



IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Achados dermatoscópicos da alopecia sífilítica ☆☆☆



Izabella Cristina Cardozo Bomfim ^{a,*}, Mayra Ianhez ^{b,c} e Hélio Amante Miot ^d

^a Departamento de Dermatologia, Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia, GO, Brasil

^b Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^c Setor de Psoríase e Dermatologia Pediátrica, Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia, GO, Brasil

^d Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 19 de março de 2019; aceito em 19 de janeiro de 2020

Disponível na Internet em 17 de junho de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Alopecia;
Dermoscopia;
Sífilis

Resumo A sífilis é uma doença infecciosa que aflige a humanidade há séculos; entretanto, evidenciou-se recente aumento de sua incidência em todo o mundo. Descrevemos um paciente com lesões típicas de secundarismo e alopecia sífilítica em clareira cujo exame dermatoscópico demonstrou folículos pilosos vazios, pelos tipo velus, hiperkeratose folicular, pontos pretos periféricos, com vasos dilatados e tortuosos, fundo vermelho-acastanhado e hipopigmentação das hastes. Além disso, apresentou fundo eritematoso mais evidente que os demais casos já descritos.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa que aflige a humanidade há séculos. Os dados epidemiológicos mostram que a incidência tem aumentado ao longo dos últimos anos em todo o mundo.^{1,2} É transmitida principalmente

por via sexual (sífilis adquirida). Além disso, as gestantes podem transmitir a infecção ao feto, o que caracteriza a sífilis congênita. A doença é caracterizada por três estágios clínicos: primária (cancro duro), secundária (lesões palmoplantares, roséola sífilítica, pápulas eritemato-acobreadas com descamação na periferia, entre outras menos comuns) e terciária (acometimento neurológico, cardiovascular, entre outros).^{1,3} O estágio secundário pode ser acompanhado da alopecia sífilítica (AS), cuja prevalência pode estar subestimada devido à apresentação sutil e ao difícil diagnóstico. A dermatoscopia é uma ferramenta útil para diferenciar várias doenças do cabelo.^{4–6} Descrevemos um paciente com lesões típicas de estágio secundário e AS em clareira cujo diagnóstico dermatoscópico foi compatível com outros achados da literatura, porém com a peculiaridade de mostrar um

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.01.007>

* Como citar este artigo: Bomfim ICC, Ianhez M, Miot HA. Dermatoscopic findings of syphilitic alopecia. An Bras Dermatol. 2020;95:518–20.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia, GO, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: izabellabomfim@hotmail.com (I.C. Bomfim).

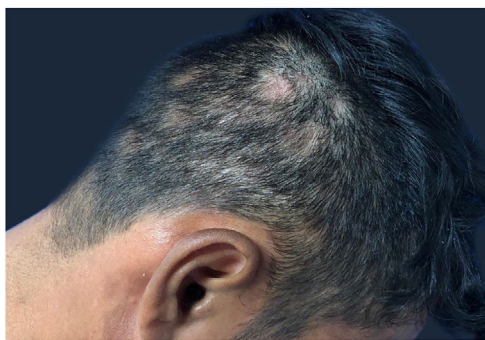


Figura 1 Áreas de alopecia não cicatricial no couro cabeludo.

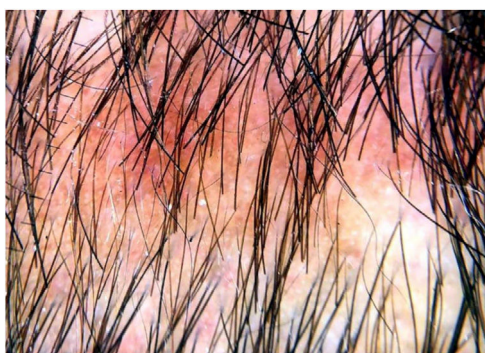


Figura 2 Dermatoscopia das áreas de alopecia não cicatricial sífilítica. * Dermatoscópio DermLite modelo DL3, aumento 10 × .

fundo eritematoso mais evidente do que os casos outrora descritos.

