

## SIFILIS

- **Doenças transmitidas essencialmente** por contato sexual: sífilis, gonorreia ou uretrite gonocócica, cancro mole ou cancroide, linfogranuloma venéreo. Sífilis também pode ser transmitida por via vertical.
- **Doenças frequentemente transmitidas** por contágio sexual (nem sempre): donovanose (pacientes que moram na zona rural, limpeza da região genital com folhas e gravetos), uretrite não gonocócica, herpes simples genital, condiloma acuminado (banheira de motel, toalha contaminada), candidíase genital (imunodepressão), hepatite B (mais de 90% é DST, ao contrário da hepatite C que 97% é por outras vias e 3% é por DST).
- Doenças eventualmente transmitidas por contato sexual: molusco contagioso (em região genital), pediculose (principalmente púbica), escabiose, shigelose (infecções intestinais), amebíase, hepatite C (3% é sexualmente transmissível).
- As DSTs estão entre os problemas de saúde pública mais comuns do mundo. A drenagem linfática feminina é inguinal profunda, para-retal, então a maior parte das infecções genitais agudas vão dar dores abdominais, cólicas, tenesmo, sintomas intestinais de doenças infecciosas. O diagnóstico demora muito e a pessoa já fez salpingite, já ficou infértil, etc.
- Pode causar infertilidade masculina e feminina.
- Transmissão mãe-filho. A sífilis congênita não está diminuindo na população. Perdas gestacionais e doenças congênitas, aumento do risco para a infecção por HIV e outras DSTs.
- A imunologia cutânea – as principais respostas são por linfócitos T; a maioria dessas doenças altera a imunidade celular, então isso causa uma alteração imunológica e facilita a infecção por HIV. Logo, uma DST aumenta a chance de outra.
- É uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica com períodos de agudização e latência.
- **Agente:** *Treponema pallidum* – raspando a lesão podemos fazer teste campo escuro, mas geralmente não é feito por falta de técnica. Na luz do campo escuro vemos brilho e movimento, por isso é patognomônico.
- **Classificação:**
- adquirida: transmissão sexualmente
- congênita: transmissão vertical
- recente: menor de 1 ano de evolução
- tardia: maior de 1 ano de evolução
- adquirida recente: menor de 1 ano
- adquirida tardia: mais de 1 ano
- congênita recente: diagnóstico menor de 2 anos
- congênita tardia: diagnóstico maior de 2 anos
- latente (recente ou tardia): não se observam lesões, sinais ou sintomas clínicos, o diagnóstico é sorológico.

- não há imunidade permanente para treponema, podendo haver reinfecção.
- Um terço** dos indivíduos tem resposta humoral que faz cicatriz, mas tem resposta celular de macrófagos que mata o bicho.
- Um terço** dos indivíduos o indivíduo evolui e faz as fases que conhecemos, cancro duro, sífilis secundária e terciária. Evolui e cura.
- Um terço** dos indivíduos que vai pro quadro de terciarismo. Evolui e não cura.
- O organismo dos indivíduos tem uma imunologia que vai melhorando e piorando, por isso o indivíduo tem várias fases, tem cancro duro e depois de 3 semanas ele não tem mais e nem sabe que teve. Depois de 3 meses aparece um quadro de secundarismo, aí sim procura o médico.
- Evolui para uma fase terciária, pegando órgãos internos como cérebro (neurosífilis), ocular, pancreática, hepática, etc.

### → **SIFILIS PRIMARIA**

- não pode errar.
- Incubação 10 a 90 dias após a relação sexual.
- Cancro duro: úlcera, única, indolor, borda sobrelevada, base endurecida, fundo liso com pouca ou nenhuma secreção. É a lesão da sífilis primária, única lesão cutânea específica da sífilis primária.
- O cancro acompanha uma adenopatia que é maior ou menor dependendo do organismo. Não há linfonodo sentinela em cancro feminino porque os linfáticos são internos.
- Adenopatia indolor, regional, móvel, geralmente única, mas pode ser múltipla.
- No homem o local mais comum é no freio e na mulher na virilha. Acomete: glândula e sulco balano-prepucial. Na mulher: pequenos lábios, parede de vagina e colo do útero.
- Rara inoculação em outras áreas.
- Cancro misto** é a denominação da lesão da sífilis infectada por outra DST (cancroide, herpes, LGV, gonorreia cutânea, donovanose e até escabiose infectada). Qualquer DST que possa dar úlcera.
- Cancro misto de Rollet** é a denominação da junção do cancro duro e cancro mole – é o único com nome especial (h. Ducrey).
- Borda emoldurada, fundo limpo, indolor. Não é fácil de ver porque a maioria evolui com cura e muitos não veem porque não tem dor. Muitos também quando notam colocam pomadas, e outros medicamentos que modificam a úlcera.
- O cancro pode durar até 21 dias e ter cura espontânea. Quando a sífilis não tem o cancro, ele não é visto – é chamada de Sífilis Decaptada – já chega sem ver a fase primária. Na maioria das vezes não vemos a primária, já vemos a secundária (é a fase mais dermatológica que existe). A sífilis é a grande imitadora, e pode fazer qualquer quadro dermatológico.
- Existe sífilis liquenoide, vitiligoide,

