

## CASO CLÍNICO/CASE REPORT

## Visão em Túnel num Caso de Neurosífilis com LCR Inflamatório

## Tunnel Vision in a Case of Neurosyphilis with Inflammatory Cerebrospinal Fluid

 Alexandra Dias da Silva <sup>1,\*</sup>; F. J. Ros Forteza <sup>1</sup>

1-Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.46531/sinapse/CC/179/2026>

**Informações/Informations:**

Caso Clínico, publicado em Sinapse, Volume 26, Número 1, janeiro-março 2026. Versão eletrónica em [www.sinapse.pt](http://www.sinapse.pt); Case Report, published in Sinapse, Volume 26, Number 1, January-March 2026. Electronic version in [www.sinapse.pt](http://www.sinapse.pt)  
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Sinapse 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.  
© Author(s) (or their employer(s)) and Sinapse 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

**Palavras-chave:**

Neurosífilis/diagnóstico;  
Neurosífilis/líquido cefalorraquidiano;  
Perturbações da Visão.

**Keywords:**

Neurosyphilis/cerebrospinal fluid;  
Neurosyphilis/diagnosis;  
Vision Disorders.

**\*Autor Correspondente /****Corresponding Author:**

Alexandra Dias da Silva  
Serviço de Neurologia,  
Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E.  
Avenida Rainha D. Amélia, s/n  
6301-857 Guarda, Portugal  
[alexandra.silva@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:alexandra.silva@ulsguarda.min-saude.pt)

**Recebido / Received:** 2025-07-22

**Aceite / Accepted:** 2026-01-10

**Publicado / Published:** 2026-03-31

**Resumo**

A visão “em túnel” é essencialmente, uma limitação da visão lateral, também conhecida como perda de visão periférica. A principal etiologia é o glaucoma, mas pode também estar presente na retinite pigmentosa, retinopatia associada a diabetes *mellitus*, descolamento de retina, nevrite óptica, oclusão da veia central da retina, enxaqueca, AVC ou concussão cerebral. Apresentamos o caso de um adulto jovem, com antecedentes de contactos sexuais de risco, que desenvolveu uma visão “em túnel” inaugural, com edema bilateral do disco óptico, relacionada com neurosífilis tratada com penicilina G e resolvida sem qualquer sequela visual. Este caso clínico pretende descrever uma manifestação inaugural atípica relacionada com neurosífilis. Com este caso clínico, pretendemos alertar que perante a sintomatologia de visão “em túnel” se deve excluir em primeiro lugar uma patologia ocular, mas é também perentória uma avaliação neurológica para excluir outras etiologias.

**Abstract**

Tunnel vision is essentially a limitation of lateral vision, also known as peripheral vision loss. The main etiology is glaucoma, but it can also be present in retinitis pigmentosa, retinopathy associated with diabetes mellitus, retinal detachment, optic neuritis, central retinal vein occlusion, migraine, stroke, or concussion. We present the case of a young adult with a history of risky sexual contacts who developed initial tunnel vision, with bilateral optic disc edema, related to neurosyphilis treated with penicillin G and resolved without any visual sequelae. This clinical case describes an atypical initial manifestation related to neurosyphilis. With this clinical case, we aim to highlight that when faced with the symptoms of tunnel vision, an ocular pathology should be ruled out first, but a neurological evaluation is also essential to rule out other etiologies.

## Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Segundo os dados do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), a sua incidência tem vindo a aumentar, sendo que em 2023 existiam 9,9 casos por 100 000 habitantes, representando um aumento de 13% em relação a 2022 e um aumento de 100% em relação a 2014. O grupo etário mais afetado são homens entre os 25 e os 34 anos, com uma taxa de 43 casos por 100 000 habitantes.<sup>1</sup> Pelos seus sintomas inespecíficos e amplos, é conhecida como a grande mimetizadora. O termo neurosífilis refere-se à infecção do SNC pelo *Treponema pallidum* e pode ocorrer em qualquer altura após a infecção inicial. Os sintomas e sinais oculares ocorrem em cerca de 3% dos casos e podem até ser o sintoma de apresentação da doença. O nervo óptico pode estar envolvido quer unilateralmente quer bilateralmente e manifestar-se sob a forma de papiledema, nevrite óptica ou perinevrite.

