

PAN-UEVITE BILATERAL POR NEUROSSÍFILIS E CO-INFECÇÃO HERPÉTICA

BILATERAL NEUROSYPHILIS PAN-UEVITIS AND HERPETIC CO-INFECTIO

Eduardo Mailio **BUCHAIM**¹, Zila Ferreira Dias Goncalves **DOS SANTOS**², Leon **GRUPENMACHER**¹,
Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**

REV. MÉD. PARANÁ/1666

INTRODUÇÃO

Segundo Kanski¹ a sífilis é causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* e nos adultos, a doença é, em geral, adquirida sexualmente quando os organismos penetram por meio de uma abrasão da pele ou mucosas; a transmissão por beijo, transfusão de sangue ou lesão percutânea é rara. A infecção transplacentária do feto também pode ocorrer, quando a mãe fica infectada durante a gravidez ou pouco antes dela. A sífilis terciária, ocorre em cerca de 40% dos casos não tratados, e é caracterizada por manifestações cardiovasculares, como aortite, neurosífilis e infiltração gomosa de ossos e vísceras.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde² os testes (treponêmicos e não treponêmicos) imunológicos são usados comumente na prática clínica para identificação de pessoas sem apresentação de sintomas característicos/indicativos e ainda elucidar o diagnóstico de pacientes que apresentem sintomas. A pesquisa de anticorpos totais em amostras de sangue total, soro ou plasma é o que caracteriza estes testes. Mesmo com a produção de anticorpos IgM, os quais são específicos no início do quadro infeccioso, esses anticorpos também são encontrados durante o estágio tardio infeccioso; portanto, somente a detecção de IgM pelos testes, não é recomendado (Ministério da Saúde, 2018).

Em relação a situação populacional, também segundo o Ministério da Saúde³ quanto as condutas a serem tomadas, deve-se considerar com o paciente a possibilidade de mais de uma DST associada, o que é comum. Explicar sobre a importância da sorologia, tanto para sífilis e hepatites, quanto vacinar contra hepatite B; deve-se levar em conta a associação frequente entre outra DST e HIV. Realiza-se aconselhamento antes do teste e oferece-se, também, a sorologia para HIV.

O objetivo deste estudo visou relatar o caso de mulher encaminhada por suspeita de pan-uveíte bilateral.

RELATO DO CASO

Mulher de 75 anos, foi encaminhada ao Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil, por quadro de baixa acuidade visual de caráter gradual e bilateral com evolução de 2 meses, aliada à suspeita de descolamento de retina. Ao ser avaliada ela referia cefaleias, negava dores oculares, e apresentava hipotireoidismo como doença de base. Fazia uso contínuo de lamotrigina, levotiroxina, fluoxetina, carbamazepina e ácido valpróico. Em sua anamnese não forneceu muitas informações clínicas condizentes com o caso, e não apresentava outras doenças de base. Ao exame clínico, sua acuidade visual era de “percepção luminosa” em

ambos os olhos com boa pressão intraocular e fundoscopia não confiável por opacidade de meios. A biomicroscopia, mostrava catarata em ambos os olhos e, em olho direito, havia dispersão de pigmentos e sinéquias posteriores. Os exames laboratoriais tiveram resultados positivos para infecção por sífilis (com VDRL e FTAabs positivos) e para herpes simples IgM (positivo), sendo as principais hipóteses diagnósticas de pan-uveíte bilateral por neurosífilis, devido ao acometimento ocular e uveíte herpética anterior associada.

Para melhor avaliação e elucidação, foram solicitados exames de triagem de uveítes e realizado também exames de imagem (ultrassom), que mostravam descolamento de hialoide posterior e retina colada em olho direito e descolamento de vítreo, ecos vítreos de média refletividade em olho esquerdo com retina colada. Dessa forma ficou comprovado o diagnóstico de pan-uveíte bilateral por neurosífilis.

A equipe da clínica médica, orientou pesquisa de VDRL no líquido, confirmando quadro de neurosífilis e necessidade de antibioticoterapia endovenosa. Também foi iniciado tratamento para uveíte, com medicações tópicas, por parte da equipe da oftalmologia. Foi realizado tratamento clínico com penicilina cristalina - endovenosa 4 milhões de unidades - 4/4 h por 14 dias, aciclovir - endovenoso 8/8 h - durante o tratamento, e prednisona 40 mg. Como tratamento tópico foram iniciados colírio de atropina 1% - 12/12 h e colírio Ster de 8/8 h em ambos os olhos. O parceiro da paciente também foi tratado adequadamente.