→ **SIFILIS SECUNDARIA**

- ocorre 6 a 8 semanas após o cancro. É a fase que tem mais treponema na circulação. Quando temos o agente circulando, podemos fazer febre, artralgia, cefaleia, micropoliadenopatia.
- As lesões mais comuns são: manchas eritematosas (**roseola sífilítica**) que podem formar um exantema morbiliforme. São lesões papulosas, eritemato-roseas, levemente descamativas.
- Papulas eritemato-acastanhadas lisas e após escamosas – **sífilides papulosas** – na superfície palmo-plantares.
- **Papula nas palmas e plantas – pensar em sífilis ou farmacodermia.**
- **Alopecia em clareira ou caminho de rato**, madarose.
- O treponema está circulando por no máximo que ele puder, então temos infiltrações das regiões pilosas, com queda de cabelo completamente regular e perda do terço lateral das sobrancelhas (madarose). Os casos de queda de cabelo não são iniciais, tem que ter uma imunidade pior ou secundarismo mais arrastado. Mas vale a pena perguntar se está tendo queda de cabelo.
- **Placas mucosas** – aftas que não melhoram, úlceras em região anal. Isso é mais precoce.
- Lesões papulo-hipertroficas em regiões de atrito, dobras – **condiloma plano**.
- Lesão papulosa, eritemato-rosea, inespecífica. Podem ser infiltradas, mais papulosas, com colarete periférico (colarete de Biett) – diagnóstico diferencial de P. Rosea. Se não tiver placa mucosa, alopecia, placa mãe, lesões palmo-plantares – pensar em P. Rosea, mas podemos pedir um VDRL. P. Rosea evolui com cura clínica em 8 semanas.
- P. rosea – predileção por herpes 7 e 6, mas pode ser por vários agentes. É uma doença pós-infecção. E podem ter vários tipos de pitiríase rosea.
- Lesão palmo-plantar – sífilis ou farmacodermia. Podemos ter lesões com descamação, bordas. Se a lesão já está envolvendo, fica a dúvida.
- Madarose – principais doenças que causam madarose hanseníase multibacilar (DV ou V), tem que ter muito bacilo. A infiltração não é do endotélio do folículo piloso que caiu o pelo, mas sim na inervação do pelo. São coisas diferentes com sinais clínicos parecidos.
- A principal causa de perda de sobrancelha em nosso meio é o hipotireoidismo (bem mais do que sífilis e hanseníase), pinça, geriatria.
- **Sífilis em corimbo** – parece um carimbo. Placa eritematosa edematosa.
- Sífilis elegante – faz bordas.
- **Placas eritemato-violáceas periorais** – pode ser dx diferencial com rosácea granulomatosa, dermatite perioral.
- Placa eritematosa em pênis – pode ser sífilis secundária.
- Sífilides papulosas plantares, papulas em escroto, papulas e placas genitais (roseola), papulas e placas periorais (roseolas). Regiões de dobras e atritos podem ter um perlash e ser um condiloma plano. O mais comum é na região anal (principal dx diferencial é condiloma acuminado).

□ A definição de **condiloma plano** é uma lesão vegetante em área de atrito (mais comum é em ânus, mas pode ter em lábios, epicanto labial).

□ Condiloma plano anal – se for sífilis, uma benzetacil some e o paciente volta super bem. Já melhora com a primeira dose.

□ DST é considerado urgência médica.

□ **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

□ **Sífilis primária** – tudo que da úlcera pode ser diagnóstico diferencial. Cancro mole (úlcera fugaz), herpes genital, donovanose, linfogranuloma venéreo (úlcera fugaz também).

