

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con sífilis ocular

Clinical-epidemiologic Characterization of Patients with Ocular Syphilis

Isabel Ambou Frutos^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2388-1528>

Keilym Artilles Martínez² <https://orcid.org/0000-0002-5320-4264>

Loynette Fernández Mora¹ <https://orcid.org/0000-0002-0908-4402>

Daysi de la Caridad Vilches Lescaille¹ <https://orcid.org/0000-0001-8983-325X>

Lisis Osorio Illas¹ <https://orcid.org/0000-0002-6424-0228>

¹Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. La Habana, Cuba.

²Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: isabel.ambou@infomed.sld.cu

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con sífilis ocular.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo con 28 ojos de 18 pacientes con diagnóstico clínico y serológico de sífilis ocular, los cuales fueron atendidos en el Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer durante el período enero-diciembre de 2022. Se analizaron las variables edad, sexo, color de la piel, coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana, clasificación anatómica de la uveítis, lateralidad, síntomas oculares, formas de presentación, agudeza visual mejor corregida inicial y final, y complicaciones oculares.

Resultados: Predominó el grupo de edades mayores de 40 años (66,7 %), el color blanco de la piel (77,8 %) y el sexo masculino (55,6 %). Se constató baja coinfección con el VIH. Fueron más frecuentes la panuveítis (59,3 %) y la presentación bilateral (55,6 %). El síntoma ocular más referido fue la disminución de la agudeza visual y

la vitritis constituyó la forma de presentación ocular más habitual (66,7 %), mientras que la complicación más común fue la membrana epirretinal.

Conclusiones: La sífilis debe ser descartada en todos los pacientes con inflamación ocular. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son imprescindibles para minimizar el riesgo de complicaciones oculares graves y la pérdida visual irreversible.

Palabras clave: sífilis; sífilis ocular; uveítis sifilítica.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical-epidemiologic characteristics of patients with ocular syphilis.

Methods: A descriptive observational study was carried out with 28 eyes of 18 patients with clinical and serological diagnosis of ocular syphilis, who were attended at the Cuban Institute of Ophthalmology Ramón Pando Ferrer during the period January-December 2022. Variables analyzed were age, sex, skin color, co-infection with human immunodeficiency virus, anatomical classification of uveitis, laterality, ocular symptoms, forms of presentation, initial and final best corrected visual acuity, and ocular complications.

Results: Age group older than 40 years (66.7 %), white skin color (77.8 %) and male sex (55.6 %) predominated. Co-infection with HIV was low. Panuveitis (59.3 %) and bilateral presentation (55.6 %) were more frequent. The most frequently reported ocular symptom was decreased visual acuity and vitritis was the most common ocular presentation (66.7 %), while the most common complication was epiretinal membrane.

Conclusions: Syphilis should be ruled out in all patients with ocular inflammation. Early diagnosis and timely treatment are imperative to minimize the risk of serious ocular complications and irreversible visual loss.

Keywords: syphilis; ocular syphilis; syphilitic uveitis.

Recibido: 12/06/2024

Aceptado: 17/07/2024

Introducción

En la actualidad se informan más de seis millones de casos nuevos de sífilis al año a nivel mundial, la mayor parte de ellos en países de bajos o medianos ingresos.^(1,2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2020 hubo unos 374 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual, de las cuales 7,1 millones correspondieron a sífilis.⁽³⁾

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.⁽⁴⁾ Se plantea que el aumento de los pacientes se debe al crecimiento de la incidencia general, como ya se mencionó, a la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a la aparición de cepas bacterianas con mayor virulencia neurológica y ocular.^(5,6)

Estudios actuales sugieren que aproximadamente el 0,5-1,5 % de los pacientes con sífilis presentan manifestaciones oculares.⁽⁷⁾ La sífilis puede afectar cualquier estructura ocular, presentarse en cualquier estadio de la enfermedad sistémica e imitar diferentes afecciones inflamatorias oculares.⁽⁸⁾ Puede incluso ser la primera manifestación de la infección, por lo que la sífilis debe ser diagnóstico diferencial en cualquier inflamación ocular. La "gran imitadora" puede afectar cualquier estructura ocular: párpado, conjuntiva, esclera, córnea, úvea, retina con su vasculatura y el nervio óptico, vía pupilomotora y nervios craneales relacionados con los movimientos extraoculares.^(7,9)

