



RELATO DE CASO

Diagnóstico diferencial em DST: adenopatia inguinal

Differential diagnosis in STD: inguinal adenopathy

MAURO ROMERO LEAL PASSOS¹, EUNICE DE CASTRO SOARES MARTINS², NERO ARAÚJO BARRETO³,
VANDIRA MARIA DOS SANTOS PINHEIRO⁴, RENATA DE QUEIROZ VARELLA⁵

N.L., 23 anos, sexo masculino, branco, casado, natural de São Paulo, SP, residente há dois anos em São Gonçalo, RJ. Compareceu ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, com queixa de "gânglios na virilha". Paciente relatou que há cinco anos, apresentou caroço em região inguinal esquerda, indolor e móvel. Após quatro meses de evolução, sem tratamento, o mesmo quadro havia surgido no lado oposto. A massa ganglionar continuou móvel e indolor.

Após aproximadamente oito meses do início da doença, procurou auxílio médico, sendo prescrito penicilina benzatina para "doença venérea". Como o médico assistente não solicitou qualquer exame, o paciente procurou outro serviço. Neste foi solicitada sorologia para sífilis, com resultado positivo de +++ (sic). Foi administrada seis doses de penicilina benzatina, em dias alternados, e "Bactrin F", um comprimido de 12 em 12 horas durante uma semana (sic).

Mesmo após tratamento conforme prescrição, não ocorreu, segundo o paciente, qualquer mudança do quadro clínico. Foi repetida a sorologia para sífilis, com resultado de +++, e administrada penicilina benzatina 2.4 milhões U.I., via intramuscular, em dias alternados. Dose total de 9.6 milhões U.I.; anti-inflamatório e analgésico também foram prescritos, porém, o paciente não lembra os nomes.

No segundo dia do tratamento ocorreu drenagem espontânea à direita com saída de secreção de coloração verde-claro, sem odor fétido e sem sangue. Este material foi submetido a exames (não sabe quais) sem, contudo, esclarecer o caso. Três semanas depois, houve drenagem espontânea na massa ganglionar esquerda, com secreção de mesmas características da anterior.

Como o quadro não regredia, o paciente foi submetido a biópsia de região inguinal direita, tendo como resultado infecção crônica inespecífica. Nesta época, o paciente notou regressão do quadro clínico e não retornou ao serviço de saúde.

Um ano após, houve recidiva da manifestação clínica à direita, quando procurou outro serviço de saúde em São Paulo, sendo diagnosticado Linfogranuloma Venéreo e tratado com tetraciclina, obtendo pouca melhora clínica. Como o quadro aumentava e diminuía de intensidade, não apresentando outras manifestações gerais severas, tipo febre alta e emagrecimento, o paciente passou a suportar a doença.

Depois de vários meses, notou recrudescimento das massas ganglionares inguinais e procurou, então, o Setor de DST-UFF, época em que já residia no município de São Gonçalo, cidade próxima a Niterói.

¹ Professor e Chefe do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

² Professora Adjunta da Disciplina de Micologia do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

³ Professor do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

⁴ Professora Convidada, Programa de Pós-Graduação em DST, Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

⁵ Médica Ginecologista, Especializanda em Doenças Sexualmente Transmissíveis, Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

Ao exame, encontramos o paciente com bom estado geral, peso compatível com estatura e apresentando massas ganglionares inguinais inflamatórias, tipo bubão, indolores, com fistulas drenando material purulento.

Foi colhido material da região inguinal para pesquisa de BAAR, Chlamydia e fungos. Foram solicitados exames sorológicos para Sífilis e anti-HIV.

RESULTADOS

- Pesquisa em secreção de BAAR e Chlamydia: negativas.
- Sorologias para sífilis e HIV: negativas.
- Pesquisa para fungos em secreção de massas ganglionares: positivos para paracoccidioidomicose.

CONDUTA

- Pesquisa de focos pulmonares com resultado negativo.
- Ultra-sonografia de abdômen, com resultado normal.
- Investigação de outros casos na família, tendo resultado negativo.
- Encaminhamento ao Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias, onde foi medicado especificamente para paracoccidioidomicose com sulfametoxazol + trimetoprim.



Figuras 1 e 2 – Fotografias massas ganglionares inguinais*.

*Devido às fistulas e processo inflamatório é possível confundir-se com linfogranuloma inguinal

Fonte: Arquivo de Fotografias do Setor de DST-UFF

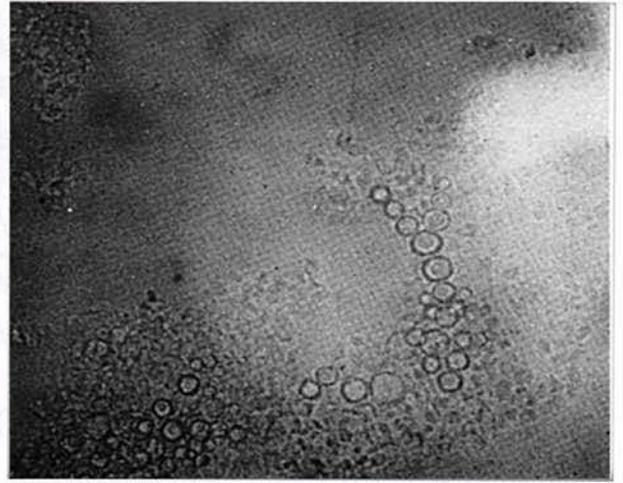


Figura 3 – Fotografia do exame microscópico a fresco com KOH a 20%*

* Observa-se formas arredondadas multibrotantes características de *Paracoccidioides brasiliensis*

Fonte: Arquivo de Fotografias do Setor de DST-UFF

CONCLUSÕES

Nem todas as lesões localizadas em área genital são doenças sexualmente transmissíveis.

É importante que o médico de clínica de DST tenha visão geral sobre as doenças de evolução crônica, infecciosas ou não.

O apoio laboratorial com cooperação entre profissionais de áreas afins é indispensável para uma boa prática médica.

Endereço para correspondência:

Setor de DST-UFF/MIP/CMB/CCM
Outeiro São João Batista, s/nº, Campus do Valonguinho,
Centro, Niterói-RJ. CEP: 24210-150
E-mail: mipmaur@vm.uff.br