

Caso clínico n. 16

Um rapaz de 26 anos procurou o serviço de emergência com uma história de 2 dias de dor de garganta. Ele estava impedido de comer sólidos devido a dor e inchaço locais, mas tolerava líquidos. Ele estava afebril mas tinha tomado 800 mg de ibuprofeno 1 hora antes da entrada. No exame físico, um exsudato branco era visto nas tonsilas (figura 1). Não havia esplenomegalia, nem adenopatias. A situação vacinal estava em dia. O paciente foi tratado com 1,2 milhões de unidades de penicilina G benzatina por via intramuscular e recebeu receita de benzocaína tópica em spray. Foi realizada também cultura de orofaringe.

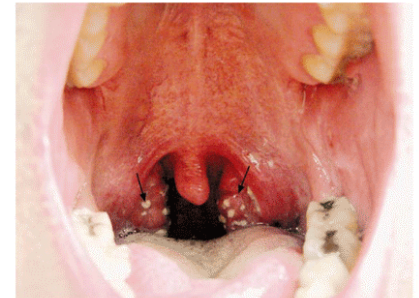


Figura 1. Exsudato tonsilar branco

Caso clínico n. 17

Um senhor de 37 anos foi admitido por febre, calafrios e linfadenopatia difusa. Ele tinha uma história de febre há 2 semanas, acompanhada de calafrios, mialgia e dor de garganta. Estava sendo tratado em outro hospital, com oxacilina e gentamicina, sem melhora, quando foi transferido para o serviço em questão.

Sua temperatura era 39,5 graus e a PA 100/60. Havia hiperemia faríngea leve e placas brancas nas tonsilas. Houvia-se uns poucos estertores crepitantes na base dos pulmões e um sopro sistólico +/4+ estava presente na borda esternal esquerda.

O paciente era um indigente e não tinha domicílio fixo. Oito semanas antes da admissão, o paciente havia estado em uma clínica de reabilitação para alcoólicos, onde teve 1 episódio de convulsão e desde então usava carbamazepina. Também tinha história de uso de drogas endovenosas (cocaína) e promiscuidade.

Os exames complementares realizados incluíam 5 hemoculturas, todas com resultados negativos. Uma cultura de orofaringe também foi negativa para estreptococcus do grupo A. Ele tinha anemia (hto 33%) e leucopenia (2100 cels/mm³) que pioraram nos primeiros dias de internação. Uma sorologia para HIV havia sido feita 1 mês antes da admissão, com resultado negativo. Os RX de tórax mostravam linfadenopatia hilar bilateral, com alargamento do mediastino superior, infiltrados em bases e pequeno derrame pleural bilateral.

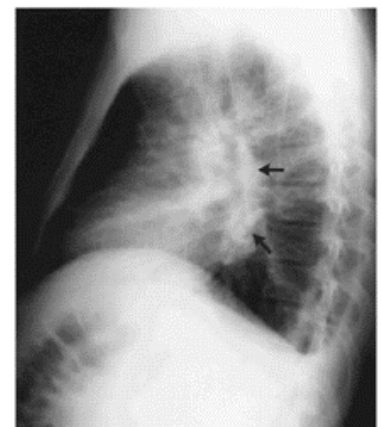


Figura 2. Gânglios hiliares, alargamento mediastinal, infiltrados em bases e derrame pleural bilateral

Caso clínico n. 18

Paciente de 64 anos de idade procurou o hospital com queixa de aumento do tamanho do nariz, com edema, eritema (figura 3) e desconforto de início há quatro anos. Ele também notou destruição do septo nasal e a descarga periódica de secreção purulenta e/ou sanguinolenta. Com o tempo, observou envolvimento do palato mole e úvula (figura 4). A tomografia de seios da face (figura 5) mostrava a presença de líquido no seio maxilar direito (seta vermelha), a destruição do septo nasal (seta branca) e dos cornetos à direita (seta verde).

Havia dificuldade inicial à deglutição que evoluiu com a impossibilidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos. Nos últimos seis meses perdeu 10kg de peso corporal. Visitou médicos e hospitais e recebeu tratamento com medicamentos variados sem obter melhora.



Figura 3. Edema nasal crônico, com hiperemia



Figura 4. Envolvimento de palato e úvula

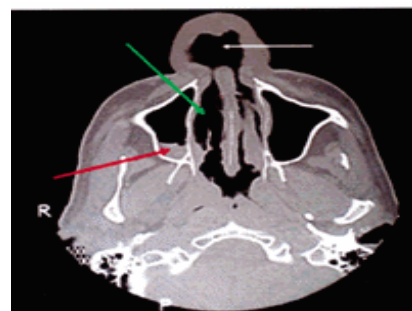


Figura 5. TC de seios da face — liq no seio maxilar direito e destruição septal

Caso clínico n. 19

Paciente, de 29 anos de idade, foi admitido em hospital de Belo Horizonte, MG, Brasil, relatando dor torácica e febre de início há duas semanas. Ele informava queda e traumatismo torácico leve três semanas antes do início da doença atual. O hemograma revelou a presença de leucocitose com desvio à esquerda. A radiografia do tórax mostrou a presença de condensação pulmonar com broncograma aéreo no pulmão esquerdo. Iniciou-se o tratamento para pneumonia com ceftriaxona e o paciente recebeu alta hospitalar melhorado três dias depois. Cinco dias mais tarde ele retornou ao hospital com as mesmas queixas. A segunda radiografia de tórax confirmou as mesmas alterações descritas anteriormente (Figura 6 – a seta preta chama a atenção para o broncograma aéreo).

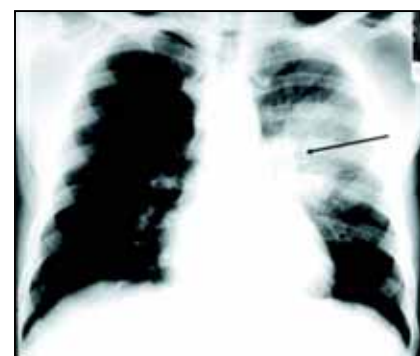


Figura 6. Condensação LSE e broncograma

Caso clínico n. 20

Um rapaz de 27 anos, negro, foi admitido em hospital de doenças infecciosas, sofrendo de febre alta e calafrios.

Ele estava bem até 6 dias antes, quando desenvolveu febre de 40 graus, acompanhada de tremores e calafrios, além de cefaléia, vômitos, prostração e mialgia generalizada, particularmente nas panturrilhas. No 5o dia de doença notou-se icterícia.

O paciente referia a existência de ratos nos fundos de sua casa, que estavam alagados por águas das chuvas alguns dias antes do início do quadro.

Ao exame físico o paciente estava profundamente icterício, com hiperemia conjuntival importante, com pulso 108 e irregular, 37 graus, PA 70/30 e FR 32. Ele se queixava de dor intensa à palpação do abdome e panturrilhas.

Exames complementares: uréia = 247; creatinina 5,8; TGO 70; TGP 28; Albumina 2,5; Bilirrubina total 55,2 (38,1 de direta); Leucograma 13.100, com 98% neutrófilos; 126 mil plaquetas; hematócrito 34%; proteinúria +++ e hematúria ++ no sumário de urina.