Reinitite sífilítica em doente seropositivo para VIH

Syphilitic retinitis in human immunodeficiency virus infection


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 sifilis primária 5 anos antes e apresentava seropositividade para VIH desde há 2 anos.

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

Palavras chave: reinitite sífilítica, seropositividade para VIH, neuro-sifilis

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 an HIV positive.

Treatment with penicillin was given and the patient had an eventual recovery with complete resolution of the retina lesions and recovery of visual acuity. The final diagnosis was syphilitic reinitis.

Key words: syphilitic retinitis, human immuno-deficiency virus seropositivity, neurosyphilis

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

* Interno do Instituto 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

Recorrendo à consulta de Oftalmologia, tendo sido mediado com corticóides e um miconázico local. Progressivamente, constatou-se diminuição da acuidade visual (AV/VOE: 1/10).

Gera de 3 semanas mais tarde, notou congestão do globo ocular direito com diminuição da AV/VOE (1/10).

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

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

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

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

A sifilis é uma infecção sistémica crónica causada pelo Treponema pallidum, quase sempre sexualmente transmitida e caracterizada por episódios de doença activa seguidos de pericátaro.

Os indivíduos com maior risco de contrair sifilis correm um risco igualmente alto de contágio pelo VIH. Sen- do assim, estas infecções são frequentemente encontradas em indivíduos doente.

Há evidência de que a sifilis e outras doenças urogeni-tais genitais seriam importantes factores de risco para a aquisição e transmissão da infecção pelo VIH.

A frequência de manifestações clínicas e laboratoriais inicuros de sifilis em doentes co-infetados pelo VIH não foi estabelecida, podendo essas alterações depender do estádio da infecção pelo VIH e do grau de imunossupressão.

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

Perante um diagnóstico de ouvele num seropositivo, a reinitite sífilítica deve ser considerada no diagnóstico diferencial, juntamente com outras causas infecciosas (GMV, Toxoplasma gondii, herpes virus) frequentemente associadas à infecção pelo VIH.

Este caso pretende chamar a atenção para a associação cada vez mais frequente da sifilis com infecção pelo VIH e lembrar a importância de considerar a etiologia sífilítica nos casos de reinitite 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.R., sexo masculino, de 25 anos, raça caucasiana, bissexual, natural de Atalaia e residente em Lisboa, foi internado por diminuição progressiva da 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.

Reconheça a consulta de Oftalmologia, tendo sido mediado com corticóides e um miconázico local. Progressivamente, constatou-se diminuição da acuidade visual (AV/VOE: 1/10).

Gera de 3 semanas mais tarde, notou congestão do globo ocular direito com diminuição da AV/VOE (1/10).

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

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

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

A observação, era de um doente lúcido, orientado no tempo e no espaço, magro (peso 58 Kg), pele e mucosas,
coradas, anictérico. Onofrarine normal e auscultação cardíopulmonar sem alterações. Da observação do abdômen, salienta-se hepatomegalia de 3 cm abaixo do recendo costal direito. Palpavam-se adenopatias das cadeias cer-
vicais e inguiinais.

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

Do estudo clínico efectuado obtiveram-se os seguintes
resultados:

O hemograma revelou: eritrócitos 4.290.000/mm², Hgb
10.7g/dl, hematocrito 32%, VGM 74 µ, leucócitos 3900/
mm² (N 39%, L 50%), plaquetas 120000/mm². As fun-
ções hepática e renal não apresentavam alterações. VDRL
positivo (reagina + at. 1/160). TPHA positivo a 1/10240.
VIH1 positivo (método Elsa e Western Blot), CD4 150.
toxoplasmose IgM (-)/IgG (+) HSV IgM (-)/IgG (+) CMV
IgM (-)/IgG (+). Marcadores da hepatite B compatíveis
com cicatrizes inmunológicas. Marcadores da hepatite C ne-
gativos.

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

Ecgografia abdominal: fígado de dimensões no limite
superior da normalidade, de contornos regulares e eco-
estrutura difusa e hiperecogénica, sem imagens de lesão
ocupante espaço. Ecografia retroabdominal de contornos regulares
ecoestrutura homogênea.

Fig. 1 - Retinografia OD - Corteoretinite com atrofia retiniana

Fig. 2 - Retinografia OE - Descolamento da retina

TAC craneoencefálica sem sinais de vasculite ou enfar-

tec.

Ecoardiograma: raiz da aorta não dilatada; ausência de patologia valvar orgânica.

Realizou-se terapêutica com ganciclovir (5 mg/kg 2x
da end. durante 14 dias) com agravamento das lesões
e diminuição da AV OD=1/100. Seguidamente, iniciou-
se terapêutica com penicilina G (16 milhões U dia
end.) com melhoria das lesões e da acuidade visual dr
OD, que aumentou para 8/10 em 21 dias.

Realizou-se posteriormente punção lombar após peni-
cilinoterapia que revelou um líquor de aspecto normal
norotemor, com 70 elementos nucleados/mm³ predom-
ínio de linfócitos, proteínas 74 mg/dl, glicose 65 mg/
dl, clorores 118 mEq, VDRL positivo, TPHA positivo. Ac-
anti-CMV negativos. Ac anti-herpes vírus não detectados
Exames bacteriológico e micológico negativos e pes-
quisa 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
Trepomonas pallidum é frequente e o envolvimento do
SNC (neurofilosse) não é raro e tem, habitualmente, um
curso agressivo.

Verifica-se uma alteração da apresentação clínica e la-
boratorial da sífilis nos indivíduos coinfetados. 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 neurofilosse.888

Medicina Interna
N.º 2, 3, 1996

167
Laboratorialmente pode verificar-se que um VDRL negativo no LCR não exclui o diagnóstico de neurosífilis. Sugerem-se investigação da presença de sífilis em todos os doentes seronegativos para VIH e, se confirmada, deve realizar-se punção lumbar 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 penicilina.

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

Bibliografia