

REGISTRO DE CASOS

POSITIVIDADE DE REAÇÕES PARA SÍFILIS NO LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO EM UM CASO DE POLIRRADICULONEURITE

MARIA IRMINA VALENTE *
A. SPINA-FRANÇA *

Concentrações de anticorpos no LCR ocorrem como resultado de sua formação por elementos do sistema retículo-endotelial (SRE) na vigência de processos inflamatórios crônicos, como acontece na neurolues. A presença de anticorpos específicos no LCR em tais condições costuma traduzir-se, em seu perfil protéico, por acentuado aumento do teor de γ -globulina⁵.

A presença de anticorpos no LCR também pode ser devida à sua passagem através da barreira hêmato-encefálica. Várias condições podem determinar esta passagem de anticorpos do sangue para o LCR; entre elas se acha a ocorrência de estase no espaço subaracnóideo, circunstância em que há, também, aumento da proteinorraquia total. Entretanto, as alterações do perfil protéico do LCR de estase não são do mesmo tipo que as referidas anteriormente: o perfil protéico⁷ afasta-se do que é encontrado no LCR normal, assumindo aspecto semelhante ao daquele do sôro sangüíneo (sôro). Dependendo da maior ou menor intensidade de tais alterações o perfil protéico é classificado como de "tipo sérico" ou de "tipo misto", sendo êste último intermediário entre aquêles descritos para o sôro e para o LCR em condições normais.

Quando a existência de anticorpos específicos no LCR é devida a mecanismos patológicos dêste último tipo, nem sempre traduz a existência de processo inflamatório do SNC; sua presença pode representar aspecto particular referente às imunoproteínas, dentro do total das alterações provocadas pelos distúrbios do equilíbrio protéico entre o sangue e o LCR. O caso de polirradiculoneurite registrado a seguir ilustra êste tipo de distúrbios do equilíbrio protéico entre o LCR e o sangue.

Trabalho da Clínica Neurológica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Adherbal Tolosa): * Assistentes.

OBSERVAÇÃO

J.L., branco, de 36 anos de idade, internado no Hospital das Clínicas (Reg. HC 659087) em 19-abril-1962. Início da moléstia cerca de um mês antes com sensações parastésicas nas mãos e, ulteriormente, na face, língua e região torácica, seguidas de déficit motor nos membros inferiores. O déficit motor progrediu rapidamente e assumiu caráter ascendente, comprometendo os membros superiores, determinando disfagia e distúrbios respiratórios que motivaram a internação. Nessa ocasião o paciente apresentava déficit motor nos membros inferiores e superiores, hipotonia, ausência dos reflexos profundos apendiculares e dos reflexos superficiais, paralisia facial periférica à esquerda, diplopia, disfagia e dispnéia. Cerca de 8 dias depois, novo exame neurológico mostrava regressão do processo: haviam desaparecido os distúrbios respiratórios e tinham melhorado a disfagia e a paralisia facial periférica; desaparecera também a diplopia; o déficit motor regredira parcialmente nos membros superiores; hipotonia muscular inalterada; reflexos profundos apendiculares ausentes e reflexos superficiais esgotáveis; incoordenação de tipo sensitivo nos membros superiores; alterações da sensibilidade profunda (anartrestesia nos membros inferiores até o nível das articulações coxo-femorais, hipopalestesia nos membros inferiores e nos superiores). O paciente foi medicado com penicilina, cloranfenicol, vitaminas e glicocorticóides; fisioterapia.

A regressão do quadro neurológico continuou a se fazer de modo progressivo. Desapareceram as alterações ligadas aos nervos cranianos, regrediu o déficit motor e desapareceram as alterações da sensibilidade e da coordenação. Por ocasião da alta (4-julho-1962) eram evidenciadas ainda hipotonia muscular e arreflexia profunda apendicular. Após a alta, essas alterações continuaram a regredir, tendo desaparecido por completo em dezembro-1962.

