

# UVEÍTE E LESÕES PRIMÁRIAS DISSEMINADAS NA SÍFILIS ADQUIRIDA

## UVEITIS AND PRIMARY LESIONS DISSEMINATED IN SYPHILIS

*Luiz Fernando Aires Junior*

### RESUMO

**Introdução:** a sífilis é uma doença infecto-contagiosa de transmissão sexual, ascendente epidemiologicamente na saúde pública brasileira, devendo todos os profissionais da área de saúde estarem atentos a essa patologia, incluindo as manifestações extragenitais. **Objetivo:** relatar um caso clínico de sífilis primária que foi diagnosticado a partir de uveíte e de lesões primárias disseminadas. **Métodos:** foram feitos estudos de mapeamento e fundo de olho do paciente, bem como análise clínica e exames laboratoriais (VDRL, FTA-Abs IgM e IgG, sorologia para HIV, HBsAg, anti-HBc total, anti-HBsAg, anti-HCV). **Resultados:** a análise clínica, associada à investigação epidemiológica, com o resultado reagente do VDRL, acompanhado de FTA-Abs IgM, em um paciente soronegativo para HIV, com boa resposta ao tratamento com penicilina benzatina, confirma a hipótese diagnóstica de sífilis primária. **Conclusão:** é de fundamental importância que o profissional de saúde consulte novas referências bibliográficas para o conhecimento sobre as manifestações extragenitais de sífilis para que executem um diagnóstico correto e o tratamento adequado da doença, a fim de evitar possíveis seqüelas.

**Palavras-chaves:** sífilis, uveíte, cancro primário, DST

### ABSTRACT

**Introduction:** syphilis is an infectious and contagious illness caused by sexual transmission, which is ascending in the Brazilian public health scenario. Therefore all professionals of the health area must be aware of the manifestations of this illness including extragenital manifestations. **Objective:** analyzing a clinical case of primary syphilis that was diagnosed from ocular manifestations and disseminated primary injuries. **Methods:** ophthalmologic and clinical analysis of the injuries of the patient, as well as examinations in laboratories (VDRL, FTA-Abs IgM/IgG, HIV sorology, HBsAg, anti-HBc total, antiHBsAg, anti-HCV) have been conducted. **Results:** the association of the clinical findings and epidemiologic investigation, with the positive result of VDRL, with FTA-Abs IgM in a no-HIV patient, confirmed the diagnostic hypothesis of primary syphilis. **Conclusion:** it is of utmost importance for health professionals, to gather new references of the knowledge of other manifestations of syphilis, in order to be able to establish a correct diagnosis and treatment, and avoid complications.

**Keywords:** syphilis, uveitis, primary lesion, STD

## INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de sífilis adquirida recente que teve início com complicações extragenitais e disseminação das lesões cutâneas características de sífilis primária.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida principalmente por meio da relação sexual com indivíduos contaminados, pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que frequentemente se inicia por um cancro de inoculação (cancro duro ou cancro primário), evoluindo de forma crônica, com períodos de silêncio clínico, podendo atingir todo o organismo. A infecção sífilítica pode ainda ocorrer através da placenta (sífilis congênita), transmissão sanguínea, ou acidentalmente por objetos contaminados. Ela é relativamente marcante entre as doenças infecciosas nas suas amplas variedades de apresentações clínicas e, se não for tratada, progride com sinais e sintomas diferentes.<sup>1</sup>

Estima-se que ocorram no mundo mais de 12 milhões de casos por ano, dentre esses, 900 mil no Brasil, o que a torna um importante problema de saúde pública, principalmente no que diz respeito à sífilis congênita.

Classifica-se a sífilis em adquirida e congênita, recente e tardia; e também podemos classificá-la em primária, secundária, terciária e latente.<sup>1</sup>

A sífilis adquirida recente, na forma primária, tem como característica o cancro duro, ou protossifiloma, que é o local de penetração do treponema, e tem período de incubação de 10 dias a 3 meses, sendo em média de 14 a 21 dias após a inoculação. Entre 2 e 3 semanas da inoculação do *Treponema pallidum*, ocorre uma treponemia, e surge a lesão de inoculação. Geralmente surge como uma pápula, única, discreta, ulcerada, indolor, limpa, de fundo liso avermelhado forte, base dura com bordas elevadas firmes e endurecidas. A maioria dos cancrões é única, mas múltiplas úlceras são algumas vezes observadas, particularmente quando dobras cutâneas ficam aposicionadas. Localiza-se geralmente nos órgãos genitais externos (no pênis, na vulva) ou no colo uterino, mas não é incomum encontrar-se no períneo, no reto, ou na boca. A lesão passa despercebida com maior frequência em mulheres e em homossexuais masculinos, quando se instala na parede vaginal, no colo uterino, ou no ânus. O cancro não tratado resolve-se em algumas semanas, formando uma discreta cicatriz. Ele geralmente está associado a uma adenopatia regional, que pode ser uni ou bilateral. Os linfonodos regionais são móveis, definidos e de consistência borrachosa.<sup>1,2</sup>

