

# Sífilis exuberante em paciente co-infectado pelo HIV

## *Severe syphilis in patient infected with HIV*

WA Santana Azevedo, G. de Campos do Carmo, S. Soares Quinete, CR Salgado Correa de Carvalho, A. Souza Marques  
Serviço de Dermatologia do Hospital Central do IASERJ. Rio de Janeiro. Brasil.

### Correspondência:

Wirlei Antônio Santana Azevedo  
Rua das Laranjeiras, 343/401 Laranjeiras  
Rio de Janeiro - RJ Cep: 22240002 Brasil  
Fone: 55-21-22255240  
e-mail: azevedowirlei@hotmail.com / wirlei@terra.com.br

### Resumo

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa produzida pelo *Treponema pallidum* e apresenta alta associação com o vírus da imunodeficiência adquirida, pela possibilidade de transmissão comum via sexual. Apresentamos paciente do sexo feminino, 48 anos, com lesões papulo-nodulares exuberantes e história epidemiológica positiva para Imunodeficiência Adquirida, confirmando neurosífilis, sífilis cutânea e positividade para HIV pela investigação clínico-laboratorial. Houve excelente resposta terapêutica após a introdução da Penicilina Cristalina.

(WA Santana Azevedo, G. de Campos do Carmo, S. Soares Quinete, CR Salgado Correa de Carvalho, A. Souza Marques. Sífilis exuberante em paciente co-infectado pelo HIV. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(2):98-101)

**Palavras chave:** sífilis, lues, infecção pelo HIV, sífilis terciária.

### Summary

*Syphilis is an infectious disease caused by Treponema pallidum presenting high association with human virus immunodeficiency, because of the same sexually transmitted way of transmission. A 48 years old woman, with severe nodular lesions and medical background of immunodeficiency, is reported neurosyphilis, cutaneous syphilis and HIV-infection was presented. There was an excellent response to standart therapy with Penicillin.*

**Key words:** syphilis, lues, HIV-infection, tertiary syphilis.

A sífilis cutânea tardia atualmente é patologia infreqüente, pode manifestar-se na pele por lesões tubero-circinadas, com placas e nódulos com cicatrização central, de configuração anular, serpiginosa ou policíclica, acometendo as superfícies extensoras dos membros, dorso e face. A sífilis deve sempre ser lembrada nos quadros cutâneos atípicos e polimorfos, assim como a sua associação com o vírus do HIV não pode deixar de ser investigada.

### Caso clínico

Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, de 48 anos, que há 3 meses iniciou quadro cutâneo com lesões eritemato-nodulares e infiltradas na face (Figura 1) e lesões eritemato-descamativas arciformes (Figura 2) e confluentes

nos membros e tronco, poupando regiões palmo-plantares e genitália. Referia ainda, artralgia generalizada, emagrecimento, cefaléia parietal bilateral e febre esporádica por um mês.

A paciente estava em tratamento para Tuberculose Pleural há quatro meses. Em 1976 teve tuberculose pulmonar. Foi submetida à transfusão sanguínea prévia devido à gravidez tubária. Usuária de drogas ilícitas, promiscuidade sexual, etilismo e tabagismo moderados.

Ao exame dermatológico, apresentava pápulas e placas eritemato-infiltradas, de contornos nítidos, indolores, com superfície lisa, variando de 0.5 a 3 cm na face. No tronco, havia lesões eritemato-descamativas polimorfos, algumas anulares, outras serpiginosas, de contornos nítidos, assintomáticas. Nos membros superiores e inferiores, apresentava



**Figura 1.** Lêsões eritemato-nodulares na face.

pápulas e nódulos eritematosos discretamente dolorosos à palpação, alguns confluentes e outros isolados. Apresentava-se ainda emagrecida, com crepitação em base pulmonar direita e linfonodos móveis, elásticos e indolores, palpáveis em cadeias cervicais bilaterais.

Os exames complementares revelaram sorologia positiva para HIV (O primeiro anti-HIV foi negativo, a segunda amostra positiva pela técnicas de ELISA e Western Blot) e inicialmente VDRL sérico negativo. O exame do líquido mostrou reatividade de VDRL (1:8) e FTA-Abs positivo, assim como de anti- HIV1 e 2. O exame histopatológico de pele mostrou presença de granulomas e infiltrado linfo-plasmocitário com ausência de microorganismos (Figura 3). Foram solicitados, também, pesquisa de bacilo da Tuberculose no escarro, PPD, reação de Montenegro, sorologias para Paracoccidiodomicose, Leishmaniose, Micobacterioses, Ultrassonografia de abdomen e Ecocardiograma, estando todos dentro dos parâmetros da normalidade. A Tomografia de Crânio mostrava alterações inespecíficas.

