

#055 Diagnóstico inaugural de sífilis a partir de lesão intraoral



Rute Sousa Melo*, Ana André Rodrigues, Beatriz dos Santos, Henrique Silva Maia, Maria João Dias, Joana Alves

IPO Porto, ULS São João

Introdução: A sífilis é uma infecção crônica causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida de forma vertical ou através de contactos sexuais desprotegidos. As manifestações orais são raras mas podem ocorrer em qualquer uma das três fases da doença. A sífilis primária caracteriza-se pelo cancro duro - lesão solitária indolor com ulceração central que se desenvolve no local da inoculação, maioritariamente associada a linfadenopatias regionais. **Descrição do Caso Clínico:** Homem de 22 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência de Estomatologia por lesão indolor na mucosa jugal esquerda com 4 semanas de evolução, com aumento progressivo e associada a dolorosa tumefação submandibular ipsilateral. Ao exame objetivo apresentava tumefação submandibular esquerda dolorosa à palpação, identificando-se três adenopatias móveis e de contornos regulares. Intraoralmente, verificou-se úlcera retrocomissural esquerda, com 2 cm de maior eixo, endurecida em toda a sua espessura mas indolor à palpação. Foram consideradas três hipóteses diagnósticas: sífilis primária (cancro duro), carcinoma epidermóide ou úlcera traumática. Tanto o estudo anatomopatológico da úlcera como a biópsia aspirativa de uma das adenopatias submandibulares revelou a presença de *Treponema pallidum*, confirmando o diagnóstico de sífilis primária. O doente foi medicado com toma única de penicilina G intramuscular, submetido a rastreio de outras infeções sexualmente transmissíveis e encaminhado para consulta de Doenças Infeciosas para seguimento posterior. Em consulta de reavaliação de Estomatologia, duas semanas após o tratamento, o doente apresentava lesão ulcerada residual com 3 mm de maior eixo e um mês após o tratamento, regressão completa da úlcera. A tumefação submandibular foi também diminuindo, tornando-se progressivamente mais mole e indolor durante este período. **Discussão e Conclusões:** A sífilis é considerada a grande mimetizadora, com uma grande variedade de manifestações clínicas sobreponíveis a outras patologias, o que pode dificultar o diagnóstico e levar a um atraso no tratamento. Em indivíduos com comportamentos sexuais de risco é importante considerar esta hipótese diagnóstica quando são observadas lesões sugestivas. Aquando do diagnóstico, tanto o doente como o parceiro deverão ser tratados com penicilina e submetidos a rastreio de outras infeções sexualmente transmissíveis.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1281>

#056 Parotidite bacteriana em doente com fibrose quística – Caso clínico



Cristina João Domingues*, Eduardo Simões Ventura, André Saura, Jéssica Lourenço, Daniela Alves Pereira, Vânia Pinto

ULSSA

Introdução: A fibrose quística (FQ) é uma doença genética autossómica recessiva causada por mutações no gene CFTR e afeta as glândulas exócrinas, incluindo as glândulas salivares. A parotidite pode ser causada por obstrução (sialolitíase), infecção (vírica, bacteriana) ou doença inflamatória (síndrome de Sjögren, outras doenças auto-imunes, sarcoidose). Geralmente apresenta-se com dor (que agrava com a mastigação e pode irradiar para o ouvido), tumefação e sinais inflamatórios da região parotídea. Envolvimento unilateral, febre e drenagem purulenta pelo ducto parotídeo são sugestivos de infecção bacteriana. A FQ, desidratação, malnutrição, imunossupressão e infeções dentárias aumentam o risco de parotidite bacteriana. O agente mais frequente é o *S. aureus*. O diagnóstico é clínico, podendo ser auxiliado por exames imagiológicos como ecografia e TAC. **Descrição do Caso Clínico:** apresentamos um caso de parotidite bacteriana em homem de 23 anos com FQ. O doente queixava-se de dor e edema da hemiface esquerda com 36 horas de evolução. Não apresentava sinais inflamatórios nem febre, mas estava sob terapêutica fixa de paracetamol e ibuprofeno desde o início do quadro clínico, com agravamento da dor e tumefação apesar da medicação. Analiticamente, apresentava leucocitose com neutrofilia. A ecografia demonstrou sinais de inflamação das glândula parotídea esquerda, sem evidência de obstrução ou abscesso. Foi medicado com amoxicilina ácido clavulânico por 7 dias, além da analgesia já instituída, e recomendação para realizar reforço hídrico e massagem parotídea. Na reavaliação após 2 semanas o doente estava assintomático. **Discussão e Conclusões:** A FQ é fator de risco para desenvolvimento de sialadenite bacteriana. O tratamento consiste em reforço da hidratação, massagem parotídea, analgesia e antibioterapia por 7 a 10 dias. Nas parotidites adquiridas na comunidade, as penicilinas são a terapêutica de primeira linha. As complicações são raras e incluem osteomielite, sépsis e morte. A recomendação ao doente mais importante é a de reforço da hidratação.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1282>