DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.13882

Sífilis ocular: um relato de caso

Luís Fernandes de Araújo,[1] Letícia Abreu[2]

RESUMO

Introdução: Desde o ano 2000 que a incidência de sífilis tem aumentado, representando atualmente um importante problema de saúde pública. A sífilis ocular pode ocorrer em qualquer estadio da doença, com manifestações em partes diferentes do olho. O presente caso clínico destaca a importância dos cuidados de saúde primários na abordagem da doença e posterior articulação com outras especialidades.

Descrição do caso: I.B., utente do sexo feminino de 63 anos de idade. Antecedentes pessoais de depressão, epilepsia, hipertensão arterial, surdez, tabagismo e doença cardíaca isquémica e contexto socioeconómico precário. Recorre a consulta no seu centro de saúde em janeiro/2023, após observação por oftalmologista, por manter queixas de olho vermelho à esquerda, acompanhado de dor e desconforto sem melhoria com a medicação tópica prescrita. À inspeção apresentava inflamação da esclera, grande congestão vascular e hiperemia difusa, sem secreções, que poupava a zona central. Dada a estagnação da sintomatologia, ausência de resposta à medicação e os antecedentes pessoais da utente, considerou-se imperativo investigar causas secundárias de olho vermelho. Um mês depois surgiram várias lesões circulares nas mãos e duas na zona do períneo, coincidentes com resultados serológicos positivos para sífilis. Referenciada à consulta de oftalmologia e infeciologia, é diagnosticada com panuveíte sifílica. Iniciou terapêutica com penicilina endovenosa até perfazer 14 dias. Realizou punção lombar e RMN cerebral para despiste de neurosífilis, que não revelaram alterações. A RPR pós-terapêutica indicava uma redução de quatro vezes o valor de titulação pré-terapêutica, sinónimo de sucesso.

Comentário: Este caso de sífilis, considerada por muitos autores "a grande imitadora", demonstra a importância da abordagem holística do médico de família: além de ser o primeiro a observar os sintomas iniciais da doença, muitas vezes inespecíficos, consegue integrá-los com os antecedentes familiares e pessoais, o que, aliado a um elevado grau de suspeição, contribui para o diagnóstico.

Palavras-chave: Cuidados de saúde primários; Sífilis secundária; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

A sífilis, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum,* é considerada uma doença sexualmente transmissível multissistémica. Poderá também ser transmitida através de uma transfusão sanguínea ou por transmissão vertical (sífilis congénita).[1] A doença está dividida em estadios primário, secundário, latente precoce, latente tardio e terciário.

Desde a introdução dos antibióticos no tratamento da sífilis, principalmente da penicilina, a incidência de casos diminuiu consideravelmente, chegando a valores mínimos recorde no ano 2000.[2] Desde esse ano, a incidência tem aumentado gradualmente, representando atualmente um importante problema de saúde pública.[3] A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2016, existiam 19,9 milhões de casos prevalentes de sífilis em adolescentes e adultos com idades entre 15 e 49 anos em todo o mundo e 6,3 milhões de novos casos.[4] A razão deste aumento poderá ser explicada por fatores económicos ou sociais, designadamente a emigração em larga escala e o aumento dos comportamentos sexuais de risco, sendo a coinfecção por HIV um fator importante para esta epidemia.[1,5]

O diagnóstico de sífilis é mais comum em homens, maioritariamente homens que têm relações sexuais com outros homens, sendo que o *British Ocular Syphilis Study* refere que estes casos englobam 73% do total de casos de sífilis. Contudo, nos últimos anos a incidência de casos em mulheres tem aumentado significativamente.[3,6] Do total de casos reportados no estudo supracitado estimou-se um risco aproximado de envolvimento ocular de 1%.

1. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde do Bom Jesus. Funchal, Ilha da Madeira, Portugal.
2. Médica de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde do Bom Jesus. Funchal, Ilha da Madeira, Portugal.

Com este aumento de casos de sífilis observa-se igualmente um maior atingimento de vários órgãos e sistemas, nomeadamente do olho, considerada uma manifestação precoce da doença. De facto, há um maior número de relatos desta afeção na literatura, que pode ocorrer não só em qualquer estadio, como ainda em qualquer parte do olho e com manifestações diversas.[1,3]

O presente caso clínico destaca o médico de família como agente, não só de pesquisa, mas outrossim de intervenção, pois na presença de olho vermelho sugestivo e refratário ao tratamento é aquele que está mais capacitado para ponderar os possíveis diagnósticos diferenciais, não descurando a perspetiva biopsicossocial no plano de cuidados.

