

# Descolamento de retina exsudativo bilateral associado a alterações de comportamento em paciente com diagnóstico de neurosífilis: relato de caso

*Exudative bilateral retinal detachment and behavior changes in a patient with neurosyphilis: case report*

Fernando Korn Malerbi<sup>1</sup>  
Ramon Coral Ghanem<sup>2</sup>  
Jeane Chiang<sup>3</sup>  
Walter Yukihiko Takahashi<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever caso de descolamento de retina bilateral associado a alterações de comportamento. **Resultado:** Paciente de 62 anos, sexo feminino, apresentou-se com baixa de visão bilateral, progressiva, de 3 meses de duração, associada a alterações de comportamento e agitação psicomotora. Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual de percepção luminosa em olho direito; e conta dedos a 30 cm em olho esquerdo. A biomicroscopia evidenciou reação de câmara anterior; à fundoscopia, apresentava edema e hiperemia do disco óptico bilateralmente, áreas extensas de descolamento de retina seroso, placas sub-retinianas amareladas peripapilares e exsudação sub-retiniana e intra-retiniana em ambos os olhos. O exame sorológico para sífilis foi positivo (FTA-Abs e VDRL). A análise líquórica revelou FTA-Abs e teste de hemaglutinação indireta positivos. Foi feito, então, diagnóstico de neurosífilis, e a paciente foi internada para antibioticoterapia endovenosa, e prednisona oral 40 mg/dia (0,5 mg/kg). Após 2 semanas, a paciente passou a apresentar melhora importante do quadro ocular com reabsorção da exsudação e melhora da acuidade visual. **Conclusão:** A sífilis é doença pleomórfica, podendo ter como manifestação ocular uma uveíte difusa associada a descolamento de retina exsudativo bilateral. O envolvimento do sistema nervoso central deve sempre ser considerado e descartado, e o tratamento eficaz da doença pode promover melhora da função visual e diminuir suas seqüelas.

**Descritores:** Sífilis/diagnóstico; Sorodiagnóstico da sífilis; Sífilis/quimioterapia; Prednisona/uso terapêutico; Descolamento de retina; Uveíte; Reações falso-positivas; Manifestações neurocomportamentais

## INTRODUÇÃO

A sífilis pode ser classificada em formas primária, secundária e terciária. Sua forma terciária ocorre geralmente após dois ou mais anos do contágio inicial, em 25 a 30% dos pacientes que não foram adequadamente tratados. Dentre os pacientes que atingem a forma terciária, 70% apresentam cura espontânea, enquanto os 30% restantes apresentam complicações, das quais as principais são a neurosífilis e a forma cardiovascular<sup>(1)</sup>.

O acometimento ocular na sífilis pode estar presente em qualquer estágio da doença; acometimento do segmento posterior ocorre principalmente nas formas secundária e terciária. Quando, além do quadro ocular, há

Trabalho realizado no Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil.

<sup>1</sup> Médico Residente do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil.

<sup>2</sup> Médico Residente do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil.

<sup>3</sup> Médico Residente do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil.

<sup>4</sup> Médico Assistente-Doutor do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil.

**Endereço para correspondência:** Fernando Malerbi. Rua Jacques Félix, 314/51 - São Paulo (SP) CEP 04509-001 E-mail: femalerbi@terra.com.br

Recebido para publicação em 04.02.2004

Versão revisada recebida em 06.04.2005

Aprovação em 21.07.2005

Cada autor declara que não possui interesse financeiro neste trabalho sob nenhum aspecto.

**Nota Editorial:** Depois de concluída a análise do artigo sob sigilo editorial e com a anuência dos Drs. Luciana Peixoto Finamor e Moysés Eduardo Zajdenweber sobre a divulgação de seus nomes como revisores, agradecemos sua participação neste processo.

acometimento associado do sistema nervoso central, em 98% das vezes trata-se da forma terciária<sup>(1)</sup>.

As alterações fundoscópicas na sífilis ocular são muito variadas: pode haver predominantemente uma retinite, uma coroidite, ou um quadro misto; a doença pode também se apresentar como neurite óptica ou como vasculite<sup>(1)</sup>. A análise de uma série de 24 olhos<sup>(2)</sup> evidenciou que a alteração mais freqüente em uveítes posteriores por sífilis é a vitreíte (63%). Jumper et al., constataram que o descolamento de retina é uma forma rara de apresentação desta doença<sup>(3)</sup>.

