

UC Davis

Dermatology Online Journal

Title

Lesões vesiculares e prurido intenso em paciente com sífilis secundária: manifestação clínica atípica

Permalink

<https://escholarship.org/uc/item/91h7q8k7>

Journal

Dermatology Online Journal, 22(6)

Authors

Duarte Bezerra Pinto, Roberta
Rubim Bellott Batista Nascimento, Thiago
Pacheco Bicalho de Andrade, Jhébica
et al.

Publication Date

2016

DOI

10.5070/D3226031333

Copyright Information

Copyright 2016 by the author(s). This work is made available under the terms of a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License, available at <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Letter

Lesões vesiculares e prurido intenso em paciente com sífilis secundária: manifestação clínica atípica

Roberta Duarte Bezerra Pinto¹, Thiago Rubim Bellott Batista Nascimento¹, Jhébica Pacheco Bicalho de Andrade¹, Fernanda Policarpo², Rogério Ribeiro Estrella³, Enoi Guedes Vilar⁴.

Dermatology Online Journal 22 (6): 21

¹ Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Niterói – RJ

² Residente de Hematologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Niterói – RJ

³ Médico Dermatologista e Professor Adjunto de Dermatologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Niterói – RJ

⁴ Médica Dermatopatologista e Professora Adjunta de Patologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Niterói – RJ

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal Fluminense

Correspondence:

R. Marquês do Paraná
303 - Centro, Niterói
RJ- Brasil, 24033-900
Tel. (55-21) 2629-9000; (55-21)996628188

Abstract

Sífilis é uma doença infecto-contagiosa, com lesões tegumentares características dependendo da fase (primária, secundária ou terciária). Nem sempre estas se apresentam de modo típico, podendo apresentar outras morfologias e sintomas não usuais, dificultando a suspeição clínica. Caso de paciente feminina e hígida apresentando lesões vesiculares associadas a prurido intenso, com sífilis secundária (VDRL 1/512, FTA Abs positivo com histopatologia mostrando espongiose na epiderme e infiltrado linfo-plasmocitário na derme) e melhora do quadro após a primeira dose de Penicilina Benzatina. Na literatura, poucos casos de lesões vesiculares na sífilis foram encontrados e o prurido é mencionado como pouco característico. A histologia mostrando espongiose também se mostra incomum.

Syphilis is an infectious disease with mucocutaneous lesions that are characteristic of their stage (primary, secondary, or tertiary). These are not always typical and may have other morphologies and unusual symptoms, making diagnosis difficult. The report herein is of a healthy woman with vesicular lesions associated with intense itching. The diagnosis of secondary syphilis was confirmed with VDRL 1/512 and FTA Abs positive. Histopathology showed spongiosis in the epidermis and infiltrated lymphocytes and plasma cell in the dermis. Clinical improvement occurred after the first dose of benzathine penicillin. In the literature, few cases of vesicular lesions in syphilis have been found and itching is mentioned as uncharacteristic. Histology showing spongiosis is also unusual.

PALAVRAS-CHAVE: sífilis, sífilis cutânea, vesícula, prurido, doenças sexualmente transmissíveis

INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida principalmente pela via sexual e vertical. Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; acometimento sistêmico disseminado e complicações graves em pacientes inadequadamente ou não tratados. Com lesões tegumentares características dependendo da fase (primária, secundária ou terciária); nem sempre estas se apresentam de modo típico, podendo assumir outras morfologias e dificultar a suspeição clínica. Relata-se caso de paciente jovem e hígida, com sífilis secundária e lesões vesiculares associadas a prurido intenso, além de histopatologia demonstrando

espongiose epidérmica e infiltrado linfo-plasmocitário dérmico, com melhora importante do quadro após a primeira dose de Penicilina Benzatina. Tanto as lesões cutâneas quanto o prurido e a histologia são manifestações incomuns do secundarismo.

