

# Caso 009 – Distúrbio Neurológico

Paciente do sexo feminino, 25 anos, deu entrada ao pronto atendimento com quadros de crises de déficits motores transitórios, apenas em dimidio esquerdo, o que já acontece há um ano. Refere que nos 2 episódios anteriores teve cefaleia associada, e nesta não teve. Relata que tem predomínio braquial e em musculatura proximal, associado a livedo reticular e episódios de hiperglicemia devido a DM1 que possuía.

## **Ao exame físico:**

Apresentou-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, hidratada, corada, boa perfusão tissular, afebril, sem edema. Presença de livedo reticular em MMSS e MMII. Extremidades frias e pegajosas.

SCV: RCR em 2T, sem sopros.

SR: MVF, s/RA. Eupneico.

SD: Abdome flácido, normotenso, RHA presente, sem dor a palpação e sem massas palpáveis.

## **Ao exame neurológico:**

Os pares cranianos não apresentavam alterações.

No MMSS: MSD, força e os reflexos estavam normais. No MSE, força estava diminuída em raízes de C5-C6, hiperreflexia bicipital e Hoffman presente.

No MMII, força e reflexos estavam preservados.

Romberg + para esquerda, marcha claudicante de MIE, MSE estendido durante a marcha. A sensibilidade e propriocepção

preservada nos 4 membros. Logo depois de mais algumas condutas, o médico responsável internou a paciente, pediu RM de encéfalo, exames laboratoriais e entre outros.

A paciente durante a internação apresentou-se clinicamente estável, bom padrão respiratório. Manteve déficit motor. Bom controle pressórico, máxima de 110x70mmHg. Evoluiu com diversos picos hiperglicêmicos, sendo o maior de 362mg/dl. Alimentação e sonos preservados. Diurese presente e sem alterações. Evacuações ausentes. Sem intercorrências.

O resultado da RM de encéfalo constatou lesões em coroa radiada a direita, com hipersinal em T2, com restrição a difusão, e captação de contraste.

Depois das devidas providencias médicas, a paciente recebeu alta com melhora clínica importante, porém dois dias depois evoluiu com diparesia desproporcional, pior a direita, episódios transitórios de paralisia facial (quatro episódios) e bradpsiquismo. Também apresentou paraparesia. Solicitou se então outro RM de encéfalo e angioressonancia arterial venosa, ECG entre outros.

Na análise do exames, a paciente estava com uma doença progressiva e grave. Na RM evidenciou múltiplos focos de isquemia. Na angio, constatou a oclusão de alguns segmentos vasculares.

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, sopro pulsátil 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

---

## 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