



CASO CLÍNICO

Síndrome de Sweet associada à sífilis secundária nodular em uma paciente imunocompetente^{☆,☆☆}

Claudio Escanilla ^a, Yercó Goldman ^{b,*}, Francisco Bobadilla ^a e Laura Segovia ^c

^a Unidade de Dermatologia, Hospital Barros Luco, Santiago de Chile, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

^c Unidade de Anatomia Patológica, Hospital Barros Luco, Santiago de Chile, Chile

Recebido em 3 de junho de 2020; aceito em 25 de junho de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Infecções sexualmente transmissíveis;
Jovem adulto;
Sífilis;
Síndrome de Sweet

Resumo A síndrome de Sweet é doença inflamatória caracterizada por febre, neutrofilia, pápulas e placas eritematosas e infiltrado neutrofílico. A sífilis tem sido relatada como uma de suas causas infecciosas, e pode apresentar manifestações atípicas; uma apresentação rara é a sífilis nodular, caracterizada por nódulos com granulomas e plasmócitos na histopatologia. Relata-se uma paciente de 20 anos de idade com placas e nódulos na pele e sintomas sistêmicos. O estudo histopatológico revelou granulomas não tuberculoides e infiltrado inflamatório denso de neutrófilos polimorfonucleares na derme. Esses achados, somados às anormalidades laboratoriais características de ambas as condições, foram conclusivos para a associação de síndrome de Sweet e sífilis nodular.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A Síndrome de Sweet (SS) é doença inflamatória rara, de rápida progressão, caracterizada por febre, neutrofilia, pápulas eritematosas dolorosas ou placas

acompanhadas por um denso infiltrado neutrofílico na derme papilar sem vasculite.¹ Em geral, é classificada em três configurações: clássica, associada a neoplasia maligna e induzida por medicamento. A SS clássica integra a SS idiopática, associada a vacinação, distúrbios inflamatórios, gravidez ou infecção.² Entre as causas infecciosas, a sífilis quase não foi relatada.³ Além do exantema típico e das lesões na membrana mucosa, a sífilis secundária pode apresentar manifestações atípicas que imitam várias dermatoses.⁴ Uma apresentação clínica incomum é a sífilis nodular, caracterizada por nódulos e placas com uma avaliação histopatológica que mostra granulomas e plasmócitos, com quase 30 casos relatados.⁵ Outra apresentação pouco frequente é o aparecimento de placas eritematosas de evolução rápida semelhantes à SS.^{6–8}

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.017>

☆ Como citar este artigo: Escanilla C, Goldman Y, Bobadilla F, Segovia L. Sweet syndrome associated with secondary nodular syphilis in an immunocompetent patient. An Bras Dermatol. 2021;96:319–23.

☆☆ Trabalho realizado na Unidade de Dermatologia, Hospital Barros Luco, Santiago de Chile, Chile.

* Autor para correspondência.

E-mail: ycogoldman@gmail.com (Y. Goldman).

Este caso é apresentado em razão da escassez de relatos publicados na literatura sobre a associação entre as duas patologias.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, sem história de morbidades, veio à consulta em decorrência de um quadro clínico com 20 dias de evolução, caracterizado pelo aparecimento de lesões cutâneas dolorosas e de extensão progressiva, iniciado na face com subsequente acometimento do tronco e extremidades, relacionado a mal-estar geral perceptível, dor de cabeça e febre. Ao exame físico, apresentava inúmeras pápulas, placas e nódulos eritematosos na face, tórax e região dorsal, abdome, antebraço, músculos, tornozelos, regiões palmoplantares, algumas lesões vesiculares e pústulas em abdome e tornozelo, e presença de lesões eritematosas na abertura vaginal (fig. 1).

Diante da suspeita de dermatose neutrofílica, foram realizadas biópsias incisionais em lesão da região temporal esquerda, que demonstraram a presença de dermatite granulomatosa superficial e profunda não tuberculoide,

com presença de plasmócitos (fig. 2). A biópsia na região abdominal evidenciou a presença de edema subepidérmico visível associado a um denso infiltrado de neutrófilos polimorfonucleares na derme superficial e média, sem vasculite (fig. 3). Hospitalização e hemograma foram indicados: Hb: 11,3 g/dL, leucócitos: 17,300 μ L com segmentação de 86%, PCR: 329 mg/L, HIV: não reativo, HbsAg: não reativo, HCV: não reativo, VDRL: diluição 1/16 reativo, MHA-TP: reativo. De acordo com esses achados, a paciente foi diagnosticada com sífilis secundária associada a SS. Foram prescritos penicilina benzatina G intramuscular 2,4 MUI 2x/semana e prednisona 1 mg/kg/dia. Durante a internação, após a primeira dose de penicilina, a paciente reagiu com febre, taquicardia e aumento dos parâmetros inflamatórios, o que foi interpretado como reação de Jarisch Herxheimer. Em relação às lesões cutâneas, a maioria apresentava aspecto pustular (fig. 4). Após três meses, no controle da segunda dose de penicilina, foram observadas cicatrizes atróficas na face e no tronco, cicatriz atrófica eritematosa com aspecto anetodérmico e hiperpigmentação pós-inflamatória sem recorrência das lesões (fig. 5).



