

dos agentes infecciosos. O início do tratamento adequado previne a progressão da doença.⁵⁻¹⁰

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Anama Di Prinzio: Concepção e planejamento do estudo; redação do manuscrito.

Marina Ruf: Concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Ana C. Torre: Obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados.

Sofia V. Duran Daza: Redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante.

Victoria I. Volonteri: Obtenção dos dados.

Viviana Flores: Obtenção dos dados.

Luis D. Mazzuoccolo: Aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses








Nenhum.

Agradecimentos

Agradecemos à Dra. Victoria Volonteri por sua colaboração com as imagens da histopatologia da paciente.

Referências

- Góes LDM, Monteiro VS, Souza ATO. Case for Diagnosis. Ulcer and papular lesions in a patient with diabetes mellitus. *Protothecosis. An Bras Dermatol.* 2021;96:613-6.
- Kwong JC, Ward PB, Johnson PD. Cutaneous protothecosis in a patient with hypogammaglobulinemia. *Med Mycol Case Rep.* 2013;2:132-3.
- Zhang QQ, Li L, Zhu LP, Zhao Y, Wang YR, Zhu JH. Cutaneous protothecosis in patient with diabetes mellitus and review of published case reports. *Mycopathologia.* 2012;173:163-71.
- Fong K, Tee SI, Ho MSL, Pan JY. Cutaneous protothecosis in a patient with previously undiagnosed HIV infection. *Australas J Dermatol.* 2014;56:71-3.
- Tseng HC, Chen CB, Ho JC, Cheng YW, Huang HW, Sun PL. Clinicopathological features and course of cutaneous protothecosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:1575-83.
- Teh JS, Wilke AE, Overstall SM, Teng JC, Chin R, Couper JM, et al. Prototheca wickerhamii breast implant infection after reconstructive surgery: a new level of complexity. *Med Mycol Case Rep.* 2021;34:22-6.
- Silva PCG, Silva SBC, Lima RB, D'Acri AM, Lupi O, Martins CJ. Cutaneous protothecosis-case report. *An Bras Dermatol.* 2013;88:183-5.
- Rui K. Emergence of fungal-like organisms: prototheca. *Mycopathologia.* 2020;185:747-54.
- Todd JR, Matsumoto T, Ueno R, Murugaiyan J, Britten A, King JW, et al. Medical mycology 2017. *Med Mycol.* 2018;56:5188-204.
- Kano R. Emergence of Fungal-Like Organisms: Prototheca. *Mycopathologia.* 2020;185:747-54.

Anama Di Prinzio *, Marina Ruf , Ana C. Torre , Sofia V. Duran Daza , Victoria I. Volonteri , Viviana Flores  e Luis D. Mazzuoccolo 

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondência.

E-mail: anama.diprinzio@hospitalitaliano.org.ar (A. Di Prinzio).

Recebido em 8 de setembro de 2022; aceito em 7 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.04.003>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Sífilis secundária concomitante com lesão primária e neurosífilis inicial em receptor de transplante renal^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Tréponema pallidum, subespécie *pallidum*, é o agente causador da sífilis. A sífilis pode ser transmitida por contato

sexual, transfusão de sangue, transplante de órgãos sólidos e de mãe para filho.^{1,2} A incidência crescente da doença é problema de saúde pública global.³ Apesar do grande número de pessoas submetidas a transplante renal (TRx), os dados sobre sífilis nessa população são escassos.⁴⁻⁹

Paciente do sexo masculino, de 24 anos, deu entrada no pronto-socorro em julho de 2020 com úlcera genital indolor havia 20 dias (fig. 1A). Posteriormente, surgiram múltiplas pápulas eritematosas não pruriginosas e indolores com descamação periférica. Essas pápulas tinham distribuição simétrica no tronco (fig. 1B), membros superiores e regiões palmoplantares (fig. 2A). O paciente apresentava, ainda, odinofagia e paralisia facial periférica direita (fig. 2B). Havia sido submetido a TRx 18 meses antes da apresentação. A imunossupressão incluiu tacrolimus, micofenolato de sódio e prednisona. Referia ser heterossexual, negava relações sexuais nos três meses anteriores à apresentação ou qualquer episódio anterior de sífilis. O teste de imunoenensaio por quimioluminescência (CLIA, do inglês *chemiluminescence*

