

Caso 007 – Problemas na evacuação

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, marcou consulta no ambulatório de pediatria com a queixa de dificuldade escolar, isolamento e depressão. Sua mãe relata que a criança vem sofrendo também com dificuldade para evacuar (leva mais de 5 dias para tal), queixa dor abdominal e náusea. Refere que vem diminuindo a ingesta alimentar, pois se sente com má digestão. Descreve que as fezes da criança são muito volumosas chegando a entupir o vaso sanitário, o que é motivo de “piada e deboche” na família. Nas festas, a criança fica sempre isolado e na escola também. Os familiares e colegas referem que ele cheira mal, mas a mãe relata que “ele às vezes deixa escapar fezes na cueca” e por isso o cheiro.

A mãe, ao mesmo tempo que demonstra preocupação, também demonstra indignação, pois acha que a criança já tem idade suficiente para controlar suas fezes e seu comportamento perto dos outros. Ela veio à consulta solicitar a ajuda do pediatra. Ao exame físico apresenta fácies de tristeza e timidez, tem dificuldade em ser examinado. Apresenta abdômen algo globoso e doloroso a palpação profunda em região periumbilical com aumento de peristalse. Restante do exame físico sem anormalidades.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 006 – “Fortalecimento musculatura do tronco”

Paciente masculino foi encaminhado ao serviço com 8 meses e 20 dias, com diagnóstico de atraso no desenvolvimento motor. Estava acompanhado pela mãe, estudante. A queixa principal que causou a procura do serviço pela mãe foi: “fortalecimento de musculatura de tronco e quadril”(sic).

Mãe relata gestação sem intercorrências. Parto cesariana, durante o qual houve aspiração de líquido amniótico pelo filho, o qual permaneceu internado por 7 dias. Foi relatado também que pessoas da convivência perceberam que ele não conseguia ficar de pé com apoio aos 7 meses de idade. Além disso, ele faz uso de cadeira de rodas para se locomover (apesar de conseguir deambular com auxílio) e utiliza almofada entre as pernas para dormir. Não apresenta limitações de comunicação ou de linguagem. Nega presença de comorbidades e não há relato de dor. Está em uso de coenzima Q e vitamina D.

Ao exame físico foi observada:

Hipertrofia da musculatura dos membros inferiores;

Encurtamento de flexores de quadril, joelho e plantiflexores;

Fraqueza dos extensores do quadril, joelho, tronco e dos flexores do joelho e abdominais;

Fadiga muscular ao realizar extensão de tronco;

Dificuldade para levantar do chão;

Hipotrofia muscular;

Diminuição da amplitude de movimento da extensão do joelho;

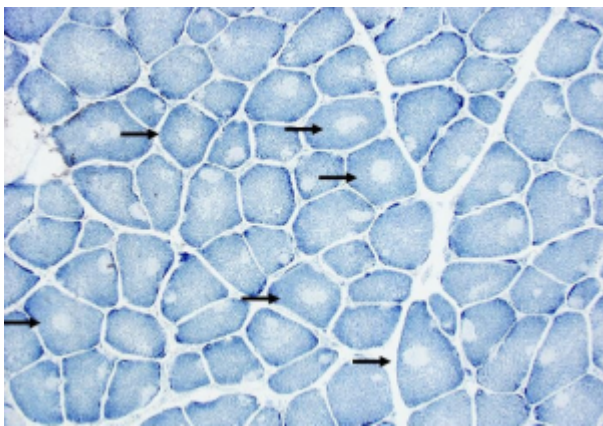
Antiversão pélvica.

Ao exame de força muscular foram encontrados os seguintes achados:

	DIREITO	ESQUERDO
Flexores do quadril	4	4
Flexores do joelho	3	3

Extensor do joelho	3	3
Abdominais	0	0
Extensores do tronco	3	3
Extensores do quadril	3	3

Diante desses achados clínicos foram realizados Ressonância Magnética Nuclear do encéfalo e da medula e Tomografia Computadorizada de crânio, os quais não evidenciaram nenhuma anormalidade. Com isso, foi realizada biópsia muscular, a qual evidenciou os seguintes achados:



Aspectos histopatológicos: NADH-TR , secção transversal do reto femoral. Predominância marcada de coloração escura, fibras de alta oxidação tipo 1 com núcleos que afetam a maioria das fibras. Os núcleos são tipicamente bem demarcados e localizados centralmente (->), mas podem ocasionalmente ser múltiplos e de localização excêntrica.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 005 – Febre e náuseas

Paciente masculino jovem, previamente hígido, encaminhado devido a quadro de febre, acompanhado de náuseas, mialgia e oligúria há um dia. É morador de zona rural, relata ter se vacinado contra febre amarela há um dia. Foi admitido no pronto atendimento da Santa Casa de Caridade de Diamantina, iniciado medicação sintomática para vômitos e febre, hidratação venosa, solicitados exames laboratoriais e internado na enfermaria de clínica médica.