RELATO DE CASO

Feminina, 20 anos, negra, com quadro de prurido intenso por toda pele. Tratamento para Escabiose, sem melhora. Ao exame dermatológico, apresentava descamação no couro cabeludo e pavilhão auricular, queda acentuada dos cabelos das sobrancelhas e do couro cabeludo. Lesão papular com colarete descamativo na coxa direita, palmas e plantas; além inúmeras menores lesões papulares e vesiculares de conteúdo citrino, algumas encimadas por crostas, distribuídas principalmente nas mãos, pés, abdome e pescoço. Membranas mucosas poupadas. Linfonodomegalias occipital e submandibular. Negou sintomas constitucionais. À época, 7 meses após parto de sua primeira gestação, apresentou VDRL de 1/512 e FTA-Abs positivo. VDRL negativo durante pré natal. Sorologias para HIV/hepatites virais negativas. Biópsia cutânea revelou espongiose na epiderme e infiltrado linfo-plasmocitário na derme, sendo compatível com Sífilis secundária. Tratada com Penicilina Benzatina 2400000UI, em 2 doses semanais, com resolução completa do prurido e melhora importante das lesões cutâneas após primeira dose. Descamação e hipocromias residuais após o fim do tratamento antibiótico.



Figura 1. Lesões clínicas pré tratamento com Penicilina Benzatina 2400000UI, em 2 doses semanais **Figure 1.** Clinical lesions pretreatment with penicillin Benzathine 2400000UI in two weekly doses



Figura 2. Lesões clínicas após tratamento com primeira dose de Penicilina Benzatina 2400000UI **Figure 2.** Clinical lesions after treatment with the first dose Benzathine Penicillin 2400000UI



Figura 3. Lesões clínicas após tratamento com segunda dose de Penicilina Benzatina 2400000UI **Figure 3.** Clinical lesions after treatment with the second dose Benzathine Penicillin 2400000UI

