

# CO-INFEÇÃO DE SÍFILIS E PAPILOMAVÍRUS HUMANO: INTERROMPENDO UMA CADEIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

## CO-INFEÇÃO BETWEEN SYPHILIS AND HUMAN PAPILOMAVIRUS: BROKEN A VERTICAL TRANSMISSION CHAIN

Lúcia M S Souza<sup>1</sup>, José C Nery<sup>2</sup>, Arnaldo FB Andrade<sup>3</sup>

### RESUMO

Um paciente do sexo masculino, 26 anos, branco, casado, com o nível de escolaridade fundamental, residente no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, foi atendido no Ambulatório do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em março de 2005, com queixa inicial de "verruga" peniana clássica, sugestiva, pela avaliação clínica, de um caso de HPV. Foi solicitada então como exame complementar a testagem sorológica para sífilis, aconselhada a realização do exame para detecção de anticorpos para o vírus HIV e foi sugerido também que ele trouxesse a sua parceira sexual para avaliação clínica. A realização do teste não treponêmico de sífilis, o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), foi reator 1:16, sendo confirmado pelo teste treponêmico TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay). O paciente não voltou para a consulta agendada, só retornando, cinco meses depois, acompanhado da esposa grávida de cinco meses. Ambos foram tratados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Na análise desse caso foram evidenciadas várias facetas das co-infecções das doenças sexualmente transmissíveis (DST).

**Palavras-chave:** co-infecção, sífilis, HPV, DST

### ABSTRACT

A patient, male, 26 years old, married, with elementary school ship, lived in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil, came for the clinical of Sexually Transmitted Disease (STD) in Rubem David Azulay Dermatology Institute in Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, with the principal complaint of a wart in his penis. After the first clinical evaluation, it was concluded that it was a case of human papillomavirus, the HPV. He was solicited complementary exams to detect syphilis and he was advised to make a test to detect antibody for HIV, he was also suggested that it was important to bring his wife in the next consult for evaluation. When the syphilis test of VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) was realized it was detected a title of 1:16, it was confirmed with T.P.H.A. (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), a treponema test. Unfortunately the patient didn't come in the following consult, only regressing five months later. In this occasion he brought his wife, she was five months of pregnancy. Both of them was treated in accord of the protocol of the Health Ministry. In this Case of Study it was evidenced the relationship of co-infection in the sexually transmitted disease (STD).

**Keywords:** co-infection, syphilis, HPV, STD

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 266-269, 2006

## INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) continuam atingindo milhões de pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número é de 340 milhões de novos casos de DST curáveis (tricomoníase, clamídia, gonorréia e sífilis). Os países em desenvolvimento concentram quase 80% dos casos. Para o Brasil, a OMS estima entre 10 a 12 milhões de novos casos de DST por ano. Estabelecida a relação entre as DST e a infecção pelo HIV, tem-se como resultado um importante componente no controle da epidemia e no efetivo controle das doenças transmitidas pelo sexo.<sup>1</sup>

Dentre as principais DST, duas se destacam no que diz respeito à incidência e prevalência nos ambulatórios de DST de todo

o país, primeiramente, a sífilis, que apesar de secular, tem representado historicamente um grande desafio para a saúde pública em todo o mundo, apresentando-se de forma epidêmica tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos. Tem como agente causador uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, cuja principal via de transmissão é a sexual, podendo ser também transmitida de mãe para filho, por via transplacentária e ocasionalmente por transfusão de sangue e hemoderivados.<sup>2</sup>

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do treponema na gestante infectada e conseqüentemente para o feto. Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém-nascidos assintomáticos, sendo que os sinais e sintomas surgem até os dois anos de vida.<sup>3</sup>

No Brasil, a sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória em 1986, mas apenas em 1993 o Ministério da Saúde (MS) propôs um projeto de eliminação da sífilis congênita.<sup>4</sup>

Em segundo lugar não em número de casos encontrados, mas especificamente estudado é o Papilomavírus Humano, conhecido como HPV.

