

Caso clínico n. 11

Paciente HIV positivo de 33 anos, portador de candidíase oral e esofágica, com intensa dor abdominal superior e dor retro-esternal. Ao exame clínico estava hipocorado, acianótico, hipohidratado, anictérico e afebril e foi internado para investigação. No 3º dia de internação apresentou febre de 38,5 graus e diarreia, com 3 episódios de evacuações líquidas, esverdeadas.

A investigação laboratorial na admissão apresentou: hemácias, 3,6 milhões/mm³; hemoglobina, 10,1 g/dL; contagem de leucócitos, 3.000/mm³, com 1% de eosinófilos, 14% de bastões; 53% de neutrófilos segmentados e 31% de linfócitos. Ultrassonografia de abdome superior revelou esplenomegalia homogênea de grau discreto. Foram colhidas 3 amostras de hemoculturas à admissão.

No 3º dia de internação, devido ao surgimento de febre e diarreia o paciente recebeu ciprofloxacina 500 mg VO 12/12h. Os sintomas desapareceram e o paciente teve alta em bom estado geral.

Caso clínico n. 12

Criança do sexo feminino, 6 anos, natural e procedente do interior de SP, procurou o serviço de emergência com queixa de fraqueza muscular há um mês.

Inicialmente a criança começou a tropeçar e cair com frequência exagerada, acompanhada de instabilidade emocional relacionada com tristeza e choro sem causas evidentes. Concomitantemente apresentou movimentos incoordenados de membros superiores e tremores de extremidades que desaparecem com o sono. Alguns dias após o início do quadro a criança não conseguia permanecer sentada nem caminhar. Evoluiu com parada total de deambulação devido à piora da incoordenação motora e fraqueza muscular e também com afasia (Figura 1). Na história foi referida uma internação anterior há cerca de 5 meses por apresentar vômitos incoercíveis e febre tendo sido diagnosticada na época uma amigdalite tratada com antibiótico por via oral. Refere ainda um emagrecimento de cerca de 10 kg em 40 dias.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, afebril, eupnéica, afásica, anictérica, peso de 18 kg, com presença de gânglios cervicais anteriores e posteriores, glânglios submandibulares, axilares e inguinais palpáveis bilateralmente. Ausência de nódulos ou máculas no tegumento. Orofaringe com presença de hipertrofia de amígdalas sem pontos purulentos. Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas normofonéticas a dois tempos com sopro sistólico leve panfocal, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, indolor à palpação, sem visceromegalia, ruídos hidroaéreos presentes. Aparelho ósteo-articular com ausência de sinais inflamatórios e presença de hipotonia muscular acentuada, movimentos incoordenados e involuntários dos membros superiores e inferiores. Sistema nervoso sem alteração de consciência com perda de controle esfinteriano e regressão de desenvolvimento neuropsicomotor.

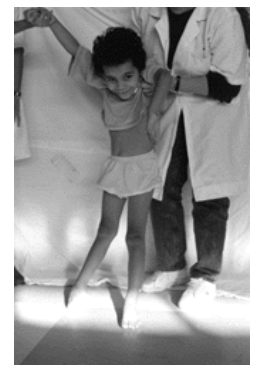


Figura 1 - Impossibilidade de deambulação pela incoordenação motora e fraqueza muscular:

Caso clínico n. 13

Uma menina de 10 meses de idade foi admitida no hospital por causa de febre e exantema.

Ela se encontrava bem até 1 mês antes quando ela foi examinada por causa de febre e um exantema sugestivo de escarlatina. Uma cultura de orofaringe feita na época foi negativa. O exantema melhorou após um curso de 10 dias de amoxicilina. Um diagnóstico de roseola foi feito. Alguns poucos dias depois a pele dos braços e pernas começou a descamar. Onze dias antes da admissão a temperatura do paciente subiu a 40 graus e ela começou a apresentar-se

irritada comer mau e começou a ter tosse seca coriza lábios edemaciados e eritema lingual. Nesse momento a criança foi referida ao hospital.

A menina era de termo, sua imunização estava em dia, e tinha perdido 450 g de peso corporal nas 2 semanas anteriores. A temperatura era de 39,7 graus, pulso 120 e FR 46, com PA 115/65.

Ao exame tinha um exantema eritematoso difuso, com descamação nas pernas, e dedos dos pés e das mãos. Havia adenopatia cervical, axilar e inguinal. As conjuntivas eram eritematosas e havia coriza. Os lábios eram edemaciados e a língua e faringe estavam vermelhas. A membrana timpânica esquerda era branca. Ausculta cardíaca e pulmonar eram normais. Contudo, o RX de tórax revelava uma condensação em lobo superior e hilo direitos, com derrame pleural subjacente (figura 2).



Figura 2 - Condensação em lobo superior e hilo direitos, com derrame pleural subjacente:

Caso clínico n. 14

Paciente com 65 anos, do sexo masculino, apresentava há 3 dias: febre, vômitos, dores musculares intensas e diarreia. Durante a consulta o paciente referiu ainda prurido corporal há vários dias. Tinha 40°C de temperatura axilar, pulso 70, PA 110/60, confusão mental discreta e exantema macular róseo no tronco (figura 3), além de esplenomegalia. Foram colhidas hemoculturas, coproculturas e urinoculturas e, após instituição de um diagnóstico empírico, foi iniciada ceftriaxona 3g/dia. Após 3 dias de tratamento as culturas continuavam negativas e a condição do doente tinha piorado bastante, tornando-se comatoso, com febre altas, dispnéia grave, e aumento do exantema, o qual havia assumido características petequiais e persistia distribuído no tronco, mais evidente no abdome (figura 4). Também no 7º dia de doença desenvolveu ainda grave trombocitopenia (4900 trombócitos/mm³), TGO 422 UI/L, DHL 2373 UI/L e o RX de tórax mostrava pneumonia intersticial bilateral (figura 5).



Figura 3 – Exantema róseo no tronco, 3º dia



Figura 4 – Exantema petequial no tronco, 7º dia

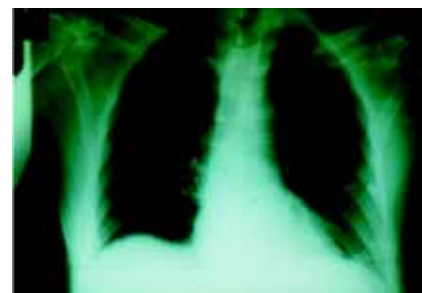


Figura 5 – Pneumonia intersticial bilateral

Caso clínico n. 15

Um senhor de 45 foi admitido no hospital por conta de febre diária (38 a 40°C) há 20 dias. Ele tinha calafrios e dores lombares, que pioravam com o movimento. Não era tabagista, não ingeria álcool, e negava viagens recentes, transfusões de sangue e promiscuidade. Ao exame estava visivelmente doente. A temperatura era 38°C e o pulso 116, FR 24 e PA 120/70. Havia dor lombar e edema nessa região. Exames complementares: Hto 33%, VHS 58, leucograma 17.100 cels/mm³ com diferencial normal, 317 mil plaquetas/mm³, creatinina 1.6, sódio 130, potássio 4.7. O paciente evoluiu com piora progressiva do quadro, com confusão mental, hipotensão, manchas petequiais nos pés (figura 6) e sopro cardíaco mitral, ++/4+.



Figura 6 – Lesões petequiais plantares