

Cancro de Rollet – a reemergência da sífilis e sua associação com outras IST

Rollet's cancer – The reemergence of syphilis and its association with STI

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos¹, Glauciene Prado Alves², Felipe Sad Salomão Martins³, Évelyn Fonseca Faria³, Alexandre Costa Arruda³, Daniela Fonseca Correa Neto³

RESUMO

A Sífilis é doença infecciosa de transmissão sexual causada pela bactéria *Treponema pallidum* que vem apresentando recrudescência preocupante nas últimas décadas, principalmente entre homens que fazem sexo com homens e jovens de 18 a 24 anos. Este trabalho vem discutir a importância de preparar os profissionais de saúde, em especial os da atenção primária, para diagnosticar sindrômicamente e realizar o tratamento no ambiente da centro de saúde, sem necessidade de encaminhamentos. É de competência do profissional da atenção primária rastrear para outras infecções sexualmente transmissíveis, realizar aconselhamentos e ofertar métodos de prevenção. Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Sífilis; Cancroide; Úlcera; Cancro.

¹ Médica. Mestre em Ciências da Saúde. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Hospital Eduardo de Menezes-HEM. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Médica. Infectologista. FHEMIG/HEM. Belo Horizonte, MG – Brasil.
³ Médico (a). Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

*Syphilis is an infectious sexually transmitted disease caused by the bacteria *Treponema pallidum* that presents a worrying recrudescence in the last decades, especially among men who have sex with men and those between 18 and 24 years old. This article discusses the importance of preparing health professionals, particularly those on primary care, to perform syndromic diagnosis and treatment, without referring patients. It is the competence of primary care professionals to screen for other sexually transmitted infections, provide counseling and offer methods of prevention.*

Key words: Sexually Transmitted Diseases; Syphilis; Chancroid; Ulcer; Chancre.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença bacteriana sistêmica, de transmissão sexual e materno-fetal, causada pelo *Treponema pallidum*. Esta infecção sexualmente transmissível (IST) apresenta risco de transmissão de até 60%, traduzindo um grande desafio para a saúde pública.¹ A Organização Mundial de Saúde estima incidência mundial de 5.6 milhões de casos novos de sífilis por ano, sendo um milhão somente em gestantes, e recomenda a detecção e tratamento precoces destas e de seus parceiros sexuais, de modo a evitar sua forma congênita.^{2,3} Dados do Ministério da Saúde do Brasil, de 2009 apontam que a sífilis é a terceira causa mais incidente de IST tratável na população sexualmente ativa, correspondendo a 930.000 casos no país.⁴

No Brasil, a taxa de incidência de sífilis gestacional em 2011 foi 5,0/1.000 nascidos vivos.² Em Belo Horizonte essa taxa foi de 14,0/1.000 nascidos vivos em 2013.¹ Já a sífilis

Instituição:
Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos
E-mail: carvalhaislu@gmail.com

congênita apresentou incidência nacional de 3,3/1.000 nascidos vivos em 2011, enquanto a capital mineira apresentou taxa de 5,0/1.000 nascidos vivos em 2013.^{1,2}

A presença de IST é o principal fator de risco para a infecção pelo HIV, aumentando o risco em três vezes ou mais.² Alguns fatores comportamentais estão associados a este risco elevado: sexo desprotegido, múltiplas parcerias sexuais, sexarca precoce e uso de drogas injetáveis.⁴ Em detrimento da evolução do conhecimento médico acerca da sífilis, observa-se sua reemergência mundial desde a década de 1980.⁴

