

R A O I



Revista Argentina de Oftalmología Infantil



Revista Argentina de Oftalmología Infantil
VOL I / N° 2
Carlos Pellegrini 574 (CP3100)
Paraná – Entre Ríos
E-mail: saoiraoi4@gmail.com

JUNIO
2020

N°2

Fase aguda de queratitis intersticial por Treponema Pallidum

Dra. Laura Glaser*, Dra. María Lucia Zanotti*

Introducción

América Latina resulta la región con mayor tasa de sífilis congénita a nivel mundial con más de 164.000 niños afectados en 2010. Ésta es considerada como una de las formas más severas de la enfermedad con elevado riesgo de muerte fetal, perinatal o infección neonatal grave. En Argentina se describe una tasa de 1,5 afectados por cada 1000 nacidos vivos, según el boletín epidemiológico sobre VIH, SIDA e ITS de diciembre 2019.

Los esfuerzos por la detección temprana mediante tamizaje con prueba no treponémica, VDRL, en mujeres embarazadas permitieron el tratamiento de innumerables pacientes en riesgo. Sin embargo, no siempre resulta sencilla la detección de la espiroqueta y, aún hoy, como veremos en este caso de una niña de 3 años.

Caso clínico

Concurre a la consulta oftalmológica una niña de 3 años de edad por fotofobia.

Como antecedentes relevantes se destacan nacimiento prematuro a las 28 semanas de edad gestacional por cesárea tras embarazo controlado, con serologías negativas. El peso al nacer fue de 1289 gramos, con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Presentó hepatoesplenomegalia y VDRL positiva en títulos de 1/4, siendo en su madre positivo en títulos de 1/16. Ambas recibieron tratamiento adecuado con penicilina acuosa. No presentó alteración oftalmológica en cuatro evaluaciones con fondo de ojos realizadas durante su internación.

La fotofobia por la cual consulta, inicia al año y medio de vida con evolución tórpida en las últimas dos semanas en las cuales presenta blefaroespasma severo que impide escolaridad y asocia astenia e hipofagia. Refieren tratamiento tópico em-

pírico previo con lubricantes tópicos y tobramicina 0.3%, sin mejoría clínica.

Se realiza examen bajo anestesia general (EBAG) constatan-do como únicos datos positivos hiperemia leve, opacidad cor-neal severa de aspecto nodular a nivel de estroma medio y profundo con áreas de neovascularización estromal profunda sin alteraciones de cámara anterior (**Fig. 1 y 2**). El cuadro es bilateral y asimétrico con mayor compromiso en ojo derecho. Se inicia terapia tópica con prednisolona acetato 1000mg/100ml en combinación con clorhidrato de fenilefrina 120mg/100ml en preparado comercial cada 4hs con plan de trata-miento prolongado (18-24 meses) con disminución gradual. Se asocia con ciclopentolato al 1% cada 8 hs. Se solicita inter-consulta con pediatría e infectología para evaluar presencia de manifestaciones sistémicas concomitantes y asesorar al grupo familiar.

La niña tuvo evolución favorable, con recuperación del apeti-to y de la capacidad de juego, visión cercana en ambos ojos (sin corrección) de 0.4 LogMAR a los 5 días y movimientos oculares normales. El resto del examen persiste limitado por la fotofobia.

Un hecho no menor, en este caso, fue que los antecedentes in-fectológicos fueron ocultados hasta la confirmación del diag-nóstico por serología, debido a que la madre de la paciente tuvo cribajes para sífilis negativos durante el embarazo.

Comentarios

La presencia de VDRL negativa durante el embarazo y al mo-mento de la cesárea puede explicarse dado a que en instancias tempranas de la enfermedad existe, tanto en los test rápidos de detección de anticuerpos como en VDRL, la posibilidad de que la proporción de antígenos sea demasiado elevada para formar los complejos antígeno-anticuerpo necesarios para obtener un resultado positivo. Esto se denomina fenómeno de prozona (2) y en pacientes HIV negativos la incidencia del mismo es de entre 0 y 0.4%. Por lo demás, podríamos decir que es un caso típico de queratitis intersticial en etapa inicial. Esta manifestación ocular se debe a una respuesta inmune que genera una inflamación estromal corneal de tipo no ulce

(*) Instituto Oftalmológico Dr. Álvarez. Concordia (Entre Ríos) /
lglaser@ioftalmologico.com.ar

rativa no supurativa. Algunos autores describen tres etapas clínicas de la queratitis intersticial. Una progresiva y sintomática, de una a dos semanas de evolución, con dolor, epífora, fotofobia y blefaroespasma, causadas por la invasión vascular de la periferia corneal. Es seguida por una etapa florida donde los síntomas empeoran mostrando un cuadro de inflamación corneal aguda con coalescencia de infiltrados grisáceos y aumento de la neovascularización con compromiso de todas las capas corneales (prepondera en estroma profundo), pudiendo formar bullas, edema y precipitados en cámara anterior. La visión en esta etapa suele estar reducida a percepción de luz (3). Por último, pasados dos o tres meses, comienza la etapa regresiva que continúa por uno a dos años. La córnea tiende a aclarar mejorando desde la periferia al centro y recuperando su espesor normal. Las opacidades estromales persisten y los trayectos vasculares pueden verse como líneas opacas (vasos fantasmas). Pueden aparecer gran número de complicaciones asociadas a opacidad corneal, muy raramente podría aparecer glaucoma secundario, de estar en presencia del mismo podría típicamente ser manejable con beta bloqueantes (1, 2, 4). A pesar de recibir tratamiento adecuado para sífilis,

