

Mário Ramalho; Inês Coutinho; Susana Pina; Cristina Santos; Catarina Pedrosa; Fernando Vaz; Nuno Chang; Manuela Bernardo

Serviço de Oftalmologia – Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Diretor de Serviço: Dr. António Melo

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistémica sexualmente transmissível, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* e pode afetar todas as estruturas oculares. A uveíte é a manifestação ocular mais comum de sífilis. O envolvimento ocular pode ser o sintoma de apresentação da sífilis e está relacionado frequentemente com um atraso no diagnóstico e tratamento podendo resultar em perda irreversível de visão. Descrevem-se 2 casos clínicos nos quais o contexto epidemiológico foi fundamental para o diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso Clínico 1

♂, 31 anos,  
homossexual

↓ AV OD há 10 dias

Hep C há 7 anos  
VIH + há 3 meses,  
TARV há 1,5 m

AV OD 3/10 OE 10/10  
Bio tyndall ++ OD  
Vitrite e tortuosidade  
vascular ODE

Úlcera Peniana há 3  
meses, VDRL -

VDRL 1/128  
TPHA 1/20240

### Caso Clínico 2

(Companheiro do Caso Clínico 1, recorre ao SU 1 semana depois)

♂, 35 anos,  
homossexual

Úlcera Peniana há 11  
meses

Uveíte há 1 mês OE  
sob CT tópica e oral  
Analiticamente há 1  
mês:  
VDRL 1/64  
TPHA 1/2000  
FTA-Abs 1/100  
VIH-1 e 2 negativo

AV 2/10 ODE  
Bio tyndall ++ OD  
Vitrite, coriorretinite e  
papilite ODE

VDRL 1/128  
TPHA 1/10240  
VIH-1 e 2 negativos

3 semanas

**BENZILPENICILINA SÓDICA e POTÁSSICA**



Figura 1 – Caso Clínico 1, forma de apresentação

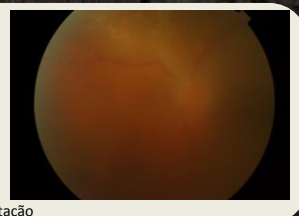


Figura 2 – Caso Clínico 2, forma de apresentação

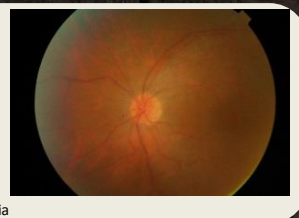


Figura 3 – Caso Clínico 2, após antibioterapia



Figura 4 – Caso Clínico 1, após antibioterapia

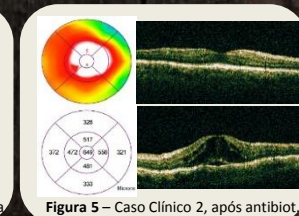


Figura 5 – Caso Clínico 2, após antibioterapia

### Caso Clínico 1

AV 10/10 ODE  
Diminuição franca do  
tyndall, vitrite e  
tortuosidade vascular  
ODE

### Caso Clínico 2

AV 7/10 ODE  
Diminuição franca do  
tyndall, vitrite e  
tortuosidade vascular  
ODE

## CONCLUSÃO

A sífilis é uma causa cada vez mais frequente de uveíte, contribuindo para 1-5% dos casos. O diagnóstico costuma ser difícil devido à multiplicidade de apresentações possíveis. Nestes dois casos clínicos é de salientar o mesmo diagnóstico num doente imunocompetente e noutro imunocomprometido. Deve-se ter em atenção a reemergência da sífilis em várias partes do mundo na última década, tal como a sua elevada frequência em doentes com VIH e homossexuais. A suspeita clínica pode permitir o diagnóstico e o tratamento atempado desta doença, podendo ter um bom prognóstico visual após a antibioterapia.

## BIBLIOGRAFIA

- Zarelio J, Pastor B, Asencio M, Schirineker A, Fonseca A (2008) Two cases of syphilitic uveitis and HIV. *ARCH SOC ESP OFTALMOL* 2008; 83: 197-200
- Shin Wei Pan et al. (2010) Syphilitic uveitis: report of 3 cases. *Int Journal of Ophthalmology*, Vol 3, No 4
- Fernández A, Giralt J, Palerán L, Sánchez-Dalmáu B, Segura A, García-Artem J, Adán A (2009); Ocular syphilis—back again: understanding recent increases in the incidence of ocular syphilitic disease. *Ocul Immunol Inflamm*. 2009 May-Jun;17(3):207-12.
- Denny S, Ng, Ian Y, Wong, Clement W, Chan; Reemergence of Syphilitic Uveitis Masquerading as Other Diseases: A Report of Two Cases. *Case Rep Ophthalmol* 2011;2:266-272