En el segmento anterior la manifestación más común es 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 sífilítica por ingurgitación de vasos superficiales en el tercio medio iridiano, gomas en el iris y dislocación del lente. En el segmento posterior puede existir coriorretinitis focal, multifocal o placoide posterior; esta última no tan frecuente, pero característica, al igual que la retinitis punteada interna. También puede presentarse como retinitis necrotizante, neurorretinitis, vasculitis, desprendimiento seroso de retina, uveítis intermedia y panuveítis. Otras manifestaciones incluyen 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.⁽⁸⁾

La enfermedad puede afectar tanto a individuos inmunocompetentes como inmunocomprometidos y tiene una bien conocida asociación con la infección por VIH. De hecho, existen altos índices de coinfección con el VIH, ya que comparten similares vías de transmisión y factores de riesgo epidemiológicos. La neurosífilis es más frecuente en pacientes con VIH y más de un tercio de estos pacientes desarrolla inflamación ocular. El virus puede modificar la historia natural de la sífilis a través de la modulación de la respuesta inmune llevando a formas más graves de la enfermedad.⁽¹⁰⁾

En junio de 2015, Cuba se convirtió en el primer país que eliminó la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, condición que fue revalidada por la OMS en junio de 2017. Sin embargo, la sífilis en adultos sigue siendo una infección frecuente en el país.⁽¹¹⁾ Durante los últimos 10 años se aprecia un aumento significativo en las tasas de incidencia de casos de esta enfermedad, con cifras calculadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) que oscilan desde 12,9 x 100 000 habitantes en 2010 a 33,9 x 100 000 habitantes en 2021 y 67,0 x 100 000 habitantes en 2022.⁽¹²⁾

El incremento en la incidencia de sífilis ocular constatado en el Servicio de Uveítis e Inflamaciones Oculares del Instituto Cubano de Oftalmología (ICO) Ramón Pando Ferrer y por investigaciones realizadas en el propio instituto, sumado a la reemergencia mundial de esta afección, motivó la realización de la investigación que tuvo como objetivo describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con sífilis ocular.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo con 28 ojos de 18 pacientes con diagnóstico clínico y serológico de sífilis ocular, los cuales acudieron al Servicio de Uveítis e Inflamaciones Oculares del ICO Ramón Pando Ferrer durante el período enero-diciembre 2022. Se incluyeron todos los casos atendidos con cuadro clínico

sugestivo de sífilis ocular y diagnóstico confirmado mediante pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas.

Se recogieron las variables edad, sexo, color de la piel, coinfección con VIH, clasificación anatómica de la uveítis, lateralidad, síntomas oculares, formas de presentación, agudeza visual mejor corregida (AVMC) inicial y final, y complicaciones oculares.

La información se recolectó a partir de las historias clínicas confeccionadas en la consulta. Para ello se efectuó un examen oftalmológico completo que incluyó agudeza visual sin corrección y mejor corregida inicial y final, con cartilla de LogMar, tonometría de aplanación con neumotonómetro, biomicroscopía del segmento anterior en lámpara de hendidura BQ-900, biomicroscopía del segmento posterior con lente aéreo de 78 o 90 dioptrías, y oftalmoscopía binocular indirecta con indentación escleral con lente de 20 dioptrías, previa dilatación pupilar.

Para confirmar el diagnóstico se indicaron los complementarios: VIH, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay). Los dos últimos fueron analizados en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de La Habana. Además, se realizó ultrasonido ocular (equipo marca Cine Scan) a los pacientes con opacidad de los medios, en los cuales no se pudo acceder al fondo de ojo mediante examen oftalmológico. Asimismo, se obtuvieron las siguientes imágenes multimodales:

- Retinografía (cámara de fondo de ojo marca KOWA). Se practicó a la mayoría de los casos como constancia del cuadro ocular y su evolución.
- Tomografía de coherencia óptica [equipo de dominio espectral (SD-OCT) marca Heidelberg]. Se efectuó en los enfermos con sospecha de complicaciones como edema macular quístico, membranas epirretinales, desprendimiento de retina, entre otras.
- Angiografía fluoresceínica y/o verde indocianina (angiógrafo marca Heidelberg). Se hizo, principalmente, en aquellos que tuvieron complicaciones.

Para caracterizar a los pacientes se emplearon las estadísticas descriptivas: distribución de frecuencia y cálculo del porcentaje en variables cualitativas, así como la media aritmética y la desviación estándar en las cuantitativas. Además, se utilizaron los siguientes procedimientos estadísticos:

- Para comparar dos medias muestrales de una misma población se usó la prueba U de Mann-Whitney.
- Para asociar dos variables cualitativas se empleó la prueba de la ji al cuadrado.

En ambos casos se fijó un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$). Con el propósito de facilitar la comprensión de los resultados, los que se representan en tablas.

