

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SÍFILIS SECUNDÁRIA EM DOENTE COM PSORÍASE SOB CICLOSPORINA

Teresa Pinto-Almeida¹, Aristóteles Rosmaninho¹, Madalena Sanches², Rosário Alves³, Manuela Selores⁴

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Chefe de Serviço de Dermatologia e Venereologia/Consultant Chief, Dermatology and Venereology

³Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

⁴Director de Serviço/Head of Dermatology and Venereology Department

Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Porto, Portugal

RESUMO – A diversidade das formas de apresentação da sífilis obriga à manutenção de um elevado nível de suspeita clínica, mesmo na presença concomitante de outras patologias. Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 58 anos que desenvolve um secundarismo de sífilis após a introdução de ciclosporina por suposto agravamento das lesões psoriáticas, discutindo os possíveis mecanismos etiológicos causadores do quadro clínico do doente. Salienta-se a importância da realização das serologias de sífilis antes de iniciar terapêuticas imunossupressoras, facto que adquire particular importância numa era em que são utilizadas com frequência crescente na Dermatologia.

PALAVRAS-CHAVE – Sífilis Cutânea; Psoríase; Ciclosporina; Terapêutica Imunossupressora.

ATYPICAL SECONDARY SYPHILIS IN A PSORIATIC PATIENT UNDER CYCLOSPORINE

ABSTRACT – The recent resurgence of syphilis and the diversity of its cutaneous presentations are mandatory to heighten clinical suspicion of this entity, even in the presence of concomitant diseases. The authors describe the case of a 58 year-old man, with a longtime history of psoriasis, that developed a secondary syphilis after the introduction of cyclosporine for a presumed flare of his chronic cutaneous disease. Possible ethologic mechanisms underlying the clinical picture are discussed. The importance of screening for syphilis every patient proposed for immunosuppressive treatment is highlighted, particularly nowadays, when they are being largely used by dermatologists.

KEY-WORDS – Syphilis, Cutaneous; Psoriasis; Cyclosporine; Immunosuppressive Agents.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Correspondência:

Dr.ª Teresa Pinto-Almeida

Serviço de Dermatologia

Hospital de Santo António

Edifício das Consultas Externas do Hospital de Santo António, Ex-CICAP

Rua D. Manuel II, s/n

4100 Porto

Telefone: 00351 917802044

E-mail: teresap.almeida@hotmail.com

Caso Clínico

INTRODUÇÃO

O recente ressurgimento da sífilis e a diversidade das suas formas de apresentação obrigam à manutenção de um elevado nível de suspeita clínica, mesmo na presença concomitante de outras patologias^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Homem de 58 anos, com história de psoríase vulgar com mais de 10 anos de evolução, habitualmente controlada com tópicos; sem outros antecedentes patológicos. Recorreu à nossa consulta por agravamento das lesões cutâneas no último mês. Ao exame objectivo, observavam-se placas eritematodescamativas confluentes, com escama branca prateada facilmente destacável, localizadas maioritariamente no tronco e mais rarefeitas nos membros (Fig. 1). Foi iniciado tratamento com ciclosporina oral 4mg/kg/dia e, 3 semanas depois, o doente referiu agravamento marcado da psoríase após a introdução do imunossupressor, acompanhado do aparecimento de lesões novas. Nesta altura, ao exame objectivo, verificou-se que as placas eritematodescamativas previamente observadas tinham adquirido um eritema mais vivo e eram mais descamativas e infiltradas (Fig. 2a). Sobre estas, observavam-se nódulos eritematosos infiltrados, de superfície bosselada, localizados na região cervical posterior, antebraços e abdómen (Figs. 2c e 2d). No couro cabeludo era evidente uma alopecia em clareiras (Fig. 2b). Suspendeu-se a ciclosporina e, do estudo



Fig. 1 - Lesões iniciais a nível do abdómen, constituídas por placas eritematodescamativas com escama branca prateada.