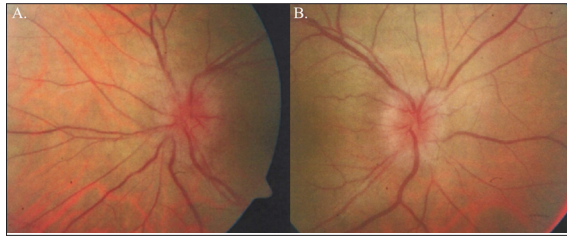
## Caso Clínico

Doente do sexo masculino, com 58 anos de idade, IMC de 21,5 kg/m<sup>2</sup>, observado inicialmente em consulta de Neurologia em novembro de 2023, por perda de visão bilateral, com cerca de 2 meses de evolução, inicialmente no olho direito, progredindo após 1 mês para o olho esquerdo. O doente referia noção de limitação da visão periférica, descrevendo uma visão “em túnel”. Negava outros sintomas associados como défice muscular, alterações sensitivas, diplopia, visão turva, *tinnitus*, cefaleia ou náuseas. Negava também discromatopsia e oculodinia. Nos antecedentes pessoais, de salientar a existência de contactos sexuais de risco nos meses prévios.

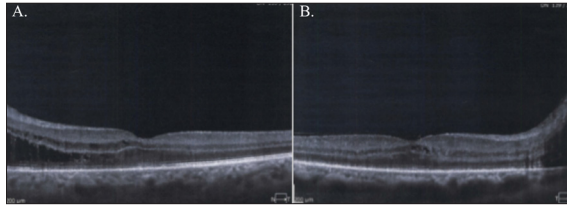
O exame neurológico detetou edema bilateral do disco óptico (**Fig. 1**) sendo a acuidade visual de 2,5/10 no olho direito e 2,5/10 no olho esquerdo (observação por oftalmologista). As pupilas eram isocóricas (2 mm) e isorreativas, sem defeito pupilar relativo aferente, sem presença de pupilas Argyll-Robertson e sem outros sinais neurológicos. Na campimetria de confrontação houve pouca colaboração por parte do doente.

O exame geral foi normal, sem lesões genitais. A realização de tomografia de coerência óptica (TCO) (**Fig. 2**) confirmou o alastramento do edema peripapilar até às máculas.

Realizou-se punção lombar, saindo cada gota entre 5-10 segundos, com aspeto transparente. A medição



**Figura 1.** Fundo ocular do olho esquerdo (A) e olho direito (B) com edema do disco óptico presente bilateralmente (13/11/2023).



**Figura 2.** TCO do olho esquerdo (A) e do olho direito (B) que mostra edema peripapilar bilateralmente (13/11/2023).

da pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR) não foi realizada, mas pela nossa experiência, não era sugestiva de pressão aumentada (para além do doente negar sinais sugestivos como visão turva, cefaleia ou vómitos). A análise de LCR apresentava 13 leucócitos mononucleares, ausência de eritrócitos, níveis de proteínas e de glicose normais e VDRL negativo. O estudo das bandas no LCR para o exterior tinha distribuição policlonal da IgG no soro e no LCR. No restante estudo sistémico não existiram alterações relevantes.

Iniciou-se de imediato tratamento com acetazolamida (250 mg 2id durante 4 dias, aumentado para 500 mg 2id a partir do 5º dia), com melhoria clínica significativa e verificada através de angiografia fluoresceínica.

Proseguiu-se com a pesquisa etiológica, em que foi realizado estudo analítico plasmático extenso, do qual se destaca: *Ac.Anti-T. pallidum* IgM positivo índice 9,6 (< 0,8), títulos de TPHA 2560 e de RPR 1:256. As serologias para VIH, VHB e VHC foram negativas. Fez ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) na qual foram excluídas lesões estruturais, vasculares ou sinais indiretos de hipertensão intracraniana.