Exames complementares — Hemograma (28-abril-1962): 10.200 leucócitos por mm^3 [neutrófilos 58% (bast. 7%, segm. 51%); eosinófilos 1%; basófilos 1%; linfócitos 34%; monócitos 6%; alguns linfócitos atípicos]. *Proteinograma do soro* (4-maio-1962): proteínas totais 7,2 g/100 ml; frações (%): albumina 58,5 e globulinas: α_1 5,0; α_2 12,0; β 9,0; γ 15,5 (eletroforese em papel). *Reações para sífilis no soro*: em 2-maio-1962, R. Wassermann positiva (1/64), R. Kahn positiva (1/8), R. Kline positiva (1/16); em 26-junho-1962, R. Wassermann positiva (1/4), R. Kahn positiva (1/8), R. Kline positiva (1/4). *Eletrencefalograma* (30-abril-1962) normal. *Eletrocardiograma* (18-maio-1962) normal. *Eletromiograma* (14-maio-1962): quadro de processo neurológico de tipo periférico, com degeneração de grande número de fibras nervosas (músculo quadríceps direito). *Líquido cefalorraqueano*: veja quadro 1.

COMENTÁRIOS

Os caso apresentado reúne os caracteres clínicos e evolutivos característicos das polirradiculoneurites, processos de tipo agudo acompanhados de alterações sensitivo-motoras de tipo periférico e de distribuição predominante radicular, que evoluem de modo benigno. O caráter ascendente dos distúrbios motores, o acometimento respiratório e de outros nervos cranianos além do facial são elementos que levariam a pensar em comprometimento medular e do tronco cerebral; entretanto, a involução completa da sintomatologia, com retôrno à normalidade das funções sensitivo-motoras depõe contra essa hipótese. O exame eletromiográfico confirmou o diagnóstico de polirradiculoneurite.

Do ponto de vista laboratorial a ocorrência de dissociação proteíno-citológica no LCR é o elemento que caracteriza a polirradiculoneurite. Parece que o aumento da proteinorraquia decorre de alterações do equilíbrio pro-

Data	Citologia	Proteínas							R. de Wassermann	R. do V.D.R.L.
		Totais	Frações							
			PA	A	α_1	α_2	β	γ		
2-5	0	500							4	2
4-5	2,3	210	0	70	3,0	5,0	12	10	2	2
8-5	1,0	106	2,0	69	3,0	5,0	10	11	1	2
11-5	1,0	96	3,0	68	4,0	5,0	10	10	1	2
16-5	1,5	156							1	2
19-5	1,0	53	1,0	59	4,5	5,5	16	14	0	1
23-5	1,2	70							0	1
30-5	0,5	137	1,0	55	5,5	8,5	16	14	0	0
6-6	1,0	137	1,0	53	6,5	7,5	17	15	0	0
3-7	0,7	96							0	0
5-9	0	56	1,5	55	4,5	6,0	21	12	0	0

Quadro 1 — Exames do líquido cefalorraqueano do paciente J.L., todos feitos em material colhido na região lombar, sendo normais as provas manométricas de Queckstedt-Stooky. São referidas a citologia quantitativa (células/mm³), a taxa de proteínas totais (mg/100 ml), o perfil eletroforético em papel das proteínas (%), e o resultado das reações para sífilis (r. fixação do complemento de Wassermann e r. floculação do V.D.R.L.). Os resultados são expressos em unidades de Kolmer para a reação de Wassermann; para a reação do V.D.R.L. foram utilizadas como unidades as cifras correspondentes ao denominador da fração que expressa a diluição em que o LCR foi empregado. Legenda: PA, pré-albumina; A, albumina; globulinas: α_1 , α_2 , β , γ .

têico entre o sangue e o LCR, provavelmente devidas à dificuldade no retorno de moléculas protéicas do LCR para o sangue^{1, 7}. A favor dessa patogenia de hiperproteínoorraquia alinham-se dados referentes ao caso registrado, pois a taxa de proteínas totais do LCR tendia a diminuir quando as colheitas de LCR eram feitas com pequenos intervalos de tempo. Esse aspecto pode ser analisado verificando-se a queda progressiva da concentração protéica observada do primeiro até o quarto exame de LCR; decorridos 5 dias após este último e sem que outra colheita tivesse sido feita nesse período, a taxa de proteínas no LCR elevou-se novamente.

