

NEUROSSÍFILIS ATÍPICA

RELATO DE CASO

FÁBIO LEITE GASTAL*, SÉRGIO SOARES OLIVÉ LEITE**, GLÁDIS ELAINE CARNIELETTO***,
ARY CARNIELETTO JUNIOR****, GUILHERME TOMASCHEWSKI NETTO*****,
ANA PAULA BACELO***** , CLAUDIO LEITE GASTAL*****

RESUMO - O presente estudo é baseado na observação de um caso de neurosífilis no serviço de internação da Clínica Olivé Leite em agosto-1992. A paciente, do sexo feminino e com 31 anos de idade, foi admitida por apresentar quadro de psicose orgânica no qual predominavam sintomas de tipo deterioração cognitiva (síndrome demencial), associados a elementos paranóides (alucinações e delírios). A investigação diagnóstica evidenciou testes imunológicos positivos para sífilis no sangue e no LCR. Destaca-se este caso pelos seguintes aspectos peculiares: forma da apresentação clínica, gravidade dos sintomas (amaurose e severo déficit cognitivo), sexo, idade e por ser este o primeiro caso diagnosticado no serviço desde 1968 (data do último registro de caso de neurosífilis no seu Banco de Dados). Após penicilinoterapia e seguimento de 9 meses, a paciente apresenta algumas melhoras, caracterizadas por: diminuição da sintomatologia produtiva de tipo alucinatória e delirante, diminuição do déficit cognitivo em termos de orientação e maior produtividade nas atividades sociais e comportamentais.

PALAVRAS-CHAVE: neurosífilis, caso clínico, psicose orgânica.

Atypical neurosyphilis: case report

SUMMARY - The present study is based on the observation of a case at the inpatient service of Clínica Olivé Leite in August 1992. A 31 years old female patient, showing cognitive deterioration and demential syndrome associated with paranoid elements (hallucination and delirium), was admitted as a case of organic psychosis. Diagnostic investigation evidenced positive tests for syphilis in serum and cerebrospinal fluid. The following peculiar aspects are emphasized in this case: severe clinical presentation, severe presentation symptoms (amaurosis and a severe cognitive deficit), sex, age, and for being the first case diagnosed in the service since 1968 (occasion in which the last neurosyphilis case was registered in its data bank). In the following nine months, after penicillin therapy, the patient showed some improvement characterized by a reduction of productive symptoms of hallucination and delusion type, reduction of the cognitive deficit, and a higher production of the social behavior activities.

KEY WORDS: neurosyphilis, case report, organic psychosis.

Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental (NUPESM) e Informática Aplicada, Clínica Olivé Leite (COL), Universidade Católica de Pelotas (UCPel): *Médico Psiquiatra, Professor Adjunto - Escola de Medicina/UCPel, Coordenador do NUPESM/COL/UCPel, Pós-Graduando do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da EPM/SP; **Médico Psiquiatra, Professor Titular de Psiquiatria da UCPel, Médico Responsável pela COL; ***Médica Psiquiatra (Ex-Residente - COL/UFPEl); ****Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; *****Acadêmico de Ciência da Computação da UCPel; *****Programadora do NUPESM/COL, Aluna do Curso de Mestrado em Informática da PUC-RS; *****Consultor do NUPESM/COL, Aluno do Curso de Mestrado em Informática da PUCAMP - SP. Aceite: 15-fevereiro-1995.

Dr. Fábio Leite Gastal - Clínica Olivé Leite - Avenida Fernando Osório 1586 - 96055-000 Pelotas RS - Brasil.