Este trabalho vem discutir a importância de se apurar a sensibilidade dos profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis em todos os níveis assistenciais, em especial na atenção primária (AP) onde a maioria dos diagnósticos e tratamentos deveriam ser precocemente realizados.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 25 anos, previamente hígido, atendido no ambulatório de infectologia do HEM, encaminhado pela equipe de AP, apresentando úlcera em pênis com 10 dias de evolução. Refere relação sexual desprotegida com mulher três dias antes do sintoma. Ao exame apresentava lesão ulcerada, única em sulco bálano prepucial às nove horas de 1,5 x 1,0 cm, com borda bem definida e irregular, rasa, fundo granulomatoso e pouca secreção purulenta contornada por halo eritematoso (Figura 1), com linfadenomegalia inguinal ipsilateral de 1,5 cm em seu maior comprimento, de consistência elástica, indolor e não aderida. Foram solicitados pesquisa direta de *Haemophilus ducreyi* pela coloração de Gram e pesquisa de *Treponema pallidum* em campo escuro, além de exames sorológicos de rastreio para IST. Em decorrência do tempo de incubação, pensou-se em cancro mole e herpes genital, sendo realizado o tratamento empírico com doxiciclina e aciclovir, por sete dias. Foi estabelecida boa relação-médico paciente e agendado retorno. O paciente retornou, referindo melhora dos sintomas, mas mantendo úlcera única e de fundo limpo (Figura 2). A bacterioscopia por Gram evidenciou bacilos Gram negativos, sorologia para HIV foi não reatora, VDRL quantitativo de 1:8 e teste treponêmico não reator. Não foram realizados a pesquisa de treponema em campo escuro e sorologia para hepatite B por indisponibilidade no serviço. O paciente recebeu diagnóstico síndrome de sífilis

primária, sendo tratado com penicilina G benzatina intramuscular, 2.400.000 UI, dose única, orientado sobre IST, encaminhado para vacinação de Hepatite B e reforçado que as parcerias sexuais deveriam comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS).



Figura 1 - Lesão peniana pré tratamento.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

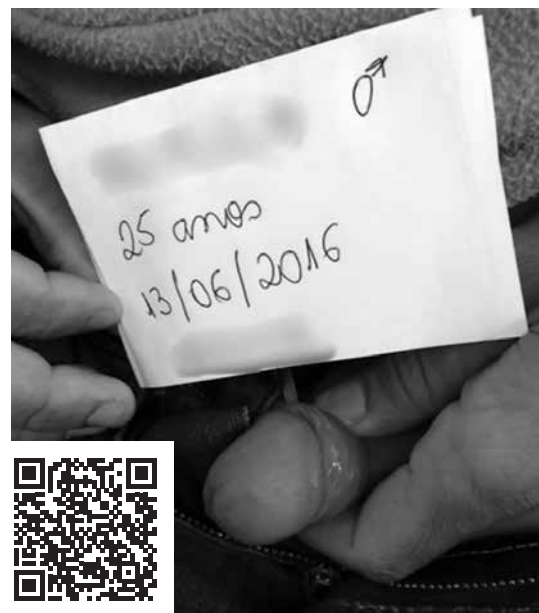


Figura 2 - Lesão peniana ao final do tratamento com doxiciclina e aciclovir.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

DISCUSSÃO

A sífilis foi reconhecida como entidade específica no século XV por ocasião de epidemia na Europa. Até então, muitas outras doenças eram chamadas de sífilis, como a gonorreia e o cancro mole. No início do século XX foi descoberto o agente etiológico por Fritz Schaudinn e Erich Hoffmann em 1905 e seu tratamento, a penicilina, por Alexander Fleming em 1928.⁵ Desde então, a penicilina continua sendo a droga de escolha. É segura, de baixo custo, altamente efetiva, não havendo relatos de resistência do treponema à droga.⁴

Segundo dados do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) a sífilis apresentou grande queda de incidência com o uso comercial da penicilina na década de 1940 até meados dos anos 2000, quando voltou a apresentar elevações (Figura 3). Nos últimos 20 anos o aumento de incidência ocorre principalmente entre homens que fazem sexo com homens

(HSH) (Figura 4), em especial entre jovens de 18 a 24 anos, estando fortemente associado às relações sexuais desprotegidas.^{3,4,6}

