

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DE ARQUIVO No. 2

CASO 1

Identificação: Mulher, 48 anos, casada, dona de casa, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP.

Q.D.: Diarréia há três meses.

H.M.A.: Paciente refere que sempre teve hábito intestinal regular, evacuando todos os dias, fezes formadas, embora sem ter horário certo para ir ao banheiro. Além disso, apresentava tendência a ter diarreia, o que acontecia uma vez ao mês, pelo menos, cessando espontaneamente, depois de dois a três dias. Há cerca de três meses começou a apresentar diarreia constante, evacuando quatro a seis vezes ao dia, em geral após as refeições. Nega evacuações no período noturno, enquanto dorme. As fezes são em geral muito amolecidas, às vezes líquidas, em grande volume, eliminadas com muito gás. Nega muco, sangue, presença de gorduras, mas ocasionalmente nota pedaços de verduras. Muito raramente apresenta cólicas no mesogástrio, não muito intensas, que aliviam com a eliminação de gases. De fato, vem sentindo o abdome distendido e tendo flatulência.

Sempre foi magra, mas acha que emagreceu mais ainda com o aparecimento dessa diarreia. Não tem o costume de se pesar, mas notou que algumas roupas estão largas na cintura.

Nega febre, alteração do apetite ou da disposição, vem fazendo o serviço doméstico sem dificuldades.

I.D.A.: Dores nas costas frequentes, que atribui ao trabalho doméstico. Pele muito seca e descamante, provocando prurido quando não usa cremes hidratantes. Sem outras queixas relevantes nos demais aparelhos.

Antecedentes pessoais: refere que teve sarampo, catapora e caxumba quando criança. Refere ter feito tratamentos variados para “anemia” na adolescência tardia e começo da idade adulta, que foi atribuída a “menstruação

irregular”. Teve menarca “atrasada” (16 anos) e dificuldade para engravidar quando se casou (22 anos), na época foi suspeitado de “problema na tireoide”. Teve um aborto espontâneo, antes de engravidar do seu filho único (parto cesárea). Está em menopausa há três anos. Não fuma, não bebe nenhum tipo de bebida alcoólica. Não faz uso regular de qualquer medicamento.

Antecedentes familiares: pai falecido com 78 anos de problemas cardíacos devido a hipertensão arterial. Mãe está com 84 anos, boa saúde física, mas com demência. Marido ex-tabagista, tem hipertensão, diabetes e doença coronariana. Tem um filho único, saudável com 24 anos.

Exame físico Geral:

Paciente emagrecida, pálida, consciente, orientada, hidratada, acianótica, eupnéica.

Pêso: 44 kg; Estatura: 152 cm; Temperatura: 36.8°C.

Pele e mucosas moderadamente descoradas, hidratadas. Sem lesões cutâneas. Sem gânglios palpáveis. Musculatura hipotrófica e normotônica. Leve edema frio, depressível e indolor, simetricamente, em ambos os pés e tornozelos.

Exame físico Especial:

Segmento cefálico e pescoço, aparelho respiratório e cardiovascular sem anormalidades.

FC=FP= 96 bpm; P.A.: 100 x 70 mmHg.

Abdome: levemente globoso, cicatriz de Pfanestiel antiga, ausculta com ruídos hidro-aéreos de frequência aumentada, hipertimpanismo difuso à percussão, parede levemente tensa à palpação superficial, mas sem anormalidades ao exame. Dor difusa à palpação profunda, mas sem massas ou tumorações palpáveis. Ceco e sigmóide bem palpáveis, de consistência mantida, sem dor à palpação. Fígado percutível do 4º. ao 6º. intercosto, na linha hemi-clavicular direita, não palpável. Baço não percutível e não palpável. Parede posterior do

abdome com dor discreta à punho-percussão da coluna lombar, sinal de Giordano negativo.

CASO 2

Identificação: Mulher, 60 anos, divorciada, comerciante aposentada, natural e procedente de Mococa, SP.

Q.D.: “Intestino irregular e cólicas” desde a adolescência.

