



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Pediatria

### **Um caso clínico de exantema palmar num adolescente**

Mariana Gouvêa de Almeida

---

**MARÇO'2019**



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Pediatria

### **Um caso clínico de exantema palmar num adolescente**

Mariana Gouvêa de Almeida

**Orientado por:**

Dr. Rodrigo Sousa

---

**MARÇO'2019**

## RESUMO:

O exantema palmar pode ter múltiplas etiologias na infância. Neste trabalho apresenta-se o caso clínico de um adolescente com exantema maculopapular que afecta as palmas das mãos e plantas dos pés. Inicialmente as hipóteses de diagnóstico eram extensas, mas, após referência a envolvimento genital, tornou-se mais provável o diagnóstico de sífilis secundária que foi posteriormente confirmado por testes serológicos. Apesar de esta ser uma infeção pouco frequente na idade pediátrica, a sua incidência tem vindo a aumentar neste grupo etário, assim como outras doenças sexualmente transmissíveis. O seu diagnóstico pode ser desafiante, uma vez que esta doença se pode manifestar com múltiplos sintomas inespecíficos. Como tal, é necessária uma maior suspeição diagnóstica para que seja atempadamente reconhecida e tratada. As medidas preventivas passam por rastreio de doentes assintomáticas com fatores de risco e pela educação sexual que é de primordial importância na pediatria.

*Palavras-chave: Sífilis secundária, pediatria, exantema palmar.*

## ABSTRACT:

Palmar exanthem in children can have multiple etiologies. In this report, we present a clinical case of a teenager with maculopapular rash with palmar and plantar extension. Initially, the differential diagnosis was extensive but after the patient mentioned genital involvement, the diagnosis of secondary syphilis became more probable and was later confirmed by serological tests. Although rare in pediatric age, the incidence of secondary syphilis is increasing in children as well as other sexual transmitted diseases. Its diagnosis can be challenging, as the infection can present itself with multiple nonspecific symptoms. Thus, a greater diagnostic suspicion is necessary so the disease can be recognized and treated in a good time lapse. Preventive measures include screening for asymptomatic patients identified with risk factors and sex education that is of primary importance in pediatrics.

*Key-words: Secondary syphilis, pediatrics, palmar rash*

“O trabalho final traduz a opinião do autor e não da FML.”

## ÍNDICE

---

<b>Introdução</b>	<b>4</b>
<b>Caso Clínico</b>	<b>6</b>
<b>Discussão</b>	<b>10</b>
<b>Conclusão</b>	<b>17</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>18</b>

---

## INTRODUÇÃO:

O exantema é uma manifestação muito comum nas doenças pediátricas e pode ter origem em infeções, reações de hipersensibilidade ou autoimunidade. A distribuição, progressão, forma e cor das lesões cutâneas bem como sintomas acompanhantes como febre ou prurido são dados importantes que auxiliam no diagnóstico correto. Quando o exantema se estende às palmas das mãos e plantas dos pés, o diagnóstico fica mais dirigido sendo a sífilis secundária uma hipótese a considerar <sup>(1,2)</sup>

A Sífilis é uma infeção bacteriana sexualmente transmissível provocada pela espiroqueta *Treponema Pallidum*, subespécie *Pallidum* e é uma causa pouco frequente de exantema maculopapular com atingimento de palmas e plantas na idade pediátrica.<sup>(3)</sup>

Todos os anos são diagnosticados 5 milhões de novos casos de sífilis no mundo, sendo a maioria dos casos registados em países em vias de desenvolvimento. Em Portugal, esta é uma doença de declaração obrigatória e em 2015 foram registados 791 novos casos de sífilis adquirida, dos quais 131 foram em doentes entre os 15 e os 24 anos (sendo 99 do sexo masculino e 32 do sexo feminino). Em 2016, nos EUA, foram registados 3,1 casos de sífilis primária e secundária por 100.000 habitantes entre os 10 e os 19 anos. Destes doentes, 98,3% tinham entre 15 e os 19 anos e 72,6% eram do sexo masculino. <sup>(4,5)</sup>

A transmissão da sífilis dá-se por via sexual, através de contacto direto com lesões, e é tanto mais provável quanto mais recente for a infeção. A espiroqueta pode também ser transmitida por via transplacentária em qualquer estágio da doença originando, nesses casos, sífilis congénita que se manifesta de forma distinta em relação à sífilis adquirida. Esta forma da doença está altamente dependente dos rastreios pré-natais sendo que a diminuição na sua prevalência coincidiu com a melhoria dos mesmos nos últimos anos. <sup>(3,6,7)</sup>

