

Sífilis secundária com acometimento pulmonar* *Secondary syphilis with pulmonary involvement**

Ederson Valei Lopes de Oliveira ¹ José Alves Rocha-Filho ² Andreia Américo Monteiro ³
 Eurides Maria de Oliveira Pozzeti ⁴ João Roberto Antonio ⁵

Resumo: Sífilis é doença sistêmica e infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*. Relata-se caso de sífilis secundária em homem de 37 anos com queixas relacionadas ao trato respiratório. Manifestações clínicas e exames de imagens, incluindo radiografia e tomografia computadorizada de tórax, sugeriram neoplasia. A avaliação dermatológica e os exames complementares (sorologia e anatomopatológico de pele) confirmaram o diagnóstico. Paciente foi tratado com aplicação semanal de penicilina G benzatina 24.000.00 UI, via intramuscular, por duas semanas. Cura clínica e dermatológica foram observadas, bem como regressão das alterações radiológicas e melhora sorológica.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis; Pulmão; Radiografia torácica; Sífilis cutânea; Tomografia computadorizada por raios x; *Treponema pallidum*

Abstract: *Syphilis is an infectious systemic disease caused by Treponema pallidum. A case of secondary syphilis in a 37-year-old man with respiratory complaints is reported. Clinical manifestations and imaging exams, including chest radiographs and CT, suggested neoplasm. Dermatological examination and skin biopsy, along with serologic testing, were performed and confirmed the diagnosis of syphilis. The patient was treated with weekly intramuscular injections of 24.000.00 IU of benzathine penicillin for two consecutive weeks. His symptoms and skin lesions disappeared, serological tests negatived and the regression of the radiological abnormalities was observed.*

Keywords: Lung; Radiography, thoracic; Sexually transmitted diseases; Syphilis, cutaneous; Tomography, X-ray computed; *Treponema pallidum*

Recebido em 15.08.2005.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 09.02.2007.

* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum

¹ Médico Residente da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina. Hospital de Base de São José do Rio Preto - (SP), Brasil.

² Médico Estagiário do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina. Hospital de Base de São José do Rio Preto - (SP), Brasil.

³ Médica Estagiária da Disciplina de Pneumologia e Tisiologia da Faculdade de Medicina. Hospital de Base de São José do Rio Preto - (SP), Brasil.

⁴ Médica Professora-Adjunta da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina. Hospital de Base de São José do Rio Preto - (SP), Brasil.

⁵ Médico Professor Doutor e Chefe da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina. Hospital de Base de São José do Rio Preto - (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Sífilis ou lues é doença sistêmica, infectocontagiosa, de evolução crônica,¹ com manifestações cutâneas polimórficas,² acometimento de outros órgãos,³ e cujo agente etiológico é o espiroqueta *Treponema pallidum*.^{1,2,4,5}

Quando não tratada, sua história natural pode ser dividida em recente e tardia. A forma recente, com menos de um ano de evolução, abrange três fases: primária, secundária e latente.^{2,4}

A forma tardia manifesta-se após o primeiro ano de evolução, sendo que suas manifestações clínicas surgem depois de período variável de latência, que pode oscilar entre 10 e 30 anos. Entretanto, esse período pode alterar-se bastante em condições de imunodeficiência, como a infecção pelo HIV/Aids. Na forma tardia há acometimento ósseo, cutâneo, cardiovascular, nervoso, entre outros.^{1,3,6}

Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica que pode ocorrer em qualquer período gestacional.^{3,4}

Os autores relatam caso de sífilis secundária com importante acometimento cutâneo, em associação com comprometimento pulmonar

RELATO DO CASO

Paciente de 37 anos, do sexo masculino, branco, casado e atendido na Emergência. Apresentava há 15 dias história de dor em peso no andar superior do abdômen com irradiação para região torácica dorsal. A dor melhorava com a posição ortostática e piorava com decúbito lateral. Há 10 dias surgiram lesões cutâneas, e há sete, picos febris de 38°C sem periodicidade.

Ao exame clínico, paciente apresentava-se em regular estado geral, desidratado ++/4+, anictérico, acianótico, taquipnéico, com gânglios palpáveis na cadeia inguinal esquerda, endurecidos e dolorosos, sem outros sinais flogísticos. A ausculta pulmonar estava diminuída bilateralmente, com sibilos em terços superiores e crepitações na base pulmonar esquerda.