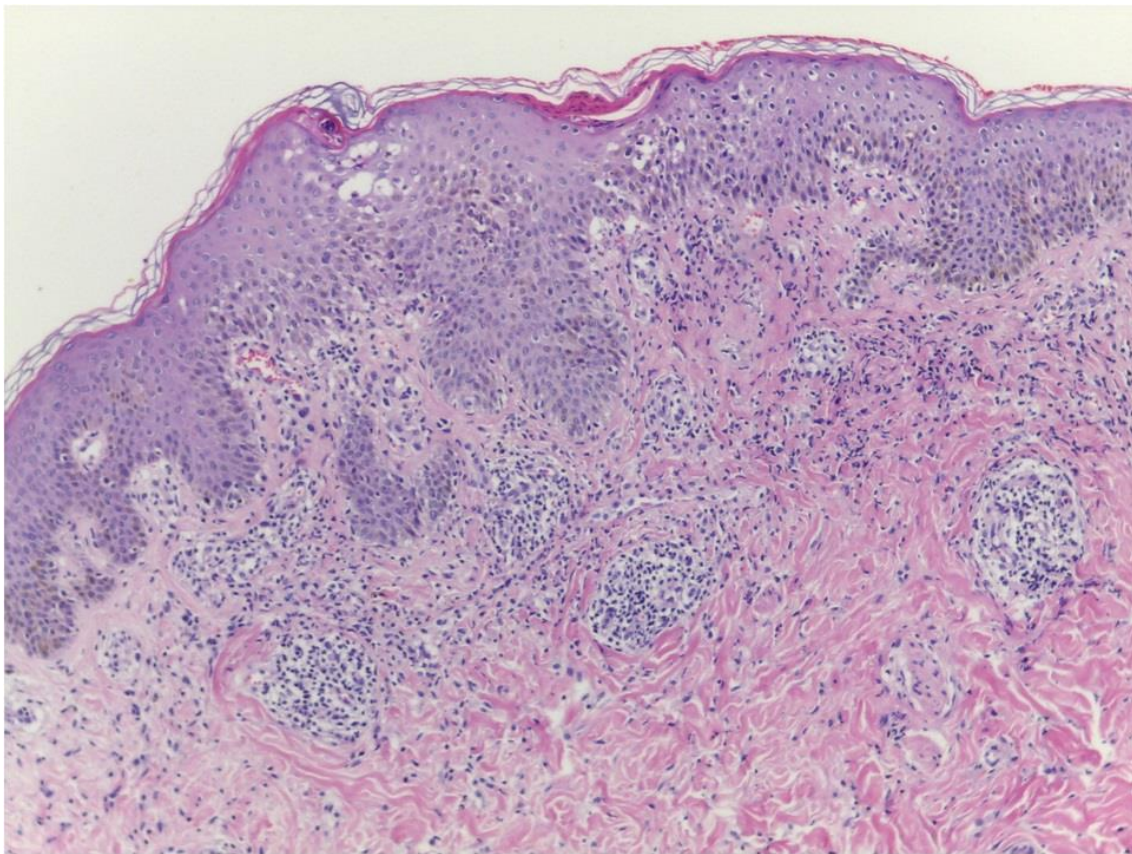


Figura 4. Histopatológico (HE, 400X) demonstrando espongiose na epiderme e infiltrado linfo-plasmocitário na derme. **Figure 4.** Histopathology (HE, 400X) showing spongiosis in the epidermis and infiltrated lymphocytes and plasma cells in the dermis.

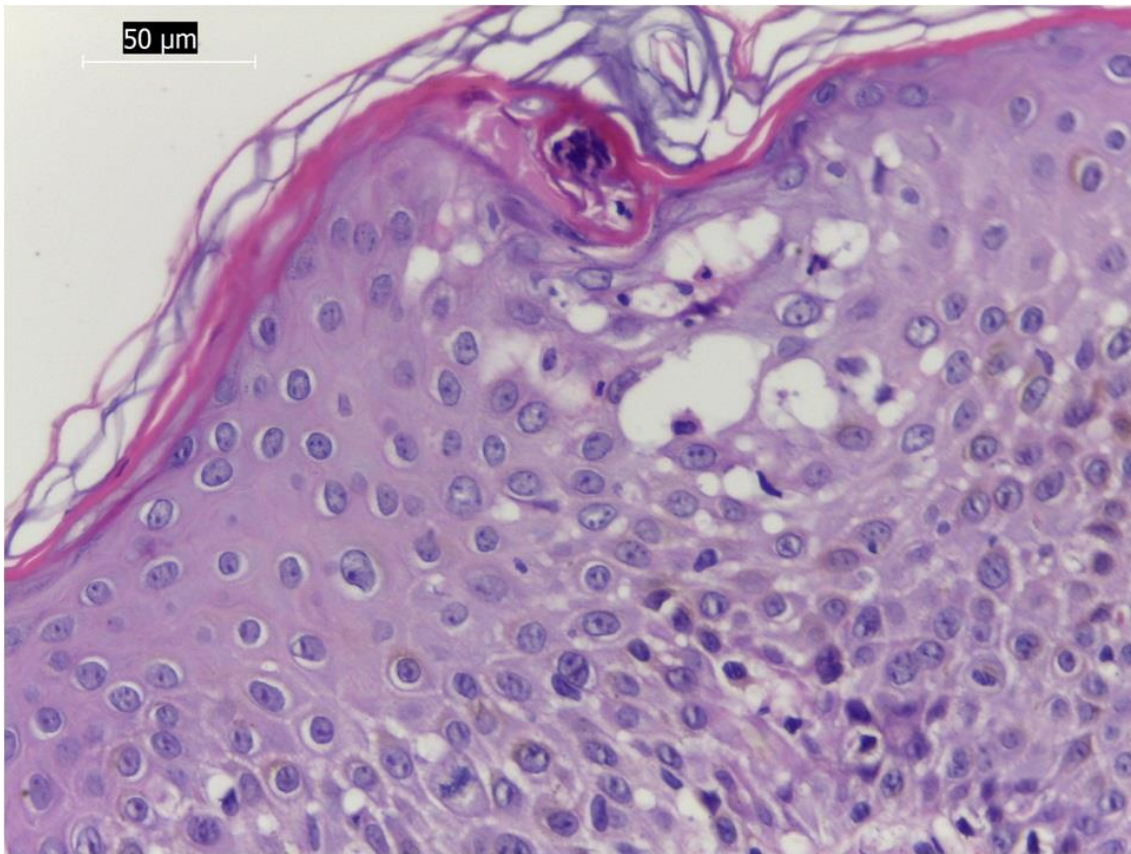


Figura 5. Demonstração em maior aumento de vesícula intraepidérmica. **Figure 5.** Demonstration of intraepidermal vesicle.

