Relatos Casos Clinicos

PD-034 - (UM19-5036) - SÍFILIS NO CASAL

Maria Espírito Santo[1]; Sara Rocha[1]

1 - USF Viva Saúde

Enquadramento: A sífilis primária caracteriza-se por uma úlcera no local da infecção ou inoculação. As manifestações da sífilis secundária incluem irritação cutânea, pápulas húmidas, lesões mucocutâneas e linfadenopatia generalizada. As fases iniciais são mais infecciosas, mas respondem melhor ao tratamento. A sua evolução caracteriza-se por períodos de atividade e latência.

Descrição: Mulher,49 anos. Vive com a marido, filha, genro e netos. Agricultora. Antecedentes pessoais: histerectomizada há 2 anos (fibromiomas uterinos). Sem medicação habitual nem alergias conhecidas.

Frequentemente acompanhava o marido a consultas, tendo numa consulta recente manifestado que precisava de uma consulta para si por "um incómodo na boca do corpo" (sic). Quando vem à consulta com médico de família (MF) refere sensação de tumefacção vulvar com cerca de 1 mês de evolução. Trazia informação clínica de observação em contexto de SU 15 dias antes, da qual consta que apresentava úlceras no pequeno lábio direito e edema acentuado do mesmo. Teve alta medicada com ibuprofeno e gel para higiene vaginal. Na consulta com MF negou relações sexuais de risco, introdução de alimentação, dermatocosmética ou medicação recentemente. Foi requisitado rastreio Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs): VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) positivo, restantes negativos. Foi medicada com Penicilina benzatínica 2,4milhões de unidades intramuscular.

Neste contexto é feito o cruzamento da sua história clínica com a do seu marido.

Homem, 52anos, com antecedentes de obesidade, osteoartrose e hipertensão, medicado com azilsartan medoxomilo. Um mês antes tinha recorrido à consulta aberta na Unidade de Saúde por exantema no tronco e membros superiores, que associou ao início da toma de anti-hipertensor, sendo-lhe proposta a suspensão do mesmo e toma de anti-histamínico. Regressou 1 mês depois por lesões cutâneas maculo-papulosas ligeiramente descamativas e pruriginosas na cavidade oral, tronco, palmas das mãos e plantas dos pés, associado a adenopatias inguinais com evolução entre 1-2semanas. Negava febre ou outras queixas. Negava relações sexuais de risco, assim como introdução de alimentação, dermatocosmética ou medicação recentemente. Enviado ao SU onde realizou estudo complementar e foi referenciado para consulta externa de Infecciologia. Apresentava VDRL e TPHA (Treponema Pallidum Haemmaglutination Assay) positivos, restantes virologias negativas. Foi diagnosticada sífilis secundária e iniciou tratamento com Penicilina benzatínica (2,4milhões de unidades semanalmente, durante 3semanas consecutivas).

Discussão: Este caso reforça a importância do médico de família enquanto agregador da história clínica de toda a família e de como este contexto pode contribuir para a suspeição de um determinado diagnóstico. Por outro lado, recorda o quão ingrato consegue também ser a gestão imposta pelo tempo, em que neste caso uma queixa já previamente manifestada pela utente não foi logo considerada, e que juntamente com a história clinica do seu marido poderia já ter levado a um diagnóstico mais precoce. Por fim leva à reflexão sobre se estará o médico de família atento às ISTs nos casais, importando recordar a necessidade de um alto nível de suspeição, tanto pela falta de procura de assistência médica perante lesões indolores compatíveis com sífilis primária, assim como pela remissão espontânea da clínica da sífilis primária e secundária, mesmo na ausência de tratamento.