Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Suspeição diagnóstica de Tabes Dorsalis a partir de retenção urinária: relato de caso

Diagnostic suspicion of Tabes Dorsalis based on urinary retention: a case report

Sospecha diagnóstica de Tabes Dorsal a partir de la retención urinaria: relato del caso

Bruno Reis Cantini[1], Felipe Guimarães Kanda[1], Pedro de Souza Pinto Paiva Diniz[1], Alcedir Raiser Lima[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de um paciente, sem histórico de infecções sexualmente transmissíveis conhecido, diagnosticado com um dos espectros mais incomuns da neurossífilis, a Tabes Dorsalis, no Município de Taubaté, cuja principal queixa clínica foi um sintoma urológico, a retenção urinária. **Detalhamento do caso:** Este relato almeja divulgar o caso de um paciente cujo principal sintoma e motivo que o levou a procurar atendimento profissional, a excluir sinais observados pelo atendimento médico especializado, foi a retenção urinária. Posteriormente, com anamnese e exame físico detalhado, foi possível suspeitar de neurossífilis, mais precisamente, a Tabes Dorsalis, que, após exames laboratoriais comprobatórios, associado à história clínica e aos sinais e sintomas observados, foi devidamente confirmado. **Considerações finais:** Pode-se considerar, portanto, que diante de um sintoma, inicialmente inespecífico, principalmente do ponto de vista neurológico e infeccioso, e, aparenteremente, de causa essencialmente urológica, foi possível alcançar um diagnóstico considerado raro e improvável nos dias atuais.

Palavras-chave: Tabes Dorsalis, Retenção urinária, Sífilis.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient, without known relevant history of sexually transmitted infection, was diagnosed with one of the must uncommon forms of neuroshyphilis, the Tabes Dorsalis, in the municipality of Taubaté, whose main clinical complaint was an urologic sympton, the urinary retention. **Case details:** This report aims to disclose the case of a patient whose main symptom and reason to looking for a professional care, excluding signs observed by specialized medical care, was the urinary retention. Subsequently, based on the medical history and a detailed physical examination, neurosyphilis, specifically Tabes dorsalis, was suspected which was confirmed by confirmatory laboratory tests, in conjunction with the clinical history and observed signs and symptoms. **Final considerations:** Therefore, it can be considered that, through starting with a symptom that was initially nonspecific, particularly from neurological and infectious standpoints, and seemingly of primarily urological origin, it was possible to arrive at a diagnosis considered rare and unlikely nowadays.

Keywords: Tabes Dorsalis, Urinary retention, Syphilis.

RESUMEN

Objetivo: Informar el caso de un paciente, sin antecedentes conocidos de infecciones de transmisión sexual, diagnosticado con una de las formas más infrecuentes de neurosífilis, la Tabes Dorsalis, en el municipio de Taubaté, cuya principal queja clínica fue un síntoma urológico, la retención urinaria. **Detalles del caso:** Este informe objetiva describir el caso de un paciente cuyo síntoma principal, y el motivo por el que buscó una atención profesional, además de los signos observados durante la evaluación médica

[1] Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté – SP.

SUBMETIDO EM: 7/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

especializada, fue la retención urinaria. La posterior anamnesis detallada y la exploración física suscitaron la sospecha de neurosífilis, más específicamente la Tabes dorsalis, diagnóstico que se confirmó posteriormente mediante pruebas de laboratorio, la historia clínica y los signos y síntomas observados. **Consideraciones finales:** Se concluye que, a partir de un síntoma inicialmente inespecífico, particularmente desde los puntos de vista neurológico e infeccioso, y aparentemente de origen esencialmente urológico, fue posible llegar a un diagnóstico considerado raro e improbable en la actualidad.