Nos pacientes portadores de HIV podem ocorrer lesões mais extensas, ulceradas, ou em maior número, assim como a cronologia das manifestações clínicas pode apresentar alterações significantes.<sup>3</sup>

Médico infectologista responsável pelo ambulatório masculino de DST dos municípios de São José dos Campos e Jacareí. Membro da Coordenação do Programa DST/HIV/Aids de Jacareí, SP.

Instituição: Prefeitura Municipal de São José dos Campos, Programa de DST/HIV/Aids, Ambulatório Masculino do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-COAS).

Na sífilis primária não costumam ocorrer manifestações sistêmicas de doença.<sup>1</sup>

A sífilis adquirida recente, secundária, apresenta-se 4 a 8 semanas após o aparecimento do cancro primário, podendo ter sintomas sistêmicos como mal-estar, febre, cefaléia e dor de garganta, com linfadenopatia generalizada. As lesões cutâneas são geralmente disseminadas, de distribuição simétrica e geralmente róseas, acobreadas ou vermelhas escuras, não-pruriginosas, e quase nunca são vesiculosas ou bolhosas. Frequentemente têm uma descamação superficial e tendem a ser polimórficas e arredondadas. Bastante acentuadas nas regiões palmares e plantares. Outras manifestações da sífilis secundária incluem a hepatite, a periostite, a nefropatia, e pode haver irite ou uveíte anterior.<sup>3,4</sup>

O diagnóstico da sífilis primária é confirmado pela demonstração do *Treponema pallidum* em microscópio de campo escuro, em material colhido adequadamente do cancro duro.<sup>5</sup>

As reações treponêmicas positivam em geral a partir da terceira semana de infecção concomitante ao cancro duro. Atualmente, os mais utilizados são FTA-Abs IgM e IgG – a fração IgM demonstra a infecção recente em atividade e a negativa num tempo variável, enquanto a fração IgG se mantém positiva permanentemente, não sendo utilizada para controle terapêutico. As reações não-treponêmicas como VDRL são positivas, respectivamente, em 85% e 70% dos casos.<sup>6</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 38 anos, foi encaminhado ao ambulatório masculino de DST da rede pública de São José dos Campos, por um serviço privado de oftalmologia de outro município, pois o paciente apresentava um quadro de uveíte, lesões cutâneas e VDRL 1/8.

Na anamnese, o paciente relata ter estado um ano abstinente, tendo tido relação desprotegida há aproximadamente 60 dias, tendo aparecido, após 20 dias, hiperemia conjuntival no olho esquerdo (**Figura 1**) acompanhada de lacrimejamento e diminuição da acuidade visual que, após uma semana sem melhora, o fez procurar um serviço de oftalmologia, onde foi diagnosticada uveíte. Após dez dias do aparecimento do quadro oftalmológico, surgiu uma lesão ulcerada no pênis (**Figura 2**), e logo em seguida apareceram lesões ulceradas por todo o corpo, da região galeal até dorso dos pés, poupando as regiões plantares e palmares (**Figuras 3 e 4**).

O paciente chegou ao nosso serviço no 14º dia de evolução do quadro, sem sintomas sistêmicos, sem lesões orais, com intensa hiperemia conjuntival esquerda, acompanhada de lacrimejamento, perda da acuidade visual e inúmeras lesões cutâneas disseminadas pelo corpo (**Figura 4**), com características de lesão sifilítica primária (cancro duro, com bordos elevados e endurecidos, e fundo limpo – **Figura 5**), mantendo as regiões palmares e plantares sem lesões, com discreta adenopatia inguinal bilateral. O exame do fundo de olho foi prejudicado pelo edema e pela opacificação da córnea.

Iniciou o tratamento oftalmológico no outro município, com 60 mg/dia de prednisona VO, atropina e corticóide tópico, sendo reduzida a prednisona em 20 mg/semana, sem melhora do



a - Início do tratamento.



b - Após o tratamento.

