

Qual o Seu Diagnóstico?

LESÕES ANULARES NO ESCROTO

Leonor Ramos¹, Ana Brinca², Margarida Gonçalo³, Hugo Oliveira⁴, J Reis⁴, Américo Figueiredo⁵

¹Interna de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – HUC

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC

³Assistente Graduado Sénior, Chefe de Serviço, de Dermatologia e Venereologia/Consultant Chief of Dermatology and Venereology; Assistente Convidado/Invited Professor, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

⁴Assistente Hospitalar Graduado de Dermatologia e Venereologia/Graduated Consultant, Dermatology and Venereology, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC

⁵Assistente Graduado Sénior, Director de Serviço, Professor Associado com Graduação/Consultant Chief of Dermatology and Venereology, Head of the Dermatology Department, Professor of Dermatology and Venereology, Coimbra University

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – HUC; Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO – Um doente seropositivo para o VIH1 é observado com lesões múltiplas eritemato-violáceas com bordo elevado, confluentes, localizadas ao escroto. No corpo do pénis estavam presentes placas eritematosas ovaladas isoladas, com superfície não descamativa. As lesões evoluíam desde há 2 semanas e eram assintomáticas, sendo sugestivas de *granuloma annulare*. Concomitantemente haviam surgido lesões eritematosas maculosas ovaladas discretas, dispersas pelo tronco e membros superiores. Foi realizada biopsia cutânea de uma lesão escrotal que revelou infiltrado lique-nóide de células mononucleadas, rico em plasmócitos. O sífilis screening foi positivo e RPR reactivo com título 1:256. Foi estabelecido o diagnóstico de sífilis secundária e o doente foi medicado com 3 injeções intramusculares de penicilina benzatínica (2.4 MU 1x/semana).

Nos doentes com co-infecção pelo VIH, a clínica da sífilis poderá ser mais exuberante e com apresentações clínicas atípicas. A sífilis, sendo “a grande imitadora”, deve ser um diagnóstico a considerar mesmo perante manifestações clínicas que evoquem outras entidades.

PALAVRAS-CHAVE – Escroto; Granuloma anular.

Dermatology Quiz

ANNULAR LESIONS RESTRICTED TO THE PENIS AND SCROTUM

ABSTRACT – A 30-year-old HIV1 positive male, presented with multiple erythematous-violaceous lesions, with elevated borders and an annular configuration, restricted to the penis and scrotum. The lesions were asymptomatic, evolved for 2 weeks, and clinically resembled *granuloma annulare*. He also had discrete erythematous papules in the trunk that appeared simultaneously.

A cutaneous biopsy was made and histopathology revealed a lichenoid infiltrate, mainly of plasma cells. Syphilis screening was positive, with a positive TPHA and a reactive RPR (titer of 1:256).

The diagnosis of secondary syphilis was established and the patient was submitted to treatment with 3 weekly doses of intramuscular benzathine penicillin (2.4 million units).

HIV co-infection can affect the initial presentation, disease course and hamper syphilis diagnosis. Syphilis, known as “the great imitator”, must be kept in mind, even before unusual presentations, especially in HIV positive patients.

KEY-WORDS – *Granuloma annulare*; Scrotum.

Qual o Seu Diagnóstico?

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Agosto/August 2014; Aceite/Accepted – Outubro/October 2014

Correspondência:

Dr.^a Leonor Castendo Ramos

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Praceta Mota Pinto - 3000 Coimbra, Portugal

E-mail: leonoricr@gmail.com

CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino de 30 anos é observado na Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis com múltiplas placas eritemato-violáceas, de configuração anular, com tamanhos variáveis entre 5 e 15 mm, bordo circinado elevado e bem definido, superfície lisa não descamativa, alguma das quais confluentes, localizadas ao escroto (Fig. 1). No corpo do pénis, observavam-se algumas placas eritematosas isoladas, ovaladas, com dimensões semelhantes às do escroto, com bordos papulosos, limites regulares e bem definidos, e superfície não descamativa (Fig. 1). As lesões eram assintomáticas e evoluíam desde há 2 semanas, sendo clinicamente sugestivas de *granuloma annulare*.

Dispersas pelo tronco e membros superiores, havia múltiplas lesões eritematosas assintomáticas maculosas ovaladas discretas, bem definidas, não confluentes, com dimensões próximas dos 10mm e superfície discretamente descamativa (Fig. 2). Não havia atingimento palmoplantar. O doente negava ulcerações genitais prévias, bem como lesões das mucosas oral e anal.

Como antecedentes pessoais relevantes destacava-se seropositividade para o VIH 1, sob terapia anti-retroviral tripla desde há um ano (tenofovir, emtricitabina, darunavir). A carga vírica era indetectável e a contagem de CD4 era superior a 500/mm³. O doente informou ter tido no último ano mais de 10 parceiros sexuais, sendo as relações sexuais na sua maioria desprotegidas (MSM).

Foi realizada biopsia cutânea por punch 5 mm de uma lesão escrotal que revelou infiltrado liquenóide de células mononucleadas, rico em plasmócitos (Fig. 3). Foi realizado sífilis screening com TPHA positivo e RPR reactivo com título 1:256.