Palabras clave: Tabes Dorsal, Retención urinaria, Sífilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das principais infecções sexualmente transmissíveis, no Brasil e no mundo. A prevalência de sífilis, no Brasil, manteve-se elevada ao longo dos últimos anos, sendo, portanto, um tema de extrema importância para a vigilância em saúde. A partir da análise de dados obtidos pelo Boletim Epidemiológico, do Ministério da Saúde, de outubro de 2025, no Brasil, observou-se um aumento na detecção dos casos de sífilis, especialmente a sífilis adquirida, entre os períodos de 2010 a 2025, o que evidencia uma tendência de crescimento na incidência da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025)

A sífilis possui diferentes fases evolutivas que podem ser, didaticamente, divididas em sífilis primária, sífilis latente recente, sífilis secundária, sífilis latente tardia e sífilis terciária. A neurossífilis, representada pela infecção da espiroqueta *Treponema pallidum* no sistema nervoso central (SNC) e mais comumente relacionada como uma manifestação da sífilis terciária, pode se apresentar em diferentes formas clínicas conforme o tempo de evolução e o padrão de acometimento neurológico. Embora possa ocorrer em diferentes estágios da infecção, a neurossífilis possui três principais fases de doença, a meningite sifilítica, a sífilis meningovascular e a sífilis parenquimatosa. Dentro da sífilis parenquimatosa, que é uma das formas de apresentação tardia, há a tabes dorsalis e a paresia generalizada. (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BHANDARI J, et al., 2026; BLOCH N, et al., 2025)

A tabes dorsalis representa o acometimento das raízes nervosas dorsais e do corno posterior da medula espinal o que a faz possuir características importantes que auxiliam a direcionar o raciocínio clínico e a suspeita diagnóstica. Na prática clínica contemporânea, é considerada rara, especialmente, após a ampliação do diagnóstico e tratamento da sífilis com a penicilina, pois os pacientes já estão sendo tratados conforme vão sendo diagnosticados e, em geral, tem-se menor frequência de pacientes com doença de longa evolução a ponto de desenvolverem a tabes dorsalis. No entanto, sua relevância permanece, pois pode cursar com sinais neurológicos progressivos, que podem aparecer comumente em diversas outras doenças, como alterações da marcha, déficit sensitivo, dor em membros inferiores e disfunções autonômicas, incluindo disfunções vesicais como incontinência e retenção urinária. (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BHANDARI J, et al., 2026; BLOCH N, et al., 2025; CREECH KT, et al., 2021; HATTORI T, et al., 1990)

A retenção urinária, por si só, pode estar relacionada a inúmeras etiologias, porém, quando persistente e/ou associada a sintomas neurológicos como ataxias, paresias ou quaisquer outros déficits focais é imprescindível uma investigação mais aprofundada para discernir um acometimento puramente neurológico de outras situações vasculares e infecciosas associadas. Entretanto, é fundamental ter o conhecimento e a noção das manifestações clínicas da tabes dorsalis para conseguir alcançar o diagnóstico, uma vez que se trata de uma doença considerada rara, nos dias atuais, e que pode não ser cogitada como hipótese diagnóstica inicial. (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BHANDARI J, et al., 2026; BLOCH N, et al., 2025; HATTORI T, et al., 1990)

Este relato de caso tem por objetivo primário descrever que, a partir de um sintoma de retenção urinária, aparentemente inespecífico do ponto de vista neurológico, até que se prove o contrário, houve a percepção de motivos clínicos relevantes que despertaram a suspeita clínica e epidemiológica de uma afecção de SNC considerada rara, atualmente, a tabes de dorsalis. Posteriormente, após uma investigação neurológica mais ativa e aprofundada, constatou-se o diagnostico de tabes dorsalis.

O presente trabalho obteve a devida autorização do paciente para utilização de sua história clínica e resultado de exames, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a autorização do

médico assistente e a autorização da instituição hospitalar, o Hospital Municipal Universitário de Taubaté, além da aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 92879825.1.0000.5501 e parecer 7.991.107.

