

Vértigo e hipoacusia en contexto de infección por sífilis. Particularidades en paciente con infección VIH

Gisela Borges¹, Tiago Guerreiro², Nayive Gómez¹, Aida Pereira², María de Jesus Silva¹

¹Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte. Portugal

²Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte. Portugal

Recibido: 19/02/2017

Aceptado: 03/05/2017

En línea: 31/08/2017

Citar como: Borges G, Guerreiro T, Gómez N, Pereira A, Silva MJ. Vértigo e hipoacusia en contexto de infección por sífilis. Particularidades en paciente con infección VIH. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Ago); 2(2): 86-88.

Autor para correspondencia: Gisela Borges. giselatavborges@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Sífilis
- ▷ Otosífilis
- ▷ Hipoacusia
- ▷ Vértigo

Keywords

- ▷ Syphilis
- ▷ Ootosyphilis
- ▷ Hypoacusis
- ▷ Vertigo

Resumen

Presentamos el caso de un hombre infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con hipoacusia, vértigo y desequilibrio de evolución progresiva cuya investigación etiológica reveló infección sifilítica. Con este caso queremos mostrar la importancia de investigar esta patología en pacientes con alteraciones cocleovestibulares, especialmente VIH positivos.

Abstract

We present a rare clinical case of a man infected with human immunodeficiency virus (HIV) with hypoacusis, vertigo and imbalance of progressive evolution whose etiological investigation revealed syphilitic infection. With this case we want to show the importance of investigating this pathology in patients with cochleovestibular alterations, particularly HIV positive.

Puntos destacados

- ▷ La infección por sífilis puede causar daños neurológicos, en especial pares craneales. En este caso el cocleovestibular se vio afectado. Es importante investigar esta enfermedad como causa de la audición / vestibular deterioro, con especial atención al paciente con infección VIH.

sífilis⁴. Por lo que se debe investigar la presencia de sífilis en todos los enfermos con síntomas cocleovestibulares diagnosticados con VIH.

Los síntomas auditivos más frecuentes son la pérdida auditiva unilateral o bilateral moderada, acompañada de acúfenos, vértigo y ataxia¹.

Cualquier enfermo con pérdida auditiva neurosensorial sin causa y alteraciones vestibulares con un test treponémico positivo debe ser tratado como una posible otosífilis¹. El tratamiento es realizado con penicilina cristalina endovenosa, 18 a 24 millones de unidades al día, dividida en 6 dosis diarias durante 7 a 14 días. La combinación de corticosteroides orales (1 mg/kg peso día) también es útil y permite acelerar la recuperación⁵. La dosis del antibiótico y la duración del tratamiento son difíciles de definir y cada caso debe ser analizado individualmente. El diagnóstico temprano y el inicio precoz de tratamiento evitan la progresión de la enfermedad, así como recuperación de los déficits.

Introducción

La tasa mundial de sífilis es de 12 millones de casos por año¹. La re-emergencia de sífilis en el siglo XXI está relacionada con los diferentes comportamientos y prácticas sexuales de alto riesgo, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En un pequeño estudio realizado en New York en 2011, Pathela et al, concluyen que el riesgo de sífilis e infección VIH es 140 veces mayor en hombres que tienen sexo con hombres que en hombres heterosexuales². Los avances en la terapéutica antiretroviral y la disminución de la morbilidad y mortalidad ocasionan menor preocupación con esta infección, ocasionando desinhibición en los comportamientos sexuales, lo que probablemente explica el aumento reciente de las tasas de sífilis³. La forma inicial de presentación y/o evolución de la enfermedad sifilítica en pacientes con infección por VIH puede ser a veces diferente, y en algunos acelera la progresión de la enfermedad por

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años de edad, soltero, bisexual con varias parejas el último año y relaciones sin protección. Antecedentes de infec-

ción VIH (CDC-B3) diagnosticado en 2013 con razonable buen control inmunoviológico: 300 linfocitos CD4+/ μ L (17%) y carga viral indetectable, tratado con Rilpivirina 25 mg cada 24 horas y lamivudina 150 mg + zidovudina 300 mg cada 12 horas (RPV+ 3TC + AZT). Como otros antecedentes destacaba púrpura trombocitopénica idiopática tratada con prednisolona 5 mg/día y azatioprina 75 mg/día, hipertensión arterial y epilepsia.

En julio de 2016 presentó cuadro de mareos, náuseas y vómitos, que al mes progresó con desequilibrio y dificultad en la marcha con posterior disminución de la audición bilateral, más acentuada en oído izquierdo, acompañado de acúfenos y algiacusia.