O exame radiográfico de tórax evidenciou diminuição da transparência no terço inferior do pulmão esquerdo e provável nódulo pulmonar à esquerda (Figura 1). O hemograma completo mostrava discreta neutrofilia, e a bioquímica era normal. Com esse quadro foi internado na enfermaria da pneumologia.

Durante a internação, a pesquisa de Baar e fungos no escarro em três amostras foi negativa, e o teste Elisa para HIV mostrou-se não reagente.

A tomografia computadorizada de tórax demonstrou múltiplos nódulos pulmonares, sendo

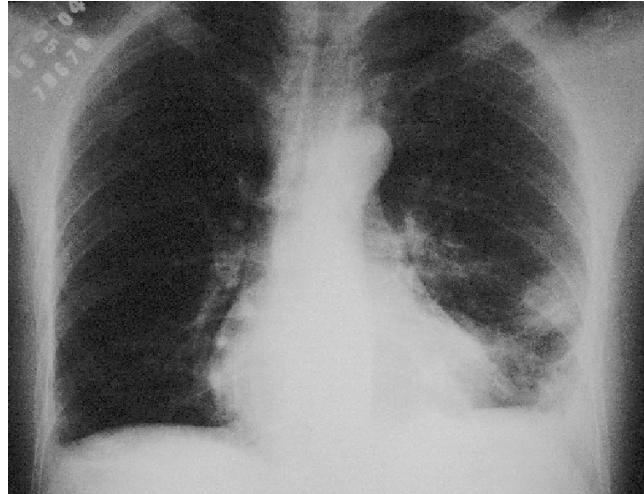


FIGURA 1: Radiografia de tórax na posição pósterio-anterior, evidenciando opacidade arredondada periférica na base pulmonar esquerda

dois deles superiores a 2cm, com área de necrose central e continuidade com a pleura, e os demais inferiores a 1cm e com distribuição aleatória (Figura 2).

Diante do quadro cutâneo, foi solicitada avaliação especializada, e o exame dermatológico evidenciou lesões papulosas, eritemato-rosadas, com halo eritematoso na base e distribuição no tórax e abdômen (Figura 3), e muito bem evidentes na região plantar. Eram ligeiramente pruriginosas, não dolorosas e mediam de 0,5cm a 1cm. Na face havia lesões papulosas e nodulares (Figura 4), sendo algumas delas acneiformes. Acrescenta-se ainda a presença de lesões papulosas, achatadas, um pouco pálidas, localizadas na região anal, sugestivas de condiloma plano. Foram então solicitadas sorologia para lues e biópsia de lesão cutânea.

O VDRL foi positivo a 1/1024, e o FTA-abs, reagente.

O estudo anatomopatológico da pele mostrou acantose leve e áreas focais de vacuolização da basal. Na derme superior, média e reticular havia infiltrado linfoplasmocitário em torno dos vasos e anexos, por vezes com tendência à formação de granulomas (Figura 5). Presença de infiltrado inflamatório na parede de pequenos vasos exibindo células ativadas. Pesquisa negativa de Baar e fungos, e histopatológico compatível com lues.

Foi também indicada biópsia pleural, porém o material coletado foi insuficiente para análise adequada.

O paciente foi tratado com duas sessões semanais de penicilina G benzatina 2.400.000UI via intramuscular. Foi administrada prednisona na dose de

40mg, via oral, duas horas antes da penicilina, a fim de se evitar a reação de Jarisch-Herxheimer.

Paciente obteve melhora satisfatória. Houve desaparecimento das lesões cutâneas e anais. Ocorreu negatização do VDRL, bem como regressão dos achados radiológicos (Figura 6). O líquido cefalorraquidiano também apresentou-se normal.

DISCUSSÃO

A sífilis secundária geralmente se inicia entre quatro e oito semanas após a lesão primária.^{1,3,4,6}

No caso relatado o paciente não se lembrava de lesão primária, fato que pode ocorrer em até 25% dos pacientes com sífilis secundária.⁶ Também não tinha antecedente de transfusão sanguínea para se pensar em sífilis primária decapitada.³

Por outro lado, em um quarto dos casos de sífilis secundária, a lesão primária ainda está presente. Essa concomitância justifica-se pelo fato de o cancro primário poder surgir de sete a 90 dias após o contágio sexual.⁶

Os sintomas gerais do secundarismo luético mais relatados são mal-estar (23%-46%), cefaléia (9%-46%), febre (5%-39%), prurido (42%) e hiporexia (25%). Outros, menos comuns, são dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão.⁶

