

## Caso clínico n. 41

Paciente de 25 anos, militar, natural de Pinheiros (MA), procedente de Boa Vista, (RR). Chegou à consulta com queixas de febre e urina escura há 1 semana. O paciente apresentava ainda importante adinamia, anorexia, colúria, diarreia pouco expressiva e dores musculares. Um mês antes tinha feito tratamento antimicrobiano prescrito para infecção urinária por médico da região de procedência. Após a consulta atual foi feito o diagnóstico presuntivo de hepatite, instituída medicação sintomática e colhido material para avaliação laboratorial.

Após 1 semana da consulta inicial, antes dos resultados dos exames solicitados, a febre se elevou substancialmente, com calafrios, prostração, sonolência e desorientação. O doente apresentava-se acentuadamente pálido, com hepatomegalia, espaço de Traube ocupado e doloroso, com desorientação, delírios, torpor e prostração. A pressão arterial era de 110x70mmHg, tinha taquicardia e febre de 39,8°C. Foi admitido em UTI, na mesma noite, com K=3,2mg/dl, uréia=57mg/dl e creatinina=1,5mg/d.

## Caso clínico n. 42

Paciente do sexo masculino, 38 anos de idade, minerador, recém-chegado do Amapá há três semanas, vacinado previamente para febre amarela e hepatite. Internado com história de febre há quatro dias, associada a cefaléia, odinofagia e rinorréia, além de disúria e colúria. Os exames laboratoriais na admissão mostravam hematócrito de 48% (hemoglobina de 17 mg/dl), leucograma com 5.340 células (diferencial de 0/2/3/62/20/7/6), plaquetopenia (29.100 plaquetas), aumento de transaminases (TGO = 81 mg/dl; TGP = 134 mg/dl) e elevação de escórias nitrogenadas (creatinina = 1,4 mg/dl; uréia = 38 mg/dl). O EAS mostrava 10-15 leucócitos/campo, 20-30 hemácias/campo e cilindros granulosos, além de proteinúria (> 2 g).

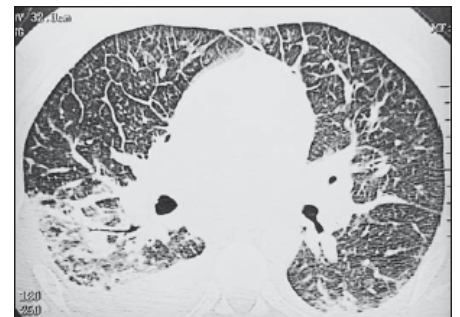


Figura 1. TC com infiltrado e derrame pleural bilaterais, piores à direita

A sorologia para dengue foi negativa. Uma tomografia computadorizada do abdome revelou apenas edema periportal hepático. Durante a internação evoluiu com coagulação intravascular disseminada. As radiografias de tórax mostraram infiltrado intersticial paracardíaco bilateral, com derrame pleural, achados confirmados à tomografia computadorizada (figura 1).

## Caso clínico n. 43

Paciente masculino, 27 anos, natural e procedente de Guanambi (BA), chegou com queixas de falta de ar há 1 semana, pior à noite, inchaço nos pés e tosse há meses. Há 2 anos vinha sentindo dor retroesternal em pontada, intermitente, que piorava com a tosse. Tinha antecedentes de doença reumática aos 16 anos de idade com disfunção mitral completa e insuficiência aórtica. Na época teve quadro de insuficiência cardíaca congestiva, pericardite, poliartrite migratória e febre. Após tratamento hospitalar abandonou o acompanhamento ambulatorial, retornando para a cidade de origem. Ao exame físico de entrada, apresentava-se em satisfatório estado geral, afebril, corado, hidratado, ictérico ++, com pressão arterial = 140x50mmHg e estase jugular a 45°. A propedêutica cardíaca revelava ictus palpável no 7º espaço intercostal, 3cm à esquerda da linha hemiclavicular, globoso e hiperimpulsivo. A ausculta cardíaca tinha sopros aórticos e mitral +++. O fígado era palpável a 6cm da borda costal direita, endurecido ++, com superfície lisa, borda romba e indolor. Havia edema compressível de +++ em membros inferiores com extensão dos maléolos até raiz da coxa.

