

Caso atípico de sífilis primária extragenital☆☆



Prezado Editor,

Um paciente do sexo masculino, natural do Brasil, com 28 anos e sem antecedentes pessoais de relevância, recorreu à consulta de Dermatologia em virtude do surgimento de lesão assintomática na mão direita. Da história clínica apurou-se o aparecimento de pápula rosada, dois meses antes, com crescimento progressivo e posterior ulceração, não existindo história de traumatismo local ou de lesões semelhantes no passado.

O exame físico permitiu identificar úlcera indolor, com 5 × 5 mm, na face dorsal do terceiro dedo da mão direita, com fundo vermelho-vivo e bordos elevados e infiltrados rosados (fig. 1). Não se identificavam adenopatias locais e o restante exame clínico não apresentava alterações.

Foi realizada biópsia punção do bordo da lesão, que revelou infiltrado linfoplasmocítico denso perivascular e intersticial. A avaliação imuno-histoquímica com marcação antitreponema demonstrou infiltração massiva epidérmica, anexial e vascular com espiroquetas (fig. 2). Da avaliação laboratorial, destacou-se FTA-ABS positivo e VDRL com título de 1/64. As serologias das demais infecções sexualmente transmissíveis (HIV, hepatite B e hepatite C) foram negativas.

Foi estabelecido diagnóstico de sífilis primária extragenital, e o paciente foi medicado com penicilina G benzatínica intramuscular (2,4 milhões UI), em dose única, com resolução completa da lesão nas semanas seguintes.

Discussão

A sífilis é infecção causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* sp. *pallidum*. O principal método de transmissão envolve o contato da pele ou mucosas com uma lesão infecciosa, geralmente por via sexual. Os demais casos correspondem majoritariamente à transmissão vertical da doença.¹

A sífilis primária manifesta-se por meio de uma ou mais úlceras assintomáticas no local de inoculação, com características semelhantes às descritas no caso clínico, geralmente acompanhadas por adenopatias locais. A lesão surge após um período médio de incubação de três semanas (10–90 dias) e o local mais comum para seu desenvolvimento é a região anogenital.² Na ausência de tratamento, ocorre cicatrização após algumas semanas e, posteriormente, cerca de 1/3 dos pacientes desenvolve manifestações de sífilis secundária.²

A sífilis primária extragenital é evento raro, correspondente a 2%–7% dos casos reportados.³ A cavidade oral é a



Figura 1 Úlcera do terceiro dedo da mão direita.

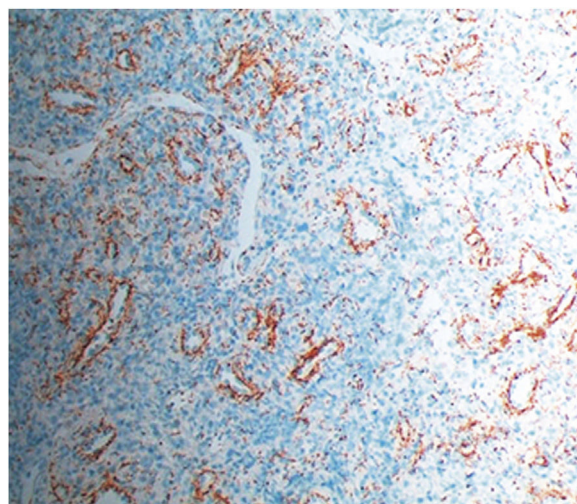


Figura 2 Avaliação por imuno-histoquímica com marcação antitreponema (200 ×).

área mais frequentemente afetada.^{2,4} A história natural, o tratamento e prognóstico das lesões primárias são independentes de sua localização.

O diagnóstico diferencial clínico das lesões extragenitais é extenso e deve ser guiado pela história clínica. As micobacterioses cutâneas, infecções herpéticas, leishmaniose cutânea e o carcinoma espinocelular são entidades a serem consideradas.

O diagnóstico é realizado frequentemente por meio da conjugação da história clínica, do exame físico e testes serológicos treponêmicos e não treponêmicos. Neste caso, a biópsia cutânea foi realizada em virtude da localização atípica da lesão e com o objetivo de excluir outras etiologias. As avaliações por exame direto em campo escuro e pesquisas por reação em cadeia da polimerase (PCR) são outros métodos de diagnóstico por vezes utilizados.²

Este caso clínico ilustra uma apresentação rara de sífilis primária e demonstra a importância desse diagnóstico

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.09.018>

☆ Como citar este artigo: Santos-Coelho M, Barbosa JA, Coelho MMV, João A. An unusual case of extragenital primary syphilis. An Bras Dermatol. 2024;99:289–90.

☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Dermatovenereologia do Hospital de Santo António dos Capuchos – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

diferencial em lesões com as características referidas, independentemente de sua localização.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Miguel Santos Coelho: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Joana Alves Barbosa: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Margarida Moura Valejo Coelho: Revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Alexandre João: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação final da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA. Sexually acquired syphilis: historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:1–14.
2. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad of Dermatol Venereol*. 2020;35:574–88.
3. Eccleston K, Collins L, Higgins SP. Primary syphilis. *Int J STD AIDS*. 2008;19:145–51.
4. Drago F, Ciccarese G, Cogorno L, Tomasini CF, Cozzani EC, Riva SF, et al. Primary syphilis of the oropharynx: an unusual location of a chancre. *Int J STD AIDS*. 2014;26:679–81.

Miguel Santos Coelho , Joana Alves Barbosa , Margarida Moura Valejo Coelho  e Alexandre João 

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondência.

E-mail: mscoelho.derma@gmail.com (M. Santos Coelho).

Recebido em 6 de agosto de 2022; aceito em 6 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.008>

2666-2752/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Cicatriz hipertrófica mimetizando pioderma gangrenoso periostomal

Prezado Editor,

O pioderma gangrenoso periostomal (PGP) é um subtipo de pioderma gangrenoso que surge ao redor do estoma após cirurgia de ileostomia ou colostomia em pacientes com doenças inflamatórias intestinais.¹ Como há diversas doenças de pele que afetam as áreas periostomais ou paraestomais, o PGP pode ser hiperdiagnosticado.² Descreve-se aqui um caso incomum com lesões hiperkeratóticas ao redor do estoma em paciente após cirurgia de câncer colorretal.

Paciente do sexo masculino, 78 anos, foi encaminhado para o departamento com queixa de lesões hipertróficas ao redor do estoma após cirurgia de câncer colorretal. Ele

fora submetido à colostomia havia seis meses, e as lesões cutâneas periostomais pioraram gradativamente nos dois últimos meses. O paciente apresentava exsudato nas lesões e dor associada às infecções cutâneas. O exame físico mostrou lesões vegetantes e ceratóticas relativamente bem circunscritas ao redor do estoma abdominal inferior



Figura 1 Lesões hiperkeratóticas apresentando aspecto vegetante ao redor do estoma.

DOI do artigo original:
<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.012>

☆ Como citar este artigo: Ito T, Yamamoto T. Hypertrophic scar mimicking peristomal pyoderma gangrenosum. *An Bras Dermatol*. 2024;99:290–2.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Hikarigaoka, Fukushima, Japão.