



Localizador: 13042

Lesões ulcerativas agudas em dois pacientes HIV soropositivos

Acute ulcerative lesions in two HIV-seropositive patients

Fred Bernardes Filho,* Maria Victória Pinto Quaresma Santos,* Yamileth Cruz Ararat,* Ronan Paulo Veizaga Veizaga,* José Augusto da Costa Nery*

Palavras chave:

Sífilis, sífilis maligna, doenças sexualmente transmissíveis.

Key words:

Syphilis, malignant syphilis, sexually transmitted infections.

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de alta prevalência que costuma ser denominada a «grande imitadora» devido seu polimorfismo lesional. Sífilis maligna é uma forma grave de sífilis secundária também conhecida como sífilis úlcero-nodular. Os autores apresentam dois casos de sífilis maligna precoce e enfatizam a importância da conscientização dos pacientes portadores do HIV sobre comportamentos sexuais de risco.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease of high prevalence that is often called the «great imitator» because its polymorphism lesion. Malignant syphilis is a severe form of secondary syphilis also known as nodular-ulcerative syphilis. The authors present two cases of early malignant syphilis and emphasize the importance of awareness of HIV patients about sexual risk behaviors.

Asífilis 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 no mundo. A grande variedade de manifestações clínicas fez com que a sífilis passasse a ser reconhecida como «grande imitadora».º Pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm chances maiores de manifestar doença de curso mais maligno, mais sintomas constitucionais e acometimento de um maior número de órgãos.^{1,2}

Sífilis maligna caracteriza-se por um pródromo de febre, céfaléia e mialgia seguido pelo surgimento de pápulo-pústulas e de lesões ulceradas, recobertas por crostas hemorrágicas ou melicéricas.^{3,4} É típico o aspecto rupióide ou ostráceo em que há várias camadas de crostas espessas semelhantes à concha de uma ostra recobrindo as ulcerações.^{3,5,6}

O objetivo deste artigo é apresentar dois casos de sífilis maligna precoce e enfatizar a importância de incluí-la entre as possibilidades diagnósticas nos pacientes hiv que apresentem lesões ulcerativas agudas.

RELATO DE CASOS

Caso 1. Paciente masculino, 33 anos, solteiro, natural do Rio de Janeiro, procurou nosso ambulatório por apresentar feridas disseminadas pelo corpo, com maior acometimento do tronco e associadas à febre e mal-estar geral. Refere praticar sexo com múltiplas parceiras e história de infecção pelo HIV há seis anos, tendo iniciado uso de terapia antirretroviral indicada por imunodeficiência há sete meses. Ao exame físico, foram observadas placas eritemato-papulosas com ulceração central, recobertas por crostas hemorrágicas espessas, de aspecto rupióide no tronco, membros superiores, região cervical e mento, além de micropoliadenomagalia generalizada (*figura 1*). Foram aventadas as hipóteses de leishmaniose, esporotricose, citomegalovírus cutâneo, micobacteriose atípica, pioderma gangrenoso e sífilis e solicitados os exames para elucidação, com os seguintes resultados positivos: VDRL com titulação 1/128 e FTA-ABS IgM reagente. Estabeleceu-se o diagnóstico de sífilis maligna precoce e instituímos terapia com três doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI com

* Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ) – Rio de Janeiro (Rj). Brasil.

Recibido:
23/Julho/2013.

Aceptado:
30/Septiembre/2014.



**Figura 1.**

Paciente caso 1: **A)** placas eritematosas com ulceração central, recobertas por crostas hemorrágicas espessas, de aspecto rupióde na face e mento; **B)** tronco; **C)** membro superior esquerdo; **D)** detalhe de uma lesão no antebraço direito e múltiplas pápulas eritematosas no antebraço direito.

intervalo de sete dias. Foi realizado VDRL do líquor com resultado negativo. No retorno 30 dias após término do tratamento, apresentou melhora das lesões cutâneas, sendo acompanhado no ambulatório de dermatologia sanitária. De acordo com o protocolo do nosso setor, o paciente realizará a cada três meses avaliação clínica e VDRL pelo período de dois anos.