Em Belo Horizonte, o aumento da notificação de casos de sífilis deve ser atribuído à ampla disponibilidade do teste rápido na AP, às campanhas nos locais de grande movimentação pública, ao contínuo treinamento das equipes da AP para oferta de exames para IST, à busca contínua na melhora do pré-natal e à melhora no ato da notificação, uma vez que a sífilis adquirida é de notificação compulsória no Brasil desde 2011.^{1,7,8}

No caso clínico em questão, tivemos como diagnóstico final o cancro de Rollet, que é definido pela presença de cancro mole e sífilis em uma mesma lesão. Foi descrito por Joseph Rollet em 1865 e corresponde a 2-5% dos casos de úlcera peniana. As duas patologias podem coexistir mesmo apresentando períodos de incubação bastante distintos, na sífilis é de 10-90 dias e no cancro mole é de 3-5 dias.^{3,9}

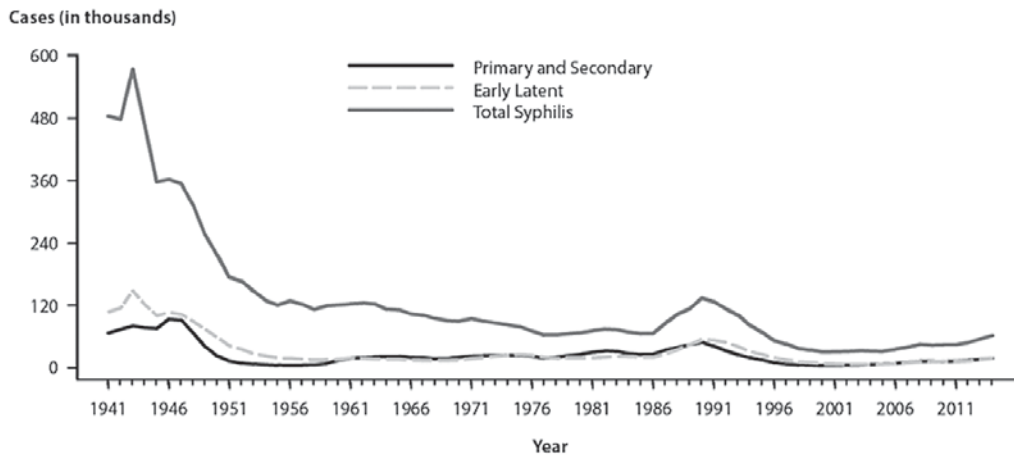


Figura 3 - Casos de sífilis nos Estados Unidos. 1941 – 2011. Extraído de CDC.⁶

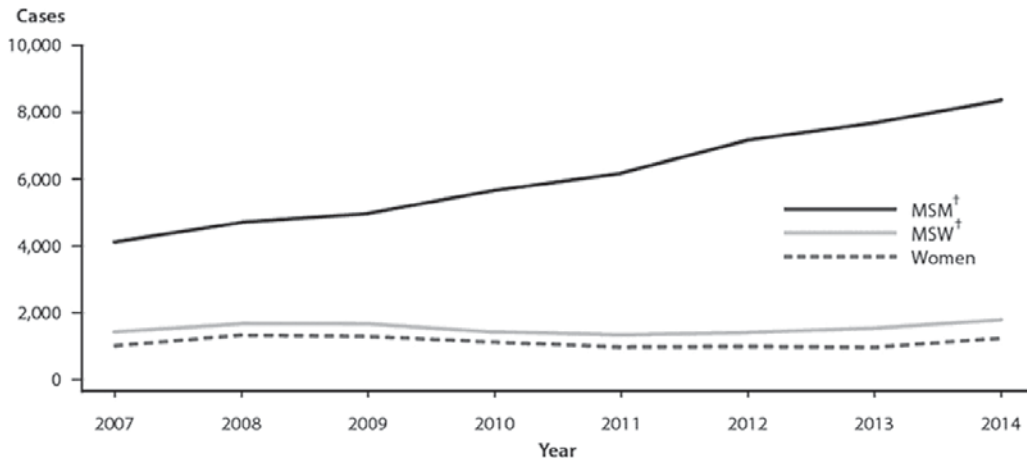


Figura 4 - Casos de sífilis por sexo e comportamento sexual. Estados Unidos 2007 – 2014. Extraído do CDC.⁶