Tendo em conta estes modos de transmissão, na idade pediátrica a infeção por sífilis pode ser venérea ou congénita. Em crianças menores de dois anos a via não sexual é a mais comum e em crianças entre os 2 e os 10 anos a via sexual é a via

primária de transmissão. Na idade peri-pubertária, a atividade sexual voluntária ou por abusos sexuais representam os meios principais de transmissão da doença. Adolescentes homossexuais, de classes sociais baixas ou que estão envolvidos na indústria do sexo têm maior risco para doenças sexualmente transmissíveis.<sup>(8,9)</sup>

A sífilis adquirida apresenta 3 estádios com diferentes manifestações clínicas. A sífilis primária manifesta-se por um úlcera indolor de base limpa e consistência dura na região genital (área de inoculação da espiroqueta) cerca de 3 semanas após a inoculação do patógeno e é frequentemente acompanhada de linfadenopatias satélite.<sup>(3,6)</sup> A fase secundária resulta da disseminação hematogénica do *Treponema Pallidum* e apresenta-se com variadas manifestações clínicas, que refletem o envolvimento multissistémico da infeção e que podem incluir exantema maculopapular com envolvimento de palmas das mãos e plantas dos pés. Finalmente, a sífilis terciária pode surgir após um período de latência que pode durar entre 15 a 30 anos e o envolvimento neurológico pode ser verificado em qualquer fase da doença. Na era pós antibiótica a sífilis terciária e neurosífilis são muito raras.<sup>(3, 9, 11, 12)</sup>

O diagnóstico, rastreio e follow-up de sífilis é feito por testes treponémicos (IgG e IgM contra o *Treponema*) e não-treponémicos (detetam complexos antigénicos formados em resposta à infeção). Os testes não treponémicos como o VDRL, RPR e TRUST são semi-quantitativos refletindo a atividade da doença, e por isso úteis para deteção da doença e em que estádio se encontra bem como para follow-up e avaliação de resposta terapêutica. Por outro lado, os testes treponémicos como FTA-ABS, TPPA e TPHA são testes qualitativos que servem apenas para confirmação de diagnóstico não permitindo diferenciar a fase de infeção. Quando diagnosticada atempadamente, o tratamento com Penicilina Benzatínica é muito eficaz.<sup>(6, 13, 14, 15)</sup>

Neste trabalho será apresentado um caso clínico de exantema que afeta as palmas das mãos e plantas dos pés num adolescente e discutido o seu diagnóstico diferencial.

## CASO CLÍNICO:

Um doente do sexo masculino, raça caucasiana, 16 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e com o Programa Nacional de Vacinação atualizado para a idade, recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica em Agosto de 2014 por um exantema generalizado com um mês de evolução. O doente refere que este exantema começou com duas lesões na palma da mão direita tendo-se estendido para tronco, face e membros superiores nas semanas seguintes. Inicialmente negava lesões em outras áreas do corpo incluindo na região genital. Negou também prurido, febre, dor ou outros sintomas acompanhantes bem como fatores relacionados com o início do quadro, nomeadamente toma de fármacos, viagens ou quadros virais recentes, uso de drogas ou relações sexuais desprotegidas.

À observação, apresentava-se vígil e orientado, com estabilidade ventilatória e hemodinâmica, com bom estado geral e de nutrição e apirético. A pele e mucosas estavam coradas, hidratadas e anictéricas. Objetivava-se exantema maculopapular eritematoso descamativo disperso pela face (Fig. 1), tronco (Fig. 2) e membros superiores, incluindo duas lesões na palma da mão direita (Fig. 3 e 4).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Nesta primeira observação, após insistência da necessidade, foi realizado o exame genital. Foram observadas várias lesões ulcerativas de consistência dura e base limpa, com bordos elevados e eritematosos no dorso do pênis e na glândula, sendo uma das lesões do dorso do pênis de maior volume, como se observa na Figura 5. O doente negava dor à palpação das lesões. Não se objetivaram outras alterações ao exame objetivo, nomeadamente corrimento ureteral, adenomegalias, hepato ou esplenomegália.



Figura 5

Após o exame objetivo, foi realizada nova entrevista na qual, após alguma insistência, o doente relatou história de relações sexuais desprotegidas que ocorreram cerca de um mês antes das primeiras lesões exantemáticas. Refere também ter notado uma lesão no dorso do pênis que surgira cerca de 2 dias antes das lesões nas palmas das mãos e cerca de 1 semana antes das restantes lesões e que correspondia à maior lesão descrita no exame objetivo.

Perante este quadro clínico, foi colocada a hipótese de diagnóstico de sífilis secundária e foram pedidas as análises cujo resultado está representado na tabela 1.