efectuado, é de salientar a positividade das serologias de sífilis: TPHA 1/2560dils, VDRL 1/516dils, sífilis EIA IgM 5,9 INDEX e IgG 4,8 INDEX; a velocidade de sedimentação estava também aumentada (48 mm). O HIV era negativo e o restante estudo analítico não revelou alterações. Foram efectuadas 2 biopsias, uma numa placa psoriasiforme e outra num nódulo infiltrado. O exame histopatológico da primeira revelou acantose, papilomatose, hiperqueratose e um infiltrado inflamatório na derme superficial, associados a alongamento das papilas dérmicas com capilares dilatados e tortuosos e focos de paraqueratose, onde eram evidentes abscessos de Munro – características compatíveis com o diagnóstico de psoríase (Fig. 3). A histopatologia de um nódulo infiltrado mostrou atrofia discreta da epiderme e um infiltrado inflamatório crónico maioritariamente granulomatoso na derme, a envolver principalmente as estruturas anexas e o plexo vascular superficial, composto por histiócitos espumosos no centro dos granulomas e um infiltrado linfoplasmocitário muito abundante à periferia; era também evidente dilatação dos vasos da derme com tumefacção das células endoteliais – alterações sugestivas de sífilis (Fig. 4). A coloração pela prata (*Warthin Starry*) não permitiu identificar treponemas. A correlação das características clínicas, laboratoriais e histológicas permitiu o diagnóstico de sífilis secundária em doente com psoríase. Quando questionado, o doente admitiu relação sexual desprotegida 6 meses antes. Foi feito tratamento com penicilina G benzatínica 2.4MU intramuscular e a resposta clínica foi marcada, com resolução completa dos nódulos infiltrados e melhoria da infiltração e eritema das lesões psoriáticas em apenas 3 semanas (Fig. 5). O doente iniciou então acitretina oral 25 mg/dia, com melhoria progressiva da psoríase, persistindo apenas máculas eritematosas residuais (Fig. 6). Após 6 meses de *follow-up*, verificou-se também resposta serológica, com diminuição de 4 vezes do título de VDRL, mantendo-se o HIV negativo.

DISCUSSÃO

Estamos, portanto, perante um doente com uma psoríase de longa data que, após o início de ciclosporina por suposto agravamento da sua doença cutânea, desenvolve lesões progressivamente mais exuberantes, acompanhadas do aparecimento de lesões novas e atípicas. Foram estas lesões atípicas que levaram à investigação de uma outra patologia concomitante. Retrospectivamente, agora sabemos que quando o doente recorre inicialmente à consulta estava já infectado com

Caso Clínico



Fig. 2 - Lesões cutâneas após o início de ciclosporina. a) Agravamento das lesões psoríase, com eritema, descamação e infiltração mais pronunciados; b) Alopecia em clareiras; c) e d) Nódulos eritematosos infiltrados na região cervical posterior e nos antebraços.

sífilis. Assim sendo, esta podia ainda não ter manifestações cutâneas na altura, ou ter lesões cutâneas que estavam mascaradas pela psoríase³, e, neste caso, ter-se-á tornado manifesta apenas após a introdução do imunossupressor, com agravamento das lesões prévias e

aparecimento de lesões atípicas. De outro modo, o agravamento psoriático inicial poderia já ser uma manifestação cutânea da sífilis, quer como forma de apresentação de um secundarismo^{4,5}, quer como um agravamento da psoríase devido a um fenómeno de koebner induzido