O diagnóstico de sífilis ocular deve ser suspeitado em diversas situações clínicas; pelo fato de ser pleomórfica, o oftalmologista deve considerar o diagnóstico e realizar investigação laboratorial para detectar e tratar esta doença com importante morbidade ocular e sistêmica e que, com o tratamento adequado, pode levar à recuperação visual<sup>(1)</sup>.

#### RELATO DO CASO

Paciente de 62 anos, sexo feminino, procurou serviço oftalmológico com agitação psicomotora e queixa de baixa acuidade visual em ambos os olhos há 3 meses; porém, de acordo com depoimento de familiares, a paciente apresentava baixa de acuidade visual há 1 ano. A paciente não apresentava antecedentes mórbidos até então.

Ao exame oftalmológico, a acuidade visual era de percepção luminosa no olho direito (OD) e conta dedos a 30 cm no olho esquerdo (OE). Os reflexos fotomotores estavam diminuídos simetricamente. Ao exame biomicroscópico, a paciente apresentava reação de câmara anterior (+2) em ambos os olhos e células no vítreo anterior (+1). A pressão intra-ocular era de 14 mmHg em ambos os olhos.

O exame de fundo de olho revelou, bilateralmente, descola-

mento de retina com grande presença de líquido sub-retiniano, placas branco-amareladas peripapilares sub-retinianas, lesões exsudativas e hemorragias intra-retinianas (Figura 1).

A angiofluoresceinografia evidenciou hiperfluorescência precoce ao redor do disco óptico e na região correspondente à placa branco-amarelada, mostrando também um extravasamento de fluoresceína nas regiões em que havia descolamento.

A ultra-sonografia evidenciou espessamento sub-retiniano peripapilar e descolamento seroso de retina bilateralmente.

A investigação laboratorial evidenciou VDRL positivo com título de 1/16 e FTA-Abs positivo. A sorologia para HIV foi negativa.

Com diagnóstico de coriorretinite por sífilis, a paciente foi referida ao serviço de infectologia, onde foi realizada punção lombar; a análise do líquido revelou pleocitose, aumento da proteinorraquia, reação de Pandy positiva, sorologia FTA-Abs positiva e reação de hemaglutinação indireta para sífilis positiva com título de 1/1024. A tomografia computadorizada de crânio não revelou lesões parenquimatosas ou espessamento meníngeo.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de neurosífilis, foi iniciada antibioticoterapia endovenosa com penicilina cristalina 24 milhões de unidades por dia, durante 21 dias, associada a prednisona oral, 40 mg/d, equivalente a 0,5 mg/kg de peso. Após 1 mês, já havia importante melhora no aspecto fundoscópico, com ausência do descolamento de retina. Foi então iniciada retirada gradativa do esteróide oral.

A paciente foi submetida a nova sorologia e punção lombar para controle após 1 mês; o título do VDRL havia diminuído para 1/4 e a reação de hemaglutinação no líquido mostrou um título de 1/32.

Após 3 meses, a paciente apresentava acuidade visual em OD de conta dedos a 2 metros e em OE de 20/200. Não apresentava mais reação de câmara anterior ou vítreo; o fundo de olho

