

Psoríase vulgar de apresentação atípica associada com sífilis secundária

Vulgar psoriasis of atypical presentation associated with secondary syphilis – Case report

Resumo

Introdução

A psoríase vulgar é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por lesões eritemato-descamativas preferencialmente nos joelhos, cotovelos, couro cabeludo e genitais. A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, de transmissão sexual e vertical na gestação, de grande espectro de apresentações clínicas.

Objetivos

Relatar um caso atendido no ambulatório de dermatologia com psoríase vulgar de apresentação atípica associada com sífilis secundária.

Materiais / Sujeitos e Métodos

As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com paciente e acompanhante, registro fotográfico e revisão da literatura.

Resultados

A paciente apresenta lesões atípicas, sendo realizado cinco biópsias e exames laboratoriais para o diagnóstico das duas patologias.

Conclusões

A paciente apresenta melhora significativa as duas doenças, após o tratamento, queixando-se apenas das hipocromias pós-inflamatórias. Segue em acompanhamento ambulatorial. Atentar-se sempre para a possibilidade de sobreposição e/ou associação de doenças, principalmente nos casos de apresentação atípica.

Abstract

Psoriasis vulgaris is a chronic inflammatory disease, characterized by erythematous-scaling lesions, preferably on the knees, elbows, scalp and genitals. Syphilis is an infectious disease, sexually and vertically transmitted during pregnancy, with a wide spectrum of clinical presentations. The objective of this work is to report a case seen at the dermatology outpatient clinic with atypical psoriasis of atypical presentation associated with secondary syphilis. through information obtained through medical record review, interview with patient and companion, photographic record and literature review. The patient has atypical lesions, with five biopsies and laboratory tests compatible with both diseases being performed. After treatment, she showed a significant improvement in the lesions, complaining only of post-inflammatory hypochromic spots, and is still under outpatient follow-up. It is important to always pay attention to the possibility of overlap and / or association of diseases, especially in cases of atypical presentation.

Autora/Orientadora

Lorena Cristina Rodrigues dos Reis
Pós-Graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Ana Carla de Oliveira
Professora – Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Psoríase. Psoríase de Apresentação Atípica. Psoríase Vulgar. Sífilis. Sífilis Secundária.

Keywords

Psoriasis. Atypical Presentation Psoriasis. Vulgar Psoriasis. Syphilis. Secondary Syphilis.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica sistêmica, de base imunogenética, que se associa e predispõe a outras doenças tais como síndrome metabólica, doença de Crohn, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças articulares, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, depressão e ansiedade. Tem ocorrência universal e prevalência estimada no Brasil em 1, 31%. Ela acomete igualmente ambos os sexos podendo surgir em qualquer idade. Pode ser desencadeada por alguns fatores como infecções, certos medicamentos, mudanças climáticas, estresse e traumas. Sua classificação varia de acordo com a apresentação clínica em: psoríase em placas ou vulgar, psoríase gutata ou em gotas, psoríase eritrodérmica, psoríase pustulosa, psoríase palmoplantar, e psoríase do couro cabeludo ^(1,2). A psoríase vulgar é considerada a variante mais comum, caracterizada pelo surgimento de lesões em placas eritemato-descamativas, bem delimitadas, bordas irregulares, escamas brancas prateadas na superfície, sinal de Auspitz positivo e localização preferencialmente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e tronco. Podem ser acompanhadas de sintomas como prurido e queimação ^(2,3,4). O diagnóstico da psoríase é clínico e pelo exame físico, e nos casos atípicos pela biópsia da lesão ⁽¹⁾.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, de transmissão sexual originando a sífilis adquirida, e vertical na gestação, através da placenta da mãe para o feto, gerando a sífilis congênita. É causada por uma bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, nunca cultivada, porém tendo a penicilina como droga de escolha eficaz para seu tratamento ^(5,6,7). Devida a sua alta prevalência em todo mundo, inclusive no Brasil, é considerada um grande problema de saúde pública ^(5,6). A doença tem evolução alternada entre períodos de atividade e períodos de latência, além de vários espectros de apresentação clínica, sendo considerada por alguns autores a “grande imitadora” devido a esses seus vários tipos de apresentação ^(5,6,7). O diagnóstico da sífilis se faz por pesquisa direta da bactéria pelo exame de campo escuro ou pesquisa direta com material corado ou imunofluorescência direta, e pelos testes sorológicos não treponêmicos como o VDRL, e treponêmicos como o FTA-ABS ^(5,6).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 21 anos, natural da cidade de São Paulo, solteira, estudante, procurou o serviço de dermatologia acompanhada da mãe, com queixa principal de manchas hipocrômicas difusas pelo corpo há 2 anos. Inicialmente as lesões eram localizadas no couro cabeludo e surgiram alguns meses antes da gestação, se estendendo para face, região cervical, dorso superior, mamas bilateralmente e membros superiores e inferiores, acompanhadas de prurido e queda capilar. A paciente apresentava como antecedentes pessoais tratamento para Sífilis durante a gestação, e como antecedentes familiares uma prima paterna falecida com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico.

