

# “ESTA INFECCIÓN SE VE DOBLE”

Teles de Castro, T <sup>(1)</sup>; Cabot Serra, G <sup>(1)</sup>; Sanchez Fraga, A <sup>(2)</sup>; Ferrer Da Pena, MD <sup>(2)</sup>; Campos Gracia, C <sup>(2)</sup>; Canovas Verge, D <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>MEF Medicina Familiar y Comunitaria

<sup>(2)</sup>Medico Adjunto del Servicio de Urgencias

<sup>(3)</sup>Adjunto Servicio Neurología CS Parc Tauli Sabadell Hospital Universitari

Nom autor: Tiago Teles de Castro Lloc de treball: Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: ttelesdecastro@tauli.cat

Forma de citació: Teles de Castro T, Cabot G, Sánchez A, Ferrer MD, Campos C, Cánovas D.

*Esta infección se ve doble.* ReMUE.c@t 2018;5(1):8-10

## Motivo de consulta:

Paciente de 24 años que consulta a urgencias por ptosis palpebral derecha acompañada de diplopía.

## Antecedentes personales:

No tratamiento domiciliario habitual. No Alergias medicamentosas conocidas.

1. No hábitos tóxicos.
2. Adoptado juntamente con sus 5 hermanos (se desconocen antecedentes familiares o de infancia).
3. TCE frontal en la infancia.
4. No FRCV.

**Enfermedad actual:** Paciente de 24 años que consulta en urgencias por ptosis palpebral unilateral derecha de 17 días de evolución, acompañada de diplopía. Niega cefalea, dolor latero-cervical ni retro-ocular.

## Exploración física:

**Constantes:** Temp. axilar: 35.7°C; FC: 87 lat/min; TA: 119/72 mmHg; SatO<sub>2</sub>: 100% (al aire).

Consciente y Orientado en las tres esferas. Hemodinamicamente estable. Normocoloreado y normohidratado. Afebril.

**AR:** MVC, sin sonidos sobreañadidos

**AC:** Tonos cardíacos rítmicos. Sin soplos ni roces. No edemas en EEII ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

**ABD:** Blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Peristaltismo presente. No signos de peritonismo. No semiología ascítica.

**NRL:** Consciente y orientado. No alteración del lenguaje. Midriasis de ojo derecho arreactiva. Campimetría por confrontación normal. Diplopía y paresia completa en la supravversión, infravversión y aducción del ojo derecho, con abducción mantenida del mismo.

Sensibilidad facial normal. Resto de pares craneales sin alteraciones.

No déficits motores. Reflejos motores tendinosos 2/5 simétricos. Reflejos cutáneos plantares flexores.

No déficits sensitivos ni disimetrías. Marcha normal.

**OFT:** Agudeza visual: OD: 0.15 OI: 1. Ptosis completa de Ojo derecho. Midriasis arreactiva, resto de polo anterior anodino. FO: Retina aplicada, papila con bordes definidos, macula con aspecto normal. Posición Primaria de la Mirada: Hipotropía y extropía. OD: Limitación de aducción, supraducción e infraducción.

## Pruebas complementarias realizadas en urgencias:

**TC Craneal sin contraste y Angio-TAC:** Estudios sin alteraciones significativas.

**A/S:** Leucocitos  $4.66 \times 10^9/L$  (fórmula sin alteraciones), Hematíes  $5.04 \times 10^{12}/L$ , Hemoglobina \*127 g/L, Volumen corpuscular medio \*76.2 fL, Hemoglobina corpuscular media \*25.2 pg, Plaquetas  $160 \times 10^9/L$ , VSG \*28 mm 1ª h., Tiempo protrombina 1.05 ratio, T.Tromboplastina parcial activ 0.98 ratio, Fibrinógeno 2.09 g/L, Anticoagulante lúpico Negativo, Ácido fólico sérico 2.3 ng/mL, Vitamina B12 463 pg/mL, Hierro \*58 µg/dL,

Ferritina 104.5 ng/mL, Glucosa 95 mg/dL, Urea 36.7 mg/dL, Creatinina 0.78 mg/dL, Sodio 141 mEq/L, Potasio 4.5 mEq/L, Calcio 9.5 mg/dL, Fósforo 3.3 mg/dL, Ácido úrico 5.7 mg/dL, (AST) 17 U/L, (ALT) \*4 U/L, Fosfatasa alcalina 92 U/L, GGT 28 U/L, Bilirubina total 0.5 mg/dL, LDH \*128 U/L, Creatinquinasa (CK) 18 U/L, Proteínas totales 73 g/L, Albúmina sérica 43.7 g/L, Colesterol total \*140 mg/dL, Triglicéridos 134 mg/dL, Proteína C reactiva \*1.37 mg/dL, TSH) 3.65 µU/mL.

#### Diagnóstico diferencial en urgencias:

1. Lesiones vasculares (isquemia, aneurismas, trombosis, fístulas, etc.)
2. Traumatismos.
3. Tumores cerebrales
4. Esclerosis múltiple
5. Mononeuritis Idiopática

#### Evolución y pruebas complementarias realizadas fuera del servicio de urgencias:

Paciente sin antecedentes que consulta a urgencias por clínica compatible con parálisis del III par craneal, sin alteraciones significativas en estudio de imagen mediante TC + angio-TC.

