

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS MANIFESTAÇÕES DA SÍFILIS E DA AIDS COM LÍQUEN PLANO NA BOCA: RELATO DE CASO

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MANIFESTATIONS OF SYPHILIS AND AIDS WITH LICHEN PLANUS IN MOUTH: CASE REPORT

Andrea B Moleri¹, Camila B Lobo², Felipe R Santos³, Ednaldo José da Silva⁴,
Cresus Vinícius D Gouvêa⁵, Luiz Carlos Moreira⁶

RESUMO

A sífilis segue um curso semiológico em que aparece, desaparece e ressurge com variados sinais e sintomas, exigindo dos examinadores conhecimentos clínicos e laboratoriais que os conduzam ao seu diagnóstico. A disseminação do *Treponema pallidum* envolve praticamente todos os sistemas orgânicos, dificultando diagnósticos e justificando a histórica consagração de que a sífilis é uma grande simuladora de várias outras doenças. A mucosa bucal é importante área sinalizadora para o reconhecimento da doença através de exame clínico sistemático e detalhado. Infelizmente, a incidência e prevalência de sífilis no mundo não expressa sinais claros de pronunciada diminuição, sobretudo na América Latina e nos países ditos emergentes. O propósito do presente trabalho é relatar o caso de um paciente com manifestações clínicas de sífilis e aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) na boca, que foram primariamente interpretadas como líquen plano.

Palavras-chave: exame clínico, sífilis, líquen plano, boca, aids, DST

ABSTRACT

Syphilis follows a semiological course in which it appears, disappears, and reappears with various signs and symptoms, demanding clinical and laboratorial knowledge that lead to its diagnosis from examiners. The dissemination of *Treponema pallidum* involves practically all of the organic systems, complicating diagnosis and justifying the historic consecration that syphilis is a large simulator of various other diseases. The oral mucosa is an important signaling area for disease recognition by way of a systematic and detailed clinical examination. Unfortunately, the incidence and prevalence of syphilis in the world does not express clear signs of pronounced decrease, especially in Latin America and in the so-called emerging countries. The purpose of the present study is to report the case of a patient with clinical oral manifestations of syphilis and aids (acquired immunodeficiency syndrome) that were primarily interpreted as lichen planus.

Keywords: clinical examination, syphilis, lichen planus, mouth, aids, STD

INTRODUÇÃO

A inoculação do *Treponema pallidum* por práticas sexuais em um indivíduo, principalmente em áreas genital, anal ou bucal, após o tempo de incubação em média de 2 a 3 semanas, provoca o aparecimento do cancro duro, sob a forma de uma úlcera de borda elevada e endurecida, constituindo a lesão representativa da fase primária da sífilis^(1,2).

O cancro duro é o melhor e mais fácil momento clínico para o diagnóstico e tratamento da doença dentro da cronologia de sua história natural⁽³⁾. No entanto, tal fato não constitui rotina quando do atendimento de pacientes portadores de sífilis. As justificativas por parte dos pacientes em não procurarem um médico nesta fase inicial baseiam-se na falta de sintomatologia dolorosa da lesão, localizações imperceptíveis, regressões espontâneas da lesão, auto-

percepção de que são meros traumatismos decorrentes da prática de sexo e especialmente por desinformação quanto ao valor dos preservativos como regra para a prática sexual segura. Por outro lado, em algumas situações, mesmo quando os pacientes na fase inicial da doença procuram atendimento médico, ocorrem falhas de diagnóstico^(4,5).

A sífilis segue um curso semiológico regido por períodos cronológicos em que aparece, desaparece e ressurge com uma miríade de sinais e sintomas que tornam a doença comparável a um caleidoscópio de mil e uma imagens, exigindo dos examinadores conhecimentos, habilidades e práticas clínicas e laboratoriais que os conduzam ao seu diagnóstico^(1,2).

É justamente na fase secundária da doença, quando o microrganismo se dissemina de forma sistêmica, que ocorre uma explosão diversificada de sinais e sintomas que envolvem órgãos internos e áreas mucocutâneas, justificando plenamente a histórica consagração de que a doença mimetiza inúmeros e diversos quadros clínicos como uma “grande simuladora”^(2,3).

