



COROIDITE PLACOIDE SIFILÍTICA (ASPPC) X EPITELIOPATIA PIGMENTAR PLACÓIDE MULTIFOCAL POSTERIOR AGUDA (APMPPE) - RELATO DE CASO

Thiago Vilano Fiuza¹ (Hospital de Clínicas de Itajubá), Rafael Reis Pereira² (Hospital de Olhos do Sul de Minas), Letícia de Araujo Silva³ (Hospital de Clínicas de Itajubá), André Nascimento Campos⁴ (Hospital de Clínicas de Itajubá), Amanda Arantes Borges (Hospital de Clínicas de Itaubá)⁵
thiagovilano@gmail.com¹, rafaelreis@retinacare.io², leticia.19.araujo@gmail.com³, andrecampos42@hotmail.com⁴, amandaa.borges@hotmail.com⁵

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de acometimento sistêmico que pode afetar os olhos de formas variadas, o que justifica sua alcunha: a grande mimetizadora (NERI; PICHI, 2022). Sua expressão ocular típica é a Coroidite Placoide Sifilítica (ASPPC), com lesões características. Possui diagnósticos diferenciais importantes, como Coroidite Serpinginosa, outras causas infecciosas e a principal: a Epiteliopatia Pigmentar Placóide Multifocal Aguda Posterior (APMPPE). Esta última é uma rara doença inflamatória, a qual possui um mecanismo etiológico desconhecido e que, para ser diagnosticada, necessita da exclusão de outras etiologias com clínicas semelhantes (KONOVALOVA *et al.*, 2022).

O objetivo deste trabalho é analisar a apresentação clínica e os achados de imagem característicos da sífilis ocular, por meio de um relato de caso, além de realizar um comparativo com uma importante entidade correlata.

Palavras-chave: “Sífilis”. “Diagnóstico diferencial”. “Uveíte posterior”.

METODOLOGIA

Estudo do tipo relato de caso baseado em análise de prontuários, exames de imagem e exames laboratoriais do paciente, além de pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 52 anos, comparece com relato de baixa acuidade visual súbita em olho direito, iniciada há um dia. Nega sintomas sistêmicos, com exceção de um quadro de cefaleia leve a moderada iniciada há 2 meses. Exame neurológico preservado. Acuidade visual com correção de movimentação de mãos em olho direito, e 20/25 em olho esquerdo. Sem alterações ao exame de movimentação ocular extrínseca e biomicroscopia. À fundoscopia, retinografia (FIGURA 1A) e Tomografia de Coerência Óptica (OCT) de mácula (FIGURA 2A), visualiza-se turvação vítrea com discreto exsudato em retina externa. À autofluorescência (AF), visualiza-se hiperautofluorescência na região da mácula.

Aventada hipótese de Coroidite Placoide, sendo realizados exames laboratoriais para diferenciação diagnóstica: FAN (1:80), HLA-B27 (detectado), FTA-ABS IgG e IgM (reagentes), toxoplasmose (5,90 - reagente), VDRL (1:128), outras sorologias (não reagente).

