</sup> atrofia óptica<sup>(28)</sup> y membrana neovascular coroidea,<sup>(26)</sup> que es rara.

El diagnóstico del *Treponema pallidum* no resulta fácil, ya que no crece en medios de cultivo y la serología es la prueba habitual; además de proporcionar una monitorización de la respuesta al tratamiento. Para el diagnóstico de la sífilis disponemos de técnicas directas e indirectas. El objetivo de las primeras es detectar la bacteria (o alguna de sus estructuras), mientras que con las segundas se pretende poner de manifiesto la respuesta de anticuerpos por parte del huésped.

Las técnicas de diagnóstico directo son aplicables exclusivamente en la fase precoz (sífilis primaria y secundaria), ya que las lesiones de estas contienen gran número de bacterias. Se dispone de tres técnicas: la microscopía de campo oscuro, la inmunofluorescencia directa y las técnicas de amplificación genómica como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de fluidos intraoculares y cerebrospinales.

Las técnicas de diagnóstico indirecto son pruebas serológicas. Se pueden clasificar como pruebas específicas treponémicas e inespecíficas o no treponémicas. Ambas son

positivas en pacientes que padezcan otras treponematosiis como el pian, la pinta o la sífilis endémica.

Las pruebas no treponémicas se basan en la detección de anticuerpos dirigidos fundamentalmente contra antígenos de las células del hospedador dañadas por la infección. Detectan anticuerpos IgM e IgG contra un complejo antigénico de cardiolipina-lecitina y colesterol. Las más usadas son el VDRL y el RPR (*Rapid plasmatic reagin*).<sup>(29)</sup> Estas pueden ser negativas en el período de incubación. Reflejan la actividad sistémica de la infección, por tanto, sirven para monitorear el resultado del tratamiento. El tratamiento adecuado negativiza la prueba en 6 a 12 meses.

Los falsos negativos se pueden atribuir al fenómeno de prozona, resultado del exceso de anticuerpos, los cuales interfieren con la formación del complejo antígeno-anticuerpo, necesario para visualizar la floculación positiva en la prueba.<sup>(30)</sup> Este fenómeno puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad, pero es más común en la sífilis primaria y secundaria. También la neurosífilis y el embarazo pueden incrementar el riesgo de este.<sup>(31)</sup>

Las pruebas treponémicas cuantifican anticuerpos dirigidos contra diferentes antígenos de *Treponema pallidum* nativos o recombinantes, lo que explica que sean más específicas que las no treponémicas. Existen varias pruebas disponibles, tradicionalmente las más usadas han resultado la TPHA (*Treponema pallidum haemagglutination assay*), la TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination*) y la FTA-Abs (*fluorescent treponemal antibody absorption*).<sup>(29)</sup> Permiten la distinción entre resultados falsos-positivos, los positivos en las pruebas inespecíficas, así como el diagnóstico de sífilis tardía y latente, cuando el VDRL en sangre y LCR son negativos. Aunque estas pruebas confirman la infección por *Treponema pallidum*, sus títulos no se correlacionan con la actividad clínica de la enfermedad, ni sirven para monitorear la respuesta terapéutica, ya que típicamente permanecen positivas de por vida y a pesar de un tratamiento exitoso.<sup>(1)</sup>

Dado que comparten vía de transmisión y factores de riesgo, se recomienda realizar una prueba diagnóstica para el VIH a toda persona a la que se diagnostica sífilis. Una prueba para el VIH también estaría justificada en los pacientes en los que, a pesar del tratamiento, persisten los síntomas o se produce un aumento del título en las pruebas no treponémicas.<sup>(1)</sup>

