

Relato: Um Caso de Sífilis Atípico Misturando Diferentes Fases da Doença

Leonardo Trovo Zilotti¹; Victória Vilins e Silva²; Lara Maria Vago¹; Luísa Oliveira Vilela dos Reis¹; Thaynara Morais Garcia da Silva¹.

¹ Médicos residentes de Clínica Médica do Hospital Santa Marcelina; ² Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Santa Marcelina;

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma espiroquetose causada pelo *Treponema pallidum*. Comumente a doença é dividida em 3 estágios de acordo com os sinais e sintomas apresentados. No presente relato, trazemos uma paciente imunocompetente com sintomas de diferentes fases de evolução da doença simultaneamente, além de tratamento e evolução do quadro até remissão completa dos sintomas.^(1,2)

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, sexo feminino, admitida em unidade de saúde com queixa de cefaleia de forte intensidade há 3 semanas. Dor de aspecto pulsátil, em região bitemporal, que irradia para região frontal e articulação temporomandibular, melhora intermitente ao uso de dipirona e associa-se à náuseas, alguns episódios de vômito, fotofobia, fonofobia, otalgia e odinofagia. Refere também exantema não pruriginoso em extremidades e abdome, abaulamento em frente e alopecia há 4 semanas. Refere histórico pessoal de 2 episódios de enxaqueca por mês desde seus 16 anos. Ainda afirma já ter procurado diversos serviços de saúde, mas não houve melhora satisfatória com as medicações prescritas.

Ao exame físico, notou-se máculas eritemo-acastanhadas não dolorosas em região palmo-plantar, abdome e dorso, além de abaulamento doloroso em frente e couro cabeludo. Ao exame neurológico, apresentou-se vigil, consciente e orientada em tempo e espaço, Glasgow 15, sem sinais de alteração de pares cranianos, força muscular preservada, reflexo tendíneo profundo (RTP) exaltado em membros superiores com Hoffman presente à direita, RTP vivos em membros inferiores, reflexo cutâneo plantar em flexão bilateralmente, eudiadococinesia, marcha sem alteração e sem sinais meníngeos.

Ao exame laboratorial, apresentou VitB12 148, PCR 107,4 e VHS 68. Sorologias: VDRL sérico 1/512, anti-treponêmico reagente, anti-HIV não reagente (NR), HBsAg NR, anti HCV NR, anti HBsAg 55,02. Líquido cefalorraquidiano com presença de anticorpo treponêmico e VDRL 1/32. Tomografia e ressonância magnética de crânio sem alterações.

A paciente foi diagnosticada com neurosífilis tardia e tratada durante internação com penicilina cristalina 4.000.000 UI 4/4h por 14 dias, associada à reposição de cianocobalamina 5.000 UI IM 1x/semana por 4 semanas e dipirona 6/6h para controle algico. No 3º dia de tratamento, apresentou redução de goma sífilítica em frente e couro cabeludo e manutenção dos episódios de cefaleia. No 5º, iniciou-se remissão do eritema. No 9º apresentou intensa queda de cabelo associada ao uso de penicilina. No 14º, paciente recebeu alta, completamente assintomática (Se não pelas gomas que, apesar de indiscutivelmente menores, ainda eram perceptíveis, com controle do quadro e encaminhamento para seguimento de cuidados em Unidade Básica de Saúde. A convocação do parceiro à UBS também foi realizada.



Em ordem: 1) Goma sífilítica em frente; 2) Máculas eritematosas palmo-plantares; 3) Paciente após tratamento, com remissão da goma.

DISCUSSÃO

Visto que a sífilis é uma patologia em que suas fases tendem a ser bem delimitadas, um paciente apresentando, simultaneamente, sintomas de diferentes fases pode ser fator confundidor ao diagnóstico. Antes de chegar ao nosso hospital, a paciente passou por outros serviços primários e secundários, causando estresse psicológico e enaltecendo a relevância do atual relato. Neste caso, as máculas palmo-plantares configuraram apresentação do segundo estágio da treponematose e as gomas e a neurosífilis são mais comuns no terceiro.

Existem relatos de neurosífilis ocorrendo em outras fases, mas, de acordo com o Ministério da Saúde, isso ocorre principalmente em pacientes imunodeprimidos com infecção por HIV. Esses, apresentam sobreposição dos estágios da doença com maior frequência e sobreposição mais rápida da sífilis precoce à neurosífilis. Dito isto, a pesquisa sorológica deste caso foi de suma importância, à fim de excluir um coinfeção por HIV e também poder prever o curso clínico da doença, visto que pode ocorrer manifestações mais agressivas. Neste caso, após a investigação, constatamos que, por mais que raro, esse quadro também pode ocorrer em pacientes imunocompetentes.^(1,2)

Além do mais, vale ressaltar que por mais que o tratamento convencional da sífilis seja com penicilina G benzatina, nos casos de neurosífilis o recomendado é administrar penicilina cristalina ou, de forma alternativa, ceftriaxone.²⁾

CONCLUSÃO

Ressalta-se a relevância da suspeita de sífilis em pacientes com quadro clínico compatível, mesmo que as fases da doença não tenham cronologia respeitada. Achados da primeira e segunda fase ao exame físico não excluem a possibilidade de acometimento de sistema nervoso. Diante de cefaleia de característica nova com alterações ao exame físico, a coleta de líquor se faz mandatória visto que o tratamento convencional para sífilis não ultrapassa a barreira hematoencefálica.

REFERÊNCIAS:

1. João Carlos Regazzi Avelaira, Giuliana Bottino. *Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006; 81(2): 111-26.*
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, aids e hepatites virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2015.*