Dados vitais:

Pressão arterial: 110/80mmHg

Frequência cardíaca: 81bpm

Exame físico: eupneico, febril, hidratado

Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular Fisiológico sem Ruídos Adventícios

Saturação de oxigênio 95%

Ausculta Cardiovascular: Ruído cardíaco regular em 2T

Abdômen livre

Ausculta dos ruídos hidroaéreos positivo

Membros superiores sem edemas.

Exames Laboratoriais da admissão:

Hematócrito: 35,3 %

Hemoglobina: 12,1 g/dL

Leucócitos Totais: 7200 U/microL

Plaqueta: 133000 U/microL

Creatinina: 0,88 mg/dL

Ureia: 23 mg/dL

Bilirrubinas totais: 1,3 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,26 mg/dL

Sódio: 137 mmol/L

Potássio: 3,7 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 194 U/L

Trasaminase glutânica pirúvica (TGP): 136 U/L

Paciente evoluiu durante os próximos três dias com quadro de febre e vômitos. Novos exames laboratoriais:

Hematócrito: 36,1 %

Hemoglobina: 12,5 g/dL

Leucócitos Totais: 1700 U/microL

Plaqueta: 98000 U/microL

Creatinina: 1,0 mg/dL

Ureia: 23 mg/dL

Bilirrubinas totais: 1,08 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,4 mg/dL

Sódio: 137 mmol/L

Potássio: 4 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 2795 U/L

Trasaminase glutânica pirúvica (TGP): 1662 U/L

No quarto dia, devido piora da função hepática, decidiu-se seguir para protocolo para febre hemorrágicas com Doxiciclina 100mg.

No quinto dia após o início dos sintomas paciente evoluiu com piora do quadro geral, rebaixamento do nível de consciência (escala de coma de Glasgow: 9) e foi solicitado vaga na Unidade de Terapia Intensiva. Exames laboratoriais do dia:

Hematócrito: 43,5 %

Hemoglobina: 14,5 g/dL

Leucócitos totais: 2000 U/microL

Plaqueta: 72000 U/microL

Creatinina: 0,55 mg/dL

Bilirrubinas totais: 6,32 mg/dL

Bilirrubinas direta: 3,04 mg/dL

Sódio: 133 mmol/L

Potássio: 3,7 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 20400 U/L

Tansaminase glutâmica pirúvica (TGP): 8440 U/L

Ureia: 21 mg/dL

Anti-HIV não reagente

Anti-HCV não reagente

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 004 – “Olho inchado”

Paciente de 36 anos, pardo, previamente hígido. Admitido com queixa de “olho inchado”. Refere início de forma súbita há 1 (um) dia. Evoluiu com edema periorbitário, dor no local, eritema da conjuntiva. Nega febre, queixa de cefaleia de moderada intensidade em região frontal direita. Há 12 dias sofreu uma queda de motocicleta, com a qual teve um traumatismo crânio-encefálico (TCE) leve, tendo, na ocasião, fraturado o frontal direito e contusão frontal de tratamento conservador.

Ao exame físico:

Paciente orientado, verbalizando, Glasgow 15, edema importante periocular direito, hiperemia conjuntival, acuidade visual preservada, motricidade extrínseca comprometida, sopropulsátil em globo ocular direito, proptose ocular direita.

Motricidade e sensibilidade preservadas.

Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros.

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios.

Temperatura: 36,4 °C

Pressão arterial: 126 x 76 mmHg



Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso003 – Vômitos e Febre

Paciente de 33 anos, masculino, casado, caminhoneiro. Relata que há treze dias iniciou quadro súbito de vômito persistentes, dor abdominal difusa e febre alta. Informa que no dia que antecedeu o início dos sintomas ingeriu Pizza e 600ml de cerveja em uma noite de lazer com a família. Após 3 dias de sintomas procurou atendimento médico onde suspeitaram de sintomas de Dengue e foi medicado com sintomáticos. Sem melhora após 2 dias, retornou ao hospital onde foi internado para iniciar propedêutica. Durante internação, houve piora do

quadro, evoluindo com astenia, anorexia, palidez, icterícia, cefaléia e persistência da febre alta 39º – 40º C associado a calafrios intensos. Nega tosse, dispnéia, diarreia, disúria, hematoquesia, melena, hematemesa. Após 6 dias de internação, mantendo febre alta a cada 48 horas e sem fatores de melhora, foi transferido para Santa Casa de Caridade de Diamantina. Durante nova propedêutica neste serviço, em isolamento aerossóis, o doente apresentou episódios de febre de 39,8ºC a cada 36 horas associado a tremores generalizado, dessaturação, sibilos e epistaxe. Portanto, foi transferido para cuidados intensivos em UTI.

HPP: paciente supostamente hígido. Nega internações e cirurgias prévias. Não faz uso de medicamentos contínuos

HF: mãe e pai hipertensos. Nega contato com pessoas doentes. Nega história familiar de doença neoplásica, autoimune e cardiovascular.

HS: Ex tabagista, cessou há 4 meses e fumou durante 13 anos (4cigarros/dia). Informa que esteve no estado da Bahia por dois dias e no Espírito Santo por 01 dia a trabalho.