Assumiu-se como infecciosa a etiologia mais provável, nomeadamente neurosífilis precoce. O doente cumpriu antibioterapia com 4 milhões de unidades de penicilina G sódica, alternada com potássica, de 4/4h, durante 14 dias. Foi realizada angiografia fluoresceínica a 10 de janeiro de 2024, que revelou melhoria do papiledema.

Ao fim de 2 meses, foi suspensa a acetazolamida. No mês de maio de 2024, veio positivo no plasma o DNA de *Mycoplasma genitalium*, que negativizou em novembro de 2024.

## Discussão

A principal etiologia da visão em túnel é o glaucoma, mas pode também estar presente na retinite pigmentosa, retinopatia associada a diabetes *mellitus*, descolamento de retina, nevrite óptica, oclusão da veia central da retina, enxaqueca, AVC ou concussão cerebral.

A sífilis ocular pode envolver praticamente qualquer estrutura do olho, sendo a uveíte ou panuveíte as manifestações clínicas mais comuns. Pode ocorrer também nevrite óptica, atrofia óptica, compressão por goma/meningite basal ou vasculite com isquémia da retina ou do nervo óptico. A perda de visão relacionada com a uveíte é maioritariamente visão turva, que se associa a fotossensibilidade, olho vermelho e dor. Quando existe inflamação, pode levar à formação de cicatrizes periféricas, que vão limitar o campo visual. A distribuição das lesões pode dar origem a visão em túnel, semelhante ao que acontece em retinopatias inflamatórias.

No caso da enxaqueca, as perturbações visuais causadas pela visão em túnel da aura da enxaqueca são transitórias e reversíveis na maioria das vezes, com a visão a voltar ao normal à medida que a onda de depressão alastrante cortical passa.<sup>3</sup> Apesar de raro, pode dar-se o caso de as alterações visuais persistirem quando estamos perante uma aura prolongada de enxaqueca ou enfarte migranoso. Caso se trate de AVC, a visão em túnel é o resultado de um AVC bilateral que afeta ambas as metades do campo visual, com uma ilha macular de visão.<sup>3</sup> É importante efetuar-se ainda o diagnóstico diferencial com transtornos campimétricos funcionais, embora estes sejam infrequentes.<sup>5</sup>

Na literatura existe um único caso de sífilis ocular com apresentação inaugural de perda da visão periférica circunferencial bilateral, visão central conservada e edema de papila bilateral. Os títulos de RPR de 1:128, o LCR e a RM-CE foram normais, incluindo a pressão de abertura de LCR.<sup>6</sup> Apesar do VDRL no LCR ser considerado o teste mais específico para o diagnóstico de neurosífilis, a sua sensibilidade é limitada ( $\approx 30\%–70\%$ ). Portanto, um VDRL negativo por si só não exclui neurosífilis, sobretudo se o doente apresentar um quadro clínico compatível, associado a alterações do LCR suges-

tivas, como é o caso dos leucócitos aumentados. Assim, o diagnóstico assume-se como provável se existirem clínica, alterações no LCR e serologia treponémica positiva, mesmo com VDRL no LCR negativo.

No nosso caso, não existia dilatação ventricular na RM-CE (ao contrário do caso clínico de Chi S *et al*'), pelo que foi muito sugestiva a etiologia infecciosa. Em relação às pupilas Argyll-Robertson, são um achado altamente específico apenas de estádios tardios,<sup>8</sup> o que não era o caso do nosso doente.