Baseado na apresentação clínica, nas pesquisas para treponemas e sorologias para HIV, sobretudo líquóricas, além dos achados na biópsia, confirmou-se o diagnóstico de sífilis secundo-terciária com acometimento neurológico e co-infecção pelo HIV. A paciente foi tratada com Penicilina Cristalina- 24 milhões UI/dia por 21 dias, sendo que a resposta clínica e cutânea foi excelente a partir das primeiras 72 horas de administração do medicamento.

## Comentário

O caso em relato gerou dificuldade diagnóstica porque o quadro cutâneo exuberante, rico em polimorfismo e epidemiologia positiva para doenças sexualmente transmissíveis, não era concordante com a investigação laboratorial inicial. Tanto a sorologia para HIV quanto o VDRL apresentavam-se negativos



**Figura 2.** Lêsão nodular e arciforme.

a princípio. Isto pode ser explicado pelo fenômeno prozona em que ocorre excesso de anticorpos no soro, que inativa a aglutinação dando a aparência de amostra não-reativa para a prova não treponêmica[1]. As titulações podem estar muito altas por estimulação clonal de células B ou falso-negativas pela depressão imuno-humoral. O segundo teste para HIV pelas técnicas de ELISA e W.BLOT foram positivos.

O polimorfismo cutâneo variando desde lesões papulares a tubero-circinadas de evolução rápida, nos remetia a idéia de Sífilis de evolução atípica, provavelmente associada ao HIV, visto que a sífilis é consagrada como a grande simuladora de lesões dermatológicas. Manifestações variadas ocorrem quando há co-infecção com HIV, incluindo rashes, desordens neurológicas e infecções oftalmológicas. A literatura demonstra uma apresentação dermatológica ampla no HIV, que pode ser exantema-símile viral ou fúngico, com sinais sistêmicos; lesões pápulo-nodulares únicas, múltiplas, apresentando ou não confluência; erosões orais; lesões gomosas perfuradas até combinação de queratoderma e

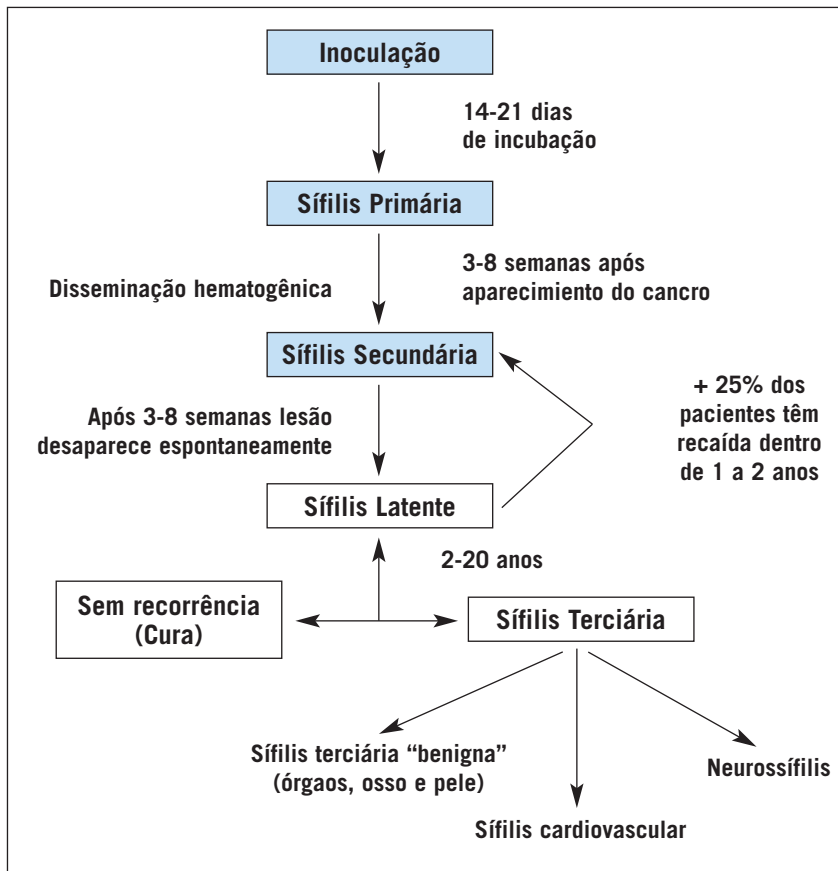


Figura 3. Evolução natural da sífilis não tratada.

coriorretinite, lembrando síndrome de Reiter[1-4]. A biópsia de pele assume caráter fundamental, auxiliando o diagnóstico, sobretudo das lesões atípicas[1, 4, 5], podendo ser utilizada a impregnação pela prata ou a imunofluorescência para a identificação do *Treponema*. A sífilis cutânea tardia é fenômeno raro atualmente, devido a incidência diminuída da doença, o diagnóstico mais precoce e a larga utilização da penicilina para outras infecções[4]. Nós tivemos a oportunidade de observar um caso com manifestações neurológicas associado ao HIV (Tabela 1).

