



DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Sífilis maligna em paciente com infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)^{☆,☆☆}



Ana Sofia Pereira ^{a,*}, Aluixa Lozada ^b e Ana Filipe Monteiro ^c

^a Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santarém, Santarém, Portugal

^b Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santarém, Santarém, Portugal

^c Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Recebido em 7 de setembro de 2021; aceito em 10 de novembro de 2021

PALAVRAS-CHAVE

HIV;
Sífilis;
Treponema pallidum

Resumo A sífilis maligna é uma variante incomum de sífilis, mais frequentemente (mas nem sempre) encontrada em indivíduos imunodeprimidos. Reportamos o caso de um homem de 57 anos infectado pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), com um quadro generalizado de pápulas eritematodescamativas que rapidamente evoluíram para placas e nódulos dolorosos e ulcerados, alguns cobertos por crosta rupioide escura. O exame sorológico revelou VDRL (*venereal disease research laboratory*) e RPR (*rapid plasma reagin*) positivos. O exame histopatológico foi inespecífico; no entanto, a análise imuno-histoquímica revelou a presença de espiroquetas. O paciente foi então medicado com penicilina benzatínica G 2.4 milhões UI semanal por via intramuscular durante três semanas, com progressiva resolução das lesões. Tendo em conta sua raridade, essa é uma forma atípica de sífilis que precisa ser lembrada, com vista ao melhor reconhecimento de sua apresentação clínica e mais rápido tratamento desta doença.

© 2022 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/>).

Paciente de 57 anos, infectado pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), recorreu ao Departamento de Dermatologia por dermatose generalizada e simétrica com

um mês de evolução composta por pápulas eritematosas e descamativas (fig. 1A) que evoluíram progressivamente para placas e nódulos dolorosos ulcerados, alguns cobertos por crostas lameladas e aderentes (fig. 1B e C). As lesões encontravam-se no couro cabeludo, face, tronco e também nos membros. As palmas, plantas e mucosas estavam poupadas. O paciente reportava, ainda, sensação febril, sudorese noturna e perda ponderal não quantificada nas semanas anteriores. Negou comportamentos sexuais de risco e afirmou ter tido um parceiro sexual único nos últimos 10 anos.

Ao exame objetivo, verificaram-se adenomegalias inguinais bilateralmente, não havendo quaisquer lesões genitais ou perineais. O exame neurológico era normal.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.11.003>

[☆] Como citar este artigo: Pereira AS, Lozada A, Monteiro AF. Malignant syphilis in a patient with acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection. An Bras Dermatol. 2022;97:641–43.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital de Santarém, Santarém, Portugal.

* Autor para correspondência.

E-mail: sfigpereira@gmail.com (A.S. Pereira).

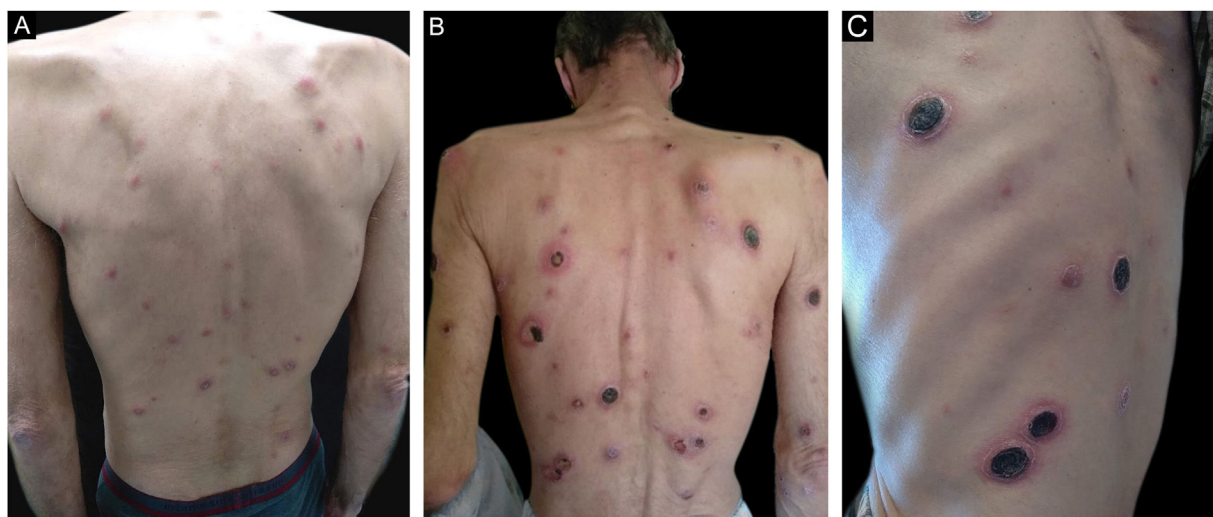


Figura 1 Aspetto clínico das lesões. (A) Pápulas eritematodescamativas iniciais. (B) Placas ulceradas no tronco. (C) Lesões cobertas por crostas rupioides em maior ampliação.