DESCRIÇÃO DO CASO

I.B., utente do sexo feminino de 63 anos de idade, natural e residente na Ilha da Madeira, atualmente a trabalhar numa instituição de idosos como cozinheira. Reside num apartamento de quatro assoalhadas inserido em habitação de cariz social, onde coabita com outros catorze familiares. Antecedentes pessoais de depressão, epilepsia, hipertensão arterial, surdez, tabagismo (50 UMA) e doença cardíaca isquémica com realização de cateterismo e implantação de dois *stents* coronários em fevereiro/2022. De salientar também uma história de tuberculose pulmonar familiar e comportamentos sexuais de risco do parceiro (reconhecidos pela utente). Nos antecedentes familiares há a referir o pai, falecido aos 50 anos, por doença cardíaca não especificada e duas irmãs falecidas por enfarte agudo do miocárdio (EAM) aos 57 e 60 anos. Medicada atualmente com carbamazepina 200 mg, quetiapina 50 mg, bisoprolol 2,5 mg, pantoprazol 40 mg, furosemida 40 mg, perindopril 5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, ticagrelor 60 mg, colecalciferol e atorvastatina 40 mg. Antecedentes ginecológicos: menarca aos 11 anos, índice obstétrico de cinco partos a termo, dois partos pré-termo, dois abortos e cinco filhos vivos, tendo realizado uma histerectomia total e anexectomia bilateral em 2015.

Em janeiro/2023 recorreu a consulta não programada no seu centro de saúde por queixas de dor/desconforto no olho e ouvido esquerdos com quatro dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava o olho esquerdo com hiperemia conjuntival, sem corpos estranhos detetáveis e uma hiperemia do canal auditivo externo do ouvido esquerdo, tendo sido medicada com dexametasona + tobramicina, prednisolona + cloranfenicol e colírio de hidratação ocular.

Em fevereiro/2023 recorre à sua médica de família com queixas de refluxo, eructações com regurgitação alimentar e disfonia oscilante desde há um mês. Ao exame objetivo mantinha dor, edema e hiperemia (difusa com grande congestão de vasos, porém com maior concentração periférica) do olho esquerdo. Não se identificaram lesões da cavidade oral suspeitas. Tendo em conta o conhecimento dos seus antecedentes pessoais e familiares de patologia cardiovascular, e ainda do seu contexto familiar e social (fracos recursos económicos e más condições de habitabilidade), suspeitou-se de uma possível causa secundária de olho vermelho. À data negava quaisquer outros sinais ou sintomas sistémicos. Foram então requisitadas análises que incluíam: hemograma, função renal, função tiroideia, autoanticorpos núcleo-citoplasmáticos (ANA) e marcadores virais (AgHBs; IgMVHA; AcHCV; Ag/Ac HIV; VDRL e testes treponémicos), sendo agendada consulta de reavaliação a curto prazo.

Um mês depois regressou e informou que, não sentindo melhoria das queixas oculares, recorrera novamente a consulta de oftalmologia privada, onde lhe fora prescrito colírio combinado (corticoide com antibiótico) e ainda corticoide oral. Do estudo pedido há a apontar: leucocitose de 12,6x10^3 µL, com neutrofilia, ANAs negativos, Rapid Plasma Reagin (RPR) e teste treponémico por imunoensaio por enzimático (TP-EIA) positivo (1:32 DILLS e S/CO 23, respetivamente). As últimas serologias para sífilis e HIV foram negativas e datavam de há dois anos.

Ao exame objetivo, o olho esquerdo mantinha-se sobreponível e foram identificadas várias lesões circulares palmares bilateralmente e duas na zona do períneo. Nesta consulta foi realizada a história sexual, referindo que a última relação sexual teria sido há cerca de três meses, sem proteção, com o parceiro atual e de longa data, negando outros relacionamentos. Neste momento procedeu-se à notificação obrigatória da sífilis na plataforma SINAVE e foi contactado o serviço de oftalmologia e infeciologia, com agendamento de consulta dentro de dois dias.

Na consulta de oftalmologia a doente referiu diminuição da acuidade visual à esquerda desde há um ano,

com agravamento franco nos últimos três meses, altura em que apenas visualizava vultos. Além daquela queixa observaram-se sinequias e o efeito de Tyndall foi positivo. Concluiu-se tratar-se de uma panuveíte sifilítica. Suspendeu-se o corticoide oral, iniciou-se tropicamida e corticoide (dexametasona) em colírio. O parceiro foi convocado para estudo analítico, confirmando-se a positividade para sífilis.