DETALHAMENTO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 66 anos, natural e procedente de Taubaté, São Paulo, buscou assistência médica na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**,** devido à queixa de retenção urinária, com início em 2018, evoluindo com piora recente do quadro, relatada como diminuição da diurese, ao final de 2024. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço, corado e hidratado, porém emagrecido. Apresentava redução de força muscular em membros inferiores e ataxia de marcha, sem déficits neurológicos focais adicionais. Além disso, relatava, também, constipação intestinal, anorexia, perda ponderal de 5 kg no último semestre, déficit de memória e comprometimento cognitivo.

Paciente informou que toda essa clínica iniciou há 5 anos, mas não atribuiu gravidade aos sintomas e não buscou atendimento especializado na época. Somente quando houve piora a disfunção miccional, há 3 meses, que resolveu procurar serviço médico. Além disso, refere ser tabagista 100 maços/ano e ex-etilista (cessou há 6 anos). Paciente acabou por ser internado devido à suspeição de infecção do trato urinário (ITU) e prescrito sonda vesical de demora (SVD) para controle da diurese, sem evidências clínicas de bexigoma no momento. Entretanto, não houve sucesso no procedimento sendo, portanto, orientado a procurar por uma avaliação urológica para investigar possíveis etiologias que justificassem o insucesso da sondagem, como hiperplasia prostática benigna.

Após a alta, paciente procurou médico urologista, conforme orientação, para investigar possíveis causas que levaram ao insucesso da passagem da SVD. Após anamnese e exame físico detalhados, o urologista assistente suspeitou de provável neurossífilis, mais especificamente tabes dorsalis, e solicitou exames laboratoriais direcionados, além de uretrografia miccional. Em ambiente ambulatorial, foi possível realizar a passagem de SVD, sem intercorrências, pelo urologista assistente, e, a princípio, foram afastadas outras hipóteses secundárias como estenose de uretra e hiperplasia prostática benigna clinicamente significativa. Paciente negou conhecimento de história prévia de quaisquer infecções sexualmente transmitidas (IST) previamente.

Dentre esses exames laboratoriais, evidenciou-se FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) IgG (Imunoglobulina G) positivo, FTA-ABS IgM (Imunoglobulina M) negativo e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) 1/256. Outras sorologias para hepatite B, hepatite C e HIV (Vírus da Imunodeficiêcnia Humana) foram não reagentes. A uretrografia miccional revelou uma bexiga com sinais de retenção de grande volume de urina, uretra peniana com forma e calibre normais com área de sub-estenose à montante da uretra prostática, sem obstáculo ao fluxo. Impossibilitado a realização de outras incidências miccionais devido à incapacidade de injetar quantidades suficientes de contraste na bexiga, já bem distendida por urina. Após análise dos resultados e suspeita de neurossífilis, paciente foi encaminhado ao infectologista, pelo médico urologista assistente, para uma avaliação mais detalhada.

O médico infectologista, também concordando com a suspeição de tabes dorsalis, orientou que o paciente retornasse à UPA, com encaminhamento para internação e realização de punção liquórica. Paciente ficou internado um dia, em UPA, quando exames laboratoriais mostraram persistência de ITU, com leucocitúria com mais de 1.000.000 de leucócitos e nitrito positivo. Iniciado antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona. Em seguida, foi transferido ao Hospital Municipal Universitário de Taubaté (HMUT) para seguimento do tratamento e da investigação etiológica.

