



**PO22 - UVEÍTE POSTERIOR SIFILÍTICA - O QUE É IMPORTANTE RECORDAR**

Miguel Cordeiro, Pedro Simões, André Marques, Filipe Isidro, Marta Guedes  
(Hospital de Egas Moniz - CHLO)

**Introdução:** A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, crónica, causada pela espiroqueta *T. pallidum*. O olho é um local relativamente incomum de infecção luética. Todavia, a doença pode afectar qualquer segmento ocular e mimetizar inúmeras doenças intraoculares inflamatórias, daí advindo a designação de “grande imitadora”. A sífilis ocular pode ser o primeiro sinal de uma infecção HIV subjacente, principalmente em indivíduos jovens do sexo masculino que têm relações sexuais com outros homens. Um curso mais agressivo da doença e manifestações oculares incomuns podem ocorrer nos doentes com infecção HIV concomitante.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam uma série de 3 casos clínicos de uveíte posterior sífilítica em homens jovens (35, 37 e 53 anos) homossexuais com coinfeção HIV. Em 2 destes casos, o diagnóstico de ambas as patologias foi feito na sequência da apresentação ocular. A todos os doentes foi realizado exame oftalmológico completo, avaliação por oftalmoscopia e extensa avaliação laboratorial, incluindo títulos de VDRL, contagem diferencial de CD4 e carga viral do HIV. Foram também requisitadas retinografias, angiografia fluoresceínica e tomografia de coerência óptica spectral-domain (SD-OCT) do segmento posterior.

**Resultados:** Nos 3 casos o atingimento ocular foi unilateral, com visualização de lesões de retinite na média periferia em 2 casos e de retinite placóide associada a exsudação marcada do pólo posterior e média periferia noutro caso. Neste último, a infecção retiniana demonstrou ser recidivante e provavelmente associada a reinfeção, já que a contagem diferencial de CD4 era, na altura,  $>400$  céls./ $\mu$ L, mantendo o doente comportamentos sexuais de risco. Todos os doentes, após confirmação laboratorial, foram internados na oftalmologia, submetidos a punção lombar (PL) e efectuaram terapêutica antibiótica para neurosífilis. Num dos casos, verificou-se alergia documentada à penicilina, pelo que o doente cumpriu terapêutica alternativa com ceftriaxone ev. Neste caso, houve aumento posterior dos títulos de VDRL, consequência provável de falência da terapêutica prévia, ainda que sem recidiva da doença ocular.

**Conclusões:** Deve manter-se um elevado grau de suspeição clínica de sífilis na população HIV+ e vice-versa, considerando a sífilis uma causa importante de uveíte posterior em populações de risco. Todos os doentes com sífilis e coinfeção HIV devem ser submetidos a PL para excluir neurosífilis e tratados com um regime antibiótico adequado. A falência terapêutica é mais comum em doentes HIV+, pelo que estes doentes devem ser monitorizados clinicamente e serologicamente (VDRL) de forma rigorosa, ainda que a reinfeção seja também uma possibilidade a ter em conta, principalmente naqueles com contagens normais de CD4.