



Caso 22, adaptado de: **Relato de Caso Clínico com finalidade didática:**

ID: 030

Data: 09 de setembro de 2013

Autora do relato: Rafaela Neman

Professor responsável: Valdes Roberto Bollela

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

Data da primeira consulta: 17/04/11 (UE)

Identificação:

Antonio da Silva, 18 anos, branco, estudante, solteiro, procedente de Ribeirão Preto – SP.

Queixa e Duração (QD):

Febre e manchas no corpo há um dia.

História da Moléstia Atual (HMA):

Paciente relata que há 1 dia da admissão iniciou quadro de artralgia em membros inferiores, associada a mialgia importante, de piora progressiva e acometimento de todo o corpo(membros superiores e nuca).

Refere 5 episódios de vômitos precedidos por náuseas e febre aferida (38 – 39°C), com melhora após uso de Dipirona.

Paciente relatou que notou aparecimento de máculas arroxeadas por todo corpo, com característica ascendente.

Interrogatório dos Diferentes Aparelhos (IDA):

Pele-> máculas arroxeadas(vide HMA)

Cabeça e Pescoço-> paciente refere dor muscular na nuca(vide HMA). Olhos-> sem registro.

Boca, Ouvido, Nariz e Garganta-> sem registro. Aparelho Respiratório-> paciente nega queixas. Aparelho Cardiovascular-> sem registro.

Aparelho Gastrointestinal-> nega alteração do hábito intestinal. Aparelho Gênitó-urinário->nega queixas urinárias. Neuromuscular e Osteoarticular-> refere mialgia (vide HMA).

Neurológico-> paciente nega sonolência, diminuição do nível de consciência ou alteração de comportamento.

Antecedentes Pessoais (AP):

Paciente refere ser portador de Asma, porém sem exacerbações há 6 anos.

Antecedentes Familiares (AF):

Não informado

Exame Físico:

REG, descorado (+/4+), hidratado, acianótico, anictérico e febril ao toque.

Pele: presença de equimoses/púrpuras de lenticulares a numulares, em todo corpo, principalmente em cotovelos, joelhos e tornozelos. Presença de equimoses também em palato, língua e orofaringe.

Cardiorrespiratório: RCR a 2T, BNF sem sopros. FC: 117bpm e PA: 100x70 mmHg. MV +, porém diminuído em base direita. FR= 30ipm e Sat. O2= 98%.

Abdome: plano, flácido, sem massas palpáveis ou visceromegalias; ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, descompressão brusca negativa.

Neurológico: orientado em tempo e espaço e sem sinais meníngeos. Púmpilas isocóricas e fotorreagentes.

Membros: pulsos periféricos palpáveis, amplos, rítmicos e simétricos.

Exames Complementares da chegada:**• Hemograma contagens globais:**

		Valores Normais
HB	13,4	13,5-17,5 g/Dl
HT	42	39-50%
GB*	13,6	3500-10500 10 ³ / μL
PLQ	75	150-450 10 ³ / μL
Linfócito		11%

* Neutrófilos com microvacúolos.

• Demais

	Resultado	Valores Normais
Creatinina	2,1	0,7- 1,5 Mg/DL
Uréia	55	10-50 Mg/DL
Sódio	131	135-145 MMol/L
Potássio	3	3,5-5 MMol/L
INR	1,6	Até 1,5
TTPA	2	Até 1,26

O estudante deverá ser capaz de:

- a) Explicar qual é a principal hipótese diagnóstica para este caso.
- b) Indicar os exames complementares mais relevantes para a investigação.
- c) Comentar os exames complementares disponíveis até o momento, explicando as alterações e sua provável causa.
- d) Citar as medidas iniciais para o manejo deste caso?
- e) Fazer a prescrição do Antibiótico para este caso.

Evolução

Paciente foi admitido no isolamento da Clínica Médica da UE, no dia 17/04, e foi colhido LCR pela Neurologia. Apresentava-se em REG, mantendo escala de coma de glasgow = 15. FC= 150 bpm, sua PA: 90x50 mmHg e apresentava sinais de má perfusão periférica, mantinha as lesões purpúricas em todo corpo com as mesmas características. Foi realizada uma gasometria que mostrou o seguinte resultado:

pH: 7,17	pO2: 88	pCO2: 25	HCO3: 8,8	BE= - 18,1	Sat: 94,5% - FiO₂ 100%
--------------------	-------------------	--------------------	---------------------	----------------------	---

Realizado LCR:

Aspecto turvo, Cels: 575 (N: 91% L: 9%) Hemácias: 480
Prot: 109; Glicose: 16
Gram: Não visualizado bactérias;
Látex: Não reagente
Cultura do LCR: negativa

Nos dias subseqüentes (8 dias), apesar da melhora lenta e progressiva do estado geral, o paciente evoluiu com piora importante da perfusão periférica, progressiva necrose de extremidades de membros inferiores e mão esquerda e mantendo picos febris diários. **(Figura)**



Foi avaliado, no dia 25/04, pela Cirurgia vascular a qual considerou necrose dos pododáctilos, com áreas necróticas isoladas em dorso dos pés e calcâneos e necrose de 1°, 2° e 3° quirodáctilos esquerdos, sem sinais de infecção.

As áreas necróticas foram debridadas e foi feita amputação dos pododáctilos e quirodáctilos necróticos.

Foi extubado nesse mesmo dia, sem intercorrências.

Após término do tratamento o **LCR controle** (8º dia) é o seguinte: - aspecto límpido; Célis: 25,6 (Linfócitos: 100%) Hemácias: 4,6; Prot: 65,7 Glic: 64 ; Gram: Não visualizado bactérias.

O estudante deverá ser capaz de:

- f) Citar qual o agente etiológico mais provável para este quadro?
- g) Explicar o mecanismo das lesões cutaneas e das extremidades (mmss e mmii) deste paciente.
- h) Citar os exames complementares que poderiam confirmar a etiologia deste quadro, e descrever os resultados típicos destes exames para um caso como este.

Grandes grupos de exames para doenças infecciosas: Exame direto; cultivo, sorológicos, amplificação de ácidos nucleicos – descreva o resultado esperado em caso de exame positivo

- i) Citar quais as drogas de primeira escolha para o tratamento desta infecção.
- j) Descrever como poderia ser feita a profilaxia dos contactantes deste paciente.

Fluxograma diagnóstico para auxiliar no diferencial de febres hemorrágicas e exantemáticas

