



Caso 18, adaptado de **Relato de Caso Clínico com finalidade didática**:

ID: 007

Data: 19 de abril 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

Admissão Unidade de Emergência 23/12/2012

Antonio da Silva, 14 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto - SP, estudante.

Queixa e Duração: Cefaléia e mal-estar há 6 dias.

História da Moléstia Atual: Paciente refere cefaleia frontal há 6 dias associado a dor de garganta e febre. Fez uso de Dipirona e Paracetamol, sem melhora e evoluiu com dispneia e dor ventilatório dependente há 3 dias.

Relata epigastralgia desde o início do quadro. Nega: tosse, expectoração, dispneia, queixas álgicas, alterações urinárias ou intestinais. Refere dor intensa no momento em abdome e tórax à direita. Realizou Rx em UBS que estava alterado e foi encaminhado para o hospital.

Antecedentes Pessoais:

Nega: tabagismo, etilismo, drogadição, cirurgia, uso de medicação, internações prévias ou alergias.

Antecedentes Familiares: Nega patologias

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, corado, hidratado, febril (38,2°C), acianótico, anictérico, dispneico, lúcido e orientado.

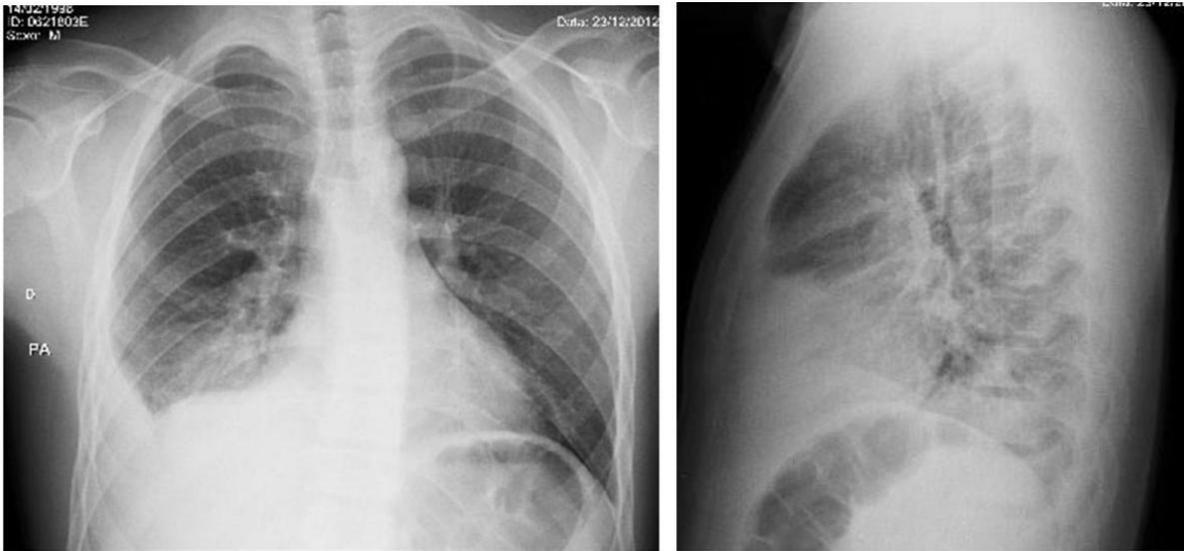
Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular presente em hemitórax esquerdo e diminuído em hemitórax direito, abolido em base direita, sem Ruídos Adventícios. Frequência Respiratória=40 incursões por minuto, sem tiragem intercostal ou retrações de fúrcula. Sat O₂=98% em Ar Ambiente.

Aparelho Cardiovascular: 2 Bulhas Ritmicas Normofonéticas, Ritmo Regular, sem sopros. Frequência Cardíaca 108 batimentos por minuto, Pressão Arterial: 110x60mmHg

Abdome: plano, ruído hidroaéreo presente, defesa à palpação, Descompressão brusca negativo.