La investigación se realizó respetando todos los principios éticos y siempre se garantizó la confidencialidad de los datos, los cuales solo se utilizaron con fines puramente científicos.

Resultados

Se estudiaron 28 ojos correspondientes a 18 pacientes con diagnóstico clínico y serológico de sífilis ocular, siendo la edad media de 43,4 años y la mediana de 44, con una desviación típica de $\pm 10,7$ años. Además, se observó un ligero predominio el sexo masculino (61,1 %) y una clara prevalencia del color blanco de la piel (72,2 %). En solo tres casos (16,7 %) se demostró coinfección con VIH (tabla 1).

Tabla 1 - Pacientes según variables demográficas y coinfección con VIH

Variables	Población N=18	VIH		p-valor
		Positivo	Negativo	
Edad (media \pm desviación típica; mediana)	43,4 \pm 10,7; 44	42,7 \pm 9,0; 42	47,1 \pm 11,1; 46	0,574*
Sexo (frecuencia absoluta; porcentaje)				
Femenino	7 (38,9)	0	7 (38,9)	0,202**
Masculino	11 (61,1)	3 (16,7)	8 (44,8)	
Color de piel (frecuencia absoluta; porcentaje)				
Blanco	13 (72,2)	2 (11,1)	11 (61,1)	0,650**
No blanco	5 (27,8)	1 (5,6)	4 (22,2)	

* Prueba de U Mann Whitney ** Prueba de la ji al cuadrado. Los porcentajes fueron calculados del total de pacientes (18).

Fuente: historias clínicas.

Con respecto a la clasificación anatómica de la uveítis y lateralidad de la presentación, las panuveítis (59,3 %) y la presentación bilateral (55,6 %) fueron las más frecuentes. Es conveniente aclarar que en esta tabla solo se incluyeron 27 ojos con uveítis, porque el caso excluido desarrolló una escleritis y esta enfermedad no pertenece a la clasificación anatómica empleada (tabla 2).

Tabla 2 - Distribución según clasificación anatómica de la uveítis y lateralidad en relación con la presencia o ausencia de coinfección por VIH

Clasificación anatómica de la uveítis*	Frecuencia absoluta; porcentaje		
	VIH negativo	VIH positivo	Total
Uveítis posterior	7 (25,9)	4 (14,8)	11 (40,7)
Panuveítis	15 (55,6)	1 (3,7)	16 (59,3)
Total de ojos	22 (81,5)	5 (18,5)	27 (100)
Lateralidad**			
Unilateral	7 (38,9)	1 (5,5)	8 (44,4)
Bilateral	8 (44,4)	2 (11,1)	10 (55,5)
Total de pacientes	15 (83,3)	3 (16,7)	18 (100)

*Los porcentajes fueron calculados del total de ojos (27). **Los porcentajes fueron calculados del total de pacientes (18).

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 3 se muestran los síntomas oculares y las formas de presentación clínica de los enfermos investigados. Los síntomas oculares más referidos por los pacientes fueron la disminución de la agudeza visual en el 77,8 % (14) y el dolor en el 50 %.⁽⁹⁾ Dentro de las formas de presentación ocular predominó la vitritis (66,7 %), seguida de la retinitis punteada interna (50 %) y la neuritis óptica (33,3 %).

Tabla 3 - Pacientes según síntomas oculares referidos y formas de presentación clínica

Síntomas oculares y formas de presentación clínica	Frecuencia absoluta;%		
Síntomas oculares			
Disminución de la agudeza visual	14 (77,8)		
Dolor	9 (50)		
Ojo rojo	3 (16,7)		
Fotofobia	1 (5,5)		
Formas de presentación clínica	Frecuencia absoluta;%		
	VIH neg.	VIH pos.	Total
Vitritis	9 (50)	3 (16,7)	12 (66,7)
Retinitis punteada interna	8 (44,4)	1 (5,6)	9 (50)
Neuritis óptica	6 (33,3)	-	6 (33,3)
Coriorretinitis focal	3 (16,7)	1 (5,6)	4 (22,3)
Coriorretinitisplacoide posterior aguda	3 (16,7)	-	3 (16,7)
Retina granular	2 (11,1)	1 (5,6)	3 (16,7)
Vasculitis	3 (16,7)	-	3 (16,7)
Retinitis necrotizante	2 (11,1)	-	2 (11,1)
Neurorretinitis	1 (5,6)	-	1 (5,6)
Pseudorretinosis pigmentaria	1 (5,6)	-	1 (5,6)
Escleritis anterior nodular	1 (5,6)	-	1 (5,6)

Neg: negativo, Pos: positivo. Los porcentajes fueron calculados del total de pacientes (18).