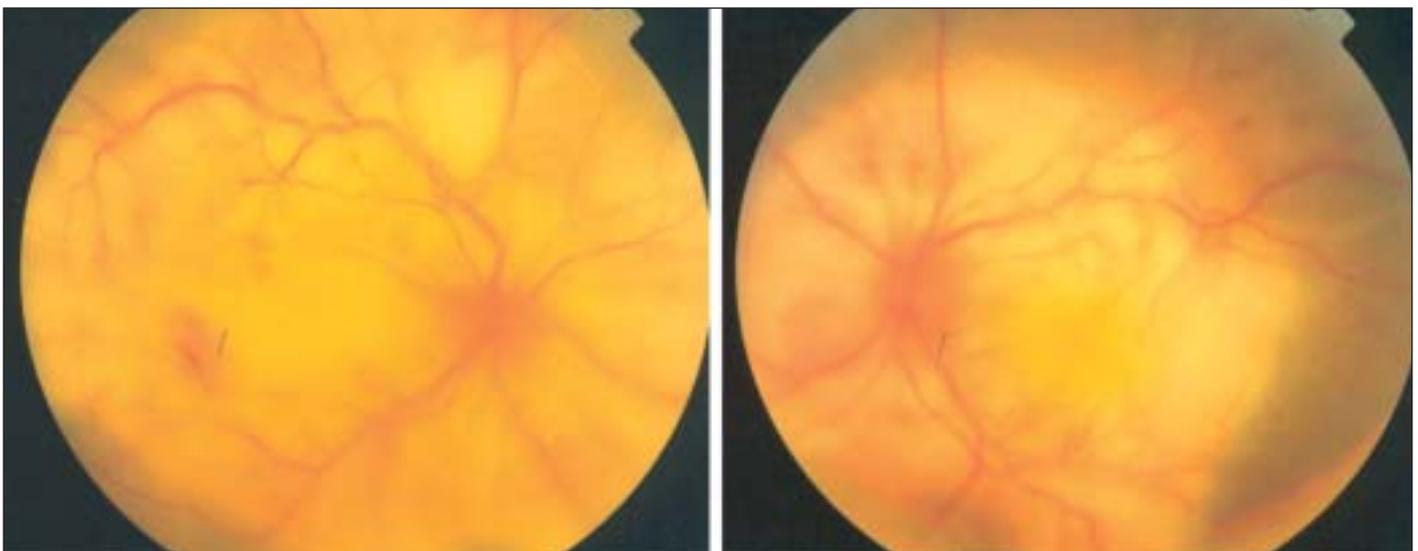


Figura 1 - Retinografia antes do tratamento. Evidenciam-se em ambos os olhos hiperemia e edema do disco óptico, descolamento de retina e placas amareladas subretinianas

mostrava reabsorção das lesões exsudativas bilateralmente e do líquido sub-retiniano; porém persistiam as placas peripapilares sub-retinianas cicatriciais em região macular. O disco óptico apresentava-se atrófico (Figura 2).

## DISCUSSÃO

No caso relatado, a paciente apresentava uma uveíte difusa bilateral associada a acometimento do sistema nervoso central. Esta forma, chamada de neurosífilis parenquimatosa, geralmente ocorre no estágio terciário, podendo cursar com perda de função cortical, alterações de comportamento e acometimento do líquor (pleocitose, aumento da proteinorraquia, positividade sorológica)<sup>(1)</sup>. A tomografia de crânio pode estar alterada nestas ocasiões, apesar de ter sido normal no presente caso.

Os pacientes com descolamento de retina exsudativo secundário a sífilis apresentam um prognóstico visual reservado, mesmo com o tratamento adequado, evoluindo com espessamento de coróide e atrofia corio-retiniana<sup>(3)</sup>.

Recomenda-se que, feito o diagnóstico de sífilis ocular, proceda-se à análise do líquor, já que, em caso de neurosífilis, a antibioticoterapia é realizada de forma endovenosa. No caso relatado, o líquor estava alterado e, além de auxiliar no diagnóstico, serviu também como controle do tratamento, junto com a sorologia: tanto os títulos do VDRL sérico como da hemaglutinação do líquor diminuíram consistentemente após o tratamento.

Devido à associação entre sífilis e HIV, deve-se também solicitar sorologia para HIV em pacientes com diagnóstico de sífilis. A associação ocorre por diversos motivos: a epidemiologia e as vias de transmissão são semelhantes; além disso, um estado de imunodeficiência pode propiciar o desenvolvimento de manifestações da sífilis. Alguns autores descreve-

ram até 70% de positividade para HIV em pacientes com sífilis ocular<sup>(4-5)</sup>.

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis, é sempre necessário solicitar um teste treponêmico (por exemplo, FTA-Abs, ELISA, hemaglutinação). É importante ressaltar que o VDRL, habitualmente solicitado como “screening”, não é suficiente para fazer o diagnóstico nem para afastá-lo, pois sua sensibilidade e especificidade são baixas. Em uma série de 21 casos<sup>(6)</sup>, 75% dos pacientes com sífilis ocular tinham um VDRL negativo; 100% apresentaram FTA-Abs positivo.