Os perfis protéicos foram de “tipo misto” na fase inicial (três primeiros exames eletroforéticos), para progressivamente normalizarem-se, ao mesmo tempo em que decrescia a proteínoorraquia total. Nos três primeiros exames havia, ao lado do perfil de tipo misto, aumento do teor albumínico. Não foi encontrado aumento das α -globulinas que caracteriza a fase inicial da

polirradiculoneurite⁷; é preciso mencionar, entretanto, que o estudo do perfil eletroforético do LCR deste caso foi iniciado após a fase aguda, quando a sintomatologia já estava em regressão.

A sífilis tem sido apontada como agente etiológico da polirradiculoneurite em certos casos. Entretanto, a documentação laboratorial apresentada no registro de casos desse tipo nem sempre foi conclusiva^{8,9}; outras vezes o papel desempenhado pela sífilis na determinação da polirradiculoneurite foi admitido sob reserva². No caso que estudamos, a positividade das reações imunológicas para sífilis no LCR seria elemento favorável à etiologia luética. Os sucessivos exames de LCR, entretanto, sugerem que a presença das imunoproteínas específicas no LCR foi secundária à estase protéica no canal raqueano, pois houve paralelismo entre o decréscimo da taxa de proteínas totais e a diminuição, até o desaparecimento, do título das reações para sífilis. Embora o paciente tivesse sido medicado com penicilina, essas reações se tornaram negativas cerca de um mês após a internação, o que é difícil de explicar a não ser admitindo a passagem de anticorpos do sangue para o LCR. Na neurolues a diminuição de anticorpos no LCR é lenta e depende da cessação da atividade específica dos elementos do SRE; esta atividade faz com que o perfil protéico se caracterize por acentuado aumento do teor de γ -globulinas, o qual se mantém por muito tempo depois de cessada a atividade produtora de imunoproteínas específicas⁴.

Os dados apresentados vêm mostrar que, no caso estudado, a presença de imunoproteínas específicas para sífilis no LCR representa um aspecto particular das alterações gerais do equilíbrio protéico entre LCR e sangue encontráveis na polirradiculoneurite e não elemento que permita atribuir à sífilis a etiologia do processo neurológico.

RESUMO

Registro de caso de paciente com polirradiculoneurite, forma ascendente, com comprometimento de nervos cranianos e distúrbios respiratórios. Houve remissão progressiva da sintomatologia, com desaparecimento completo das alterações neurológicas cerca de 7 meses depois do início da doença.

O quadro líquórico (LCR lombar) se caracterizava por dissociação protéico-citológica e positividade de reações imunológicas para sífilis cujo título diminuiu progressivamente, à medida em que decrescia a hiperproteinorraquia. O perfil protéico do LCR era de tipo misto, com aumento de albumina, normalizando-se à medida em que decrescia a proteinorraquia.

A positividade das reações para sífilis no LCR, observada no caso decorre da passagem para o LCR, de imunoproteínas do soro no qual as reações para sífilis eram positivas. Com a redução da intensidade da estase, tornaram-se negativas tais reações no LCR, embora persistisse a positividade no soro. A favor dessa hipótese são lembrados os dados referentes ao perfil protéico do LCR, não compatíveis com aqueles observados na neurosífilis.

SUMMARY

Positivity of immunologic tests for syphilis in the cerebrospinal fluid in a case of polyradiculoneuritis.

Report of a case of polyradiculoneuritis with positivity of immunologic tests for syphilis in the CSF in a 36 years old man. Sensitive disturbances first appeared soon followed by ascending impairment of the motricity. One month later there occurred respiratory changes, diplopia, dysphagia and involvement of the left facial nerve.

