

CANCRO VENÉREO SIMPLES: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (1)

DR. SEBASTIÃO A. P. SAMPAIO

Dermatologista e Sifilologista do Posto
Anti-venéreo

Assistente extra-numerario da Clínica
Dermatologica e Sifilográfica

Definições O cancro venéreo simples, cancro mole, cancroide é uma ulceração aguda, específica e contagiosa, geralmente localizada na genitália externa.

Etiologia: Seu agente causal foi descrito pela primeira vez pelo dermatologista italiano *Augusto Ducrey* em 1889. O *Hemophilus ducrey* é um bacilo Gram-negativo, não acido-resistente, que tem 1 a 2 microns de comprimento por 0,5 micron de largura. Pode apresentar-se em posição intra- ou extra-celular, dispondo-se aos pares, em grupos ou em cadeias. Toma uma coloração bipolar, o que dá a impressão da existencia de um vacuolo central. Sua cultura foi conseguida pela primeira vez por *Lenglet* em meio de pele humana peptonizada. Posteriormente, foi cultivado em numerosos meios. Fato interessante é que as culturas do bacilo de Ducrey perdem pouco a pouco sua virulência, ao mesmo tempo que se tornam capazes de se desenvolverem nos meios comuns.

Contágio: O cancroide resulta quasi sempre da inoculação direta do *H. ducreyi*, no curso de um contacto sexual. Raramente ocorre em virtude de um contágio indireto. Pormenor de grande importância nesta questão é a existência de “portadores sãos”, isto é, os indivíduos portadores de bacilo de Ducrey em saprofitismo. Pertenceriam a este grupo principalmente as meretrizes. Com efeito, verifica-se a elevada incidencia do cancroide nos indivíduos que frequentam o meretrício “profissional”, o que, alias, temos constatado. Por outro lado observa-se a incidência relativamente diminuta da moléstia nas prostitutas o que contrasta com o observado anteriormente.

(1) Aula dada no Curso de Venereologia do Departamento Científico do C.A.O.C..

Acresce ainda notar, que uma meretriz com um cancroide, evita o “trabalho” pela dor que este determina. O encontro do bacilo, nas vaginas de mulheres sãs, os casos detalhadamente estudados de cancros contraídos, em que a parte contagiante nada revelava, a capacidade que tem o bacilo de se desenvolver progressivamente em meios mais simples, são outros argumentos que abonam a hipótese do sa-profitismo do bacilo nos órgãos genitais.

Incubação: No ponto inoculado o bacilo prolifera rapidamente. Nas primeiras 15 horas, surge um envermelhecimento no ponto atingido e, após 24-36 horas, nota-se uma papula que se transforma em vésico-pústula. Desprendendo-se o tecto desta, surge uma ulceração puntiforme que escava profundamente a derme. Temos assim o cancro mole incipiente, em média, 3 a 4 dias após a inoculação.

CARACTERES CLÍNICOS DO CANCROIDE

- 1 — Processo ulcerativo, ou seja, a perda de substância atinge a epiderme e a derme.
- 2 — Bordas solapadas e cortadas a pique.
- 3 — Fundo purulento.
- 4 — Base mole ou pastosa à palpação.
- 5 — A borda apresenta duas aréolas concêntricas: uma externa vermelha e outra interna acinzentada. É o sinal de *Petges*.
- 6 — Raramente unico. De ordinario vários. É o que Ricord exprime quando diz:

“O cancroide tem o espírito da família e vive rodeado pelos seus filhos”. Muitas vezes encontra-se a chamada disposição em “folha de livro” isto é, a localização do cancroide em superfícies juxtapostas.

TIPOS CLÍNICOS DO CANCROIDE

Conforme a localização, estado imuno-alérgico, etc., assume o cancroide diversas formas clínicas. Temos assim os cancros moles anões e os cancros moles gigantes ou fagedênicos, isto é, os cancroides excessivamente desenvolvidos. (1).

Merecem referencia os seguintes tipos particulares:

Tipo herpético: vésico-pústulas miliares, agrupadas.

“ folicular: pequenas ulcerações localizadas no orifício folicular. É também chamada foliculite à Ducrey.

“ ragadiforme: ulcerações lineares, assemelhando-se a fissuras.

“ ulcero-crostoso: uma crosta espessa recobre a ulceração. Obser-

(1) O fagedenismo chama-se terebrante, quando a lesão se desenvolve em profundidade e serpiginoso, quando o processo se alastra em superfície.

va-se geralmente na pele do penis. Deve ser desniguído das complicações impetiginosas da escabiose.

