

Sífilis maligna mimetizando pitiríase liquenóide em paciente HIV positivo: relato de caso

Malignant syphilis mimicking pityriasis lichenoides in HIV

D. De Luca, R. Villa, V. Bedin

Serviço de Dermatologia. Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. São Paulo. Brasil.

Correspondencia:
e-mail: elaine@pelesaudavel.org

Resumo

Sífilis maligna precoce é uma variante rara da sífilis secundária. Apresenta-se com úlceras necro-hemorrágicas, que podem mimetizar diversas dermatoses, levando ao retardio na diagnose e, consequentemente, no tratamento.

(D. De Luca, R. Villa, V. Bedin. Sífilis maligna mimetizando pitiríase liquenóide em paciente HIV positivo: relato de caso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012;40(2):62-64)

Palavras-chave: Sífilis maligna, HIV, pitiríase liquenóide.

Summary

Early malignant syphilis is a rare variant of secondary syphilis. Its necrohemorrhagic ulcers can mimic several skin diseases leading to difficulty in diagnosis and, consequently, in treatment.

Key words: *Malignant syphilis, HIV, pityriasis lichenoides.*

A sífilis pode se associar à infecção pelo HIV e manifestar-se com lesões clássicas e/ou atípicas. A sífilis maligna, por sua vez, corresponde à lesão do secundarismo luético e sua denominação decorre da semelhança com lesões cutâneas neoplásicas, manifestando-se com lesões atípicas, infreqüentes na população geral, sendo mais encontradiças nos soropositivos, resultando em úlceras necróticas e dolorosas, associadas à mialgia e sintomas sistêmicos[1]. Importante notar que, no paciente co-infectado por HIV, existem manifestações menos usuais de sífilis, mas não necessariamente com características oportunistas[2].

Caso clínico

Um mês antes da consulta, paciente masculino de 36 anos, natural e procedente de São Paulo, apresentou febre, mal

estado geral, abundantes e extensas lesões úlcero-crostosas no couro cabeludo, face, tronco (Figura 1) e plantas. O exame físico dos demais aparelhos encontrava-se normal. Dentre os exames laboratoriais realizados, destacavam-se HIV com carga viral de 81.621 cópias/ml, CD4 de 333 e VDRL negativo. Para a infecção pelo HIV, recebia zidovudina, lamivudina e tenofovir. Amostras de tecido cutâneo das margens de lesão antiga e de lesão recente do tronco e da face foram encaminhadas para exame anátomo-patológico, que revelou denso infiltrado inflamatório misto na derme, pequeno número de plasmócitos, infiltrado perivascular discreto, paracceratose e necrose de ceratinócitos na epiderme. Com base nos resultados expostos, conclui-se pelo diagnóstico de pitiríase liquenóide úlcero hemorrágico e foi instituída terapêutica com eritromicina sistêmica. Após cinco meses de abandono do acompanhamento, o paciente não havia feito uso da medica-



Figura 1. Úlceras dorsais.



Figura 2. Placas infiltradas no dorso.

ção prescrita e apresentava grandes alterações na morfologia das lesões, que se encontravam menos ulceradas e mais descamativas, confluentes, infiltradas e intensamente eritematosas (Figura 2). Diante desse quadro, foram realizadas novas coletas de tecido para análise histopatológica e sorologia sérica. Nesta ocasião, a biópsia revelou infiltrado inflamatório linfohistiocitário na derme, endoteliose, maior número de plasmócitos, alguns histiócitos gigantes multinucleados e pesquisa de BAAR e fungos negativa (Figura 3). A sorologia para sífilis, por sua vez, foi positiva, com VDRL de 1: 512 e TPHA reagente, contribuindo sobremaneira para a conclusão do diagnóstico: sífilis maligna. Uma amostra liquórica foi coletada, não evidenciando comprometimento do sistema nervoso central.

Comentário

A sífilis maligna foi primeiramente descrita por Bazin (1859) e mais tarde estudada por Neisser[1], que ressaltaram algu-

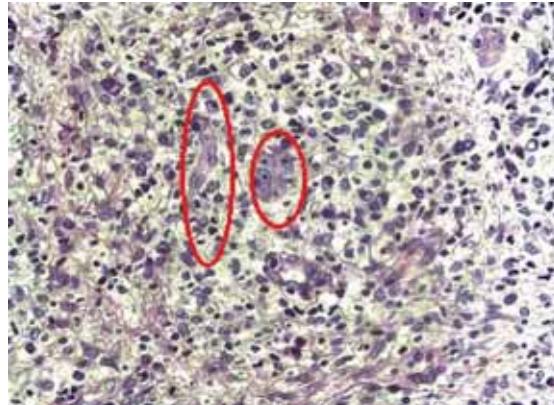


Figura 3. Lues e HIV: denso infiltrado inflamatório na derme, rico em plasmócitos e endoteliose (elipses). Vasculite luética (HE x 40).

mas características clínicas importantes, como o período de incubação curto[2, 3], de quatro semanas a um ano e a presença de lesões pápulo-pustulosas a pápulo-necróticas exuberantes, com predomínio na face, couro cabeludo, tronco, e menos usuais nas palmas, plantas, mucosas e genitais[4, 5]. Lesões em estádios diferentes conferem uma imagem pleomórfica à entidade, que pode ser precedida por febre,cefaléia, mialgia e mal estar[6]. Quando associada ao HIV, as lesões sifilíticas mostram-se mais exacerbadas, doloridas, na maioria das vezes acompanhadas de sintomas sistêmicos[6].

