



Caso 17, adaptado do Relato de Caso Clínico com finalidade didática:

ID: 006

Data: 30 de março de 2013

Autora do relato: Marcel Hisano

Professor responsável: Valdes Roberto Bollela

Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais - Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP

Data da primeira consulta: 16/05/2012

Identificação:

Maria Apararecida, 28 anos, natural de Guaratinga (BA) e procedente de Pontal (SP), diarista, casada, 2 filhos.

Queixa e Duração:

Tosse e dispneia há 3 dias.

História da Moléstia Atual:

Há 3 dias iniciou quadro de tosse intensa com expectoração amarelada, com febre de 38/39°C que cedia com medicação; cefaleia e dor no corpo que melhoravam com analgésico. Há 1 dia evoluiu com dispneia progressiva, tendo que procurar UBS. Há 1 semana relata coriza e tosse seca. Apresentou episódios de hemoptise ontem a noite e hoje pela manhã, além de vômitos após crise de tosse. Refere dor torácica ventilatório dependente. Em UBS foi iniciado Ceftriaxona e Claritromicina e após episódios de hipotensão e hidratação vigorosa em seguida paciente apresentou piora da dispneia intensa, sendo suspeitado de hantavirose e encaminhado para este serviço.

Interrogatório dos Diversos Aparelhos:

Nega sangramentos ou adenomegalias. Nega perda ponderal ou febre prévia. Nega dor abdominal ou diarreia. Nega dor em membros inferiores ou período de imobilidade. Nega disúria, polaciúria ou dor em baixo ventre. Refere menstruação regular. Nega icterícia.

Antecedentes Pessoais:

Nega Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, Tabagismo, Etilismo, hipotireoidismo ou qualquer outra patologia. Nega contato com HIV (sexual) ou transfusão de sangue. (Teste rápido de HIV negativo em UBS).

Mora em zona urbana, mas frequenta zona rural e faz limpeza em diferentes domicílios do município. Nega contato com ratos.

Medicamentos: Anticoncepcional Oral Combinado. Nega alergias a medicamentos. Nega cirurgias prévias. Nega uso de drogas.

Refere um vizinho com Tuberculose tratada há 6 meses.

Antecedentes Familiares:

Nega doenças na família. Nega IAM antes dos 50 anos na família.

EXAME FÍSICO:

Regular estado geral (REG), corada, hidratada, cianose de extremidades discreta, anictérica, afebril, e no momento apresentava dispneia com esforço respiratório.

Ausência de adenomegalias, Peso: 90kg.

Escore de Coma de Glasgow 14 (Abertura Ocular=3; Resposta Verbal=5; Resposta Motora=6)* **Aparelho cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em 2 tempos (RCR 2T), bulhas normofonéticas sem sopros. Frequência Cardíaca (FC) 120 batimentos por minuto. Pressão arterial (PA): 103x61 mmHg.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular (MV) presente, diminuído em base direita e estertores em base esquerda. Frequência Respiratória (FR) = 40 incursões por minuto, saturação 85% com máscara 15L/min.

Abdome: globoso, normotenso, indolor. Não palpo fígado ou baço. Sem massas palpáveis. **Membros inferiores:** sem edemas, sem empastamento de panturrilha. Tempo de enchimento capilar (TEC) < 3 segundos. Extremidades frias.

Raio-X de Tórax:



Exames: (16/05)		Val. Normais			Val. Normais
Ureia	33	15-50mg/dl	Lactato	1,9	0,5-2 mmol/L
Bilirrubina Total	0,6	0,8-1,2mg/dl	Na	132	135-145mmol/L
Bilirrubina Direta	0,1	<0,4 mg/dl	K	3,3	3,5-5mmol/L
TGP/ALT	67	<31 U/L	Ca ionico	1,06	1,12-1,32mmol/L
TGO/AST	70	<32 U/L	Creatinina	1,0	0,7-1,6 mg/dl
Glicemia	158	65-99mg/dl			

Hemograma:

16/05/2012		Val. Normal			Val. Normal
Hb	16	12-15.5 G/dl	GB	8,8	3,5 - 10,5
Ht	49	35-45 %	bastonetes	37	%
PLQ	133	150-450 mmx3	segmentados	51	%
			eosinofilos	1	%
			basofilos	0	%
			linfócitos	11	%

Gasometria:

16/05/2012		Val. Normal		
pH	7,39	7,35-7,45	BE	-5,2
pO2	53,4	75 - 100mmHg	SatO2	86%
pCO2	32,2	35-45mmHg	FiO2	100%
HCO3	18,9			

Hemocultura: Ausência de crescimento após 7 dias de incubação.