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%).⁶

O paciente em questão apresentava exantema,

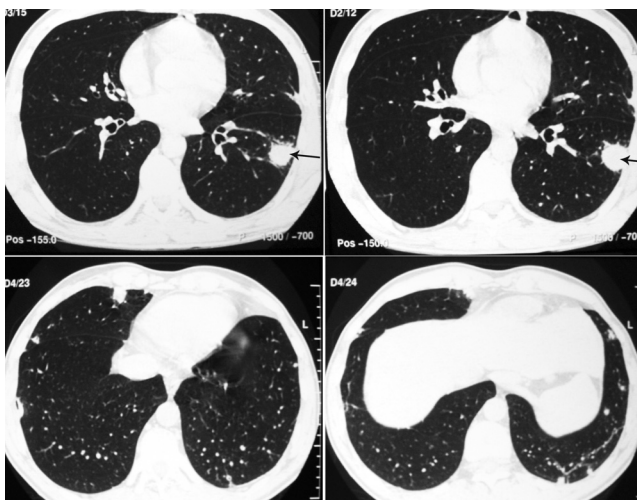


FIGURA 2: Cortes axiais de tomografia de alta resolução com 1mm de espessura e janela para pulmão, mostrando múltiplos nódulos com distribuição aleatória em ambas as bases pulmonares, sendo o maior (seta) à esquerda, que corresponde à opacidade vista na radiografia de tórax



Figura 3: Exantema sífilítico: lesões eritemato-papulose disseminadas no tronco

linfadenopatia cervical e inguinal, e condiloma plano.

A sífilide é dermatite maculopapulosa com descamação variável e que pode se manifestar também sob as formas de lesões anulares, pustulares, psoriasiformes^{3,6} e acneiformes. Demonstra distribuição simétrica e disseminada. Alguns pacientes podem ter lesões localizadas na palma das mãos e planta dos pés. Em ordem decrescente os locais mais comumente envolvidos são planta dos pés, tronco, genitais, palma das mãos, pernas, face, pescoço e couro cabeludo.⁶



FIGURA 4: Lesões eritemato-pápulo-nodulares na região mandibular esquerda

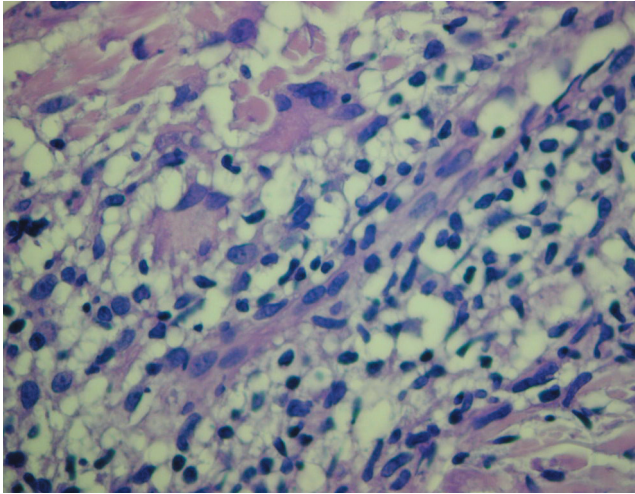


FIGURA 5: Infiltrado linfoplasmocitário agredindo a parede vascular (vasculite). Presença de células gigantes: granuloma frouxo. (HE, 400x)

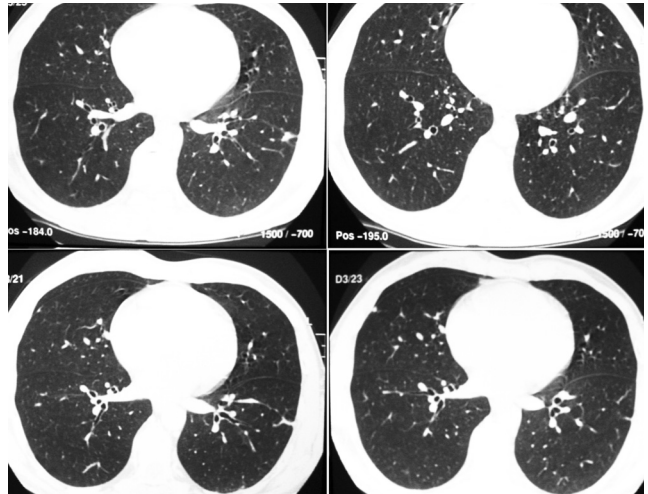


FIGURA 6: Cortes axiais de tomografia de alta resolução com 1mm de espessura realizada 10 meses após o tratamento, notando-se desaparecimento completo dos nódulos

Os fâneros também são envolvidos com alopecia,⁷ madarose, paroníquia e anoníquia.⁶ No caso relatado não foram observadas tais manifestações.

