

RCG 323 – Sistema Respiratório

Caso Clínico 4

ANAMNESE

Identificação:

CAS, 63 anos, feminina, branca, natural e procedente de Monte Santo de Minas, MG, casada, professora aposentada.

Queixa e duração:

Pneumonia de repetição há 10 anos.

HMA:

Paciente refere que há 10 anos vem apresentando episódios de pneumonia, que são caracterizados por aumento da tosse e da expectoração, queda do estado geral e febre, muitas vezes não aferida. Nestes episódios, procura por atendimento médico onde é feito o diagnóstico de pneumonia. Usa antibióticos com melhora do quadro.

A paciente não sabe informar sobre a localização dessas pneumonias e nem sobre os antibióticos usados.

Também não sabe precisar quantos episódios já foram, mas sabe que no último ano foram quatro, sendo o último há 2 meses.

Fora desses períodos, ela mantém tosse com pequena quantidade de secreção purulenta diarimante, principalmente pela manhã.

Ela não se recorda há quanto tempo tem essa tosse, mas diz lembrar que quando criança já apresentava esse quadro e por isso, tinha o diagnóstico de bronquite.

IDA:

Pele – sem queixas.

Cabeça – sem queixas.

Olhos – sem queixas.

Nariz – sem queixas.

Ouvidos – sem queixas.

Garganta – sem queixas.

Sistema respiratório – nega outras queixas além das descritas no HMA. Sistema cardiovascular – nega queixas.

Sistema digestório – nega queixas.

Sistema genitourinário – nega queixas.

Sistema linfo-hematopoiético – nega queixas.

Sistema endocrinometabólico – nega queixas. Neuropsíquico – nega queixas.

HMP:

Estado geral da saúde - refere que as queixas relatadas nunca a impediram de executar suas atividades habituais e que fora dos episódios de pneumonia, julga ter boa saúde.

Doenças da infância – sarampo e catapora. Doenças da idade adulta – nega.
Tratamentos medicamentosos passados e atuais – nega.
Tratamentos alternativos – nega.
Hospitalizações, acidentes, traumatismos e cirurgias – teve 1 parto cesária há 40 anos.
Doenças mentais – nega.
Antecedentes reprodutivos – 5 filhos adultos sem problemas de saúde.
Imunizações – não sabe referir.
Consultas periódicas e check-ups – vai anualmente ao ginecologista e faz os exames habituais. Última consulta há 15 dias.

História familiar:

Pai falecido em decorrência de atropelamento. Mãe viva com boa saúde. Tem 9 irmãos. Não tem conhecimento de nenhuma doença na família.

História ambiental e social:

Procedência remota – nasceu na zona rural de Muzambinho e desde os cinco anos mora em Monte Santo de Minas.
Condições de vida – reside com o marido em uma casa de alvenaria composta por 3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e quintal. Nega problemas de estrutura na casa, como vazamentos ou infiltrações.
Fatores de risco pra doenças endêmicas e epidêmicas – nenhum.
Viagens recentes – nenhuma.
História ocupacional – trabalhou a vida inteira como professora, está aposentada, mas continua dando aulas particulares em sua residência.
Atividades de lazer – bordados.
Hábitos – nada digno de nota.
Vícios – nunca fumou e não faz uso de bebidas alcóolicas. Nível de estresse – se considera tranquila.
Humor – se considera otimista e não nota nenhuma alteração patológica.
Vida doméstica – mora com o marido que também é professor aposentado.
Espiritualidade e crenças religiosas – católica praticante.
Fidedignidade – boa informate e as informações parecem confiáveis.

QUESTÃO 1:

QUAIS AS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS BASEADAS NESSA HISTÓRIA CLÍNICA?

EXAME

FÍSICO Geral:

Peso 65 Kg, altura 1,68 m, IMC 23

Kg/m² Temperatura 36,5 °C

Bom estado geral, consciente, orientada, hidratada.

Corada. Acianótica e anictérica.

Tugor e elasticidade da pele preservados, sem edemas.

Sem deformidades ósseas ou articulares.

Sem gânglios palpáveis nas cadeias cervicais, axilares e inguinais.