Historicamente, verrugas genitais são conhecidas em citações de escritos gregos e romanos.<sup>5</sup> O condiloma clássico foi

<sup>1</sup>Farmacêutica-bioquímica, mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (PGCM/UERJ), Laboratório de DST da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Instituto de Dermatologia Prof. Dr. David Rubem Azulay – Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

<sup>2</sup>Prof. Dr. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Chefe do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Instituto de Dermatologia Prof. Dr. Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup>Prof. adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

descrito por Martius, historiador romano do primeiro século da era cristã, todavia, a transmissão sexual foi descrita por Barret *et al.*, em 1954, ao verificarem a presença de verrugas genitais em esposas de soldados que voltavam da guerra da Coreia, onde haviam mantido relações com mulheres nativas, nas quais era alta a prevalência de condilomatose genital. A participação do homem na infecção por HPV deve ser avaliada não apenas em termos de prevalência das infecções sintomáticas, mas também do potencial oncogênico das lesões assintomáticas, que em homens sexualmente ativos na população em geral ocorrem em torno de 10%; em parceiros de mulheres HPV positivas ou com alterações no Papanicolaou é bem maior, em torno de 65%. Assim, o diagnóstico da infecção pelo HPV em homens oligossintomáticos ou mesmo assintomáticos é de considerável importância para prevenir uma seqüência de eventos que possam levar à condilomatose feminina ou à neoplasia escamosa do colo uterino. Como ocorre em toda infecção de transmissão sexual, o homem é o principal elo na cadeia epidemiológica do HPV. A infecção da região genital masculina ocorre quase exclusivamente por via sexual, podendo em certos casos ser devida a fomites. Atuando como “portadores” ou “vetores” de tipos oncogênicos contribuem para aumentar de forma substancial o risco de ocorrência do câncer cervical nas parceiras. Ainda que menos freqüente, os homens podem desenvolver câncer de pênis ou de ânus.

A maior informação sobre a participação masculina na carcinogênese cervical advém de estudo multicêntrico coordenado pela International Agency for Research on Cancer (IARC), em que foi feita uma avaliação envolvendo mais de 1.900 casais que foram arrolados em sete grupos mediante a detecção de DNA-HPV em células esfoliativas do pênis. Dados destes estudos demonstram claramente que a infecção pelo HPV no pênis aumenta com o número de parceiras sexuais, com a idade precoce de início da atividade sexual bem como em parceiros sexuais não-monogâmicos.<sup>6</sup>

As associações entre diferentes DST se constituem em evento sentinela para a busca de outra DST, portanto é imprescindível o aumento na identificação dessas doenças e sensibilidade ao diagnóstico para alcançar maior impacto no seu controle.<sup>7</sup>

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, branco, casado, com o nível de escolaridade fundamental, residente no município de Duque de Caxias, RJ, foi atendido no Ambulatório do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em março de 2005 com queixa inicial de “verruga” peniana clássica, sugestiva pela avaliação clínica de um caso de HPV. Foi solicitado então como exames complementares a testagem sorológica para sífilis, coletado na própria unidade com o consentimento livre e esclarecido do paciente para a participação do Projeto Sífilis, que consiste na dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) Laboratório de Enterobactérias, em que todo paciente que chegasse ao Ambulatório com suspeita clínica de DST, fosse coletado também o sangue para a realização do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) teste não treponêmico sendo uma suspensão antigênica esterilizada para detecção de sífilis pelo método de floculação e o TPHA (*Treponema pallidum*