Após o término do tratamento, espera-se que o VDRL negativo ou apresente uma diminuição importante dos títulos; ao contrário, o FTA-Abs geralmente permanece positivo como uma “cicatriz” sorológica<sup>(1)</sup>.

Em relação ao tratamento da sífilis ocular, se houver alteração líquórica, o esquema preconizado é penicilina cristalina 24 milhões de unidades endovenosas diárias por 21 dias. Há outros esquemas para casos de alergia a penicilina<sup>(1)</sup>.

Para casos de sífilis ocular com evidência clínica de inflamação corio-retiniana ou neurite óptica ativas, associado ao antibiótico pode ser realizado tratamento com corticosteróide oral, geralmente prednisona, em doses que variam de 0,5 a 1,0 mg/kg/d<sup>(1)</sup>. Apesar de não haver estudo controlado recomendando o uso do corticosteróide, a experiência clínica de diversos autores recomenda seu emprego com cautela, desde que associado à antibioticoterapia ou após o término dela. Alguns autores notaram que pacientes que fizeram uso de corticosteróides sem antibióticos tiveram uma evolução pior<sup>(7)</sup>. Outros autores descreveram um caso de um paciente que desenvolveu lesão macular induzida por corticosteróide<sup>(8)</sup>.

O relato deste caso deve despertar a atenção para o diagnóstico de sífilis em um quadro ocular inespecífico acompanhado de alterações sistêmicas. A sífilis ocular, por sua grande

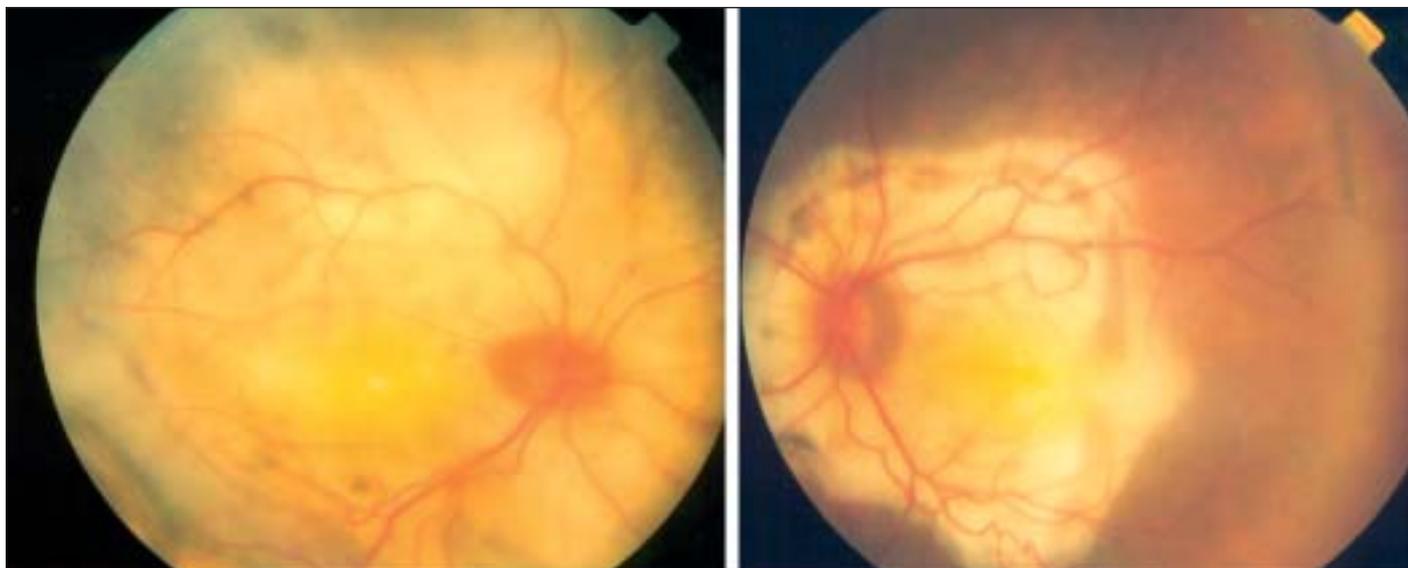


Figura 2 - Retinografia 3 meses após o tratamento. Nota-se melhora do edema do disco óptico e da exsudação sub-retiniana; persistem placas esbranquiçadas subretinianas cicatriciais