- “ papilomatoso: o fundo da ulceração apresenta botões carnosos o que dá o aspecto vegetante.
- “ papuloso: assinalado por Fournier não deve ser confundido com a sífilides papulosas. Encontramos uma papulo-erosiva ou uma papulo-ulcerada. Comum na face interna do prepucio.
- “ nodoso: processo profundo que se assemelha a um furunculo em evolução.

Localização: Qualquer porção do tegumento pode ser a séde da moléstia. No homem, glande, a borda prepucial, o sulco balano-prepucial principalmente junto ao freio, constituem as localizações habituais. Na mulher, os grandes e pequenos labios, a fúrcula são as mais comuns. É excepcional a localização na mucosa vaginal. No anus a região peri-anal, observa-se com frequência, tomando feições particulares: quando atinge a orla orificial, nota-se a forma de uma fissura cujas bordas se aproximam e se elevam devido ao estado de pregueamento da região, formando-se uma elevação, o *condiloma cancroso*, que a um exame superficial pode ser tomado com um mamilo hemorroidario. Outras vezes o processo se dissemina pela região peri-anal, localizando-se nos folículos pilo-sebaceos, constituindo a foliculite a Ducrey.

São raras outras situações da estrepto-bacilose. Entretanto, tem sido descritas lesões peri-ungueais, no seio, no nariz, e até ha um caso descrito de cancroide na lingua!

Adenite cancroso: Em um terço dos casos de cancroide, surge uma inflamação ganglionar e peri-ganglionar aguda, que evolue quasi sempre para a supuração. É a adenite do cancroide ou melhor o *bubão cancroso*. As marchas, os trabalhos pesados, os tratamentos inepetivos, agem como causas predisponentes.

O bubão cancroso, aparece em media nas duas primeiras semanas do cancro. Ha entretanto casos de bubões tardios, que surgem até mesmo após a cura do cancro. Explica-se admitindo-se a possibilidade da infecção constante do gânglio pelo bacilo, sendo que em certos casos ocorreria o processo supurativo.

O bubão cancroso inicia-se por uma dor num dos ganglios, que aumenta de volume, adere precocemente aos planos profundos e à pele que toma uma cor avermelhada. O processo evolue rapidamente. Aparece flutuação e, si não se intervem, abre-se espontaneamente. No ponto da abertura desenvolve-se uma ulceração cancroso, pois o pús contem bacilos. O processo atinge um pequeno número de ganglios, em geral abaixo da arcada crural. Os gânglios ilíacos nunca são atingidos o que constitue referencia importante na diferenciação com a molestia de Nicolas-Favre. Aliás, a diferenciação com o lin-

fo-granuloma inguinal é de grande interesse pratico. A existencia de um cancroide, a supuração em massa, a evolução rapida, a dor intensa, os fenomenos gerais discretos, falam em favor da adenite cancrosa. O decurso insidioso, a supuração lenta em ilhotas, os fenomenos gerais intensos (febre, cefaléia, emagrecimento, etc.), o edema regional, o comprometimento dos ganglios iliacos, são algumas das características clinicas da poroadenite inguinal. Em certos casos, entretanto, o diagnostico diferencial é dificil e ha mesmo a possibilidade de associação poroadênico-cancroso, razão pela qual a Reação de *Frei* e as demais provas laboratoriais devem ser feitas de maneira sistemática.

DIAGNOSTICO LABORATORIAL DO CANCROIDE

a) Pesquisa direta do bacilo de Ducrey na lesão: O material deve ser retirado da porção excavada da borda da lesão ou do centro. A coloração pelo *Gram* permite 65% de positividade. Ha autores que, empregando o *Unna-Pappenheim*, referem 88,5% de positividade.

b) Reação de *Ito-Reenstierna*: Prova imuno-alérgica, consistindo na injeção intradérmica de uma suspensão de bacilos mortos. É especifica, sensibilidade de 95%, aparece a partir do oitavo dia e persiste varios anos depois de curada a lesão. Este fato, torna necessario excluir pelo interrogatorio, a existencia de lesões anteriores suspeitas. É feita habitualmente com as doses mais concentradas, dos numerosos preparados comerciais, utilizados para a vacinoterapia. A reação é positiva, quando se observa uma papula maior que seis milímetros. É de uso pratico constante.

Outros exames laboratoriais como a auto-inoculação, a cultura e a reação de fixação do complemento são empregados somente nas investigações experimentais.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DO CANCROIDE

a) Cancro mole — Cancro duro — Cancro misto.