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.04.003>

☆ Como citar este artigo: Shwetz AC, Almeida GB, Cavalcante RS, Schmitt JV, Abbade LP, Almeida RA. Secondary syphilis concomitant with primary lesion and early neurosyphilis in a kidney transplant recipient. *An Bras Dermatol.* 2023;98:725-9.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

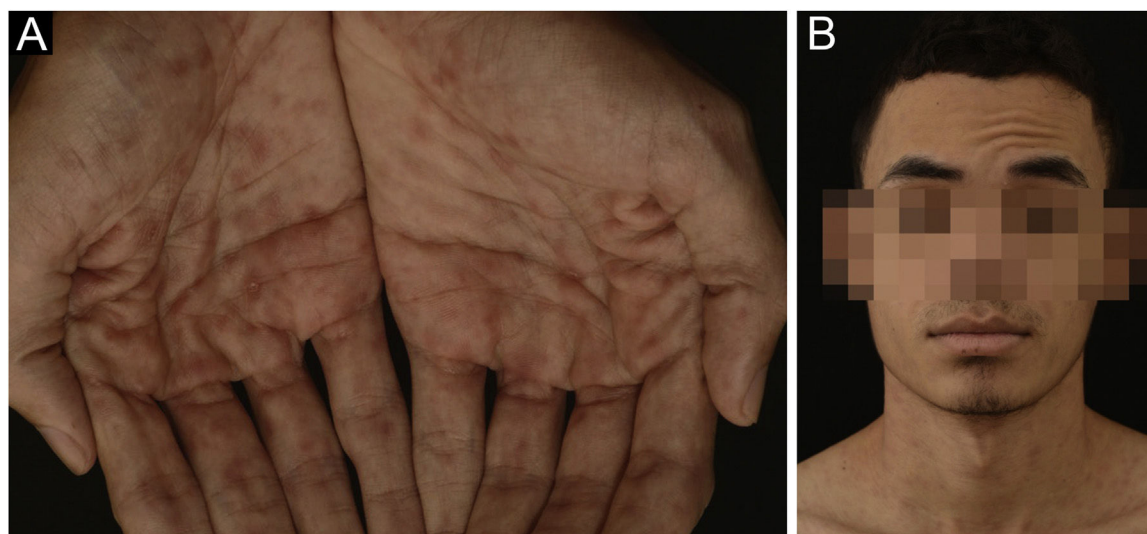


Figura 2 (A) Múltiplas pápulas eritematosas distribuídas nas regiões palmares. (B) Paralisia do nervo facial periférico

Tabela 1 Características do líquido cefalorraquidiano e dados sorológicos do receptor de transplante renal

LCR	Dois dias pré-tratamento		13 dias de tratamento		180 dias pós-tratamento	
Aspecto do fluido	Claro e incolor		Claro e incolor		Claro e incolor	
LEU (/mm ³)	8		5		2	
Linfócitos (%)	60		ND		ND	
Monócitos (%)	1		ND		ND	
Neutrófilos (%)	39		ND		ND	
HEM (/mm ³)	5		15		2	
Proteína (mg/dL)	75		66		37	
Glicose (mg/dL)	53		50		54	
Proporção de glicose no soro/LCR	0,47		ND		0,62	
VDRL	Não reagente		Não reagente		Não reagente	
FTA-ABS (IgM)	Não reagente		ND		ND	
FTA-ABS (IgG)	Reagente		ND		ND	
Outros (todos negativos)	Cultura bacteriana/fúngica; coloração pelo nanquim; teste de aglutinação de látex para antígeno criptocóccico; adenosina desaminase; RT-PCR: CMV, VZV, HSV-1, HSV-2		ND		ND	
Soro	35 meses pré-RTx		2 dias pré-tratamento		71 dias pós-tratamento	
VDRL (titulação)	NA	1:16	1:8	156 dias pós-tratamento	212 dias pós-tratamento	338 dias pós-tratamento
CLIA – teste treponêmico	Não reagente	Reagente	Reagente	1:2	1:2	1:2

CLIA, imunoenensaio quimioluminescente; CMV, citomegalovírus; FTA-ABS, teste de absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes; HEM, hemácias; HSV, vírus herpes simples; IgG, imunoglobulina G; IgM, imunoglobulina M; LCR, líquido cefalorraquidiano; LEU, leucócitos; ND, não disponível; RT-PCR, reação em cadeia da polimerase em tempo real; TRx, transplante renal; VDRL, teste de laboratório de pesquisa de doenças venéreas; VZV, vírus varicela-zóster.