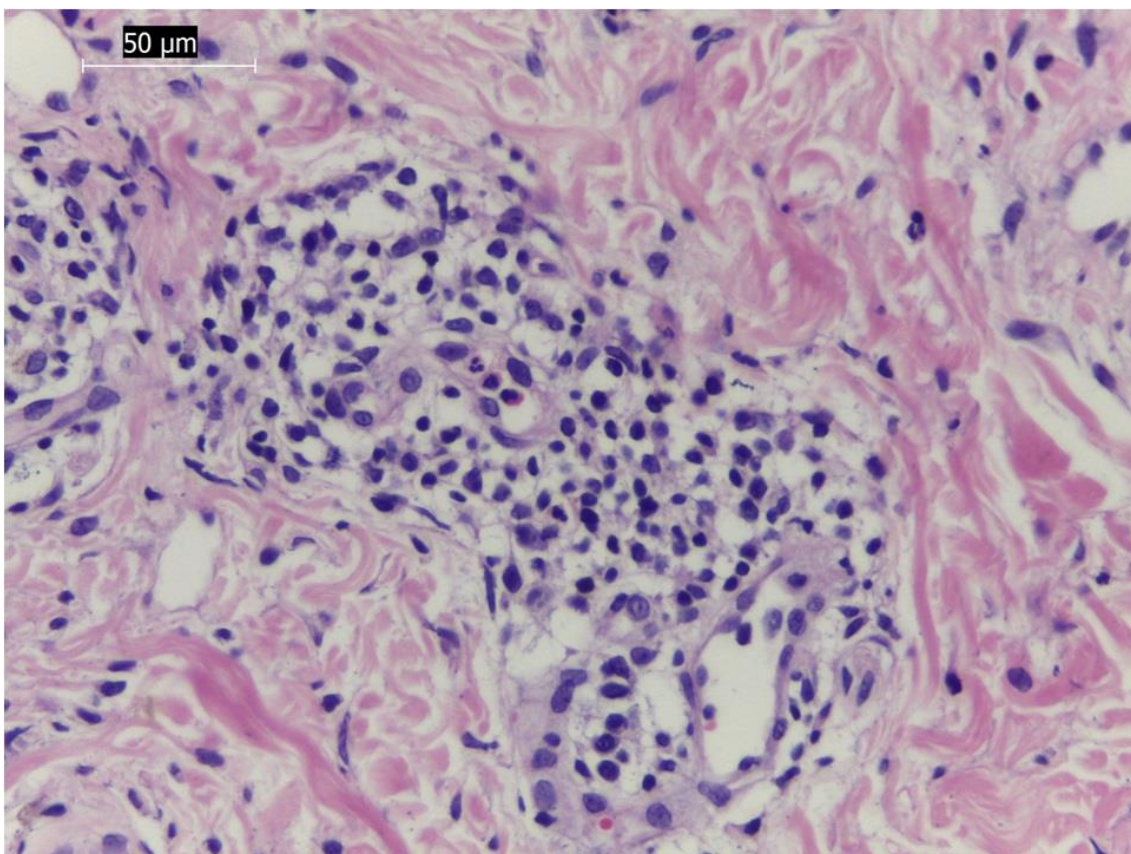


Figura 6. Demonstração de infiltrado linfo-plasmocitário peri vascular na derme. **Figure 6.** Demonstration of perivascular lymphocytes and plasma cell infiltration in the dermis.

DISCUSSÃO

Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode acometer todos os órgãos e sistemas[1]. Apesar de tratamento eficaz e de baixo custo, ainda se mostra como problema de saúde pública.[1] Transmitida principalmente pelas vias sexual e vertical.[1] Possui três estágios de atividade: primária, secundária e terciária, com características clínicas,