Estabelecido o diagnóstico de sífilis secundária, o doente foi medicado penicilina G benzatínica (2.4 MU) a cada 7 dias durante 3 semanas, com resolução das lesões genitais e do tronco e descida do título de RPR para 1:64 ao final de 1 mês e 1:32 ao final de 3 meses. O doente abandonou as consultas ao final deste período de seguimento.

DISCUSSÃO

A sífilis, considerada “a grande imitadora”, é uma infecção sexualmente transmissível, sistémica e crónica, provocada pelo *Treponema pallidum*. Tem evolução flutuante, com episódios de doença activa e períodos de latência. É uma doença reemergente, com número crescente de casos.

As lesões anulares são apresentações pouco frequentes de sífilis, devendo ser diferenciadas de múltiplas outras entidades, das quais se destacam eritema multiforme, micoses superficiais, liquen plano, sarcoidose, *granuloma annulare* e *eritema gyratum*¹.

Actualmente, a sífilis e o VIH estão frequentemente associados, afectando grupos semelhantes². Nos doentes com co-infecção pelo VIH, as manifestações clínicas de sífilis poderão ser mais exuberantes e floridas, podendo apresentar-se com sintomas

Qual o Seu Diagnóstico?



Fig 1 - Lesões de configuração anular, confluentes, com bordos eritematosos elevados, de dimensões variáveis, localizadas ao escroto e corpo do pênis.

constitucionais mais marcantes e erupções cutâneas atípicas, dificultando o correto diagnóstico².

A co-infecção pelo VIH pode associar-se a maiores títulos de RPR (em provável relação com elevada estimulação clonal compensatória de células B)^{2,3}, progressão mais rápida para sífilis terciária, diminuição mais lenta dos títulos de RPR e maior incidência da reacção de Jarisch-Herxheimer, que não se verificou no nosso doente. Existem no entanto relatos de co-infecção VIH-sífilis nos quais as titulações de RPR



Fig 2 - Lesões papulosas eritematosas isoladas dispersas pelo tronco.

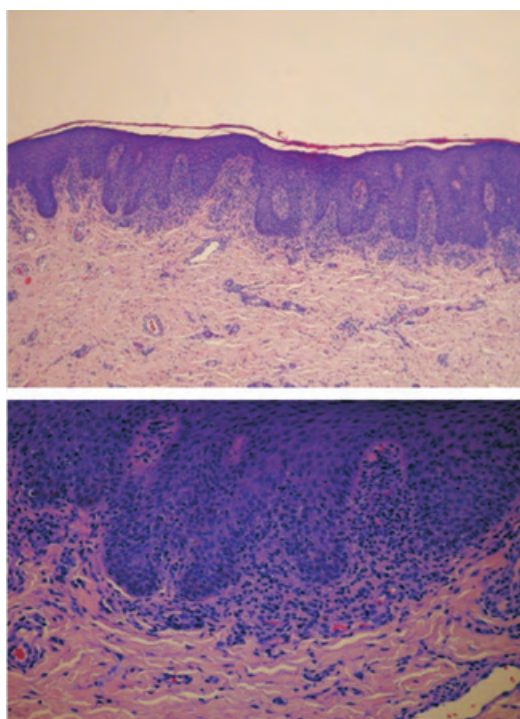


Fig 3 - Infiltrado de células mononucleadas na junção dermo-epidérmica, com a presença de plasmócitos (H&E 25x; H&E, 200x).

foram inicialmente negativas, explicados pela depressão imuno-humoral induzida pelo VIH^{2,3}.

O curso da sífilis pode também ser alterado no contexto da co-infecção VIH, já que a diminuição da imunidade celular aumenta o risco de progressão rápida para neurosífilis⁴ e a recorrência desta após o tratamento.

Qual o Seu Diagnóstico?

A biópsia cutânea pode assumir um papel fundamental, auxiliando o diagnóstico, sobretudo perante lesões atípicas³.

A penicilina G benzatínica permanece o tratamento de eleição em qualquer fase de evolução da doença⁴. Nos doentes seropositivos para o VIH com sífilis 1^{ária} ou 2^{ária} recente recomenda-se dose única de penicilina benzatínica 2.4 U intramuscular. No entanto, há quem preconize reformulação do esquema terapêutico, com a administração de 3 injeções i.m. em vez da dose única recomendada nos imunocompetentes⁴.

Os autores pretendem descrever um caso de co-infecção VIH-sífilis, com manifestações cutâneas atípicas, realçando a importância da necessidade de colocar esta hipótese de diagnóstico, mesmo perante lesões não características.

REFERÊNCIAS

1. Jiang G, Zhang L, Zhong L, Zheng J, Liu J. An illustrative case report of secondary syphilis with alopecia syphilitica, perianal condyloma latum, and granuloma annulare-like lesions. *Cutis*. 2013; 92(5):E13-5.
2. Oliveira F, Benicio K, Cerutti G, Natividade N, Nery J. Manifestações clínicas e sorológicas conflitantes de sífilis em coinfeção pelo HIV. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(4):222-4.
3. Santana Azevedo WA, Campos do Carmo G, Quinete S, Carvalho CR, Souza Marques A. Sífilis exuberante em paciente co-infectado pelo HIV. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009; 37(2):98-101.
4. Zetola N, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: An Update. *Clin Infect Dis*. 2007; 44:1222-8.