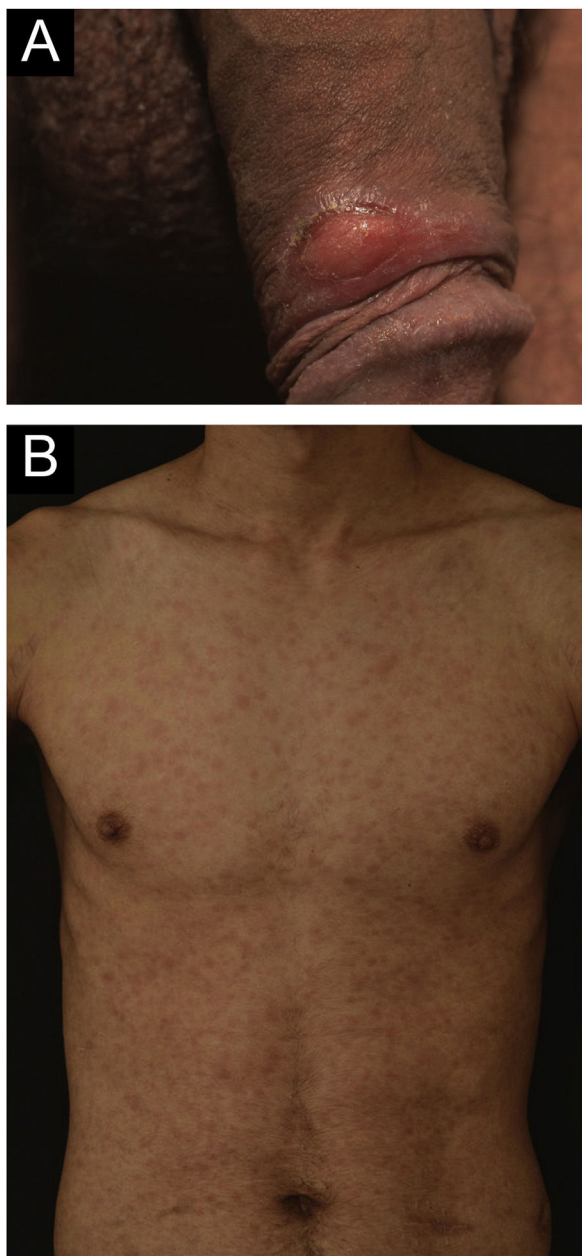


Figura 1 (A) Úlcera com bordas bem definidas, leito eritematoso, localizada no prepúcio. (B) Múltiplas pápulas eritematosas distribuídas no tronco

immunoassay) do receptor antes do TRx era não reagente (tabela 1), assim como o teste sérico do VDRL (do inglês, *Venereal Disease Research Laboratory*) do doador falecido.

Na apresentação, a investigação sorológica mostrou VDRL (1:16) e CLIA reagentes (tabela 1). Foram identificadas linfopenia (880 linfócitos/mm³) e alterações discretas de enzimas hepáticas (alanina aminotransferase, 59 U/L; fosfatase alcalina, 136 U/L; gamaglutamil transferase, 174 U/L). A taxa de filtração glomerular estimada havia diminuído 12% em relação à linha basal (93 mL/min/1,73 m²). Os testes sorológicos para HIV 1/2, HTLV I/II e hepatites B e C, assim como a carga viral plasmática do HIV-1 e RT-PCR para COVID-19, foram negativos. A tomografia computadorizada cerebral não revelou anormalidades. A

análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou leve pleocitose linfocítica, níveis elevados de proteínas e hipoglicorraquia. O VDRL do LCR mostrou ser não reagente; entretanto, o teste de absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes (FTA-ABS, do inglês *fluorescent treponemal antibody absorption*) IgG foi reagente (tabela 1). A avaliação oftalmológica revelou papiledema no olho direito. A histopatologia de biópsia de pele do tronco mostrou padrão de dermatite de interface associada a infiltrado linfocítico perivascular e perianexial, com raros plasmócitos (fig. 3A). A análise imuno-histoquímica para *T. pallidum* foi positiva (fig. 3B).

