



PO31 - QUANDO A “GRANDE IMITADORA” DESAFIA O OFTALMOLOGISTA...

Ana Inês Gonçalves, Fátima Campos, Mário Canastro, Walter Rodrigues, Manuel Monteiro-Grillo
(Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Introdução: A Neurosífilis (NS), doença pleomórfica do sistema nervoso central (SNC) causada pelo *Treponema pallidum*, ocorre sobretudo no estágio terciário da sífilis em imunocompetentes (10% dos pacientes com infeção primária não tratada). Pode mimetizar múltiplas afeções do SNC.

Neste trabalho descrevemos um caso clínico de NS cuja manifestação primária foi oftalmológica e originou toda a investigação etiológica subsequente.

Material e Métodos: Descrição de caso clínico: mulher de 46 anos, aparentemente saudável, apresenta ptose palpebral progressiva OD e diplopia com 2 meses de evolução. Foi internada para investigação etiológica e submetida a exame oftalmológico completo com avaliação da melhor acuidade visual (AV) corrigida, pressão intra-ocular (PIO) com tonometria de aplanção (TAG), motilidade ocular, reflexos pupilares à luz e acomodação, biomicroscopia do segmento anterior e fundoscopia com lente de 90D. Foi avaliada pela Neurologia. Prosseguiu-se o estudo com OCT e PEC Humphrey, exames de neuroimagem (TC e Angio-RM), análises laboratoriais e punção lombar.

Resultados: Exame oftalmológico: AVODE 10/10; PIO(TAG) 14mmHg; ptose palpebral completa OD; exotropia OD com ausência de adução e limitação da supra e infradução; discreta anisocoria (OD<OE) idêntica em condições fotópicas e escotópicas; pupilas muito pouco reativas à luz e mais reativas à acomodação/convergência – dissociação luz/perto; retificação do bordo temporal superior da pupila OD. Exame neurológico: hiporreflexia rotuliana. Sem outras alterações.

OCT, TC e Angio-RM sem alterações. PEC: OD sem alterações; OE – escotoma arciforme superior. Avaliação analítica: PCR aumentada; serologias negativas (incluindo VIH), exceto sífilis (VDRL e TPHA +, com títulos elevados). Estudo do líquido: pleocitose linfocitária, IgG e razão IgG líquido/soro aumentadas; VDRL e TPHA +, com títulos elevados.

Diagnosticou-se NS manifestada por parésia completa do III par direito, pupila de Argyll-Robertson, disfunção do II par esquerdo e hiporreflexia rotuliana. Iniciou-se penicilina endovenosa.

3 semanas depois surgiu quadro de parésia do VII par esquerdo, com lagofalmo a requerer lubrificação ocular intensiva.

Com a continuidade da terapêutica houve melhoria lenta e progressiva, sobretudo da parésia facial e da ptose palpebral, tendo tido alta com seguimento periódico em Oftalmologia e Neurologia.

Conclusões: O diagnóstico de NS é desafiante – múltiplas formas de apresentação semelhantes a outras doenças neurológicas e/ou psiquiátricas. O prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces, o qual permite reverter alterações neurológicas e impedir a progressão da doença. Por sua vez, o diagnóstico precoce depende de elevada suspeição clínica e da correta interpretação dos exames complementares por equipa multidisciplinar. O tratamento baseia-se na penicilina endovenosa e é necessária monitorização da eficácia terapêutica durante 3 anos.