Evolução (17/05/2012).

Indicada Intubação Orotraqueal (IOT) por Insuficiência Respiratória Aguda. Paciente evoluiu com dificuldade de ventilação, sendo necessário aumentar pressões e mantém relação inspiratória/expiratória 1:1. Iniciado sedação padrão 20ml/h.

Parâmetros do ventilador: SIMV (Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada)

FiO ₂ : 100%	Freq. Resp.: 12	Pressao Lim:28	Sensib: 2,0
Tempo insp.:2,5s	P Sup: 19	PEGP: 14	VC: 528ml

Eletrocardiografia: Taquicardia Sinusal

O estudante deverá ser capaz de:

- a) Explicar quais as principais hipóteses diagnósticas para este caso, e quais os principais achados que indicariam estes diagnósticos?
- b) Indicar os exames complementares mais relevantes para a investigação do caso?
- c) Listar os agentes etiológicos mais prováveis, relacionados a este tipo de quadro?
- d) Explicar quais os achados da história e exame físico/complementar que poderia sugerir a possibilidade de Síndrome cardiorrespiratória por Hantavirus.
- e) Quais os cuidados se deve ter no manejo de um quadro como este, em que se suspeitou de pneumonia por Hantavírose?
- f) Demonstrar como calculou a pontuação do CURB-65 desta paciente?

Conduta tomada e evoluções nas primeiras 24 horas:

Iniciado Ceftriaxona 1g 12/12h endovenoso (EV), Claritromicina 500mg 12/12h EV

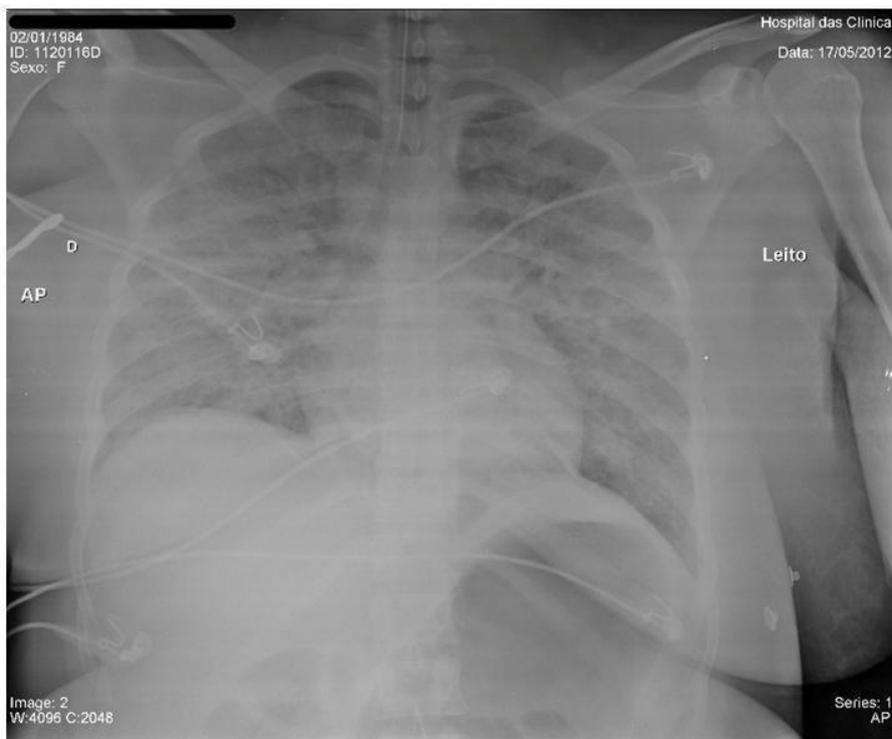
Tamiflu 75mg EV 1x dia. Ajustamos parâmetros ventilatórios, solicitado nova gasometria.

Indicado Acesso Venoso Central (AVC), pois paciente evoluído com hipotensão.

17/05/2012			
pH	7,27	BE	-7,8
pO2	48,8	SatO2	78,30%
pCO2	39,9	FiO2	100%
HCO3	17,8		

Punção venosa central. Solicitado novo Rx tórax. Iniciado Noradrenalina 0,2 mcg/Kg/min.

Raio-X de tórax pós punção.



Diurese: 60ml/6h

Ao exame:

Mau Estado Geral (MEG), corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, sedada, Ramsay 6, pupilas isocóricas.