	10/08/2014	Valores de referência
Hemoglobina (g/dl)	14,9	13,0 - 16,0
Leucócitos (x10 <sup>9</sup> /L)	6,9	4,0-10,0
Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L)	335	150 - 400
AST (UI/L)	345	< 40
ALT (UI/L)	912	12-78
PCR (mg/dL)	0,86	< 0,50
VDRL	Positivo até à dil 1:128	
TPHA	Positivo (titulação 2560)	Titulo < 80

Tabela 1: Primeira avaliação analítica

Estes resultados mostraram testes treponémicos (TPHA) e não treponémicos (VDRL) positivos, o que confirmou o diagnóstico de infecção por *T. Pallidum* em fase precoce. As alterações analíticas de enzimas hepáticas, bem como o exantema cutâneo demonstravam afeção sistémica da doença e, como tal, foi colocado o diagnóstico de sífilis secundária. Foi também realizado rastreio para infecção a HIV 1 e 2, cujo resultado se mostrou negativo. Finalmente, foram feitas serologias para hepatite A, B e C cujos resultados foram negativos para infecção recente e passada, estando o doente imunizado para hepatite B (Ag HBs positivo). Perante este diagnóstico, o doente foi submetido a terapêutica com 2,4 milhões de Unidades Internacionais de Penicilina G intramuscular em dose única e foi referenciado para seguimento em consulta de pediatria.

Cerca de 1 semana após o diagnóstico e terapêutica antibiótica, o doente refere início de gonalgias bilaterais de intensidade ligeira, de predomínio noturno e auto-limitadas bem como toracalgia sobretudo no terço inferior da face posterior, bilateralmente, também de predomínio noturno e que agravavam com os movimentos inspiratórios. Ao exame objetivo, o doente estava hemodinamicamente estável, apirético, eupneico e com boas saturações periféricas de oxigénio. Detetou-se um ligeiro agravamento do exantema macular descamativo em relação à avaliação anterior que se estendia também aos membros inferiores (coxas, pernas e uma lesão em cada planta do pé) e pescoço. Foram também detetadas adenopatias submandibulares bilaterais com cerca de 1 cm de diâmetro e inguinais de diâmetros inferiores a um centímetro. Tinham todas consistência elástica, limites bem definidos, sem aderências aos planos profundos ou superficiais, e não eram dolorosas à palpação. À auscultação cardíaca os dois sons cardíacos eram normofonéticos, rítmicos e regulares, sem sopros ou extrassons. No exame pulmonar, detetou-se som claro pulmonar em ambos os hemitóraces, e expansão torácica ampla e simétrica. À auscultação tinha murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios. As articulações dos joelhos não estavam edemaciadas, ruborizadas nem apresentavam alterações da temperatura e mantinham mobilidade passiva e ativa sem restrições. Optou-se por uma atitude expectante com nova observação em um mês.

Na consulta subsequente, verificou-se uma regressão completa dos sintomas álgicos referidos às articulações anteriormente referidas e as lesões cutâneas estavam menos evidentes em relação à observação prévia. Estas tornaram-se inicialmente menos eritematosas e com menor relevo e posteriormente progrediram para lesões hipopigmentares, sobretudo nos membros e no dorso. Foi ainda requisitada avaliação

pela oftalmologia que descartou alterações estruturais na retina ou diminuição da acuidade visual.

Cerca de 4 meses após o diagnóstico, em nova consulta de seguimento, o doente referia cura completa das lesões hipopigmentares. No entanto, queixou-se de queda de cabelo. Ao exame clínico, não se verificaram alterações, à exceção de enfraquecimento capilar e uma alopecia na região temporal direita. A pele do couro cabeludo nas áreas de alopecia não apresentava alterações.

Em termos analíticos, houve também uma melhoria progressiva desde o tratamento com penicilina cujos valores estão representados na tabela 2.

Data	10/08/2014	19/08/2014	08/09/2014	19/02/2014	28/04/2015
Tempo	D1	1 Semana	1 Mês	6 meses	9 meses
AST (UI/L)	345	61	22	17	18
ALT (UI/L)	912	217	42	21	19
Bilirrubina Total (mg/dL)			0,28	0,27	0,62
FA (UI/L)		405	128	100	
GGT (UI/L)		414	110	21	20
LDH (UI/L)		174	131	159	
FTA-Abs		Positivo	Positivo	Positivo	
VDRL	1:128			1:4	1:4
TPHA	1:2560		1:1280	1:1280	
Ac Anti-Tp (IgM)		Positivo		Negativo	Negativo
Anticorpo Anti-Trep (IgG)		Positivo		Positivo	Positivo

Tabela 2: Evolução analítica: Observa-se uma redução dos títulos de testes não troponémicos de 1:28 para 1:4. Os anticorpos anti-treponémicos mantiveram-se positivos. A redução dos valores serológicos das enzimas hepáticas permitem aferir uma cura analítica da hepatite.