A penicilina, descoberta em 1928 por Fleming, surgiu comercialmente entre 1940-1950 como antibiótico e universalizou-se como forma eficaz de tratamento da sífilis. Tal fato foi derrubando significativamente os números epidemiológicos da doença^(2,4). Paradoxalmente, este resultado positivo no enfrentamento da doença foi deixando uma lacuna representativa na formação semiológica médica e odontológica, pois reduzia a incidência de um modelo fantástico de doença que constitui uma fonte inesgotável de aprendizado em clínica médica⁽⁴⁾.

O nosso propósito é relatar o caso de um paciente que fora encaminhado ao nosso serviço para a avaliação de lesões sugestivas de líquen-plano, em que os caminhos diagnósticos percorridos nos levaram ao quadro de sífilis e aids.

¹ Professora Assistente de Diagnóstico Bucal I e II da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF; Coordenadora do Núcleo Integrado de Estomatologia da Universidade do Grande Rio; Mestre em Morfologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

² Aluna da Graduação em Odontologia da Universidade do Grande Rio; Monitora do Laboratório de Apoio ao Diagnóstico Oral – Unigranrio.

³ Especialista em Estomatologia pela Universidade do Grande Rio; Especializando em Implantodontia Oral na Odontoclínica Central da Marinha.

⁴ Professor do Curso de Especialização em Estomatologia da Universidade do Grande Rio.

⁵ Coordenador do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFF

⁶ Professor Adjunto IV de Diagnóstico Bucal I e II e Câncer Bucal da Faculdade de Odontologia da UFF Mestre em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS pelo Setor de DST da UFF.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, melanoderma, solteiro, nível fundamental de escolaridade, apresentou-se no setor de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense (FO-UFF) – Niterói, Brasil, encaminhado por uma dermatologista após atendimento em um posto de saúde do mesmo município com suspeita diagnóstica de líquen plano e candidose na boca. Para esta última condição o paciente apresentava uma prescrição terapêutica de nistatina em solução para bochechos. Como parte do encaminhamento, constava uma solicitação de biópsia para confirmação do diagnóstico de líquen plano.

A queixa principal do paciente foi de que “sentia gosto ruim na boca e tinha dificuldade para engolir, pois estava com dor de garganta”. Logo no início da anamnese, em que concomitantemente o examinador inspecionava as partes visíveis do corpo do paciente à procura de sinais ectoscópicos, observou-se uma cicatriz de aspecto recente linear localizada no couro cabeludo no lado direito da região parietal. Questionado sobre a origem de tal cicatriz, o paciente informou que fora espancado há 3 meses, sofrendo com hematomas, escoriações e fratura do antebraço direito envolvendo o rádio e a ulna. Continuando sua narrativa de forma espontânea, relatou sua condição de homossexual.

Após essa declaração, a anamnese seguiu e o paciente relatou ser usuário contumaz de cocaína, fumante de maconha e exagerar no consumo de bebidas alcoólicas, e não ter atividade laboral constante.

Negou conhecimento sobre doenças progressivas importantes, outros episódios de internações, passados de tratamentos cirúrgicos, considerando-se um indivíduo “com saúde”, não tendo necessidade e não usando medicamentos. Não percebeu perda de peso recente, e nem falta de disposição física para suas atividades diárias, em geral, com hábitos noturnos. Admitiu que raramente faz uso de preservativos, quer na prática de felação ou quando penetrado analmente, apesar de reconhecer a necessidade do uso da camisinha. Negou a presença atual e que jamais tenha tido lesões de qualquer espécie ou corrimentos no pênis ou no ânus.

No exame físico ectoscópico geral não se constatou a presença de lesões cutâneas, tatuagens, nem alterações de distribuição e implantação de cabelos e pelos na sobrancelha ou cílios, as unhas das mãos e dos pés apresentavam-se com aspecto de normalidade quanto a implantação, textura e forma. O pênis e o ânus não apresentavam sinais evidentes de lesões erosivas, ulceradas, crescimentos vegetantes, cicatrizes ou presença de corrimentos. Não foram detectadas alterações nas cadeias linfonodais inguinais e axilares. No entanto, nas regiões cervical e retroauricular foram notados linfonodos móveis e dolorosos. Durante a inspeção visual da mucosa do vestíbulo nasal observaram-se áreas erosadas recobertas por crostas.

No exame físico intraoral, ao everter-se o lábio inferior, observou-se presença de duas placas bem definidas, de forma e superfície irregular, aspecto fosco e coloração branco-acinzentada (**Figuras 1 e 2**). Na mucosa do lado esquerdo do lábio superior, próximo à comissura labial e no fundo do vestíbulo superior do



Figura 1 – Placa branca necrótica de contorno irregular localizada na mucosa labial inferior do lado direito, indiciosa de sífilis na fase secundária.