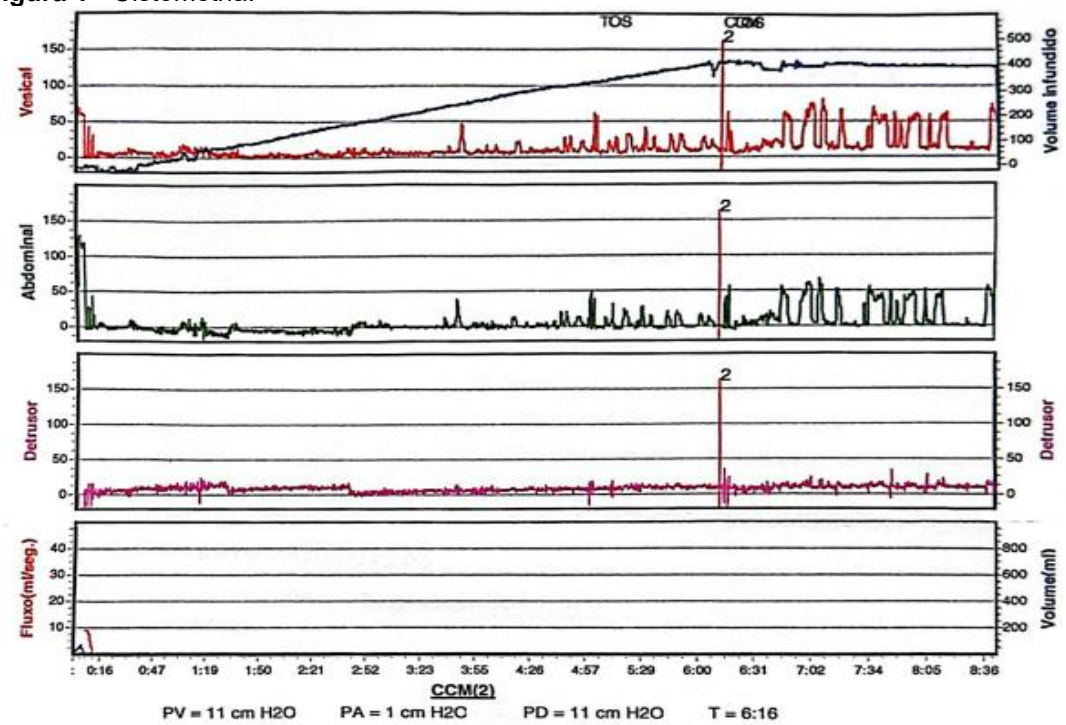
Paciente foi admitido, no HMUT, com diagnóstico inicial de retenção urinária à esclarecer. Diante da suspeição de tabes dorsalis, mais exames laboratoriais, exame de urina, urocultura e punção liquórica foram solicitados. O exame de urina mostrou, novamente, persistência de leucocitúria com mais de 1.000.000 de leucócitos e nitritos positivos sendo, portanto, escalonado antibiótico para sulfametoxazol+trimetoprima endovenoso. Exames laboratoriais evidenciaram teste treponêmico e VDRL reagentes, sendo iniciado penicilina cristalina 5.000.000UI endovenosa, uma vez que paciente não apresentava *status* musculoesquelético suficiente para administração da medicação intra-muscular.

O líquor, coletado 4 dias depois do início da antibioticoterapia direcionada, apresentava-se incolor e límpido, VDRL reagente 1/8, proteinorraquia moderada (88 mg/dL), glicorraquia normal (78 mg/dL) e pleocitose (17 leucócitos, com predomínio linfocitário de 97%) e LDH (lactato desidrogenase) de 53. A pesquisa de anticorpos IgM no líquor, pelo teste de FTA-ABS, não foi reagente. Paciente evoluiu com boa resposta neurológica e sem intercorrências no período. Recebeu alta após os 14 dias de penicilina cristalina endovenosa com orientações de buscar por avaliação especializada para seguimento ambulatorial com neurologista, urologista e infectologista, além de controle sorológico com VDRL em dois meses.

Diante da associação entre disfunção esfincteriana, alterações de marcha, tempo de exposição à sífilis indeterminado e déficits motores progressivos, somados à presença de VDRL positivo em líquor, proteinorraquia e pleocitose linfocitária, foi confirmada a hipótese diagnóstica de neurossífilis, mais especificamente tabes dorsalis. A hipótese de Tabes dorsalis foi concluída devido ao predomínio de manifestações compatíveis com acometimento das raízes nervosas dorsais e das colunas posteriores da medula espinhal. O paciente apresentava ataxia de marcha, desequilíbrio, disfunção esfincteriana, déficits sensitivos e motores em membros inferiores e comprometimento de cognição e de memória, possivelmente, relacionados ao próprio impacto da doença avançada, mas não é possível desconsiderar a possibilidade de uma neurossífilis meningoencefálica associada.