Caso 2. Em março de 2011, consultou paciente masculino de 32 anos, bissexual, natural e residente no Rio Janeiro, foi encaminhado com quadro de 3 meses de evolução de lesões pápulo-eritematosas urticiformes assintomáticas e, após um mês, surgimento de placa eritemato-descamativa localizada na glande acompanhada de lesão ulcerada. HIV soropositivo há três anos, com inicio de tratamento antirretroviral um mês após o aparecimento da primeira lesão cutânea. Refere ter vida sexual ativa, com uso ocasional de métodos de barreira. Ao exame físico, bom estado geral, com funções vitais normais, lúcido e orientado; ao exame dermatológico, placa eritematosa no palato duro e placa mucosa na base da língua, exantema máculo-papular não descamativo no corpo, poupança face, dobras e região palmo-planar (*figura 2*); placa eritemato-descamativa localizada na glande e lesão ulcerada de bordas eritematosas e elevadas e fundo necrótico próxima ao meato uretral

(*figura 2*); ausência de linfonodomegalias. Foi aventada a hipótese de sífilis e sua confirmação estabelecida com os seguintes exames laboratoriais: sorologia para *Treponema pallidum*, anticorpos: 28,50 VDRL: 1/16. Diante do quadro, o tratamento foi realizado com penicilina benzatina no total de 4.800.000 UI, divididas em duas doses com intervalo de sete dias. O paciente evoluiu com melhora significativa e segue em acompanhamento ambulatorial periódico (*figura 3*).

DISCUSSÃO

Com o advento da AIDS, houve recrudescimento do número de casos de sífilis maligna e comportamentos sexuais de risco continuam sendo os principais responsáveis por este aumento.^{7,8} Ao recordar a evolução natural da sífilis não tratada, em que aproximadamente dois terços dos pacientes infectados evoluem para cura espontânea, e observando-se o efeito comprometedor da AIDS sobre o sistema imunológico, uma possível explicação dada para o aumento dos casos de sífilis nesta população foi o novo caminho seguido pela infecção: ao invés de cura espontânea, os pacientes imunodeprimidos com sífilis evoluíam mais para doença clínica.^{9,10}



Figura 2.

Paciente caso 2: A) placa eritematosa no palato (seta amarela); B) placa mucosa na base da língua (seta vermelha); (C y D) exantema máculo-papular não descamativo no dorso.

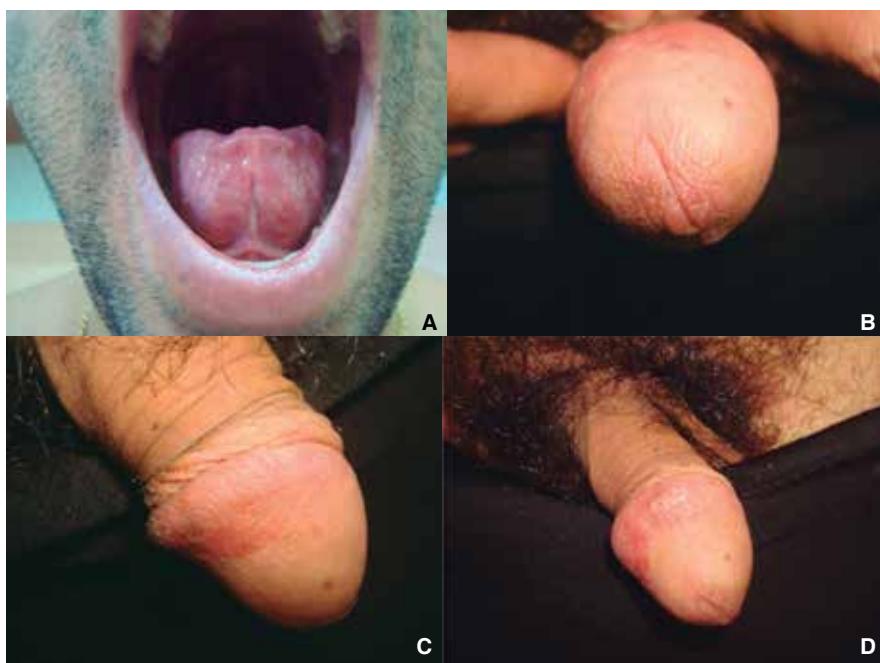


Figura 3.