Os diagnósticos diferenciais são variados, dependendo do estágio da doença, já que as lesões podem sugerir tuberculose, linfoma cutâneo, angiomatose bacilar, sarcoidose, leishmaniose, paracoccidiodomicose, hanseníase e granuloma anular[1, 2, 6, 7]. Diante de quadros neurológicos e dermatológicos, deve-se atentar sempre para a co-infecção sífilis e HIV. A sífilis em pacientes infectados pelo HIV não apresenta comportamento oportunista, mas possui características clínicas menos usuais, como lesões orais e ulceradas de sífilis maligna precoce. O acometimento ocular, oral e do sistema nervoso foi descrito como de evolução mais rápida.

Penicilina G parenteral é a droga de escolha para o tratamento de todos os estágios da sífilis. A preparação utilizada (benzatina, procaína ou cristalina), a dosagem e o tempo de tratamento dependem da fase e manifestações clínicas da doença (Figura 1). Em casos de neurosífilis, deve-se tratar com penicilina cristalina. No caso de impossibilidade de

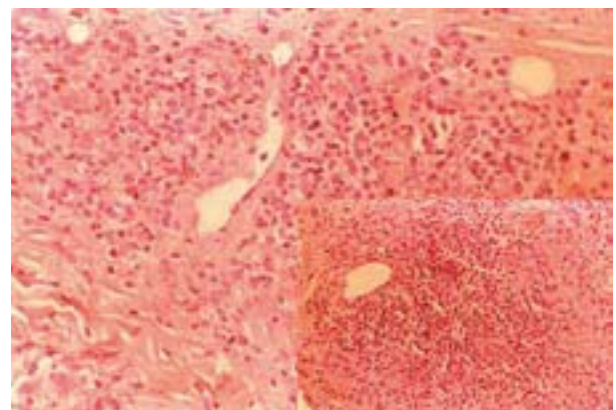


Figura 4. Granuloma e infiltrado linfo-plasmocitário.

administração das penicilinas, utiliza-se os antibióticos alternativos[1, 8-10]. A paciente em relato evoluiu de forma excelente após 72 horas de medicação, correspondendo à evolução esperada de sífilis cutânea tardia tratada adequadamente.

## Conclusões

A sífilis ainda constitui um problema de saúde pública e devemos estar alerta a este diagnóstico, principalmente nos quadros cutâneos exuberantes, nos quais ela simula

outras doenças cutâneas, como infecções fúngicas e hanseníase. A associação com o vírus da imunodeficiência humana, também sempre deve ser investigada, como no caso apresentado, em que as lesões cutâneas levaram ao diagnóstico de SIDA. A sífilis terciária cutâneo-mucosa não está em extinção, sobretudo em indivíduos infectados pelo HIV, nos quais ela costuma se apresentar de forma pouco usual. Alto índice de suspeita clínica deve ser mantido, principalmente na presença de lesões nodulares acompanhadas de sinais e sintomas neurológicos e cardiovasculares.

## Bibliografia

- Hicks CB. Syphilis and HIV infection. *Dermatologic Clinics* 1991;9:493-501.
- Sekkat A, Sedrati O, Derdabi O. La syphilis tertiaire cutâneo-muqueuse. *Ann Dermatol Venérol* 1994;121:146-51.
- Drobacheff C, Moulin T, Van Landuyt H, Merle C, Vigan M, Laurent R. Syphilis cutanée tertiaire avec symptoms neurologiques. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121:34-6.
- Matsuda-John SS, McElgunn PSJ, Ellis CN. Nodular late syphilis. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:269-72.
- McBroom RL, Styles AR, Chiu MJ, Clegg C, Cockerell CJ, Radolph JD. Secondary syphilis in persons infected with and not infected with HIV-1-A comparative immunohistologic study. *Am J Dermatopathol* 1999;21:432-41.
- Chung G, Kantor GR, Whipple S. Tertiary syphilis of the face. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:832-5.
- Wu SJ, Nguyen EQ, Nielsen TA, Pellegrini AE. Nodular tertiary syphilis mimicking granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:378-80.
- Schoutens C, Boute V, Govaerts D, De Dobeeler G. Late cutaneous syphilis and neurosyphilis. *Dermatology* 1996;192:403-5.
- Centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51:18-25.
- Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol* 2006;81:111-26.