Quatro meses após o diagnóstico, tratamento e VDRL não tituláveis, foi solicitada uma cistometria (**Figura 1**) ambulatorial pelo urologista assistente. O laudo do exame identificou um músculo detrusor hipoativo, a partir dos seguintes achados: “não apresentou micção para fluxo inicial após a retirada da sonda; capacidade e complacência preservadas; sensibilidade reduzida/ ausente, não apresentando desejo miccional na cistometria; músculo detrusor estável durante o enchimento; sem perdas nas manobras de esforço; no estudo miccional, não apresentou micção espontânea, novamente, mesmo com uso de prensa abdominal”. Importante esclarecer que, mesmo após quatro meses do tratamento adequado, observou-se, ainda, à cistometria, um músculo detrusor hipoativo. Isso pode significar uma possibilidade de sequela neurológica vesical ou, ainda, uma recuperação funcional parcial que pode se reestabelecer posteriormente.

Figura 1 - Cistometria.



Legenda: PV: Pressão Vesical; PA: Pressão Abdominal; PD: Pressão Detrusora; T 6:16: momento, em minutos, em que foi aplicada uma manobra de esforço; CCM: Capacidade Cistométrica Máxima. **Fonte:** Cantini BR, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A sífilis é uma das principais infecções sexualmente transmissíveis, no Brasil e no mundo. A prevalência de sífilis, no Brasil, manteve-se elevada ao longo dos últimos anos, sendo portanto, um tema de extrema importância para a vigilância em saúde. Consoante o Boletim Epidemiológico, do Ministério da Saúde, de 2025, o Brasil constatou 1.902.301 casos de sífilis adquirida entre 2010 e junho 2025, 810.246 casos de sífilis em gestantes entre 2005 e junho 2025 e 369.468 casos de sífilis congênita entre 1999 e junho de 2025 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

A sífilis possui diferentes fases evolutivas, que apresentam respectivas manifestações e janelas imunológicas específicas de cada estágio. Essas fases, podem ser, didaticamente, divididas em: sífilis primária, sífilis latente recente, sífilis secundária, sífilis latente tardia e sífilis terciária. Conforme o proceder dessas fases, mais intensa a disseminação do agente etiológico, o *Treponema pallidum*, e pior o prognóstico da doença (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BHANDARI J, et al., 2026; FRANCO GM, et al, 2009; MARTINS B, et al., 2024).

A neurossífilis é uma das manifestações que compõem, principalmente, a sífilis terciária, embora possa ocorre em qualquer fase evolutiva da infecção. Nela, o *T. pallidum* atravessa a barreira hemato-encefálica e, juntamente com a ação direta do microrganismo ao SNC, há o desencadeamento de uma reação imunológica secundária que, mediada especialmente por linfócitos e plasmócitos, promovem uma resposta inflamatória local e acabam por gerarem os sintomas neurológicos (BHANDARI J, et al., 2026; HA T, et al., 2026; NASSAR TOBON AC, et al., 2020; WU S, et al., 2024).

A meninge é, então, infiltrada pela espiroqueta e, também, agredida pelo processo inflamatório subjacente, desencadeando uma meningite que, inicialmente, é assintomática. Existe a possibilidade da infecção se manter assintomática por muitos anos e, até memso, resolver-se espontâneamente sem sintomas clínicos, porém, eventualmente, se não tratada de maneira adequada, pode evoluir, tardiamente, com sintomas neurológicos e aumento de morbidade (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BHANDARI J, et al., 2026; BLOCH N, et al., 2025; HA T, et al., 2026; MARTINS B, et al., 2024; NASSAR TOBON AC, et al., 2020).