Si bem que o cancro mole e o cancro duro possuam algumas características clinicas, a diferenciação não deve ser feita sem o auxílio das provas laboratoriais. Com efeito, a frequencia com que se observa a associação da sífilis com o cancro mole, isto é, o cancro misto, descrito já em 1861 por *Rollet*, torna necessaria a pesquisa sistemática do *Treponema pallidum*. Este fato, aliás, é ressaltado na literatura francesa antiga. Assim, *Gougerot*, em 1912, dizia que o cancro misto era mais frequente que o simples, e *Gaucher* em 1916 sustentava a

raridade do cancro mole em estado de puresa. *Jeanselme* chegou a aconselhar tratar como sifilitico todo portador de cancro mole. Devendo o tratamento da sífilis ser iniciado o mais precocemente possível, e, levando-se em conta que o tempo de incubação da sífilis é, em media, de uma a duas semanas, uma lesão clinicamente no inicio um cancroide tipico poderá ser na realidade um processo associado. Daí a necessidade “a priori” da pesquisa direta do espiroqueta em qualquer lesão venerea. Fixado este ponto, lembramos os seguintes caracteres clinicos do sifiloma, assinalados por *Fournier*: processo erosivo, de bordas sem desnivelamento, fundo avermelhado ou vermelho acinzentado, base indurada e adenopatia ganglionar tipica, sendo os ganglios duros, ovoides, indolores e aflegmaticos. Aparece em media 8 dias após o cancro e é constante como define a frase de *Ricord*: “segue o cancro como a sombra segue o corpo”.

b) cancro mole e escabiose.

A presença de lesões impetiginosas de escabiose no penis pode simular um cancro mole. O exame geral, a historia, os caracteres clinicos e eventualmente as provas laboratoriais possibilitam a distinção. Deve-se tambem ter em mente a possibilidade de associação da escabiose com o cancroide, pois que, lesões pre-existentes daquela parasitose facilitam a inoculação do bacilo de *Ducrey*.

c) Cancro mole e herpes genital: pela sua evolução ciclica, comemorativos e observação seguida nos casos duvidosos é possível a distinção com a forma herpetica do cancro mole.

d) Cancro mole e cancro linfogranulomatoso: Dada a relativa raridade com que se encontra o cancro linfogranulomatoso, que entretanto pode assumir formas clinicas variadas, o diagnostico deste só se firma na pratica, pela exclusão da sífilis e do cancroide. Deve, alem disso, ser sempre considerada a possibilidade de associação poroadenica-cancrosa.

Tratamento

Considerado longos anos como a “vergonha da venereologia” o tratamento do cancro venereo simples, primeiramente com a vacinoterapia especifica e, posteriormente, com o advento das sulfamidas entrou em uma fase de absoluta eficiencia.

Dos derivados sulfamidicos o que apresenta maior atividade é o sulfatiazol, aliás, excelentemente tolerado. A tecnica de administração por nós seguida é: administração local e sistematica. Localmente, após limpeza com agua quente e sabão, pulverização do sulfatiazol em pó. Por via oral, a dose de 4 gr. diarias, 1 gr. cada 6 horas, acompanhando-se com um pouco de bicarbonato de sodio. A cicatrização da lesão é em média obtida com 40 gr. no tempo medio.

de 10 dias. Nos casos em que a cicatrização não for completa deverá ser continuada a administração, sendo aconselhável a redução para a dose diária de 2 gr., juntamente com a sulfa local.

Como já referimos, em todos os casos, sem exceção, deverá ser feito um exame em campo escuro para o *Spirochaeta pallida*. Positiva esta, o tratamento do cancroide e da lues será feito conjuntamente. Nos casos treponema-negativos em que não se observa melhoras clínicas com o tratamento sulfatiazólico, deverão ser indicadas sucessivas pesquisas ultramicroscópicas e, se a duração do cancro ultrapassa 15 dias, as reações sorológicas para sífilis.

Este fato é de importância, pois temos observado que os cancroides que não obedecem ao sulfatiazol, representam na realidade cancros mistos.

Nos casos com adenite, nos quais a vacinoterapia específica tem uma ação muito evidente, empregamos a terapia mista, sulfa e vacinoterapia, com excelente resultado. Caso exista flutuação, ha necessidade do esvaziamento, que poderá ser feito por punção. Satulsky aconselha nestes casos, após o esvaziamento, a injeção intra-ganglionar de 1 a 1,5 cc. de tintura de iodo a 7%. Finalmente, em todos os casos de cancroide curados, em media um mês após a cicatrização deverão ser feitas as reações sorológicas para sífilis.