
NEUROSSÍFILIS APRESENTAÇÃO COMO POLIRRADICULOPATIA LOMBAR: RELATO DE CASO

NEUROSYPHILIS AS A LUMBAR POLYRADICULOPATHY: CASE REPORT

*Luiz AC Barra^{1,2}, Eleni A Bedaque¹, Fabio LB Martinelli¹,
Débora C Macedo², Augusto CP Oliveira^{3,4}*

RESUMO

A neurosífilis ocorre em 10 a 30% dos pacientes com sífilis não tratada, 5 a 35 anos após o início da infecção. As apresentações clínicas são bastante variáveis, podendo comprometer tanto o sistema nervoso central como o periférico. Nesse relato, um homem de 48 anos de idade com queixas de formigamento nas pernas há 3 meses, cursou com dor lombar e nos membros inferiores de forma progressiva, acarretando dificuldade para deambular. Procurou atendimento ortopédico em uma unidade de saúde de Diadema-SP, onde foi aventada hipótese diagnóstica de hérnia de disco intervertebral, descartada após estudo tomográfico de coluna normal. A análise do líquido permitiu o diagnóstico de neurosífilis. Encaminhado para avaliação e tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Tratado com penicilina cristalina por 21 dias, apresentou melhora clínica significativa, com diminuição da dor e recuperação da sensibilidade nos membros inferiores. Segue em acompanhamento ambulatorial sem recorrências até o momento.

Palavras-chave: neurosífilis, polirradiculopatia, penicilina cristalina.

ABSTRACT

Neurosyphilis occurs in 10 to 30% of untreated patients with syphilis, 5 to 35 years after the initial infection. Clinical manifestations are variable, affecting different topographies either in central or peripheral nervous system. In this report, a 48-year-old man presented with a 3-month history of progressive lumbar and legs pain, weakness and paresthesia, resulting in difficult walking. He sought for an orthopaedic center in Diadema-SP where hypothesis of prolapsed intervertebral disc was avoided by lumbar computerized tomography. CSF analysis concluded for neurosyphilis. The patient was referred to Instituto de Infectologia Emílio Ribas where therapy with crystalline penicillin was begun. He gradually recovered his muscular strength and his sensation over the following 21 days of treatment. To date, no symptoms or signs that could suggest recurrence have developed.

Keywords: neurosyphilis, polyradiculopathy, crystalline penicillin

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):52-54, 2001

INTRODUÇÃO

Apesar da neurosífilis estar relacionada ao estágio terciário ou tardio da infecção pelo *Treponema pallidum*, a invasão do sistema nervoso central ou periférico pode ocorrer em qualquer momento do curso da doença sífilítica.¹ Cerca de 15% dos pacientes com sífilis primária e até 40% daqueles

com secundarismo apresentam uma ou mais anormalidades no líquido céfalo-raquidiano, incluindo pleocitose linfocítica, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia e provas imunológicas reagentes.^{2,3}

O curso clínico pode ser dividido em assintomático e sintomático, compreendendo uma diversidade de síndromes neurológicas com variáveis graus de acometimento, incluindo olhos, meninges, parênquima cerebral, medula-espinhal e nervos periféricos.^{3,6}

A forma assintomática representa um estágio tardio latente da infecção neural, precedendo e anunciando as variantes clínicas. Nessa fase, uma ou mais alterações líquóricas estão presentes, ao contrário de sinais neurológicos específicos. A produção local de anticorpos antitreponema é altamente sugestiva de neurosífilis.^{2,3}

¹ Médico(a) Infectologista da 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

² Médico(a) Infectologista da Prefeitura Municipal de Diadema.

³ Médico Neurologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

⁴ Unidade de Pesquisa Clínica – U.P.C – Disciplina de Moléstias Infecciosas da Universidade de Campinas – UNICAMP.

“Trabalho realizado na 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo, Brasil.