Paciente caso 2: desaparecimento das lesões na base da língua e glande.

Na sífilis maligna pode haver destruição tecidual grave fazendo do seu diagnóstico um desafio. Os casos em tela reforçam que em pacientes HIV soropositivos que apresentem lesões ulcerativas agudas a suspeita e investigação de sífilis devem ser mandatórias.^{11,12} Devemos estar atentos, pois nesta co-infecção pode haver o desenvolvimento prematuro de estágios de doença invasiva, tais como meningite, nefrite, hepatite, entre outras.^{13,14}

Ambos os pacientes apresentaram sífilis maligna precoce, secundarismo sifilítico, entretanto optamos por tratar o paciente do caso 1 com penicilina benzatina na dose de 7.200.000 UI para sua segurança, considerando a extensão das lesões. Há necessidade de mais trabalhos que demonstrem a eficácia do uso dessa droga de acordo com as fases da sífilis na co-infecção com o HIV.

Muitas das lesões da sífilis secundária só são encontradas após exame cuidadoso. As placas mucosas são

altamente infectantes e podem assumir conformação arredondada, oval ou serpiginosa (úlcera em «rastro de lesma»).^{2,3,8,9} A inspeção da cavidade oral deve ser feita de forma minuciosa e, no paciente do caso 2, permitiu-nos observar lesões vesicopapulares e úlceras em «rastro de lesma» no palato duro e base da língua.

Reforçamos a necessidade de valorização da capacitação em doenças infecciosas e importância do diagnóstico precoce para poder instituir o tratamento adequado, evitando possíveis sequelas tardias. Devemos ressaltar ainda a importância da conscientização aos pacientes portadores do HIV sobre comportamentos sexuais de risco.

Correspondência:
Dr. Fred Bernardes Filho
E-mail: f9filho@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006; 81: 111-126.
2. Stary A. Sexually Transmitted Infections. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology.* 2th. New York: Mosby Elsevier; 2008, pp. 1239-1250.
3. Azulay RD, Azulay DR. Sífilis. En: Azulay DR. *Dermatologia.* 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011, pp. 379-393.
4. Kumar B, Muralidhar S. Malignant syphilis: a review. *Aids Patient Care and STDs.* 1998; 12: 921-925.
5. Tucker JD, Shah S, Jarell AD, Tsai KY, Zembowicz A, Krosinsky D. Lues maligna in early HIV infection case report and review of the literature. *Sex Transm Dis.* 2009; 36: 512-514.
6. Sands M, Markus A. Lues maligna, or ulceronodular syphilis, in a man infected with human immunodeficiency virus: case report and review. *Clin Infect Dis.* 1995; 20: 387-390.
7. Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Straten M, Carrasco D, Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43: 409-432.
8. Sánchez MR. Sexually transmitted diseases. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine.* 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008, pp. 1955-1977.
9. Kinghorn GR. Syphilis and bacterial sexually transmitted infections. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology.* 8th Wiley Blackwell; 2010, pp. 34.1-24.
10. Heymann WR. The history of syphilis. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54: 322-333.
11. Karumudi UR, Augenbraun M. Syphilis and HIV: a dangerous duo. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2005; 3: 825-831.
12. Corti M, Solari R, De Carolis L, Figueiras O, Vittar N, Maronna E. Malignant syphilis in a patient infected by human immunodeficiency virus. Case report and literature review. *Rev Chilena Infectol.* 2012; 29: 678-681.
13. Bernardes Filho F, Santos MVPQ, Cariello LB. Syphilis in Presentation with Overlapping Phases: How to Lead? *J Bras Doenças Sex Transm.* 2012; 24: 109-112.
14. Bernardes Filho F, Santos MVPQ, Perez VPF. Sífilis cutânea e visceral: apresentação inusitada. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2012; 24: 192-194.