

AGENTES ANTIBACTERIANOS/ANTIFÚNGICOS

SEMINÁRIO I – 2017 Prof. Hélio Zangrossi Jr.

Caso No. 1

IDENTIFICAÇÃO: J.D.S., 11 anos, masculino, branco, solteiro, estudante, procedente de Ribeirão Preto.

HISTÓRIA CLÍNICA: Os familiares solicitaram atendimento médico domiciliar ao paciente devido à febre alta, dor de garganta, dores no corpo e cansaço. Informou que o quadro iniciara 12 horas antes com calafrios, cefaléia, mal-estar e dores generalizadas. Fizera uso de pastilhas para dor de garganta e de um comprimido de AAS. Negava outras queixas. Praticamente todos os anos tinha um quadro deste tipo. O restante de sua história pessoal e familiar não apresentava informações dignas de nota.

EXAME FÍSICO: TAx de 38,8 C, orofaringe hiperemiada e rutilante, com amígdalas aumentadas de volume e com placas de pus, eram as anormalidades evidenciadas no exame físico sumário. Estabeleceu-se o diagnóstico de amigdalite bacteriana, provavelmente de etiologia estreptocócica. Após coleta de material da orofaringe para identificação do germe, iniciou-se o tratamento com uma penicilina. O germe responsável foi posteriormente confirmado como sendo estreptococo do grupo A. Foi preconizado a administração de amoxicilina.

PERGUNTAS:

- 1- Há riscos potenciais para o paciente com o uso deste antibiótico? Como podem ser evitados?
2. Face à suspeita de alergia à penicilina, quais as medidas possíveis de serem adotadas para detectá-la? Discuta a validade das mesmas.
- 3- Configurando-se uma real hipersensibilidade à penicilina, pode-se substituí-la por outro antibiótico. Qual seria indicado levando-se em conta o menor potencial alergênico, o espectro de sensibilidade e efetividade?

Caso no. 2

IDENTIFICAÇÃO: I.J., 16 anos, feminina, branca, solteira, estudante, procedente de Ribeirão Preto.

HISTÓRIA CLÍNICA: No último mês a paciente consultou por três vezes no ambulatório de cirurgia do hospital, devido ao surgimento de abscessos múltiplos, os quais foram drenados.

Na última consulta, apresentava abscessos em evolução. O médico que a atendeu drenou os abscessos, mandando o material para exame microbiológico, cujo resultado foi o que se segue:

GERME: *Staphylococcus aureus*

TESTE DE SENSIBILIDADE: (S: sensível; R: resistente)

penicilina G: R penicilina V: R ampicilina: R
cloxacilina: S tetraciclina: R cefalotina: S
cloranfenicol: S eritromicina: S lincomicina: S
gentamicina: S fosfomicina: R

PERGUNTAS: 1- Face a este antibiograma, qual seria o antibiótico mais adequado para o tratamento.
2 - Por que o estafilococo é resistente à penicilina G?

Caso no. 3

IDENTIFICAÇÃO: E.W., 22 anos, feminina, branca, solteira, estudante, residente em Ribeirão Preto.

HISTÓRIA CLÍNICA: Desde dois dias antes da consulta, apresentava disúria, polaciúria e urgência miccional. Após, iniciou dor lombar E e hematúria macroscópica.

Na revisão dos sistemas, referiu corrimento vaginal esbranquiçado e fétido. Não referiu manifestações semelhantes no passado ou quaisquer outras queixas referentes ao sistema urinário.

EXAME FÍSICO: TAx: 37,70C. Punho percussão lombar dolorosa à E. Sem outras anormalidades evidenciadas.

Foi, então, feita prescrição de medicação específica (sulfametoxazole + trimetropim), a ser iniciada após a coleta de urina para exames.

PERGUNTAS: 1- Porque foram associados o sulfametoxazole e trimetropim?

2- Descreva seu esquema de administração, justificando-o farmacocineticamente.

3- Quais seus potenciais efeitos adversos?

Caso no. 4

IDENTIFICAÇÃO: A.M.S., 60 anos, masculino, negro, casado, aposentado, procedente de Ribeirão Preto.

HISTÓRIA CLÍNICA: O paciente refere que tinha dificuldades para urinar há vários meses. Há quatro dias, fez um quadro de retenção urinária aguda, pelo que foi hospitalizado. A urina foi retirada através de sondagem vesical, senão deixada sonda de demora. O diagnóstico estabelecido foi de hiperplasia prostática, para a qual foi indicada ressecção endoscópica.