Cabeça e pescoço:

Dentes em ótimo estado de conservação. Sem estase jugular.
Mucosa nasal e septo nasal (anteriores) sem alterações.

Aparelho Respiratório:

Inspeção estática - sem alterações.

Inspeção dinâmica – sem alterações, FR de 20 ipm.

Palpação – expansibilidade simétrica, frêmito toracovocal simétrico, sem frêmitos ou pontos dolorosos.

Percussão – som claro pulmonar em toda projeção pulmonar.

Ausculta – murmúrio vesicular presente e simétrico. Presença de estertores finos em bases pulmonares, posteriormente. Ausculta da voz simétrica.

Medida da SatO₂ com oxímetro de pulso, em ar ambiente – 95%.

Aparelho Cardiovascular:

FC: 84 bpm

PA: 110 x 70 mmHg

Inspeção – sem alterações.

Palpação – pulsos radiais e pediosos palpáveis e simétricos, com amplitude normal. Boa perfusão periférica. Ictus palpável no quarto espaço intercostal esquerdo, com extensão de 2 polpas digitais. Sem frêmitos.

Percussão – sem alterações.

Ausculta – 2 bulhas rítmicas e normofonéticas. Sem sopros.

Abdome:

Inspeção – plano.

Ausculta – ruídos hidroaéreos normoativos.

Percussão – timpanismo difuso. Baço não percutível.

Palpação superficial e profunda – abdome flácido e indolor. Fígado não palpável. Baço não palpável. Sem sinais de ascite.

Sensibilidade renal – Giodano negativo bilateralmente.

Exame Locomotor:

Sem alterações.

Exame Neurológico:

Sem sinais meníngeos. Pupilas isofoto-reagentes. Força muscular preservada e simétrica.

QUESTÃO 2:

OS ACHADOS DE EXAME FÍSICO SÃO COMPATÍVEIS COM A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

QUESTÃO 3:

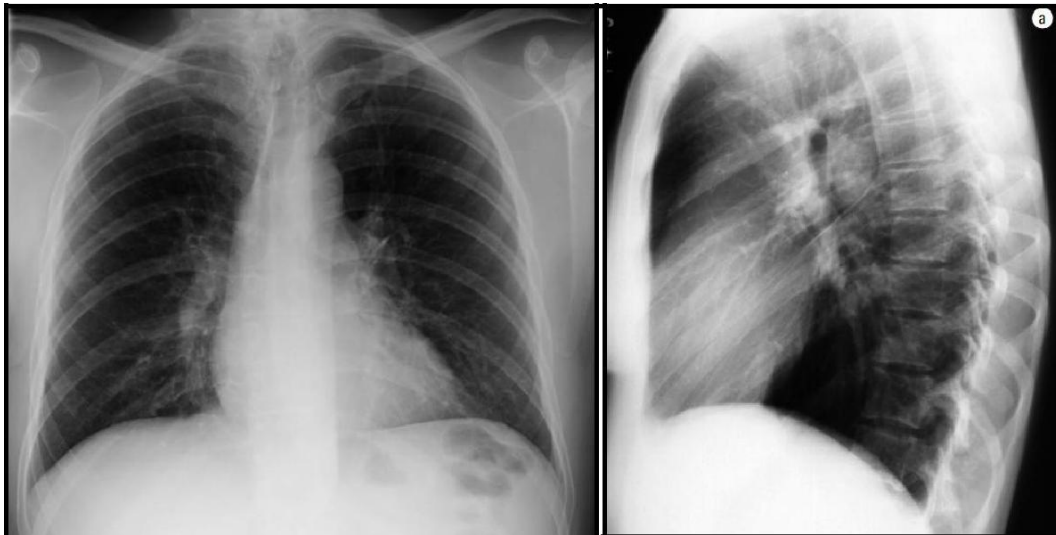
QUAIS OUTRAS QUEIXAS E ACHADOS DE EXAME FÍSICO PODERIAM SER ENCONTRADOS PARA ESTE DIAGNÓSTICO E QUE NÃO ESTÃO PRESENTES NESTE CASO?