Figura. 2 – Placa branca necrótica de contorno irregular envolvendo a mucosa labial inferior do lado esquerdo, estendendo-se para comissura labial e mucosa jugal.

lado esquerdo, lesões de menor tamanho, porém de aspecto clínico semelhante, eram observadas. O dorso da língua apresentava-se recoberto por material brancacento, caracterizando quadro clínico de candidose pseudomembranosa, porém a região do ápice lingual apresentava-se despapilada, eritematosa, com pequenas lesões erosivas (**Figura 3**). Todas as outras áreas mucosas não apresentavam alterações em cor, forma ou textura.

Diante da consistente anamnese que enfocava o paciente como pessoa de comportamento de risco para o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis e dos aspectos clínicos das lesões descritas, fomos levados a discordar de um possível diagnóstico de líquen plano e rejeitamos *a priori* a realização de biópsia, solicitando em regime de urgência sorologias para sífilis (VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory* e o FTA-Abs – *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*), testes sorológicos anti-HIV (vírus da imunodeficiência humana), bem como hemograma completo.

Confirmou-se que as lesões bucais se tratavam de manifestações secundárias da sífilis, quando o resultado do exame sorológico VDRL apresentou titulação reagente de 1/128 e o FTA-Abs foi positivo.

A microscopia em campo escuro representa uma pesquisa direta do *Traponema pallidum*, apresentando alta sensibilidade caso a coleta seja realizada adequadamente e pode ser repetida em dias diferentes. Porém, o serviço não dispõe de tal tecnologia, fazendo-nos optar pelos outros exames sorológicos anteriormente descritos. Assim como não se realizou a coleta de material biológico do dorso da língua para o exame histológico em lâmina fresca, que traria o diagnóstico histopatológico da infecção por cândida, sendo esta condição constatada e tratada clinicamente com medicamentos antifúngicos.

Diante do evidente diagnóstico de sífilis e de ser o paciente portador do vírus HIV, o mesmo foi encaminhado com o relato por

escrito de seu caso e os resultados de seus exames complementares para o Centro de Saúde de Atenção Básica próximo de sua casa, a fim de receber o tratamento adequado.

DISCUSSÃO

Depreende-se do caso clínico relatado que a anamnese constitui o pilar primacial da lógica racional que leva, na maioria das vezes, o profissional para o encaminhamento do diagnóstico correto. É de boa regra em semiologia que o profissional não se deixe conduzir por um diagnóstico clínico prévio que tenha sido estabelecido por outrem, e que mecanicamente realize exames complementares que lhe foram sugeridos, como no caso em pauta, em que a realização de biópsia e o exame histopatológico seriam confirmadores de manifestação bucal de líquen plano. Portanto, o profissional que recebe um paciente encaminhado deve percorrer metodicamente os caminhos semiológicos que o convençam ou não da necessidade de executar determinados exames complementares, lembrando-se que todos os procedimentos devem ser pautados dentro dos padrões éticos e deontológicos^(1,2,4).

No momento em que se recebe um paciente com histórico de práticas sexuais que envolvam múltiplos parceiros, e que apesar de reconhecer a importância dos preservativos raramente faz uso, obrigatoriamente se adota um protocolo que tangencia a investigação de doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV⁽⁶⁾. Portanto, os testes sorológicos para sífilis e anti-HIV poderiam ter sido solicitados antes mesmo da indicação de biópsia da lesão, na tentativa de eliminar possíveis hipóteses diagnósticas do caso.

Na atualidade, não é comum que médicos e dentistas pensem na sífilis como uma doença vigente e que constitui um problema de saúde pública⁽⁵⁾. A partir dessa premissa, especialmente entre os jovens profissionais, a doença encontra-se praticamente esquecida e atrevemo-nos a conjecturar que o número de casos não diagnosticados de sífilis seria desvendado de forma alarmante caso o VDRL,



Figura 3 – Dorso da língua apresentando material necrótico brancacento representativo de candidose pseudomembranosa e região de borda do ápice da língua erosada, irregular, de coloração vermelha, complementando mais um aspecto clínico passível de sífilis secundária.

que é de baixo custo⁽³⁾, constituísse rotina pelo menos nos exames admissionais e demissionais de trabalhadores e em qualquer circunstância pré-operatória hospitalar ou ambulatorial programada. A doença é tão postergada ao esquecimento por parte dos profissionais de saúde que, infelizmente, ainda nascem no Brasil crianças portadoras de sífilis congênita^(4,5).