## DISCUSSÃO:

Foi apresentado um caso clínico de exantema maculopapular na idade pediátrica. São inúmeras as doenças exantemáticas neste grupo etário e podem ter múltiplas etiologias como infeções (por vírus, bactérias ou fungos), autoimunidade, reações de hipersensibilidade ou até idiopáticas. A aparência das lesões cutâneas, a sua distribuição pelo corpo e outros sintomas acompanhantes auxiliam na marcha diagnóstica destas patologias. Por exemplo, quando as lesões exantemáticas se estendem às palmas das mãos e plantas dos pés as hipóteses de diagnóstico ficam mais restritas e são apresentadas na tabela abaixo. <sup>(1, 16)</sup>

<b>Etiologia</b>	<b>Doença</b>	<b>Descrição do exantema</b>
Viral	Síndrome mão-pé-boca ( <i>Coxsackie</i> )	Vesículas dolorosas, erosões na boca, pápulas nas mãos e nos pés com halo de eritema.
Bacteriana	Febre maculosa das montanhas rochosas ( <i>Rickettsia rickettsii</i> )	Exantema que se inicia nos pulsos e tornozelos, espalhando-se de forma centrípeta; surge tardiamente nas plantas e palmas; lesões que evoluem de máculas para petéquias.
	Sífilis secundária ( <i>T. Pallidum</i> )	Erupção papulosa cor de cobre e descamativa, difusa embora concentrada nas palmas e plantas
	Febre por mordedura de rato ( <i>Streptobacillus moniliformis</i> )	Erupção maculopapular em palmas, plantas e membros em geral; tende a ser mais intensa nas superfícies articulares; pode ser purpúrica e descamar.
	Endocardite bacteriana (Streptococos, estafilococos, etc.)	Evolução subaguda: nódulos de Osler (polpa dos dedos); petéquias na pele e mucosas; Evolução aguda: lesões de Janeway (palmas e plantas).
	Síndrome do choque tóxico estafilocócico ( <i>S. aureus</i> - toxina 1 do S. de choque tóxico, enterotoxinas, outras)	Eritema difuso que envolve as palmas; eritema marcante nas mucosas; conjuntivite; descamação em 7-10 dias de doença.
	Síndrome do pé quente por <i>Pseudomonas</i>	Nódulos isolados dolorosos sobre as superfícies palmares e plantares.

	Riquetsiose variceliforme ( <i>Rickettsia akari</i> )	Exantema generalizado que envolve a face, tronco e membros; pode atingir palmas e plantas.
	Meningococcemia aguda ( <i>Neisseria meningitidis</i> )	Lesões maculopapulosas que evoluem para petéquias; acometem mais comumente o tronco e membros; podem surgir na face, mãos e pés; pode haver púrpura fulminante secundária a CID.
Idiopáticas	Eritema Multiforme	Lesões em alvo, simétricas nos joelhos, cotovelos, palmas e plantas; disseminação centrípeta; papular, algumas vezes vesicular.
	Pitiríase Rósea	Lesões simétricas “cor de salmão” que surgem geralmente no tronco e membros, pode haver envolvimento das palmas das mãos. O exantema surge duas semanas após uma mácula descamativa primária geralmente no tronco.
Hipersensibilidade	Dermatite de contacto	Lesões papulares ou vesiculares eritematosas e pruriginosas. Surge na área que teve contacto com o alérgeno podendo-se espalhar a todo o corpo incluindo as palmas das mãos.
	Eritrodisestesia palmoplantar	Lesões dolorosas e descamativas nas palmas das mãos e plantas dos pés que podem evoluir para úlceras. Associado a hipersensibilidade medicamentosa (mais frequentemente a quimioterapia)
Doenças reumáticas	Psoríase palmoplantar	Lesões eritematosas e descamativas, de limites bem definidos com hiperqueratose. Pode haver uma variação com lesões pustulosas. Associa-se a prurido e dor.

Tabela 3: Diagnóstico diferencial de exantema palmar. (10, 16, 17, 18, 19)

No caso clínico supracitado estava descrito um exantema maculopapular com acometimento de palmas e plantas e cujo diagnóstico diferencial passaria por todas as hipóteses descritas na tabela. Por não haver relação com novos fármacos introduzidos e por ser um doente jovem, os diagnósticos infecciosos eram os mais prováveis. Após ter sido feita entrevista mais pormenorizada que revelou uma associação entre uma relação sexual desprotegida e o início dos sintomas e ainda o exame genital que demonstrou lesões típicas de sífilis secundária, este diagnóstico passou a ser o mais provável.

