



Paciente VIH + con pérdida progresiva de visión y audición



Dr. Carlos Vázquez, Elia Asensi-Díaz y Víctor Asensi
Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH
Hospital Universitario Central de Asturias
Universidad de Oviedo

ANTECEDENTES PERSONALES

- Paciente de 51 años bisexual promiscuo VIH (+) dx en 2008 en control rutinario. Nadir CD4⁺ < 100/μl. Herpes zoster lumbar en 2008. Neumonía por *P.jiroveci* y COF en 2013. Profilaxis 2^a con TMP/SMZ. EN TARV con TDF+FTC+EFV desde 2008 y con 3TC+ABC+DRV/r desde 2013. Pésima adherencia al TARV. Lúes 2^a tratada correctamente años antes
- Ex-fumador desde hace 20 años. Bebedor importante. Divorciado. Repartidor

OTROS PROBLEMAS

- HDA por ulcus sangrante que precisó cirugía en 1996. Polipectomía colónica en 2011. HTA a tratamiento con ARA II y β-bloqueantes. Dislipemia mixta a tratamiento con estatinas

ENFERMEDAD ACTUAL

- Pérdida progresiva de visión y audición desde semanas atrás por lo que sufrió un atropello leve el 6/11/14 quedando ingresado. Cefalea frontal. Síndrome general. Había abandonado el TARV un mes antes

EXPLORACION FISICA

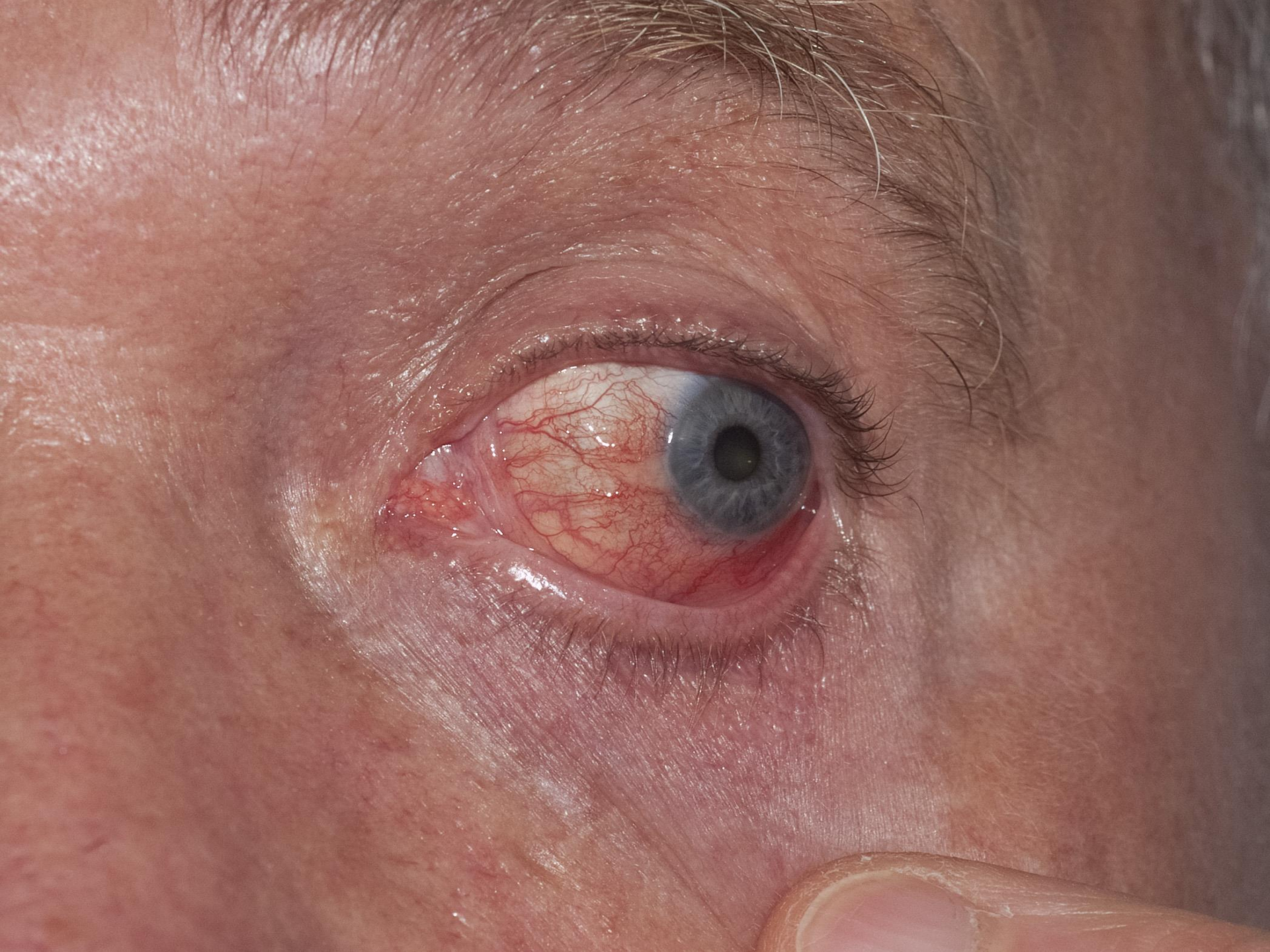
- Tª 36,5°C: TA 95/65. FC 101. Hipoacusia bilateral. No otras focalidades neurológicas aparentes. Inyección conjuntival bilateral. Tenue exantema eritematoso en flancos. Ausencia de lesiones cutáneo-mucosas en palmas, plantas o genitales

