

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA VIEIRA OBEID

NATÁLIA MEIRELLES NASCIMENTO SILVA

RELATO DE CASO: SÍFILIS MIMETIZANDO ALOPÉCIA AREATA

Duque de Caxias

2018

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA VIEIRA OBEID
NATÁLIA MEIRELLES NASCIMENTO SILVA

RELATO DE CASO: SÍFILIS MIMETIZANDO
ALOPÉCIA AREATA

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Dr. Bruno Eduardo M. Nunes

Duque de Caxias

2018

Nº ACERVO

92760

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

O12r Obeid, Leticia Vieira.

Relato de caso: sífilis mimetizando alopecia areata / Leticia Vieira Obeid, Natália Meirelles Nascimento Silva. - Duque de Caxias, 2018.
32 f.: il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2018.

“Orientador: Prof. Dr. Bruno Eduardo Moraes Nunes”.
Bibliografia: f. 27-28.

1. Medicina. 2. Sífilis. 3. Alopecia em áreas. 4. Dermatologia. I. Silva, Natália Meirelles Nascimento. II. Nunes, Bruno Eduardo Moraes. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy. IV. Título.

CDD – 610

EXEMPLAR

361029

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA VIEIRA OBEID

NATÁLIA MEIRELLES NASCIMENTO SILVA

RELATO DE CASO: SÍFILIS MIMETIZANDO ALOPÉCIA AREATA

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2018

Duque de Caxias

2018

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus, a nossas famílias e amigos, aos pacientes que passaram por nossos caminhos ao longo desses anos, ao nosso orientador Dr. Bruno Eduardo Morais Nunes e a todos que de alguma forma contribuem e dedicam suas vidas com a saúde do próximo.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, por ter nos permitido chegar até aqui, sendo essencial em nossas vidas, nosso guia e protetor, principalmente nos momentos de maiores dificuldades ao longo desses anos. Aos nossos pais, familiares e amigos, por todo apoio, amor incondicional e pela torcida incansável. À Unigranrio - campus Duque de Caxias, por nos permitir a realização do sonho de poder cursar medicina e nos formarmos médicas em breve. Ao nosso professor e orientador Dr. Bruno Eduardo Moraes Nunes, por todos os ensinamentos, colaboração, disposição e paciência. Toda gratidão por sempre ser tão solícito conosco e a tamanha dedicação que o senhor sempre mostrou ter à construção do nosso trabalho. Aos nossos pacientes, que nos ensinam mais que qualquer livro. À Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias, por nos oferecer acesso ao paciente do nosso relato de caso, nos oferecendo tamanho aprendizado.

Por fim, agradecemos a todos que nos ajudaram e torceram pela conclusão desse trabalho. Ele marca um grande passo e avanço em nossa busca incessante de nos tornarmos médicas, a fim de exercermos de forma mais honrosa possível a medicina.

EPÍGRAFE

Não importa o quanto você bate, mas sim o quanto aguenta apanhar e continuar. O quanto pode suportar e seguir em frente. É assim que se ganha. (Rocky Balboa)

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença que possui diversas manifestações clínicas, sendo algumas incomuns, como a alopecia em clareira, causando erros de diagnóstico e atrasos no tratamento. **Objetivos:** Demonstrar a importância do diagnóstico da sífilis em casos que a manifestação clínica seja alopecia em clareira, mimetizando alopecia areata. **Métodos:** A alopecia sífilítica aparece em uma média de 4% dos pacientes, sendo manifestação infrequente da sífilis. Entretanto, com o aumento progressivo da doença, observa-se a necessidade de saber reconhecer que nem toda alopecia é areata necessariamente. Em 2013, o Hospital Universitário de Valência, na Espanha, relatou cinco casos de alopecia sífilítica. Todos os casos localizavam-se na região parieto-occipital em homens jovens. Além desses, o relato de caso exposto neste trabalho também tratou de um homem jovem com perda de cabelo em regiões biparietais e occipital, que recebeu um diagnóstico externo equivocado por justamente não terem considerado a sífilis como causadora da alopecia em questão. **Resultados:** A partir dos relatos de casos, artigos publicados entre os anos de 2011 a 2018, consulta de literaturas dermatológicas, tratado de infectologia e manuais do ministério da saúde, conclui-se que a presença de fragmentos alopécicos localizados na região parieto-occipital em um padrão “comido pelas traças”, deve alertar os profissionais a pensarem na alopecia secundária à sífilis como diagnóstico possível. **Conclusão:** Os dermatologistas, portanto, devem suspeitar da sífilis nos casos atípicos das manifestações dessa doença, principalmente pela alopecia ser a única manifestação em alguns casos.

Palavras-chave: sífilis, alopecia, areata, clareira, parieto-occipital.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a disease that has several clinical manifestations, some of which are uncommon, such as alopecic patches, causing errors in diagnoses and delays in treatment. **Objectives:** To demonstrate the importance of diagnosing syphilis in cases where the clinical manifestation is alopecia in patches, mimicking alopecia areata. **Methods:** Syphilitic alopecia appears in an average of 4% of patients and is an unusual manifestation of syphilis. However, as this disease has increased much recently, it is necessary to recognize that not all alopecia is necessarily areata. In 2013, the University Hospital of Valencia, in Spain, reported five cases of syphilitic alopecia. All these cases were located in the parieto-occipital region in young men. In addition to these, the case report exposed in this paper is also about a young man with hair loss in biparietal and occipital regions, who received a wrong external diagnosis because the doctors did not consider syphilis to be the cause of alopecia. **Results:** From the reports of these cases, articles published between 2011 and 2018, consultation of dermatological literatures, the Infectology treaty and health ministry manuals, we concluded that the presence of hair loss fragments in the parieto-occipital region in an "moth eaten" pattern should warn professionals to think of alopecia due to syphilis as a possible diagnosis. **Conclusion:** Dermatologists, therefore, should suspect syphilis in atypical cases of the manifestations of this disease, especially because alopecia is the only manifestation in some cases.