Relato do caso

Homem, 29 anos, portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) havia cinco anos, em uso de terapia antirretroviral com histórico de má adesão. Seu último CD4 era de 674 células, com carga viral igual a 417 cópias. Apresentava placas infiltradas eritemato-acastanhadas na face, no tronco e nos braços, além de áreas de alopecia não cicatricial, de limites mal definidos, múltiplas, presentes na região occipital do couro cabeludo (fig. 1). Foi feita biópsia da lesão cutânea, cujo exame anatomopatológico descreveu uma epiderme íntegra, derme com infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascularoneural superficial e profundo moderado, presença de focos de agressão inflamatória a filetes nervosos e formação de granulomas epitelioides, sem células gigantes tipo Langhans. Recebera o diagnóstico de sífilis, apresentava VDRL = 1/512. A dermatoscopia (figs. 2 e 3) das lesões no couro cabeludo evidenciou folículos pilosos vazios (3A), pelos tipo velus (3B), hiperqueratose folicular (3C), pontos pretos periféricos (3D), com vasos dilatados e tortuosos (3E), fundo vermelho-acastanhado (3F) e hastes capilares despigmentadas (3G). Foi tratado com penicilina benzatina, evoluiu com pronta repilação das áreas de alopecia.

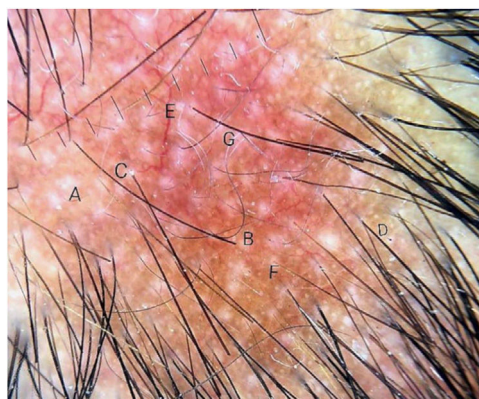


Figura 3 Dermatoscopia das áreas de alopecia não cicatricial sífilítica. A, folículos pilosos vazios; B, pelos tipo velus; C, hiperqueratose perifolicular; D, ponto preto na periferia; E, vasos dilatados e tortuosos; F, fundo eritemato-acastanhado; G, hiperpigmentação das hastes.

Discussão

A AS é uma manifestação incomum da infecção por sífilis com a qual devemos estar familiarizados. Em 1940, McCarthy descreveu dois tipos clínicos de AS, a sintomática e a essencial, essa última dividida em três padrões: *moth-eaten* ou alopecia desigual, alopecia difusa e alopecia mista. Essa classificação continua a ser usada, praticamente inalterada. Embora os aspectos clínicos da AS sejam bem descritos, os achados tricoscópicos foram demonstrados em escassas publicações nos últimos anos, detalhados na tabela 1.⁴⁻⁷

A AS sintomática é a manifestação mais rara, na qual há associação de lesões de pele e couro cabeludo, simultaneamente. Já a AS essencial é caracterizada por perda capilar, sem outras lesões sífilíticas visíveis. A AS essencial tipo *moth-eaten* é a mais comum, apresentada por múltiplas placas de alopecia não cicatricial, na ausência de inflamação ou descamação local. Ocorrem principalmente na região parieto-occipital, mas também podem surgir em outras áreas como barba, cílios, axilas, púbis, tronco e pernas. A AS difusa é causada por perda capilar tipo eflúvio telógeno. Já a forma mista é caracterizada por pequenas placas irregulares que se desenvolvem juntamente à alopecia difusa.^{5,8,9}

A AS conta com vários diagnósticos diferenciais, tais como alopecia areata (principal diagnóstico diferencial do paciente em questão), lúpus, tricotilomania, *tinea capitis*, líquen plano pilar e eflúvio telógeno.^{5,8} Os achados clínicos de lesões cutâneas típicas do secundarismo associadas à alopecia auxiliam no diagnóstico; entretanto, casos com alopecia isolada podem ocorrer, o que dificultando o diagnóstico.