A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível e provocada pelo *Treponema Pallidum*. A espiroqueta infecta e penetra as membranas mucosas originando uma úlcera indolor clássica de sífilis primária. Esta úlcera surge muitas vezes em áreas pouco expostas e, desta forma, passa despercebida. No caso clínico apresentado o doente refere ter notado uma lesão no dorso do pénis cerca de 2 dias antes das lesões palmares. Esta pode corresponder à lesão primária e eventualmente surgiu algum tempo antes de o doente a ter notado. <sup>(1,13)</sup>

Quando a infeção não é tratada durante a fase primária, em cerca de 25% dos casos, evolui para sífilis secundária. Esta fase da doença caracteriza-se por múltiplas manifestações inespecíficas, sendo conhecida como “a grande imitadora”. As alterações mucocutâneas ocorrem em 80% dos casos, sendo a mais comum um *rash* cutâneo eritematoso que se pode apresentar como macular, papular, vesicular ou descamativo. Pode ser localizado ou disseminado, e afeta tipicamente palmas das mãos e plantas dos pés. <sup>(1, 13)</sup> Mais raramente, cerca de 2,9% a 7% dos doentes apresentam-se com alopecia. Este sintoma pode surgir concomitantemente com outras manifestações mucocutâneas ou aparecer como sintoma único de sífilis secundária recebendo, nestes casos, o nome de alopecia sifilítica essencial. <sup>(20, 21)</sup> A alopecia sifilítica acomete comumente o couro cabeludo, como ocorreu no caso descrito, mas menos frequentemente pode surgir em outras áreas corporais cobertas por pelos, tais como as axilas ou sobranceiras. O padrão mais comum caracteriza-se por várias áreas de alopecia não cicatricial dispersas pelo couro cabeludo. Estas zonas não são totalmente desprovidas de cabelo e os seus tamanhos são irregulares. Em inglês, este padrão recebe o nome de “moth-eaten alopecia” e é considerado um sinal patognomónico de sífilis secundária. <sup>(20)</sup>

Além das manifestações mucocutâneas, o nosso doente apresentou ainda sinais de extensão hepática da infecção. Sabe-se que quando as espiroquetas infetam o fígado, desenvolve-se uma hepatite que se caracteriza mais frequentemente por aumento desproporcional da fosfatase alcalina em relação à bilirrubina e aminotransferases que podem estar normais ou apenas moderadamente aumentadas em 30 a 40% dos casos.<sup>(22)</sup> Apesar de estas serem as alterações mais comuns, o doente teve também um aumento significativo das aminotransferases. Estas alterações das provas hepáticas resolveram após a terapêutica antibiótica, tal como está descrito na literatura acerca da progressão das hepatites sífilíticas.<sup>(23)</sup>

A fase secundária da infecção por *T. Pallidum* pode também atingir o sistema musculoesquelético, sendo a osteíte sífilítica uma manifestação bastante rara. O sintoma mais comum nestes casos é dor osteoarticular que geralmente tem agravamento noturno e resolve tipicamente após terapêutica antibiótica dirigida.<sup>(24)</sup> As gonalgias bilaterais e a toracalgia que agravava com o movimento e no período noturno, descritas no caso clínico apresentado, poderia fazer suspeitar de infecção musculoesquelética. Por outro lado, o facto de estas artralguas terem surgido apenas após a terapêutica dirigida ter sido administrada, torna este diagnóstico pouco provável.<sup>(25)</sup>

Outras manifestações clínicas de sífilis secundária são odinofagia, cefaleias, mialgias e pode haver ainda envolvimento oftalmológico ou renal, que foram excluídos no nosso doente. A grande variedade de manifestações inespecíficas podem-se assemelhar a quadros de muitas outras doenças, o que torna o seu diagnóstico difícil e demonstra a importância de suspeição diagnóstica sobretudo na pediatria em que esta é ainda uma infecção pouco frequente.<sup>(1, 12)</sup>

Existem atualmente duas possíveis abordagens para fazer o diagnóstico serológico de sífilis: o algoritmo clássico e algoritmo inverso. O algoritmo clássico, consiste na realização de testes não-treponémicos confirmados posteriormente com testes treponémicos enquanto que no inverso o rastreio inicial é feito por testes treponémicos, confirmando-se com testes não-treponémicos. O algoritmo inverso tem-se demonstrado mais sensível que o algoritmo clássico detetando mais doentes com sífilis muito precoce ou sífilis tardia, nos quais os testes não treponémicos são negativos. Por outro lado, o algoritmo inverso tem também algumas limitações,

nomeadamente a maior taxa de falsos positivos e o preço mais elevado devido à maior quantidade e custo dos testes de confirmação. <sup>(6, 26, 27)</sup>