Na última década, é referido na literatura um aumento na incidência de sífilis primária e secundária, junto ao aumento de enfermidades de transmissão sexual, inclusive com aparecimento de novas, como SIDA (AIDS). Com isto, não seria absurdo esperar um aumento de incidência de neurosífilis nos próximos anos^{9,13,14,18}. Justifica-se este aumento de incidência em função das condições precárias e promíscuas de vida a que são expostos grandes grupos populacionais, ao uso difundido de anticoncepcionais orais, à própria mudança de hábitos e atitudes em relação à sexualidade, ao uso inadequado da terapêutica com penicilina no tratamento das infecções primárias (tempo e dose), ao aparecimento de penicilinas semi-sintéticas para o tratamento de outras afecções e ineficazes contra o *T. pallidum*, a carência de diagnóstico e tratamento precoce, ao aparecimento de técnicas laboratoriais de alta especificidade para diagnosticar neurosífilis^{5,13}. Estudos recentes apresentam uma questão importante: a ocorrência de possível mudança na evolução natural da doença, relacionada com o longo período de uso da penicilina. Isto propiciaria o aparecimento de apresentações atípicas de neurosífilis, tornando-a uma afecção de difícil diagnóstico caso não existissem novas técnicas laboratoriais de alta especificidade capazes de detectar estes quadros mais precocemente. Mas, para isto, a hipótese diagnóstica deve ser proposta pelos clínicos^{4-6,12,13}. A neurosífilis é doença que pode se apresentar de várias formas, neurológicas e psiquiátricas, sendo as mais frequentes demência, depressão, mania, psicoses, mudança de personalidade e delírios, que são muitas vezes mascarados por outros diagnósticos como doença cerebrovascular, epilepsia e esquizofrenia, entre outras. Alguns autores, propõem que seria de grande valia a sistematização do rastreamento de rotina de neurosífilis em grande proporção de pacientes com quadros neurológicos e psiquiátricos não definidos^{5,10-12}. A neurosífilis pode apresentar sinais e sintomas - como hemiparesia, quadriparesia, parestesia, déficits sensoriais, dor de cabeça, ataxia, alterações de reflexos, neuropatia periférica e paralisia de nervos cranianos - que podem nos levar a suspeitar de outra doença somática, dificultando o diagnóstico preciso. As características das formas clínicas clássicas, modificadas ou atípicas de neurosífilis, como meningite assintomática, meningite aguda sífilítica, sífilis meningovascular, síndrome medular, paralisia geral progressiva, tabes dorsal, atrofia óptica sífilítica e as novas formas de apresentação são citadas em vários estudos^{4-7,9,10,12-14,17,20}.

Este estudo tem por objetivo discutir um assunto frequentemente levantado na literatura médica atual, que é o relato de manifestações atípicas da paralisia geral progressiva e psicose orgânica crônica provocada pela neurosífilis, utilizando a apresentação de um caso clínico diagnosticado no serviço de internação da Clínica Olivé Leite em 1992.

RELATO DE CASO

IRL, 31 anos, feminina, branca, solteira, pentecostal, analfabeta, agricultora, trazida em agosto-1992 ao Serviço de Emergência da Clínica Olivé Leite pelos pais por apresentar alucinações visuais, agitação psicomotora, não alimentar-se e não dormir há uma semana. Já havia sido hospitalizada anteriormente, pelo mesmo motivo, há um ano e 4 meses. Durante a primeira hospitalização foi transferida ao Hospital Escola da UFPel para avaliação neurológica, tendo recebido alta hospitalar sem diagnóstico positivo firmado. Há quatro anos apresentou perda súbita de visão, primeiro à direita e logo após à esquerda, precedida de cefaléia intensa que durou apenas uma noite. Previamente, a paciente nunca buscara atendimento e não realizou qualquer tipo de tratamento médico (cirurgia, transfusão, etc). Após a perda da visão, a paciente passou a apresentar modificação do seu comportamento: falava coisas sem nexos, tinha alucinações visuais de cunho sexual (via mulheres fazendo "bandalheiras"). Não conseguia mais comunicar-se adequadamente (ecolalia e estereotípias verbais). Desorientação auto e alopsíquica, maneirismos, "rabbit symptoms", apatia e astenia. Seu rosto, marcado por sequelas de lesões, sugeria idade superior à real. Deambulava com dificuldade, pela amaurose. Mostrava-se muito assustada com tudo e com todos que se aproximassem. Tais elementos estavam presentes no momento de sua admissão ao serviço de internação. Antecedentes pessoais: nascida de parto normal, em casa, com ajuda de parteira, foi alimentada no seio pela mãe até os 2 meses de idade, quando começou a apresentar feridas periorais e na orofaringe, lesões de aspecto amarelado com secreção aquosa que, apesar do tratamento prescrito pelo médico, não melhoraram. Essas lesões persistiram por um mês e desapareceram "com simpatias e benzeduras". Até 3 anos de idade, caracterizou-se um comportamento agitado, irritadiço, com choros frequentes e predominantemente noturnos, terrores noturnos; porém, nunca foi encaminhada à consulta médica. Seu

desenvolvimento neuropsicomotor foi normal. Residiu no meio rural, ajudando sua família na agricultura. Não foi à escola, para auxiliar os pais nos cuidados aos irmãos (Paciente, Masculino, Masculino, Feminino). Seu primeiro namoro foi aos 27 anos, nunca teve relação sexual.