A meningite sifilítica sintomática, em geral, apresenta-se após 1 anos do início do processo infeccioso. Dentre suas possíveis manifestações clínicas, destacam-se a cefaleia, o meningismo, a hipoacusia, a vertigem, o zumbido, a paralisia de pares cranianos (em especial, os pares II, VI, VII e VIII), a coriorretinite, a neuropatia óptica, a fotofobia, a hipertensão intracraniana, a convulsão, as afasias e a hemiplegia (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BLOCH N, et al., 2025; NASSAR TOBON AC, et al., 2020).

Com a evolução natural da doença, a próxima etapa desse processo infeccioso é a sífilis meningovascular, secundária ao comprometimento dos vasos sangíneos, além das meninges. Esta forma de neurossífilis costuma surgir após 6 a 7 anos da infecção. A sífilis meningovascular pode levar a uma meningomielite sifilítica, ocasionando incontinência intestinal e vesical, mielopatia progressiva, paralisia de pares cranianos, acidente vascular encefálico, parestesia dos membros inferiores e, até, paraplegia (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BLOCH N, et al., 2025; CREECH KT, et al., 2021; NASSAR TOBON AC, et al., 2020; PANDEY S, 2011).

A forma parenquimatosa da neurossífilis é uma manifestação mais tardia da doença e ocorre devido à invasão da espiroqueta no tecido encefálico, tronco cerebral e, mais intensamente, na medula espinal, desencadeando reações imunológicas e inflamatórias localmente importantes, denominadas de tabes dorsalis e a paresia generalizada (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BLOCH N, et al., 2025; HAMIL MM, et al., 2024; NASSAR TOBON AC, et al., 2020).

A tabes dorsalis se refere à desmielinização das raízes nervosas dorsais e dos seus respectivos gânglios e do corno posterior da medula, principalmente, ao nível torácico inferior e lombossacral, surgindo, em média, 15 a 30 anos após infecção. Dentre o quadro clínico que pode se manifestar, tem-se ataxia sensorial, Sinal de Romberg positivo, dor no tronco e nos membros inferiores (Sinal de Pitre, Sinal de Biernacki, Sinal de Abadie), alteração da propriocepção, articulação de Charcot, paraparesia com arreflexia

dos membros inferiores e incontinências intestinal e vesical. Ademais, pode haver acometimentos pupilares, levando, principalmente, a "pupila de Argyll-Robertson". Os mais prevalentes são a marcha atáxica associada a hiporreflexia e as dores intensas em extremidades e coluna espinal. Associado a isso, as disfunções vesicais e intestinais também apresentam importante participação clínica (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BLOCH N, et al., 2025; FRANCO GM, et al, 2009; MARTINS B, et al., 2024; NASSAR TOBON AC, et al., 2020; PANDEY S, 2011; TILBERY CP, et al., 1977; ZHU Z, et al., 2024).

A paresia generalizada, com início da manifestação igualmente longeva à tabes dorsalis, pode cursar com demência progressiva, tremor, disartria, pupila de Argyll Robertson (em menos da metade dos casos) e síndromes psiquiátricas, como alucinação, ilusão, paranoia, dentre outros (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006; BLOCH N, et al., 2025; HAMIL MM, et al., 2024; NASSAR TOBON AC, et al., 2020). De modo geral, os principais sinais e sintomas da neurossífilis, apesar de inespecíficos e potencialmente assintomáticos ou oligossintomáticos (CICCARESE G, et al., 2024), englobam a ataxia de marcha, paresia ou parestesia ou plegia, distúrbios psiquiátricos, alterações oftalmológicas e otológicas, além de flutuações do nível de consciência e da memória (WU S, et al., 2024; ZUKERMAN E, et al., 1983).

A avaliação da dinâmica excretora na tabes dorsalis é importante para ampliar as possibilidades diagnósticas a fim de suspeitá-la quando a história clínica for condizente. Referente ao campo da urologia, a tabes dorsalis pode cursar com disfunções vesicais, como incontinência ou retenção urinária, denominada de "bexiga tabética". Em 1990, Hattori T et al., realizaram um estudo urodinâmico em 8 pacientes diagnosticados com tabes dorsalis que, após avaliação criteriosa com o exame dígito-retal e a uretrocistografia retrógrada, descartaram outros fatores que pudessem interferir na micção, como doenças urinárias obstrutivas. Puderam observar que 4 pacientes apresentaram retenção urinária, 5 pacientes apresentaram sintomas irritativos e, 3 pacientes, sintomas de incontinência urinária (HATTORI T, et al., 1990).

