

Goma Sifilítica

Relato de um caso clínico

Cláudia Mata¹; Sara Fontes¹; Paulo Palmela²; Nuno Santos²; Francisco Salvado³

¹ Médico, Interno de Formação Específica em Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; Clínica Universitária de Estomatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
² Médico, Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; Clínica Universitária de Estomatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
³ Médico, Director de Serviço, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; Clínica Universitária de Estomatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução: A Sífilis é uma doença sistémica sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, que é rara, mas que tem vindo a reemergir devido à mudança de hábitos sexuais na população. As manifestações orais da sífilis podem ter características variáveis e comuns a outras patologias orais, o que aumenta a complexidade do seu diagnóstico. No estadio **Primário** o doente pode apresentar uma lesão ulcerada no local de inoculação ("cancro duro"), no **Secundário**, são frequentes úlceras com placas mucosas em rasto de caracol e /ou lesões máculo-papulares. Cerca de 1/3 dos doentes com Sífilis não tratada desenvolvem complicações tardias (estadio **Terciário**), sendo a **Goma Sifilítica** a mais frequente-16%. Em qualquer estadio podem também existir complicações cardiovasculares e /ou neurológicas embora surjam mais frequentemente no estadio terciário da doença (10% e 6%, respetivamente).

Caso Clínico:

Identificação: A., sexo masculino, 63 anos, caucasiano, etnia cigana.

Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus Tipo II, Doença pulmonar obstrutiva crónica, Fumador (75 UMA), Cardiopatia dilatada, Hipertensão arterial essencial, Dislipidémia.

Medicação habitual: Vildagliptina+Metformina 50mg/1000mg, Brometo de Acilidínio+Formoterol 340/12mg, Carvedilol 25mg, Losartan 100mg, Ácido acetilsalicílico 100mg, Sinvastatina 20mg, Fenofibrato 200mg, Diazepam 5mg.

História atual: Aparecimento de 2 úlceras do palato duro (ver fig.1), ligeiramente dolorosas, simétricas, com cerca de 0,5cm de maior diâmetro, fundo nacarado e cheiro fétido, com atingimento ósseo, com 15 dias de evolução. Referia traumatismo com esponja de higiene oral em internamento recente por Infecção respiratória baixa. Negava comportamentos de risco recentes ou passados. Negava outros sinais ou sintomas.

Hipóteses de Diagnóstico:

- Sobre-infecção Bacteriana de Úlceras Traumáticas
- Sialometaplasia Necrotizante
- Sífilis
- Granulomatose de Wegener
- Carcinoma pavimento-celular
- Linfoma de células T/NK.

Diagnóstico definitivo, terapêutica e seguimento:

- Tratamento empírico com Amoxicilina 1g 8/8h 8dias-> sem melhoria; Bochechos com Solução salina + Betametasona oral + Ibuprofeno 400mg 8/8h 15 dias-> cicatrização lenta (ver Fig.2);
- Biópsia do fundo e bordos das úlceras: Necrose e colonização por *Aspergillus*;
- Analiticamente: VDRL-Reativo; TPHA- Positivo 1/160 -> Confirma Sífilis
- Diagnóstico Definitivo: **Goma Sifilítica**
- Terapêutica com 3 injeções Penicilina G Benzatínica parentérica 2.4M semanalmente-> Cicatrização completa (ver Fig.3);
- Reavaliação VDRL aos 3 meses: Fracamente reativo; Aguarda reavaliação VDRL 6 meses.

Discussão: Este caso clínico realça a importância de considerar o diagnóstico de Sífilis em doentes com lesões da cavidade oral de etiologia duvidosa. Por se tratar de lesões altamente inespecíficas e variadas, o diagnóstico pode ser tardio e difícil, sendo muitas vezes realizadas terapêuticas inadequadas e ineficazes. Os sinais e sintomas sistémicos adjuvantes podem ser escassos e por se tratar de um tema tabu na sociedade, frequentemente os doentes negam comportamentos de risco.

O diagnóstico etiológico por biópsia destas lesões pode, também, consistir num fator confusional visto que o resultado é geralmente uma reação inflamatória inespecífica. Nesse caso, o tratamento com corticoide oral é uma das primeiras opções, contudo tem um efeito paradoxal, com exacerbação da infecção. O diagnóstico de Sífilis foi feito através de avaliação analítica do VDRL (++) e TPHA (especificidade). As características das lesões orais do doente eram sugestivas de goma sifilítica que, geralmente, é uma lesão com aparecimento tardio, um (ou mais) nódulo ou úlcera granulomatosa que pode acometer tanto tecidos moles como osso, sobretudo palato, onde com frequência provoca perfuração. Dado o potencial envolvimento sistémico da sífilis terciária, apesar de não apresentar sintomatologia, o doente foi orientado para o seu médico assistente para avaliação.

Conclusão: As manifestações orais na Sífilis podem representar um desafio diagnóstico devido à variedade de apresentações clínicas. Conhecida como a grande imitadora, por poder mimetizar outras patologias, a Sífilis deve ser considerada como hipótese de diagnóstico na avaliação das lesões orais de etiologia duvidosa, mesmo na ausência de história sugestiva. Sendo prontamente identificada, é uma doença que resolve totalmente com altas doses de penicilina.

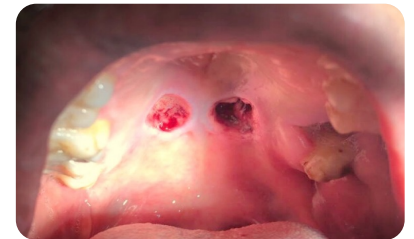


Fig. 1 Lesões ulcerativas iniciais após desbridamento de tecido necrótico do fundo e bordos.



Fig. 2 Lesões ulcerativas em cicatrização durante tratamento.



Fig. 3 Mucosa íntegra após tratamento (cicatrização completa).