

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE ATENDIDO NO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HC – UFPR.

ATYPICAL PRESENTATION OF NEUROSYPHILIS IN PATIENT TREATED AT THE NEUROLOGY SERVICE OF HC – UFPR.

Gustavo Koiti **KONDO**¹, Carla Caroline **SCHRAMM**¹,
Conrado Régis **BORGES**², Hélio Afonso Ghizoni **TEIVE**³.

Rev. Méd. Paraná/1367

Kondo GK, Schramm CC, Borges CR, Teive HAG. Apresentação atípica de Neurosífilis em paciente atendido no serviço de neurologia do HC – UFPR. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):34-36.

RESUMO - A sífilis é uma infecção sistêmica crônica que cursa com variadas apresentações clínicas e que pode acometer o sistema nervoso central, caracterizando a neurosífilis. O objetivo é relatar um caso de neurosífilis com apresentação atípica. Relato do caso: homem, 44 anos que apresentou paralisia facial periférica bilateral persistente após tratamento com corticoide e fisioterapia. Após dois meses, ainda apresentava sintomas e foi internado para investigação, na qual apresentou VDRL reagente no soro sendo diagnosticado com neurosífilis. Tratado por 10 dias com penicilina cristalina, evoluindo com melhora. A paralisia facial periférica bilateral pode ser uma apresentação atípica de neurosífilis e o uso de critérios diagnósticos é necessário pois não há exame padrão ouro para essa patologia. A neurosífilis pode se apresentar como paralisia facial periférica bilateral, mesmo em indivíduos imunocompetentes, e essa apresentação deve ser incluída na prática clínica, permitindo o correto manejo do paciente.

DESCRITORES - Neurosífilis, Sífilis, Paralisia Facial.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica, de prevalência mundial, causada pelo *Treponema pallidum* que apresenta variadas manifestações clínicas. Quando a infecção atinge o sistema nervoso, temos caracterizada a Neurosífilis, a qual pode ser sintomática ou assintomática. Dentre as apresentações clássicas de neurosífilis podemos citar meníngea, meningovascular e parenquimatosa (inclui paresia geral e *tabes dorsalis*) (4). O objetivo do relato é apresentar o caso de um paciente, imunocompetente, com paralisia facial periférica bilateral, sendo esta uma manifestação atípica de neurosífilis.

RELATO DE CASO

SPC, masculino, branco, 44 anos, solteiro, caminhoneiro, evangélico protestante, natural e procedente de Curitiba-PR.

Em março de 2013 o paciente acordou com dificuldade para fechar o olho direito e desvio de rima à direita. Após três dias apresentou os mesmos sin-

tomas à esquerda. Foi diagnosticado pela UBS (Unidade Básica de Saúde) próxima à sua residência com paralisia facial periférica e tratado com prednisona 15 mg/dia e sessões de fisioterapia. No mesmo mês apresentou duas vesículas no pênis, dolorosas, que ulceraram, com resolução espontânea em duas semanas.

No dia 11 de abril de 2013, em consulta no ambulatório da Neurologia do Hospital de Clínicas da UFPR, apresentou melhora parcial do quadro de paralisia facial periférica após 20 dias de tratamento. Sorologias para HIV, HBV, HCV, HTLV e VDRL foram solicitadas. Além disso, TC (Tomografia Computadorizada) de tórax e RM (Ressonância Magnética) de crânio foram pedidos.

Em 13 de maio de 2013 o paciente foi internado com o quadro agravado. Havia dificuldade para mastigar, tomar com copo, salivação pelos cantos da boca e turvação visual. Nessa data os resultados dos exames solicitados na consulta anterior já haviam sido liberados e apenas o VDRL foi reagente com valor de 48,57 (quimioluminescência) e 1:64 de RPR. Além disso, TC de tórax e RM de encéfalo estavam normais.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

1 - Estudante de Medicina da UFPR do oitavo período.

2 - Residente de Neurologia do HC - UFPR.

3 - Professor e Médico do Departamento de Neurologia do HC - UFPR.

Ao exame físico apresentou mini exame do estado mental de 27, dificuldade para fechar os olhos bilateralmente, paralisia facial periférica bilateral, força grau III/V para orbicular do olho, força grau IV/V para orbicular da boca, reflexos grau 2/5 globalmente, sem alterações de sensibilidade, eumétrico e eudiadicocinético.

No internamento, os seguintes exames complementares foram realizados:

Hemograma – resultados dentro dos padrões de normalidade.

VDRL/RPR 1:8 e VDRL por quimioluminescência de 39,73.

LCR(Líquido Cefalorraquidiano) – aspecto límpido, incolor, hemácias de 4,3/mm³, glicose de 53mg/dL, proteína de 37,7mg/dL, leucócitos de 0,6/mm³, ácido láctico de 1,7, pandy negativo. Além disso, CMV, toxoplasmosse, cultura e VDRL negativos.