Se decide ingreso en Neurología para completar estudio, realizándose:

**RMN:** Se observa engrosamiento de III par craneal derecho en su trayecto cisternal, con captación homogénea de contraste endovenoso, compatible con la información clínica de mononeuropatía del mismo.

**Punción lumbar:** Estudio LCR normal. Proteínas 0.40 g/L, hematíes 100/mm, Leucocitos \* 15/mm, Neutrófilos 13 %, Linfocitos 87 %.

**Serologías:** positivas para LUES y VIH. RPR (serum) 1/32, Ac. Anti-Treponema IgG ELISA Positivo, Ac. Anti-Borrelia IgG Negativo, Ac. Anti-Borrelia IgM Negativo, Ac. Anti-HIV-1/2/0 + Ag p24 Reactivo, Test de confirmación HIV-1: Se observa reactividad de anticuerpos específicos a las siguientes fracciones del antígeno: GP120, GP41, P31, P24, P17. Carga viral HIV còp. \*94193 copias/mL, Carga viral HIV log. 4.97 logs, % Linfocitos CD4 \*27 %, Linfocitos CD4 \*292 cèl/mm<sup>3</sup>, % Linfocitos CD8 \*55.3 %, Linfocitos CD8 598 cèl/mm, Ac. Anti-toxoplasma Ig G Negativo IU/mL, Ac. Anti-Citomegalovirus IgG Positivo, Mononucleosis (Paul Bunnell) Negativo, Ac. Anti-Epstein Barr IgG Positivo, Ac. Anti-Epstein Barr IgM Negativo, Antigen superficie virus B Negativo, Ac. Anti-core

VHB Negativo, Ac. Anti-superficie VHB \*95.5 mUI/mL, Ac. Anti-VHC Negativo.

**Doppler trans-craneal:** Estudio sin hallazgos a destacar fuera de la normalidad.

Teniendo en cuenta los resultados, se inicia tratamiento con Ceftriaxona y terapia antiretroviral Cobicistat+Elvitegravir +Emtricitabina+Tenofovir, con buena evolución clínica, completándose el ingreso en Unidad de Hospitalización Domiciliaria y posterior seguimiento en CCEE de Infecciosas.

#### Diagnóstico final:

Parálisis completa del III par craneal derecho por Sífilis y VIH sintomáticas.

#### Discusión:

La parálisis del nervio Oculomotor se define como una afectación oftalmológica que afecta principalmente a los músculos que controlan el movimiento ocular, teniendo como síntomas más frecuentes: diplopía, ptosis palpebral y midriasis pupilar. La etiología más frecuente es la idiopática, seguida de la vascular (isquemia, aneurismas) y la traumática. Como causas menos frecuentes se han descrito oclusiones o disecciones de arteria carotídea, enfermedades autoinmunes como LES o arteritis de células gigantes y enfermedades infecciosas como Sífilis y VIH.

A nivel diagnóstico lo fundamental es la realización de una buena anamnesis y una buena exploración física. También es necesario descartar causas vasculares con la realización de pruebas complementarias de imagen.

Como otras pruebas complementarias a realizar, está indicada la medición de la presión arterial, realizar analítica sanguínea con hemograma completo, VSG, PCR, test de tolerancia a la glucosa, anticuerpos anti-nucleares y serologías víricas.

El tratamiento de la parálisis del III pc. varía según su etiología; desde la mera observación clínica, oclusión oftálmica, tratamiento corticoideo y/o antiinflamatorio; hasta el abordaje neuroquirúrgico (aneurismas). En casos excepcionales sería necesario un tratamiento médico sistémico como en nuestro caso.

Creemos que este caso tiene bastante importancia debido a la prevalencia de las ETS a nivel mundial. Una vez descartadas las causas más frecuentes,

nos parece importante incluir en el diagnóstico diferencial de "paciente joven sexualmente activo" la infección por sífilis y su concomitancia con la infección por VIH la cual se ha visto que acelera y agudiza la presentación de síntomas neurosifilíticos.

#### Bibliografía:

1. Chugh JP, Jain P, Chouhan RS, Rathi A. Third Nerve Palsy: An Overview. 2012;22(12):17–20.
2. Newman NJ, Bruce BB. Third Nerve Palsies. *Semin Neurol*. 2007;257–68.
3. Corr P, Bhigjee A, Lockhat F. Oculomotor nerve root enhancement in meningovascular syphilis. *Clin Radiol*. 2004;59(3):294–6
4. Yanovitch T, Buckley E. Diagnosis and management of third nerve palsy. *Curr Opin Ophthalmol* [Internet]. 2007;18(5):373–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17700229>
5. Hess CW, Rosenfeld SS, Jr SRR. Oculomotor Nerve Palsy as the Presenting Symptom of

Gummatous Neurosyphilis and Human Immunodeficiency Virus Infection Clinical Response to Treatment. 2015;70(12):1582–3.

6. Lobo A, 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. 2017

7. Agard É, Biotti D, Malclès A, Vighetto A, Tilikete C, Desestret V. Un myosis louche. *La Rev Medecine interne* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2015;6–8. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2015.06.014>