Ao exame físico dermatológico, apresentou pele xerótica, cabelos ulotríquios com presença de apliques em tranças, placa descamativa, liquenificada com rarefação capilar, de aproximadamente 9 centímetros, em região frontal. Placa de alopecia em faixa, com base eritematosa, bem delimitada, superfície brilhante, de 15 centímetros por 4,5 centímetros, na linha de implantação capilar da região frontal. Máculas hipocrômicas, de bordas irregulares, de 0,5 centímetro de diâmetro, em regiões frontal e malar. Pápulas hipocrômicas, bem delimitadas, em mento. Pápulas agrupadas em placa, de coloração amarelo-alaranjadas, 9 por 2 centímetros em região cervical esquerda, e de 15 por 10 centímetros em região cervical esquerda. Pápulas hipocrômicas atróficas, milimétricas, em mamas bilateralmente e em face extensora dos membros inferiores.

Inicialmente, as hipóteses diagnósticas foram de lúpus eritematoso cutâneo crônico, sífilis secundária e mucinose.

Foram realizadas 5 biópsias com punch 5 milímetros nos locais das lesões. Todas apresentaram na epiderme paraceratose, graus variados de acantose regular e eventual espongiose. Em couro cabeludo frontal esquerdo e occipital esquerdo, foi evidenciado hiperqueratose predominantemente na topografia infundibular e hipogranulose. Na região mamária direita, escamo-crostas com escassos neutrófilos em topografia folicular e espongiose com vesiculação focal e excitose. E em região tibial anterior, micro-abscessos intracórneos e pústulas espongiiformes. Na derme

superficial, todas apresentaram infiltrado linfomononuclear perivascular com escassos melanófagos de permeio, congestão e ausência de depósito de mucina, alterações inflamatórias de interface liquenóide ou espessamento da zona de membrana basal. A conclusão das biópsias foram de dermatite perivascular superficial psoriasiforme.

Os exames laboratoriais evidenciaram VDRL positivo e marcadores reumáticos como FAN, Anti-sm, Anti-la e Anti-ro não reagentes.

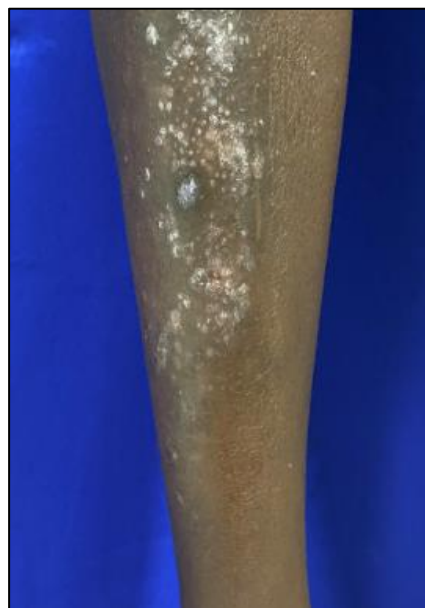
Como conduta, foi orientada a retirar as tranças devido à alopecia de tração na região frontal, prescrito dipropionato de betametasona com calcipotriol em gel à noite nas lesões por 30 dias, hidratante em todo o corpo após o banho, penicilina benzatina 2.400.000 UI, 3 doses, sendo uma por semana, e retorno mensal.