Diplopia and respiratory disturbances disappeared one week later. Progressive remission of the remaining symptoms occurred later. Two months later, the neurologic examination showed only absence of the deep reflexes of the extremities, muscular hypotony and some degree of paresthetic sensations. Voluntary movements and muscle power were normal. Objective disturbances of sensibility had disappeared. Nine months after the onset of the disease the neurologic examination was normal.

CSF changes (table 1) were characterized by protein-cytologic dissociation and by the positivity of immunologic tests for syphilis. The protein pattern of the CSF was of the "mixed type" and the relative concentration of the albumin fraction was increased (paper electroforesis). Immunologic tests for syphilis were positive in blood serum also. Repeated spinal taps showed progressive reduction of the CSF protein concentration. The changes in the protein pattern tend to disappear with the decrease of the total protein concentration. Two months after the onset of the disease, the disturbances in the protein pattern were no longer present. The titers of the immunologic tests for syphilis in the CSF decreased rapidly. This fall accompanied the decrease in the total protein concentration. One month after the first CSF examination the immunologic tests for syphilis in the CSF were negative.

Data concerning to the positivity of the immunologic tests for syphilis in the CSF were discussed. The changes were correlated to the alterations in the protein balance between blood and the CSF occurring in polyradiculoneurites rather than to neurosyphilis. Some data are in agreement with this idea. First, the decrease in the total amount of CSF proteins was accompanied by the decrease in the titer of antibodies. Also, the changes found in the protein pattern of the CSF were not similar to the findings in neurosyphilis. A marked increase in the γ -globulin fraction is the main change in neurosyphilis. This was not found even when the total protein content of the CSF was moderately increased.

The findings indicate that in the case reported the positivity of immunologic tests for syphilis observed in the CSF was secondary to the disturbances in the protein balance between blood and CSF. The passage of the imuno-proteins present in the blood to the CSF was a manifestation of the altered protein balance occurring in polyradiculoneuritis.

REFERENCIAS

1. AUSTIN, J. H. — Recurrent polyneuropathies and their corticosteroid treatment. *Brain* 81:157-192, 1958.
2. BARRAQUER-FERRÉ, L.; BARRAQUER-BORDAS, L.; MUNTANER-MARQUES, M. — Polyradiculonévrite aiguë postérieure, ataxique probablement syphilitique. Livre Jubilaire du Dr. Ludo van Bogaert. Ed. Acta Medica Belgica, Bruxelas, 1962, págs. 115-117.
3. FRICK, E.; SCHEID-SEYDEL, L. — Untersuchungen mit J_{131} -Markiertem Gamma-Globulin zur Frage der Abstammung der Liquoreiweisskörper. *Klin. Wchnschr.*, 36:857-863 (setembro) 1958.
4. KNAPP, A. — Über die Papierelektrophorese des Liquor cerebrospinalis. *Arch. f. Klin. u. experiment. Dermat.*, 201:446-477, 1955.
5. MATIAR, H.; SCHMIDT, C. — Der Erhöhung der Gamma-globuline im Liquor. *Deutsche Ztschr. f. Nervenh.*, 178:300-312 (outubro) 1958.
6. SPINA-FRANÇA, A. — Polineurites e polirradiculoneurites. Diagnóstico e tratamento., *Rev. de Medicina* 35:236-248 (novembro) 1951.
7. SPINA-FRANÇA, A.; SARAIVA, S. — Alterações do proteinograma do líquido cefalorraquidiano na polirradiculoneurite. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, 19:287-294 (dezembro) 1961.
8. TRABAUD, M. J. — Syndrome de Guillain et Barré ou polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique au cours d'une syphilis ignorée. *Rev. Neurologique*, 51:808-811 (maio) 1929.
9. TRABAUD, M. J. — Un nouveau cas de syndrome de Guillain et Barré d'origine spécifique. *Rev. Neurologique* 52:592-594 (novembro) 1929.

*Clinica Neurológica — Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo —
Caixa Postal 3461 — São Paulo, Brasil.*