□ **Sífilis secundária** – cabe praticamente toda dermatologia – quadro bolhoso, liquenoide, palmo plantares, lesões em mucosa, alopecia em clareira, madarose. Pensar principalmente em farmacodermias, doenças exantemáticas (exantema morbiliforme), MHV, colagenoses (porque o principal exame para mantermos o acompanhamento do paciente com sífilis é o VDRL e é um exame anticardiolipina, de gordura e essa anticardiolipina está alterada em inúmeras colagenoses e pode dar falso positivo para sífilis. Então quadro latente tem que pensar).

□ **SIFILIS MALIGNA PRECOCE**

□ é uma variante grave da doença em imunodeprimidos, podem ter lesões necróticas, atualmente mais frequente em pacientes com HIV.

□ Geralmente sífilis não coça e não deixa cicatriz, mas há alguns indivíduos que por sua imunogenética, faz um quadro secundário muito intenso que já é maligno.

□ Mas existem quadros com lesão infiltrada e necrótica – chamada de sífilis maligna precoce.

□ Indivíduo transplantado, oncológico em quimioterapia podem ter.

□ Lesões necróticas, ulceradas.

□ Lesão ulcerada q pode ser considerada cancro e múltiplas placas infiltradas.

□ Dependendo da imunidade do indivíduo vamos tendo infecção e vai melhorando. Pode fazer cancro duro e neurosífilis ao invés de sífilis secundária.

□ Pode ter neuropatia periférica, perda de visão, história neurológica grave.

→ **SIFILIS TERCIÁRIA**

□ Sintomas após 3 a 12 anos de infecção com lesões cutâneas e mucosas (tubérculos ou gomas).

□ Goma – lesão nodular com necrose central e saída de secreção.

□ A goma é classicamente descrita como lesão de sífilis.

□ Tabes dorsalis, demência, aneurisma óptico, artropatia de Charcot.

□ Sífilis primária a maioria é cancro duro, secundária 90% tem quadro cutâneo e terciária, apenas 15% tem quadro cutâneo. Ou seja, na sífilis terciária, o mais comum não é ter lesão cutânea.

□ **Cutâneas:** 15% das lesões são cutâneas, elas tem caráter destrutivo, pouco

numerosas, assimétricas, deixam cicatrizes, não contaminantes, nódulos e gomas, tuberculocircinadas, policíclicas. Bordas em desenho. Ninguém bate o olho e sabe que é sífilis terciária sem saber a história do paciente. Precisamos de vários dados para chegar ao diagnóstico.

□ **Cardiovascular:** 10% das lesões tem comprometimento vascular, 10-30 anos após o início da infecção, mais comum em homens e negros. Pode causar aortite (aneurisma aórtico).

□ **Neurológicas:** 6%. 5 a 35 anos após o início da infecção. Mais comum em brancos, sintomática ou assintomática. Essa porcentagem é na sífilis geral, não incluindo paciente com HIV que tem muito mais quantidade de lesões neurológicas. Quadros mais graves – tabes dorsalis (perturbação da marcha, alteração nos reflexos, sinal de Romberg, sinal da pupila de Argyll Robertson – pupila que fica dilatada, junta de Charcot e mal perfurante plantar).

□ **Causas de mal perfurante plantar** - Principal causa de mal perfurante plantar – neuropatia diabética, causas neurológicas (neuropatia alcoólica, por tumor, perdem a sensibilidade), hanseníase, sífilis terciária. O treponema no endotélio destrói a vasa nervorum. No caso da hanseníase destrói direto o nervo, na sífilis destrói o vaso que irriga o nervo.

□ **Articulares:** artropatia de Charcot – perde a articulação, nódulos justarticulares de Jeanselme.

□ **Outras localizações:** fígado, aparelho gastrointestinal, olhos e testículos. Retinite e sífilis é comum. Pode dar faringite, amigdalite.

□ Lesão mais infiltrada, nodular, com centro necrótico. Nódulo ulcerado com borda ceratósica. Pode ser lesão circinada, policíclica.

□ Goma é uma lesão necrótica com saída de secreção com destruição cutânea.

#### □ DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

□ **sorologia não treponêmica:** pesquisa direta – anticorpo anti parte do bicho – VDRL ou RPR quantitativo e qualitativo. Anticardiolipina também pode ser positiva porque tem na parede do bicho.