Pitiríase liquenóide úlcero-necrótica e sífilis maligna compartilham em sua apresentação a existência de grandes úlceras, febre alta, mal estar e mialgia[9, 10]. Por outro lado, podem ser diferenciadas quanto à localização: na pitiríase liquenóide, palmas, plantas e mucosas são poupadass; já as lesões sifilíticas têm essas localizações como preferenciais.

O diagnóstico de sífilis maligna precoce deve sempre ser considerado em pacientes HIV positivos com lesões ulceradas[7]. Nesse contexto, exames laboratoriais relevantes para o diagnóstico são: sorologias não treponêmicas e treponêmicas, microscopia de campo escuro, impregnação pela prata e citologia.

Em estudo multicêntrico retrospectivo[8], a incidência de sífilis maligna, em pacientes infectados pelo HIV, foi estabelecida como 60 vezes maior que na população geral[10]. A imunidade diminuída pode ser um fator causal[11], embora não exista relação com níveis extremos de células CD4, já que em 80% dos casos sua contagem era superior a 200 células. Os resultados dos exames laboratoriais podem ser de difícil interpretação, sendo tanto o fenômeno prozona[14] como a falsa-positividade mais frequentes na população infectada pelo HIV. Sendo assim, a visualização do agente poderia ser considerada recurso mais seguro para a diagnose[13].

No caso ora apresentado, houve dificuldade diagnóstica, como consequência das semelhanças ao exame clínico e histológico entre pitiríase liquenóide e sífilis maligna, já que ambas apresentam dermatite superficial com infiltrados liquenóides e perivasculares superficiais[9], caracterizado pela endoteliose (Figura 3).

Na consulta inicial, o exame histológico demonstrou denso infiltrado inflamatório na derme, perda da zona da membrana basal, com infiltrado linfohistiocitário perivasculares, necrose de ceratinócitos e poucos plasmócitos, associando-se à negatividade da sorologia para sífilis. Já, na nova abordagem, o maior número de plasmócitos contribuiu para a diagnose, que ficou mais evidente com a sorologia positiva na titulação de 1 para 512.

As peculiaridades de tratamento dizem a respeito à comitânciâa da positividade da sorologia positiva para HIV e lues, e não à lues maligna propriamente. Em revisão bibli-

ográfica no Medline de artigos publicados entre 1966-2010 foram identificados 21 casos de sífilis maligna e a maioria foi tratada com penicilina, apresentando boa resposta. Embora a recomendação atual do CDC (Centers for Disease Control), seja de que não se faça distinção entre o tratamento de pacientes co-infectados ou não pelo HIV[6], alguns autores recomendam aumento da dose total da penicilina benzatina para 7.200.000 U no caso de sífilis recente primária ou secundária, dividida em três doses semanais[7].

Conclusão

A imunossupressão pode alterar a história natural da lues levando a acometimentos atípicos e grande dificuldade diagnóstica. Por ser dermatose incomum, casos como este cobrem-se de natureza didática ao revelar todo o caminho percorrido pelos autores até à elucidação diagnóstica.

Referências bibliográficas

1. Avelleira JC, Regazzi. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Brás Dermatol* 2006; 82: 111-26.
2. Romero-Jiménez MJ, Suárez Lozano I, Fajardo Picó JM, Barón Franco B. Sífilis Maligna en el paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): descripción de un caso y revisión de la literatura. *An Med Interna* 2003; 20: 373-6.
3. Lejman K, Starzycki Z. Early malignant syphilis observed during infection and reinfection in the same patient. *Br J Venereal Dis* 1978; 54: 278-89.
4. Pérez-Pérez L. Sífilis Maligna en el paciente con infección por el VIH. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98: 351-4.
5. Passoni LF, Cabral. Lues maligna em um paciente com infecção pelo HIV. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005; 38: ??????
6. Eder, D. Histopatologia da pele de Lever. Manual e Atlas. In: Infiltrados perivasculares difusos e granulomatosos da derme reticular. Cap V. p. 173. Ed 5. 2005.
7. Martinelli FLB. Sífilis Maligna e Neurosífilis, no paciente com AIDS. *An Bras Doenç Sex Trans* 2002; 14: 59-62.
8. Belda Jr. Sífilis Maligna Precoce. A propósito de um caso. *An Bras Dermatol* 1990; 65: 147-50.
9. Criado PR. Sífilis Secundária em paciente HIV positivo: Relato de caso. *An Bras Dermatol* 1996; 71: 217-21.
10. Veronesi R, Focaccia R. Manifestações cutâneo-mucosa em pacientes infectados pelo HIV. Rio de Janeiro: Ateneu, 1999, p. 175.
11. Rivitti EA. Sífilis. Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
12. Robbin, J. Infecções sexualmente transmissíveis. Patologia estrutural e funcional. Ed Guanabara Koogan, 5^a edição, 1996, p. 304.
13. Ferreira AW. Padronização e avaliação do desempenho do reagente hemopallidum, nova formulação no diagnóstico da sífilis. Laes/Haes; 1997; 106: 80-8.
14. Uribe CS. Neurosífilis com VDRL em líquido cefalorraquídeo negativo; efeito prozona. *Med Lab* 1998; 12: 695-98.