Após ela apresentar estabilização do quadro por mais de 6 meses, ficou com acuidade visual de conta dedos a 2 m em olho direito e conta dedos há 40 cm em olho esquerdo, e com exame de super pinhole de 20/60 em olho direito e 20/80 em olho esquerdo.

Foram realizadas operações de catarata, visando maior restauo da acuidade visual e para ajudar na melhor visualização ao exame de fundoscopia, para posterior seguimento. A paciente evoluiu com melhora completa do quadro e resposta positiva à terapêutica instituída.

DISCUSSÃO

Segundo Avelleira⁴, o exame do líquido cefalorraquidiano deverá ser indicado naqueles que tenham o diagnóstico sorológico de sífilis recente ou tardia com sintomas neurais e nos que mantiverem reações sorológicas sanguíneas apresentando títulos elevados após o tratamento correto. A punção lombar nos casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de duração ou de duração desconhecida) e em pacientes HIV-positivos independente do

Trabalho realizado no ¹Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil; ²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Retina. Pan-uveíte.

HEADINGS: Retina. Pan-uveitis.

estágio da sífilis tem sido questionada, embora mantida como recomendação nos manuais de controle⁴.

Os achados clínicos são riquíssimos na sífilis; porém, doença com apresentação atípica, mas em forma de uveíte⁵, deve-se considerar a neurosífilis como um grave quadro. Acomete cada paciente deteriorando seu estado de saúde, podendo levar à morte quando não realizado seu correto tratamento e em tempo hábil. Devido à clínica desta doença, que pode apresentar diversos acometimentos de órgãos e múltiplos sintomas, pode-se encontrar dificuldades em fazer o diagnóstico; mas, se forem reais as altas taxas de incidência relatada na literatura internacional, deve-se também associar investigação psiquiátrica, que pode estar sendo a causa de acometimento orgânico e até inespecífico. Confirma-se o diagnóstico, baseado nos exames laboratoriais, não podendo ser descartado quando não cursa com todas alterações específicas nos exames laboratoriais e o quadro clínico indica ou apresenta-se como neurosífilis. Neste estudo fez-se imprescindível o resultado dos exames complementares.

Segundo a revisão sobre o tratamento de neurosífilis por Caixeta⁶ realizou-se um estudo, submetendo 62 pacientes a

altas doses de penicilina cristalina intravenosa – em doses de 24 milhões de unidades ao dia, sendo distribuídas em 4 milhões de 4/4 h, e duração de 21 dias, e pôde-se concluir a dificuldade de definição ao instaurar uma terapia eficaz em todos os casos de neurosífilis. Faz-se necessário avaliar de forma individual e o acompanhamento após tratamento deve ser rigoroso, identificando os casos nos quais ocorram falhas terapêuticas.

Após diagnóstico e tratamento - que nesta paciente se apresentava fora da faixa etária mais comum com infecção por sífilis e caracteristicamente dentro da faixa etária de acometimento por herpes - deve-se avaliar todas as possíveis causas infecciosas, com anamnese detalhada, exame clínico e complementar, tratamento multidisciplinar e também do parceiro, a fim de instaurar o melhor tratamento e diminuição de reinfecções, levando em conta a gravidade do quadro. É notável a falha terapêutica ou resposta parcial ao tratamento, quando não são identificados coinfeções e emprego da correta cobertura dos patógenos. A paciente apresentou excelente resposta ao tratamento e remissão do quadro.

REFERÊNCIAS

1. KANSKI Jack J. *Oftalmologia Clínica. Uma abordagem Sistemática*. 8ª Edição. Livraria e Editora Revinter Ltda: Rio de Janeiro, 2008. ISBN 85-7309-361-7.
 2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SCITIE nº 42, de 5 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 8 2020 out 15; Seção 1:88. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042_08_10_2018.html.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. p. 45.
 4. AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 81, p. 111-126, 2006.
 5. GASTAL, Fábio Leite et al. Neurosífilis atípica: Relato de caso. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 1995, v. 53, n. 3a [Acessado 25 Outubro 2021], pp. 494-497.
 6. CAIXETA, L., Dias Soares, V. L., Reis, G. D., Lima Costa, J. N., & Marques Vilela, A. C. (2014). NEUROSSÍFILIS: UMA BREVE REVISÃO. *Revista De Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, 43(2), 121–129.
-