Para el diagnóstico y el seguimiento también se utilizan las bondades de las imágenes multimodales como la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT), mediante la cual pueden encontrarse el edema macular cistoide y la atrofia retinal; específicamente en la CPPA: líquido subretinal, ruptura de la zona elipsoide y cambios hiperreflectivos del epitelio pigmentario de la retina. En la angiografía fluorescénica (FA) en la CPPA: lesión central hipofluorescente en la fase temprana con manchas de leopardo e hiperfluorescencia progresiva en las fases media-tardía y difusión del disco óptico tardía. En la angiografía con verde indocianina (ICGA) en la CPPA: hipofluorescencia que se corresponde con la lesión macular tanto en la fase temprana como tardía.<sup>(10)</sup>

Una publicación china del 2015<sup>(32)</sup> reflejó como hallazgos maculares en la SD-OCT la pérdida de la unión del segmento interno/segmento externo de los fotorreceptores en 13 ojos (86,7 %), líquido subretinal y edema macular cistoide. En un artículo<sup>(33)</sup> se evaluaron las imágenes multimodales autofluorescencia del fondo de ojo (FAF), SD-OCT, FA, ICGA y la angio-OCT de 3 casos con CPPA. Se respalda la hipótesis de la participación predominante de la coriocapilar en el mecanismo fisiopatológico de esta entidad.

Se compararon los hallazgos multimodales con dos episodios de un caso de coroiditis multifocal idiopático, donde el papel crucial de la coriocapilar en el desarrollo de la enfermedad ha sido comúnmente aceptado, como en otras coriocapilaropatías inflamatorias primarias como la epiteliopatía pigmentaria placóide multifocal posterior aguda. La falta de perfusión de la coriocapilar inflamatoria desencadenada por agentes infecciosos parece ser la vía común a través de la cual reacciona el ojo.

En otro estudio chino del 2017<sup>(16)</sup> se obtuvo como principales hallazgos en la FA y la ICGA la hiperfluorescencia del disco y la fuga vascular retiniana. En la SD-OCT, se halló la unión del segmento interno/segmento externo mal definida y el engrosamiento de la retina neurosensorial.

A pesar de ser controversial el considerar la sífilis ocular como una neurosífilis, informes recientes de los CDC recomiendan tratar la sífilis ocular como neurosífilis, incluso en la ausencia de alteraciones en el LCR.<sup>(29,34)</sup>

El esquema de tratamiento incluye: penicilina G 18-24 millones de unidades por día (3-4 millones cada 4 h, endovenosa (EV) o en infusión continua) durante 10-14 días. De manera alternativa se puede utilizar la penicilina procaínica a razón de 2,4 millones de

unidades vía intramuscular (IM), una vez al día más probenecid 500 mg orales, ambos por 10-14 días.

En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda: ceftriaxone 2 g diarios IM o EV por 10 -14 días, tetraciclina 500 mg cada 6 h vía oral (VO) por 30 días o doxiciclina 100 mg 2, 2 veces al día VO por 14 días. También se puede utilizar la claritromicina.<sup>(10)</sup>

## Conclusiones

La sífilis ocular está reemergiendo en las últimas décadas. Debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de toda uveítis. El diagnóstico y el manejo son en ocasiones complejos por la variedad de manifestaciones y la dificultad de interpretación de las pruebas serológicas empleadas. La sífilis facilita la transmisión del VIH; y este, a su vez, puede modificar el curso natural de la enfermedad y aumentar el riesgo de neurolúes. Por esto, se hace necesario realizar VIH a todos los pacientes para descartar coinfección y análisis del LCR por la posible existencia de neurosífilis. Su diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico y evitan secuelas a largo plazo.

## Referencias bibliográficas

1. Torralba M, Martínez J, Gi R, Rodríguez M. Infecciones por treponemas. Sífilis Medicine. 2018 [acceso 27/03/2022];12(59):3435-46. Disponible en: <http://www.residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/273%20Infecciones%20por%20treponemas%20S%C3%ADfilis.pdf>
2. World Health Organization. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). WHO. 2020 [acceso 27/03/2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
3. Spiteri G, Unemo M, Mardh O, Amato-Gauci AJ. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. Epidemiol Infect. 2019;147:e3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268819000281>