CONSULTA OFTALMOLOGÍA

- AV OD 0,4, OI 0,1. Hiperemia conjuntival mixta intensa. Córneas transparentes. Pupilas con sinequias posteriores. Tyndall +++++. Panuveitis granulomatosa bilateral. Desprendimiento de retina de OI

CONSULTA ORL

- Sordera neuro-sensorial grave profunda bilateral. Verbal de 50 dB (muy grave si > 70 dB)



ANALÍTICA AL INGRESO

- Hemograma: Hgb 15 g/dL, L 5.000 / μ l con 800 linfocitos/ μ l y 178.000 plaquetas/ μ l
- Bioquímica: glucosa 97 mg/dl; resto todo normal. CD4⁺: 58/ μ l (8%).CV VIH:380.000 cop/ml
- LCR: células: 1 hem/ μ l; 34 leucos/ μ l; 97% linfos; 3%PMN; glucosa 53 mg/dl (55%); proteínas 121 mg/dl
- Cultivo de LCR para bacterias, BK y Löwenstein:(-)
- CV VIH LCR: 54.700 cop/ml.
- Serología de lúes LCR:VDRL(-);TPHA(+).

OTRAS EXPLORACIONES

- Rx tórax: normal
- TAC craneal: Atrofia cortical
- RNM craneal: Atrofia cortical

¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO MÁS PROBABLE?

- Serología de lúes en sangre: RPR (+) 1/64; sífilis IgG + IgM (+)
- ID: Lúes 2^a. Panuveítis granulomatosa bilateral y desprendimiento de retina de OI. Hipoacusia neuro-sensorial grave bilateral

TRATAMIENTO

- Penicilina G Na 3MU/IV/4h/17d
- Metilprednisolona 1mg/Kg/IV/d (60mg/d) con reducción progresiva de dosis
- Corticoides y midriáticos tópicos

EVOLUCIÓN

Revisión 28/11/14

- Valoración por Oftalmología: Marcada mejoría de la agudeza visual en OD mientras que en OI el desprendimiento de retina se fijó con cerclaje de silicona el 2/12/14. Valoración por ORL: Mejoría de hipoacusia con ganancia de 10-20 dB en la tonal y mejoría en la verbal de 30 dB en OI, y de 40 dB en OD