Aparelho respiratório: MV presente, reduzido em base esquerda, com estertores em velcro em base esquerda. FR: 24 ipm. SatO₂: 82%

Aparelho Cardiovascular: RCR em 2T, bulhas normofonéticas sem sopros. FC:155bpm. PA:86x46 mmHg. TEC <3segundos. Extremidades frias.

Abdome: globoso, normotenso. Sem massas, sem visceromegalia.

Membros inferiores: sem edemas, panturrilhas livres

Membros superiores: pulsos radiais finos, simétricos.

Exames (17/05/2012)

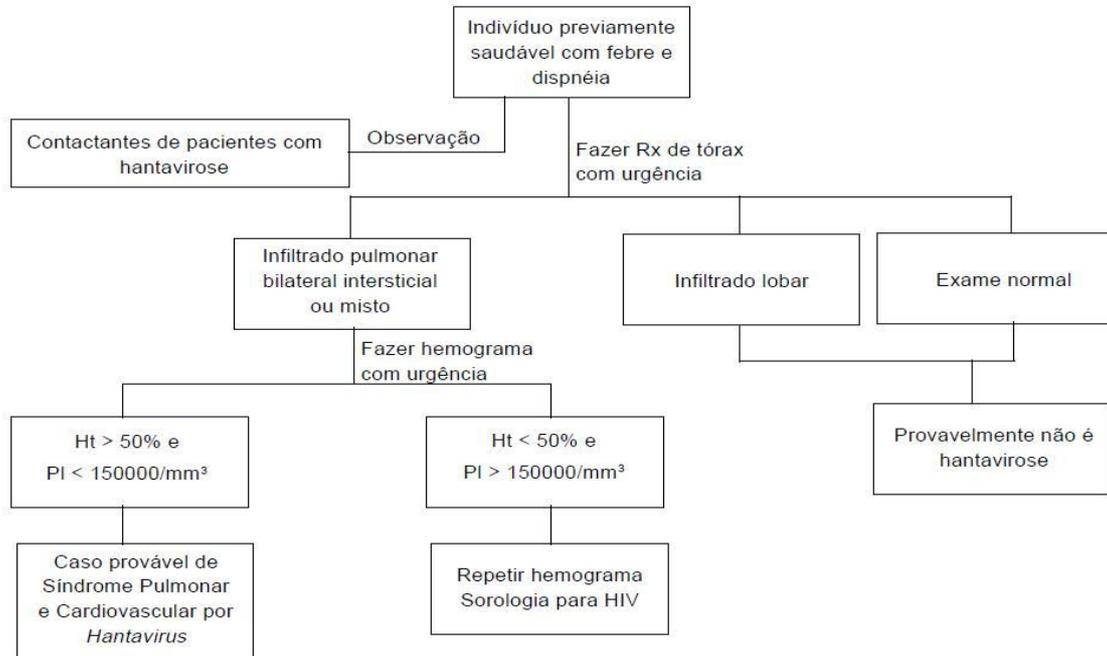
	Val. Normais			Val. Normais	
Creatinina	0,7 - 1,6 mg/dl	2,0	TTPA	Controle = 26,1	39
Na	135-145mmol/L	135	TP	Controle = 11,5	15,2
K	3,5-5mmol/L	3,8	PCR	<0,5	21,78
Ca ionico	1,12-1,32mmol/L	1,02			

Reavaliação: Paciente apresenta-se com SatO₂: 70% e FC:190, PA: 55x33 mmHg, TEC >3 seg, FR: 40 ipm, febril (39,2^oC), AR: MV reduzido em base direita com estertores em base direita, pulsos femorais presentes.

Evoluiu com piora progressiva dos sinais vitais a despeito do aumento de Noradrenalina e tentativa de recrutamento alveolar através de VM.

Diagnóstico Laboratorial

Baseia-se no isolamento do vírus no sangue ou soro, coletados entre o 3º e 5º dia de doença na identificação de anticorpos específicos em amostras pareadas de soro coletadas durante a doença, com intervalo médio de 10 dias. Não se tem conseguido isolamento de vírus em saliva, urina ou fezes de pacientes.



Tratamento

Baseia-se em medidas de manutenção do estado geral e atento acompanhamento dos doentes. O conhecimento da fisiopatologia da FHSR e da SPH é essencial para orientar a manutenção da adequada oxigenação e monitoramento da função hemodinâmica. Na SPH devem ser evitadas a hipóxia grave e a super hidratação. Utilizam-se vasopressores e cardiotônicos para manter a perfusão sem haver administração excessiva de fluidos.