O cancro mole, ou cancroide, é causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, bacilo curto que não se cora pelo Gram. É de transmissão exclusivamente sexual, com infectividade de 80% em sexo desprotegido. Normalmente as lesões são múltiplas, podendo apresentar-se única. A borda é irregular, com halo edemaciado e eritematoso, fundo irregular, secreção necrótica, amarelada e mal cheirosa. Em 30 a 50% dos casos, há linfadenopatia inguinal unilateral, que pode fistulizar por um único orifício.³

O cancro duro, ou sífilis primária apresenta-se normalmente com uma úlcera única, indolor, com base endurecida, fundo limpo e rico em treponemas. Sem tratamento cicatriza espontaneamente em duas a seis semanas, evoluindo para a fase secundária da doença.³

No que tange ao caso clínico criticamos a ausência da pesquisa de treponemas em campo escuro no maior centro de referência em infectologia do estado de Minas Gerais. Este exame é de execução fácil, necessita apenas de profissional treinado, microscópio com condensador de campo escuro, lâmina e lamínula.¹⁰ Deve ser realizado imediatamente após a coleta do material sem nenhum preparo especial.¹⁰ Apresenta sensibilidade de mais de 95%.¹⁰

Devemos criticar também a indisponibilidade de testes sorológicos para hepatite B no serviço. Para essa doença, o período de incubação varia de 30 a 180 dias, com média de 60 a 90 dias. A vacinação, principal medida preventiva, está amplamente disponível nas UBS.

No caso, a testagem negativa para HIV e para Hepatite B não afasta estas infecções. Este paciente deve ser testado novamente em 30 e 90 dias para esclarecimento diagnóstico para HIV e 90 e 180 dias para Hepatite B.¹¹

CONCLUSÃO

A sífilis adquirida ainda representa um grave problema de saúde pública, com incidência em ascensão principalmente em jovens, em especial jovens HSH.⁶ É de competência da atenção básica: diagnóstico sindrômico da sífilis; medidas de prevenção com a distribuição de preservativos sexuais de forma irretirada e de gel lubrificante; tratamento medicamentoso precoce na UBS e abordagem das parcerias sexuais, sem necessidade de encaminhamento para centros de referência. As equipes da AP devem instituir tratamento imediato, sindrômico, sem aguardar confirmação diagnóstica em consultas posteriores.⁴

Deve-se oportunizar a presença do paciente nas unidades de saúde, ofertando exames de rastreio para IST para pacientes com vida sexual atual ou pregressa, acompanhando da oferta de métodos de prevenção e de aconselhamentos.⁴

Para tornar efetivas as medidas de controle de IST, são necessários esforços conjuntos dos profissionais de saúde e dos órgãos governamentais na busca de frequentes oportunidades de abordagem do tema e de formas inovadoras de estímulo ao auto cuidado e ao sexo seguro.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Guia técnico sífilis: sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico - sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Griebeler APD. A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Curso de Especialização em Saúde Pública; 2009.
5. Carrara S. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
6. Centers for Diseases Control and Prevention. Atlanta: Department of Health & Human Services. [citado em 2016 jun. 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats14/syphilis.htm>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Observatório do Milênio de Belo Horizonte. Relatório de acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio 2014. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2014.
9. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria de Políticas de Saúde. Doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Departamento de Programas de Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Manual de procedimentos para testes laboratoriais. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.