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 4 se hace evidente que la mitad de los ojos, al ser evaluados en la primera consulta, presentaron una AVMC inferior a 80 var, y de ellos el 10,7 % se encontraban gravemente afectado (menos de 50 var).

En cuanto a la AVMC final, hubo una variación significativa con respecto a la AVMC inicial, obteniendo una importante mejoría visual, ya que el 82,1 % de los pacientes obtuvieron una AVMC por encima de 80 var.

En la tabla se observa que 19 de los ojos (67,85 %) mantuvieron la agudeza visual sin variación respecto a su valor al inicio de la enfermedad. En el análisis de los resultados de la tabla por debajo de la diagonal, la AVMC mejoró en nueve ojos con respecto a la inicial, y por encima de la diagonal se observa, que ningún ojo empeoró.

Tabla 4 - Resultados visuales según agudeza visual mejor corregida inicial y final

AVMC inicial	AVMC final			
	>80 var No (%)	50-80 var No (%)	<50 var No (%)	Total No (%)
>80 var	14 (100%)			14 (50 %)
50-80 var	7 (63,6 %)	4 (36,4 %)		11 (39,3 %)
<50 var	2 (66,7 %)		1 (33,3 %)	3 (10,7 %)
Total	23 (82,1 %)	4 (14,3 %)	1 (3,6 %)	28 (100 %)

AVMC (Agudeza visual mejor corregida) fue tomada de los ojos afectados. X-squared = 15,605, df= NA, p = 0,005497

Fuente: historias clínicas.

De los 18 pacientes estudiados, 9 presentaron complicaciones oculares, algunos de ellos más de una. En la tabla 5 se demuestra que la membrana epirretinal (16,7 %) resultó ser la más frecuente.

Tabla 5 - Pacientes según complicaciones oculares

Complicaciones oculares	FA	%
Membrana epirretinal	3	33,3
Seclusión pupilar	2	22,2
Alteraciones del epitelio pigmentario de la retina	1	11,1
Edema macular cistoide	1	11,1
Atrofia óptica	1	11,1
Hipertensión ocular secundaria	1	11,1
Desprendimiento de retina	1	11,1
Total de pacientes con complicaciones	9	100

FA: Frecuencia absoluta. Los porcentajes fueron calculados del total de pacientes con complicaciones (9)

Fuente: historias clínicas.

Discusión

Son múltiples los estudios sobre sífilis ocular que se han desarrollado ante la reemergencia global de esta afección. En el cuadro se muestran algunos de los artículos revisados, en el cual se hace evidente que la media de casos diagnosticados por año entre el 2000 y el 2017 osciló desde 2 hasta 9, con excepción de China que reportó un promedio de 26 diagnósticos anuales del 2016 al 2021. Asimismo, resulta notorio que en Cuba se duplicó el número de enfermos confirmados durante un año (18 en 2022) con respecto a los detectados en dos años y medio (18 en 2013-2015).

Cuadro – Estudios que reportan que la media de casos diagnosticados por año entre el 2000 y el 2017 osciló desde 2 hasta 9

Incidencia de la sífilis ocular	Período	Lugar	Nº de casos
<i>Vadboncoeur</i> y otros ⁽¹³⁾	2000-2015	Canadá	115
<i>Pratas</i> y otros ⁽¹⁴⁾	2012-2015	Francia	21
<i>Sun</i> y otros ⁽¹⁵⁾	2016-2021	China	131
<i>Well</i> y otros ⁽¹⁶⁾	2000-2016	Inglaterra	34
<i>Rangel</i> y otros ⁽¹⁷⁾	2015-2017	Colombia	16
<i>Ambou</i> y otros ⁽¹⁸⁾	2013-2015	Cuba	18
<i>Ambou</i> y otros ⁽¹⁸⁾	2022	Cuba	18

Según los resultados del estudio, la edad tuvo un comportamiento similar al descrito por otros autores como *Pratas* y otros,⁽¹⁴⁾ quienes reportaron una media de 49 años en los pacientes con sífilis ocular diagnosticados en un centro oftalmológico de atención terciaria de referencia en París. De igual forma, *Furtado* y otros observaron que la mayoría de los casos se presentaron en la quinta década de la vida.⁽⁴⁾ Asimismo, otro estudio realizado en Estados Unidos de América detectó mayor cantidad de enfermos de igual edad o superior a 45 años.⁽¹⁹⁾ En la investigación previa realizada por *Ambou* y otros, en el período de julio de 2013 a diciembre de 2015, se encontraron resultados similares.⁽¹⁸⁾