Key words: syphilis, alopecia, areata, patches, parieto-occipital.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

- AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida)
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
- ELISA (Teste enzima imuno-ensaio)
- FAN (Fator antinuclear)
- FTA-Abs (Fluorescent treponemal antibody absorption test)
- HIV (Vírus da imunodeficiência humana)
- HTLV-1 (Vírus linfotrópico da célula humana)
- JFSL (Nome do Paciente)
- Kg (Kilograma)
- KOH (Hidróxido de potássio)
- LCR (Líquido cefalorraquidiano)
- LES (Lúpus)
- mg (Miligrama)
- MHA-TP (Reação de micro-hemaglutinação)
- ml (Mililitro)
- mm (Milímetro)
- OMS (Organização Mundial de Saúde)
- PUVA (Psoraleno associado à radiação de faixa ultravioleta)
- RPR (Teste de reagina olasmática rápida)
- SNC (Sistema Nervoso Central)
- T-CD4 (Linfócito do tipo CD4)
- TPHA (Ensaio de hemaglutinação de *Treponema pallidum*)
- UI (Unidades)
- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO -----	11
2 - REFERENCIAL TEÓRICO -----	12
3 – OBJETIVOS -----	25
3.1 – GERAIS -----	25
3.2 – ESPECÍFICOS -----	25
4 - MATERIAIS E METÓDOS -----	26
4.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO -----	26
4.2 - CASUÍSTICA -----	26
4.3 – PROCEDIMENTOS -----	26
5 – DISCUSSÃO -----	28
6 – CONCLUSÃO -----	31
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	32
8 – ANEXOS -----	34

1 – INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É caracterizada por um período de latência, pelo ataque sistêmico difuso e pelas complicações graves. A forma mais comum de transmissão é pela via sexual (Sífilis adquirida), transmitida durante a relação sexual com uma pessoa infectada, sem uso de métodos contraceptivos; verticalmente (Sífilis congênita), cuja transmissão se dá da mãe infectada para o bebê ou pela placenta. Existem ainda outras formas de transmissão de menor relevância, via indireta por objetos contaminados, tatuagem e por transfusão sanguínea.

O aumento da incidência se deve, em parte, aos casos de pessoas infectadas que foram tratadas de forma inadequada ou que não receberam tratamento. A sífilis vem sendo tratada desde 1943 com o uso da Penicilina. Todavia, atualmente é considerada um problema de saúde pública em países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Atinge altos números de incidência tanto na saúde privada quanto na saúde pública.

Seu surgimento ocorreu por volta do século XV e seu estudo ocupou todas as áreas da medicina, principalmente a dermatologia. É justamente nessa área que se dá o foco deste trabalho, dando importância para a alopecia sífilítica. Muitas vezes tal manifestação é confundida com a alopecia areata, não sendo correlacionada com a sífilis, o que culmina em atraso no diagnóstico e no início do tratamento correto. Esse atraso pode resultar em aumento da incidência de novos casos e complicações mais graves da doença, como o acometimento do sistema nervoso central.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

A sífilis, também denominada lues, é uma doença infectocontagiosa, com manifestações cutâneas e sistêmicas, evolução crônica e transmissão predominantemente sexual. A transmissão congênita ocorre por via transplacentária ou hematogênica e, com menos frequência, através de transfusões sanguíneas ou inoculação acidental. O homem é o único reservatório conhecido e o agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum*.

12

A doença é classificada em primária, secundária, latente e tardia, ou terciária. Em geral, adota-se a classificação como recente, quando tem até um ano de evolução, e tardia, após esse período. ⁹

A sífilis é mais frequente em adultos sexualmente ativos. A doença não tem predileção racial ou de gênero, mas associa-se a fatores socioeconômicos, condições higiênicas precárias e, principalmente, comportamento sexual de risco, como menor uso de preservativos.

Entre 2005 e 2013, de acordo com o Boletim de doenças sexualmente transmissíveis do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, os casos de sífilis primária e secundária quase dobraram, de 8.724 para 16.663. A taxa anual aumentou de 2,9 (2005) para 5,3 casos por 100 mil habitantes (2013). No mesmo ano, 91,1% dos casos novos de sífilis primária e secundária ocorreram em homens, particularmente entre homens que fazem sexo com homens. Já no período de 2009 a 2013, houve aumento dos casos novos da doença entre hispânicos e brancos, diminuindo entre os homens negros. Entre as mulheres, a taxa anual de casos de lues primária e secundária foi 0,9/100 mil habitantes em 2005; aumentou para 1,5 em 2008 e retornou a 0,9 em 2013. A doença ocorreu 13,3 vezes mais em mulheres negras, quando comparadas a brancas.

