

Exantema máculopapular difuso e diminuição súbita da acuidade visual

Diffuse maculopapular rash and sudden decrease of visual acuity

A incidência de sífilis na Europa continua a aumentar. Segundo o último relatório dos ECDC (2015), a taxa de incidência de sífilis em Portugal e em Espanha aumentou, de 2008 para 2012, de 0,9 para 2,5/100.000 habitantes e 5,6 para 7,8/100.000 habitantes respetivamente¹. Os factores de risco para a sífilis são similares aos da infeção pelo VIH, com evidente associação epidemiológica.

Apresentamos o caso de um homem, 59 anos, enviado ao Serviço de Urgência por quadro constitucional, diminuição acentuada e súbita da acuidade visual, exantema e história sugerindo sífilis primária recente. Objetivamente apresentava exantema máculo-papular difuso com lesões descamativas a nível palmo-plantar (Figura 1) e, ao exame oftalmológico, melhor acuidade visual (corrigida, 9/10) no olho direito (OD) e de contar dedos a um metro no olho esquerdo (OE). Fundoscopicamente havia alterações coróido-retinianas difusas no OE e pequena hemorragia peri-foveal no OD. A angiografia fluoresceínica revelou coriorretinite extensa, mais evidente no OE (Figura 2).

Foi internado no Serviço de Infeciologia após serologia positiva para VIH1 (virémia VIH1 de 1.140.076 cópias/mL e CD4+ de 139/mm³), confirmando-se sífilis secundária com atingimento ocular (VDRL 1:1024). Para avaliar eventual atingimento do sistema nervoso central (SNC) realizou-se punção lombar que mostrou RPR negativa e FTA-abs fortemente positivo, alterações compatíveis com neurosífilis. O doente foi medicado com penicilina G aquosa 4MU EV 4/4h (21 dias) e iniciou terapêutica antirretrovírica com evolução clínica favorável.

A invasão do SNC pelo *Treponema pallidum* pode ocorrer nas várias fases da infeção. Durante a sífilis secundária o surgimento de sinais ou sintomas neurológicos (incluindo atingimento ocular) ocorre em até 40% dos doentes². Na população com infeção pelo VIH, a progressão da sífilis pode ser mais rápida, sendo a incidência de neurosífilis mais frequente e precoce, atingindo prevalências de sífilis ocular superiores a 6%^{3,4}. A apresentação deste caso realça a importância de uma elevada suspeição no diagnóstico de sífilis em determinados quadros neurológicos, particularmente se acompanhados de manifestações cutâneas compatíveis, pois o prognóstico depende do tratamento precoce. Destaca-se ainda que, nesta co-infeção, a sífilis pode ser a primeira manifestação de infeção pelo VIH, cujo diagnóstico numa fase tardia continua a ser uma realidade preocupante (47% com CD4+ <350/mm³ e 27% dos quais, com CD4+ <200/mm³)¹, comprometendo a eficácia dos tratamentos e a prevenção da propagação da infeção.

Bibliografia

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual epidemiological report 2014 - Sexually transmitted infection including HIV and blood-born viroses. Stockholm. ECDC 2015.
2. Justin D. Syphilis In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders 2014; p. 2684-2709.
3. Balba GP, Kumar PN, James AN, Malani A, Palestine AG, Welch JN, et al. Ocular syphilis in HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. Am J Med. 2006 May;119(5):448.e21-5.
4. Polisei R, Vidal J, Oliveira A. Neurosyphilis in HIV-Infected Patients: Clinical Manifestations, Serum Venereal Disease Research Laboratory Titres, and Associated Factors to Symptomatic Neurosyphilis. Sexually Transmitted Diseases 2008; 35: 425-429.

Diagnóstico: Sífilis ocular: apresentação simultânea de sífilis secundária e infeção pelo VIH

Daniel Coutinho¹, Sérgio Monteiro²

¹Serviço de Infeciologia e ²Oftalmologia. Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE, Aveiro. Portugal

Correspondência: dani_coutinho@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Coutinho D, Monteiro S

Sífilis ocular: apresentação simultânea de sífilis secundária e infeção pelo VIH. Galícia Clin 2015; 76 (3): 135

Recibido: 30/04/2015; Aceptado: 09/06/2015

Figura 1. Exantema máculo-papular difuso no tronco e lesões descamativas a nível palmo-plantar.



Figura 2. Imagens de retinografia (esquerda) e angiografia (direita). Em cima, olho direito com lesões coriorretinianas localizadas na metade inferior, poupando a mácula, em baixo, olho esquerdo com lesões generalizadas e hemorragia temporal à fóvea.