En contraposición, en Malasia se reportó una edad promedio de $69,8 \pm 6,4$ años en el 2019, mientras que se identificó un predominio del sexo femenino.⁽²⁰⁾ En la mayoría de las publicaciones consultadas se destaca el sexo masculino como el

más afectado por esta enfermedad, con un 87 % en Malasia, un 68,8 % en Colombia, un 79 % en Canadá, u, 94 % en Reino Unido y un 86,9 % en Tel Aviv,^(13,16,17,18,21,22) lo cual coincide con este estudio, que también se constató una ligera prevalencia del sexo masculino.

Con respecto al color de la piel se encontraron menos trabajos en la bibliografía revisada que aborden este aspecto. En este sentido, *Tam* y otros⁽¹⁹⁾ refirieron un predominio del color de la piel negro. No obstante, *Lobo* y otros⁽²³⁾ diagnosticaron más pacientes con color blanco de la piel, al igual que *Ambou* y otros,⁽¹⁸⁾ en sus dos investigaciones relacionadas con el tema.

La coinfección de la sífilis ocular y con el VIH puede hacer más difícil tanto el diagnóstico como el manejo de ambas enfermedades. Se considera que la coexistencia del VIH aumenta el riesgo de recurrencia de sífilis ocular.⁽²⁴⁾ Al respecto, *Pratas* y otros⁽¹⁴⁾ reportaron un 29 % de coinfección con el VIH en sus casos, de los cuales, 2 se diagnosticaron durante el estudio. Otra investigación realizada en un centro de atención terciaria de la India arrojó un 40 % de coinfección.⁽²⁵⁾

Sin embargo, en un artículo chino del año 2022⁽¹⁵⁾ se evidenció una frecuencia de coinfección muy baja (2,9 %), a diferencia de los países desarrollados occidentales. En el presente trabajo, la frecuencia de coinfección con el VIH estuvo por debajo del 20 %, pero en investigación previa,⁽¹⁸⁾ este porcentaje alcanzó un 61,1 %. Lo anterior se encuentra en correspondencia con las estadísticas de salud mundiales reportadas en el año 2023, en las cuales se plantea que en el 2021 hubo 1,5 (UI: 1,1–2,0) millones de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. Esto representa una disminución del 32 % en las nuevas infecciones por el VIH en comparación con 2010. La tasa de incidencia (nuevas infecciones por cada 1000 habitantes no infectados) disminuyó de 0,32 (UI: 0,24–0,43) en 2010 a 0,19 (UI: 0,15–0,26) en 2021.

De todas las regiones, el progreso ha sido mayor en África por ser la de más carga de VIH, con una reducción en la tasa de incidencia del 58 % entre 2010 y 2021. En África occidental y central, hubo una notable caída de la tasa de incidencia en solo un año, de 0,38 (UI: 0,27–0,54) en 2020 a 0,31 (UI: 0,22–0,45) en 2021. En Asia Sudoriental y la región de las Américas, las tasas de incidencia igualmente han

disminuido desde 2010, mientras que en la Región del Mediterráneo Oriental y de Europa, la tasa de incidencia ha aumentado desde 2010.⁽²⁶⁾

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 neurosífilis, por lo que se hace necesario realizar serología para VIH a todos los pacientes para descartar coinfección, así como análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) por la posible existencia de neurosífilis.⁽²⁵⁾

De acuerdo a la clasificación anatómica de las uveítis, en este estudio predominaron las panuveítis, lo que coincide con varias investigaciones.^(17,16,18,25,27) Sin embargo, *Mudit Tyagi* y otros⁽²⁵⁾ identificaron en primer lugar la uveítis posterior, seguida de la panuveítis, uveítis intermedia y uveítis anterior. La sífilis puede comprometer cualquier estructura ocular, pero la uveítis posterior y la panuveítis son las presentaciones anatómicas más comunes.

La sífilis ocular puede ser unilateral o bilateral. En esta investigación hubo una prevalencia de la presentación bilateral, lo que concuerda con lo reportado por *Foster* y otros,⁽⁸⁾ *Furtado* y otros,⁽⁴⁾ y por *Ambou* y otros, en su estudio previo.⁽¹⁸⁾ Asimismo, *Espinoza González* y otros⁽⁵⁾ también detectaron un predominio de bilateralidad, pero la mayoría en pacientes con VIH, aspecto que no coincide con lo observado en este trabajo. Sin embargo, *Rangel* y otros diagnosticaron más casos con sífilis ocular unilateral.⁽¹⁷⁾

Teniendo en cuenta los síntomas oculares referidos por los pacientes, primó la disminución de la agudeza visual, seguida del dolor y el ojo rojo. Los resultados de otros estudios fueron similares al referir la disminución de la visión como síntoma más frecuente, seguido de los flotadores, ojo rojo y dolor.^(21,28,29) Los síntomas referidos por los pacientes van a depender de la estructura ocular que se encuentre afectada y del grado de inflamación.

