



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

ID: 062

Data: 05 de Agosto de 2014

Autora do relato: Diego de Souza Lima Fonseca

Professor responsável: Valdes Roberto Bollela

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

Descrição do Caso:

Identificação:

Antonio da Silva, 20 anos. Natural e procedente de Cajuru. Solteiro. Ex-trabalhador rural.

Queixa e Duração:

Cefaleia intensa há 10 dias.

História da Moléstia Atual:

Há 10 dias, paciente iniciou com quadro de cefaleia holocraniana intensa. Deu entrada no pronto-socorro em crise convulsiva, sendo administrado Fenitoína. Apresentava-se sonolento, e se queixando de muita dor de cabeça.

Interrogatório dos Diferentes Aparelhos (IDA):

Nega febre, lesões de pele e sintomas gastrointestinais.

Antecedentes Pessoais:

Diagnóstico de infecção pelo HIV desde 2010. Carga viral: 516.000, CD4: 21 (feito três meses antes desta consulta). Está em uso irregular de TARV e não comparecia em consultas de retorno regularmente.

Tem história de histoplasmoze gastroduodenal prévia. Tabagista 11 cigarros/dia há 8 anos

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril.

Oroscopia: presença de monilíase em cavidade oral.

Sem adenomegalias. Sem lesões cutâneas.

Aparelho Respiratório: eupneico, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Saturação de oxigênio em ar ambiente = 98%

Aparelho Cardiovascular: FC=68 BPM, PA=110X60 mmHG, 2 bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopro.

Abdome: flácido, sem massas palpáveis, hepatoesplenomegalia palpável. Descompressão brusca negativa.

Neurológico: GLASGOW 14. Pupilas midriáticas, ptose palpebral à esquerda, rigidez de nuca. Força muscular grau 4, com discreta redução de força em perna esquerda .

* Foi visto que, pouco tempo depois do exame físico, houve melhora espontânea das alterações da musculatura da face.

TOMOGRAFIA da urgência: Atrofia cortical difusa, dilatação dos ventrículos e ausência de lesões expansivas no parênquima cerebral.

LCR:

Exame de LCR:

pressão de abertura de 53cm de água.

Límpido

Células: 2 (Linfócitos: 100%)

Hemáceas: 1

Proteína: 89

Glicose: 58

Tinta da China: Positiva p/ Cryptococcus e com 26% de gemulação

O estudante deverá ser capaz de:

1. Elencar os principais diagnósticos diferenciais de um infecção no sistema nervoso central de um paciente com HIV/aids, como este.
2. Interpretar o resultado do LCR. Explicar os achados do exame do LCR. Comente a baixa celularidade observada. Este achado tem algum significado?
3. Iniciar o tratamento adequado para este quadro.
4. O resultado do LCR sugere fortemente um diagnóstico, quais os outros exames que podem confirmá-lo de maneira definitiva?
5. Após o tratamento da fase aguda, qual a droga deve ser mantida para este paciente, com intuito de evitar a recidiva da doença? Este medicamento poderia ser suspenso? Se sim, quando?