

Retinite sífilítica em doente seropositivo para VIH

Syphilitic retinitis in human immunodeficiency virus infection

*Elisabete Margarido**, *Manuel Mendonça***,
*Paulina Cardigos****, *Manuel Póvoas*****,
*Barros Veloso******

Resumo

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 25 anos de idade, internado por diminuição progressiva da acuidade visual.

Tinha-lhe sido diagnosticada sífilis primária 5 anos antes e apresentava seropositividade para VIH1 desde há 2 anos.

A terapêutica com penicilina levou à melhoria das lesões de retinite, com recuperação da acuidade visual, pelo que foi feito o diagnóstico de retinite sífilítica.

Palavras chave: *retinite sífilítica, seropositividade para VIH1, neuro-sífilis*

Abstract

The authors present a case report of a 25 year-old man admitted in the hospital referring bilateral progressive loss of vision.

Five years ago, a diagnosis of primary syphilis was made and two years ago he was found to be a HIV positive.

Treatment with penicilin was given and the patient had an eventful recovery with complete resolution of the retina lesions and recovery of visual acuity. The final diagnosis was syphilitic retinitis.

Key words: *syphilitic retinitis, human immunodeficiency virus seropositivity, neurosyphilis*

Introdução

A sífilis e a infecção pelo VIH são doenças de períodos históricos distintos mas que aparecem, no tempo presente, interrelacionadas e com uma evidente associação epidemiológica¹.

A sífilis é uma infeção sistémica crónica causada pelo *Treponema pallidum*, quase sempre sexualmente transmitida e caracterizada por episódios de doença activa separados por períodos de latência.

Os indivíduos com maior risco de contrair sífilis correm um risco igualmente alto de contágio pelo VIH. Sendo assim, estas infeções são frequentemente encontradas no mesmo doente.

Há evidência de que a sífilis e outras doenças ulcerativas genitais seriam importantes factores de risco para a aquisição e a transmissão da infeção por VIH².

A frequência de manifestações clínicas e laboratoriais incomuns de sífilis em doentes co-infectados pelo VIH não foi estabelecida, podendo essas alterações depender do estadio de infeção pelo VIH e do grau de imunossupressão².

Na grande maioria dos doentes infectados pelo VIH, os resultados serológicos não diferem substancialmente dos encontrados nos indivíduos sero-negativos².

Perante um diagnóstico de uveíte num seropositivo, a retinite sífilítica deve ser considerada no diagnóstico diferencial, juntamente com outras causas infecciosas (CMV, *Toxoplasma gondii*, herpes vírus) frequentemente associadas à infeção por VIH³.

Este caso pretende chamar a atenção para a associação cada vez mais frequente da sífilis com infeção por VIH e lembrar a importância de considerar a etiologia sífilítica nos casos de retinite em seropositivos, por se tratar de uma situação sensível à terapêutica pela penicilina, com a qual se pode obter uma importante melhoria clínica.

Caso Clínico

P.M.S.R., sexo masculino, de 25 anos, raça caucasiana, bissexual, natural de Atalaia e residente em Lisboa, foi internado por diminuição progressiva de acuidade visual.

Tinha estado assintomático até 1 mês antes, altura em que iniciou emagrecimento acentuado e aparecimento de congestão no globo ocular esquerdo, juntamente com diminuição progressiva da acuidade visual.

Recorreu à consulta de Oftalmologia, tendo sido medicado com corticóides e um midriático local. Progressivamente, constatou-se diminuição da acuidade visual (AV)(VOE < 1/10).

Cerca de 3 semanas mais tarde, notou congestão do globo ocular direito com diminuição da AV (VOD=6/10).

O doente tinha tido, 5 anos antes, quadro compatível com sífilis primária, tendo efectuado terapêutica.

Há 2 anos, tinha-lhe sido diagnosticada seropositividade para VIH1.

Nos antecedentes, apenas foi referida uma gastrite, há 6 anos.

À observação, era um doente lúcido, orientado no tempo e no espaço, magro (peso 58 Kg), pele e mucosas

* Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

** Assistente Eventual de Medicina Interna

*** Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna

**** Assistente Hospitalar de Oftalmologia

***** Director de Serviço

Serviço de Medicina 1 do Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa

Recebido para publicação em 4.03.96

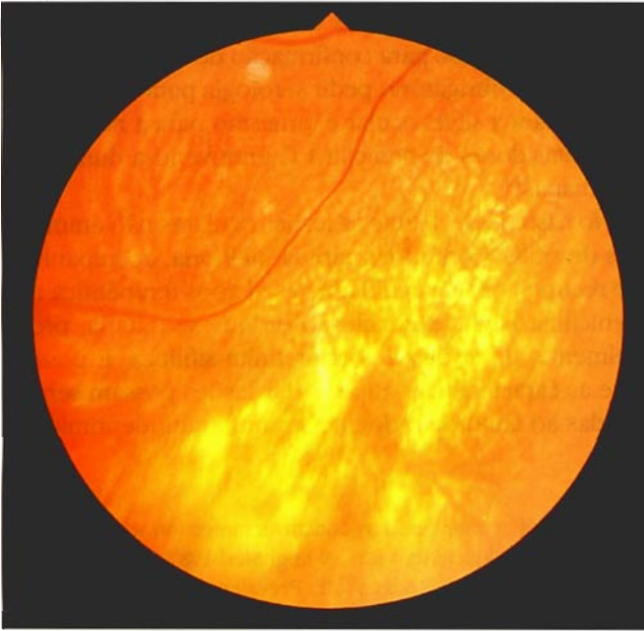


Fig. 1 - Retinografia OD - Corioretinite com atrofia retiniana

coradas, anictérico. Orofaringe normal e auscultação cardiopulmonar sem alterações. Da observação do abdômen, salienta-se hepatomegalia de 3 cm abaixo do rebordo costal direito. Palpavam-se adenopatias das cadeias cervicais e inguinais.

A observação oftalmológica revelou: AV OD = 6/10; após dilatação observou-se processo de corioretinite com atrofia retiniana (Fig. 1); AV OE <1/10 (percepção luminosa e vultos); após dilatação, constatou-se descolamento da retina (Fig. 2).

Do estudo clínico efectuado obtiveram-se os seguintes resultados:

O hemograma revelou: eritrócitos 4.290.000/mm³, Hgb 10.7g/dl, hematócrito 32%, VGM 74 µ, leucócitos 3900/mm³ (N 39%, L 50%), plaquetas 120000/mm³. As funções hepática e renal não apresentavam alterações. VDRL positivo (reagina + at, 1/16). TPHA positivo a 1/10240. VIH1 positivo (método Elisa e Western Blot), CD4 150; toxoplasmose IgM (-) IgG (+) HSV IgM (-) IgG (+) CMV IgM (-) IgG (+). Marcadores da hepatite B compatíveis com cicatriz imunológica. Marcadores da hepatite C negativos.

Fez-se punção lombar com saída de líquido de aspecto normal, normotenso, que revelou elementos nucleados 32/mm³, com alguns linfócitos, proteínas 49 mg/dl, glicose 39 mg/dl, cloretos 134 mEq, VDRL positivo, TPHA positivo. Ac anti-CMV negativos e Ac anti-herpes vírus negativos; pesquisa de BK negativa.

Ecografia abdominal: fígado de dimensões no limite superior da normalidade, de contornos regulares e ecoestrutura difusa e hiperecogénica, sem imagens de lesão ocupando espaço. Baço globoso de contornos regulares e ecoestrutura homogénea.

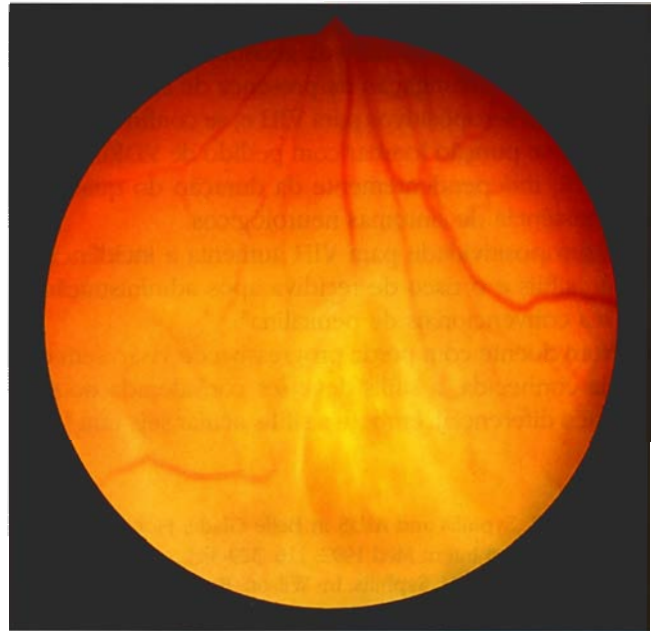


Fig. 2 - Retinografia OE - Descocamento da retina

TAC cranioencefálica sem sinais de vasculite ou enfarte.

Ecocardiograma: raiz da aorta não dilatada; ausência de patologia valvular orgânica.