A neurosífilis sintomática pode ser dividida em duas categorias maiores, que foram correlacionadas com achados patológicos: neurosífilis meningovascular, relacionada com típico desenvolvimento de endarterite obliterante que afeta pequenos vasos das meninges, cérebro e medula-espinhal; e neurosífilis parenquimatosa, caracterizada pela destruição de tecido nervoso, principalmente do córtex cerebral, onde há, além da endarterite obliterante, a invasão tecidual pelo *Treponema pallidum*. Não é incomum a superposição e combinação de achados clínicos das formas meningovascular e parenquimatosa.^{1,3}

RELATO DO CASO

FLD, 48 anos, masculino, casado, porteiro, natural de Bom Jesus-RN, procedente de Diadema-SP. Internação: 29/01/99. Alta hospitalar: 23/02/99.

Por três meses apresentou dores lombares e nos membros inferiores, principalmente o esquerdo, onde coexistiam formigamentos e fraqueza, que evoluíram de forma contínua e progressiva, acarretando dificuldade para deambulação. Referiu episódios freqüentes de tontura e cefaléia no período. Procurou auxílio ortopédico em uma unidade de saúde de Diadema onde foi aventada hipótese diagnóstica de compressão radicular extrínseca, logo afastada mediante normalidade no estudo tomográfico de coluna lombossacra. A análise do líquido do paciente sugeriu o diagnóstico de neurosífilis. Foi encaminhado para avaliação e tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Como antecedentes pessoais e epidemiológicos relatou meningite meningocócica em 1971, tratada com ampicilina nesse mesmo hospital. Referiu relações sexuais com múltiplas parceiras sem uso de preservativo, além de episódio de sífilis em 1985, do qual não se recordou o tratamento instituído. Negou relações homossexuais, transfusões sanguíneas, bem como existência anterior de lesões em pele ou mucosas.

Exames realizados em Diadema:

Tomografia Computadorizada de Crânio. (**Figuras 1, 2 e 3**): atrofia córtico-subcortical difusa.

Análise do líquido lombar: 2 células; proteína: 78 mg/dl; glicose: 57 mg/dl; VDRL: reagente 1/4.

Na admissão hospitalar encontrava-se com estado geral preservado, consciente, orientado, hidratado, corado, anictérico e afebril. Não foram observadas alterações hemodinâmicas e respiratórias.

Apresentava paraparesia com diminuição de tônus muscular e abolição de reflexos patelares e aquileus. A sensibilidade mostrava-se comprometida nos territórios das raízes L4, L5 e S1, sendo mais expressiva em membro inferior esquerdo. Ausência de sinais meníngeos. Sem alterações no território dos nervos cranianos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Exames realizados durante a internação:

O hemograma e a bioquímica sérica de admissão revelaram-se normais.

Punção líquórica lombar revelou 1 célula; proteína: 170 mg/dl; glicose: 41 mg/dl; VDRL: reagente 1/4; hemaglutina-