O fator central por trás da disfunção vesical na tabes dorsalis compreende-se no acometimento da inervação autonômica das vias urinárias, podendo interferir tanto nas atividades do músculo detrusor quanto nas contrações esfincterianas. Como a tabes dorsalis promove a desmielinização das raízes nervosas dorsais e afeta o corno posterior da medula, responsáveis por intermediar os estímulos sensoriais, associada à angiopatia do próprio estágio evolutivo da infecção, é capaz de causar uma descoordenação substancial na sincronia entre os estímulos simpático e parassimpático. Estes sistemas, o simpático e o parassimpático, formam o sistema nervoso autônomo, responsável por coordenar diversas funções orgânicas do organismo, incluindo o relaxamento e a contração dos músculos detrusor e esfincterianos. Portanto, é possível compreender o motivo pelo qual a tabes dorsalis, e a neurossífilis como um todo, são capazes de causar desautonomias e disfunções diversas pelo organismo (BHANDARI J, et al., 2026; CREECH KT, et al., 2021; HA T, et al., 2026; LEBOUEF T, et al., 2026; TATU L e BOGOUSSLAVSKY J, 2021).

Um detalhe importante a ser considerado é quanto ao fato de alcançar o diagnostico definitivo de tabes dorsalis, como nesse relato. O diagnostico, basicamente, baseia-se em sintomatologia típica, embora exista há possibilidade de quadros atípicos, e análise de LCR com alterações típicas, como aumenatdo de VDRL, proteinorraquia e pleocitose com predomínio linfocitário. Alterações imaginonólicas do SNC, no tabes dorsalis, são infrequentes (BHANDARI J, et al., 2026; ZHU Z, et al., 2024). Entretando, o *Guideline* Europeu de Manejo da Sífilis, de 2020, destaca que, na tabes dorsalis, a contagem de leucócitos no LCR pode ser normal (JANIER M, et al., 2021).

Essas manifestações tardias da neurossífilis, em especial, a tabes dorsalis, possuíram importante prevalência nos séculos passados, chegando ao ponto da tabes dorsalis ter sido a doença crônica da medula espinal mais comum do século XIX. Entretanto, com o advento da penicilina e estratégias de rastreamento e tratamento precoce da sífilis no período perinatal, ela passou a ser cada vez mais infrequente sendo considerada, atualmente, como uma manifestação rara de neurossífilis (CICCARESE G, et al., 2024; COUTO CE, et al., 2017; CREECH KT, et al., 2021; HATTORI T, et al., 1990; TATU L e BOGOUSSLAVSKY J, 2021; ZUKERMAN E, et al., 1983).

Em suma, é possível observar a indubitável importância da avaliação multidisciplinar, uma vez que um sintoma urológico, associado a uma anamnese e avaliação neurológica detalhada, levaram à suspeição diagnóstica de uma doença infectocontagiosa que, posteriormente, foi confirmada, uma vez que se trata de um diagnostico clínico, laboratorial e epidemiológico (BHANDARI J, et al., 2026).

Caso não houvesse este raciocínio clínico integrado, haveria um atraso no diagnóstico e, portanto, um atraso em se alcançar o tratamento curativo adequado. Logo, é fundamental ter a noção da ampla possibilidade de manifestações clínicas que podem existir em doenças que afetam diversos sistemas orgânicos simultaneamente, como a sífilis.

No caso da neurossífilis, mais especificamente, a tabes dorsalis, é importante compreender sua gama de manifestações até porque a retenção urinária foi o sintoma clínico mais relevante que levou o paciente a procurar assistência médica. A tabes dorsalis, atualmente, é considerada uma manifestação rara da sífilis e seu relato é de extrema relevância para que os profissionais se atentem em expandir suas hipóteses diagnósticas, mesmo em uma época em que o tratamento para sífilis encontra-se muito bem estabelecido e, portanto, difícil alcançar fases tão tardias da doença.