QUESTÃO 4:

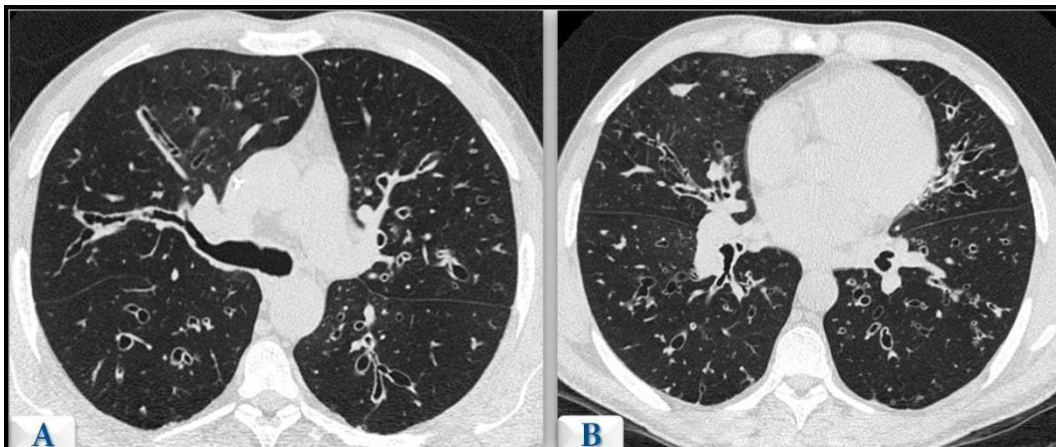
QUAIS EXAMES SUBSIDIÁRIOS DEVEM SER SOLICITADOS PARA CONFIRMAR A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Radiografia de torác PA e perfil



Tomografia de tórax



QUESTÃO 5:

QUAIS OUTROS EXAMES PODEM SER SOLICITADOS DIANTE DESTE DIAGNÓSTICO?

QUESTÃO 6:

QUAIS SÃO AS MEDICAÇÕES UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DESTE DIAGNÓSTICO E QUANDO ELAS ESTÃO INDICADAS?

QUESTÃO 7:

EXISTEM TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS INDICADOS?

QUESTÃO 8:

QUANDO HÁ INDICAÇÃO CIRÚRGICA?

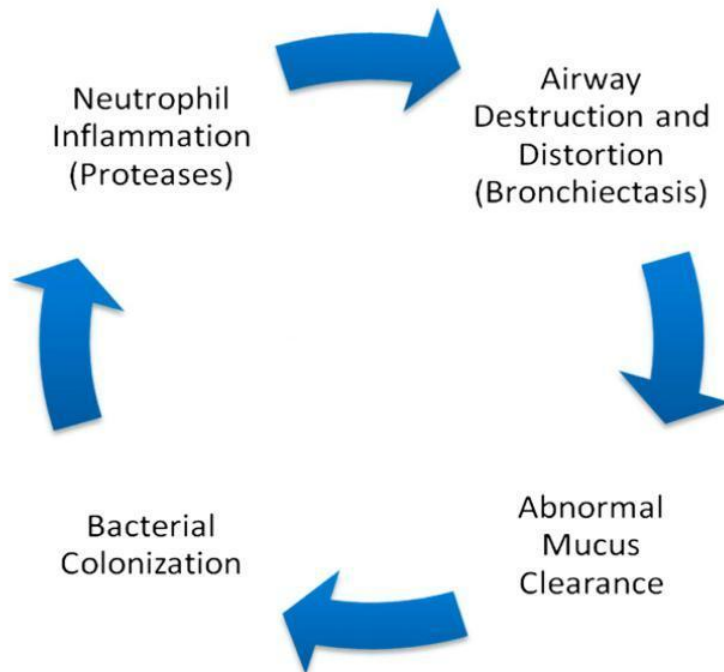
QUESTÃO 9:

COMO É REALIZADO O ACOMPANHAMENTO DESTES PACIENTES?

Definição

Bronquiectasia é caracterizada por uma dilatação irreversível de brônquios de pequeno e médio calibre, não sendo uma doença propriamente dita, mas sim uma via final comum de um ciclo vicioso de inflamação, colonização bacteriana e infecção (Referência 3).