Hemagglutination Assay) e aconselhado a realização do exame para detecção de anticorpos para o vírus HIV. O paciente iniciou o tratamento das lesões com o uso de ácido tricloroacético a 80%, e foi remarcado para a continuação do tratamento na semana seguinte, quando também seria analisado o resultado dos exames realizados nessa primeira consulta. Foi sugerido também que ele encaminhasse a sua parceira sexual para avaliação clínica. O resultado dos exames foi de reator para o VDRL sendo encontrado um título de 1: 16, e confirmado no TPHA como positivo. O paciente não compareceu na consulta agendada e o resultado dos exames anexados ao seu prontuário. O mesmo só retornou ao serviço cinco meses depois da consulta inicial, em agosto de 2005, com queixa de aumento das lesões iniciais de HPV e manchas por todo o tórax, sugestivas de roséolas sífilíticas (Figuras 1 e 2). Trouxe com ele a esposa, parda, 17 anos, escolaridade fundamental, que residia com ele, grávida de cinco meses sem ter iniciado ainda o pré-natal. A parceira foi examinada e identificada na avaliação clínica a presença de lesões condilomatosas na região vulvar sugestivas de HPV, úlcera primária única com bordas duras e base limpa sugestiva de sífilis, e corrimento esbranquiçado fétido sugestivo de vaginose bacteriana (Figura 3). Os procedimentos clínicos tomados foram: com o homem reinício do tratamento do HPV, e início do tratamento da sífilis de acordo com o exame realizado anteriormente, e coletada uma nova amostra para o VDRL no intuito de analisar a progressão da doença. O tratamento foi com penicilina benzatina de acordo com o preconizado pelas normas do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (PNDST/AIDS). Com a mulher, por ser gestante, ela foi encaminhada ao Serviço de Atendimento Especializado do município de origem, para o início do

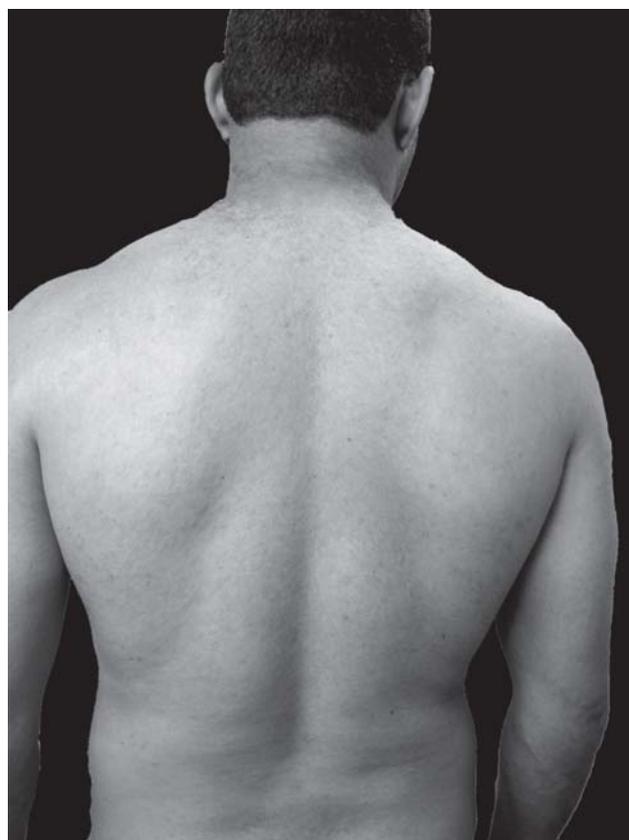


Figura 1 - Manchas por todo o tórax sugestivas de roséolas sífilíticas.

pré-natal e o tratamento das outras DST associadas, e foi ministrada a penicilina benzatina, também de acordo com as normas do PNDST/AIDS como o início de tratamento da Sífilis. O paciente dessa vez retornou para dar continuidade aos tratamentos. Nos exames laboratoriais de sorologia para sífilis foram encontrados, no homem, resultado relativo da coleta posterior ao primeiro atendimento, o título de 1:128 e na sua parceira, primeiro exame realizado, o título foi de 1:32, sendo em ambos realizados testes confirmatórios com o resultado positivo.



**Figura 2** - Lesões de pele sugestivas de sífilis secundária.



**Figura 3** - Lesões condilomatosas na região vulvar sugestivas de HPV, úlcera primária sugestiva de sífilis, corrimento esbranquiçado sugestivo de vaginose bacteriana.

## DISCUSSÃO

Nesse relato de caso ficou evidenciado que no que diz respeito a presença de uma DST é importante observar que normalmente pode-se encontrar outras associadas ao processo infeccioso. Podemos também perceber que a abordagem sindrômica, prática médica estimulada pelo PNDST/AIDS como um diagnóstico de presunção das principais síndromes, apesar de ser uma ferramenta de suma importância, algumas das vezes se mostra insuficiente, demonstrando a necessidade da implantação de uma rotina laboratorial nos ambulatórios de DST em todo país.