Figura 1: Pápulas agrupadas em placa, de coloração amarelo-alaranjadas, em região cervical esquerda.



Fonte: Original do autor.

Figura 2: Pápulas hipocrômicas, milimétricas, atróficas, em MIE.



Fonte: Original do autor.

No segundo retorno, a paciente referiu melhora significativa das lesões com persistência do prurido em membros inferiores, uso corretamente do gel de dipropionato de betametasona com calcipotriol e não usou o hidratante prescrito.

Exame físico com prevalência de máculas hipocrômicas, membros inferiores com aspecto xerótico e com pápulas hipocrômicas confluentes em placa. Como conduta, foi solicitado novo VDRL e FTA-ABS para serem colhidos após a última dose de Penicilina, suspensão do hidratante em uso e prescrição creme hidratante de barreira, manutenção do gel de dipropionato de betametasona com calcipotriol por mais 30 dias e retorno mensal.

Figura 3: Máculas hipocrômicas em região cervical esquerda.



Fonte: Original do autor.

Figura 4: Xerose cutânea, pápulas hipocrômicas confluentes em placa, em MIE.



Fonte: Original do autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica sistêmica, com proliferação desordenada dos queratinócitos com alterações estruturais na epiderme e na derme. Tem base imunogenética. Tem ocorrência universal e prevalência estimada no Brasil em 1, 31%, acometendo igualmente ambos os sexos e podendo surgir em qualquer idade. Sua classificação varia de acordo com a apresentação clínica em: psoríase em placas ou vulgar, psoríase gutata ou em gotas, psoríase eritrodérmica, psoríase pustulosa, psoríase palmoplantar, e psoríase do couro cabeludo ^(1,2,3).

A psoríase vulgar é considerada a variante mais comum, caracterizada pelo surgimento de lesões em placas eritemato-descamativas, bem delimitadas, bordas irregulares, escamas brancas prateadas na superfície, sinal de Auspitz positivo e localização preferencialmente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e tronco. Podem ser acompanhadas de sintomas como prurido e queimação, gerando, na maioria das vezes, grande impacto na qualidade de vida dos pacientes ^(2,3,4).

O diagnóstico da psoríase é iminentemente clínico e com exame físico obtendo o sinal do orvalho sangrante pela curetagem metódica de Brocq, sendo imperativo a realização da biópsia nos casos de apresentação atípica. A histologia é caracterizada por epiderme com paraqueratose, espongiose, hipogranulose e presença de agrupamentos de neutrófilos formando os microabscessos de Munro, derme com papilas alargadas, edemaciadas, vasos capilares dilatados e tortuosos e infiltrado inflamatório linfocítico, características semelhantes aos 5 anatomopatológicos descritos da paciente relatada ⁽¹⁾.

As diferentes formas de psoríase e o eventual envolvimento de outros órgãos determinam as diferentes opções terapêuticas ^(1,3). Segundo Martinez, Miguel *et al.*, a base do tratamento inclui reparar a barreira cutânea danificada com cremes hidratantes emolientes, o uso de glicocorticoides tópicos e análogos da vitamina d3, com funções anti-inflamatória, imunossupressora e antiproliferativa. E nos casos de psoríase moderada a grave, é necessário o tratamento sistêmico com as opções de fototerapia, metotrexato, retinóides, ciclosporina A e imunobiológicos ^(1,3,8).

Embora o quadro clínico relatado se assemelhe ao de lúpus eritematoso cutâneo crônico, a histologia é bem distinta com predomínio de hiperqueratose com tamponamento folicular, degeneração hidrópica das células basais, infiltrado inflamatório linfocítico na junção dermoepidérmica, perifolicular e em padrão intersticial, extravasamento de hemácias na derme superior e espessamento da membrana basal à coloração pelo PAS⁽⁸⁾.

