

SÍFILIS SECUNDÁRIA – CASO CLÍNICO

JOÃO MENDES DE ABREU¹, JOANA ESPIRITO SANTO², RITA AZENHA CARDOSO¹, RICARDO GRAZINA¹, JOSÉ MALVA CORREIA¹

¹Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

²Serviço de Medicina Interna – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma **doença infecciosa** que, se não tratada, apresenta um potencial evolutivo crónico e até mesmo fatal^{1,2}. Descrita em registos que remontam, pelo menos, à Idade Média³ e provocada pelo ***Treponema pallidum***, esta é principalmente enquadrada como uma **Doença Sexualmente Transmissível (DST)**, podendo também apresentar-se como congénita^{4,5}. Estabelecido o contágio com a inoculação das espiroquetas provenientes da lesão primária ou secundária na pele ou mucosas, as quais oportunamente aproveitam os múltiplos microtraumatismos cutâneos induzidos no acto sexual, com uma infectividade na ordem dos 30%⁶, a Doença Sifilítica vai evoluir para diferentes estádios, cada um dos quais com manifestações clínicas próprias, sendo que a ausência destas, assim como o tempo decorrido, são também por si só dados relevantes neste enquadramento.^{1,2,3,5}

Podemos, assim, **classificar** esta doença como **Primária** – representa o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, os quais usualmente surgem 2 a 3 semanas após a infecção, no local do contacto, depois de decorrida a fase de incubação; **Secundária** – ocorre semanas a meses mais tarde, podendo no entanto, em raras ocasiões, coexistir com o estádio anterior, distinguindo-se deste pela diversidade das manifestações, as quais podem potencialmente afetar qualquer órgão do corpo humano; **Terciária** – com um intervalo temporal tão díspar como de 1 a 30 anos, o diagnóstico desta fase nem sempre é fácil, principalmente se não existir qualquer relato anterior. É, assim, imperioso reconhecer as suas apresentações mais comuns, maioritariamente cardiovasculares, neurológicas, ósseas e cutâneas, e efectuar um diagnóstico diferencial consciente; e **Latente** – dividida temporalmente em Precoce e Tardia, consoante o diagnóstico seja feito até ao prazo de um ano após a infecção Primária, representa os diferentes períodos durante os quais o doente se apresenta assintomático.

A **nível epidemiológico**, apesar de, com o advento e generalização da antibioterapia, a irradicação ter chegado a ser idealizada⁷, hoje este objetivo parece cada vez mais distante, tendo-se inclusivamente observado na década passada um aumento dos números em certas populações e/ou áreas do globo. Este facto está relacionado com a alteração dos comportamentos sexuais de risco, os quais são o reflexo do aumento do número de contactos entre homens homossexuais, toxicodependentes, associados à prostituição e relacionamentos heterossexuais esporádicos entre desconhecidos iniciados através da internet. Felizmente, a presente década tem trazido algumas novidades animadoras, nomeadamente ao nível do sexo feminino, o qual, nos últimos anos, tem sido o principal responsável pela quebra pontual dos números absolutos de casos relatados^{8,9}. Em Portugal, apesar da Sífilis ser uma doença de declaração obrigatória e de estarem relatados 1640 casos, 72% dos quais em indivíduos do sexo masculino, o número de casos reais não é conhecido, existindo uma grande subestimação¹⁰.

DESCRIÇÃO

Este trabalho reporta um caso de **Sífilis Secundária** num adulto jovem do sexo masculino, referenciado para o Serviço de Urgência do CHUC por **lesões aftosas indolores e não exsudativas**, dispersas pelo palato, língua e vestibulo, com **quatro semanas de evolução** (figs. 1, 2, 3, e 4).

Como **antecedentes e factores de risco**, o doente apresentava história de **relações sexuais oro-genitais e vaginais sem o uso de preservativo e com múltiplas parceiras**, referindo ainda o aparecimento de **lesão peniana dois meses antes**, a qual resolveu com a aplicação concomitante de iodopovidona.

O **exame objectivo** completo, além de confirmar o motivo da vinda à urgência, permitiu a palpação de massas inguinais infra centimétricas, moles e indolores, mobilizáveis e superficiais.

Como **exames complementares** foram pedidos numa primeira fase hemograma, bioquímica, serologias, auto-anticorpos, marcadores tumorais e ecografia, tendo os resultados revelado um **R.P.R reativo (1:64)** e **FTA-ABS positivo** com um Leucograma normal, mas uma **Linfocitose de 3.3**, assim como a presença de **adenopatias inguinais**. Posteriormente, foi ainda feita uma pequena biópsia incisiva, a qual identificou a presença de estruturas helicoidais compatíveis com **espiroquetas** entre um infiltrado plasmocitário abundante e difuso.