La sífilis ocular tiene formas clínicas de presentación muy diversas. En esta investigación, la vitritis fue la más observada y se evidenció en más de la mitad de los casos, seguida de la retinitis punteada interna y la neuritis óptica. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en investigación anterior;⁽¹⁸⁾ en tanto *Mathew* y otros⁽¹⁰⁾ reportan la vitritis como la forma de presentación más frecuente en el segmento posterior, constatada en 41 pacientes del Reino Unido.

La retinitis punteada interna es una de las formas clínicas más características de la sífilis ocular.^(17,10) Ante toda neuritis óptica debe descartarse esta afección para evitar el daño irreversible del nervio óptico. Esta forma de presentación se encontró en ojos con panuveítis y también de manera aislada, con presentación uni- o bilateral. La neuritis óptica, ya sea anterior o retrobulbar, y el papiledema, pueden conducir a una disminución de la visión irreversible y ceguera permanente, especialmente, en los pacientes que evolucionan a la atrofia óptica.

Otras publicaciones refieren como formas de presentación más comunes a la queratitis intersticial y la neuritis óptica,⁽¹³⁾ o la vitritis y neuritis óptica,⁽²⁵⁾ incluso la vitritis asociada a vasculitis retinal reportada en un estudio efectuado en China.⁽¹⁵⁾ En cuanto a la AVMC inicial, un estudio⁽²⁰⁾ realizado en Estados Unidos de América reporta más de un 50 % de los casos en el rango superior. La disminución de la agudeza visual de los pacientes de esta investigación estuvo en relación con la vitritis presente en casi el 67 % de estos, teniendo en cuenta que no se demostró gran afectación estructural del nervio óptico ni compromiso macular. *Furtado* y otros⁽⁴⁾ y *Tam* y otros⁽¹⁹⁾ publicaron AVMC inferiores en porcentajes más elevados. De igual manera, un estudio colombiano encontró mayor cantidad de casos con agudezas visuales gravemente afectadas.⁽¹⁷⁾ Similares resultados se observaron por *Ambou* y otros,⁽¹⁸⁾ quienes reportan que al inicio de la enfermedad más del 50 % de los ojos presentaban una AVMC inicial inferior a 55 var (17 ojos), lo que representó el 53,1% de la muestra evaluada

El pronóstico visual de los pacientes con sífilis ocular suele ser favorable. Con el tratamiento más de un 90 % mejora su agudeza visual inicial, aunque algunos desarrollan complicaciones que repercuten en la visión a pesar de una pauta de tratamiento adecuada. *Sun* y otros⁽¹⁵⁾ reportan que la mediana de la AVMC de los 191 ojos fue de 20/200 (desde ninguna percepción de luz hasta 20/20) y 20/40 (desde ninguna percepción de luz hasta 20/20) en la presentación y el seguimiento final, respectivamente. *Rangel* y otros⁽¹⁷⁾ obtuvieron que la agudeza visual media mejoró de $1,01 \pm 0,71$ log MAR a $0,58 \pm 0,64$ log MAR después del tratamiento. En la publicación anterior se reporta una variación significativa con respecto a la AVMC al inicio de la enfermedad, obteniendo una importante mejoría visual, ya que el 59,4 % de los pacientes alcanzaron una AVMC de 80 var o mejor.⁽¹⁸⁾

Entre las complicaciones asociadas a la sífilis ocular, el desarrollo de catarata es frecuente. En el polo posterior se describen el edema macular cistoide, la membrana epirretinal, el desprendimiento de retina, la neovascularización coroidea (más rara), entre otras.^(5,29)

En esta investigación las complicaciones desarrolladas fueron pocas, teniendo en cuenta el corto período de tiempo evaluado, y predominaron la membrana epirretinal y la seclusión pupilar. *Ambous* y otros, en su estudio previo,⁽¹⁸⁾ identificaron en primer lugar al desprendimiento de retina (21,8 %), en segundo la catarata (18,7 %) y en tercero las sinequias posteriores (15,6 %), pero este abarcó un período de estudio mayor (julio 2013–diciembre 2015). *Furtado* y otros⁽⁴⁾ plantean que la catarata, la hipertensión ocular o glaucoma y la membrana epirretinal son las más frecuentes. Un trabajo colombiano del año 2019⁽¹⁷⁾ constató el glaucoma, la ptisis bulbis y el desprendimiento de retina como las más usuales.