□ VDRL se torna positivo a partir da 2ª semana e fica mais elevado na fase secundária, pode negatizar com 9-12 meses após tratamento ou permanecer com baixos títulos (até 1:8).

□ a treponêmica é importante para saber se teve ou não contato com o treponema, mas ela não nega. Então o VDRL é importante para seguirmos o paciente, porque ele modifica com a melhora do paciente.

□ PCR é o melhor mas só tem em centros muito específicos.

□ Sd do anticorpo antifosfolípide, hanseníase virchowiana – todos esses têm alterações nos lipídios, então o VDRL não é o melhor exame. Indivíduos muito frustrados tem que colher líquido para certificar.

□ 3 títulos baixos menor de 1:8 é considerado memória ou cicatriz sorológica. Se ela subiu 2x ou se reinfectou ou tem algo no SNC. Porque a benicilina benzatina não ultrapassa a barreira hemato-encefálica, sendo necessário a cristalina.

☐ **Sorologia treponemica:** anticorpo contra treponema. FTA-abs e MHATP qualitativos e se tornam positivos a partir do 15º dia da infecção e não servem para seguimento do paciente.

☐ **TRATAMENTO**

☐ **Primaria:** benzatril 2.400.000 IM em dose única.

☐ **Secundaria ou latente:** benzatril 2.400.000 IM repetida após 1 semana (total 4.800.000). se não tivermos certeza ou se for doença com mais de 1 ano ou terciária, vamos fazer 3 doses. HIV sempre fazer 3 doses mesmo cancro duro.

☐ **Tardia (terciária ou latente):** benzatril 2.400.000 IM repetida por 3 semanas.

☐ Pacientes com sífilis latente com período de doença desconhecidos ou HIV sejam tratados com sífilis latente tardia.

☐ Pacientes alérgicos devem ser dessensibilizados ou receberem **eritromicina 500mg 6-6h por 30 dias.**

☐ Não é tão fácil ter alergia a penicilina, quem tem alergia a sulfa pode ser alérgico a penicilina.

☐ A dessensibilização é feita com material de entubar ao lado porque se acontecer alguma coisa temos que estar preparados. Então nos livros está escrito pra fazer, mas na prática não fazemos.

☐ Com a eritromicina nenhum paciente tratado vai curar. O único tratamento é a penicilina.

☐ Ceftriaxone pode ser usado EV ou IM 10 dias tem melhor resultado que eritromicina.

☐ Seguimento: de 6-6 meses até 2 anos e depois da alta. Se houver elevação de 2 títulos deve-se instituir novo tratamento. Se o paciente não tomou eritromicina, não tem como darmos alta, vamos casar com o paciente e acompanhá-lo para o resto da vida.

☐ Na gestante podemos dar penicilina. O feto já é considerado com sífilis congênita e já vamos tratar. A eritromicina no bebê tem que ser estearato e não estolato (que dá problema no feto).

☐ **Gestantes** – fazer sorologia mensal se tem sífilis. Bebê de mulher que teve sífilis é considerado com sífilis congênita e tem que tratar.

☐ **HIV:** história modificada com neurosífilis mais precoce (pode ter na fase primária ou secundária, não espera a terciária). Para estes pacientes fazer a punção lombar para definir o tratamento. Estes também apresentam mais falhas no mesmo.

☐ A principal imunidade é celular – macrófagos.

☐ **REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER**

☐ ocorre 4 a 12 horas após a dose inicial da penicilina. Pode surgir reação febril com exacerbação das lesões cutâneas.

☐ Involui espontaneamente em 12 a 48 horas, vamos tratar com sintomáticos e não necessita interromper o tratamento.

- Pode ser minimizada associando-se prednisona 20mg antes ou durante o tratamento.
- É uma morte de treponemas maciça. Pode ocorrer também na leptospirose q é treponema. Há uma reação inflamatória que exacerba as lesões e da febre e mal estar, mas não é anafilaxia (falta de ar, edema de glote, etc).
- Aqui a lesão era vermelha e fica roxa, mal estar intenso, mas com sintomáticos e corticoide o paciente melhora. Nunca se tira o tratamento e ela não ocorre na 2ª semana, é só uma vez!!!
- nas outras semanas continua com a penicilina.
- Se o indivíduo evoluiu com choque anafilático que teve que fazer adrenalina, ele teve anafilaxia e não podemos novamente fazer penicilina, porque isso significa alergia.