

Cancro de Rollet na gestação

Rollet Chancre in pregnancy

DOI:10.34119/bjhrv5n4-068

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

Isabela Ferreira Caetano

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Hospital Regional Leste (HRL/DF)

Endereço: Área especial hospitalar, quadra 2, conj. K, lote 1, CEP: 71570-050, Paranoá - DF

E-mail: isabelaferreiracaetano@gmail.com

Luciana Segurado Cortes

Médica Ginecologista e Obstetra

Instituição: Hospital Regional Leste (HRL/DF)

Endereço: Área especial hospitalar, quadra 2, conj. K, lote 1, CEP: 71570-050, Paranoá - DF

E-mail: lucianasegurado@yahoo.com.br

Bárbara Silva Alves

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Hospital Regional Leste (HRL/DF)

Endereço: Área especial hospitalar, quadra 2, conj. K, lote 1, CEP: 71570-050, Paranoá - DF

E-mail: barbarasilvaalves@outlook.com

Mayra Santos Nogueira Pacheco

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Hospital Regional Leste (HRL/DF)

Endereço: Área especial hospitalar, quadra 2, conj. K, lote 1, CEP: 71570-050, Paranoá - DF

E-mail: mayrapacheco3@gmail.com

RESUMO

As úlceras genitais estão frequentemente associadas a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e com seu aumento da incidência na última década, torna-se necessário o conhecimento das principais doenças que cursam com úlcera genital. As infecções mais comuns e que serão abordadas neste artigo é a sífilis, o cancro mole e a infecção conjunta de ambos, denominada cancro misto de Rollet. Diante disso, será discutida a importância do aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde, como forma de realização do diagnóstico precoce e da instituição de terapêutica adequada para minimizar os riscos dessas infecções para a mãe, feto e parceria sexual.

Palavras-chave: infecções genitais, Sífilis, Cancroide, doenças sexualmente transmissíveis, Cancro.

ABSTRACT

Genital ulcers are often associated with sexually transmitted infections (STIs) and with the increase in the incidence of STIs in the last decade, it is necessary to know the main diseases

that develop with genital ulcers. The most common infections that will be addressed in this article are syphilis, soft cancer, and the joint infection of both, called Rollet's mixed chancre. In view of this, the importance of continuous improvement of health professionals will be discussed, as a way of carrying out early diagnosis and instituting appropriate therapy to minimize the risks of these infections for the mother, fetus and sexual partner.

Keywords: reproductive tract infections, Syphilis, Cancroide, sexually transmitted diseases, Chancre.

1 INTRODUÇÃO

As úlceras genitais são lesões localizadas predominantemente na vulva, vagina ou colo uterino com perda de tecido na epiderme e/ou na derme.⁽¹⁾ Representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não de pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. Esses agentes infecciosos podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão.^(2,3) O *Treponema pallidum*, causador da sífilis e o *Haemophilus ducrey* do cancro mole são os agentes mais frequentes na úlcera genital, sendo que a infecção conjunta de ambos é denominada de cancro misto de Rollet.⁽⁴⁾

A presença de úlcera genital está associada a elevado risco de transmissão e aquisição do HIV, pela ruptura da barreira epitelial e pelo aumento de células susceptíveis ao HIV no ponto de entrada e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade.⁽⁴⁾

A sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram negativa do grupo das espiroquetas, cuja transmissão é predominantemente sexual e vertical. A história natural da doença não tratada inclui manifestações cutâneas e sistêmicas temporárias, sujeitas a períodos de latência, e assim ela é dividida em sífilis primária, secundária, latente, terciária e congênita.⁽⁵⁾

As taxas de sífilis primária e secundária aumentaram na última década, sendo necessária uma maior atenção para o diagnóstico e tratamento desta doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a situação da sífilis no Brasil é preocupante e precisa ser controlada. Conforme o Boletim Epidemiológico de Sífilis publicado em 2019, pode-se observar que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018.⁽⁶⁾