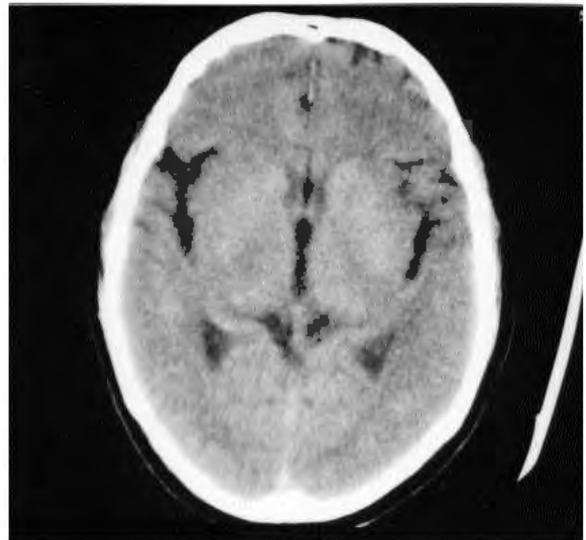


Fig. 1

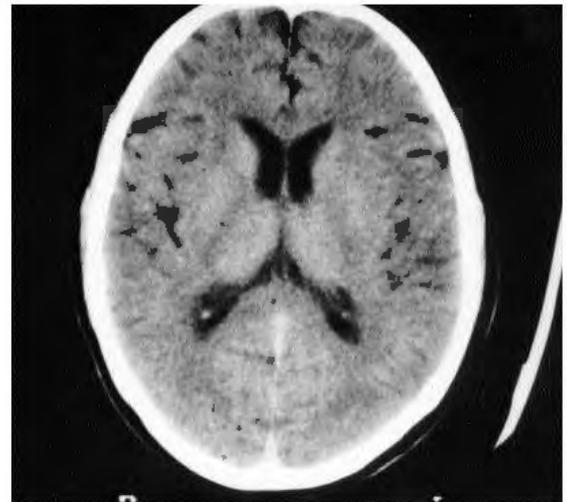


Fig. 2

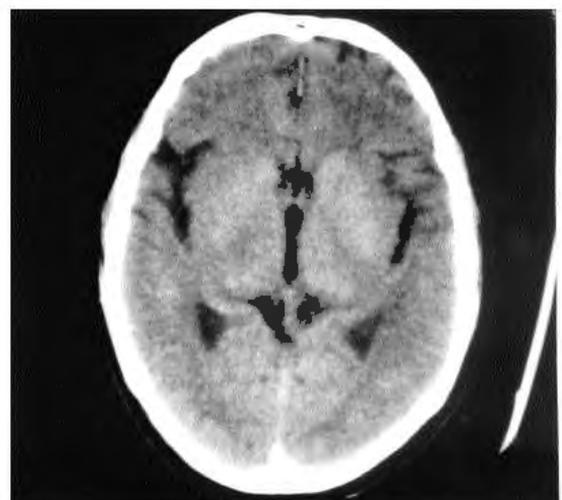


Fig. 3

Figuras 1, 2 e 3 – Atrofia córtico-subcortical difusa.

ção passiva para lues reagente. Não houve crescimento de bactérias. Pesquisa de fungos e BAAR negativas.

O Anti-HIV (Elisa) resultou não reagente.

VDRL no soro: reagente 1/8; FTA-ABS no soro reagente.

A eletroneuromiografia comprovou uma multirradiculopatia lombar, de padrão axonal, comprometendo os territórios das raízes L4, L5 e S1 bilateralmente.

Iniciado esquema terapêutico para neurolues com penicilina cristalina na dose de 3 milhões de unidades de 4 em 4 horas, utilizada por 21 dias. Não apresentou intercorrências durante o tratamento. Houve melhora clínica significativa, com diminuição da dor e recuperação da sensibilidade nos membros inferiores.

Nova coleta de líquido após o final da terapia: 1 célula; proteína: 44 mg/dl; glicose: 57 mg/dl; VDRL: reagente 1/2; hemaglutinação passiva para lues não reagente.

Recebeu alta hospitalar após 25 dias de internação, sendo encaminhado para ambulatório de seguimento.

Tomografia de crânio realizada um mês após a alta hospitalar mostrou os alargamentos de sulcos cerebrais anteriormente observados.

Após três meses de seguimento, VDRL no soro resultou reagente 1/2. Segue em acompanhamento ambulatorial sem recorrências até o momento.