No Brasil, apenas a sífilis congênita é de notificação compulsória, desde 1986. Porém, as informações sobre incidência são limitadas. Há subnotificação de casos e falta de padronização de critérios de definição de caso até o ano de 1998. No estudo Sentinela Parturiente, em 2004, a prevalência da doença em gestantes foi de 1,6% – aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo HIV no mesmo grupo, foram estimadas 48.425 gestantes infectadas naquele ano. Ao se comparar o dado estimado de 2004 com as notificações em 2005 (1.863), calcula-se que tenham sido alcançados somente 3,8% dos casos esperados.

Dados do Ministério da Saúde revelam números preocupantes. Em 2010, foram notificados 1.249 casos de sífilis adquirida. Em 2015, apenas cinco anos depois, esses números saltaram para 65.878, um aumento de mais de 5.000%,² mostrando então que entre 2005 e junho de 2012, o número de notificações foi de 57.700 casos, embora o número real provavelmente seja maior, sendo a maioria dos pacientes procedia das regiões Sudeste e Nordeste.⁹

Dados da Organização Mundial da Saúde estimaram em 2012 a existência de 17,7 milhões de pessoas com sífilis, sendo que, a cada ano, cerca de seis milhões de pessoas sejam infectadas pela sífilis. Além disso, a OMS considera que, nos últimos cinco anos, houve um aumento constante no número de casos de sífilis em mulheres grávidas, sífilis congênita e adquirida. Os números por região são alarmantes, estando o continente americano em terceiro lugar de maior número de casos de sífilis, com 937.000 de casos, sendo o continente africano o com maior número, com 1.843.000 de casos.¹³

O *Treponema pallidum* penetra através das mucosas ou da pele e atinge a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, disseminando-se com rapidez. Depois de período de incubação de dez a noventa dias (média de três semanas), surge a lesão primária, designada cancro duro, que em geral, regride espontaneamente depois de trinta dias.

O quadro clínico que caracteriza o período secundário surge quatro a dez semanas depois do início do cancro. Os pacientes podem apresentar mal-estar, febre, mialgia, artralgia, rash generalizado, lesões papulosas, papuloescamosas, queda de pelos e cabelos, lesões mucosas e linfadenopatia. Nesse período, mais de 30% dos pacientes apresentam líquido cefalorraquidiano (LCR) com valores anormais, evidenciando acometimento precoce do sistema nervoso central (SNC). As manifestações do secundarismo desaparecem sem tratamento.

Em média, seis meses após a involução das manifestações do secundarismo, os pacientes entram em período de latência, durante o qual a sorologia é positiva – não há evidências clínicas da enfermidade e o doente pode permanecer assintomático por toda a vida. Em outros pacientes, podem surgir lesões gomosas, cardiovasculares e/ou neurológicas – estas são as manifestações clássicas do terciarismo.

A sífilis é também classificada em duas fases: a recente, com duração aproximada de um ano, compreendendo as manifestações primárias e secundárias e o início da latência. E a fase tardia, caracterizada pela latência tardia e pelos quadros clínicos da sífilis terciária.⁹

Sífilis recente: o cancro duro é a lesão inicial da sífilis, que surge cerca de dez a noventa dias após o período de incubação e caracteriza-se por ulceração indolor, com base rasa e limpa, bordas elevadas e endurecidas.

Em homens, a lesão é encontrada com mais frequência no sulco balanoprepucial, no prepúcio e na glândula. Já nas mulheres, o canal vaginal, colo uterino, os grandes e pequenos lábios, a uretra e o períneo são as localizações mais comuns do cancro. Em homossexuais, a lesão inicial pode ser encontrada no ânus e no reto, apresentando-se em geral sem os aspectos clínicos típicos. O cancro extragenital é encontrado mais

comumente nos lábios e na língua. Em 15 a 30% dos casos o cancro não é percebido pelo paciente ou pode ser atípico, simulando cancro mole, herpes simples, piodermite e úlceras traumáticas.

Quando não tratado, o cancro persiste em média por uma a seis semanas, desaparecendo espontaneamente após esse período. Em cerca de um terço dos pacientes, o cancro deixa cicatriz levemente atrófica com bordas regulares.

A presença de linfonodos de maior volume, indolores e com localização unilateral na região inguinal é relativamente frequente.

As lesões da sífilis secundária podem surgir na vigência do cancro duro ou com mais frequência após a sua regressão. O quadro clínico inicial dessa fase caracteriza-se por erupção macular, de coloração rósea, conhecido como roséola sífilítica, lembrando quadro alérgico ou viral. Gradualmente, essa erupção macular evolui para lesões papulosas, papuloescamosas, placas e, às vezes, lesões papulotuberosas ou nodulares. Lesões anulares, serpinginosas, concêntricas ou circinadas também podem ser encontradas. Essas manifestações cutâneas podem simular hanseníase, psoríase, líquen plano, granuloma anular, sarcoidose e outras afecções dermatológicas. A superfície palmoplantar é frequentemente afetada, podendo apresentar lesões papuloceratóticas.

A sífilis secundária também pode afetar as mucosas. São lesões extremamente contagiosas e, em geral, divididas em três diferentes tipos clínicos: condiloma plano, placas mucosas e faringite. O condiloma plano é encontrado principalmente na região anogenital; caracteriza-se por pápulas íntegras ou erosadas, isoladas ou confluentes.