Fue valorado por otorrinolaringología realizándose un audiograma que fue compatible con hipoacusia neurosensorial moderada derecha y moderada a grave izquierda (**Figura 1**) por lo que inicio tratamiento con corticoide oral y tópico.

Pese al inicio de tratamiento, a los pocos días presentó vértigo incapacitante lo que obligó a consultar nuevamente el Servicio de Urgencias.

A su llegada a nuestro servicio, presentaba marcha de base alargada, posición en pie inestable, con caída preferentemente hacia atrás y hacia el lado izquierdo, que agravaba con los ojos cerrados, signo de Hoffman bilateral, Babinsky negativo, sin nistagmo ni ataxia apendicular.

Los datos de laboratorio mostraron recuento de CD4+ 333,8 cels/ μ L (30,5%) con carga viral indetectable (< 40 copias); anticuerpo-anti-treponema reactivo (21,26), VDRL positivo (128 dil), TPHA 1/5120 (positivo \geq 1/160) y RPR positivo.

En el estudio del LCR se objetivaron 180 células polimorfonucleares. Las serologías, incluido virus neurotrópico y cultivos fueron negativos.

La tomografía computarizada craneal evidenciaba hipodensidad lacunar envolviendo la capsula interna derecha y el cuerpo del núcleo caudado a la izquierda,

siendo realizada resonancia magnética que confirmó tratarse de cavernomatosis calcificada. Además secuelas vasculares especialmente a la izquierda y probable leucoencefalopatía microangiopática isquémica (**Figura 2**).

Ante el diagnóstico de sífilis con compromiso cócleo-vestibular se inicia tratamiento con penicilina benzatina 24 millones de unidades/día durante 21 días.

La evolución fue satisfactoria, recuperando trece días más tarde la marcha con apoyo de bastón, sin vértigo y audiometría tonal con recuperación parcial del grado de hipoacusia. Actualmente mantiene seguimiento en consulta externa de Infectología, ORL y Rehabilitación.

Discusión

La sífilis continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestra sociedad, especialmente en infectados con VIH. La lesión de los pares craneales, principalmente el cócleo-vestibular, no es frecuente. La investigación por parte del clínico puede ofrecer un diagnóstico y tratamiento temprano adecuado.

En el caso clínico presentado, de un enfermo con VIH positivo, fue realizado estudio de sífilis lo que ayudó al diagnóstico, permitiendo iniciar tratamiento dirigido con recuperación funcional parcial. No es posible realizar pruebas serológicas en la linfa o histología del hueso temporal, por esto el diagnóstico de otosífilis es establecido por la asociación de manifestaciones clínicas, evidencia serológica de sífilis en sangre y exclusión de otras causas de pérdida auditiva neuro-sensorial y vértigo¹.

Además de los análisis de sangre, debe realizarse punción lumbar para evaluar el líquido cefalorraquídeo (LCR) en los pacientes con sospecha de sífilis con hipoacusia y vértigo. La prueba serológica de elección en el LCR es VDRL. Sin embargo, en la mayoría de los casos la serología del LCR es negativa. Los test treponémicos en el LCR son positivos en el 7% de los enfermos con disfunción cócleo-vestibular¹.