Quadro semelhante ocorre com a mucinose cutânea e mucinose folicular, cujo anatomopatológico é essencial para o diagnóstico, e é caracterizado por infiltrado inflamatório linfocítico em áreas perivasculares e perianexiais na derme superficial, com alguns melanófagos, dissociação de fibras colágenas, aumento focal da membrana basal à coloração pelo PAS e depósito de mucina pela coloração Alcian blue^(9,10).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, de transmissão sexual e vertical na gestação, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, sendo considerada a “grande imitadora” devido aos seus vários fenótipos clínicos, devendo ser considerada no diagnóstico de todas as dermatoses de apresentações atípicas. O diagnóstico é confirmado pelo VDRL positivo e/ou pela biópsia com presença de reação inflamatória de padrão liquenoide e/ou psoriasiforme, como no caso relatado, presença de células mononucleares e plasmócitos perivascular e identificação do treponema à coloração de Wharthin-Starry (coloração pela prata). O tratamento preconizado é com a penicilina benzatina 1.200.000 UI em cada glúteo, por semana, durante 3 semanas, esquema este em realização pela paciente relatada^(5,6,7).

CONCLUSÕES

O caso relatado de psoríase de apresentação atípica associada à sífilis secundária, que inicialmente apresentava como hipóteses diagnósticas lúpus eritematoso crônico, mucinose e sífilis secundária enfatiza a importância da realização da biópsia para esclarecimento e confirmação diagnóstica e tratamento correto e eficaz, melhorando a qualidade de vida desses pacientes com dermatoses inespecíficas. Além de mostrar a importância de incluirmos sempre a sífilis secundária como diagnóstico diferencial nesses casos, já que ela é capaz de apresentar vários espectros clínicos e mimetismo com outras patologias, e ser considerada um grande problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Romiti R, Carvalho A, Duarte G. Consenso de Psoríase 2020. SBD. [Internet]. 2020;23. Disponível em: https://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4118143_345331.pdf
2. Vargas HJM, Vargas JF. Vulgar Psoriasis. [Scientific Journal of Medical Science]. Rev Cient Cienc Med. [Internet]. 2015;18:62-63. Disponível em: www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000100012&lang=pt
3. Martinez M, et al. Moderate and severe vulgar psoriasis: Therapeutic Options. Arch. Med Int. [Internet]. 2013;35:93-100 Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v35n3/v35n3a06.pdf>
4. Moreira A, Rosmaninho I, Silva JPM. The Importance of Skin Biopsy – A Case Report. Rev Port Imunoalergologia. [Internet]. 2016;24:25-30. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n1/24n1a03.pdf>
5. Bittencourt MJS, Nascimento BAM, Nascimento MD, Brito AC, Carvalho AH. Sífilis Secundária Simulando Psoríase Palmoplantar Em Paciente Portador de HIV. An Bras Dermatol. [Internet]. 2015;90:S213-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v90n3s1/0365-0596-abd-90-03-s1-0216.pdf>
6. Avelleira J, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e Controle. An Bras Dermatol. [Internet]. 2006;81(2):111-26. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/145/Sifilis--diagnostico--tratamento-e-controle00002>
7. Martins CJ, et al. Sífilis Secundária Apresentando-se Como Sifilide Psoriasiforme: Lições da Literatura Sifilológica Mais Antiga. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo. [Internet]. 2020;62:e21. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652020000100504
8. Belbert ALCV, Mantese SAO. Lúpus Eritematoso Cutâneo – Aspectos Clínicos e Laboratoriais. An Bras Dermatol. [Internet]. 2005;80(2):119-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v80n2/a02v80n02.pdf>
9. Passos P, et al. Mucínose Folicular – Relato De Caso. An Bras Dermatol. [Internet]. 2014;89(2):342-4. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/102035/Mucinosse-folicular---Relato-de-caso->
10. Favarato M, et al. Mucínose Cutânea Na Doença Mista Do Tecido Conjuntivo. An Bras Dermatol. [Internet]. 2013;88:646-9. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/101821/Mucinosse-cutanea-na-doenca-mista-do-tecido-conjuntivo->