Neste seguimento foi internada no serviço de infeciologia, onde iniciou penicilina endovenosa na dose de quatro milhões de unidades a cada quatro horas (equivalente à dosagem de neurosífilis) por 14 dias. Ainda neste contexto e, para estudo de neurosífilis, foi-lhe efetuada uma punção lombar e uma RMN cerebral, que não revelaram alterações. O internamento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta com melhoria das queixas oculares e com baixa titulação dos marcadores serológicos (RPR reduzido do valor prévio de 1:64 para 1:16 DILLS), sendo orientada para consulta de infeciologia e de oftalmologia.

Nesta última é identificada, pela primeira vez, uma catarata densa no olho esquerdo, com referenciação para cirurgia eletiva.

COMENTÁRIO

A afeção ocular pode surgir em qualquer estadio de sífilis, sendo indicativo de infeção do sistema nervoso e por isso categorizado, por alguns estudos, como neuro-sífilis precoce. Esta pode afetar todas as estruturas oculares e deve ser equacionada conjuntamente com outras causas sistémicas quando se observa inflamação ocular com características de (epi)esclerite, designadamente edema e inflamação difusa da esclera, dor e diminuição da visão, que se revele de caráter persistente e resistente a terapêutica. O grau de suspeição é também reforçado pela combinação da história pessoal com os fatores socioeconómicos. A apresentação ocular mais comum é a de uma uveíte.[1,6-7]

A literatura descreve uma maior prevalência do envolvimento ocular bilateral. Contudo, quando é unilateral, o olho mais vezes afetado é o olho esquerdo e a forma de apresentação mais frequente é a panuveíte, o que apoia os achados descritos no presente caso.[3,8]

As manifestações oculares habitualmente são inespecíficas, nomeadamente a diminuição da acuidade visual, dor ocular, hiperemia, moscas volantes, fotofobia, fotopsia e escotomas, dependendo da parte do olho envolvida.[7,9] Neste caso clínico destacaram-se: a hiperemia, a diminuição da acuidade visual e a dor.

Os sinais e sintomas ocorrem habitualmente meses ou anos após a infeção, o que faz com que a sífilis ocular se possa intersetar com vários estadios da doença. No caso em concreto, esta interseção parece ocorrer simultaneamente com as manifestações clínicas da sífilis secundária. Os sinais deste estadio ocorrem normalmente entre as três semanas e os três meses após a infeção e têm como sinal característico o aparecimento de um exantema maculopapular, não pruriginoso, que pode afetar qualquer parte do corpo, mais comummente palmo-plantar, como observado nas palmas da doente em causa.[5,9]

O diagnóstico de sífilis ocular, apenas com manifestações oculares, é considerado difícil por não haver sintomas ou sinais patognómicos.[2] No caso apresentado foram utilizados os testes serológicos habituais para diagnóstico de sífilis: os treponémicos e os não treponémicos.

A punção lombar é mandatória em todos os casos de sífilis ocular, independentemente da severidade ou estadio, pois impõe-se detetar se há atingimento do sistema nervoso central, o que, em caso afirmativo, estabelecerá o critério para neuro-sífilis. Este procedimento é de suma importância quando a manifestação inicial observada é ocular, pois esta traduz um sinal de alerta precoce. De salientar que deve ser realizado o despiste de HIV e outras infeções sexualmente transmissíveis pelo elevado risco de coinfeção.[9]

O tratamento para a sífilis ocular, como exemplificado no presente caso, é idêntico ao preconizado para uma neuro-sífilis, ainda que na ausência de alterações na punção lombar. Para tanto preconiza-se a administração endovenosa de 18 a 24 milhões de unidades de penicilina, sendo que a posologia é de 3 a 4 milhões a cada 4 horas durante 10 a 14 dias.[9-10] A utilização de corticoides pode ser considerada como adjuvante, quer em formulação tópica quer em formulação sistémica, pois poderá diminuir a inflamação intraocular nos casos de uveíte posterior, vitrite, esclerites ou neurite ótica.[7] Neste caso foram utilizados inicialmente por suspeita de doença autoimune subjacente e foram posteriormente mantidos como tratamento da panuveíte sifílica, o que é coerente com o descrito na literatura.

O sucesso do tratamento é confirmado através dos valores de titulação dos anticorpos dos testes não treponémicos, isto é, considera-se eficaz quando há uma redução de quatro vezes ou mais dos valores quando comparados com as análises iniciais da doente, e findos três meses de tratamento.[7] Neste caso verificou-se uma redução de 1:64 para 1:16 DILLS, sendo sinónimo de sucesso.

