

Caso clínico n. 46

Paciente de 48 anos, com história de tosse crônica, expectoração purulenta e perda de peso. Há 1 ano havia perdido a mãe e desde então estava com sinais de depressão grave, comendo mal e atribuindo toda a sintomatologia à depressão. Ao exame físico estava pálido, toxemiado, com múltiplas lesões bucais ulceradas, com exsudato esbranquiçado. O RX de tórax revelou infiltrado nodular bilateral e enorme cavidade no 1/3 superior direito (figura 1). A broncoscopia revelou lesões ulceradas nas mucosas da laringe e traquéia. A sorologia para HIV foi negativa. Vários outros exames foram feitos durante a internação.



Figura 1. Caverna em LSD

Caso clínico n. 47

Paciente do sexo masculino, de 19 anos, sadio, chegou à consulta com queixas de intenso prurido em região medial proximal da coxa direita e área contígua, sobretudo em bolsa escrotal (figura 2). Tinha história de viagem recente a Caldas Novas, onde passou os últimos 10 dias. Demais aspectos do exame físico eram normais. Na área afetada havia lesão de fundo hiperemiado, de bordas eritematosas, elevadas em região inguinal e pubiana, e planas na base da bolsa escrotal e região medial, proximal da coxa direita, com centro mais claro, ligeiramente descamativo e com sinais de escoriação.



Figura 2. lesão pruriginosa inguinoescrotal

Caso clínico n. 48

Paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, natural e procedente de Taguatinga - DF, com infecção sintomática grave pelo HIV, contraída por transmissão vertical. Encontrava-se em estágio avançado de imunodeficiência (contagem de células $CD4^+ = 3 \text{ cels/mm}^3$), com passado recente de infecção oportunística grave (meningite criptocócica). Seu tratamento específico incluía lamivudina + efavirenz + lopinavir/ritonavir. Há 3 anos vinha enfrentando um quadro de anemia persistente e progressiva, com ausência de reticulócitos no sangue periférico e hematócritos variando entre 8% e 26%, mantidos através de transfusões periódicas de concentrados de hemácias (média= 1,5 transfusão/mês), ilustrado na figura 3. Nesse período, foram tentadas várias modificações de drogas antiretrovirais, além de tratamento prolongado com eritropoietina humana recombinante, sem sucesso na remissão da anemia. O tratamento com imunoglobulina intravenosa padrão, em dose única diária por 5 dias resultou em elevação do hematócrito para 21% e posteriormente 33%, sendo detectados 2,1% e 3,5% de reticulócitos no sangue periférico, respectivamente.

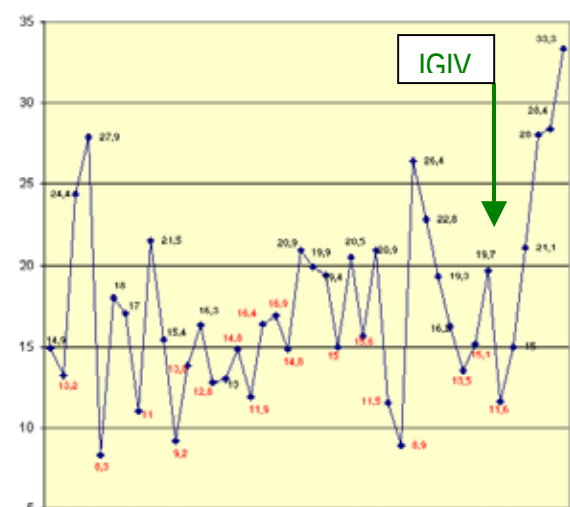


Figura 3. Variação do hematócrito e tto com IGIV

Caso clínico n. 49

Paciente de 21 anos, com febre alta há 20 dias. Na história o paciente referia que vinha sentindo-se mal há mais de 3 meses, com falta de apetite e tosse desde que tivera uma gripe muito forte e nunca mais curou. Desde então tinha perdido cerca de 10 Kg. A tosse era cheia ao anoitecer e pior ao deitar, quando se associava sudorese intensa o suficiente para molhar mais de um lençol por noite. Há mais de 1 mês surgiu também febre baixa, intermitente, mais à noite, sempre melhorada com chás e antitérmicos comuns. A febre passou a ser diária e alta há cerca de 3 semanas, quando surgiram expectorações hemoptóicas. Há cerca de 3 dias a hemoptise piorou e nessa ocasião o paciente teve perda de sangue volumosa após acesso de tosse.

