

Caso clínico n. 21

Paciente de 31 anos, do sexo feminino, nos últimos seis meses, vinha apresentando dor abdominal em região hipogástrica, diarreia, perda ponderal de 5kg, anorexia, febre e lombalgia intensa, associada a diminuição da força nos membros inferiores. Encontrava-se, ao exame físico, emagrecida, hipocorada, com dor abdominal difusa e hepatomegalia dolorosa.

A radiografia simples de tórax foi normal e a radiografia de coluna mostrou lesões líticas das últimas vértebras lombares, com desmoronamento do corpo vertebral de L5 (figura 1 A). A tomografia computadorizada (TC) abdominal evidenciou abscessos no músculo psoas maior, bilateralmente (12x15cm), estendendo-se, à direita, para os músculos íleo-psoas e ilíaco (figura 1 B) e linfadenomegalia para-aórtica e mesentérica. O abscesso à direita foi drenado por via percutânea, orientado por TC. Após a saída de 1.000ml de secreção purulenta, foi inserido um cateter. A cultura do material drenado foi negativa para bactérias piogênicas.

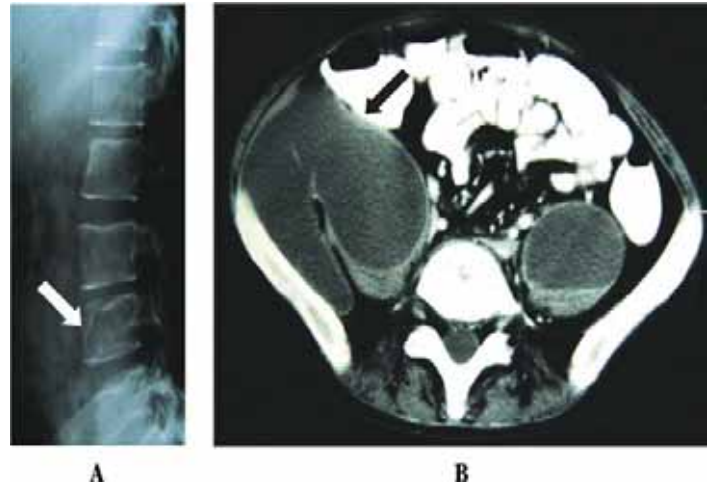


Figura 1. Lesões líticas em L5 (A) e abscessos no psoas maior bilateralmente e linfadenopatia para-aórtica e mesentérica (B)

Caso clínico n. 22

Mulher de 29 anos, com febre há 7 dias, dor de cabeça intensa, mialgia e diarreia. A paciente morava em meio rural e tinha contato com animais domésticos e roedores. Foi admitida com diagnóstico de leptospirose e foi iniciada penicilina cristalina de imediato. Ao exame físico a paciente tinha 40 graus centígrados, exantema nas extremidades dos membros inferiores e FC 124, PA 95/60. A hemoglobina era 10,7, Hto 28%, leucometria 5.410 cels/mm³, com 27% de bastões, plaquetas 20.600/mm³, creatinina 5,6mg%, TGO 289, TGP 426, e a bilirrubina direta 3,3 mg%. O RX de tórax foi normal.

Os sintomas pioraram imediatamente após a internação. A paciente desenvolveu desorientação, desidratação, convulsões e dispnéia, tendo sido transportada para a UTI. Após 1 dias de internação, a paciente desenvolveu um exantema macular petequial também nas extremidades de membros superiores (figura 2) e a terapia foi trocada para cloranfenicol. Após 2 dias na UTI a paciente desenvolveu hemorragia digestiva alta e faleceu.



Figura 2. Exantema macular petequial MMSS

Caso clínico n. 23

Paciente do sexo feminino, com 16 anos de idade, natural e residente do Mato Grosso. Foi internada com edema e icterícia desenvolvidos recentemente. Tinha história de malária e hepatite aos 4 anos de idade. Investigação inicial mostrou atividade de protrombina (TAP) de 32%; albumina de 2,5g/dl; bilirrubinas totais de 4,0g/dl, TGP de 136U/ml; e TGO de 66U/ml. A ultra-sonografia mostrava ascite volumosa, esplenomegalia e sinais de doença parenquimatosa crônica do fígado. Endoscopia digestiva revelou varizes esofagianas de grau 2. Após 34 dias de internação, recebeu alta. Voltou, porém, a ser internada alguns dias após, por apresentar anasarca, icterícia, encefalopatia hepática e hemorragia digestiva, indo a óbito.

Caso clínico n. 24

Uma menina de 2 anos foi admitida em um hospital da Bahia por apresentar febre baixa, mal estar, colúria e hipocolia fecal com 5 dias de evolução. A paciente estava icterica (+++/4) e com abdome distendido, difusamente doloroso e com hepatoesplenomegalia. A PA era 120x70 mm Hg, FC 160 bpm, FR = 45 irpm, com padrão de Kussmaul. Havia intensa diminuição da atividade de protrombina e altos níveis de bilirrubina sérica. O tratamento iniciado incluiu oxigenoterapia, manitol, dobutamina, controle hidroeletrólítico e ácido-básico. A paciente respondeu bem e melhorou progressivamente, com alta em 13 dias.

Caso clínico n. 25

Um menino de 7 anos deu entrada na UTI com toxemia e obnubilação associados a exantema bolhoso. Ele estava bem até 4 dias antes quando surgiu febre de 38° C e vômitos. Seus sintomas pioraram e após 3 dias surgiu toxemia, quando o paciente foi internado. Ao exame físico estava bem nutrido/bem desenvolvido (peso no percentil 75), desidratado, taquipnéico, confuso e sonolento. Havia uma erupção bolhosa em tronco, com múltiplas lesões polimórficas no tronco, braços e pernas (máculas/pápulas/pústulas/crostras). Uma área localizada de edema doloroso era observada na parede anterior do tórax, à esquerda, estendendo-se ao ombro esquerdo, sem flutuação. A temperatura axilar era 38° C, FC 120, FR 24, PA 90 x 60 mmHg. Os pulsos eram palpáveis mas o enchimento capilar estava diminuído. Na 121 mEq/L, K 4.4 mEq/L, uréia 96 mg/dL, creatinina 1.1 mg/dL, desidrogenase láctica 1041 U/L, TGO 198 U/L, TGP 57 U/L, atividade de protrombina <10%, leucometria 45,100/mm³ (15% bastões, 73% segmentados), Hb 11.8 g/dL, Hto 33%, plaquetas 95000/mm³. Foi feito um aspirado por punção dos tecidos profundos da região torácica envolvida, que resultou em 1 ml de secreção serosa. A bacterioscopia dessa amostra era de cocos Gram positivos em cadeias.



Figura 3. lesões polimórficas: máculas, pápulas, pústulas e crostras