Exame Físico:

Paciente alerta, glasgow 15, ansioso, hipocorado ++/4+, desidratado +/4+, eupnéico, acianótico, ictérico +/4+(apenas esclera amarelada)

ACV: RCR 2T taquicárdico PA: 100X60mmHg FC: 100bpm

AR: MVF, sem RA FR: 18irpm

Abdome: abdome plano, RHA+, hepatomegalia discreta e esplenomegalia boyd III.

Ausência de edemas e lesões de pele

Exames Complementares:

03/10: hb: 9,5 g/dL; ht: 29,6%; VCM: 84 fL; HCM: 27,06 pg; GL: $3,6 \times 10^3/\text{mm}^3$; b:144; s:2556; plaq: $82 \times 10^3/\text{mm}^3$; RNI: 1,11; PTTa: 30s; Creat: 0,53 mg/dL; BT: 3,11 mg/dL; BD:1,87 mg/dL; BI:1,26 mg/dL; Na: 132 mEq/L; K:2,9 mEq/L; amilase:35 U/L; HbsAg: negativo; AST:86 U/L; ALT:85 U/L; ureia:16 mg/dL;

anti-HCV: negativo; anti-HIV: negativo; imunoblot-HIV: negativo; VDRL:Neg, sorologia para leishmaniose: negativo, sorologia para febre maculosa: negativa, sorologia para febre amarela: negativa, sorologia para leptospirose: negativo
03/10: radiografia de tórax: campos pleuropulmonares limpos, ausência de consolidações ou derrames pleurais
03/10: ECG: RCS, FC: 98BPM
04/10: US abdome total: hepatoesplenomegalia

Lista de problemas:

- a. Febre alta intermitente
- b. Hepatoesplenomegalia
- c. Ocupação: caminhoneiro, viajante
- d. No hospital de origem foi deflagrado anti-HIV: positivo, Anti-HCV: Positivo, sorologia para dengue: negativa, VDRL: negativo , bilirrubina total = 2,3 mg/dL
- e. Anemia normocítica e normocrômica
- f. Icterícia leve
- g. Anemia >>> pancitopenia

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 002 – Prematuridade

Paciente com 18 anos, primigesta, gestação de baixo risco, IG 28 semanas e 01 dia pelo USG precoce. Admitida na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde no dia 30 de outubro de 2016 às 20:30 horas. Queixa-se de fortes dores abdominais, tipo cólica, e perda de pequena quantidade de líquido com presença de tampão mucoso. Relata *quesentia a barriga endurecida e que, durante o ato de defecar, notou a presença*

de um tufo. Segundo ela, os sintomas começaram no final da tarde.

Durante a gestação não teve nenhuma intercorrência. Realizou três consultas de pré-natal. Exames laboratoriais de primeiro trimestre: grupo sanguíneo AB e fator RH +; exames laboratoriais sem nenhuma alteração. USG do dia 10 de outubro evidenciou feto de 760 gramas, placenta tópica, cordão umbilical com duas artérias e uma veia, ILA de 20,25 cm. Em uso de ácido fólico. Vacinação em dia.

Ao exame físico: paciente com útero fita de 28 cm, PA: 130x80mmHg, FC: 80 bpm, DU positiva de 2-25"-10', BCF: 148 bpm. Ao exame pélvico foi encontrado um colo centralizado, totalmente apagado, dilatado 6 cm com bolsa protusa em cavidade vaginal e presença de tampão mucoso. Além disso, foi possível palpar um membro do feto ao exame pélvico. De acordo com o caso clínico apresentado o diagnóstico mais provável é de trabalho de parto prematuro.

Descrição do caso será mostrada

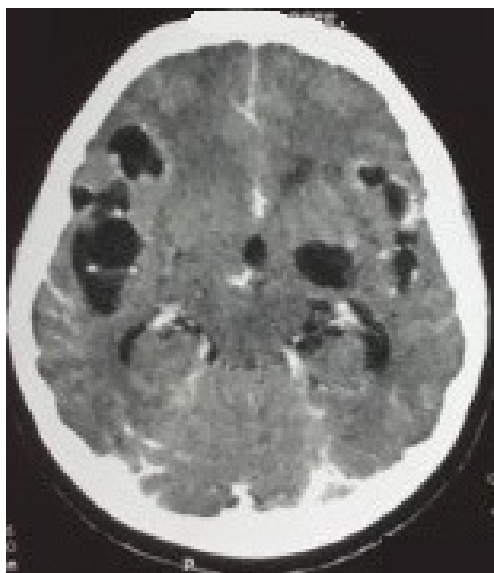
Iniciar o questionário

Caso 001 – Delirium

Paciente, 61 anos, feminino, viúva, parda, previamente portadora de hipertensão arterial sistêmica. Admitida na clínica neurológica com quadro de delirium de início insidioso e progressivo há 2 meses. Evoluiu após 18 dias do início dos sintomas com marcha atáxica. Apresentou um episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao exame físico

paciente letárgica, desorientada auto e alopsiquicamente. Bons níveis pressóricos, ausculta cardíaca e pulmonar dentro da normalidade. Tetraparesia de predomínio em dimídio esquerdo, reflexo cutâneo plantar em extensão bilateralmente.





Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Em breve

Em breve estará disponível 1 caso por semana, [envie](#) seu caso.