Os pacientes com sífilis secundária podem apresentar alopecia do couro cabeludo, da barba e das sobrancelhas. A alopecia pode ocorrer em áreas localizadas do couro cabeludo, levando ao aspecto clínico conhecido como "alopecia em clareira" ou difusa – os cabelos caem e são facilmente removidos com pequena tração. Essas manifestações são encontradas em 3 a 7% dos pacientes e podem consistir nos únicos sinais do estágio secundário.

O padrão "comido pelas traças" é considerado patognomônico. Há perda de pelos terminais e paralisação do ciclo do folículo capilar. Esta forma de alopecia sífilítica se caracteriza por pequenas áreas alopécicas distribuídas irregularmente no couro cabeludo. ⁷ É incomum os pacientes queixarem-se de coceira no couro cabeludo ou tricodinia. ¹

Além do padrão mais comum "comido pelas traças", há mais outros três diferentes, sendo eles: alopecia "difusa", caracterizada por perda capilar difusa, que ocorre uniformemente por todo o couro cabeludo, semelhante ao eflúvio telógeno agudo⁷; Alopecia de padrão misto: uma combinação de ambos os padrões anteriores, em que a alopecia 'comido pelas traças' está associada com perda de cabelo difusa; alopecia das sobrancelhas ou "omnibus sign": um sinal de infecção secundária caracterizada por afinamento do terço distal das sobrancelhas. Geralmente os fragmentos alopécicos estão localizados na região parieto-occipital. ⁶

A tricoscopia dos fragmentos alopécicos mostrou que a área de alopecia não era completamente sem pêlos, apresentava um número reduzido de pêlos emergindo do mesmo óstio folicular, além de uma característica recorrente: a pigmentação da pele marrom-avermelhada. A hipótese é que essa descoloração do couro cabeludo pode ser causada por uma vasculite de pequenos vasos limitada a áreas restritas do couro cabeludo, devido à resposta imune à presença local de *Treponema pallidum*. Todas as anormalidades do cabelo e do couro cabeludo associadas à sífilis secundária desaparecem completamente cerca de oito semanas após o término do tratamento com antibióticos. ⁶

Alterações ungueais como onicólise e distrofia podem ser observadas. Paroníquia e ulceração da base ungueal também são descritas. Manifestações oftalmológicas, auditivas, musculoesqueléticas, renais, hepáticas, gástricas e cardiopulmonares podem ser observadas na fase secundária, quando também se observa linfadenopatia em 50 a 80% dos casos.

Pode haver envolvimento do SNC. O paciente pode apresentar cefaleia e, ocasionalmente, desenvolver meningite, seguindo-se paralisia de um ou mais nervos cranianos.

Mesmo sem tratamento, as lesões cutâneas e manifestações sistêmicas desaparecem de modo espontâneo e, a partir desse momento, o paciente entra no estágio latente.

Na sífilis latente não ocorre nenhum tipo de manifestação, somente a sorologia é positiva – os títulos são variáveis, dependendo do tempo de evolução. Já na sífilis tardia ou terciária cerca de um terço dos pacientes com sífilis latente não tratada vão evoluir para esse estágio. Os demais permanecerão latentes por toda a vida. As três principais apresentações clínicas da sífilis tardia são as manifestações cutâneas e cardiovasculares e a neurosífilis.

Observam-se lesões nodulares e gomosas e envolvimento das mucosas. As lesões tendem a agrupar-se, formando placas com aspecto circinado e podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas predominam na superfície extensora dos braços, no dorso e na face. Essas lesões podem simular tuberculose cutânea, leishmaniose, cromomicose, sarcoidose, esporotricose e tumores.

Nas mucosas podem ocorrer lesões infiltrativas e gomosas, principalmente no palato, mucosa nasal, língua, tonsilas e faringe. Já as manifestações cardiovasculares mais importantes estão aortite, aneurisma aórtico, estenose coronariana, insuficiência da válvula aórtica e miocardite.

Antes do advento da penicilina, 23 a 87% dos casos de sífilis progrediam para doença neurológica. Os quadros neurológicos mais importantes são: meningite sífilítica aguda (ocorre no primeiro ano após a infecção); neurosífilis parenquimatosa; paralisia geral (caracterizada por sintomas psiquiátricos e/ou neurológicos). O exame sorológico do LCR é o melhor método para diagnóstico e resposta ao tratamento.

Sífilis congênita: a infecção pelo *T. pallidum* durante a gravidez pode resultar em parto prematuro, morte intrauterina, morte neonatal ou sífilis congênita, a qual, clinicamente, pode ser dividida em precoce e tardia.

A clínica da precoce (nos dois primeiros anos de vida) envolve: lesões cutâneas mais infiltradas, com ou sem escamas, localizadas principalmente nas superfícies palmoplantares. As lesões podem ser bolhosas (pênfigo sífilítico) ou ulceradas; baixo peso ao nascer; dificuldade respiratória; irritabilidade; choro débil; rinorreia sanguinolenta; linfadenopatia; osteocondrite; hepatoesplenomegalia; anemia; icterícia; trombocitopenia; pseudoparalisia de Parrot e a neurosífilis, que é observada em 40 a 60% das crianças nessa fase.

Já na sífilis congênita tardia (depois dos dois anos de idade): lesões nodulares, goma e periostite; ceratite intersticial é a manifestação mais comum e mais grave desse estágio; articulação de clutton, envolvimento ósseo (periostite dos ossos longos, principalmente da tíbia - "tíbia em lâmina de sabre"; surdez e a neurosífilis, que tem como principal manifestação a paralisia geral juvenil, iniciada entre os seis e vinte e um anos de idade.