Consideraciones finales

En la presente investigación se evidenció un predominio de pacientes mayores de 40 años de edad, de color blanco de la piel y del sexo masculino. Además, se constató baja coinfección con el VIH, la vitritis fue la forma de presentación más observada y la complicación más frecuente fue la membrana epirretinal. Por tanto, la sífilis debe ser descartada en todos los casos con inflamación ocular. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son imprescindibles, porque cualquier retraso puede aumentar el riesgo de complicaciones oculares graves y la pérdida visual irreversible.

Se recomienda realizar investigaciones similares en todos los territorios del país e intensificar las campañas de promoción de salud y prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Limitación del estudio

La limitación fundamental de este estudio radica en el corto período de tiempo evaluado, lo que no permitió analizar otras variables.

Referencias bibliográficas

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Syphilis and congenital syphilis in Europe: A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Sweden: ECDC; 2019 [acceso 10/05/2022]. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-and-congenital-syphilis-europe-review-epidemiological-trends-2007-2018>
2. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad L, *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019 [acceso 20/05/2020];97(8):548-62. Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31384073/>
3. World Health Organization (WHO) Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) Ginebra: WHO; 2020 [acceso 10/05/2022]. 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))
4. 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: [10.1038/s41598-018-30559-7](https://doi.org/10.1038/s41598-018-30559-7)
5. Espinoza González JP, Sigüero Martín L, Goya González C, Álvarez González E, Rodríguez Melián L, Batista Perdomo D, *et al.* Sífilis ocular en pacientes con VIH. Presentación de 3 casos y revisión de la literatura. Arch. Soc. Canar. Oftal. 2022 [acceso 10/05/2022];33:41-50. Disponible en: <https://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-33/33sco09.pdf>
6. Dutta Majumder P, Chen EJ, Shah J, Ching Wen Ho D, Biswas J, See Yin L, *et al.* Ocular Syphilis: An Update. Ocul Immunol Inflamm. 2019;27(1):117-25. DOI: [10.1080/09273948.2017.1371765](https://doi.org/10.1080/09273948.2017.1371765)
7. Tsan GL, Claiborne RT. Ocular syphilis. Clinical and Experimental Optometry. 2021;104(7). DOI: [10.1080/08164622.2021.1906848](https://doi.org/10.1080/08164622.2021.1906848)
8. Foster CS, Anesi SD, Chang PY, editors. Uveitis. A quick guide to essential diagnosis. Switzerland: Springer; 2021. DOI: [10.1007/978-3-030-52974-1_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52974-1_26)

9. Godoy Mancilla J, Oyarzun Barrientos C, Marín Cornuy M, Carrasco Sanhuesa E, Águila Torres P. Infecciones oculares de origen bacteriano asociadas a infecciones de transmisión sexual: una revisión. Arch Soc Esp Oftalmol. 2022;97(1):17–27. DOI: [10.1016/j.ofthal.2021.01.013](https://doi.org/10.1016/j.ofthal.2021.01.013)
10. Furtado JM, Simões M, Vasconcelos-Santos D, Oliver GF, Tyagi M, Nascimento HG, et al. Ocular syphilis. Survey of Ophthalmology. 2021;67(2):440-62. DOI: [10.1016/j.survophthal.2021.06.003](https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2021.06.003)
11. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS, el VIH y las hepatitis (2019-2023). La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019 [acceso 10/05/2022]. 280 p.
12. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de salud 2022. 51 ed. La Habana: MINSAP; 2023 [acceso 10/02/2024]. 210 p. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/>
13. Vadboncoeur J, Labbé AC, Fortin C, Serhir B, Rabia Y, Najem K, et al. Ocular syphilis: case series (2000-2015) from 2 tertiary care centres in Montreal, Canada. Can J Ophthalmol. 2019;55(1):30-7. DOI: [10.1016/j.jcjo.2019.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2019.05.009)
14. Pratas AC, Goldschmidt P, Lebeaux D, Aguilar C, Ermak N, Benesty J, et al. Increase in Oculae Syphilis cases at Ophthalmologic Reference Center, France, 2012-2015. Emerg Infect Dis. 2018;24(2):193-200. DOI: [10.3201/eid2402.171167](https://doi.org/10.3201/eid2402.171167)
15. Sun CB, Liu GH, Wu R, Liu Z. Demographic, Clinical and Laboratory Characteristics of Ocular Syphilis: 6-Years Case Series Study From an Eye Center in East-China. Front. Immunol. 2022;13(910337). DOI: [10.3389/fimmu.2022.910337](https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.910337)
16. Wells J, Wood C, Sukthankar A, Jones NP. Ocular syphilis: the re-establishment of an old disease. Eye. 2018;32(1):99–103. DOI: [10.1097/ 10.1038/eye.2017.155](https://doi.org/10.1097/10.1038/eye.2017.155)
17. 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. Revista Sociedad Colombiana de Oftalmología. 2019 [acceso 27/03/2022];52(2):87-94. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053028/sifilis-ocular.pdf>
18. Ambou I, Rodríguez N, Ramos L, Vilches D, Osorio L, Padilla CM Ophthalmological Manifestations in Patients with Syphilitic Uveitis Treated in the