Exame físico: sinais vitais mantidos; tórax e abdômen sem alterações. Exame neurológico: atrofia óptica, ausência de reflexos fotomotores direto e indireto; hiperreflexia generalizada, mais acentuada à direita, sinal de Gordon à direita; sensibilidade superficial preservada; força muscular mantida; membros superior e inferior direitos com rigidez acentuada. Exames laboratoriais: uréia, creatinina, VHS, glicose, células LE, toxoplasmose, hemograma sem alterações patológicas; VDRL positivo 1:512 (sangue) e positivo 1:64 (líquido cefalorraquidiano, LCR), FTA-ABS reagente (sangue e LCR); teste anti-HIV (Elisa) negativo; tomografia computadorizada do crânio (TC): significativa dilatação do sistema ventricular cerebral lateral e do terceiro ventrículo cerebral, alargamento das fissuras silvianas e acentuação dos sulcos cerebrais telencefálicos particularmente nas regiões dos lobos frontais e temporais, pequena calcificação na região cortical do lobo parietal esquerdo, alargamento das cisternas basais predominantemente das cisternas ambiens e supra-selares, ossos da calota e base do crânio sem particularidades.

COMENTÁRIOS

Neurossfilis é uma patologia grave, que leva o paciente a deterioração e até a morte se não tratada adequadamente e em tempo. Sua apresentação polimorfa muitas vezes dificulta a orientação ao diagnóstico correto mas, se for real o aumento da incidência relatado na literatura internacional, deve-se investigar a possibilidade dessa doença frente a um quadro psiquiátrico com sinais de organicidade e/ou inespecíficos. O diagnóstico definitivo só é firmado pelos exames laboratoriais mas não pode ser descartado quando os exames não detectam alterações específicas e o quadro clínico é característico e/ou indicativo de neurossfilis^{2,15}.

No caso apresentado, vários dados clínicos dificultaram o diagnóstico inicialmente: sexo, idade da paciente, ausência de vida sexual ativa.

Em sua primeira hospitalização a paciente foi transferida a um hospital clínico-cirúrgico universitário para investigação da etiologia de psicose orgânica e neste momento, como a TC apresentou-se normal, a paciente recebeu alta hospitalar sem diagnóstico definitivo e exames mais simples não foram solicitados. Um ano e quatro meses após, ela retornou a esta mesma clínica com quadro neurológico mais grave e maior deterioração cognitiva. O diagnóstico de admissão foi de psicose orgânica de etiologia a esclarecer. A síndrome demencial era evidente, em uma pessoa de apenas 31 anos. Pela dificuldade diagnóstica e gravidade do quadro, o tempo de permanência da paciente no hospital prolongou-se (90 dias) e, finalmente, foi estabelecida a etiologia, após a realização no próprio serviço de toda a investigação clínico-laboratorial, na qual o VDRL mostrou-se positivo.

Após o diagnóstico, a paciente foi transferida para unidade de Clínica Médica onde o tratamento realizou-se com penicilina cristalina, 24 milhões de unidades EV por 21 dias⁸. Melhoras significativas ocorreram em sua função cognitiva e em seu desempenho sócio e comportamental e desapareceram os sintomas psicóticos (alucinatórios). A paciente mostrou-se mais orientada e pôde retornar a seu meio familiar, porém com sequelas irreversíveis (amaurose e síndrome demencial).

Foram realizados exames em toda sua família e os resultados apresentaram-se negativos para sífilis, persistindo sem esclarecimento a via de contaminação.

A nomenclatura utilizada na literatura atual refere a neurossfilis de apresentação atípica como a forma dos dias de hoje. Henry Ey já afirmava que as manifestações clínicas iniciais da paralisia geral deviam ser conhecidas mas que seu extremo polimorfismo e sua natureza permitiriam apenas a suspeição, e só a confirmação pelos exames biológicos. Referia também que o diagnóstico era bastante fácil quando se apresentava em um paciente expansivo, desordenado, claramente debilitado e com alterações psicomotoras (fácies imóvel e congestiva, disartria, tremores, pupilas desiguais, sinal de Argyll Robertson). Por outro lado, quando a sintomatologia fosse apenas psiquiátrica e mais ou menos atípica poderia tornar-se muito difícil³.

As apresentações descritas como atípicas na literatura atual parecem ser consequência de um redescobrimto da neurosífilis, que faz parecerem insólitas as manifestações das mesmas formas anátomo-clínicas clássicas da enfermidade. A falta de intimidade com a semiologia desses transtornos, na atualidade, pode estar provocando uma excessiva rigidez nos critérios diagnósticos, pois clínicos com limitada experiência normalmente tendem a ser mais estritos nas suas decisões diagnósticas.