Entre os estigmas da sífilis congênita observam-se: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, cicatrizes lineares, radiadas, perilabiais e perianais, nariz em sela e dentes de Hutchinson – deformidade dos dentes incisivos, com entalhes em suas bordas cortantes.⁹

Para o diagnóstico, a pesquisa de *treponema* em campo escuro e o exame histopatológico são os mais importantes para a confirmação do diagnóstico. Infelizmente, esses exames não estão disponíveis na maioria dos serviços de saúde. O Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) torna-se positivo quatro a cinco semanas após a infecção, e o Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption test (FTA-Abs) na terceira semana após a infecção.

Para sífilis secundária, latente e terciária, os exames de triagem são: VDRL e teste de reagina plasmática rápida (RPR). O VDRL e o RPR são testes úteis e baratos, mas não são específicos, podendo apresentar reação cruzada com hanseníase virchowiana, doença de Lyme, HTLV-1, malária, tuberculose e outras doenças.

O FTA-Abs, ensaio de hemaglutinação de *Treponema pallidum* (TPHA) e reação de micro-hemaglutinação (MHA-TP) são exames específicos e confirmatórios da sífilis. O teste enzima-imuno-ensaio (ELISA) apresenta alta sensibilidade (100%) na detecção da sífilis congênita.

Em pacientes com quadro clínico suspeito de sífilis e testes inespecíficos com títulos baixos, deverão ser feitos testes treponêmicos, com alta especificidade, como FTA-Abs, TPHA, MHA-TP ou outros. Caso não haja disponibilidade de um desses testes, é aconselhável que o paciente seja tratado como portador de sífilis. Sempre que um paciente

tenha resultado de VDRL com títulos baixos – iguais ou menores que 1/8 – recomendam-se as reações específicas.

Deve-se sempre lembrar que quanto mais avançado for o estágio clínico da doença, mais baixo será o título sorológico. Também é importante se atentar que em casos suspeitos de neurosífilis, o exame do líquido deve ser realizado. ⁹

O tratamento da sífilis primária se dá com penicilina G benzatina, na dose total de 2.400.000 UI, por via intramuscular, em dose única, fazendo 1.200.000 UI em cada glúteo. Se o paciente for alérgico a penicilina, recomenda-se tetraciclina ou eritromicina, 500 mg por via oral, de seis em seis horas, durante quinze dias. Outra alternativa importante para os doentes alérgicos à penicilina é a Ceftriaxone, na dose de 250 mg ou 1 g diário, a cada dois dias, durante dez dias. A azitromicina também pode ser utilizada nesses casos, porém são comumente relatados casos de sífilis resistentes a essa droga.

O tratamento da sífilis secundária é realizado com penicilina G benzatina, na dose de 2.400.000 UI, via intramuscular, uma vez por semana, durante duas semanas, na dose total de 4.800.000 UI. A tetraciclina ou a eritromicina, durante trinta dias, é recomendada para pacientes que tenham alergia à penicilina.

Para o tratamento da sífilis terciária faz-se penicilina G benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, uma vez por semana, durante três semanas, na dose total de 7.200.000 U.

A neurosífilis requer tratamento hospitalar, com penicilina cristalina, 4 milhões de unidades, por via endovenosa, de quatro em quatro horas, durante quinze dias. Nos casos de neurosífilis assintomática recomenda-se tratamento ambulatorial com penicilina G

procaína – 600.000 UI, por via intramuscular, em dose única, diária, durante vinte dias. Nos casos de alergia à penicilina utilizam-se: cloranfenicol (500 mg, de seis em seis horas, por via oral, durante quinze dias) ou doxiciclina (100 mg, doze em doze horas, por via oral, durante quinze dias).

Mulheres grávidas devem receber o mesmo tratamento que é recomendado para as não grávidas, exceto as tetraciclina. Já nas crianças, se a sífilis for adquirida em fase recente faz-se penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg, por via intramuscular, em dose única. Em fase tardia, 50.000 UI/kg de peso, por via intramuscular. Repete-se a mesma dose depois de três semanas. Se houver alergia à penicilina, administra-se eritromicina, na dose de 50 a 100 mg/kg de peso, durante quinze a trinta dias, se for recente ou tardia.

Sífilis Congênita tem seu tratamento hospitalar, com penicilina cristalina, na dose de 50.000 a 100.000 UI/kg de peso por dia, por via endovenosa. Até a primeira semana de vida, dividir a dose total em duas aplicações diárias. Na segunda semana de vida, divide-se a dose total em três aplicações diárias. Já na terceira semana, recomenda-se dividir a dose em quatro aplicações diárias. O período mínimo de tratamento da sífilis congênita sintomática é de dez dias.

Neurossífilis na criança sintomática e/ou com líquido alterado e/ou sorologia positiva: recomenda-se tratamento hospitalar com penicilina cristalina – 50.000 a 100.000 UI/kg de peso/dia, por via endovenosa, durante quatorze dias. Poderá ser feito tratamento ambulatorial com penicilina G procaína, 50.000 UI/kg de peso/ dia, por via intramuscular, em dose única, durante quatorze dias. Em todos os casos de sífilis com alergia à penicilina, recomenda-se tentar a dessensibilização ao antibiótico.