DISCUSSÃO

A polirradiculopatia lombar é apresentação rara de neurosífilis em indivíduos imunocompetentes, desenvolvendo-se após períodos variáveis da infecção inicial, de forma gradual ou abrupta. Nesses pacientes, paraparesia progressiva é descrita principalmente na era pré-penicilina. Naqueles infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), essa manifestação também é infreqüente, podendo ser causada tanto pelo citomegalovírus como pelo próprio HIV.^[3,-5,7]

Esse relato ilustra a polirradiculopatia lombar sífilítica tratada num homem com sistema imune aparentemente preservado. Ao antecedente de sífilis em 1985, tratada possivelmente de forma inadequada, seguiu-se um período de latência de aproximadamente 15 anos até o desenvolvimento da neurosífilis sintomática, com envolvimento do sistema nervoso central e periférico, demonstrado radiologicamente pela atrofia cerebral e clinicamente, pelo acometimento motor e sensitivo de membros inferiores.

Os exames tomográficos revelaram atrofia córtico-subcortical cerebral difusa, provavelmente conseqüente a processo degenerativo no parênquima cerebral, demonstrando assim o substrato anatomopatológico comum da neurosífilis: a endarterite obliterante.³

O possível processo inflamatório do saco tecal, com lesão axonal e denervação ativa das raízes nervosas medulares em região lombar, poderia explicar as manifestações clínicas observadas nos membros inferiores.

É provável que a rápida melhora durante o tratamento tenha sido conseqüência de resolução inflamatória no saco

medular, havendo liberação na condução radicular, além de regeneração axonal em território de raízes lombares.^{4,5,7}

CONCLUSÃO

Esse tipo de manifestação clínica da neurolues – polirradiculopatia lombar – é pouco descrita na literatura, fato que tende a mudar, tanto pelo crescente aumento das doenças de transmissão sexual, quanto pela associação com a AIDS. Nos pacientes HIV-positivos, a imunodepressão celular pode alterar a história natural da sífilis, causando recidivas e acometimentos atípicos.^{3,4,8,9}

A investigação epidemiológica é fundamental para o êxito diagnóstico, já que a neurosífilis pode mimetizar doenças neurológicas, ortopédicas e psiquiátricas. No caso descrito, o diagnóstico só foi alcançado após o descarte radiológico de compressão radicular e a análise do líquido coletado.

O ressurgimento da sífilis deve alertar o clínico para a lembrança dessa hipótese nos casos onde haja envolvimento do sistema nervoso central ou periférico, bem como manifestações psiquiátricas ou oculares, associadas ou não a imunodepressão celular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lukehart, S., Hook, E.W., Baker-Zander, S.H., et al. - Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*. Implication for diagnosis and therapy. *Ann Intern Med*, 1988; 109:855-62.
2. Felman, Y.M. - Lumbar puncture in asymptomatic neurosyphilis. *Arch Intern Med*, 145:422-423. 1985
3. Tramont, E.C. - Syphilis. In: Mandell, Douglas and Bennett. - **Principles and Practice of Infectious Diseases**, p. 2117-2133. 1995
4. Lanska, M.J., Lanska, D.J., Schmidley, J.W. - Syphilitic polyradiculopathy in an HIV-positive man. *Neurology*, 38:1297-1301. 1988
5. Behar, R., Wiley, C., McCutchan, A. - Cytomegalovirus polyradiculoneuropathy in acquired immune deficiency syndrome. *Neurology*, 37:557-561. 1987
6. Simon, R.P. - Neurosyphilis. *Neurology*, 44:2228-2230. 1994
7. Tyler, K.L., Sandberg, E., Baum, K.F. - Medial medullary syndrome and meningovascular syphilis: A case report in an HIV-infected man and a review of the literature. *Neurology*, 44:2231-2235. 1994
8. Katz, D.A., Berger, J.R. - Neurosyphilis in acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Neurol*, 46:895-898. 1989
9. Musher, D.M. - Syphilis, neurosyphilis, penicillin, and AIDS. *J Infect Dis*, 163:1201-1206. 1991

Endereço para correspondência:

Dr. Luiz Alberto Costa Barra

Rua José Benedito Salinas 110/81-A

São Paulo - SP - CEP: 04674-200

E-mail: unidade1@emilioribas.sp.gov.br