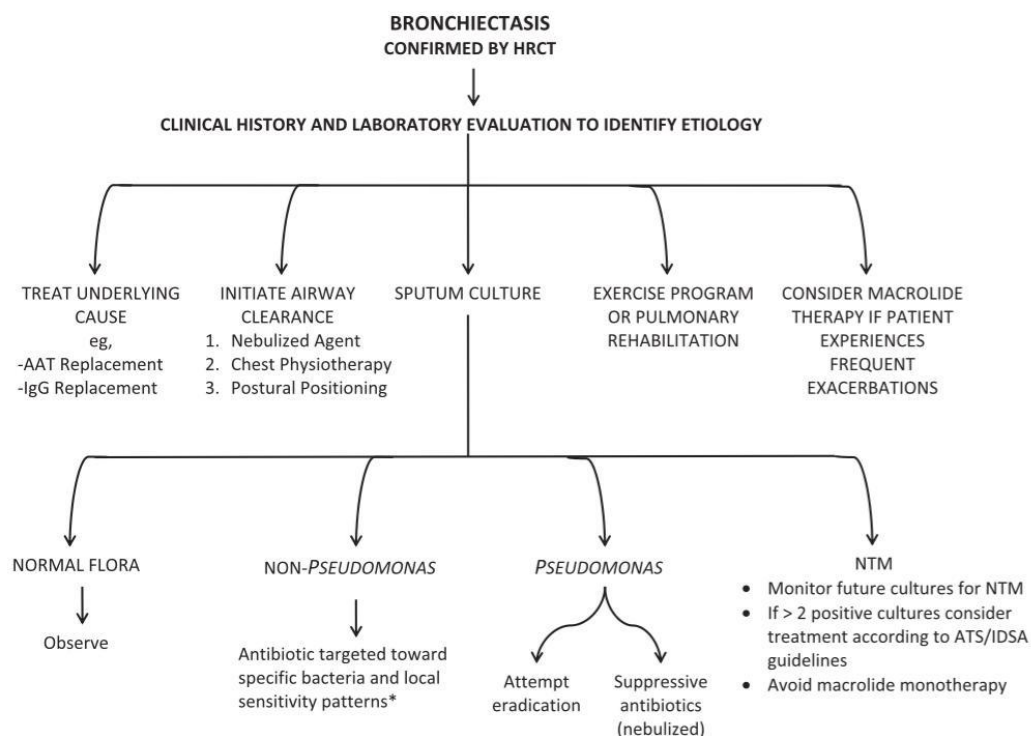
Fisiopatologia (Referência 2):



Etiologia (Referência 3):

	Literatura (n=1535)	Cohort Alkmaar (n=236)
Pós-infecciosa	20-38%	17,4%
Imunodeficiência	3-24%	7,1%
Asma	3-11%	11,4%
Aspergilose broncopulmonar alérgica	3-8%	3%
Obstrução mecânica	0-1%	0,4%
Secundária à inalação ou à aspiração	1-4%	2,5%
Doenças autoimunes	2-3%	4-7%
Doenças congênitas	1-18%	4,2%
Etiologias incomuns	1-3%	0,4%
Idiopática	26-56%	47,9%

Tratamento (Referência 2)



Exacerbação (Referência 1):

O uso de antibióticos na exacerbação da bronquiectasia está indicado quando há piora clínica aguda (ao longo de alguns dias) com piora da tosse, aumento do volume da expectoração ou mudança da sua viscosidade e aumento da purulência associados ou não a sintomas sistêmicos.

Referências Bibliográficas:

- 1- Pasteur MC, et al. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. **Thorax** 2010;65:i1-i58.
- 2- McShane PJ, et al. Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis. Concise Clinical Review. **Am J Respir Crit Care Med** 2013;188:647-656.
- 3- Altenburg J, et al. Non-cystic fibrosis bronchiectasis: clinical presentation, diagnosis and treatment, illustrated by data from a Dutch Teaching Hospital. **Neth J Med** 2015;73:147-54