Caso Clínico

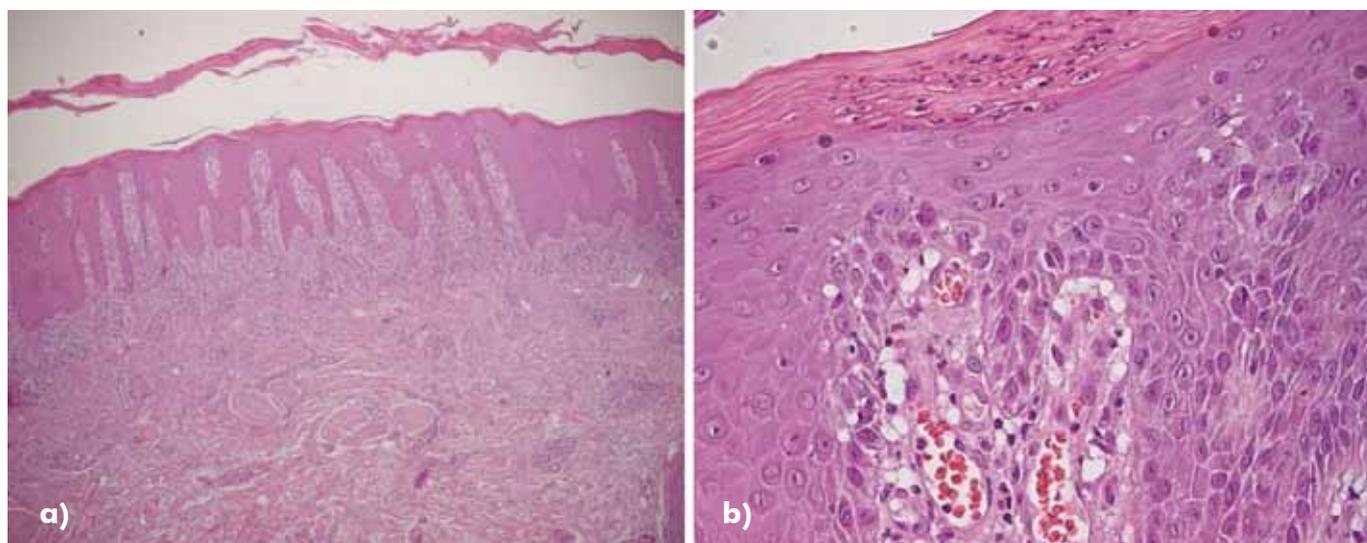


Fig. 3 - Exame histopatológico de uma placa psoriasiforme. a) Acanthose, papilomatose, hiperqueratose e um infiltrado inflamatório na derme superficial (H&E, ampliação 4x); b) Em maior ampliação, vê-se o alongamento das papilas dérmicas com capilares dilatados e tortuosos, focos de paraqueratose e abscessos de Munro (H&E, 40x) – características compatíveis com o diagnóstico de psoríase.