Considerando os prós e contras destes algoritmos, a decisão no primeiro teste a realizar deve ter em conta uma combinação de fatores como a prevalência de sífilis no local, as técnicas disponíveis no laboratório requisitado e a capacidade financeira do sistema de saúde. Apesar de tudo isto, a história clínica e o exame objetivo devem ter primordial importância e sempre que a suspeita seja elevada e os testes sorológicos negativos, estes devem ser repetidos num período de 4 a 6 semanas.<sup>(6, 14)</sup> No caso apresentado, por haver forte suspeita de sífilis secundária e baixa probabilidade de falso-negativo no teste não-treponémico, optou-se por fazer o diagnóstico serológico através do algoritmo clássico com avaliação de VDRL cujo resultado positivo foi confirmado pelo TPHA, também positivo.

O rastreio de sífilis não está recomendado para todos os adolescentes com vida sexual ativa, mas sim naqueles com fatores de risco para a infeção, nomeadamente nos diagnosticados com outras infeções sexualmente transmissíveis (Chlamydia, Gonorreia, HIV) ou naquelas que têm relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.<sup>(7)</sup> Além destes, todas as crianças que sofrem de abuso sexual devem ser rastreadas para sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. Apesar das recomendações, a taxa de rastreio nesta população permanece baixa. <sup>(9, 26)</sup>

A terapêutica de primeira linha para a infeção a *T. Pallidum* em qualquer idade é a penicilina. Sendo o *T. Pallidum* uma espiroqueta de multiplicação lenta, é necessário manter uma concentração de penicilina superior à dose mínima inibitória durante pelo menos 10 dias. Assim, o que está indicado é a aplicação de 2,4 milhões de Unidades Internacionais (UI) de penicilina por injeção intramuscular em dose única para doentes adultos em estádios precoces da infeção. A dose pediátrica de penicilina utilizada é 50UI/kg até ao máximo de 2,4 milhões de UI, também em dose única. Doentes com infeção em fase latente devem ser submetidos a tratamento semanal com injeções intramusculares de 2,4 milhões de unidades de penicilina durante 3 semanas. Em casos de alergia ao medicamento recomendado pode ser realizado tratamento alternativo com doxiciclina, tetraciclina ou ceftriaxone.<sup>(6, 7)</sup>

Após o tratamento, 30 a 50% dos doentes apresenta uma reação de Jarissch-Herxheimer. Esta caracteriza-se por febre, mialgias, artralrias e possivelmente aumento do *rash* cutâneo e resolve espontaneamente em 24 horas apenas com terapêutica de suporte se necessário.<sup>(3)</sup> No caso apresentado apesar de o doente não ter apresentado febre está descrito um agravamento do *rash* cutâneo na primeira consulta de seguimento (realizada uma semana após o diagnóstico) bem como gonalgias e toracalgias após a terapêutica que podem ser eventualmente explicados por este fenómeno.

A resposta à terapêutica deve ser avaliada através da clínica e testes não treponémicos durante 24 meses.<sup>(14)</sup> O declínio de pelo menos 4 diluições na sua titulação, 6 a 12 meses após o tratamento, demonstra o sucesso do mesmo.<sup>(6,7)</sup> No entanto, tal não se verifica em cerca de 15-20% dos doentes tratados em fases precoces.<sup>(3)</sup> Estes doentes devem ser controlados com testes serológicos durante um período prolongado e um novo tratamento deve ser considerado caso não se verifique regressão significativa das serologias. Por outro lado, sempre que se verifique um aumento igual ou superior a 4 vezes dos títulos de VDRL ou surjam novas manifestações, deve-se considerar falha terapêutica ou nova infeção por *T. Pallidum*. Estes doentes devem ser tratados novamente com 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatínica intramuscular semanalmente durante 3 semanas e devem ser rastreados para neurosífilis e HIV.<sup>(3,6)</sup> A resposta terapêutica foi conseguida no nosso caso clínico tendo-se verificado um declínio dos títulos de VDRL de 1:128 para 1:4 nos 6 meses após a terapêutica com penicilina.