imunológicas e histológicas distintas; além de estágio de latência [1]. Sua clínica pode mimetizar outras afecções dermatológicas, como líquen plano, eritema multiforme, micose fungóide, dentre outros [2]. O prurido, mencionado em muitos textos como sintoma não característico de sífilis, também já foi descrito na literatura, associado a diferentes formas de lesão cutânea do secundarismo sífilítico[4,9]. No trabalho de Chapel em 1980, até 42% dos pacientes com sífilis secundária podem experimentar o prurido como sintoma. [10] Antigos textos mencionavam "se vesículas são uma parte essencial da erupção em um adulto, estas lesões não são decorrentes de sífilis secundária", porém há casos que não obedecem esta afirmativa [3]. Na literatura, encontramos poucos casos descritos de lesões vesiculares e/ou bolhosas em adultos com sífilis secundária. As formas clínicas variavam desde lesões vesiculares nas plantas [2,5], erupção bolhosa penfigóide like[3] e rash maculopapular com vesículas[6]. Dos 7 casos encontrados, 2 pacientes eram HIV positivos[5,6] e 2 apresentaram reação de Jarisch-Herxheimer com lesões bolhosas [7,8]. Fora os casos relacionados à reação, os pacientes com secundarismo obtiveram melhora das lesões e queda dos títulos do VDRL com o uso de Penicilina Benzatina. Sobre a histopatologia da doença, o trabalho de Abell E et al de 1975 (revisão clínico-patológica de 57 casos de sífilis secundária) mostra que, além do infiltrado plasmocitário dérmico, a epiderme também estava envolvida no processo inflamatório, podendo apresentar espongiose, paraceratose e acantose.[11] Além deste trabalho, o relato de Pournaras et al mostra epiderme com acantose, leve espongiose e paraceratose numa lesão clínica de sífilis secundária anular verrucosa[12]. Não encontramos mais trabalhos na literatura que mostrassem lesões espongióticas no secundarismo sífilítico. Ilustramos um caso raro de Sífilis secundária, com lesões cutâneas (vesículas) e sintoma (prurido) que a princípio argumentariam contra o diagnóstico desta doença infecciosa. Merece destaque sua apresentação clínica incomum, ausência de comorbidades ou imunossupressão de qualquer sorte, histopatologia pouco descrita na literatura, além de resposta extremamente satisfatória e rápida ao tratamento com Penicilina Benzatina. Conforme visto na literatura, a variabilidade de lesões da sífilis, capacidade de mimetizar outras afecções dermatológicas e presença de sintomas atípicos devem ser levados em conta, exigindo assim sempre uma alta suspeição diagnóstica.

REFERÊNCIAS

1. Avelleira JCR e Bottino G: Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):111-26.
2. Molly Schnirring-Judge, Cynthia Gustaferrero, Coralia Terol: Vesiculobullous Syphilis: A Case Involving an Unusual Cutaneous Manifestation of Secondary Syphilis. *The Jr of Foot & Ankle Surg* 50 (2011) 96–101 [PMID:21106408]
3. Peter L. Mattei, Ryan P. Johnson, Thomas M. Beachkofsky, Oliver J. Wilson, Chad M. Hivnor et al : Pruritic rash on trunk. *The Jr of Fam Pract.* Vol 60, No9, Sep 2011[PMID:21901180]
4. Gary W. Cole, Robert B. Amon, Paul S. Russell: Secondary Syphilis Presenting as a Pruritic Dermatitis. *Arch Dermatol.* 1977;113(4):489-490.[PMID:848979]
5. Chapel TA: The signs and symptoms of secondary syphilis. *Sex Transm Dis* 1980; 7:161–4. [PMID:7455863]
6. Lawrence P, Saxe N.: Bullous secondary syphilis. *Clin Exp Dermatol.* 1992 Jan;17(1):44-6. [PMID:1424260]
7. Siham Lourari, Cristina Bulai-Lividean, Francoise Giordano-Labadie, Laurence Lamant, francois Launay et al: Bullous secondary syphilis. Elsevier. tome 40, n85, Mai 2011.[PMID:21251793]
8. Arora S, Dhali TK, Haroon MA.: Vesicular syphilid in a seropositive patient. *Int J STD AIDS.* 2013 Nov;24(11):905-7.[PMID:23970637]
9. Duncan AG : Vesicular secondary syphilis; report of case occurring as a Herxheimer reaction. *Can Serv Med J.* 1956 Oct;12(9):821-3.[PMID:13364869]
10. Rosen T, Rubin H, Ellner K, Tschen J, Cochran R: Vesicular Jarisch-Herxheimer reaction. *Arch Dermatol.* 1989 Jan;125(1):77-81.[PMID:2642683]
11. Abell E, Marks R, Jones EW: Secondary syphilis: a clinico-pathological review. *Br J Dermatol.* 1975 Jul;93(1):53-61. [PMID:1191529]
12. C.C. Pournaras, I. Masouye, P. Piletta, V. Piguët, J-H. Saurat et al: Extensive annular verrucous late secondary syphilis. *Br J Dermatol.* 2005 152. [PMID:15949006]