Revisión 14/4/15

- CD4⁺ 255/ μ l (21%); CVVIH 45 cop/ml. Serología lúes: RPR(+) 1/4
- Oftalmología: AV: OD 0,5 OI: PL (percibe luz). Catarata cortical de OD y completa de OI, pendiente cirugía cataratas

Revisión 6/7/15

- CD4⁺ 170/ μ l (14%); CVVIH 25 cop/ml, Serología lúes: RPR(+)1/2
- Oftalmología: AV: OD 0,4 OI: 0,1. Catarata nuclear OD. Retinas bien aplicadas bilateralmente

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LA LITERATURA

Afectación ocular lúes (I)

- 20% de los pacientes con lúes tiene también infección VIH (Ghanem. Curr Infect Dis Rep 2010; 12: 140-6)
- La afectación ocular puede ocurrir en la lúes 2ª o 3ª
- 18% de los pacientes con lúes 2ª tienen clínica neurológica, incluyendo afectación ocular (Lukehart. Ann Intern Med 1988; 109: 855-62)
- La lúes puede afectar todas las estructuras oculares: queratitis intersticial, uveítis, coriorretinitis, retinitis, vasculitis retiniana y neuropatía óptica (Doris. Eye (Lond) 2006; 20: 703-5; Gaudio. Curr Opin Ophthalmol 2006; 17: 562-6)
- Las presentaciones atípicas de la uveítis luética son frecuentes en VIH (+) y pueden ser la 1ª manifestación de esta infección (Tran. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2005; 243: 863-9)