A dificuldade da adesão do paciente ao serviço de saúde ao medicamento e conseqüentemente ao tratamento, é uma realidade diária que vimos enfrentando. Talvez haja a necessidade de uma tentativa de enxergar o doente e não a doença como principal enfoque, praticando uma maior humanização dos serviços prestados. A disponibilização de unidades de saúde para pronto atendimento, com profissionais preparados para o diagnóstico, tratamento, acolhimento e aconselhamento dos portadores e de seus parceiros sexuais, bem como a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos tornam possível um melhor controle das DST.

Há trabalhos na literatura relatando que a maioria da população não possui conhecimento profundo sobre as doenças sexualmente transmissíveis, e pior, grande parte dos acometidos são “diagnosticados e tratados” por balconistas de farmácia ou curiosos.

A maioria dos casos identificados são do sexo masculino, já que, no sexo feminino, as DST geralmente são assintomáticas durante um longo período, fator somado à ignorância e ao preconceito das pacientes, carência de serviços e de profissionais da saúde treinados e equipados adequadamente para um bom acolhimento, diagnóstico e tratamento DST. Os pacientes, principalmente do sexo feminino, ficam sem diagnóstico e tratamento adequado na maioria das vezes. Além do já citado, atualmente o controle das DST continua sendo um dos maiores desafios da Saúde Pública, em razão das constantes mutações dos agentes infecciosos, assim como, alterações sociais, econômicas, culturais, comportamentais, sexuais, psicológicas e estruturais da população<sup>8</sup>. Segundo dados do PNDST/AIDS em 2004, apenas 30% das mulheres não fizeram o pré-natal completo. Das que fizeram pré-natal, 74% tiveram sífilis identificada apenas na hora do parto e dessas, 48% dos parceiros não foram tratados. Esses dados demonstram que devemos na avaliação do parceiro da gestante, que na grande maioria das vezes não é convidado a participar do processo do apostar também pré-natal.

## CONCLUSÃO

O caso clínico aqui relatado evidencia que para que se possa interromper a cadeia de transmissão das DST, principalmente as que podem ter transmissão vertical, será necessário um maior investimento em ambulatórios e laboratórios especializados. Também deve-se investir no treinamento ostensivo de profissionais através de capacitações sistemáticas. Na precisão de um diagnóstico está encerrada a cura ou a manutenção da doença. O investimento no estudo das co-infecções entre as DST poderá servir de instrumento para se observar padrões comportamentais na sociedade frente a essas doenças associadas.

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer “in memoriam” à psicóloga do Programa de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro e pesquisadora da Fiocruz, Margarete de Paiva Simões Ferreira, pela participação e incentivo na realização desse trabalho e à Marise Dutra Asensi, chefe do Laboratório de Enterobactérias do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/13/05/2006/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm> <acessado em:10/06/2006>.
2. Lorenzi RSD, Araújo FB, Grazziotim L, Basso E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul-RS no período de 1998-2002, DST- J brasileiro de Doenças Sex Transm 2005;17(1): 5-9.
3. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; 1999.
4. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/24/04/2004/uvad/eliminação.htm> <acessado em 10/06/06>.
5. Passos MRL, et al. DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª edição. Rio de Janeiro: Cultura médica; 1995.
6. Mendonça ML, Netto CAJ. Importância da infecção pelo Papilomavírus Humano em pacientes do sexo masculino. DST – J B Doenças Sex Transm 2005; 17(4): 306-310.
7. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/13/05/2006/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm> <acessado em 10/06/06>.
8. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002; DST- J brasileiro de Doenças Sex Transm 2005; 17(1): 10-17.

### Endereço para correspondência:

**LÚCIA MARIA DE SENA SOUZA**

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro  
Instituto de Dermatologia Prof Dr Rubem David Azulay  
Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
Rua Santa Luzia, 206 –Centro- Rio de Janeiro, RJ.  
Tel: 55 21 2771-5281  
E-mail: [lucia\\_sena@click21.com.br](mailto:lucia_sena@click21.com.br)

Recebido em: 13/08/2006

Aprovado em: 02/11/2006