Realizou-se terapêutica com ganciclovir (5 mg/kg 2x dia endov. durante 14 dias) com agravamento das lesões e diminuição da AV (VOD=4/10). Seguidamente, iniciou-se terapêutica com penicilina G (16 milhões U dia endov.) com melhoria das lesões e da acuidade visual de OD, que aumentou para 8/10 em 21 dias.

Realizou-se posteriormente punção lombar após penicilioterapia que revelou um líquido de aspecto normal normotenso, com 70 elementos nucleados/mm³, predomínio de linfócitos, proteínas 74 mg/dl, glicose 65 mg/dl, cloretos 118 mEq; VDRL positivo, TPHA positivo. Ac anti-CMV negativos. Ac anti-herpes vírus *simplex* negativos. Exames bacteriológico e micológico negativos e pesquisa de BK negativa.

Após alta, o doente ficou a ser seguido em consulta, verificando-se melhoria do estado geral e de nutrição e estabilização da acuidade visual.

Discussão

Nos indivíduos seropositivos por VIH, a infecção pelo *Treponema pallidum* é frequente e o envolvimento do SNC (neurosífilis) não é raro e tem, habitualmente, um curso agressivo.

Verifica-se uma alteração da apresentação clínica e laboratorial da sífilis nos indivíduos coinfectados. Existe uma maior probabilidade evolutiva, nomeadamente no envolvimento do SNC, e um menor intervalo de tempo entre o acidente primário, as manifestações secundárias e o aparecimento de neurosífilis^{4,5,6}.

Laboratorialmente pode verificar-se que um VDRL negativo no LCR não exclui o diagnóstico de neurosífilis^{3,7}.

Sugere-se investigação da presença de sífilis em todos os doentes seropositivos para VIH e, se confirmada, deve realizar-se punção lombar com pedido de VDRL e TPHA no LCR, independentemente da duração do quadro ou da existência de sintomas neurológicos.

A seropositividade para VIH aumenta a incidência de neurosífilis e o risco de recidiva após administração de doses convencionais de penicilina⁸.

Num doente com perda progressiva de visão sem etiologia conhecida, a sífilis deve ser considerada no diagnóstico diferencial, embora a sífilis ocular seja rara⁹. Para

isso, deverão ser feitos os exames laboratoriais TPHA/FTA - ABS e VDRL para confirmação do diagnóstico, sendo também obrigatório pedir serologia para VIH. O tratamento para a sífilis ocular é o mesmo para a neurosífilis, com altas doses de penicilina G endovenosa durante 2 a 3 semanas¹⁰.

No caso deste doente as lesões oculares não eram típicas de sífilis. Contudo, a rápida melhoria, acompanhada de recuperação da acuidade visual após terapêutica com penicilina, levou à conclusão de que se trataria, provavelmente, de lesões de coriorretinite sífilítica. É possível que as características atípicas das lesões possam ser atribuídas ao facto de o doente ser um imunodeprimido.

Bibliografia

1. Grey MR. Syphilis and AIDS in Belle Glade, Florida, 1942 and 1992. *Ann Intern Med* 1992; 116: 329-333.
2. Sheila A, King K H. Syphilis. In: Wilson, Braunwald, Isselbacher, Martin, Fauci, Kasper. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Mc Graw-Hill Inc., 1994: 726-737
3. Muccioli C, Belfort JR, Lottenberg C et al. Ophthalmological manifestations in AIDS: evaluation of 445 patients in one year. *Rev Assoc Med Bras* 1994; 40: 155-158
4. Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE: Effect of Human Immunodeficiency Virus Infection on the course of Syphilis and response to treatment. *Ann Intern Med* 1990; 133: 872-881
5. Musher DM: Syphilis, Neurosyphilis, Penicillin and AIDS. *J Infect Dis* 1995; 163: 1205-1206
6. Johns DR, Tierney M, Felsenstein D: Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *N Engl Med* 1987; 316: 1569-1572
7. Holton PD, Larsen RA, Leal ME: Prevalence of neurosyphilis in human immunodeficiency Virus - infected patients with latent syphilis. *Am J Med* 1992; 93: 9-12.
8. Guiloff RJ, Tan SV, Central nervous system opportunistic infections in HIV disease: clinical aspects. *Baillieres Clin Neurol* 1992;1: 103-154
9. Dobos GJ, Wiek J, Kohler J, Rother E, Siebold R, Schollmeyer PJ: Unilateral blindness in neurosyphilis: *Wien Klin Wochenschr* 1993; 105: 437-439
10. Bonisse V, Cocherean-MI, Jobin D et al: Syphilitic uveitis and human immunodeficiency virus infection. *J Fr Ophtalmol* 1991;14: 605-609