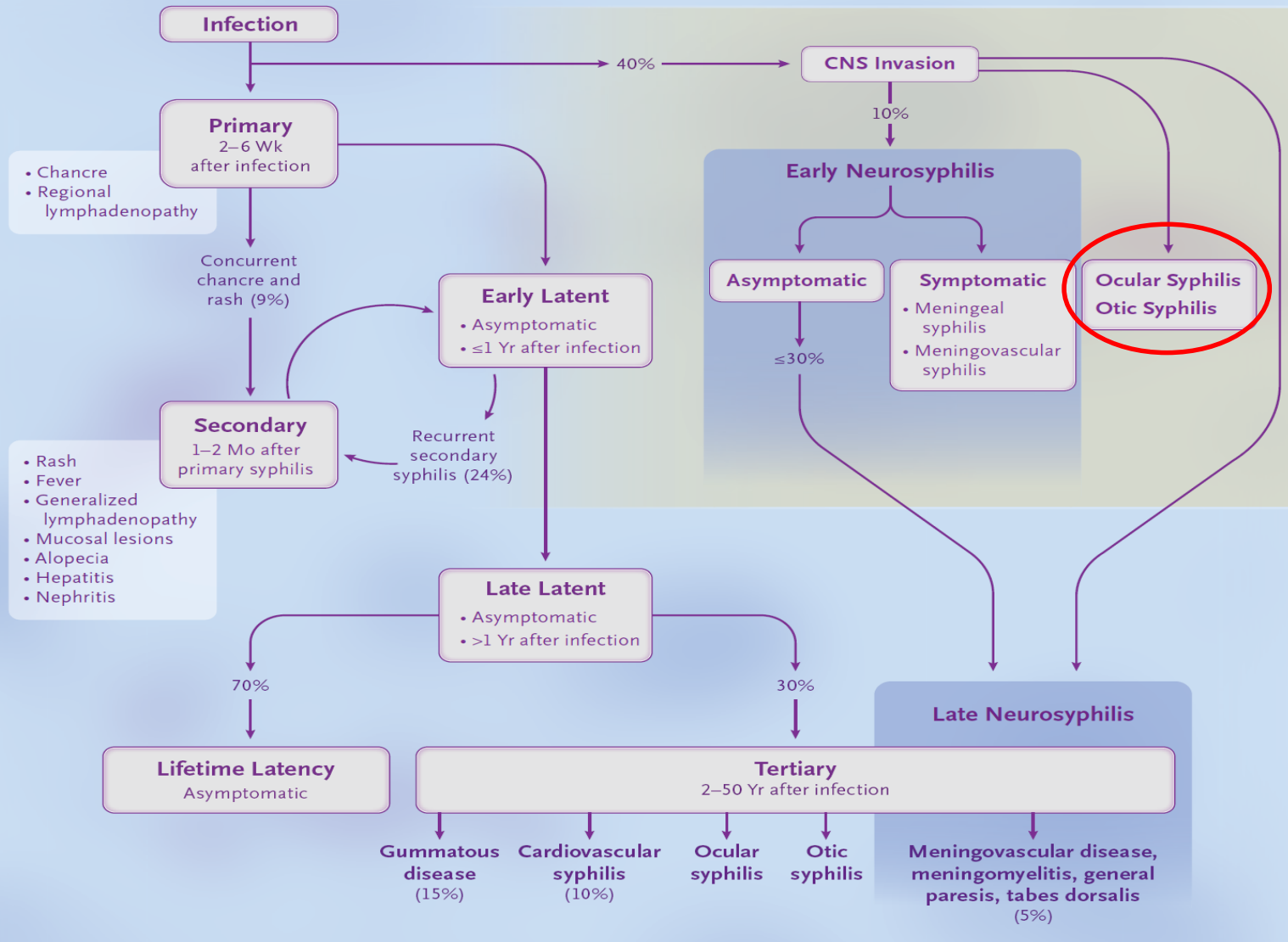


Figure 2. Natural History of Untreated Syphilis.

The time intervals between stages of syphilis are shown, along with the approximate percentages of persons progressing to the indicated stages. Invasion of the central nervous system (CNS) by treponemes may not be a necessary prerequisite for the development of certain forms of ocular syphilis. Adapted from Ho and Lukehart.¹⁰

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LA LITERATURA

Afectación ocular lúes (II)

- Ante un paciente con afectación ocular luética debemos hacer siempre PL para descartar neurolúes (Gaudio. Curr Opin Ophthalmol 2006; 17: 562-6)
- La dosis de penicilina GNa⁺ 3-4MU/IV/4h/10-14 d es la recomendada en la neurolúes (Browning. Ophthalmology 2000; 107:2015-23; Zarallo. Arch Soc Esp Ophthalmol 2008; 83:197-20; Cillino. BMC Infect Dis 2012; 12:226)
- La afectación ocular de la lúes responde además al tratamiento esteroideo tópico y sistémico (Rodríguez-Uña. J Ophthalm Inflamm Infect 2013; 3:27)

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LA LITERATURA

Afectación otica lúes (III)

- La afectación de VIII par coclear y vestibular puede verse en lúes 2ª o 3ª en VIH (+) incluso como 1ª manifestación VIH (Rodriguez-Uña. J Ophthalm Inflamm Infect 2013; 3:27; Goffau. Clinics and Practice 2011; 1:e133).
- Puede ser uni o bilateral con clínica brusca o progresiva de sordera, tinnitus o vértigo

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LA LITERATURA

Afectación otica lúes (IV)

- Si diagnóstico precoz y rápido la sordera puede ser reversible
- Criterios de buen pronóstico: edad < 60 años, duración < 5 años, clínica fluctuante, afectación unilateral (Gleich. Laryngoscope 1992; 102:1255-9; Linstrom. J Otolaryngol 1993; 22:401-8)
- TRATAMIENTO: penicilina GNa⁺ IV + esteroides sistémicos. También puede responder a ceftriaxona (Kingston. Int J STD AIDS 2008, 19:722-40; Stoner. Clin Infect Dis 2007; 44:S130-46)

Toulouse-Lautrec Henry. *La Inspección Médica*. Óleo sobre cartón. National Gallery of Art, Washington, DC, USA.