O critério de cura leva em conta a titulação do VDRL nos terceiro, sexto, 12o, 18o e 24o meses após o tratamento.⁴ Deve-se tratar novamente o paciente ou reexaminá-lo quando persistir igual titulação ou houver recorrência clínica, ou ainda se não for observado decréscimo de três a quatro vezes em relação à titulação inicial.³

Quanto ao quadro pulmonar, a investigação foi baseada nos critérios diagnósticos propostos por Coleman *et al.*: 1) história e exame físico compatíveis com secundarismo luético; 2) sorologia positiva para lues; 3) anormalidades pulmonares radiográficas associadas ou não a sintomas respiratórios; 4) exclusão de outras doenças pulmonares, quando possível, através de exames complementares: sorológicos, citológicos e culturas; 5) melhora radiológica

evidente perante terapêutica anti-sifilítica instituída.^{8,9}

A sífilis secundária adquirida raramente acomete os pulmões.⁸⁻¹¹ Na revisão bibliográfica feita, foram encontrados oito casos de acometimento pulmonar na sífilis secundária, sendo quatro deles com nódulo pulmonar solitário, dois com nódulos pulmonares múltiplos e dois com lesões infiltrativas, sendo um com padrão retículo-nodular. Todos esses casos relatados preenchem os critérios de Coleman *et al.*⁹

O caso aqui relatado é possivelmente o terceiro da literatura que apresenta nódulos pulmonares múltiplos.⁹

Lesões cutâneas associadas a nódulos pulmonares implicam vários diagnósticos diferenciais, a saber: linfoma, sarcoma de Kaposi, granulomatose de Wegener, sarcoidose, artrite reumatóide, aspergilose angioinvasiva, histoplasmose, coccidioidomicose, entre outros.^{8,9} □

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a valiosa colaboração dos professores Artur Soares Souza Júnior (Departamento de Radiologia) e Solange Correa Garcia Pires D' Avila (Departamento de Patologia e Medicina Legal/Seção Dermatopatologia), da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP/Hospital de Base.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso-Aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controles. Brasília: Fundação Nacional de Saúde e Centro Nacional de Epidemiologia, 1999. p.173-6.
2. Amaral KP, Balassiano E, Succì ICB, Sousa MAJ. Caso para diagnóstico. An Bras Dermatol. 2000;75:503-5.
3. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 190-200.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Dermatologia na atenção básica: cadernos de atenção básica. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2002. (Caderno, n.9).
5. du Vivier A. Infecções bacterianas da pele e sífilis. Atlas de Dermatologia Clínica. 3 ed. São Paulo: Manole; 2000. p. 11.14-18.
6. Fitzpatrick JE. Syphilis. In: Fitzpatrick JE, Aeling JL. Dermatology secrets. New York: Hanley & Belfus; 2001. p. 227-33.
7. Rotta O. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR, editores. Atualização terapêutica: manual: prático de diagnóstico e tratamento. 20 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 194-4.
8. Coleman DL, McPhee SJ, Ross TF, Naughton JL. Secondary syphilis with pulmonary involvement. West J Med. 1983;138: 875-8.
9. Olson AL, Gutman JA, Welsh CH. A 50-year-old man with skin lesions and multiple pulmonary nodules. Chest. 2004;125:2322-7.
10. Dziadiw R, Kinkhabwala M, Rabinowitz JG. Pulmonary gumma. Radiology. 1972;103:59-60.
11. Jankoviæ S, Mise K, Alujeviæ A, Tocilj J, Marasoviæ D, Andjelinoviæ S. A case of syphilitic interstitial pulmonary fibrosis. Croat Med J. 1998;39:453-4.

*ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**Ederson Valei Lopes de Oliveira**Rua: Campos Sales, 1152 apto.62 Centro**13720-000 São José do Rio Pardo - SP**Tel/ Fax: (19) 36816632 ou (19) 36086984**e-mail: edersonvlo@yahoo.com.br*