Extremidades: Bem perfundidas, sem edemas. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos.

Traz a Radiografia de tórax da Unidade de saúde onde foi atendido.



O estudante deverá ser capaz de:

- Explicar qual é a principal hipótese diagnóstica para este caso, e quais os principais achados que indicam este diagnóstico?
- Indicar os exames complementares mais relevantes para a investigação do caso?
- Listar os agentes etiológicos mais prováveis, relacionados a este tipo de quadro?
- Calcular a pontuação do CURB-65 e explicar como deve ser interpretado neste caso. O que mais além do CURB-65 devemos levar em conta quando estivermos avaliando gravidade em um paciente com pneumonia?
- Discutir a indicação de exames microbiológicos para investigação da etiologia do caso. Neste caso específico, estaria indicado investigar o agente etiológico? Por que?
- Faça a prescrição do antibiótico para este paciente.

Exames gerais: Hb	12-15.5 G/dl	13,1	segmentados	%	80,3
Ht	35/45%	39	eosinofilos	%	1,1
	150-450				
PLQ	mmx3	246	basofilos	%	0,1
GB	3,5 - 10,5	10,9	linfócitos	%	10,8
			monocitos	%	7,7
			Morfologia	GV sem alt	Linfopenia

A seguir alguns exames realizados:

Ultrassom tórax: realizado rastreamento US de hemitórax direito que evidenciou pequena quantidade de líquido livre no espaço pleural durante o exame. Realizada marcação de local de punção em região posterior de hemitórax direito com paciente sentado a ser realizada posteriormente pela clínica solicitante.

Punção do Líquido pleural:

Líquido Pleural			Proteínas Totais	5,3	mg/dl
pH	7,166				
Lactato			GV	0,03	
desidrogenase	1816	U/L	GB	1,8	
Amilase	28	U/L	linfocitos	8,9	
Albumina	3,5	g/dl			
Cloro	103	mmol/l			
Glicose	23	mg/dl			
Sangue			Glicemia	121	65-99mg/dl
LDH	230	VR=230 a 460	Albumina	4	3,5-4,8 G/dl
Ureia	27	VR=15 a 50			

O estudante deverá ser capaz de:

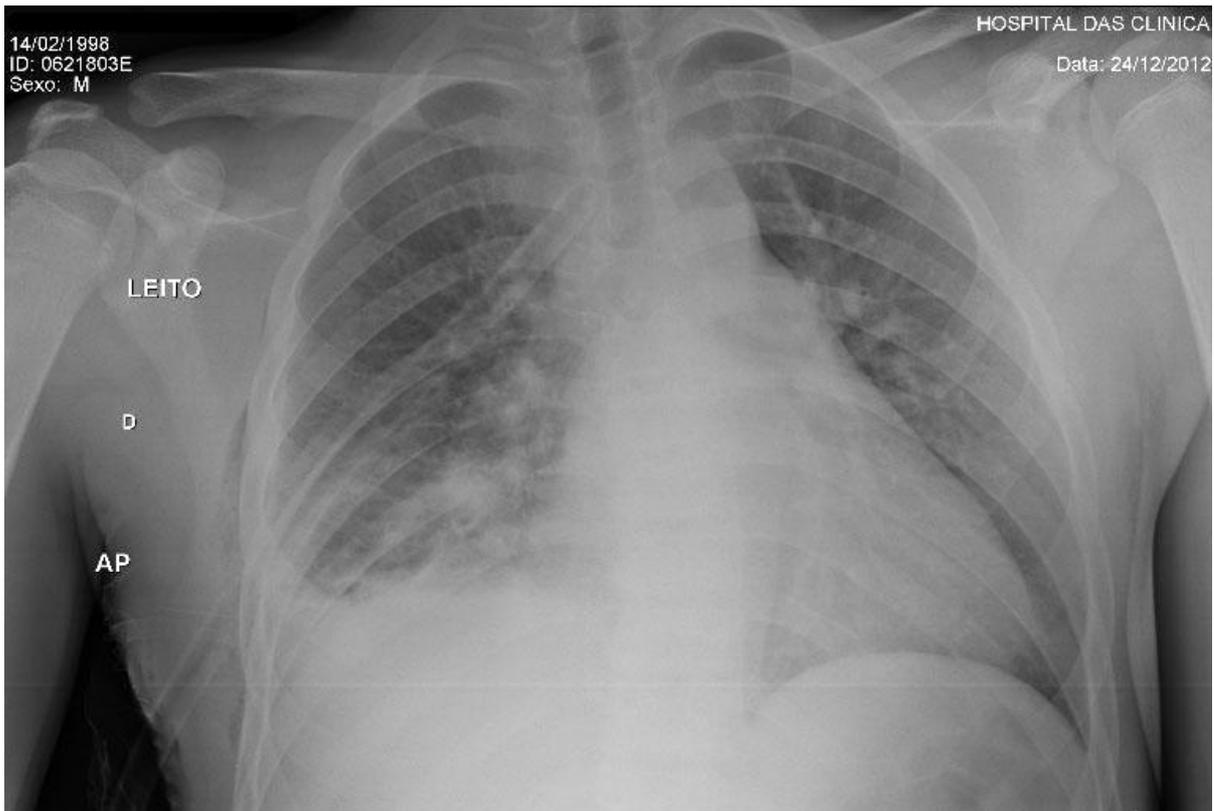
- g) Explicar a interpretação do resultado da análise do líquido pleural
- h) Conhecer e explicar os critérios de Light, que diferenciam transudatos, de exsudatos simples e exsudatos complicados.
- i) Qual a conduta em relação a este caso?

Evolução 24/12/12

Tratamento com antimicrobiano.

Paciente evolui com leve desconforto torácico em local do dreno; nega dispneia, febre na internação.

Ao exame: BEG, corado, hidratado, afebril, RCR 2T BNF, FC=68bpm, PA 100x90mmHg, boa perfusão periférica. MV +, crepitações finas em base de HTD, FR=16ipm. **Abdome:** RHA+ sem VCM, flácido indolor. MMII sem edemas, panturrilhas livres.



Iniciado Cetroprofeno 100mg 8/8h

Evolução 25/12/12

Pela cirurgia: Débito do dreno= 50ml seroso, Oscilante, sem escape.