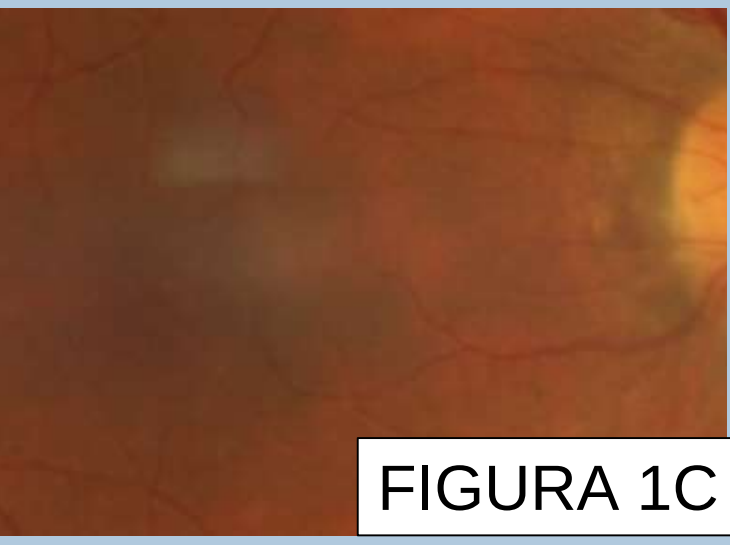
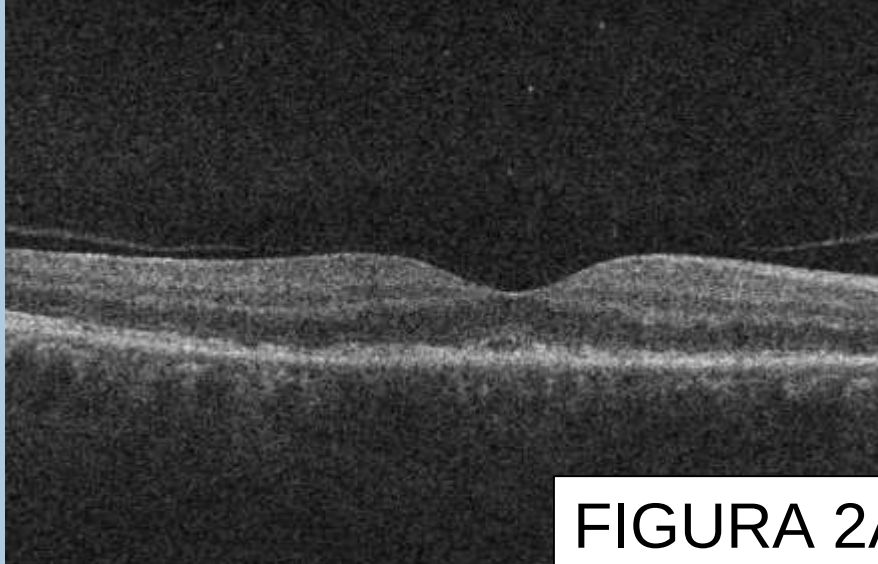
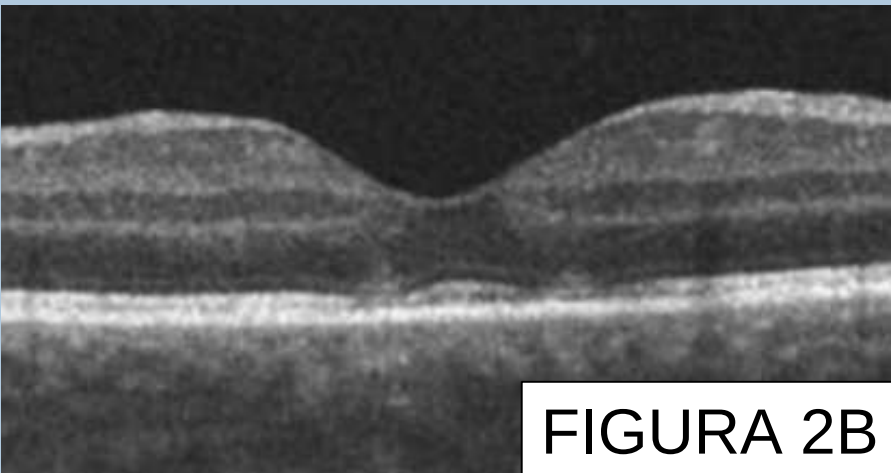
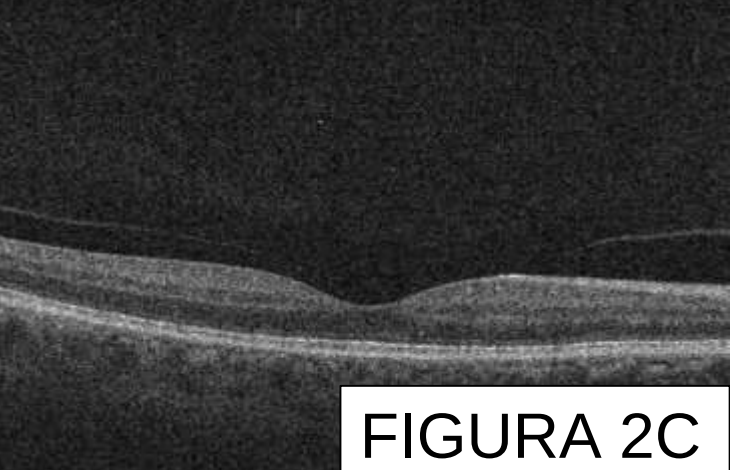
Paciente encaminhada à equipe de neurologia para avaliação de neurosífilis.