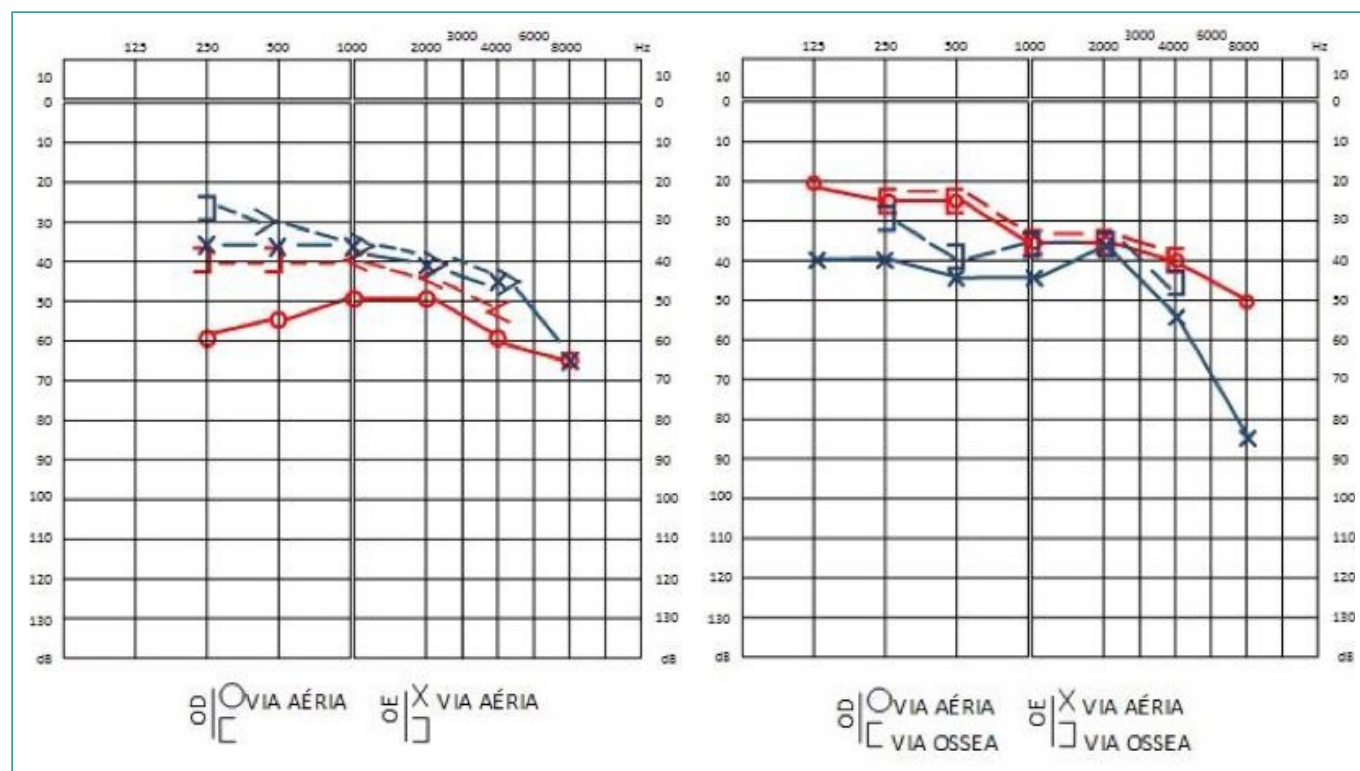


Figura 1. (A) Audiometría tonal inicial. Evidencia de pérdida de audición moderada en oído derecho (OD) y moderada a severa en oído izquierdo (OE). **(B)** Audiometría tonal 10 días después de iniciar tratamiento

