

SÍFILIS CUTÂNEA E VISCERAL: APRESENTAÇÃO INUSITADA

Fred Bernardes Filho¹, Maria Victória PQ Santos¹, Vitor Paulo F Perez², Nadua M Jaber², Andreia O Alves³, David Rubem Azulay⁴, Alice M Machado⁵, José Augusto C Nery⁶

RESUMO

A sífilis é a doença sexualmente transmissível mais comum no mundo e apresenta alto índice de incidência em nosso País. Sua evolução clínica é bem estabelecida e aceita universalmente, porém há casos em que a diversidade de sinais e sintomas da doença pode fazer do diagnóstico um desafio. Por este motivo é conhecida como doença de “mil faces” ou a “grande simuladora”. Os autores apresentam um relato de caso de sífilis em que há acometimento hepático, raro nesta doença.

Palavras-chave: sífilis, doenças sexualmente transmissíveis, treponematose, DST

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença com uma diversidade clínica bastante inusitada, compromete pele e órgãos internos e é uma das infecções do trato sexual (ITS) mais frequentes tanto no mundo quanto em nosso País. No Brasil, em 2003, a estimativa na população de 15 a 49 anos foi de 843.300 casos de sífilis⁽¹⁾. Entre 2005 e junho de 2012 foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente⁽²⁾. Sua apresentação clínica, apesar de já estar estabelecida dentro da academia médica, algumas vezes traz quadros bastante exuberantes e imprevisíveis, que levam a uma dificuldade para seu diagnóstico, retardando o tratamento e, muitas das vezes, favorecendo a evolução para quadros graves^(1,3,4).

A sífilis secundária, fase altamente contagiosa, é a sequência lógica da sífilis primária não tratada e caracteriza-se por uma erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (geralmente 6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido^(1,4). Trata-se de uma erupção frequentemente eritematosa que surge simetricamente no tronco e nos membros, podendo atingir a região palmo-plantar. Apesar de esta descrição já estar estabelecida, outras formas de apresentação podem ser observadas^(3,5).

Os sintomas gerais da sífilis secundária mais relatados são mal-estar (23-46%), cefaleia (9-46%), febre (5-39%), prurido (42%) e hiporexia (25%). Outros, menos comuns, são dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão. Sinais mais específicos ocorrem nas seguintes frequências: exantema (88-100%), linfadenopatia (85-89%), cancro primário residual (25-43%), condiloma plano (9-44%), hepatoesplenomegalia (23%),

placas mucosas (7-12%) e alopecia (3-11%). Manifestações raras incluem meningite aguda, que acontece em aproximadamente 2% dos pacientes, hepatite, doença renal, doença cardíaca, gastrite, proctite, colite ulcerativa, artrite, periostite, neurite do nervo óptico, irite e uveíte^(3,4,6-8).

Demonstramos aspectos cutâneo e hepático correlatos, de etiologia treponematosa, em uma paciente HIV-soronegativa.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, adulta, procurou vários profissionais de saúde por apresentar surgimento de lesões disseminadas pela face. Fez uso de vários tratamentos tópicos (sic) sem melhora. Com piora do quadro, foi encaminhada à nossa instituição para avaliação. Em nossa primeira consulta, além das lesões cutâneas, queixava-se de dor abdominal localizada em quadrante superior direito; recebeu atendimento clínico e foram solicitados exames laboratoriais. Ao exame físico, apresentava dor à palpação de hipocôndrio direito e fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito; ao exame dermatológico, observamos pápulas eritemato-violáceas disseminadas na região centrofacial e na frente (**Figura 1**). Algumas lesões, principalmente as localizadas nas regiões periorifical e nasal, apresentavam aspecto vegetante. Notamos na região retroauricular uma lesão que apresentava colarete de Bielt em sua superfície.

Na palpação dos gânglios foi observada micropoliadenomegalia generalizada. Também notamos conjuntiva e tegumento ictericos. Nossas impressões diagnósticas foram as seguintes: histoplasmose, paracoccidiodomicose, criptococose, hepatite e lues. Os exames solicitados para elucidação foram: biópsia cutânea, com envio de material para histopatologia e cultura, VDRL, FTA-Abs e sorologias para fungos e bactérias, para HIV e hepatites A, B e C. Os resultados foram os seguintes: VDRL: 1/256; TPH: positivo; gama-glutamiltransferase: 275; fosfatase alcalina: 162; alanina transaminase: 168; aspartato aminotransferase: 82; cultura: não evidenciou crescimento de fungo ou bactéria; anti-HIV: negativo; demais sorologias: negativas; biópsia cutânea com infiltrado linfo-histioplasmocitário em torno de vasos congestos, circundando, sem invadir o filete nervoso (**Figura 2**).