Iniciado tratamento com penicilina benzatina 4.000.000U, a cada 4 horas, por 10 a 14 dias, e solicitado líquido, cujo resultado apresentou glicose 74, lactato 15, proteína 20, flora bacteriana ausente, VDRL de líquido não reagente.

Na consulta de retorno, acuidade visual com correção 20/25 em ambos os olhos, sem alterações ao exame. Realizado VDRL seriado para acompanhamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por possuir um amplo espectro de fenótipos clínicos e múltiplas manifestações no polo posterior, a sífilis é conhecida há décadas como “a grande mimetizadora”. Diante deste fato, a compreensão dos diagnósticos diferenciais ganha uma importância singular, principalmente a APMPPE, conforme é apresentado no quadro comparativo:

DOENÇA	ASPPC	APMPPE	ASPPC (PÓS-TRATAMENTO)
LESÕES DE FUNDO	 FIGURA 1A	 FIGURA 1B	 FIGURA 1C
	Lesão placóide grande, arredondada e amarelada. Distribuição unifocal, que acomete a mácula ou a região peripapilar.	Cor esbranquiçada ou amarelada, profundas e com bordas pouco definidas. Distribuição multifocal, ao nível do epitélio pigmentado e da coróide. Se espalham pelo polo posterior e, menos comumente, pela periferia temporal.	
OCT	 FIGURA 2A	 FIGURA 2B	 FIGURA 2C
	Ruptura da zona elipsoide, espessamento do EPR, elevações nodulares e aumento da celularidade vítrea.	Hiper-refletividade da zona elipsoide, da membrana limitante externa e da camada nuclear externa	
AF	 FIGURA 3A	 FIGURA 3B	 FIGURA 3C
	Hiperautofluorescência	Hipoautofluorescência inicialmente, seguido de hiperautofluorescência.	

CONCLUSÃO

A sífilis ocular representa um desafio: a variedade de fenótipos clínicos que a torna difícil de distinguir. Com suas importantes semelhanças, o diagnóstico diferencial entre ASPPC e APMPPE é essencial para a tomada de decisão de conduta clínica e indicação de tratamento. Destaca-se o papel imprescindível dos exames de imagem nesta propedêutica e o conhecimento dos diversos fatores relacionados à história natural de cada etiologia supracitada. Por fim, o resultado do quadro clínico demonstra a relevância do diagnóstico precoce diante da melhora evidente da acuidade visual ao fim do tratamento.

REFERÊNCIAS

KONOVALOVA, N. V. *et al.* A case of acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy: clinical analysis and differential diagnosis. **Oftalmologicheskii Zhurnal**, n. 5, p. 9-14, 2022.

CARREÑO, E. *et al.* Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. **Ocular Immunology and Inflammation**, 2025.

GASS, J. Donald M. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. **Archives of Ophthalmology**, v. 80, n. 2, p. 177-185, 1968.

FERRO DESIDERI, Lorenzo *et al.* The multifaceted presentation of syphilitic chorioretinitis examined by multimodal imaging: A case series. **American Journal of Ophthalmology Case Reports**, v. 26, p. 101434, 2022.

NERI, Piergiorgio; PICHI, Francesco. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis: when the great mimicker cannot pretend any more; new insight of an old acquaintance. **Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection**, v. 12, n. 1, p. 9, 2022.