

SÍFILIS EM APRESENTAÇÃO COM FASES SOBREPOSTAS: COMO CONDUZIR?

SYPHILIS IN PRESENTATION WITH OVERLAPPING PHASES: HOW TO LEAD?

Fred Bernardes Filho¹, Maria Victória PQ Santos¹, Lorena BA Cariello², Veronica V-B Ferrari², Amanda C Serra², Andreia O Alves³, Shimelis N Doni⁴, José AC Nery⁵

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de alta prevalência, especialmente nos países em desenvolvimento, e costuma ser denominada a “grande imitadora”, devido seu polimorfismo lesional. A divisão da doença em fases é apenas didática e tem importância no manejo terapêutico, entretanto a sífilis deve ser tratada como doença dinâmica, pela possibilidade de sobreposição de seus estágios. Os autores relatam dois casos em que há concomitância do primarismo com o secundarismo sífilítico e enfatizam a importância da avaliação global do paciente em DST.

Palavras-chave: sífilis, doenças sexualmente transmissíveis, DST

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease of high prevalence, especially in underdeveloped countries, and is often called the “great imitator” due to its versatile and varied disease presentations. The disease’s division into stages is only didactic and has importance in the therapeutic management, however syphilis should be managed as a dynamic disease, due to its possibility of overlapping stages. The authors report two cases in which there is concomitance of primary and secondary syphilis and emphasize the importance of patient global assessment in STD.

Keywords: syphilis, sexually transmitted diseases, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das principais doenças sexualmente transmissíveis (DST), sendo causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. Manifesta-se com lesões de pele e mucosas, podendo haver acometimento sistêmico. O conhecimento da história natural da doença facilita o diagnóstico correto, os exames laboratoriais a serem solicitados, o tratamento a ser instituído e o acompanhamento posterior, os quais variarão com o estágio da doença. Em geral, passa por três estágios: primário, secundário e terciário. Entre essas fases podem ocorrer períodos de silêncio clínico, apenas com reações sorológicas positivas.

A sífilis primária apresenta um cancro único, indolor, bem delimitado, que surge no local de inoculação em média 3 semanas após a infecção e tem resolução em 3 a 6 semanas, podendo estar acompanhado de adenopatia inguinal unilateral ou bilateral⁽¹⁾. Pacientes com sífilis secundária podem apresentar sintomas sistêmicos que

incluem cefaleia, febre, anorexia, perda de peso, dor de garganta e mialgia. Os principais sinais dermatológicos desta fase incluem exantema maculopapular, micropoliadenopatia generalizada, condiloma plano, placas mucosas e alopecia⁽²⁻⁵⁾. A fase terciária, por sua vez, é caracterizada por lesões gomosas, associadas a manifestações sistêmicas como doenças cardiovasculares e neurológicas. Esta grande variedade de manifestações clínicas fez com que a sífilis passasse a ser reconhecida como doença “imitadora”.

É doença transmitida por via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita). O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. O risco de contágio varia de 10 a 60%, conforme a maioria dos autores.

O encurtamento dos períodos de silêncio clínico é comumente visto em pacientes que apresentam coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), havendo a possibilidade de o cancro persistir durante o estágio secundário⁽⁶⁻⁹⁾. Não é usual tal alteração cronológica em pacientes sem essa coinfeção.

Apresentamos dois casos de pacientes com persistência de cancro duro no secundarismo sífilítico e alertamos para a perda de qualidade no atendimento médico quando uma anamnese cuidadosa e uma boa avaliação clínica não são aplicadas, principalmente em DST.

RELATO DE CASO

Caso 1

Paciente masculino, 23 anos de idade, natural e residente da Etiópia, apresentou, há 4 semanas, história de uma úlcera indolor na glândula peniana e de 1 semana de exantema maculopapular. O paciente relatou ter múltiplos parceiros sexuais e não usar preservativo. Ao exame dermatológico, havia uma úlcera única, indolor, com fundo limpo, localizada na glândula (**Figura 1**), além de inúmeras pápulas localizadas na fenda glútea, bolsa escrotal, região

Trabalho realizado no Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil e do Africa Leprosy Research and Training Center (ALERT), Etiópia.

¹ Pós-graduando de Dermatologia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ), Brasil.

² Acadêmica de medicina estagiária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ), Brasil.

³ Acadêmica de medicina pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Brasil.

⁴ Consultor dermatovenereologista do Africa Leprosy Research and Training Center (ALERT), Etiópia.

⁵ Chefe do Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum.



Figura 1 – Paciente caso 1. Úlcera indolor única na glânde peniana (cancro duro).

inguinocrural e área púbica (**Figura 2**). Havia também erupção cutânea simétrica maculopapular na região palmoplantar e, também, no tronco e períneo, acompanhada de linfadenopatia inguinal bilateral. O diagnóstico de sífilis foi confirmado com os testes de laboratório: Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) 1/32 e *Treponema pallidum* hemaglutinação (TPHA) positivo. O tratamento foi realizado com penicilina G benzatina 4,8 milhões de unidades, divididas em duas doses com intervalo de 7 dias. O paciente apresentou boa evolução, com cura clínica.

Caso 2

Paciente masculino, de 21 anos, apresentava surgimento de lesão ulcerativa, indolor, medindo 1 cm, localizada na glânde há 3 semanas e, há 10 dias, placas eritematosas pruriginosas e várias pápulas localizadas na bolsa escrotal. Havia sido clinicamente diagnosticado com eczema escrotal e tratado com esteróides tópicos e anti-histamínicos orais, sem qualquer melhora. Queixava-se de rarefação capilar.