Foi estabelecido o diagnóstico de sífilis secundária e instituído tratamento específico baseado no manual de controle do Programa Nacional de DST/Aids do Brasil. Houve evolução favorável do quadro, com resolução da dor abdominal, normalização das enzimas hepáticas e resolução da icterícia (**Figura 3**). Os resultados dos exames laboratoriais, 30 dias após a terceira dose da penicilina benzatina, foram: gama-glutamiltransferase: 38; fosfatase alcalina: 82; alanina

Trabalho realizado no Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

² Médico estagiário do Laboratório de Hanseníase, IOC – FIOCRUZ.

³ Acadêmica de medicina pela Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES.

⁴ Mestre; chefe do Serviço de Dermatologia do IDPRDA - SCMRJ; professor titular do curso de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; professor da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques e da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

⁵ Pesquisadora Associada do Departamento de Micobacterioses/Laboratório de Hanseníase/IOC – FIOCRUZ.

⁶ Chefe do Setor de Dermatologia Sanitária do IDPRDA/SCMRJ. Suporte financeiro: Nenhum.

transaminase: 22; aspartato aminotransferase: 18.

DISCUSSÃO

É interessante ressaltar haver clareza das manifestações dermatológicas da sífilis, porém o comprometimento sistêmico ainda não está tão bem estabelecido. É possível que o acometimento

de outros órgãos, além da pele, em estágios mais precoces, seja mais frequente do que se possa imaginar. Em serviços especializados, tem sido observada superposição de fases cutâneas mesmo em pacientes HIV-soronegativos, além de aparecimento precoce de sintomas sistêmicos neste mesmo grupo. A divisão da sífilis em estágios é apenas didática, e por tratar-se de uma infecção, se não



Figura 1 – Pápulas eritemato-violáceas disseminadas na região centrofacial e na frente.

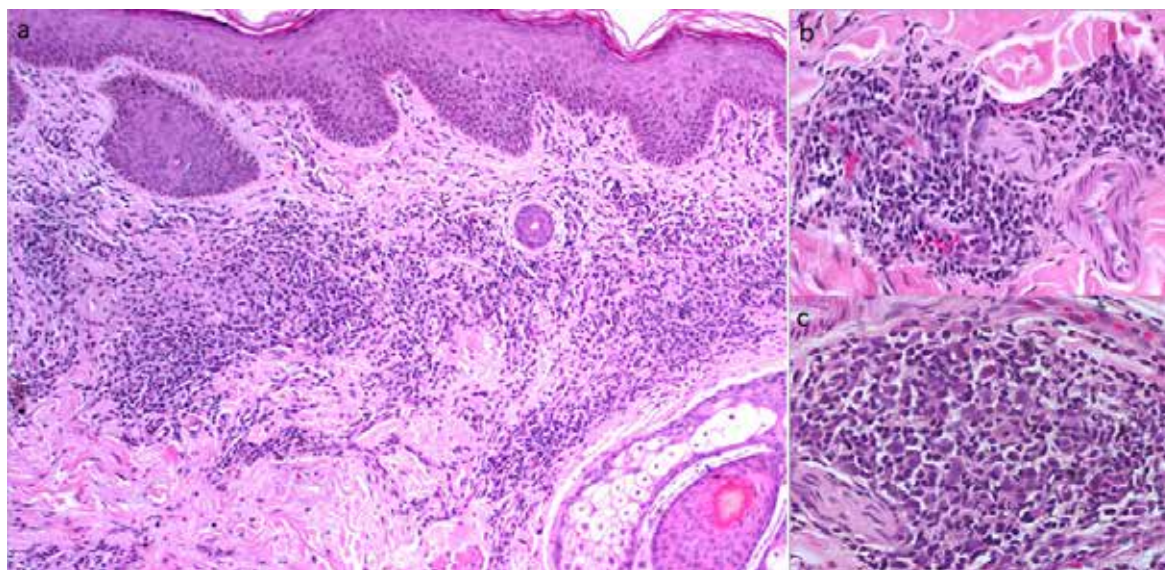


Figura 2 – (a): Menor aumento (10x): epiderme espessada, com exocitose moderada e derme com infiltrado mononuclear denso, formando faixa na porção superficial; (b): aumento médio (20x): infiltrado linfo-histioplasmocitário em torno de vasos congestionados, circundando, sem invadir o filete nervoso; (c): maior aumento (40x): detalhe do infiltrado inflamatório, com numerosos plasmócitos, macrófagos e linfócitos, com filete sem alterações no canto inferior esquerdo.



Figura 3 – Notar diminuição das lesões 7 dias após a primeira dose de penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular.

reconhecida e tratada de maneira correta pode evoluir em até um 1/3 dos casos com danos graves.