Na neurosífilis, o edema papilar bilateral geralmente ocorre por um processo de infeção/inflamação direta do nervo óptico ou das suas bainhas, podendo causar edema da papila, inclusivamente sem aumento significativo da pressão intracraniana.<sup>9</sup> Pode ocorrer também por vasculite sífilítica (com consequente redução da drenagem venosa) ou por existência de gomas sífilíticas (causando efeito de massa). Ou seja, o mecanismo primário é um bloqueio do fluxo de LCR ou hipertensão intracraniana secundária a inflamação/infeção. A acetazolamida, sendo um inibidor da anidrase carbónica, reduz a produção de LCR nos plexos coróides cerca de 30 minutos após a sua administração,<sup>10</sup> o que leva ao alívio do edema papilar, protegendo a função visual, enquanto se trata a causa de base. Neste caso clínico, a acetazolamida teve um papel adjuvante, ajudando a reduzir o edema papilar bilateral, se esta for realizada de forma atempada.

Finalmente, a hipótese isquémica é improvável, dado o doente não apresentar fatores de risco vasculares e a clínica não ter sido de instalação súbita (no nosso caso clínico, a sintomatologia desenvolveu-se gradualmente, embora a realização de potenciais evocados com latência diminuída exclua a hipótese).

O seguimento destes doentes é necessário pelo risco de recidivas. Para além disso, de salientar que a notificação da neurosífilis a nível mundial ainda não está devidamente conhecida.<sup>11</sup>

Assim, estamos perante o primeiro caso descrito em Portugal, de visão em túnel relacionada com a neurosífilis, com LCR inflamatório. Com este caso clínico, pretendemos alertar que a visão em túnel, apesar de muito rara, pode representar uma manifestação ocular inicial de neurosífilis, destacando a importância de considerar esta etiologia perante quadros visuais com apresentação menos típica. ■

**Contributorship Statement / Declaração de Contribuição**

CB: Conception, data analysis and interpretation, writing and final approval.

CS and JA: Critical review and final approval.

FP and JR: Conception, critical review and final approval.

CP: Data analysis and interpretation, critical review and final approval.

CB: Conceção, análise e interpretação de dados, redação e aprovação final.

CS e JA: Revisão crítica e aprovação final.

FP e JR: Conceção, revisão crítica e aprovação final.

CP: Análise e interpretação de dados, revisão crítica e aprovação final.

**Responsabilidades Éticas**

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

**Ethical Disclosures**

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

**References / Referências**

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: Annual Epidemiological Report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Neurosyphilis, Ocular Syphilis, and Orosyphilis [Internet]. Atlanta: CDC; 2024.
3. DrOracle. What is the mechanism of a migraine causing aura/tunnel vision [Internet]. [acedido Jan 2025] Disponível em: <https://www.droracle.ai/>
4. National Stroke Association. Vision Changes After Stroke [Internet]. [acedido Jan 2025] Disponível em: <https://rare-diseases.org/organizations/national-stroke-association>
5. Kukowski B. Diagnóstico diferencial de sintomas neurológicos. Barcelona: Masson; 2001.
6. Leary S, Volino A, Lubkin C. Acute vision changes as the presenting symptom of ocular syphilis: a case series of two. *IDCases*. 2024;37:e02037. doi:10.1016/j.idcr.2024.e02037
7. Chi S, Weintrob A. More than meets the eye: papilledema from syphilis posing as idiopathic intracranial hypertension. *Int J STD AIDS*. 2020;31:1117–9. doi:10.1177/0956462420943017
8. Dichter SL, Khan SMZ, Shubert GS. Argyll-Robertson pupil. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024.
9. Rigi M, Almarzouqi SJ, Morgan ML, Lee AG. Papilledema: epidemiology, etiology, and clinical management. *Eye Brain*. 2015;7:47–57. doi:10.2147/EB.S69174.
10. González Yglesias Y, Chang Chao P, Zamora Galindo I, Hernández Peña E. Papiledema. Un enfoque actualizado. *MediSur*. 2009;7:3.
11. Tuddenham S, Ghanem KG. Neurosyphilis: knowledge gaps and controversies. *Sex Transm Dis*. 2018;45:147–51. doi:10.1097/OLQ.0000000000000723