Sífilis e coinfeção pelo HIV: as úlceras genitais de todas as etiologias, como sífilis, cancro mole, herpes e outras causas, estão associadas ao aumento do risco de transmissão

do HIV. Em indivíduos com AIDS, apresentando suspeita clínica de sífilis e VDRL negativo, deve-se repetir o teste, após diluição do soro – títulos altos podem levar ao fenômeno denominado prozona e, consequentemente, demonstrarem VDRL negativo.

Nesses pacientes portadores de AIDS têm sido encontrados quadros atípicos e agressivos de sífilis. Podem ser observados aspectos clínicos particulares, que levam a denominação “sífilis maligna”, caracterizada por lesões papulopustulosas que evoluem para manifestações ulceronecroticas, acompanhadas de febre, cefaleia, artralgias e outras manifestações sistêmicas.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a punção líquórica é recomendada em todos os indivíduos coinfectados com sífilis e HIV que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:

- Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Evidência de sífilis terciária ativa;
- Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada;
- Contagem de linfócitos T-CD4 positivo menor que 350 células/mm³;
- VDRL maior do que 1:16 ou RPR igual a 1:32;
- Queda inadequada ou estabilização sem queda dos títulos do VDRL, durante o seguimento.

São critérios diagnósticos de neurosífilis em pacientes infectados pelo HIV, segundo o Ministério da Saúde do Brasil: VDRL reagente no líquido; sífilis comprovada sorologicamente sem sintomas neurológicos, porém, com presença de pleocitose linfomononuclear superior de 10 a 20 células/mL e teste treponêmico reagente no líquido; sífilis comprovada sorologicamente e presença de alterações neurológicas compatíveis com neurosífilis e exclusão de outras potenciais explicações, em pacientes com ou sem alterações líquóricas.

Aconselha-se acompanhar os enfermos, com a repetição regular dos testes sorológicos. Entre as alternativas terapêuticas para a sífilis recente, há a utilização de ceftriaxone em doses de 1 g por dia, durante dez dias. Para os doentes com sífilis tardia são recomendadas as mesmas drogas, porém, em posologias adequadas ao caso. Sugere-se que todo paciente com sífilis seja testado para HIV e vice-versa. ⁹

Dentre os diagnósticos diferenciais, em relação à alopecia sífilítica, a mais comum é a alopecia areata. A alopecia em clareira, como manifestação secundária da sífilis, simula a alopecia areata por se apresentar de forma muito similar nestas duas doenças. A alopecia areata, por sua vez, não é contagiosa e não possui sua etiologia completamente conhecida, mas provavelmente possui relação com a genética e participação autoimune, com infiltrado de linfócitos ao redor dos bulbos pilosos. Fatores emocionais, traumas físicos e quadros infecciosos podem desencadear ou agravar o quadro, e outras doenças autoimunes podem cursar com a alopecia areata. Incidindo em qualquer idade, ambos os sexos e etnias, essa doença cursa com queda gradual dos cabelos e/ou pelos, por interrupção de sua síntese, sem destruição ou atrofia dos folículos, podendo assim ser reversível. ⁴ Outro ponto em que a alopecia areata se difere da alopecia sífilítica é por apresentar folículo piloso miniaturizado, eosinófilos peribulbares, infiltrados linfocitários. ³

Esta alopecia não cicatricial acomete preferencialmente cabelos, barba e sobrancelhas, também pode acometer unhas, sendo essas as únicas manifestações clínicas da doença. Esta doença pode ser dividida em tipos: a total, que cursa com perda total dos pêlos terminais do couro cabeludo; a universal, que possui perda total de todos os pêlos terminais do corpo e couro cabeludo; e a offase, que é a perda dos cabelos com padrão em faixa ao longo da periferia do couro cabeludo. A queda do cabelo se dá durante semanas a meses, formando únicas ou múltiplas placas alopeciais circulares, com presença de orifícios foliculares.

Possui como característica pêlos em “ponto de exclamação”, com o segmento distal amplo e o proximal afunilado, curtos e quebradiços, brancos inicialmente e pigmentados posteriormente, e com teste da tração positivo.⁴

Exames laboratoriais são necessários para o diagnóstico, como as sorologias: FAN para afastar Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), e VDRL e Reagina Plasmática Rápida (RPR) para afastar sífilis secundária. Também se faz exame direto com KOH, para afastar tinea do couro cabeludo e a dermatopatologia, para avaliar as lesões agudas.¹⁰

O tratamento ainda não é definitivo, por isso o apoio psicológico é de grande importância, mas pode-se usar como primeira linha Rubefacientes tópicos, infiltrado intralesional com glicocorticoides, como o acetato de triancinolona de 3 a 7 mg/ml, Antralina tópica 0,5 a 1% por 20 a 30 minutos ou Minoxidil tópico a 5% costumam ser efetivo temporariamente nos pacientes com pequenos números de lesões. Também se usa Psoraleno associado à radiação de faixa ultravioleta (PUVA) e corticoides sistêmicos de 40 a 60 mg por dia a curto prazo.⁵

3 – OBJETIVOS

3.1 – GERAIS

Demonstrar a importância do diagnóstico de sífilis, uma doença já tão conhecida pela medicina, que nos últimos anos vem aumentando sua incidência novamente e favorecendo o surgimento de manifestações clínicas incomuns como a que mimetiza alopecia areata, como será relato no caso clínico deste trabalho.