A lesão hepática na sífilis foi reconhecida há mais de 400 anos, embora se considere rara. É uma entidade nosológica bem caracterizada, estimando-se que ocorra em cerca de 0,2% dos casos de sífilis. Apesar de o mecanismo patogênico subjacente à doença hepática sífilítica ser desconhecido, várias hipóteses foram propostas para explicá-lo, desde a inoculação direta do agente etiológico no sistema venoso portal (associada a um período de bacteremia que ocorre na fase secundária da doença) à lesão do hepatócito mediada por imunocomplexos, a qual é, na maioria das vezes, assintomática^(9,10).

Na hepatite desencadeada pela sífilis clinicamente podem ser observadas dor abdominal, hepatomegalia e icterícia. Laboratorialmente é marcada por um padrão colestático, caracterizado por discreto aumento de transaminases e bilirrubina, e maior aumento de fosfatase alcalina e gama-GT^(11,12). Apesar de haver relato na literatura de hepatite fulminante, a maioria dos casos apresenta cura clínica e normalização das enzimas hepáticas com o tratamento correto da sífilis^(12,13).

Consideram-se como critérios de diagnóstico de uma hepatite sífilítica os seguintes: elevação das atividades séricas das enzimas marcadoras de lesão hepática e evidência sorológica de sífilis, associados a manifestações clínicas sugestivas de sífilis secundária; exclusão de outras causas passíveis de causar dano hepático; rápida recuperação da função hepática após instituição da medicação antibiótica. O prognóstico da hepatite sífilítica é geralmente bom, apesar dos raros casos de falência hepática fulminante que se encontram descritos na literatura^(9,13,14).

CONCLUSÃO

A paciente em questão apresentou quadro cutâneo e hepatite como comprometimento sistêmico. Acreditamos que a condição seja decorrente da treponematose, já que foram afastadas outras causas possíveis de hepatite para a paciente (hepatites virais, alcoolismo e uso de medicamentos) e por ter apresentado melhora clínica e laboratorial com o tratamento da sífilis.

Com a apresentação do caso em tela, chamamos a atenção de que órgãos internos possam ser afetados de forma concomitante à expressão cutânea da sífilis, devendo ser considerada desde o início como doença sistêmica.

Conflito de interesses

Nenhum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):111-26.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2012.
3. Oliveira EVL, Rocha-Filho JA, Monteiro AA, Pozzetti EMO, Antonio JR. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. *An Bras Dermatol.* 2007;82(2):163-7.
4. Azulay RD, Azulay DR. Sífilis. In: Azulay DR. *Dermatologia.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 379-93.
5. Mullick CJ, Liappis AP, Benator DA, Roberts AD, Parenti DM, Simon GL. Syphilitic hepatitis in HIV-infected patients: a report of 7 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 2004;10:e100-5.
6. Young MF, Sanowski RA, Manne RA. Syphilitic hepatitis. *J Clin Gastroenterol.* 1992;15:174-6.
7. Bjekić M, Marković M, Šipetić S. Early Syphilis and Syphilitic Hepatitis Following Unprotected Insertive Oral Sexual Intercourse: Case Report. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2010;18(4):276-278.
8. Noto P, Nonno FD, Licci S, Chinello P, Petrosillo N. Early syphilitic hepatitis in an immunocompetent patient; really so uncommon? *Int J STD AIDS.* 2008;19:65-6.
9. Marado D, Patrício I, Magano R, Ramos E, Ribeiro P. Sífilis - uma causa rara de hepatite colestática. *GE J Port Gastroenterol.* 2012.
10. Mandache C, Coca C, Caro-Sampara F, Haberstezer F, Coumaros D, Bli-cklé F et al. A forgotten aetiology of acute hepatitis in immunocompetent patient: syphilis. *J Intern Med.* 2006;259:214-5.
11. Tramont EC. Treponema pallidum. In: Mandel GL, Douglas RG, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases.* 5ª ed. Vol. 2. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p. 2474-89.
12. Kim GH, Kim BU, Lee JH, Choi YH, Chae HB, Park SM et al. Cholestatic hepatitis and thrombocytosis in a secondary syphilis patient. *J Korean Med Sci* 2010;25:1661-1664.
13. Lo JO, Harrison RA, Hunter AJ. Syphilitic hepatitis resulting in fulminant hepatic failure requiring liver transplantation. *J Infect.* 2007;54:115-7.
14. Miura H, Nakano M, Ryu T, Kitamura S, Suzaki A. A case of syphilis presenting with initial syphilitic hepatitis and serological recurrence with cerebrospinal abnormality. *Intern Med.* 2010;49:1377-81.

Endereço para correspondência:

FRED BERNARDES FILHO

Rua Marquês de Caxias, 9, Sobrado

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

Tel.: 00 – 55 – 21 – 98267765

E-mail: f9filho@gmail.com

Recebido em: 30.10.2012

Approved em: 24.01.2013