Figura 2 – Paciente caso 1. **a-d**. Múltiplas pápulas localizadas no dorso (**a**), na região púbica com linfadenopatia (**b**), prega glútea (**c**) região axilar (**d**).



Figura 3 – Paciente caso 2. Lesão ulcerativa na glândula peniana.

É HIV-soronegativo, tem múltiplas parceiras e não usa preservativo. Ao exame ectoscópico, observamos úlcera de 1 cm de diâmetro, fundo limpo, localizada na glândula peniana (**Figura 3**), micropoliadenopatia generalizada e alopecia (**Figura 4**). Realizados testes sorológicos para sífilis: VDRL com titulação de 1:64 e teste de aglutinação para o *Treponema pallidum* (FTA-ABS-IgM) com resultado positivo. Foi estabelecido o diagnóstico de sífilis, sendo compatível clinicamente tanto com a forma primária quanto com a secundária da doença. Foi instituído tratamento com penicilina G benzatina, 4,8 milhões de unidades, divididas em duas doses com intervalo de 7 dias.

DISCUSSÃO

Nos últimos 20 anos, tem havido um aumento gradual de novos casos de sífilis, salientando a importância da educação médica continuada^(10,11). A epidemia do HIV alterou drasticamente o com-



Figura 4 – Paciente caso 2. **a.** Eczema escrotal; **b.** micropoliadenopatia inguinal; **c-d.** linfadenopatia na região torácica esquerda e na região cervical (setas vermelhas); **e-f.** alopecia em clareira.

portamento das doenças sexualmente transmissíveis. Paciente com uma DST geralmente apresenta maior risco de transmissão do HIV, sendo imperativo que médicos que trabalhem com DST tenham este conhecimento, contribuindo assim para o controle da endemia da AIDS⁽¹¹⁾.

Apesar do reconhecimento de que ocorreram mudanças no comportamento clínico de várias doenças nos pacientes coinfectados por HIV, tem sido observado no dia a dia ambulatorial que este sinergismo também pode ser bastante comum em doentes soronegativos para o HIV. Isto é de grande importância e tem implicação no manejo da doença.

A fase secundária é a com maior expressão clínica, tendo grande polimorfismo lesional, e sua abordagem exige uma anamnese e um exame clínico criterioso. É descrito na literatura eczema escrotal como apresentação de sífilis secundária⁽¹²⁾. Pacientes com evidências clínicas e laboratoriais de secundarismo devem ser tratados com esquema apropriado para tal estágio, apesar do cancro persistente. Pacientes corretamente tratados são considerados curados. A cura bacteriológica processa-se antes da cura clínica e para controle de cura deve-se solicitar VDRL aos 3, 6 e 12 meses⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

O reconhecimento da sífilis como doença dinâmica e sistêmica permite o correto diagnóstico e tratamento, mesmo nos casos em que a doença apresente fases sobrepostas, sendo assim possível contribuir para a quebra da rede epidemiológica e prevenção de novos casos. A boa relação médico-paciente é importante para aconselhamento do paciente, que deve ser encorajado a comunicar o parceiro e estimulado a usar preservativos na relação sexual.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):111-26.
2. Carlesimo M, Palese E, Mari E, Feliziani G, La Pietra M, De Marco G et al. Isolated oral erosions: an unusual manifestation of secondary syphilis. *Dermatol Online J.* 2008;14(2):23.
3. Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Straten M, Carrasco D, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(3):409-32.
4. Oliveira EVL, Rocha-Filho JA, Monteiro AA, Pozzetti EMO, Antonio JR. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. *An Bras Dermatol.* 2007;82(2):163-7.
5. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenço SQC, Dias EP. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. *J bras Doenças Sex Transm.* 2006;18(3): 190-193.
6. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde; 2010. Boletim epidemiológico AIDS/DST: versão preliminar. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf. Acessado em: 24 mai 2012.
8. Agins BD, Bacon O, Balano K et al. U.S. Department of Health and Human Services. Guide for HIV/AIDS Clinical Care. Rockville, 2011. p. 491-97. Disponível em: http://www.newarkema.org/pdf/reports/CM_Jan2011.pdf. Acessado em: 25 mai 2012.
9. Association of Public Health Laboratories (APHL). Laboratory Diagnostic Testing for Treponemapallidum. Expert Consultation Meeting Summary Report, January 13-15, 2009, Atlanta, GA. Disponível em: <http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/LaboratoryGuidelinesTreponemapallidumMeetingReport.pdf>. Acessado em: 25 mai 2012.
11. Ho EL, Lukehart SA. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *J Clin Invest.* 2011;121(12):4584-92.
12. Karumudi UR, Augenbraun M. Syphilis and HIV: a dangerous duo. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2005;3(5):825-31.
13. Jeong E, Oh ST, Lee JY, Cho BK. Secondary syphilis presenting as scrotal eczema. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(6):1099-1101.
14. Azulay RD, Azulay DR. Sífilis. In: Azulay DR. *Dermatologia.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 379-93.

Endereço para correspondência:

FRED BERNARDES FILHO

Rua Marquês de Caxias, 9, Sobrado

Centro. Niterói – RJ, Brasil. CEP: 24030-050

Tel.: (00 55 21) 2542-6658

Fax: (00 55 21) 2544-4459

E-mail: f9filho@gmail.com

Recebido em: 05.09.2012

Aprovado em: 09.11.2012