Em Portugal, a idade de atendimento pelos serviços de pediatria (serviços de urgência, consultas externas ou internamento) foi alargada em 2010 até aos 17 anos e 364 dias. Com esta alteração, tornou-se ainda mais importante a avaliação de saúde sexual pelos pediatras e surgiu uma maior necessidade de abordagem à prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis. Sendo a adolescência um período de desenvolvimento psicossocial único que leva ao aumento de comportamentos de risco e desejo por autonomia, existem vários fatores que levam a uma elevada incidência de doenças sexualmente transmissíveis nesta idade. A maior probabilidade de múltiplos parceiros sexuais, menor uso de preservativo, e pouco acesso a informação e serviços de prevenção nesta idade são alguns dos fatores que contribuem para este risco. <sup>(29,30)</sup>

Além disso, a falta de conhecimento em relação a estas doenças e seus sintomas, associado a vergonha ou sentimento de culpa e medo leva a que os adolescentes demorem a procurar assistência médica. Tudo isto, aliado ao facto de muitas doenças sexualmente transmissíveis serem assintomáticas nas fases iniciais, contribui para o atraso do diagnóstico das mesmas neste grupo etário. Desta forma, surge uma questão importante de saúde pública uma vez que além de haver maior período de possível transmissão, o diagnóstico tardio pode levar a menor eficácia terapêutica. <sup>(31)</sup>

Finalmente, sabe-se que a utilização de métodos de barreira nas relações sexuais é a melhor forma de prevenir este tipo de infeções. Apesar disto, a taxa de adolescentes que nega o uso de preservativo em Portugal é ainda elevada, sendo maior naqueles que não estudam ou não têm objetivos educacionais. Sendo assim, conclui-se que a educação sexual é de extrema importância para a redução de taxas de incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Para que seja abrangido o maior número de adolescentes possível, estas estratégias educativas devem ser abordadas não só nas escolas como também nas consultas pediátricas ou com o médico de família. <sup>(31,32)</sup>

## CONCLUSÃO:

A alteração dos comportamentos sexuais durante a adolescência leva a um aumento das doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, nomeadamente de sífilis adquirida. Desta forma, existe uma necessidade crescente dos pediatras atentarem para este problema e incluí-lo no diagnóstico diferencial de exantemas com extensão palmar e plantar. O seu diagnóstico deve ser rápido para que o tratamento seja instituído em tempo útil e a doença não progrida para os seus estádios mais avançados que se podem tornar crónicos e de extrema gravidade. Uma vez que ainda não existe nenhuma vacina contra a infeção por *T. pallidum*, a melhor forma de prevenir a doença é através de proteção sexual com uso de preservativo, evitar relações com parceiros infetados e tratar parceiros que tiveram contacto com a doença de modo a evitar a reinfeção. A escola deve assumir um papel importante na prevenção de sífilis permitindo que todas as crianças tenham acesso a educação sexual. <sup>(6, 7, 9, 26,32)</sup>

## BIBLIOGRAFIA:

1. Marcante K, Kliegman R, Nelson W. Infections Characterized by Fever and Rash. In: Nelson Essentials Of Pediatrics. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019:373-379.<sup>[1]</sup>
2. Allmon, A; Deane, K; Martin, KL. (2015, Aug) Common Skin Rashes in Children. Am Fam Physician, 92(3): 211-216
3. Hook EW Rd (2017, Apr) Syphilis. Lancet 389(10078):1550-1557
4. Direcção geral de Saúde (2016); Estatísticas: Doenças de Declaração Obrigatória 2012-2015 VOLUME I; Portugal; 75,76
5. U.S Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention: Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. (2017, Sep). p.21-27. Retrived from: [https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC\\_2016\\_STDS\\_Report-for508WebSep21\\_2017\\_1644.pdf?fbclid=IwAR0QSQiy4yFsiwpUGVhiz9cdStV1AzlpG4VvtGklikr\\_JSb2BJ\\_q4ngUcSE](https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC_2016_STDS_Report-for508WebSep21_2017_1644.pdf?fbclid=IwAR0QSQiy4yFsiwpUGVhiz9cdStV1AzlpG4VvtGklikr_JSb2BJ_q4ngUcSE)
6. Peeling, Rosanna W., Mabey, D., Kamb, Mary L., Chen, Xiang-Sheng, Radolf, Justin D., and Benzaken, Adele S. (2017, Oct) Syphilis. Nature Reviews Disease Primers volume3: 17073
7. Heston, S., Arnold, S. (2018). Syphilis in Children. Infectious Disease Clinics of North America, 32(1): 129–144.
8. Risser, W. L., Bortot, A. T., Benjamins, L. J., Feldmann, J. M., Barratt, M. S., Eissa, M. A., & Risser, J. M. H. (2005). The Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Adolescents. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, 16(3): 160–167
9. Mendiratta, V., Agarwal, S., Chander, R. (2014) Reappraisal of sexually transmitted infections in children: A hospital-based study from an urban area. Indian J Sex Transm Dis AIDS.; 35(1):25-8.
10. Jo Yaphockun, K. K., & Wai, S. (2018). Neurosyphilis as a Cause of Transverse Myelitis in a Teenage Girl. The Journal of Emergency Medicine, 54(5): 651–655.
11. Golden, M. R., Marra, C. M., & Holmes, K. K. (2003). Update on Syphilis. JAMA, 290(11), 1510.
12. Coleman, E., Fiahlo, A., Brateanu, A., Secondary syphilis. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2017 July;84(7):510-511
13. Philip A. Chan and Susan Cu-uvini; Sexually Transmitted Infections. In: Benjamin I, Griggs R, Wing E, Fitz J. Andreoli And Carpenter's Cecil Essentials Of Medicine. 9th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier, Saunders; 2016:918-926. 918-926