A radiografia de tórax em PA revelou cardiomegalia global ++++ (figura 2). O eletrocardiograma evidenciava bloqueio atrioventricular de 1º grau e bloqueio completo de ramo esquerdo. No ecocardiograma, foram constatados aumento acentuado das quatro câmaras, insuficiência tricúspide ++, insuficiência aórtica ++, insuficiência mitral ++, estenose mitral +, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40%. Nessa ocasião, a insuficiência cardíaca congestiva mostrava-se refratária ao tratamento.

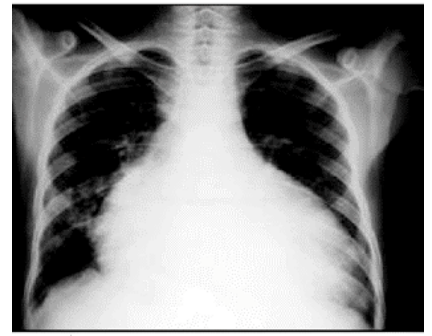


Figura 2. Cardiomegalia global

#### Caso clínico n. 44

Paciente de 65 anos de idade, morador de cidade satélite de Brasília e procedente de Barreiras (BA), internou com queixa de dor abdominal intensa e dispnéia. Referia não evacuar há 2 semanas. Após anamnese dirigida verificou-se que o paciente apresentava disfagia há vários meses, especialmente para alimentos secos, com piora nas últimas semanas.

Ao exame físico estava emagrecido, com o abdome globoso, distendido, difusamente doloroso, sem dor à descompressão. Não era possível palpar baço e fígado pela grande distensão abdominal. Exames contrastados de RX mostraram esofagectasia e acalasia além de grande quantidade de fezes no cólon sigmóide (figura 3 e 4).



Figura 3. Megaesôfago e acalasia do cardia



Figura 4. Megacólon

#### Caso clínico n. 45

Paciente de 22 anos, sexo feminino, procedente de área rural de Cametá (PA), internou em 2000 com febre alta, calafrios, artralgias, dor abdominal intensa, e vômitos. Seu pai, fazendeiro de 50 anos, e sua irmã de 18 anos foram internados na mesma semana com sintomas muito parecidos, incluindo febre alta. Após 3 dias de internação a paciente apresentou dispnéia, edema de membros inferiores, taquicardia com ritmo de galope, hipotensão e insuficiência renal. Encaminhada à UTI, apresentou bloqueio completo de ramo direito e grande derrame pericárdico. Após 2 pericardiocenteses, a paciente piorou subitamente e foi a óbito por tamponamento cardíaco. Na necrópsia, fibras miocárdicas repletas de formas amastigotas foram visualizadas (figura 5). Um xenodiagnóstico realizado em sua irmã (que apresentou melhora) foi positivo e hemoculturas do pai da paciente (que também teve êxito letal) resultaram no crescimento de formas epimastigotas.

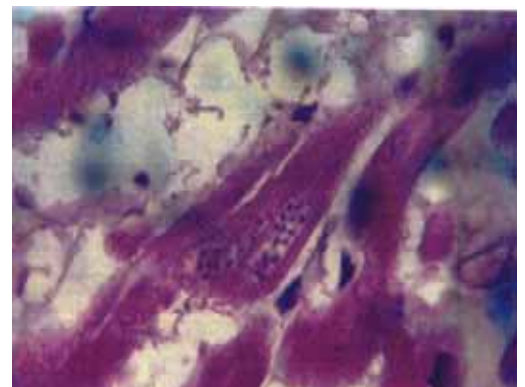


Figura 5. Fibra miocárdica repleta de amastigotas