variedade de apresentações clínicas (“a grande imitadora”<sup>(1)</sup>), deve ser suspeitada também em uveítes posteriores sem diagnóstico estabelecido. A sífilis é uma doença para a qual existe tratamento eficaz que, se por vezes não melhora de forma significativa a acuidade visual, pode interromper sua progressão, evitando graves consequências sistêmicas e oculares.

#### ABSTRACT

**Purpose:** To report a case of bilateral retinal detachment associated with behavior changes. **Result:** A 62-year-old, female patient presented agitated, complaining of progressive bilateral low vision for the 3 past months, along with anxiety and behavior changes. On examination, she had visual acuity of light perception in the right eye and counting fingers at 30 cm in the left eye; anterior chamber reaction; bilateral hyperemic and edematous optic disc and bilateral serous retinal detachment, yellow-white subretinal peripapillary plaques and subretinal and intraretinal exudation. On laboratory work-up, the patient had positive VDRL and FTA-Abs tests. Lumbar puncture was done; she had positive FTA-Abs and hemagglutination treponemal test on spinal fluid analysis. Neurosyphilis diagnosis was established, and the patient was admitted to the hospital for an intravenous penicillin course associated with oral prednisone (0.5 mg/kg). After 2 weeks, the patient showed marked improvement of her retinal findings, with reattachment of the retina and also an improvement of visual acuity. **Conclusion:** Syphilis is a pleomorphic disease, and

may present as diffuse uveitis associated with bilateral exudative retinal detachment. Central nervous system involvement must always be evaluated and discarded; proper treatment may lead to visual function improvement and diminished sequelae.

**Keywords:** Syphilis/diagnosis; Syphilis serodiagnosis; Syphilis/drug therapy; Prednisone/therapeutic use; Retinal detachment; Uveitis, False positive reactions; Neurobehavioral manifestations

#### REFERÊNCIAS

1. Stehling A, Oréfice F. Sífilis. In: Oréfice F. Uveíte clínica e cirúrgica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2000. p.377-404.
2. Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. *Ophthalmology*. 2000;107(11):2015-23. Comment in: *Ophthalmology*. 2001;107(11):2015-23.
3. Jumper JM, Machemer R, Gallemore RP, Jaffe GJ. Exudative retinal detachment and retinitis associated with acquired syphilitic uveitis. *Retina*. 2000;20(2):190-4.
4. McLeish WM, Pulido JS, Holland S, Culbertson WW, Winward K. The ocular manifestations of syphilis in the human immunodeficiency virus type 1-infected host. *Ophthalmology*. 1989;97(2):196-203.
5. Becerra LI, Ksiazek SM, Savino PJ, Marcus DK, Buckley RM, Sergott RC, et al. Syphilitic uveitis in human immunodeficiency virus – infected and noninfected patients. *Ophthalmology*. 1989;96(12):1727-30.
6. Schlaegel TF Jr, Kao SF. A review (1970-1980) of 28 presumptive cases of syphilitic uveitis. *Am J Ophthalmol*. 1982;93(3):412-4.
7. Ross WH, Sutton HF. Acquired syphilitic uveitis. *Arch Ophthalmol*. 1980;98(3):496-8.
8. Zamani M, Garfinkel RA. Corticosteroid-induced modulation of acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Am J Ophthalmol*. 2003;135(6):891-4.

## VI Congresso da Sociedade Caipira de Oftalmologia

18 e 19 de Agosto de 2006  
Campos do Jordão Arts & Convention Center  
Campos do Jordão - SP

#### INFORMAÇÕES

Tel.: (17) 3235-7017 • Fax: (17) 3235-5334

E-mail: [cenacon@cenacon.com.br](mailto:cenacon@cenacon.com.br) • Home-page: [www.cenacon.com.br](http://www.cenacon.com.br)