Apesar do discurso oficial das universidades, que encerra o propósito de formar profissionais generalistas, o ensino médico e odontológico vem há décadas deixando falhas no aprendizado de seus alunos, por não lhes dar capacitação essencial nas práticas clínicas. Desta forma, ocorre a fragilização de conhecimentos, tornando-se a especialização foco atraente e polarizador de interesse dos formandos, visando o enfrentamento de mercado e a busca pelo capital. Analisando de forma apriorística, tal equação pernicioso e alienadora repercute na acuidade do profissional em reconhecer e diagnosticar quadros clínicos complexos, como o da sífilis, infelizmente uma doença quase que esquecida do conteúdo programático dos currículos médicos e odontológicos⁽⁶⁾.

Outro ponto importante revelado pelo caso clínico que ora apresentamos é que não existem regras fixas e determinadas no comportamento da sífilis em suas apresentações clínicas, especialmente na fase secundária. As lesões descritas do paciente eram exclusivamente na mucosa bucal no momento do exame clínico, atentando-se para o fato de que não existe a obrigatoriedade temporal, na

fase secundária, de a doença apresentar lesões cutâneas e mucosas concomitantemente^(6,7).

Diante de tal comportamento da doença, corrobora-se a importância da Odontologia na prevenção e no diagnóstico precoce das primeiras manifestações orais clínicas da sífilis e das relacionadas com a aids^(6,7).

O cancro duro constitui a manifestação clínica da sífilis primária, surgindo no sítio de infecção pelo *Treponema pallidum*, decorrido o tempo de incubação de aproximadamente 2-3 semanas após a inoculação da bactéria. Esta lesão sofre regressão espontânea entre 3 e 6 semanas do seu aparecimento, caso não seja instituído nenhum protocolo terapêutico para o seu tratamento adequado. A doença, então, dissemina-se sistemicamente, constituindo a fase secundária da sífilis, 4 a 6 semanas após a lesão primária⁽⁷⁻⁹⁾.

Os pacientes portadores da sífilis secundária podem apresentar erupção cutânea generalizada, febre, linfadenopatia generalizada, mal-estar, alopecia, uveítes, e outros. Porém, em 2005, Little relatou que cerca de 60 a 80% dos pacientes na fase secundária da sífilis poderiam manifestar máculas e pápulas na região palmoplantar. E que 21 a 58% dos pacientes possivelmente apresentariam lesões mucocutâneas ou mucosas, como placas mucosas e condiloma *latum* na boca ou em área genital⁽⁷⁾.

O líquen plano oral caracteriza-se por ser uma doença mucocutânea de origem inflamatória crônica, de etiologia desconhecida

da. Dentre suas manifestações clínicas, apresenta-se sob formas variadas, sendo reticular, atrófica, papulosa, erosiva, bolhosa e eritematosa⁽¹⁰⁾. Os sítios preferenciais de acometimento são a mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e vermelhão do lábio. De acordo com Nico *et al.*, o líquen plano oral pode ser diferenciado de lúpus eritematoso discoide, candidose, *morsicatio buccarum*, placas mucosas da sífilis, lesões traumáticas, leucoplasia pilosa oral e carcinoma epidermoide incipiente⁽¹⁰⁻¹³⁾.

O resultado do VDRL com titulação reagente de 1/128, juntamente com a positividade do teste FTA-Abs, levou de imediato à confirmação diagnóstica de sífilis. Seguindo regra universal de enfrentamento de DST, sugerimos ao paciente que realizasse testes sorológicos anti-HIV. A candidose pseudomembranosa recobrir o dorso da língua também serviu de sinal clínico indicioso de que o paciente se encontrava em estado de imunodepressão, reforçando nosso interesse em investigar infecção pelo HIV^(14, 15).

Casos de hipóteses diagnósticas equivocadas envolvendo a sífilis e o líquen plano são descritos na literatura, trazendo uma diversidade de sinais e sintomas que apontam para uma condição ou outra. Tal fato confirma a consagrada história de que a sífilis mimetiza inúmeras outras doenças nos indivíduos^(16,17).