4. Rodríguez PJ, A. Espino Barros Palau A. Coriorretinitis placoide sifilítica aguda. Reporte de un caso. *Rev Mex Oftalmol.* 2022 [acceso 27/03/2022];96(2):98-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2604-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2604-)
5. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud. MINSAP. 2020 [acceso 27/03/2022];87. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/>
6. Cruz Gómez LG, Cárdenas de la Garza JA, de la Cruz Valadez E, Cuéllar Barboza A, Martínez Moreno A, Áncer Arellano J, *et al.* Características clínicas y demográficas de la sífilis en un hospital de tercer nivel en México. *Dermatología Cosmética, Médica y quirúrgica.* 2020 [acceso 27/03/2022];18(1):8-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2020/dcm201b.pdf>
7. Furtado JM, Arantes TE, Nascimento H, Vasconcelos-Santos DV, Nogueira N, Pinho Queiroz R, *et al.* Clinical manifestations and ophthalmic outcomes of ocular syphilis at a time of re-emergence of the systemic infection. *Sci Rep.* 2018;8(1):12071. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-30559-7>
8. Morales Godínez LC, Guevara Sanginés EG. Secundarismo sifilítico: el gran imitador en 2021. *Dermatología CMQ* 2021 [acceso 27/03/2022];19(2):183-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2021/dcm212p.pdf>
9. Rangel CM, Ortiz AI, Varón CL, Acuña MF, Moreno NJ, Prada AM, *et al.* Sífilis ocular en una población colombiana: manifestaciones clínicas y resultados del tratamiento. *Rev Soc Colomb Oftalm.* 2019 [acceso 27/03/2022];52(2):87-94. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053028/sifilis-ocular.pdf>
10. Foster CS, Anesi SD, Chang PY. Uveitis. A quick guide to essential diagnosis. Springer. 2021. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-52974-1\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52974-1_26)
11. Tello JB, Mantero N, Rueda ML, González MC, Sanz CA, Grees SA, *et al.* Sífilis Secundaria con compromiso ocular y eritema nodoso. *Rev Ped Elizalde.* 2015 [acceso 27/03/2022];6(1-2):34-7. Disponible en: [https://www.apelizalde.org/revistas/2015-1-2-ARTICULOS/RE\\_2015\\_1-2\\_RC\\_5.pdf](https://www.apelizalde.org/revistas/2015-1-2-ARTICULOS/RE_2015_1-2_RC_5.pdf)
12. Fagundez Y, Calistro E, Castrillón C, Laborde G, Segovia F. Sífilis ocular como manifestación de neurolues: a propósito de un caso clínico. *Rev Urug Med Int.* 2020 [acceso 27/03/2022];5(1):28-32. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-67972020000100028&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972020000100028&lng=es)

13. Alzate JA, Álvarez M, Pantoja S, Quintero L, Sánchez D. Neuritis óptica en presencia de anticuerpos antifosfolípidos de origen sifilítico: un diagnóstico olvidado. *Rev Med Risaralda*. 2018 [acceso 27/03/2022];23(1):64-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a12.pdf>
14. Lozano Fernández VH, Peralta Prado A, Pacheco Arvizu M, López Salinas KG, Ahumada Topete VH. Sífilis ocular en población con VIH en México, una presentación emergente. *Rev Med MD*. 2018 [acceso 27/03/2022];9(4):328-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md184k.pdf>
15. Sahin O, Ziaei A. Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis, co-infection, and therapy response. *Clin Ophthalmol*. 2015;10:13-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/OPHTH.S94376>
16. Zhu J, Jiang Y, Shi Y, Zheng B, Xu Z, Jia W. Manifestaciones clínicas y resultados del tratamiento de la uveítis sifilítica en pacientes seronegativos en China. Un estudio de caso retrospectivo. *Medicina*. 2017;96(43). DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000008376>
17. Wells J, Wood C, Sukthakar A, Jones NP. Ocular syphilis: the re-establishment of an old disease. *Eye*. 2018;32(1):99-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/10.1038/eye.2017.155>
18. Espinosa Barberi G, Viera Peláez D, Reyes Rodríguez MA. Revisión de casos de sífilis con afectación ocular como primera manifestación. *Rev Panam Enf Inf* 2018 [acceso 27/03/2022];1(1):42-45. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/panamericana/article/view/19171>
19. Sangesland A, Haugland HW, Næss IA, Stevens DJ. Syphilis with vision loss. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2021;141(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.20.0707>
20. Mckibbin LR, Kadjoda K, Kellen R, Embil JM. Ocular syphilis in an immunocompetent man. *ID Cases*. 2020;21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00840>
21. Miranda M, Sepúlveda PA. Bilateral Chorioretinitis as Syphilis Presentation: Multimodal Characterization and Therapy Response. *J Clinical Diagnostic Research*. 2016 [acceso 27/03/2022]; 10(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071981/>