Colocado o **diagnóstico** foi instituído o **tratamento** com 1 administração semanal de **Penicilina Benzatínica (Lentocilin®)**, na dose de **2.4 M.U.I.**, durante **3 semanas**, o qual levou à **regressão completa** das lesões ao fim de 8 dias.

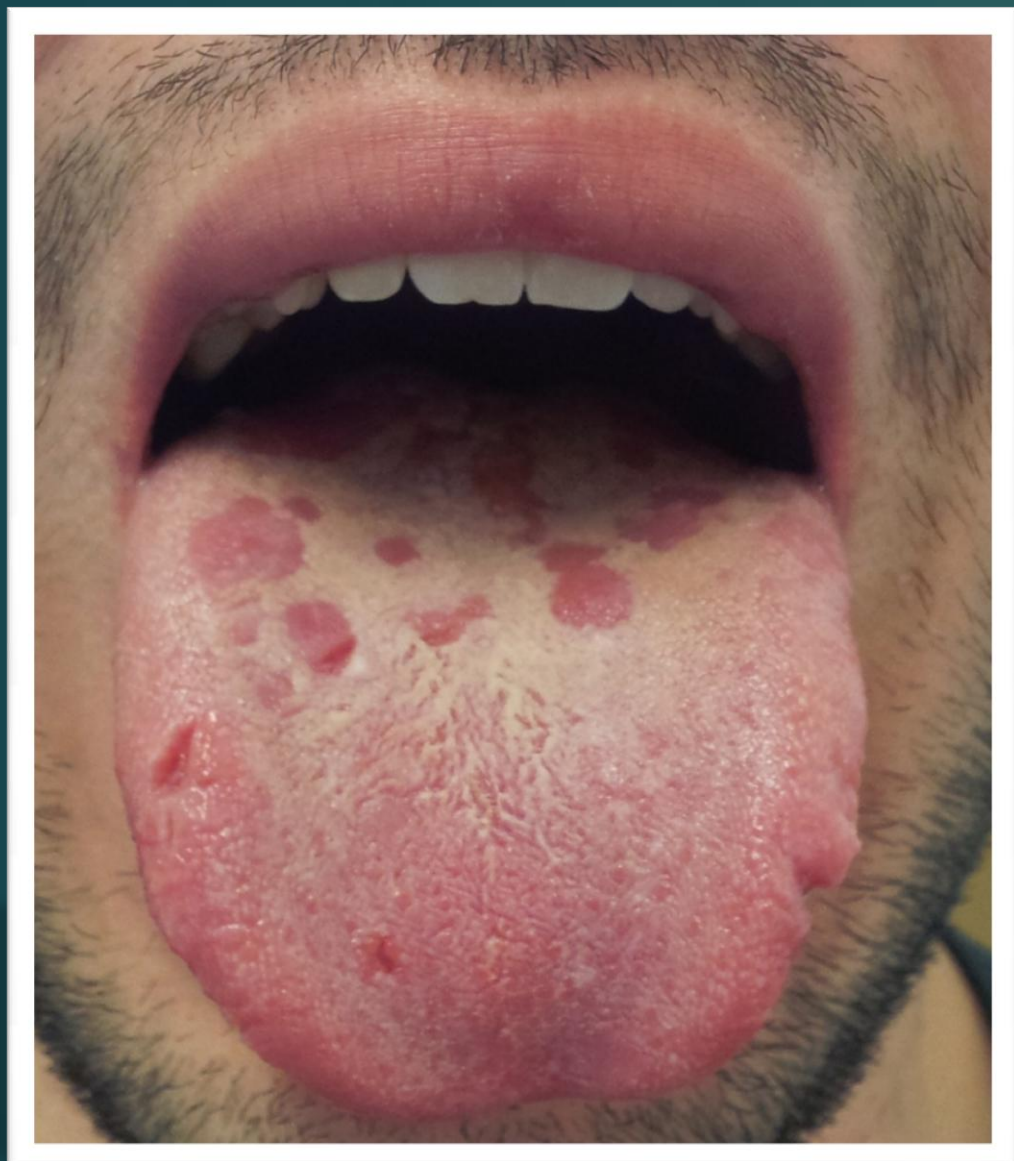


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

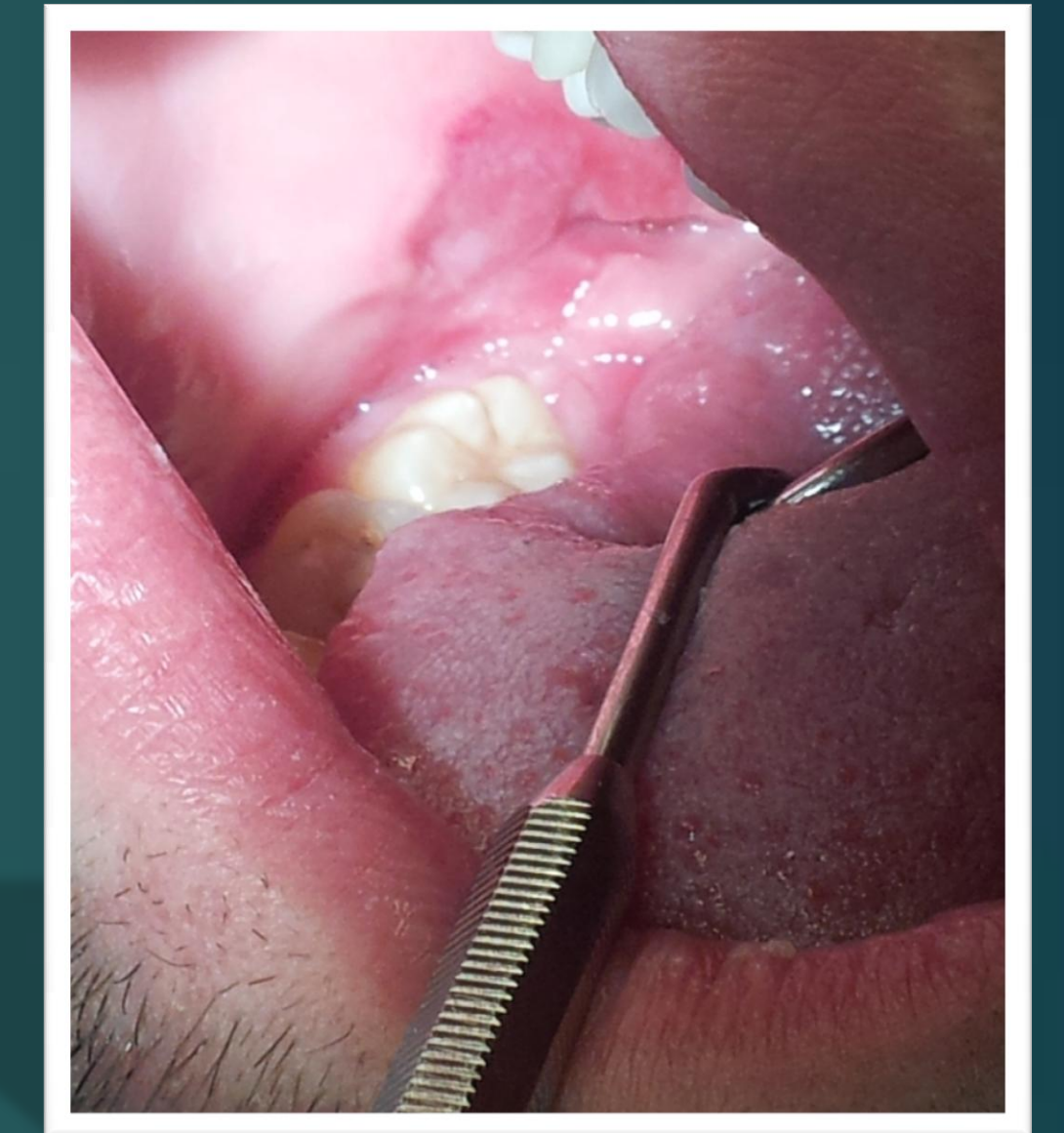


Fig. 4

RESULTADOS

A discussão deste caso clínico centrou-se essencialmente em dois pontos intimamente interligados: a qualidade da **informação recolhida** e o **diagnóstico diferencial**. Isto porque, neste caso em particular, numa primeira fase, a **informação prestada** pelo doente foi **deliberadamente errônea**, até confrontado com os resultados dos exames complementares do diagnóstico, negando quaisquer comportamentos sexuais de risco, assim como a existência de lesão peniana. Tal revela as claras dificuldades que o clínico tem em estabelecer uma relação de confiança mútua em ambientes inóspitos, como os que caracterizam os Serviços de Urgência. Confiança esta a qual será ainda mais difícil de obter ao nível de um consultório privado exclusivamente vocacionado para a Saúde Oral, aos quais os doentes recorrem por patologia de um foro restrito. Criam-se, assim, obstáculos físicos e psicológicos perante a necessidade de realizar um exame físico completo.