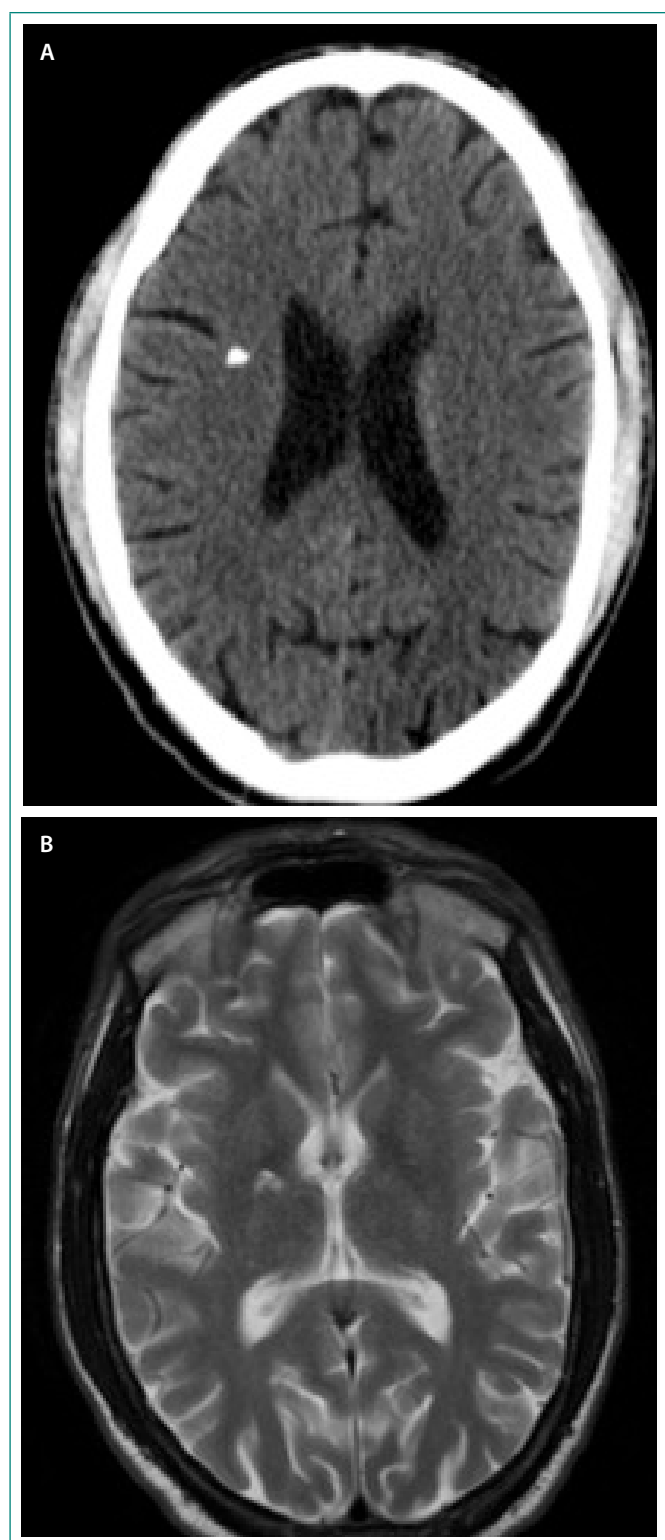


Figura 2. (A) TC craneal. Hipodensidad lacunar envolviendo la cápsula interna derecha no aguda. **(B)** Resonancia magnética craneal. Apréciase leucoencefalopatía isquémica microangiopática, especialmente a la izquierda y cavernomatosis calcificada derecha

Los estudios de sífilis en LCR en nuestro paciente fueron negativos. No obstante, como ha sido referido, es conocido y hay diversos casos descritos en la literatura, que el estudio de LCR en la otosifilis, no presenta alteraciones en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, con una clínica compatible y serológicas positivas no se debe atrasar el inicio de tratamiento.

En cuanto a la duración del tratamiento antibiótico es conocido el esquema entre 7 y 14 días. Sin embargo, por una respuesta favorable pero lenta se decide prolongar hasta 21 días. Esta evolución más lenta puede justificarse porque no se aumentó la dosis de esteroides para 1 mg/kg peso día.

En un estudio realizado, con 85 casos de otosifilis, el pronóstico para la hipoacusia fue malo, con mejoría en solo 7% de los casos y estabilización en el 92%, en un periodo de 3 meses luego de tratamiento^{6,7}. En relación a los acúfenos, un trabajo realizado con una muestra relativamente pequeña, de 18 pacientes, demostró su remisión en el 85% de los casos⁸. En el caso presentado se ratificó mejoría de la sintomatología al final de los 21 días, lo que está a favor de un pronóstico favorable. Todos los pacientes con un diagnóstico de sífilis secundaria, o sífilis con más de un año de evolución, deben repetir VDRL después de los 24 meses de tratamiento y para sífilis tardía deben ser repetidos al finalizar los 5 años. Por el riesgo incrementado en infectados por VIH el rastreo regular (anualmente) es fundamental¹.

Las imágenes de TC y RM craneal sirven principalmente para revelar imágenes o lesiones cerebrales microvasculares que pueden ser ocasionadas por una infección por sífilis, que en algunas ocasiones son la causa de enfermedades cerebro vasculares agudas especialmente en adultos- jóvenes.

Conclusión

La incidencia de las infecciones sexualmente transmisibles como la infección por VIH y sífilis ha aumentado en los últimos tiempos. La otosifilis es una entidad poco frecuente y su diagnóstico puede ser complejo. Queremos llamar la atención para la sospecha e investigación, especialmente en pacientes con infección VIH que presenten vértigo e hipoacusia de instalación súbita.

Bibliografía

1. Tavares S, Rodrigues H, Silva I, André C, Proença V, Antunes L. Otosiphilis: A rare diagnosis in Otorhinolaryngology. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*. 2013 Mar;51(1):35-38.
2. Pathela P, Braunstein SL, Schillinger JA, Shepard C, Sweeney M, Blank S. Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and Syphilis compared with heterosexual men in New York city. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Dec 1;58(4):408-16.
3. Ferreira O, Lisboa C, Magalhães F, Azevedo F. Sífilis numa consulta de infeções sexualmente transmissíveis - análise de 880 doentes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*. 2013 Jan;70(1):99.
4. Benson C, Brooks J, Holmes K, Kaplan J, Masur H, Pau A. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. 2013 May;126-138.
5. McKenzie BJ, Look JW. Otosiphilis and HIV: therapeutic dilemma and outcome of treatment. *BMJ Case Rep*. 2009(2009): bcr0120091464.
6. Yimtae K, Srirompotong S, Lertsukprasert K. Otosiphilis: A review of 85 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136(1):67-71.
7. Casas-Limon J, Ordá-Bandera C, Matías-Guiu J, Barahona-Hernando R, Abarrategui-Yague B, García-Ramos R, et al. Otosifilis como causa de desviación en skew y vértigo posicional paroxístico benigno. *Rev Neurol*. 2012;55:62-64.
8. Gleich L, Linstrom C, Kimmelman C. Otosiphilis: A diagnostic and therapeutic dilemma. *Laryngoscope*. 1992 Nov;102(11): 1255-1259.