22. Rodríguez Valdés PJ, Espino Barros Palau A. Coriorretinitis placoide sifilítica aguda. Reporte de un caso. Rev. mex. Oftalmol. 2022[acceso: 27/03/2022]; 96(2): 98-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2604-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2604-)
23. Boghdadi G, Feldman M. An Old Disease With an Unfamiliar Face: A Case Report of Ocular Syphilis. J Med Cases. 2020;11(3):77-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.14740/jmc3438>
24. Roy M, Roy AK, Farrell JJ. Ocular syphilis in an immunocompetent host. ID Cases. 2019;19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idcr.2019.e00684>
25. Deibert B, Wark K, Diaz R, Blodi C. Spontaneous hyphema associated with ocular syphilis. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2020;10(17). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12348-020-00209-z>
26. Świerczyńska MP, Sedlak LS, Nowak MA, Wyględowska D. Choroidal neovascularization secondary to ocular syphilis. Romanian J Ophthalmology. 2021;65(4):406-0. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12348-020-00209-z>
27. Alqurashi MM, Badr M, Bukhari A. Ocular Syphilis Presenting As Non-arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. Cureus. 2021;13(7). DOI: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.16694>
28. Gu X, Gao Y, Yan Y, Marks M, Zhu L, Lu H, *et al.* The importance of proper and prompt treatment of ocular syphilis: a lesson from permanent vision loss in 52 eyes. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(7):1569-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16347/>
29. Teixeira AM, Meireles E, Pereira Fontes C, Manuel M. Ocular Syphilis: A Case Report. Cureus. 2022;14(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.23509>
30. Ambou I, Benítez M, Vilches D, Ramos L, Muñoz B, Sibila M. Uveítis sifilítica asociada al virus de inmunodeficiencia humana. Rev Cub Oftal. 2015 [acceso 27/03/2022];28(4):374-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-217620150004000078&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-217620150004000078&Ing=es)
31. Tuddenham S, Katz SS, Ghanem Kg. Syphilis Laboratory Guidelines: Performance characteristics of nontreponemal antibody tests. Clin Infect Dis. 2020;71(Suppl 1):S21-S42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa306>

32. Shen J, Feng L, Li Y. Ocular syphilis: an alarming infectious eye disease. *Int J Clin Exp Med.* 2015 [acceso 27/03/2022];8(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509273/>
33. Herbort CP, Papasavvas I, Mantovani A. Compromiso de la coriocupular en la sífilis aguda posterior placoide. La coriorretinitis es responsable del deterioro funcional y apunta hacia un mecanismo inmunológico: una revisión integral. Abordaje clinicopatológico. *J Curr Ophthalmol.* 2020 [acceso 27/03/2022];32(4):381-9. Disponible en: <https://jcurrophthalmol.org/article.asp?issn=2452-2325>
34. Tyagi M, Kaza H, Pathengay A, Agrawal H, Behera S, Lodha D, *et al.* Clinical manifestations and outcomes of ocular syphilis in Asian Indian population: Analysis of cases presenting to a tertiary referral center. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68(9):1881-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.4103/ijo.IJO\\_809\\_20](http://dx.doi.org/10.4103/ijo.IJO_809_20)

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.