Estudos moleculares recentes identificaram o *Treponema pallidum* nos folículos afetados, apoiaram a teoria de uma reação imunológica específica aos antígenos treponêmicos. A imuno-histoquímica pode mostrar a presença de espiroquetas geralmente nas regiões peribulbares e perifolicular, indica que esse microrganismo exerce um papel patogênico direto na alopecia.¹⁰

Tabela 1 Achados dermatoscópicos de alopecia sífilítica descritos na literatura

Autor (ano)	Número de pacientes	Achados dermatoscópicos
Tognetti et al. (2017)	1	Óstios vazios e pontos amarelos visíveis no centro da alopecia, pelos pretos, sobre um fundo eritematoso, além pelos curvados, afunilados e velus na periferia. Hiperkeratose perifolicular também foi focalmente visível.
Doche et al. (2017)	3	Redução do número de pelos, pontos amarelos, pelos quebrados e em zigue-zague.
Piraccini et al. (2015)	4	Redução no número de pelos terminais e a presença de folículos pilosos vazios, pelos velus, fundo vermelho-acastanhado e capilares irregularmente dilatados com pequeno extravasamento de sangue.
Ye et al. (2014)	1	Pontos pretos, pontos amarelos, atriquia focal e hipopigmentação do cabelo. Não foram evidenciados inflamação ou descamação do couro cabeludo.
Revisão de todos os achados relatados	9	Pontos amarelos e pontos pretos. Pelos velus, pelos curvados, afunilados, quebrados ou em zigue-zague. Hipopigmentação do cabelo. Folículos pilosos vazios, redução dos pelos terminais. Vasos dilatados, tortuosos, pequeno extravasamento sanguíneo. Fundo eritematoso, eritemato-acastanhado. Hiperkeratose perifolicular.

O paciente do caso relatado apresentou a forma mais rara de alopecia, denominada sintomática, devido à presença de lesões de pele e couro cabeludo simultaneamente. À dermatoscopia, foram visualizados os sinais típicos já descritos na literatura, como pelos tipo velus, folículos pilosos vazios, hiperkeratose folicular, pontos pretos periféricos, hipopigmentação do cabelo, além de vasos dilatados e tortuosos, sobre base eritemato-acastanhada. Entretanto, a característica mais marcante foi o eritema mais intenso que os demais já relatados, pode corresponder a uma lesão sintomática do secundarismo. A tricoscopia pode facilitar o diagnóstico de AS em um paciente que apresenta perda capilar de origem desconhecida.^{5,6,8} A apresentação clínica, a triagem sorológica para sífilis e a histopatologia do couro cabeludo devem ser levados em consideração para o diagnóstico final.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Izabella Cristina Cardozo Bomfim: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mayra Ianhez: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Hélio Amante Miot: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Avelleira JCR, Bottino G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol*. 2006;81:111–26.
2. Goh BT. Syphilis in adult. *Sex Transm Infect*. 2005;81:448–52.
3. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatology*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
4. Piraccini BM, Broccoli A, Starace M, Gaspari V, D'Antuono A, Dika E, et al. Hair and scalp manifestations in secondary syphilis: epidemiology, clinical features and trichoscopy. *Dermatology*. 2015;231:171–6.
5. Tognetti L, Cinotti E, Perrot JL, Campoli M, Rubegni P. Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7:12.
6. Ye Y, Zhang X, Zhao Y, Gong Y, Yang J, Li H, et al. The clinical and trichoscopic features of syphilitic alopecia. *J Dermatol Case Rep*. 2014;8:78–80.
7. Doche I, Hordinsky MK, Valente NYS, Romiti R, Tosti A. Syphilitic alopecia: case reports and trichoscopic findings. *Skin Appendage Disord*. 2017;3:222–4.
8. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:512–7.
9. McCarthy L. *Diagnosis and treatment of diseases of the hair*. St. Louis: CV Mosby Company; 1940.
10. Ackerman AB. *Histological diagnosis of inflammatory skin diseases*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1978.