O presente caso e a literatura existente permitem concluir que:

- frente às características semiológicas, não se pode afirmar a atipia proposta, visto que os sintomas, as sequelas e a evolução configuram um quadro típico de paralisia geral segundo os autores clássicos;
- as características epidemiológicas da paciente, como sexo, idade, vida sexual, configuram uma clara situação de atipia.

Em síntese, este caso permite retomar importantes aspectos da semiologia e da clínica neuropsiquiátrica, os quais poderão, em função das modificações epidemiológicas que vêm ocorrendo, tornar-se relevantes para o cotidiano do profissional.

Agradecimentos - Ao Professor Ricardo Gurvitz (UFPEl) que gentilmente realizou os exames laboratoriais. À Professora Ione Olivé Leite (UCPel) pela consultoria especializada (Clínica Médica e Doenças Infecciosas). À equipe da Unidade de Clínica Médica (UFPEl) que após o diagnóstico acolheu a paciente e realizou a terapia e à Fundação de Apoio Universitário (FAU - UFPEl) que financiou os exames laboratoriais e complementares.

REFERÊNCIAS

1. Carrasco JP. Aspectos actuales de la neurosífilis en la Septima Region. Rev Med del Maule 1990, 3-7.
2. Dans PE, Cafferty L, Otter SE, Johnson RJ. Inappropriate use of the cerebrospinal fluid venereal disease research laboratory (VDRL) test to exclude neurosyphilis. Ann Intern Med 1986, 104: 86-89.
3. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. Ed 5. Paris: Masson, 1990.
4. Jara C, Caldera MT, Varela M. Neurosífilis en el hospital psiquiátrico: estudio de cinco casos. Bol Hosp S. J. de Dios 1987, 34: 127-132.
5. Laks J, Santos MA. O diagnóstico das síndromes psico-orgânicas em psiquiatria: relato de um caso de neurosífilis. J Bras Psiqui 1989, 38: 279-283.
6. Miranda M, Nogales J. Neurosífilis: presentación de un caso clínico. Bol Hosp S. J. de Dios 1983, 30: 371-377.
7. Nieman EA. Neurosyphilis yesterday and today. J R Coll Physicians London 1991, 25: 321-324.
8. Nitrini R, Spina-França A. Penicilinoterapia intravenosa em altas doses na neurosífilis: estudo de 62 casos. Arq Neuropsiquiatr 1987, 45: 99-108.
9. Oliveira AA, Oréfice F. Uveíte e neurosífilis. Arq Bras Oftalm 1984, 47: 132-137.
10. Roberts MC, Emsley RA. Psychiatric manifestations of neurosyphilis. S Afr Med J 1992, 5: 335-337.
11. Roberts MC, Emsley RA, Jordaan GP. Screening for syphilis and neurosyphilis in acute psychiatric admissions. S Afr Med J 1992, 82: 16-18.
12. Rundell JR, Wise MG. Neurosyphilis: a psychiatric perspective. Psychosomatics 1985, 26: 287-295.
13. Salamano R. Neurosífilis, un problema de hoy. Rev Méd Uruguay 1987, 3: 148-155.
14. Schieman J, Osuna E, Camacho H, Wins De Wilde O, Palacios L. Sífilis del sistema nervioso. Acta Med Colomb 1987, 12: 49-54.
15. Smikle MF, James OBO, Prabhakar P. Diagnosis of neurosyphilis: a critical assessment of current methods. S Med J 1988, 81: 452-454.
16. Topczewski A, Luvizotto AF. Neurosífilis na infância: apresentação de um caso. Rev Paul Ped 1983, 3: 23-24.
17. Trelles L, Castro C, Benzaquen M, Altamirano J, Larrauri L. Nuevos conceptos en el tratamiento de la neurosífilis. Rev Neuropsiquiatr (Lima) 1986, 49: 75-82.
18. Uribe NB. Aspectos actuales de la neurosífilis: estudio en 15 pacientes. Rev Chil Neuropsiquiatr 1983, 21: 54-60.
19. Zenker PN, Rolfs RT. Treatment of syphilis. Rev Inf Dis 1990, 12 (Suppl 6): S590-S609.
20. Zukerman E, Novo NF, Morgulis R, Reis-Filho JB, Barberini CH, Bertolucci PH. Incidência da neurosífilis e frequência de suas formas clínicas no período 1962-1981. Arq. Neuropsiquiatr 1983, 41:337-342.