O cancro mole é uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, com risco de infecção de 80% em uma relação sexual. Logo, sua transmissão está associada ao número elevado de parceiros sexuais. Assim, o aumento da sua incidência nos meados dos anos 80 ocorreu simultaneamente com a elevação na incidência de sífilis primária e secundária.⁽⁷⁾ É causado pela bactéria da espécie *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. A doença é, aproximadamente, sete vezes mais comum em homens que em mulheres e produz úlceras na genitália; sendo que na mulher ocorre tipicamente nas regiões de fúrcula vulvar, vestíbulos, clitóris e face interna dos pequenos e grandes lábios. Além disso, metade dos pacientes apresenta linfadenopatia inguinal dolorosa (inguino-crurais-bubão).⁽⁸⁾

De acordo com essas considerações, o presente trabalho discute os diagnósticos diferenciais das úlceras genitais, respectivamente sífilis, cancro mole e sua associação e a importância de manejá-las de acordo com fluxogramas propostos pela OMS para um tratamento imediato das lesões. As ISTs causam impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais, sendo consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo.

2 RELATO DO CASO

Gestante, 24 anos, sem comorbidades prévias, G4 P2 (2PN), A1, IG 24s6d, com acompanhamento do pré-natal na Unidade Básica de Saúde do Paranoá, procurou o Pronto-Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Leste do Distrito Federal (HRL-DF) no dia 21/10/2020 com queixa de “feridas doloridas na vagina” e dois dias de evolução. Referia que as lesões iniciaram como uma pápula, que se tornaram pustulosas, ulceraram rapidamente, conduzindo a procurar atendimento. Assim, na inspeção vulvar, observou-se duas úlceras vaginais de 1cm de diâmetro com fundo secretante, amarelado, dolorosas ao toque. Não foi observada linfadenomegalia inguinal. Desse modo, foi prescrita medicação sintomática e solicitados testes diagnósticos considerando as suspeitas de herpes genital e sífilis primária. A paciente não aguardou o resultado dos exames e evadiu. Retornou seis dias após, mantendo quadro de forte dor vulvar e persistência das úlceras vaginais. Ao exame físico, apresentava duas lesões ulceradas em espelho, acometendo grandes lábios bilateralmente, ambas de aproximadamente 1cm, circulares, bordas definidas, elevadas, de aspecto granular, úmidas, hiperemiadas, profundas, com presença de material purulento no centro das lesões e bastante dolorosas à palpação (IMAGENS 1 e 2). Havia iniciado, na ocasião, tratamento para sífilis primária com 2.400.000 UI de Benzilpenicilina Benzatina intramuscular (IM) devido ao resultado do VDRL colhido em 21/10/2020, de 1:16. Possuía VDRL colhido há 6 semanas com

resultado negativo. A paciente foi internada com suspeita diagnóstica de cancro mole associado à sífilis primária. Assim, foi realizado tratamento empírico com Ceftriaxona IM dose única e solicitado bacterioscopia por Gram das lesões ulceradas. Também foi solicitado ultrassonografia obstétrica para avaliação do bem-estar fetal. Durante a internação, a paciente evoluiu com melhora da dor após analgesia, realizou ecografia obstétrica sem alterações e o resultado da bacterioscopia mostrou a presença de estruturas leveduriformes e de raros polimorfonucleares. Recebeu alta no dia 29/10/2020, com prescrição de tratamento para o parceiro no sentido de prevenir a reinfeção materna, conforme preconizado no cuidado à sífilis gestacional e orientada a fazer as próximas doses para tratamento de sífilis. Retornou ao Hospital dia 12/01/2021 em trabalho de parto, evoluindo para um parto vaginal sem intercorrências. A paciente não apresentava mais lesões, VDRL 1:4 do dia 13/01/2021, demonstrando ter sido adequadamente tratada com a queda esperada dos títulos do VDRL. O recém-nascido (RN) nasceu com Apgar 9/10, peso 2.530g e VDRL 1:4, igual ao da mãe. Portanto, sem indicação de tratamento e receberam alta em conjunto.