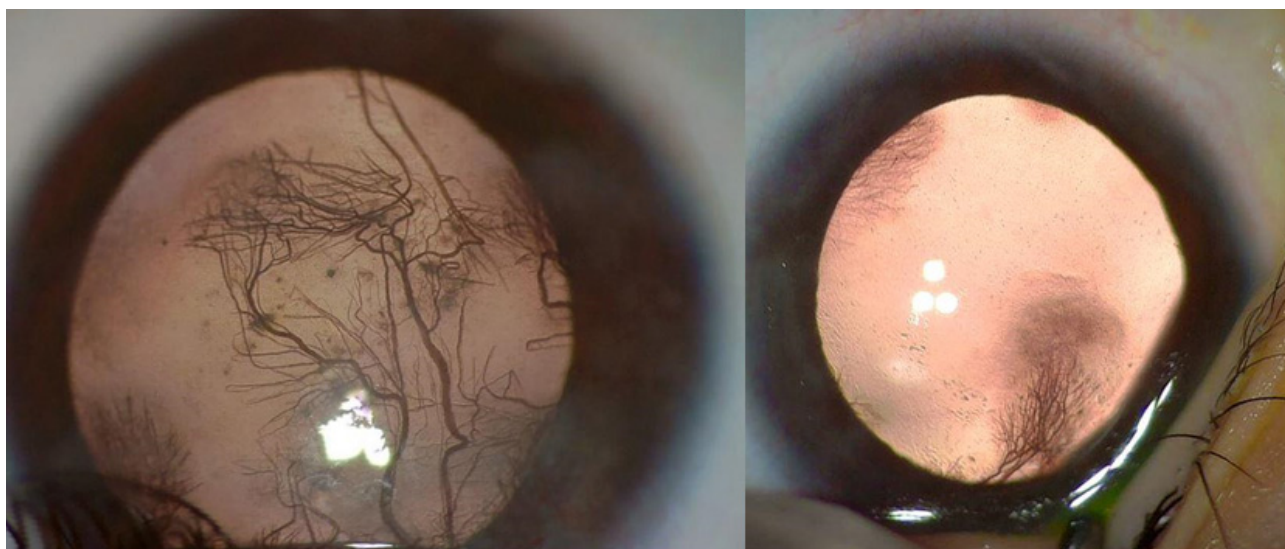
es posible encontrar el desarrollo de una queratitis intersticial en estos niños.

En cuanto al tratamiento, en las etapas iniciales resulta útil el uso de corticoides tópicos y ciclopégicos, mejorando la agudeza visual y síntomas (3). A pesar del origen inmunológico de las manifestaciones oculares, la función de inmunomoduladores como agentes terapéuticos permanece en estudio (6) y no se describe el uso de terapia tópica.

En estadios cicatrizales habitualmente se requiere manejo quirúrgico mediante queratoplastia lamelar o penetrante, dependiendo de la severidad de la afección. En publicaciones recientes, los resultados de trasplante penetrante resultan más prometedores que en la literatura antigua, reportando complicaciones postoperatorias similares a trasplantes por otras causas y mejorías notorias de la agudeza visual en todos los pacientes (4,5).

Este caso nos recuerda que, si bien se trata de una patología crónica, los síntomas de queratitis intersticial comienzan de manera abrupta y los antecedentes perinatales pueden no ser revelados inicialmente por lo que debemos confiar en la sospecha clínica para asesorar al paciente y al grupo familiar.

Figura 1 y 2. Ojo derecho y ojo izquierdo respectivamente.



Bibliografía

1. Krüger, C. & Malleyeck, I. Congenital syphilis: Still a serious, under-diagnosed threat for children in resource-poor countries. *World Journal of Pediatrics* 6, 125–131 (2010).
2. Liu, L. L. et al. Incidence and risk factors for the prozone phenomenon in serologic testing for syphilis in a large cohort. *Clinical Infectious Diseases* 59, 384–389 (2014).

3. Gauthier, A. S., Noureddine, S. & Delbosc, B. Interstitial keratitis diagnosis and treatment. *Journal Francais d'Ophtalmologie* vol. 42 e229–e237 (2019).
4. Hariprasad, S. M., Moon, S. J., Allen, R. C. & Wilhelmus, K. R. Keratopathy from Congenital Syphilis. (2002)

5. Lohiya, A. *Results of penetrating keratoplasty in syphilitic interstitial keratitis.* *Bull. Soc. belge Ophtalmol* vol. 290 (2003).
6. Orsoni, J. G., Zavota, L., Manzotti, F. & Gonzales, S. *Syphilitic Interstitial Keratitis Treatment with Immunosuppressive Drug Combination Therapy.* (2004)