

C-30. Sífilis Secundária – Caso clínico

João Mendes de Abreu*, Joana Espírito-Santo,
Rita Azenha Cardoso, Ricardo Grazina, José
Malva Correia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
(CHUC)

Introdução: Reconhecida no seio da comunidade médica há mais de 500 anos, a Sífilis é potencialmente crônica e fatal se não tratada. De etiologia infecciosa, a sua origem reside na agressão levada a cabo pelo *Treponema pallidum*. Caracterizada vulgarmente como uma doença sexualmente transmissível, esta resulta da invasão tecidual pelas espiroquetas, as quais oportunamente aproveitam os múltiplos microtraumatismos cutâneos induzidos no ato sexual. Estabelecida a infecção, esta pode ser classificada em diferentes estágios evolutivos de acordo com os sinais e sintomas apresentados, sendo que a ausência de manifestações e o tempo decorrido são também por si só dados relevantes neste enquadramento. Desta forma, a Sífilis pode apresentar-se como primária, secundária, terciária ou tardia e latente, mimetizando muitas vezes outras patologias, representando para o clínico um grande desafio ao diagnóstico, o qual este terá de resolver ou referenciar o mais rapidamente possível.

Caso clínico: Este trabalho reporta um caso de Sífilis Secundária num adulto jovem do sexo masculino, observado no Serviço de Urgência do CHUC, e, posteriormente, seguido em consulta. O exame oral revelou múltiplas lesões aftosas, não dolorosas ou exsudativas, dispersas no palato, língua e véstíbulo. O diagnóstico foi colocado após avaliação clínica e ecográfica e, posteriormente, confirmado pela positividade serológica e microscópica, tendo sido instituído tratamento com penicilina G potássica.

Discussão e conclusões: Esta centra-se essencialmente em dois pontos: qualidade da história clínica/informação prestada e diagnóstico diferencial. Neste caso em particular, numa primeira fase, a informação prestada pelo doente foi deliberadamente errônea, revelando as claras dificuldades que o clínico tem em estabelecer uma relação de confiança mútua em ambientes inóspitos como os que caracterizam os Serviços de Urgência. Consequentemente, esta condição levou à necessidade de requerer um elevado número de exames complementares e, por inerência, a gastos humanos e materiais desnecessários, na necessidade de diferenciar esta de todas as restantes patologias de apresentação similar. Com este trabalho pretendemos, assim, descrever sucintamente as principais características orais e sistémicas da Sífilis, assim como, de uma forma gráfica, fixar na mente dos colegas as imagens obtidas e alertá-los para a importância do seu diagnóstico e tratamento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.120>

C-31. Síndrome Melkersson-Rosenthal - Caso clínico

Ricardo Grazina*, Francisco Marques, Rita
Azenha Cardoso, João Mendes de Abreu

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
(CHUC)

Introdução: Síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma doença constituída pela tríada sintomatológica de paralisia facial periférica, língua fissurada e macroquelite granulomatosa. A sua expressão é por vezes incompleta, podendo inicialmente manifestar-se apenas por macroquelite intermitente. A sua etiologia é desconhecida e a sua resposta terapêutica pouco favorável, obriga por vezes a uma opção cirúrgica.

Caso clínico: Trata-se de um caso clínico observado na consulta de Estomatologia do CHUC tratando-se de uma doente de sexo feminino, de 55 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e sem medicação habitual. Recorreu à consulta por apresentar edema do lábio superior desde há vários meses e simultaneamente uma fissura labial pronunciada na linha média, sem outros sinais ou sintomas. Durante a consulta foi executada biópsia excisional da lesão fissurada e respectivo estudo anátomo-patológico.

Discussão e conclusões: O resultado do exame anátomo-patológico mostrou a existência de granulomas epitelióides associados a estruturas vasculares de paredes espessadas, indicando tratar-se de uma macroquelite granulomatosa compatível com um síndrome de Melkersson-Rosenthal. A fissura existente pode estar relacionada com a existência das referidas estruturas vasculares proeminentes. Exclui-se a possibilidade de macroquelite granulomatosa por manifestações orais da doença de Crohn ou sarcoidose por inexistência de outra sintomatologia. Foi instituído um tratamento com corticosteróides infiltrados localmente, sendo que a doente continua em consultas de seguimento com boa resposta à terapêutica. Síndrome de Melkersson-Rosenthal incompleto, apresentando apenas macroquelite, associado a fissura labial.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.121>

C-32. Mucocelo de Retenção - Relato de um caso clínico

Tiago Damas de Resende*, Luís Monteiro,
Duarte Pereira de Sousa

Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte,
Universidade Fernando Pessoa (UFP)

Introdução: O mucocelo é uma das patologias benignas da cavidade oral, que pode atingir as glândulas salivares. Clinicamente a lesão é indolor, redonda, transparente e de cor azulada, com tamanho variável. A sua incidência é, na sua maioria em crianças ou jovens, sendo associada a episódios traumáticos, principalmente, das glândulas salivares menor, localizando-se preferencial na mucosa do lábio inferior.

Caso clínico: Indivíduo do sexo feminino, com 27 anos, refere a presença de um “inchaço no lábio”, “há mais de três semanas”, sem relato de sintomatologia. Menciona não ter nenhuma patologia sistémica, não realizando qualquer medicação. Ao exame objectivo, verificamos uma tumefacção no lábio inferior, no lado direito, de consistência mole. Com uma dimensão de 1,5 cm, é ligeiramente móvel, sem alterações na cor da mucosa. Foi realizada uma biópsia