3 DISCUSSÃO

A sífilis primária, também conhecida como “cancro duro”, ocorre após o contato sexual com o indivíduo infectado. O período de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas) e a primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera.⁽²⁾ A úlcera típica é classicamente uma lesão única e indolor, de bordas endurecidas, que apresenta uma base limpa, rica em treponemas. Normalmente estão associadas a linfadenopatia inguinal bilateral, a qual é classicamente discreta e suave. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo de forma espontânea, independentemente de tratamento.⁽⁹⁾

No cancro mole, o período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias, podendo se estender por até duas semanas. As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido e que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.⁽¹⁰⁾ Em 30% a 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguinocrurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática.^(11,12)

Os aspectos clínicos das úlceras genitais são bastante variados e têm baixo poder preditivo do agente etiológico, mesmo nos casos considerados clássicos. Pelo menos em 25% dos pacientes com úlcera genital não há confirmação laboratorial do agente etiológico.^(1,13)

Existem diretrizes específicas para o rastreamento dessas infecções, bem como para o tratamento e o acompanhamento. O Ministério da Saúde (MS) preconiza, nos locais em que não haja possibilidades de diagnóstico laboratorial, uma abordagem sindrômica das lesões ulceradas com o tratamento simultâneo das possibilidades diagnósticas. Por isso, é de fundamental importância saber o manejo da úlcera genital com o fluxograma, exatamente como foi feito no caso em questão.⁽²⁾

Diante de uma úlcera genital, se a IST for causa provável e se houver laboratório disponível, deve-se realizar a coleta de material para microscopia (Gram e Giemsa), campo escuro e biologia molecular. De acordo com o resultado e a identificação do agente etiológico, trata-se a infecção. Porém, se não houver laboratório disponível é necessário uma anamnese completa com história e exame físico.⁽²⁾ Se houver evidência de lesões vesiculosas, ressalta-se o tratamento de herpes genital, se estiverem ausentes, tratar sífilis e cancroide. No caso de a lesão for com mais de quatro semanas, é necessário tratar sífilis, cancroide, donovanose e realizar biópsia. Caso os sinais e os sintomas não persistam após os 14 dias, a conduta é a alta com orientações gerais.⁽³⁾

No caso clínico em questão, apresentou como diagnóstico final o Cancro de Rollet, associação da sífilis primária e cancro mole e, como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, foi iniciado o tratamento para ambos.

O diagnóstico de sífilis primária ocorreu com a positividade do VDRL após seis semanas de um exame não reagente e o período de incubação da sífilis primária corresponder ao aparecimento da úlcera genital na paciente. Na sífilis primária, como as reações sorológicas podem ser negativas, as provas de demonstração do treponema na lesão estão indicadas, principalmente o campo escuro. O ideal neste caso seria realizar o exame a fresco do exsudato da lesão e microscopia em campo escuro que permite a pesquisa do *T. pallidum* vivo e móvel. Porém, ele não está disponível no serviço, assim optou-se pela realização de testes imunológicos, treponêmico e não treponêmico. Apesar de não ser o melhor, pois quando utilizados como testes de triagem inicial, os testes não treponêmicos tornam-se positivos por volta de seis semanas após a infecção e geralmente o período de incubação da sífilis primária é em torno de três semanas.⁽¹⁴⁾ Dessa forma, até 40% das lesões primárias positivas na microscopia de campo escuro ou na PCR podem ser inicialmente soronegativas, mas não foi observado no caso da paciente.

Em adição a isso, houve tratamento empírico para cancro mole, devido as características da úlcera genital: iniciando como pápula, que se torna pustulosa e ulcera em dois dias. A úlcera é dolorosa, irregular, com extremidades não definidas e a sua base encontra-se frequentemente

coberta por uma secreção purulenta e necrótica. Essas são as características clássicas que diferenciam o cancro mole das úlceras sífilíticas. Entretanto, é importante destacar que a sensibilidade do diagnóstico baseado simplesmente no surgimento clínico de ulcerações é baixa.⁽¹⁴⁾

O diagnóstico laboratorial de cancro mole baseia-se tradicionalmente na recuperação de *H. ducreyi* a partir da cultura, o que representa um procedimento tecnicamente exigente, com baixo rendimento fora dos laboratórios altamente especializados e acostumados a trabalhar com o patógeno. O exame direto de material clínico em esfregaços com coloração de Gram pode, ocasionalmente, ser útil para o diagnóstico de cancro mole, caso se visualizem bacilos Gram-negativos pequenos, típicos, agrupados em correntes dos tipos “cardume de peixes”, “vias férreas” ou “impressões digitais”. Contudo, essas aparências morfológicas clássicas são raramente visualizadas na prática clínica. Além disso, a maioria das úlceras genitais abriga uma microbiota polimicrobiana devido à contaminação secundária. A presença de bacilos Gram negativos em um esfregaço, dessa forma, pode ser mal interpretada e contribuir para o fraco desempenho da microscopia como uma ferramenta de diagnóstico. Conseqüentemente, devido à sua baixa sensibilidade e especificidade, os esfregaços com coloração de Gram não são recomendados para o diagnóstico de cancro mole.^(8,12)