O caso demonstrou a importância da investigação ampliada da retenção urinária persistente, principalmente, quando associada a alterações neurológicas. Os achados clínicos, sorológicos e liquóricos

confirmam o diagnóstico de neurossífilis, enquanto o padrão de ataxia, alterações sensitivas e motoras e disfunção esfincteriana sustentam o diagnóstico de tabes dorsalis. Após o tratamento, observou-se evolução neurológica favorável, apesar da avaliação urodinâmica, após quatro meses do tratamento, demonstrar persistência de algum grau de disfunção vesical secundária à hipoatividade do músculo detrusor. O caso reforça a importância da avaliação multidisciplinar e da consideração da neurossífilis no diagnóstico diferencial de manifestações urológicas associadas a sinais neurológicos.

REFERÊNCIAS

1. AVELLEIRA JCR, BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2006; 81(2): 111-126.
2. BHANDARI J, et al. Tabes dorsalis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2026.
3. BLOCH N, et al. Tabes dorsalis: a rare presentation of neurosyphilis in Western Europe. BMJ Case Reports, 2025; 18: e262492.
4. CICCARESE G, et al. Atypical manifestations of syphilis: a 10-year retrospective study. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(6): 1603.
5. COUTO CE, et al. Congenital syphilis: performance of primary care services in São Paulo, 2017. Revista de Saúde Pública, 2023; 57: 78.
6. CREECH KT, et al. Tabes dorsalis in a patient presenting with right lower extremity paresthesia and cervical spine pain. Cureus, 2021; 13(3): e14011.
7. ERTURK E, et al. Voiding dysfunction in tertiary syphilis. Urology, 1987; 30(3): 284-286.
8. FRANCO GM, et al. Relato de caso insólito de neurossífilis. Revista Médica de Minas Gerais, 2009; 19(1): 75-79.
9. HAMILL MM, et al. State-of-the-art review: neurosyphilis. Clinical Infectious Diseases, 2024; 78(5): e57-e68.
10. HA T, et al. Neurosyphilis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2026.
11. HATTORI T, et al. Disorders of micturition in tabes dorsalis. British Journal of Urology, 1990; 65(5): 497-499.
12. JANIER M, et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2021; 35(3): 574-588.

13. LEBOUEF T, et al. Physiology, autonomic nervous system. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2026.
14. MARTINS B, et al. Abordagem diagnóstica, terapêutica e de monitorização na suspeita de neurossífilis: proposta de protocolo clínico. Acta Médica Portuguesa, 2024; 37(12): 871-882.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Sífilis 2025. Número Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
16. NASSAR TOBON AC, et al. Tabes dorsal y meningitis sifilítica en paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Acta Neurológica Colombiana, 2020; 36(4): 232-242.
17. PANDEY S. Magnetic resonance imaging of the spinal cord in a man with tabes dorsalis. Journal of Spinal Cord Medicine, 2011; 34(6): 609-611.
18. TATU L, BOGOUSSLAVSKY J. Tabes dorsalis in the 19th century: the golden age of progressive locomotor ataxia. Revue Neurologique, 2021; 177(4): 376-384.
19. TILBERY CP, et al. Hipotensão postural na tabes dorsalis: registro de um caso. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1977; 35(1): 74-77.
20. WU S, et al. Neurosyphilis: insights into its pathogenesis, susceptibility, diagnosis, treatment, and prevention. Frontiers in Neurology, 2024; 14: 1340321.
21. ZHU Z, et al. Tabes dorsalis in HIV-negative patients: clinical features, neuroimaging, and laboratory insights in the modern antibiotic era. Infection and Drug Resistance, 2024.
22. ZUKERMAN E, et al. Incidência da neurossífilis e frequência de suas formas clínicas no período de 1962-1981. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1983; 41(4): 337-342.