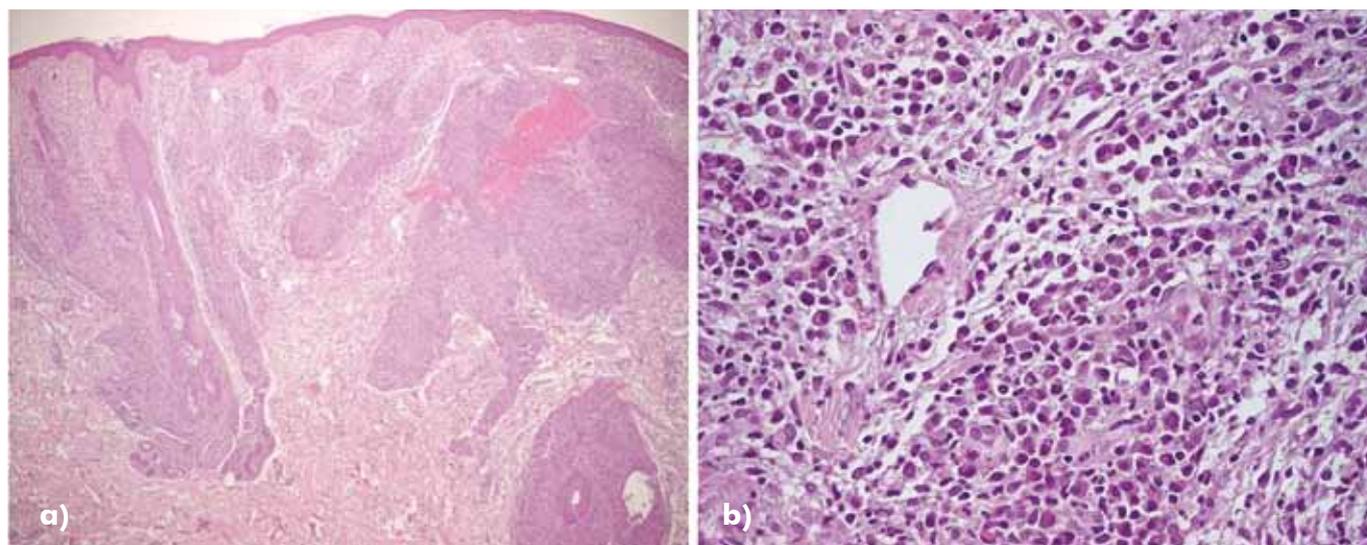


Fig. 4 - Exame histopatológico de um nódulo infiltrado. a) Infiltrado inflamatório crónico maioritariamente granulomatoso na derme, a envolver principalmente as estruturas anexas e o plexo vascular superficial (H&E, 4x); b) Em maior ampliação, destaca-se a abundância de plasmócitos na periferia dos granulomas e é também evidente a dilatação dos vasos da derme com tumefacção das células endoteliais - alterações sugestivas de sífilis (H&E, 40x).

pela infecção sífilítica^{6,7} e, neste caso, a introdução da ciclosporina terá levado à alteração da evolução sífilítica, com agravamento e aparecimento das referidas lesões atípicas. Em todo o caso, é importante relembrar que a introdução de terapêutica imunossupressora em do-

entes com sífilis pode levar a formas de apresentação de sífilis mais exuberantes (embora não haja um modelo de apresentação de sífilis), pode alterar a evolução natural sífilítica e o seu comportamento e pode causar a reactivação de uma infecção latente, como tem sido

Caso Clínico



Fig. 5 - Evolução clínica favorável após tratamento com penicilina, com resolução completa dos nódulos infiltrados e melhoria das lesões psoriáticas.



Fig. 6 - Melhoria clínica das placas psoriáticas após introdução de acitretina oral, sendo apenas evidente eritema residual.

raramente reportado em transplantados a fazer ciclosporina de manutenção^{8,9}. Esta última hipótese, no entanto, não parece provável no nosso doente dada a positividade da IgM e os elevados títulos do VDRL e TPHA. Estes factos enfatizam a necessidade de realizar as serologias de sífilis antes de iniciar terapêuticas imunossupressoras, o que adquire particular importância numa era em que são utilizadas com frequência crescente na Dermatologia¹⁰. De qualquer forma, convém não esquecer que o mais importante para o diagnóstico de uma sífilis continua a ser a manutenção de um elevado índice de suspeita clínica.

REFERÊNCIAS

1. Daskalakis D. Syphilis: continuing public health and diagnostic challenges. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2008;5(2):72-7.
2. Lautenschlager S. Cutaneous manifestations of syphilis: recognition and management. *Am J Clin Dermat.* 2006;7(5):291-304.
3. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clin Microbiol Rev.* 2005;18(1):205-16.
4. Domantay-Apostol GP, Handog EB, Grabriel MT. Syphilis: the international challenge of the great

Caso Clínico

- imitator. *Dermatol Clin.* 2008;26(2):191-202.
5. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentation in adults. *Clin Dermatol.* 2005;23(6):555-64.
 6. Gagari E, Stephanaki C, Rozakou A, Stauropoulos P, Perogianni K, Hadjivassiliou M. Atypical presentation of secondary syphilis in a psoriatic HIV patient. *International J STD AIDS.* 2009;20:291-2.
 7. Talanin NY, Shelley ED, Kapkaev RA, Kang MK, Skvortzova OA. Koebner reaction in psoriasis due to secondary syphilis. *Cutis.* 1994;54(5):332-4.
 8. Wolf SC, Kempf VAJ, Tannapfel A, Petersen P, Risler T, Brehm BR. Secondary syphilis after liver transplantation: case report and review of the literature. *Clin Transplant.* 2006;20:644-9.
 9. Farr M, Rubin AI, Mangurian C, Scully B, Silvers DN, Husain S, et al. Late syphilis in a cardiac transplant patient. *J Heart Lung Transplant.* 2006;25(3):358-61.
 10. Bories-Haffner C, Buche S, Paccou J. Secondary syphilis occurring under anti-TNF α therapy. *Joint Bone Spine.* 2010;77:364-5.