3.2 – ESPECÍFICOS

A proposta do trabalho é apresentar um relato de caso que demonstre a importância do reconhecimento do padrão de alopecia e rarefação capilar causada pela sífilis. Em uma realidade cuja Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a cada ano sejam infectadas pelo menos seis milhões de pessoas com sífilis, é importante ter em mente a possibilidade de ter alopecia sífilítica àqueles pacientes com perda de cabelo agudo. O atual trabalho tem como objetivo auxiliar os médicos, a não se esquecerem da sífilis como possível diagnóstico frente a um caso de alteração capilar, já que a doença mais relacionada a esta clínica seria a alopecia areata, para assim evitar atraso no diagnóstico da doença. Desta forma, seria interrompida a cadeia de transmissão, o que evitaria a incidência de novos casos e preveniria as manifestações mais graves posteriores da doença, assim como possíveis sequelas.

4 - MATERIAIS E METÓDOS

4.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo.

4.2 - CASUÍSTICA

O paciente que foi incluído nesse estudo é um homem jovem com diagnóstico de alopecia em clareira por sífilis secundária que esteve em seguimento no ambulatório Jamil Sabrá (Unigranrio) de Maio a Agosto de 2018.

Tratando-se de um homem de 20 anos, pardo, estudante, natural de Duque de Caxias após procurar um primeiro atendimento, por apresentar áreas com alopecia no couro cabeludo em regiões biparietais e occipital com 3 meses de evolução, recebeu um diagnóstico externo de alopecia areata. Porém não obteve melhora satisfatória e procurou atendimento na Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias - Ambulatório Jamil Sabrá, onde foi examinado e levantado a hipótese de sífilis secundária tardia, que foi confirmada com exame laboratoriais e achados clínicos tricoscópicos, apresentando excelente resposta após terapêutica adequada.

4.3 – PROCEDIMENTOS

Os dados foram obtidos após a coleta de informações do prontuário, com autorização do paciente e do médico assistente. Estes foram armazenados em computador de pesquisa, utilizando-se o editor de texto Microsoft Word.

Realizamos uma pesquisa ampla em plataformas de artigos científicos, tais como: Pubmed, Scielo, Birene, Anais de Dermatologia e Uptodate, utilizando as palavras chaves: sífilis, alopecia sífilítica, manifestações atípicas de sífilis, sífilis no couro cabeludo e sífilis acometendo fâneros. Selecionamos artigos relevantes de 2011 a 2018, com consulta realizada no período de abril a junho de 2018. Além disso, utilizamos livros de literatura dermatológica clássica, tratado de infectologia e manuais do ministério da saúde.

5 – DISCUSSÃO

Paciente JFSL, 20 anos, masculino, pardo, estudante, casado, natural de Duque de Caxias, foi admitido no ambulatório de Dermatologia da Unigranrio, referindo eflúvio e áreas de rarefação capilar com início há dois meses e piora progressiva, nega prurido, descamação ou tricodinia nesse período, assim como outras lesões dermatológicas. Procurou atendimento em consultório particular com diagnóstico inicial de alopecia areata, sendo prescrito corticoide tópico em solução capilar (Therapsor©) associado a minoxidil 5% solução hidroalcoólica. No entanto, após um mês de uso, relata piora da lesão com aumento do diâmetro das falhas e do número das mesmas, dessa forma procurou nosso ambulatório para uma segunda avaliação.

Na história patológica pregressa nega comorbidades, internações prévias e cirurgias, alergias, assim como o uso crônico de outras medicações. Na história social refere ser etilista social, possuir parceira fixa e não fazer uso de preservativos, porém afirma já ter tido outros relacionamentos extraconjugais. Nega uso de drogas ilícitas e tabagismo. Restante da anamnese sem alterações dignas de nota.

Ao exame físico, como demonstrado nas **Figuras 1 e 2**, apresentava-se normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, normotenso, eupneico em ar ambiente, com presença de linfonodos occipitais e retroauriculares visíveis e palpáveis, e o restante do exame físico do aparelho pulmonar, cardíaco e abdominal sem alterações. No exame da genitália não apresentando nenhuma lesão. E ao exame dermatológico, apresentava xerose cutânea e couro cabeludo com áreas de rarefação capilar em região parieto-occipital bilateral com teste de tração positiva e a dermatoscopia observávamos pontos pretos, fio peládicos e cadavéricos e discreto eritema interfolicular.



Figuras 1 e 2: Paciente apresentando áreas de rarefação no couro cabeludo, arredondadas, por vezes confluindo na região parieto-occipital bilateral, e presença de linfonodos aumentados de volume na região occipital e retroauricular esquerda.

Após avaliação dos achados clínicos e análise dos dados da anamnese suspeitou-se de alopecia em clareira simulando um quadro clínico de alopecia areata, sendo suspensas as medicações anteriormente prescritas pelo outro serviço e solicitado exames laboratoriais e sorologia para sífilis, e orientado ao paciente a possibilidade de biópsia cutânea dependendo do resultado dos exames. No entanto, o paciente retornou com resultado do VDRL 1/360, confirmando o diagnóstico de sífilis secundária. Foram solicitadas outras sorologias, a avaliação do cônjuge e instituído tratamento com Penicilina Benzatina na dose de 2.400.000 UI, uma vez por semana, intramuscular, por duas semanas. Apresentou excelente resposta clínica após um mês, associado a queda progressiva do VDRL. Após duas semanas do fim do tratamento, como mostrado na **Figura 3**, obteve considerável melhora das áreas de alopecia, com repilação completa e diminuição dos linfonodos retroauriculares esquerdos. Após o quarto mês de seguimento, obteve alta com repilação completa e estabilização do VDRL em títulos de 1/4.