O paciente, então, foi diagnosticado com neurosífilis e tratado com penicilina cristalina 4.000.000 UI, de 4 em 4 horas, por 10 dias. Os sinais e sintomas desapareceram completamente com a medicação e o paciente recebeu alta pela neurologia no dia 2 de junho de 2013, após completar o esquema terapêutico. Novos exames (29/05/2013) mostraram: VDRL/RPR de 1:64 e VDRL por quimioluminescência de 34,61.

O paciente foi encaminhado para acompanhamento pelo serviço de infectologia do HC UFPR. Realizou quatro consultas de retorno; sendo a última em 6 de maio de 2015, quando apresentou exame de VDRL/RPR negativo, recebendo então alta do acompanhamento.

DISCUSSÃO

O paciente apresentou um quadro atípico de neurosífilis. Na literatura médica, os artigos de Cormier *et al.*(2) e Lyubomiret *et al.*(3) já citam como possibilidade de apresentação da sífilis a paralisia facial periférica. Embora o VDRL no LCR do paciente tenha sido negativo, ainda sim é possível diagnosticá-lo com neurosífilis, pois não existe exame padrão-ouro para esta condição. O diagnóstico pode ser do tipo **confirmado**, quando o teste de VDRL no líquido é reagente, ou do tipo **presuntivo**, quando um conjunto de critérios permitem o diagnóstico: pleocitose e elevação de proteína no LCR, VDRL reagente no soro (RPR \geq 1:32 aumenta o risco em 6x para neurosífilis), sinais e sintomas condizentes com sífilis e ausência de outro diagnóstico que justifique os sintomas(5). Esses critérios foram utilizados para o diagnóstico final do paciente e são de grande importância pois o exame de VDRL no LCR que, embora possua 99% de especificidade, apresenta sensibilidade variável entre 50 a 70%(1). Ou seja, o VDRL não reagente no LCR não exclui o diagnóstico de neurosífilis.

CONCLUSÃO

O relato apresentou o caso de um paciente com paralisia facial periférica bilateral causada pela neurosífilis. Além disso, mesmo sendo imunocompetente (HIV negativo) desenvolveu, num curto período de tempo, neurosífilis com atipicidade na apresentação. Por fim, é de grande valia o conhecimento da possibilidade dessa apresentação na prática clínica, pois permite o diagnóstico precoce e tratamento adequado do paciente.

Kondo GK, Schramm CC, Borges CR, Teive HAG. Atypical presentation of Neurosyphilis in patient treated at the neurology service of HC – UFPR. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):34-35.

ABSTRACT - Syphilis is a chronic infection that leads to various clinical presentations that may involve the central nervous system, featuring the neurosyphilis. The main objective is to report a case of neurosyphilis with atypical presentation. Case report: man, 44 years old who presented persistent bilateral facial palsy after treatment with corticosteroids and physiotherapy. After two months, he still had symptoms and was admitted for investigation, which showed positive VDRL in serum being diagnosed with neurosyphilis. He was treat for 10 days with penicilina, evolving with complete elimination of the symptomatology. The bilateral facial palsy can be an atypical presentation of neurosyphilis and the use of diagnostic criteria is necessary since there is no gold standard test for this disease. Neurosyphilis may present as bilateral facial palsy, even in immunocompetent individuals and this presentation should be included in clinical practice allowing the correct management of patient.

KEYWORDS - Neurosyphilis, Syphilis, Facial Palsy.

REFERÊNCIAS

1. CARLOS J, AVELLEIRA R, BOTTINO G. SYPHILIS : DIAGNOSIS , TREATMENT AND CONTROL SÍFILIS : DIAGNÓSTICO , TRATAMENTO E CONTROLE. AN BRAS DERMATOL. 2006;81(2):111–26.
2. CORMIER BJE. BELL ' S PALSÝ : A COMMON CAUSE OF FACIAL PARALYSIS. 2012;(DECEMBER):28–31.
3. DOURMISHEV LA, DOURMISHEV AL. SYPHILIS : UNCOMMON PRESENTATIONS IN ADULTS. 2005;555–64.
4. LONGO DL ET AL. MEDICINA INTERNA DE HARRISON. 18TH ED. 2013.
5. PASTUSZCZAK M, ZEMAN J, JAWOREK A, WOJAS-PELC A. CEREBROSPINAL FLUID ABNORMALITIES IN HIV-NEGATIVE PATIENTS WITH SECONDARY AND EARLY LATENT SYPHILIS AND SERUM VDRL \geq 1:32. INDIAN J DERMATOL [INTERNET]. 2013;58(4):325. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.E-IJD.ORG/TEXT.ASP?2013/58/4/325/113941](http://www.e-ijid.org/text.asp?2013/58/4/325/113941)