O paciente foi diagnosticado com sífilis secundária concomitante com lesão primária e neurosífilis inicial, e recebeu penicilina G potássica intravenosa (4 milhões UI de 4 em 4 horas por 14 dias). Após o término do tratamento de 14 dias, a lesão peniana estava curada, e notou-se melhora evidente nas outras lesões dermatológicas e na paralisia facial, com normalização dos níveis de enzimas hepáticas e da função renal. Subsequentemente, o esquema imunossupressor não foi modificado. Um mês após o tratamento de 14 dias, o paciente estava completamente assintomático. Três meses após o tratamento, o papiledema ainda estava em regressão. No seguimento de 15 meses, não houve recidiva da sífilis e o exame oftalmológico não mostrou mais papiledema. A tabela 1 apresenta as respostas sorológicas ao tratamento da sífilis.

O diagnóstico foi de sífilis primária-secundária (sífilis inicial), mesmo com o relato do paciente de ausência de atividade sexual nos últimos três meses, pois o paciente poderia ter omitido tal informação, e o quadro clínico era típico de lesões nas fases primária e secundária. Pode-se questionar se a lesão peniana era manifestação da sífilis primária ou da sífilis secundária. Entretanto, a lesão peniana foi a primeira a aparecer, clinicamente compatível com cancro primário, e as lesões no corpo e nas palmas das mãos e plantas dos pés, típicas da sífilis secundária, apareceram apenas alguns dias depois.

O curso natural da sífilis sexualmente adquirida tem fases bem definidas, caracterizadas sequencialmente pela sífilis primária, secundária, latente e estágio terciário (em até 40%).¹ No entanto, a apresentação clínica costuma ser atípica em populações imunocomprometidas. Em pessoas que vivem com HIV/AIDS, há coincidência entre as fases primária e secundária, rápida evolução para a fase terciária (secundo-terciarismo), ocorrência de múltiplas lesões primárias, sífilis secundária maligna, envolvimento neurológico e oftalmológico inicial, envolvimento de nervos cranianos, além de sífilis gástrica, hepática e pulmonar.¹⁰

Foram identificados apenas seis relatos de sífilis adquirida após TRx, prevalecendo casos graves e disseminados.⁴⁻⁹ Este caso corroborou o envolvimento hepático, neurológico e oftálmico anteriormente descrito.⁴⁻⁹ No entanto, apresentou-se com os seguintes sintomas incomuns: envolvimento primário e secundário simultâneo, paralisia facial periférica e VDRL falso-negativo no LCR.

Deve-se prestar atenção a essas apresentações atípicas em pacientes submetidos a TRx, pois a sífilis demonstrar ser um mimetizador ainda melhor em pacientes imunocomprometidos do que em pacientes imunocompetentes.¹