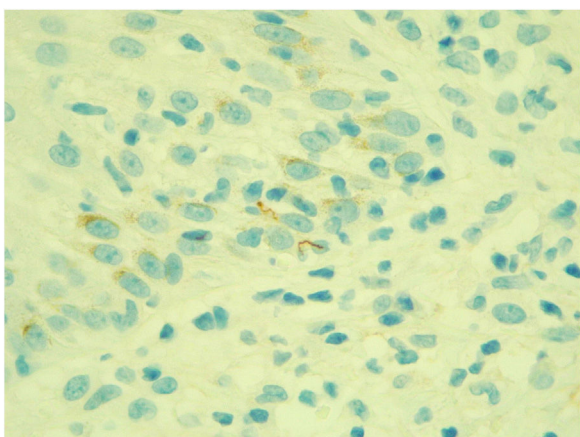


Figura 2 Exame imuno-histoquímico positivo para *Treponema pallidum* (630×).

As análises laboratoriais revelaram carga viral inferior a 20 cópias/ μ L e contagem de células CD4+ de 507 μ L. O teste VDRL (*venereal disease research laboratory*) foi positivo em 1:32 diluições, assim como o RPR (*rapid plasma reagin*) num título de 1:128.

Foi realizada biópsia cutânea para exame histopatológico o qual revelou infiltrado linfo-histiocitário na derme superficial, não se observando plasmócitos ou eosinófilos.

O exame imuno-histoquímico para pesquisa de espiroquetas demonstrou a presença de vários microrganismos em formato de “saca-rolhas” compatíveis com *Treponema pallidum* (fig. 2).

Estabeleceu-se o diagnóstico de sífilis maligna e administrou-se uma injeção intramuscular de penicilina benzatínica G 2.4 milhões UI por semana durante três semanas. Não houve reação Jarisch-Herxheimer (JH). As lesões cutâneas resolveram-se gradualmente, com cicatrizes hipopigmentadas residuais.

A sífilis maligna (SM), também conhecida como lues maligna ou sífilis rupioide, é uma forma incomum de sífilis secundária.¹ A co-infecção com HIV parece ser um fator

predisponente importante para SM, uma vez que esses doentes têm uma probabilidade 60 vezes superior de apresentar essa forma de sífilis.²

As baixas contagens de CD4 também podem favorecer SM, já que a maioria dos doentes com HIV e SM têm CD4 < 500 células/ μ L.¹ No entanto, existem casos reportados de SM em indivíduos imunocompetentes,³ bem como em indivíduos HIV positivos com contagens de CD4 normais,⁴ como aconteceu com nosso paciente.

A apresentação clínica clássica de SM consiste em pápulas e placas descamativas ou crostosas, que ulceram ou necrosam.¹

Em decorrência da inespecificidade das lesões, o diagnóstico diferencial deve contemplar várias entidades, tais como pioderma gangrenoso, vasculite, linfoma, pitiríase liquenóide, eritema necrosante e ectima gangrenoso.

Os critérios desenvolvidos em 1969 e utilizados até hoje para auxiliar o diagnóstico de SM incluem: aspectos clínicos e microscópicos compatíveis; título sorológico para sífilis elevado; reação JH grave; e excelente resposta à terapêutica antibiótica.⁵

Em nosso caso, o diagnóstico de SM foi confirmado pela clínica sugestiva, pela positividade do VDRL e RPR e rápida resolução do quadro com a administração de penicilina. Adicionalmente, a identificação de *Treponema pallidum* pela imuno-histoquímica foi fundamental, dada a atipia dos achados histológicos encontrados, nomeadamente pela ausência de plasmócitos.

Embora incomum, a SM é uma entidade clínica que deve ser prontamente reconhecida por dermatologistas e médicos generalistas, no sentido de seu diagnóstico e tratamento precoces, menor morbidade e melhor controle da propagação da infecção.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Sofia Pereira: Redação do texto; pesquisa bibliográfica; aprovação da versão final do manuscrito.

Aluixa Lozada: Análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Ana Filipe Monteiro: Revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wibisono O, Idrus I, Djawad K. Sífilis maligna: revisión sistemática de los casos publicados entre los años 2014-2018. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;S0001–7310.
2. Schöfer H, Imhof M, Thoma-Greber E, Brockmeyer NH, Hartmann M, Gerken G, et al., Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. The German AIDS Study Group (GASG). *Genitourin Med*. 1996;72:176–81.
3. Requena CB, Orasmo CR, Ocanha JP, Barraviera SR, Marques ME, Marques SA. Malignant syphilis in an immunocompetent female patient. *An Bras Dermatol*. 2014;89:970–2.
4. Johnson RA, Spivak AM. Lues Maligna. *Open Forum Infect Dis*. 2017;4:ofx139.
5. Fisher DA, Chang LW, Tuffanelli DL. Lues maligna: Presentation of a case and a review of the literature. *Arch Dermatol*. 1969;99:70–3.