- ICO Ramón Pando Ferrer. EC Ophthalmology. 2018 [acceso 27/03/2022];9(8):609-16. Disponible en: <https://ecronicon.net/assets/ecop/pdf/ECOP-09-00346.pdf>
19. Tam EK, Port A, Martin D, Fridman G, Ness S, Siegel NH. Ocular syphilis resurgence in an urban underserved community in the United States. *Int J Ophthalmol*. 2022;15(8):1357-62. DOI: [10.18240/ijo.2022.08.20](https://doi.org/10.18240/ijo.2022.08.20)
20. Ghanimi Zamli AK, Irma Ngah NS, Chew-Ean T, Muhammed J, Wan Hitam WH, Hussein A, et al. Clinical profile and visual outcomes of ocular syphilis: a five-year review in Hospital Universiti Sains, Malaysia. *Cureus*. 2019;11(2). DOI: [10.7759/cureus.4015](https://doi.org/10.7759/cureus.4015)
21. MohdFadzil NI, Abd Hamid A, Muhammed J, Hashim H. Ocular Syphilis: our experience in Selayang Hospital, Malaysia. *Cureus*. 2022;14(7). DOI: [10.7759/cureus.26655](https://doi.org/10.7759/cureus.26655)
22. Klein A, Fischer N, Goldstein M, Shulman S, Habot-Wilner Z. The great imitator on the rise: ocular and optic nerve manifestations in patients with newly diagnosed syphilis. *Acta Ophthalmol*. 2019;97(4). DOI: [10.1111/aos.13963](https://doi.org/10.1111/aos.13963)
23. Lobo AM, Gao Y, Rusie L, Houlberg M, Mehta SD. Association between eye diagnosis and positive syphilis test results in a large, urban sexually transmitted infection/primary care clinic population. *Int J STD AIDS*. 2018;29(4):357-61. DOI: [10.1177/0956462417726700](https://doi.org/10.1177/0956462417726700)
24. Sudharshan S, Menia NK, Selvamuthu P, Tyagi M, Kumarasamy N, Biswas J. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly active antiretroviral therapy. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(9):1887-93. DOI: [10.4103/ijo.IJO_1070_20](https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1070_20)
25. 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: [10.4103/ijo.IJO_809_20](https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_809_20)
26. WHO. Healthstatistics 2023: monitoring health forth eSDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2023 [acceso 10/05/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

27. 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: [10.1097/MD.00000000000008376World](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008376World)
28. Zhang X, Du Q, Ma F, Lu Y, Wong M, Li X. Characteristics of syphilitic uveitis in northern China. BMC Ophthalmology.2017; 17(95). DOI: [10.1186/s12886-017-0491-6](https://doi.org/10.1186/s12886-017-0491-6)
29. Świerczyńska MP, Sedlak LS, Nowak MA, Wyględowska-Promieńska D. Choroidal neovascularization secondary to ocular syphilis. Romanian Journal of Ophthalmology. 2021;(4):406-10. DOI: [10.22336/rjo.2021.81](https://doi.org/10.22336/rjo.2021.81)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Isabel Ambou Frutos.

Curación de datos: Loynette Fernández Mora.

Análisis formal: Keilym Artiles Martínez.

Investigación: Loynette Fernández Mora.

Metodología: Keilym Artiles Martínez.

Administración del proyecto: Lisis Osorio Illas.

Supervisión: Isabel Ambou Frutos.

Validación: Isabel Ambou Frutos.

Redacción borrador original: Daysi de la C. Vilches Lescaille.

Redacción, revisión y edición: Isabel Ambou Frutos.