Figura 1 (A-C) Pápulas, placas e nódulos eritematosos na face, tórax e região dorsal. (D) Pápulas eritematosas e pústulas na região plantar.

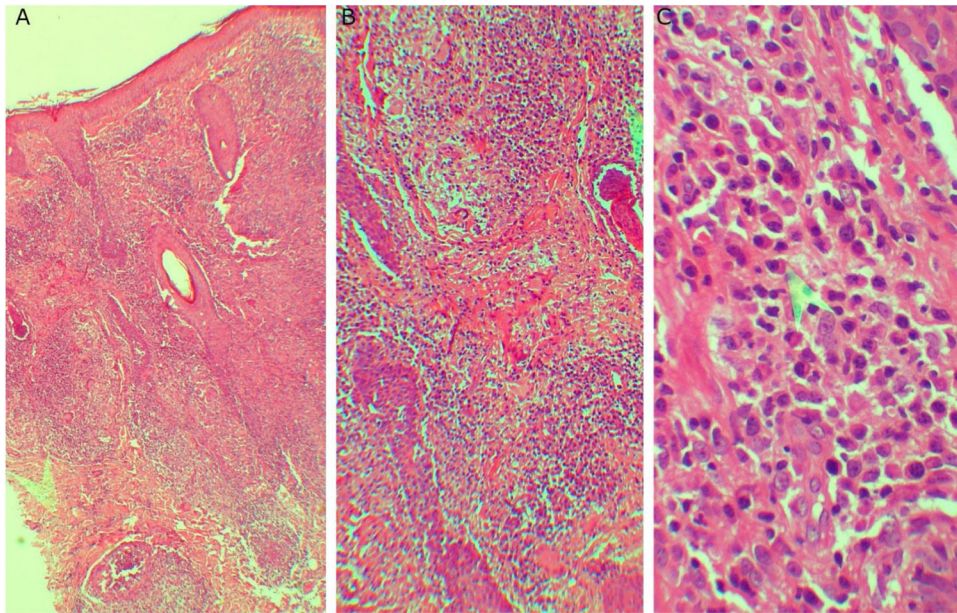


Figura 2 (A e B) Dermatite granulomatosa não tuberculose superficial e profunda (A, Hematoxilina & eosina, 40×; B, Hematoxilina & eosina, 100×). (C) A ponta de seta mostra a presença de plasmócitos (Hematoxilina & eosina, 400×).

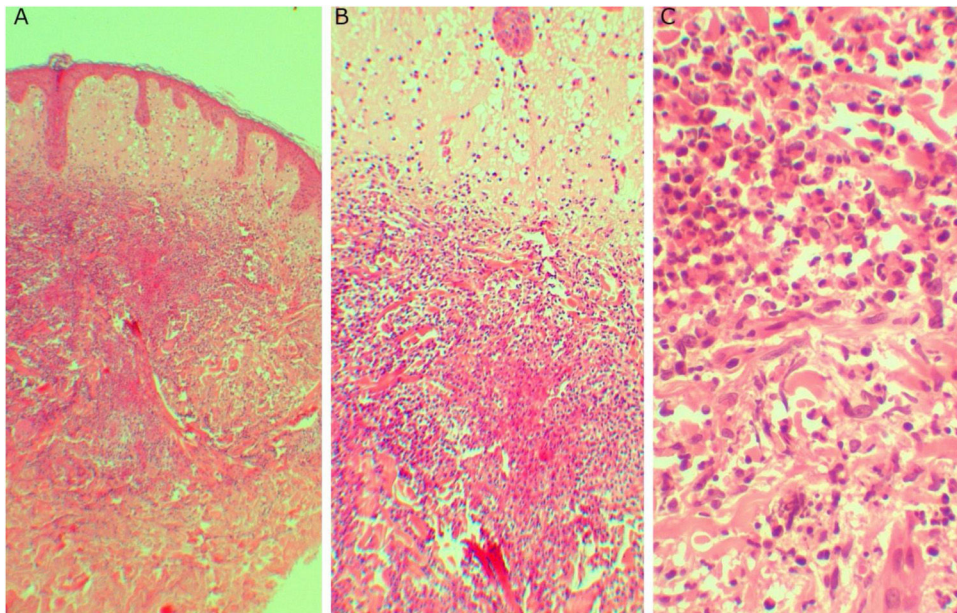


Figura 3 (A e B) Edema subepidérmico associado a infiltrado na derme superficial e média (A, Hematoxilina & eosina, 40×; B, Hematoxilina & eosina, 100×). (C) Infiltrado composto de neutrófilos polimorfonucleares (Hematoxilina & eosina, 400 ×).