Consequentemente, perante a oclusão inicial destes elementos, existiu uma clara necessidade de elaborar todo um **diagnóstico diferencial de elevada complexidade**, baseado na inclusão de patologias capazes de induzir a formação de ulcerações orais. Foram então inicialmente consideradas como causas desta condição¹¹: Lesões Reacionais; Infecções Bacterianas (p. ex. Sífilis, Gonorreia, Tuberculose); Infecções Fúngicas (p. ex. Histoplasmose, Esporotricose); Infecções Víricas (p. ex. Herpes, Herpangina, HIV); Doenças Autoimunes ou de componente Imunológico (p. ex. Pênfigo, Doença Celíaca, Crohn, Behcet, Reiter, Eritema Multiforme, Granulomatose, Medicamentos); e Neoplasias (p. ex. Carcinoma de Células Escamosas). Toda esta situação levou a claras repercussões no número de exames complementares pedidos e, por inerência, nos gastos humanos e materiais.

Obtida a grande maioria dos resultados menos de 24 horas depois, perante um **diagnóstico** presuntivo de **Sífilis** corroborado por um **R.P.R reativo (1:64)**, um **FTA-ABS positivo**^{12, 13, 14}, assim como a presença de **adenopatias** e **Linfocitose** e a negatividade dos restantes exames, optou-se por se iniciar a **terapêutica** de acordo com as mais recentes **Guidelines internacionais**¹⁵. O doente foi submetido a **3 administrações, intercaladas semanalmente, de Penicilina Benzatínica (Lentocilin®) na dose de 2.4 M.U.I.**, uma vez que o mesmo se enquadrava no critério de **duração indeterminada**.

CONCLUSÕES

Curável e facilmente **prevenível**, actualmente a **Sífilis** não é mais a doença terrível de outros tempos com uma mortalidade estimada de 8 a 40%¹⁶. No entanto, estas não são razões para relaxar, pois, como prova a década passada, ainda **muito está por fazer no capítulo da prevenção**. Caberá, assim, ao clínico o dever, perante a sociedade, de assegurar o diagnóstico, tratamento, seguimento e erradicação desta durante a sua carreira.

Com este trabalho pretendemos descrever sucintamente as **principais características orais e sistémicas** da Sífilis, assim como, de uma forma gráfica, **fixar na mente dos colegas as imagens obtidas e alertá-los para a importância da elaboração de uma história clínica completa e da realização de um exame objectivo sem pudores**. Tal é crucial para que, no diagnóstico de patologias sexualmente transmissíveis e com repercussão genital de sinais e sintomas como é o caso da Sífilis, seja iniciado o tratamento e eliminado o vector de contágio, de uma forma célere.

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th ed. McGraw Hill, 2012.

2. Murray PR, Tenover FC, Tenover FC. Medical Microbiology, 7th Edition, Saunders, 2012.

3. Spaulding PF. Natural history of syphilis. In: Sexually Transmitted Diseases, Holmes KK, Mardh PA, Spaulding PF, et al (Eds). McGraw-Hill, New York, 1990, p.213.

4. Musher DM. Biology of *Treponema pallidum*. In: Sexually Transmitted Diseases, Holmes KK, Mardh PA, Spaulding PF, et al (Eds). McGraw-Hill, 1990, p.205.

5. Hicks CB. Pathophysiology, transmission, and natural history of syphilis. In: <http://www.uptodate.com>. Accessed August 1 2013.

6. Rockwell DH, Yabs AR, Moore MD. The Tuskegee Study of Untreated Syphilis: the 30th year of observation. Arch. Intern. Med. 1964; 114:792

7. Mikita M. US effort to eliminate syphilis moving forward. JAMA 2000; 283:1555

8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Summary of notifiable diseases—United States, 2010. MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report 2012; 59:1

9. Hook EW 3rd, Reeling RW. Syphilis control—accomplishing challenges. N Engl J Med 2004; 351:122

10. Costa AS, Nogueira PA. Evolução da sífilis em Portugal 2001-2012. Apresentação Livre. II Congresso Nacional de Medicina Tropical, 2013

11. Regazzi J, Schübbel J, Jacton R. Patologia Oral, 9ª ed. Elsevier, 2008

12. Rompato A. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of syphilis in the HIV-infected patient. In: <http://www.uptodate.com>. Accessed August 1 2013

13. Hicks CB. Diagnostic testing for syphilis. In: <http://www.uptodate.com>. Accessed August 1 2013

14. Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents.

recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep 2009; 58:1

15. 2010 STD Treatment Guidelines. In: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>. Accessed August 1 2013

16. Kent ME, Romanoff F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. Ann Pharmacother. 2008;42:226-236