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2008), Syphilis Testing Algorithms Using Treponemal Tests for Initial Screening - Four Laboratories, New York City, 2005-2006, MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 57(32):872-5
15. Meredith E. Clement, MD; N. Lance Okeke, MD; Charles B. Hicks, MD, (2014, Nov) Treatment of Syphilis A Systematic Review, JAMA 12(18):1905-17.
16. Elaine T. Kaye, Kenneth M. Kaye, Fever and rash In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles Of Internal Medicine. 19th ed. New York: McGraw Hill Education; 2015:127-135
17. Advani, R., Arad, D., (2018) Case Report: Non-infectious causes of palmoplantar rashes, what to consider, F1000Res 7: 46
18. Dopytalska, K., Sobolewski, P., Błaszczak, A., Szymańska, E., Walecka, I. (2018) Psoriasis in special localizations. Reumatologia/Rheumatology. 2018; 56(6):392-398.
19. Drago, F., Ciccarese, G., & Parodi, A. (2018). Pityriasis rosea and pityriasis rosea-like eruptions: How to distinguish them?. JAAD case reports, 4(8), 800-801.
20. Piraccini, B. M., Broccoli, A., Starace, M., Gaspari, V., D'Antuono, A., Dika, E., & Patrizi, A. (2015). Hair and Scalp Manifestations in Secondary Syphilis: Epidemiology, Clinical Features and Trichoscopy. Dermatology, 231(2), 171–176
21. Chiu HH, Wu CS.(2017) Alopecia syphilitica. Indian J Sex Transm Dis; 38:192-3
22. Murphy, C. J., Bhatt, A., Chen, W., Malli, A., McGorisk, T., & Kelly, S. G. (2017). Syphilitic hepatitis. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2(12), 920.
23. Hicks C, Clement M. UpToDate. Uptodate.com.  
<https://www.uptodate.com/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-hiv-uninfected-patients>. Published 2018. Accessed December 26, 2018.
24. Crouzy F, Alvarez V, Gex G, et al (2015) Unusual presentations and pitfalls of secondary syphilis: osteitis, pneumonia and malignancy Case Reports; 2015:bcr2015210618.
25. Park, K.-H., Lee, M. S., Hong, I. K., Sung, J.-Y., Choi, S.-H., Park, S. O., Lee, S. H. (2014). Bone Involvement in Secondary Syphilis. Sexually Transmitted Diseases, 41(9), 532–537.
26. Jichlinski, A., Badolato, G., Pastor, W. and K. Goyal, M. (2018,Jul) HIV and Syphilis Screening Among Adolescents Diagnosed With Pelvic Inflammatory Disease. American Academy of Pediatrics, 142 (2)
27. Muhammad G. Morshed,a Ameeta E. Singhb (2015, Feb), Recent Trends in the Serologic Diagnosis of Syphilis. Clin Vaccine Immunol, 22(2):137-47
28. Man-Li Tong, Li-Rong Lin, Li-Li Liu, Hui-Lin Zhang, Song-Jie Huang, Yu-Yan Chen, Xiao-Jing Guo, Ya Xi, Long Liu, Fu-Yi Chen, Ya-Feng Zhang, Qiao Zhang, Tian-Ci

- Yang, (2014) Analysis of 3 Algorithms for Syphilis Serodiagnosis and Implications for Clinical Management, *Clinical Infectious Diseases*, 58 (8): 1116–1124
29. Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho de 2010, *Diário da República 2ª Série*, nº 112, p. 32123;
30. Wangu, Z., Burstein G., (2017), Adolescent sexuality: Updates to sexually transmitted infections guidelines, *Pediatr Clin N Am* 64: 389–411
31. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. (2007, March) Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369: 1220-31
32. Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira, Maria Constança Leite de Freitas Paúl Reis Torgal (2009), Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses, *Rev. Esc. Enferm USP*; 45(3): 589-95