Tang *et al.*, em 2004, relataram um caso de um paciente masculino que manifestou uma lesão erosiva e pruriginosa que se assemelhava às lesões de líquen plano erosivo, porém ao exame histológico foi considerado o diagnóstico de sífilis. Ressalta-se a importância de se estabelecer o diagnóstico diferencial da sífilis com as reações liquenoides.

Assim como casos de líquen plano são confirmados como sendo na verdade lesões sifilíticas, o mesmo acontece ao contrário. Yang *et al.*, em 2009, descreveram um caso em que o paciente apresentava máculas nas plantas dos pés e das mãos, o que caracterizaria roséolas sifilíticas. Porém, ao exame clínico o diagnóstico foi realizado como sendo líquen plano palmoplantar⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

O exame clínico sistemático da boca constitui foco importante para o reconhecimento de manifestações bucais de inúmeros quadros patológicos gerais, e no artigo em pauta, de doenças sexualmente transmissíveis/aids. A sífilis e a aids devem entrar na lista de diagnósticos diferenciais para as lesões bucais que se apresentam em pessoas que tenham múltiplos parceiros e não utilizem preservativos, independentemente da opção sexual.

Pela especificidade de sua formação acadêmica, os cirurgiões-dentistas constituem um grupo de importância nas equipes multiprofissionais que se dedicam ao enfrentamento de doenças sexualmente transmissíveis/aids. O presente trabalho justifica as premissas apresentadas, pois foi por meio do exame clínico da cavidade bucal, valorizando-se a anamnese, o exame físico e exames complementares, que o diagnóstico de “líquen plano” que constava de um encaminhamento levou à constatação de que o paciente era portador de sífilis e, mais além, HIV-positivo.

Portanto, acreditamos que o valor do presente trabalho procura resgatar o princípio fundamental que constitui o axioma da prática, da arte e da ciência semiológica que, infelizmente, vem sendo esquecido por muitos profissionais da saúde: *Os conhecimentos clínicos são soberanos para o diagnóstico e tratamento das doenças.*

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
2. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: correlações clínico-patológicas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
3. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF et al. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. DST J bras Doenças Sex Transm. 2006;18(3):190-3.
4. Ribeiro CG, Castanha AR, Coutinho MPL et al. A AIDS e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. DST J bras Doenças Sex Trasm. 2005;17(2):127-132.
5. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J et al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso de sífilis. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):120-7.
6. Obara An MY, Câmara J, Silva MRA, Oliveira LC, Benzaken AS. Manifestações bucais em pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2008;20(3-4):161-6.
7. Little JW. Syphilis: an update. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endodontol. 2005;100(1):3-9.
8. Avella JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26.
9. Löwhagen GB. Sífilis: procedimentos de testes e estratégias terapêuticas. Seminars in Dermatology. 1990;9(2):152-9.
10. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen Plano Oral. An Bras Dermatol. 2011;86(4).
11. Canto AM, Freitas RR, Müller H, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. An Bras Dermatol. 2010;85(5):669-75.
12. Ramirez-Amador V, Madero JGS, Pedraza LE, Garcia ER et al. Oral secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol and Endodontol. 1996;81(6):652-654.
13. Cengage Learning, Inc. Suspicious skin lesions and secondary syphilis. Infections in Medicine. 2009;26(4):104.
14. Miranda AE, Carvalho MF, Lara LTR, Moherdau F, Barreira D. GE-DST/AIDS-IAL. Prevalência de infecção pelo HIV, sífilis, hepatites em homens com sinais e sintomas de DST. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2006;18(1):18-22.
15. Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. HIV/AIDS • CID. 2007;44.
16. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Syphilis: The Great Mimicker. *Bo-gotá Infect.* 2008;12(2).
17. Apostol D, Genevieve P, Evangeline B et al. Syphilis the international challenge of the great imitator. *Dermatologic Clinics.* 2008;26(2):191-202.
18. Tang MB, Yosipovitch G, Tam SM. A sífilis secundária apontando-se como líquen plano erosivo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2004;18(2):185-7.
19. Kim YS, Kim CW, Shin DH et al. A case of palmoplantar lichen planus mimicking secondary syphilis. *Ann Dermatol* 2009;21(4):429-31.

Endereço para correspondência:

ANDREA BRAGA MOLERI

Rua Vilhena de Moraes 100 Bloco 2, aptº 403

Barra da Tijuca – CEP: 22793-140

Tel.: (55 21) 3417-3311

E-mail: andreamoleri@id.uff.br

Recebido em: 01.08.2012

Aprovado em: 04.10.2012