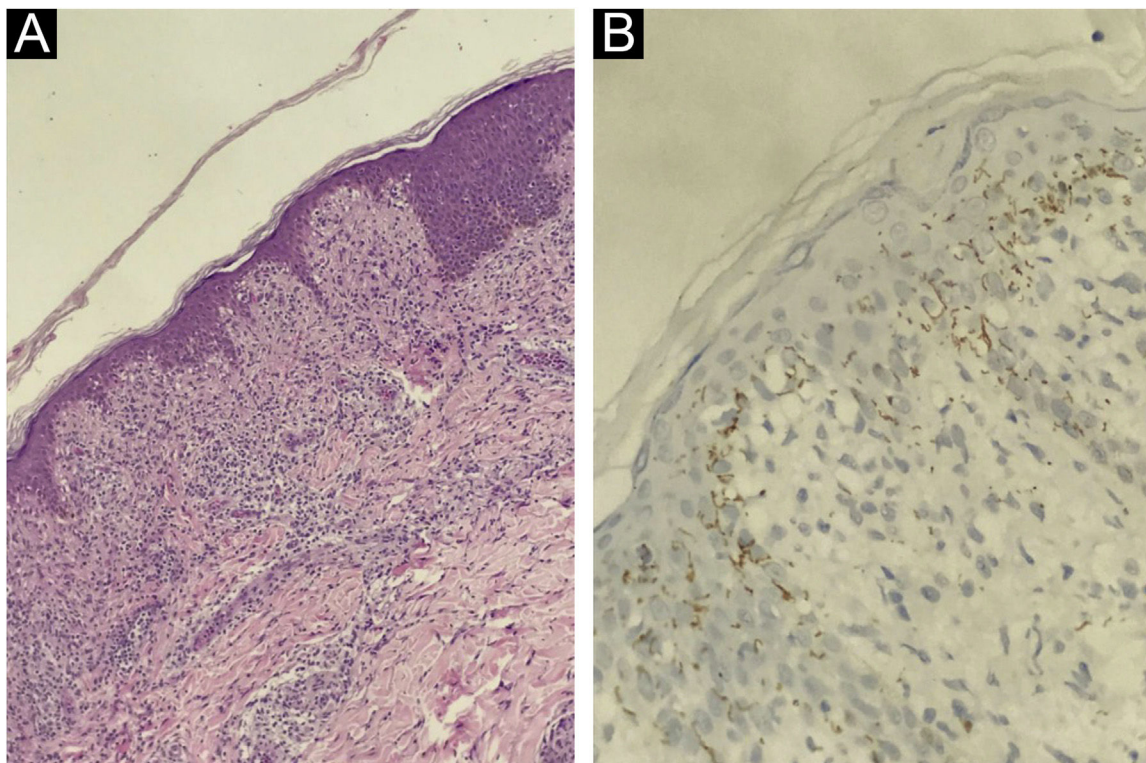


Figura 3 (A) Histopatologia da pele na coloração pela Hematoxilina & eosina, 400×, mostrando infiltrado linfocítico e histiocitário inespecífico com alguns plasmócitos. (B) Avaliação imuno-histoquímica (400×) para *Treponema pallidum* mostrando a presença de espiroquetas

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Claudia Athanasio Shwetz: Elaboração do texto, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Gabriel Berg de Almeida: Elaboração do texto, participação efetiva na orientação, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Ricardo de Souza Cavalcante: Elaboração do texto, participação efetiva na orientação, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Juliano Vilaverde Schmitt: Elaboração do texto, participação efetiva na orientação, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica, e aprovação do manuscrito.

Luciana Patrícia Fernandes Abbade: Elaboração do texto, participação efetiva na orientação, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida: Elaboração do texto, participação efetiva na orientação, participação efetiva na propedêutica, revisão de literatura, revisão crítica e aprovação do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.


Agradecimento


Agradecemos à fotógrafa Eliete Correia Soares pelas fotos dos pacientes.


Referências

1. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17073.
2. Tariciotti L, Das I, Dori L, Perera MT, Bramhall SR. Asymptomatic transmission of *treponema pallidum* (syphilis) through deceased donor liver transplantation. *Transpl Infect Dis*. 2012;14:321–5.
3. who.int [Internet]. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. [acesso em 25 jan. 2022]. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565691>>.
4. Ballout A, Yombi JC, Hassoun Z, Goffin E, Kanaan N. Secondary syphilis after renal transplantation. *NDT Plus*. 2008;1:442–4.
5. Camarero-Temiño V, Mercado-Valdivia V, Izquierdo-Ortiz MJ, Santos-Barajas JJ, Hijazi-Prieto B, Sáez-Calero I, et al. Neurosyphilis in a renal transplant patient. *Nefrologia*. 2013;33:277–9.
6. Johnson PC, Norris SJ, Miller GP, Scott LD, Sell S, Kahan BD, et al. Early syphilitic hepatitis after renal transplantation. *J Infect Dis*. 1988;158:236–8.


7. Romao EA, Bolella VR, Nardin ME, Habib-Simao ML, Furtado JM, Moyses-Neto M. Ocular syphilis in a kidney transplant recipient. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2016;58:46.
8. Taniguchi S, Osato K, Hamada T. The prozone phenomenon in secondary syphilis. *Acta Derm Venereol*. 1995;75:153–4.
9. Marty CL, Snow JL. Secondary syphilis in an immunocompromised kidney transplant recipient. *Cutis*. 2011;88:284–9.
10. Pereira AL, Lozada A, Monteiro AF. Malignant syphilis in a patient with acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection. *An Bras Dermatol*. 2022;97:641–3.


Ana Claudia Athanasio Shwetz ,

Gabriel Berg de Almeida ,

Ricardo de Souza Cavalcante ,

Juliano Vilaverde Schmitt,

Luciana Patrícia Fernandes Abbade *

e Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida 

Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: fernandes.abbade@unesp.br (L.P. Abbade).

Recebido em 14 de outubro de 2022; aceito em 11 de dezembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.003>

2666-2752/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).