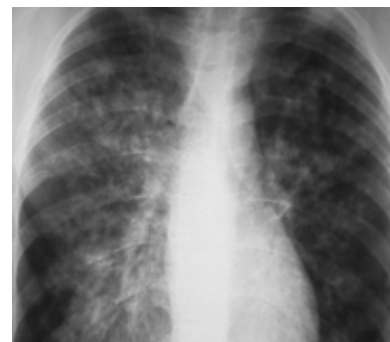


Figura 4. consolidação nodular parahilar bilateral

Durante o período, o paciente procurou serviços de saúde diversas vezes, ocasiões em que foram prescritos xaropes, nebulizações e duas receitas de antimicrobianos (amoxicilina e cefalexina). O paciente trouxe consigo 2 radiografias de tórax, ambas com discreto infiltrado perihilar. À internação foi feito novo exame radiográfico, o qual revelou consolidação nodular parahilar bilateral, pior à direita (figura 4).

Caso clínico n. 50

P.H., 55 anos de idade, sexo masculino, casado, militar.H.D.A.:O paciente foi atendido no Hospital, porque há vários meses começou a apresentar disartria que cedia espontaneamente, acompanhada de hemiparesias fácio-braqui-crural direita e cefaléias. H.P.P.:Sofre de gastrite crônica há mais de 5 anos e já teve uma úlcera duodenal, diagnosticada por endoscopia alta. Sofreu há 15 anos de traumatismo craniano, sem perda de consciência. Já apresentou também febre tifóide.H. Social:Tabagista de longa data. Nega etilismo.H. Fam.:Nada digno de nota.Exame Físico:Paciente em bom estado geral, afebril, normotenso, em decúbito ativo, no leito. Observadas duas lesões cutâneas pápulo-eritematosas, com centro ulcerado e bordas elevadas, de 2 cm de diâmetro, cobertas por crostas sero-hemáticas e localizadas na região inguinal esquerda e no braço direito. O paciente afirmou que estas lesões teriam 3 meses de evolução. Verificada hemiparesia fácio-braquio-crural direita. Presença de estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Foi palpado um nódulo de consistência firme, de 5mm de diâmetro e superfície irregular em testículo direito.Exames Complementares:Realizada tomografia cerebral axial computadorizada, contrastada, que evidenciou imagens múltiplas de aspecto nodular, com um diâmetro de aproximadamente 2 cm, localizadas na região frontal esquerda, temporo-parietal de mesmo lado, occipital direita e frontoparietal de ambos os lados.RNM Ressonância Nuclear Magnética cerebral com contraste, na qual se observam lesões captantes, com reforço no anel e edema perilesional (figura 5). RNM Ressonância Nuclear Magnética cerebral sem contraste, na qual se observam lesões captantes, com reforço no anel e edema perilesional (figura 6).

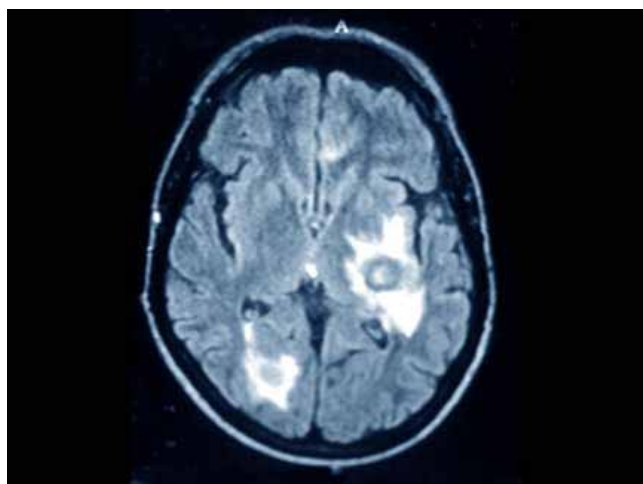


Figura 5. Ressonância Magnética com contraste

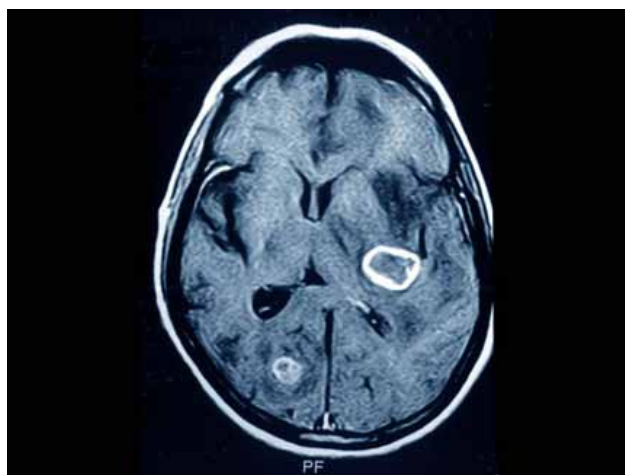


Figura 6. Ressonância Magnética sem contraste