

Relatos Casos Clínicos

PD-061 - (UM19-5090) - UMA CAUSA POUCO FREQUENTE E INEXPLICADA DE ADENOPATIA INGUINAL

Filipe Bacalhau¹; Andreia Alves De Castro¹; João Batalheiro¹

1 - USF Amora Saudável

ENQUADRAMENTO:

Na região inguinal são frequentemente identificadas adenopatias, correspondendo na maioria dos casos, a infecções do membro inferior, doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou neoplasias. Uma anamnese exaustiva, um exame objetivo detalhado e a realização de exames complementares de diagnóstico permitem identificar a etiologia desta entidade. O linfogranuloma venéreo (LGV) é uma DST causada pela infecção pelos serotipos L1, L2 e L3 de *Chlamydia trachomatis*, sendo estes serotipos responsáveis por infectar macrófagos e monócitos, invadir nódulos linfáticos e originar manifestações sistêmicas. As infecções anogenitais por *Chlamydia trachomatis* são a causa mais frequente de DST a nível mundial, com uma elevada prevalência em países tropicais e raras em regiões desenvolvidas. Desde 2003, tem-se verificado um aumento do número de casos de LGV nos países ocidentais, predominantemente em homens que têm sexo com homens. O quadro clínico do LGV divide-se classicamente em 3 fases: numa fase inicial identifica-se uma pápula ou úlcera genital no local da inoculação; após 2 a 6 semanas surgem adenopatias inguinais e/ou femorais dolorosas; e uma terceira fase de inflamação granulomatosa crónica com destruição irreversível do tecido linfático.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Sexo masculino, 38 anos, heterossexual, casado, com enfisema pulmonar sem seguimento em consulta de pneumologia, hábitos tabágicos ativos (20 UMA) e hábitos etanólicos moderados, sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Negava medicação habitual. Observado em consulta de doença aguda por massa dolorosa na região inguinal esquerda com cerca de 1 semana de evolução e aumento progressivo, acompanhada de suores noturnos, febre, anorexia, vômitos e perda ponderal. Negava outra sintomatologia. Negava viagem a países tropicais e comportamentos sexuais de risco. Ao exame objetivo apresentava massa de consistência pétreia dolorosa à palpação com cerca de 3cm de maior diâmetro abaixo do ligamento inguinal esquerdo. Foi referenciado ao serviço de urgência do hospital da área de referência tendo a ecografia revelado conglomerado adenopático locorregional com espessamento cortical difuso e áreas com liquefação. Realizou avaliação analítica que destacava leucocitose com monocitose e elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi internado no Serviço de Medicina para estudo de adenopatias inguinais e síndrome consumptivo onde realizou tomografia computadorizada com confirmação de volumosa adenopatia hipercaptante na região inguinal esquerda, sem adenopatias noutras localizações. As hemoculturas, uroculturas, coproculturas e serologias resultaram negativas. A biópsia ganglionar excisional revelou gânglio linfático com granulomas supurativos, tendo-se assumido como diagnóstico LGVa. Teve alta medicado com doxiciclina 100mg 12/12h durante 21 dias e os contactos indicação para cumprir Azitromicina 1g em toma única. Foi observado posteriormente em consultas de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, com progressiva resolução clínica e analítica do quadro, encontrando-se actualmente assintomático.

DISCUSSÃO:

Devido ao aumento da incidência de LGV nos países ocidentais e tendo em conta o seu carácter contagioso, é importante considerar esta patologia no diagnóstico diferencial de adenopatias inguinais em doentes com ou sem sinais de uretrite ou patologia anal. Deste modo, um alto índice de suspeição para DST é crucial em pacientes com adenopatia inguinal sem factores de risco, evitando diagnósticos incorretos, permitindo uma introdução atempada de terapêutica dirigida e assim evitar complicações.