As complicações mais descritas são: cataratas, glaucoma, atrofia do nervo ótico, sinéquias posteriores e descolamento da retina.[7,9] À doente do presente caso foi diagnosticada uma catarata densa no olho esquerdo, achado que poderá traduzir uma complicação da doença, visto que apesar de ter sido observada em várias circunstâncias pela especialidade de oftalmologia (a última em 2012) nunca fora diagnosticada com tal entidade nem tão pouco manifestara queixas compatíveis com a mesma.

Este é um caso paradigmático do quão subtil pode ser esta doença, considerada por muitos autores como *a grande imitadora*. Demonstra-se igualmente a importância do médico de família, uma vez que é aquele a quem se apresentam os primeiros sinais e sintomas, por vezes frustres e inespecíficos e é também aquele que possui a maior riqueza e abrangência conceptual; é o mais apto para aliar a história da doença com os antecedentes e o contexto social, alargando assim as hipóteses diagnósticas.

Pese embora as manifestações clínicas muito variadas da sífilis (mormente no estadio secundário), esta abrangência de conhecimentos inerente à medicina familiar apura a suspeição e o raciocínio necessários para o seu diagnóstico atempado, prevenindo futuras complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tripathy DM, Gupta S, Vasudevan B. Resurgence of syphilis, the great imitator. Med J Armed Forces India. 2022;78(2):131-5.
2. Lee SY, Cheng V, Rodger D, Rao N. Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis: a new face in the era of HIV co-infection. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2015;5(1):56.
3. Mathew RG, Goh BT, Westcott MC. British Ocular Syphilis Study (BOSS): 2-year national surveillance study of intraocular inflammation secondary to ocular syphilis. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2014;55(8):5394--400.
4. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019;97(8):548-62P.
5. Klausner JD. The great imitator revealed: syphilis. Top Antivir Med. 2019;27(2):71-4.
6. Whiting C, Schwartzman G, Khachemoune A. Syphilis in dermatology: recognition and management. Am J Clin Dermatol. 2023;24(2):287-97.
7. Furtado JM, Simões M, Vasconcelos-Santos D, Oliver GF, Tyagi M, Nascimento H, et al. Ocular syphilis. Surv Ophthalmol. 2022;67(2): 440-62.
8. Wells J, Wood C, Sukthankar A, Jones NP. Ocular syphilis: the re-establishment of an old disease. Eye (Lond). 2018;32(1):99-103.
9. Etheridge T, Bowen RC, Raven M, Snow KB, Urban AW, Chang JS. Ocular syphilis: clinical manifestations and treatment course. WMJ. 2019;118(4):191-5.
10. Teixeira AM, Meireles E, Pereira Fontes C, Manuel M. Ocular syphilis: a case report. Cureus. 2022;14(3):e23509.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, LFA; metodologia, LFA e LA; investigação, LFA; curadoria de dados, LFA e LA; redação do *draft* original, LFA e LA; revisão, validação e edição de texto final, LFA e LA; visualização LFA e LA.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO DO ESTUDO

O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luís Fernandes de Araújo
E-mail: luismfaraujo7@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-1290-9502

Recebido em 10-10-2023
Aceite para publicação em 05-08-2025

ABSTRACT

OCULAR SYPHILIS: A CASE REPORT

Introduction: Since the year 2000, the incidence of syphilis has increased, currently representing an important public health problem. Ocular syphilis can occur at any stage of the disease, with manifestations in different parts of the eye. This clinical case highlights the importance of primary healthcare in addressing the disease and subsequent collaboration with other specialties.

Case description: I.B., 63-year-old female patient. Personal history of depression, epilepsy, high blood pressure, deafness, smoking, ischemic heart disease, and a poor economic environment. The patient visited the health center in January 2023 for a consultation due to persistent complaints of redness and discomfort in her left eye, which had not responded to topical agents. She presented with scleral inflammation, with great vascular congestion and diffuse hyperemia. Since the symptoms persisted regardless of the medication and considering her personal history, it was imperative to conduct a deeper and broader investigation for systemic causes. One month later, several circular lesions were identified on the hands and two on the perineum area, concurrent with positivity for syphilis. She was referred to an Ophthalmology and Infectious Diseases consultation and was diagnosed with syphilitic panuveitis. She started treatment with intravenous penicillin for 14 days. Lumbar puncture and brain MRI were performed to detect neurosyphilis, both without alterations. The post-therapeutic RPR indicated a 4-fold reduction in the pre-therapeutic titration value, synonymous with success.

Comment: This case of syphilis, considered by many authors to be 'the great imitator', demonstrates the importance of the holistic approach of the family doctor. In addition to being the first to observe the initial symptoms of disease, often non-specific, he can integrate with the personal and family background, which, combined with a high degree of suspicion, contributes to the diagnosis.

Keywords: Primary health care; Case report; Secondary syphilis.