

Caso clínico n. 06

Paciente masculino, de 21 anos, admitido na emergência por febre, cefaléia, vômitos, sonolência, irritabilidade, calafrios e mialgia, os quais iniciaram 24 horas antes. Não havia evidências de infecção prévia de vias aéreas superiores. Ao exame físico o paciente estava sonolento, desorientado e hipotenso. Tinha petéquias nas pernas e membros superiores, além de sufusões hemorrágicas conjuntivais. Bolhas coalescentes de bordas eritematosas podiam ser vistas nos membros inferiores. O paciente tinha rigidez de nuca e não foi observado papiledema.

As radiografias de tórax mostravam consolidação alveolar no lobo inferior esquerdo e uma tomografia computadorizada do crânio foi normal. O líquido era turvo, com 5300 células/mm³ (97% neutrófilos e 3% monócitos), glicorraquia de 74 mg/dL (glicemia de 100 mg/dL), e proteinorraquia de 45 mg/dL. O exame microbiológico foi negativo, incluindo a cultura para micobactérias e fungos. A sorologia para HIV foi negativa.

Caso clínico n. 07

Rapaz de 18 anos, admitido por cefaléia intensa, persistente e ataxia associada a alterações na fala (fala empastada). O paciente estava bem até 1 semana antes, quando acordou com uma intensa dor retro-orbital e cefaléia frontal bilateral e na base do crânio, com fotofobia. Suas dores eram similares a dores sentidas anteriormente por ocasião de episódios pregressos de sinusite e otites desde os 12 anos de idade, com a diferença de que eram bem mais acentuadas naquele dia. Além disso, a cefaléia o havia acordado do sono habitual, além de não ter melhorado muito com o uso de ibuprofeno o qual ele fez uso na ocasião. Quatro dias antes da admissão, seu médico prescreveu o tratamento costumeiro com amoxicilina e anti-histamínicos, mas no dia seguinte a cefaléia piorou. O paciente vomitou uma vez e passou a sentir-se fraco. Então ele começou a ter a fala ligeiramente empastada, caminhar instável e tremores para alcançar objetos com as mãos. No dia da internação ele tinha também coriza, obstrução nasal e tosse seca. Informações obtidas na internação eram de que o paciente era aluno do ensino médio e praticava atividades voluntárias nas férias, tais como limpeza de parques públicos. Ele tinha recebido vacinação para sarampo no ano anterior.

A temperatura corporal era de 36,7°C, o pulso 67 e FR 16. PA 115/65 mmHg. Havia hiperemia conjuntival discreta, com edema palpebral leve e rinorréia anterior clara, mucóide. O pescoço estava livre. A fala era fluente mas com discreta disartria. Também tinha discreta dismetria no teste indicador-nariz bilateralmente. Movimentos finos dos dedos da mão direita eram ligeiramente incoordenados. O teste de Romberg não mostrou anormalidades. A urina era normal, o hematócrito, 43,7%, e o leucograma, 7600/mm³, com 67% de neutrófilos, 18 % de linfócitos, 12% de monócitos e 3% de eosinófilos. A bioquímica era normal. Exames de imagem mostraram espessamento mucoso dos seios maxilares e etimoidais direitos.

Caso clínico n. 08

Uma menina de 12 anos deu entrada no hospital com febre alta e vômitos, seguidos de quadro abrupto de inconsciência. Ela estava bem até a semana anterior, quando um quadro de tosse, dor de garganta e rinorréia surgiu. No dia anterior a temperatura corporal subiu subitamente para 39,4°C. Na madrugada ela começou a vomitar e no início da manhã foi levada à emergência do hospital, onde chegou consciente, com PA 135/75 mmHg, FC 121 e temperatura 39,2°C. Ela estava alerta, orientada, capaz de andar e falar coerentemente. Aproximadamente 1 hora após a admissão houve súbita flexão dos punhos e extensão dos joelhos, tornando-se irresponsível a estímulos verbais e apresentando incontinência urinária.

FC = Frequência Cardíaca. Quando a unidade de mensuração for omitida, considerar batimentos/minuto

FR = Frequência Respiratória. Quando a unidade de mensuração for omitida, considerar incursões/minuto

PA = Pressão Arterial, sistólica e diastólica, medida em mmHg

CK = Creatininaquinase (MB denota fração da enzima específica de musculatura miocárdica). A unidade de mensuração dessas enzimas é Unidades Internacionais/L

Resultados de bioquímica foram expressos em mg/dL. As Pressões parciais dos gases arteriais foram mensuradas em mmHg e o HCO₃, em mm/L

Caso clínico n. 09

Um paciente do sexo masculino, de 33 anos, apresentou-se ao hospital com história de 1 dia de tosse, cefaléia, vômitos, artralgia e fraqueza. Havia perda de peso nos últimos meses. Ele tinha sido visto no dia anterior pelo seu clínico que prescrevera um antibiótico para sinusite, cujo nome não foi lembrado. Ao exame havia sinais de irritação meningorradicular. Nas 2 horas seguintes houve deterioração neurológica rápida. O exame do líquido mostrou: glicose 12 mg/dL, proteínas 300 mg/dL, 900 células/mm³ (90% de neutrófilos) e bacterioscopia positiva para diplococos Gram negativos intracelulares.

Caso clínico n. 10

Bebê de 5 meses de idade, pesando 8 kg, é trazido à emergência de pediatria por conta de febre moderada (38,5°C) e choro persistente. A mãe havia medicado com paracetamol em casa, sem melhora. Ao exame apresentava-se em bom estado geral, bem corado, sugando vigorosamente na mãe, com fontanela anterior normal, sem sinais de irritação meningorradicular, muito irritado e pouco atento ao ambiente. Como não havia sinais de foco infeccioso e como a febre baixou após dose de dipirona feita no hospital, a conduta foi expectante e a criança foi liberada para casa, sendo a mãe orientada a trazê-la ao pronto-socorro para reavaliação com 24 horas. A mãe não compareceu no período previsto, mas 2 dias depois, com a criança muito pálida, bastante letárgica, com desvio conjugado do olhar, fontanela anterior abaulada, tensa e pulsátil. Durante o exame físico apresentou convulsão tônica de cerca de 2 minutos, cessando com diazepam venoso. O hemograma mostrava 23 mil leucócitos, com 90% de neutrófilos (sendo 25% de formas jovens) e anemia normocítica (htc 28%). O exame do líquido mostrou: glicose 2 mg%, proteínas 90 mg%, 180 células/mm³ (75% polimorfonucleares), cocos Gram positivos aos pares. Foi iniciada cefotaxima imediatamente. A criança evoluiu com hipertensão intracraniana de difícil controle. A tomografia de crânio mostrou grande área de infarto cortical no hemisfério cerebral direito.