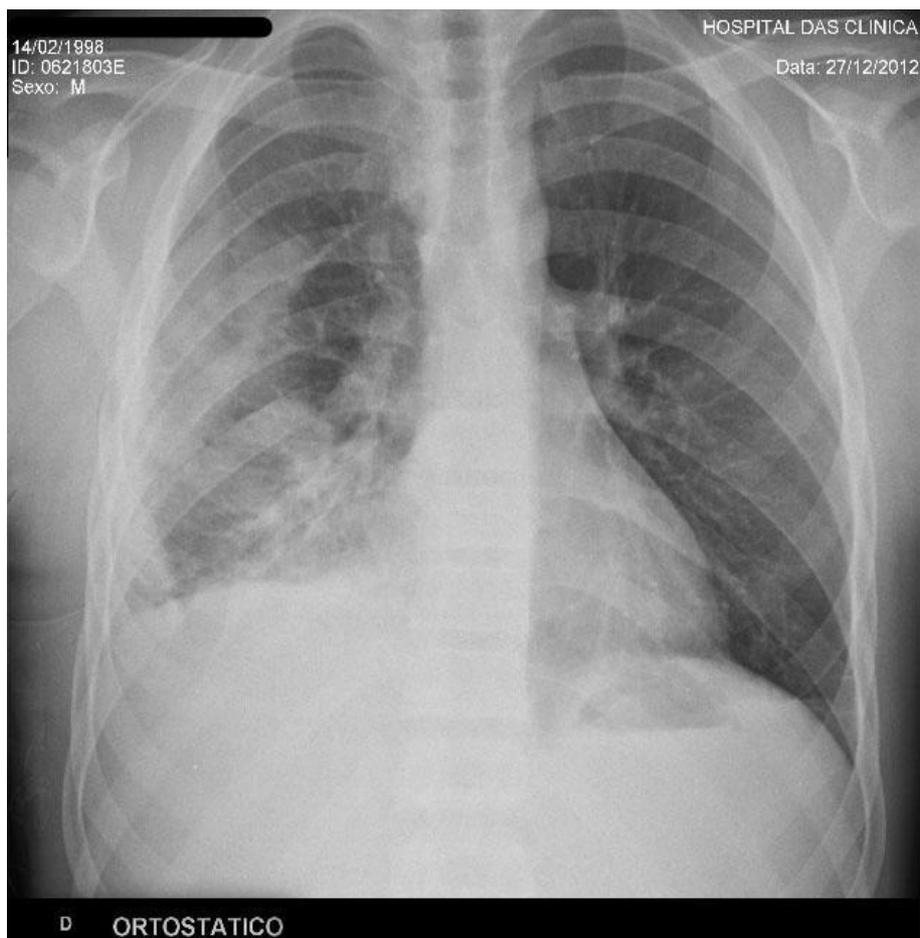
Cultura do líquido pleural	Cocos Gram Positivos após 3h24min
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>

Evolução 27/12/12

Pela cirurgia: Ausência de débito pelo dreno de tórax, não oscilante, sem escape.

Indicada retirada do dreno.

Paciente evoluiu bem apenas com diminuição de murmúrio vesicular em hemitórax direito. Foi solicitado vaga no Hospital Estadual para término de antibioticoterapia, tendo alta da UE em 28/12/12.



Paciente evoluiu bem com transicionamento de ATB para VO. Iniciado fisioterapia. Alta em 03/01/13. Fará acompanhamento ambulatorialmente.

Critérios de Light:

Tabela 1

Critérios de Light para diferenciação de transudatos e exsudatos		
Parâmetros	Transudatos	Exsudatos
Relação entre proteína do líquido pleural e sérica	$\leq 0,5$	$> 0,5$
Relação entre DHL do líquido pleural e sérica	$\leq 0,6$	$> 0,6$
DHL no líquido pleural $>2/3$ do limite superior no soro	não	sim

Crítérios de Light - dados do paciente - (tabela 1)

	Líquido Pleural	Sérico	LP/S
Proteínas totais	5,3	6,8	0,78
Lactato Desidrogenase	1816	230	7,89

Derrame Pleural na Pneumonia

É um achado frequente que, muitas vezes, se resolve exclusivamente com o tratamento feito para a pneumonia, quando eficaz. Por essa razão, quando ele é inicialmente de pequeno volume, não é obrigatório fazer punção e retirada de líquido para exame; esse é geralmente um exsudato seroso, contendo poucos neutrófilos, pH e glicose normais e não ocorrem bactérias. Quando, porém, inicialmente, o derrame pleural é moderadamente volumoso ou, se o volume cresce na vigência do tratamento, torna-se obrigatória a punção e o exame do líquido, pois, àquela fase inicial, segue-se uma fase fibrinopurulenta, em que ocorre passagem de bactérias para o espaço pleural com aumento dos neutrófilos e de fibrina, loculação do derrame e diminuição do pH e da glicose, tornando-se necessária a realização de toracotomia e colocação de dreno torácico.

Além da ocorrência de positividade para bactérias no líquido, constituem indicações para toracotomia a presença de pus na cavidade pleural, dosagem de glicose menor que 40 mg/dl e pH menor que 7,0, no líquido pleural. Se o pH estiver entre 7,0 e 7,2 e a amilase maior que 1000, é indicado fazer toracocenteses seriadas.