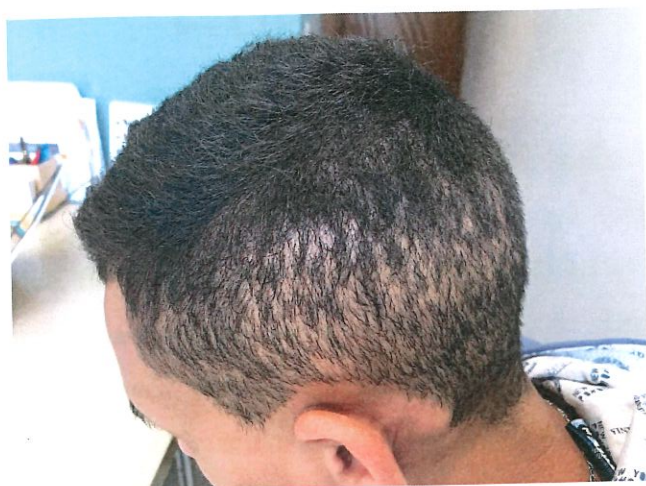


Figura 3: Paciente com melhora das áreas de alopecia e diminuição dos linfonodos retroauriculares esquerdos.

6 – CONCLUSÃO

A sífilis vem sofrendo um aumento progressivo em seu número de casos, apesar de ser facilmente tratável. Os motivos são variados, dentre eles, os principais seriam a dificuldade diagnóstica, devido à grande quantidade de sinais e sintomas possíveis de aparecer nesta doença, e assim, a demora na realização do tratamento, facilitando transmissões e gerando novos casos na comunidade. A partir do relato de caso, ressaltamos a importância do diagnóstico da sífilis em casos que não cursem com a clínica habitual desta doença, atentando para uma característica clínica peculiar que mimetiza inúmeras doenças dermatológicas e não dermatológicas, a alopecia em clareira. Essas manifestações clínicas incomuns frequentemente contribuem para diagnósticos equivocados, como alopecia areata, protelando o tratamento adequado, e assim, propiciando a propagação desta doença.

Por isso a necessidade da inclusão da sífilis no diagnóstico diferencial de causas de alopecia é fundamental para um diagnóstico correto e precoce. Com maior informação entre os profissionais da área de saúde, mais casos serão definidos e tratados da forma mais precoce possível. Isso acarretará na rápida reversibilidade da perda de cabelos e na diminuição da transmissibilidade da sífilis, diminuindo a sua incidência e possíveis complicações ao portador.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOCHE, Isabella; HORDINSKY, Maria K; VALENTE, Neusa Y. S.; ROMITI, Ricardo; TOSTI, Antonella. Syphilitic alopecia: case reports and trichoscopic findings. Skin appendage disord, São Paulo, Brasil; University of Minnesota Medical School, Minneapolis; University of Miami, Miller Medical School, Miami, USA. Junho, 2017. 3p.
2. GLOBO NEWS. Sífilis volta a ser uma epidemia no brasil, apesar do tratamento rápido. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-no-brasil-apesar-do-tratamento-rapido.html>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
3. HERNANDEZ-BEL, P.; UNAMUNO, B.; SANCHEZ-CARAZO, J.L.; FEBRER, I.; ALEGRE, V., Alopecia sífilítica: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. ACTAS Dermo-Sifiliográficas. Elsevier Doyma. Espanha: 1 de setembro de 2011. 6 p.
4. MCMICHAEL, Amy J.; HORDINSKY, Maria K. Hair and Scalp Diseases: medical, surgical, and cosmetic treatments. 2008. 91 p.
5. NETO, Cyro Festa; CUCÉ, Luiz Carlos; REIS, Vitor Manoel Silva. Manual de Dermatologia. 4. Ed. São Paulo: Manole, 2015. 430 p.
6. PIRACCINI, Bianca Maria; BROCCOLI, Alessandro; STARACE, Michela, GASPARI, Valeria; D'ANTUONO, Antonietta; DIKA, Emi; PATRIZI, Annalisa. Hair and Scalp Manifestations in Secondary Syphilis: Epidemiology, Clinical Features and Trichoscopy. Division of Dermatology, Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine, University of Bologna, Bologna , Itália. Junho, 2015. 6p.
7. TOGNETTI, Linda; CINOTTI, Elisa; PERROT, Jean-Luc; CAMPOLI, Marco; RUBEGNI, Pietro. Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings. Dermatology practical & conceptual, Itália e França: 11 de abril de 2017. 5 p.
8. TOSTI, Antonella; MARSH, Jennifer; GRAY, John. Healthy hair. [S.L]: Springer, 2015. 136 p.
9. VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 5. Ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 2380 p.

10. Wolff, Klaus. Dermatologia de Fitzpatrick [recurso eletrônico] 7. ed. Porto Alegre. AMGH, 2014. 767 p.
11. Hernández-Bel, P.; Unamuno, B.; Sánchez-Carazo, J.L.; Febrer, I.; Alegre, V. Alopecia sifilítica: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition). 6, July/August, 2013. Vol. 4, Issue 6. 512-517 p.
12. Azulay, Rubem David; Azulay, David Rubem; Azulay-Abulafia, Luna. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2017. 456 p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis. vol 48. n 36. 2017