Discussão

A associação entre sífilis e SS tem sido raramente relatada. O primeiro caso foi publicado em 1986, no qual os autores analisam se a sífilis é a causa da SS ou se a infecção simula essa síndrome.⁷ A sífilis é conhecida como grande imitadora, em decorrência da ampla variedade de apresentações clínicas.⁴ Uma forma incomum é a sífilis nodular, caracterizada por placas e nódulos eritematosos que,

na histopatologia, frequentemente mostram granulomas e plasmócitos, achados compatíveis com uma das biópsias de nossa paciente. Esses achados, somados às lesões cutâneas características e aos testes treponêmicos, são consistentes com o quadro clínico de sífilis secundária nodular.⁵ A SS é diagnosticada com base em critérios clínicos, analíticos e histopatológicos propostos em 1986 e revisados por Von den Driesch em 1994. Para o diagnóstico, dois critérios principais e dois critérios menores devem ser atendidos.⁹ Em nosso



Figura 4 (A) Pápulas e placas no tórax com descamação e pústulas. (B) Pústulas no abdome associadas a eritema. (C) Grandes pústulas na coxa, com base eritematosa. (D) Crostas hemorrágicas na região plantar.

caso, a paciente atende a dois critérios principais (aparecimento súbito de placas e nódulos eritematosos dolorosos; infiltrado neutrofílico denso) e a quatro critérios menores (febre, associação com infecção, aumento dos parâmetros inflamatórios e boa resposta aos corticosteroides sistêmicos), confirmando o diagnóstico de SS.

A particularidade deste caso clínico baseia-se na rara associação dessas duas condições, somada a uma apresentação incomum de sífilis em paciente imunocompetente e à presença de dois padrões histopatológicos característicos em um mesmo paciente. Que seja de nosso

conhecimento, não há relatos de casos que atendam tanto à clínica quanto à histopatologia da sífilis nodular e também com critérios diagnósticos para a SS. A importância clínica deste primeiro relato é a necessidade, no caso de apresentações clínicas polimórficas, de realizar múltiplas biópsias nas várias lesões importantes, o que possibilita a obtenção de mais informações sobre a doença estudada. Além disso, deve-se investigar a possibilidade de sífilis em pacientes com sintomas compatíveis com SS, pois, apesar de sua baixa frequência clínica, implica em infecção sexualmente transmissível com tratamento médico bem-sucedido.



Figura 5 (A) Cicatrizes atróficas na face. (B-D) Cicatrizes eritematosas de aspecto anetodérmico nos braços, coxas e pés.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Claudio Escanilla: Desenho do estudo e aquisição de dados.

Yerco Goldman: Desenho do estudo, aquisição de dados e redação do artigo.

Francisco Bobadilla: Interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

Laura Segovia: Interpretação dos dados.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Marzano A, Borghi A, Wallach D, Cugno M. A Comprehensive Review of Neutrophilic Diseases. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54:114-30.
2. Nelson C, Stephen S, Ashchyan H, James W, Micheletti R, Rosenbach M. Neutrophilic dermatoses. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79:987-1006.
3. Martínez Braga G, Di Martino Ortiz B, Aldama A, Bolla L. Síndrome de Sweet de presentación atípica asociado a sífilis secundaria. *Piel.* 2014;29:121-3.
4. Balagula Y, Mattei P, Wisco O, Erdag G, Chien A. The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol.* 2014;53:1434-41.
5. Son J, Park S, Chung B, Kim H, Cho H, Park C. Nodular secondary syphilis in an immunocompetent woman: Case report and literature review. *Dermatol Sin.* 2018;36:36-41.
6. Sirka CS, Rout AN, Sahu K. Secondary syphilis with polymorphous and Sweet syndrome like lesions: A rare case report. *Indian Dermatol Online J.* 2020;11:409-12.
7. Jordaan HF, Cilliers J. Secondary syphilis mimicking Sweet's syndrome. *Br J Dermatol.* 1986;115:495-6.
8. Johnson LE, Armstrong AW, Dezube BJ, Tahan SR, Gold HS. Images in HIV/AIDS. Sweet syndrome and syphilis in an HIV-infected person. *AIDS Reader.* 2008;18:134-5.
9. Von den Driesch P. Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:535-56.