A cirurgia transcorreu sem problemas. Seis horas após, o paciente começou a queixar-se de calafrios e dores musculares. O plantonista foi chamado, constatando que o paciente apresentava confusão mental,

extremidades cianosadas e profusa sudorese. Os sinais vitais eram:

TAx: 38,2C; FC: 108bpm; FR: 36mm; PA: não pode ser determinada com esfigmomanômetro.

Frente ao diagnóstico de choque bacterêmico, as seguintes providências urgentes foram tomadas:

a) Coleta de seis amostras para hemocultura, cujo resultado seria conhecido dentro de 48 horas aproximadamente.

b) Coleta de urina para bacterioscopia e cultura. A primeira demonstrou bacilos Gram negativos.

c) Leucograma: 16.000 leucócitos (N: 5.000 a 10.000), sendo 10% de bastonados (N: 3 a 5%) e 1 % de meta mielócitos (N: 0%).

d) Creatinina: 2,8 mg (N: 1,0 a 2,0).

e) Medidas gerais para o tratamento do choque.

f) Prescrição de antitérmico, oxigênio, infusão salina e uma associação de antibióticos: carbenecilina e gentamicina.

PERGUNTAS: 1- Que cuidados devem ser tomados em relação à administração desses fármacos?

2- Quais os potenciais efeitos adversos da gentamicina, e que atitude pode-se tomar para detectá-los precocemente.

3- Que fator, presente neste paciente, aumenta a toxicidade do aminoglicosídeo?

Caso no. 5

IDENTIFICAÇÃO: J.H.F., 22 anos, masculino, branco, estudante, procedente de Porto Alegre.

HISTÓRIA CLÍNICA: O paciente veio ao serviço de dermatologia por apresentar lesões cutâneas que se iniciaram como pápulas, tornando-se, após, hipocrômicas. Queixou-se de prurido, exacerbado pelo calor.

EXAME FÍSICO: Constataram-se máculas hipocrômicas, medindo cerca de 5 mm de diâmetro, disseminadas pelo pescoço, dorso e faces laterais do tórax.

Ao executar a raspagem da lesão, o médico observou descamação furfurácea (sinal da unhada).

Também se notaram alterações grosseiras das lâminas ungueais do 1º, 4º e 5º artelhos, bilateralmente, com descoloração, espessamento e destruição parcial.

Face a estes dados, foram feitos os diagnósticos de pitiríase versicolor e onicomicose por dermatófito, esta confirmada pelo exame micológico direto.

O paciente foi, então, tratado com solução dermatológica apropriada, associada à medicação sistêmica.

PERGUNTAS: 1- Comente o mecanismo de ação de ação da griseofulvina, cetoconazol e itraconazol no tratamento destas micoses. Liste os principais efeitos adversos de cada uma destas drogas.

Caso no. 6

IDENTIFICAÇÃO: M.T., 23 anos, feminina, negra, casada, domestica.

HISTÓRIA CLÍNICA: A paciente queixou-se de corrimento vaginal amarelado, abundante e fétido, acompanhado de prurido e ardência vulvar, o qual piorava com a menstruação. Referiu que o marido era assintomático.

EXAME FÍSICO: Ao exame especular, observou-se corrimento espumoso, amarelo-esverdeado e fétido. A mucosa vaginal apresentava-se eritematosa e com múltiplas petéquias.

EXAME SUBSIDIÁRIO: Exame bacteriológico da secreção vaginal: leucócitos abundantes e presença de *Trichomonas vaginalis* (flora tipo III).

Frente ao diagnóstico de tricomoníase vaginal, instituiu-se tratamento específico para a paciente e seu marido, recomendando-se-lhes a abstinência de álcool durante o mesmo.

PERGUNTAS: 1- Qual o fármaco indicado para o caso? Justifique.

2- Por que foi recomendada a abstinência de bebidas alcoólicas?

3- quais os potenciais efeitos adversos desse fármaco?

Caso no. 7

IDENTIFICAÇÃO: M.D.L., 11 anos, mulato, solteiro, engraxate.

HISTÓRIA CLÍNICA: A mãe trouxe o paciente à consulta, informando que ele havia eliminado um verme grande e esbranquiçado. Interrogado, referiu somente eventuais episódios de diarreia e cólica abdominal. Negou queixas na revisão de sistemas. A família mora em "maloca".

EXAME FÍSICO: Além de discreto dolorimento difuso à palpação do abdômen, não havia outros achados anormais no exame objetivo.

EXAME COMPLEMENTAR: numerosos ovos de *Ascaris lumbricoides*.

PERGUNTAS: 1- Qual o anti-helmintico indicado para o tratamento do paciente? Justifique.

2- Por qual mecanismo ele erradicará a verminose?

3- Por que ele tem poucos efeitos adversos sistêmicos?