Tendo em vista que apresentações atípicas de cancro mole são comuns e a doença pode ser facilmente confundida com outras úlceras genitais de etiologia sexualmente transmissível, principalmente com herpes genital. Nesse caso não foi aventada no segundo atendimento a hipótese diagnóstica de herpes genital, pois não havia presença de lesões vesiculosas.^(7,8)

O tratamento precoce é de fundamental importância para o bem-estar do bebê, pois a sífilis na gestação pode implicar conseqüências como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias.⁽¹⁵⁾ Cabe ressaltar que a solicitação de outros exames sorológicos para rastreio de IST, como HIV, HSV, hepatite B e C também são necessários para aproveitar a janela de oportunidade.

4 CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento das pessoas com ISTs e de suas parcerias sexuais interrompe a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações, como nos casos das gestantes com sífilis que, por um risco envolvendo o bebê, devem ter uma atenção prioritizada.^(3,4) O relato de caso em tela abordou a associação dessas ISTs, especificamente o cancro mole e a sífilis, denominada cancro misto de Rollet.

As diretrizes que o Ministério da Saúde preconiza devem balizar o manejo dos pacientes. No caso clínico, a conduta adequada não pôde ser feita devido à falta de recursos da rede pública, o que pode dificultar o diagnóstico correto. Por isso, os profissionais de saúde devem instituir tratamento imediato, sindrômico e sem a necessidade de aguardar confirmação diagnóstica em consultas posteriores. Devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e a interpretar os resultados dos testes, de forma a permitir a definição do diagnóstico e do monitoramento da resposta terapêutica, atentando-se para a possibilidade de associação de mais de uma IST, o que é muito frequente.^(3,8,16)

Vale ressaltar que a precocidade do diagnóstico traz benefícios aos pacientes e é dever dos profissionais de saúde estabelecerem a melhor conduta a todos que procuram o atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
2. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias. GUIA DE BOLSO. 8ª ed. Brasília DF, 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
4. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
5. Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV et.al. Protocolos Assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP. 5ª ed. São Paulo. Ed Atheneu, 2015.
6. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Out.2019.
7. Center for Disease and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines (STD), 2015.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônica e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
9. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA. 2014; 312 (18): 1905-17.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônica e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
11. Irizarry, Velasquez J, Wray AA. Chancroid. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.
12. Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, et al. European guideline for the management of chancroid. Int J STD AIDS 2017; 28(4): 324-329
13. ROETT, Michelle. Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. Am Fam Physician. Mar, 2020. [acesso em 20 dez 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163252/>

14. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency vírus. Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. MANUAL TÉCNICO PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS. Brasília - DF, 2016.
16. Ramos LMQC, Alves GP, Martins FSS, Faria EF, Arruda, AC, Neto DFC. Rollet's cancer – The reemergence of syphilis and its association with STI. Rev Med Minas Gerais 2016; 26 (Supl 5): S145-S148.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia Prático de Atualização. Departamentos Científicos de Adolescência e Infectologia. Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência. Nº6, Agosto de 2018.
18. Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal. Editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.
19. FONTENOT, Holly; GEORGE Emily. Sexually transmitted infections in pregnancy. Feb-Mar 2014. [acesso em 22 dez 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24548498/>
20. LOCHNER, Harold; MARAQA Nizar. Sexually Transmitted Infections in Pregnat Women: Integrating Screnning and Treatment into Prenatal Care. Paediatr Drugs. Dec, 2018. [acesso em 22 dez 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30128814/>

ANEXOS



Imagem 1

Imagem 2

As imagens mostram duas lesões ulceradas acometendo grandes lábios bilateralmente, ambas de aproximadamente 1cm, circulares, bordas definidas, elevadas, de aspecto granular, úmidas, hiperemiadas, profundas, com presença de material purulento no centro das lesões.