**Figura 1.** Hiperemia conjuntival, uveíte.

quadro. Iniciado o tratamento etiológico em nosso serviço com 2.400.000 UI de penicilina benzatina IM por três semanas, e colhido novo VDRL (1/512), FTA-ABS (IgM e IgG reagente) e sorologia para HIV (não-reagente).

Paciente evoluiu em um mês com melhora da uveíte, remissão das lesões cutâneas, e diminuição do VDRL (1/32).

## DISCUSSÃO

Embora os sintomas oculares possam aparecer em qualquer estágio da doença, as complicações oculares da sífilis adquirida ocorrem, principalmente na sífilis secundária, em aproximadamente 5% dos pacientes. Quase todas as estruturas oculares podem ser envolvidas. As apresentações mais comuns incluem uveíte anterior, neurorretinite e pupila sifilítica de Argyll Robertson, na qual as pupilas mióticas reagem mal à luz, mas vivamente à acomodação.<sup>3</sup>

A maioria das lesões cutâneas da sífilis primária acomete a genitália, de forma única, no local de inoculação, embora possam ser múltiplas em aproximadamente 1/3 dos casos, com lesão pápulo-eritematosa de 0,3 a 2,0 cm de diâmetro, que logo se ulcera, semelhante a um pequeno botão circular ou oval, indurada, indolor, com margens firmes e elevadas, e fundo liso e avermelhado. Excepcionalmente a sífilis secundária pode apresentar



**a** - Início do tratamento.



**b** - Após tratamento.

**Figura 2.** Lesão no pênis.



**a** - Início do tratamento.



**b** - Após tratamento.

**Figura 3.** Lesão em tronco.



**a** - Início do tratamento.



**b** - Após tratamento.

**Figura 4.** Lesões disseminadas.



a - Início do tratamento.



b - Após tratamento.

**Figura 5.** Cancro primário.

caráter maligno, assumindo as lesões cutâneas o aspecto do cancro presente na fase primária da doença.<sup>2</sup>

O diagnóstico da sífilis primária é confirmado pela presença do *Treponema pallidum* em microscópio de campo escuro, em material colhido adequadamente do cancro duro. O FTA-Abs e o VDRL são positivos, respectivamente em 85% e 70% dos casos.

O diagnóstico diferencial da sífilis primária deverá ser feito principalmente com outras DST (cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo), lesões traumáticas infectadas, erupções medicamentosas, carcinoma, granuloma inguinal, infecções fúngicas superficiais, e líquen plano.<sup>2,3</sup>

O melhor tratamento até hoje conhecido para a sífilis é a penicilina,<sup>3</sup> sendo o antibiótico de eleição a penicilina G benzatina, 2.400.000 UI IM, dose única, na sífilis primária, sendo repetida a dose em uma semana na sífilis secundária e latente recente (total 4.800.000 UI), e repetida por três semanas no caso da sífilis terciária ou latente tardia (total 7.200.000 UI). No caso do nosso paciente, fizemos três doses da medicação para aguardarmos os resultados laboratoriais, obtendo sucesso no tratamento.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica, na qual o microrganismo se multiplica no local de inoculação, e dissemina-se em horas pelas circulações sanguínea e linfática, sendo de fundamental importância que o profissional de saúde tenha conhecimento de suas apresentações extragenitais, para que esteja capacitado a realizar um correto diagnóstico e o tratamento adequado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Passos MRL. DST 5 Doenças Sexualmente Transmissíveis, 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.189- 214.
2. Amato Neto V, Baldy JLS. Doenças Transmissíveis, 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p.359-366.
3. Ausiello D, Goldman L. Cecil Tratado de Medicina Interna, 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005 p. 2246-2256, 2824-2829.
4. Foaccia R, Veronesi R. Tratado de Infectologia, Rio de Janeiro: Atheneu; 1997. p. 1009-1012.
5. Bennet JE, Douglas RG, Mandell GL. Enfermedades Infecciosas Principios y Practica, 3ªed. Buenos Ayres: Panamericana; 1991 p.1896-1912.
6. Marinho LAC, Tavares W. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p. 951-964.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Brasília: PN DST e Aids; 2006.

### Endereço para correspondência:

**LUIZ FERNANDO AIRES JUNIOR**

Rua Amim Assad, 200

Jardim São Dimas, São José dos Campos – SP.

CEP: 12245-000

Telefax: (12) 3922-9649, (12) 9155-3377

E-mail: lufaires@ig.com.br

Recebido em: 17/10/2007

Aprovado em: 21/12/2007