H.M.A.: Paciente refere que desde os seus 14 anos apresenta “crises” de 2-3 dias de duração em que tem diarreia e cólicas abdominais. Este quadro aparece principalmente quando fica mais estressada ou ingere certos alimentos, como feijão e molho de tomate, ou comida com excesso de temperos. Nesses dias, evacua quatro a cinco vezes, principalmente após as refeições e muito raramente depois que se deita para dormir. As fezes são líquidas, mas com pedaços sólidos, em volume moderado, às vezes com restos de verduras e casca de feijão, mas sem sangue, pus ou gorduras. Às vezes nota um pouco de “catarro” nas fezes, principalmente no período da manhã. Quando tem diarreia, fica com o abdome todo dolorido difusamente e apresenta cólicas no andar inferior precedendo as evacuações e melhorando completamente depois de evacuar.

Esse quadro costuma melhorar espontaneamente, mas em geral é seguido por período em que tem dificuldade de ir ao banheiro, evacuando a cada três dias, mais ou menos, fezes endurecidas e difíceis de serem eliminadas. À medida que passa os dias sem evacuar, vai ficando com o abdome distendido e doloroso, o que melhora quando evacua, frequentemente após ter tomado laxativo (“Lactopurga”).

Refere que já teve períodos piores, principalmente quando trabalhava, mas não nota evolução do quadro. Veio à consulta porque quer resolver seus problemas de saúde, agora que se aposentou.

Nega febre, refere perda do apetite nos períodos em que tem diarreia, mas nega perda de peso. Ao contrário, há cerca de 10 anos vem engordando paulatinamente (ganou cerca de 6 kg nesse período).

I.D.A.: cefaléia frequente, principalmente quando está preocupada com alguma coisa; dores lombares, não pode carregar peso; pirose ocasional; nega outros sintomas.

Antecedentes pessoais: ignora doenças da infância, sempre teve boa saúde, nega cirurgia, nega problemas menstruais, está em menopausa há mais de 10 anos. Nunca engravidou. Vive sozinha há mais de 20 anos, acha que está adaptada a essa situação. Fuma 20 cigarros por dia desde os 15 anos. Bebe cerveja e uísque uma vez por semana, sente-se mais calma com isso. Toma omeprazol 20 mg pela manhã há vários anos. Nega cirurgias, internações ou acidentes.

Antecedentes familiares: pai e mãe falecidos há muitos anos, com “bastante idade”, ignora as causas. Uma irmã mais velha falecida após complicação de cirurgia motivada por dor abdominal aguda. Duas outras irmãs aparentemente saudáveis, uma mais velha outra mais nova. Nega doenças próprias da família.

Exame físico Geral:

Bom estado geral e de nutrição, consciente, orientada, pele e mucosas coradas, hidratadas, sem lesões, ausência de gânglios palpáveis, sem edemas, musculatura normotrófica e normotônica.

Pêso: 76 kg; Estatura: 162 cm; Temperatura: 36.6°C.

Exame físico Especial:

Segmento cefálico e pescoço, aparelho respiratório e cardiovascular sem anormalidades.

FC=FP= 84 bpm; P.A.: 112 x 84 mmHg.

Abdome: moderadamente globoso, com ruídos hidro-aéreos normoativos, apresenta leve hipertimpanismo difuso à percussão, parede com panículo adiposo abundante, sem alterações à palpação superficial ou profunda, mas com dor ao exame do epigástrico. Fígado e baço não palpáveis.

CASO 3

Identificação: Homem, 52 anos, pintor de paredes, separado, natural de Sacramento, MG, procedente de Ribeirão Preto, SP.

Q.D.: Diarréia e emagrecimento há quatro meses.

H.M.A.: refere que há cerca de quatro meses vem apresentando diarreia, de instalação bastante gradual. Anteriormente evacuava todos os dias pela manhã, fezes bem formadas e, aos poucos, foi notando que precisava ir ao banheiro mais duas ou três vezes ao dia. Atualmente está evacuando quatro a cinco vezes ao dia, em geral após as refeições, fezes volumosas e amolecidas, mas não líquidas, mais claras que o habitual. Nega a presença de restos de alimentos, sangue, pus ou muco, mas está incerto quanto à presença de gorduras, porque às vezes parece perceber um pouco de “óleo” na água do vaso sanitário. Nunca precisou se levantar da cama para evacuar, depois de ter ido dormir. Nega náuseas, vômitos ou dor abdominal. Nega perda do apetite, ao contrário, parece que com a diarreia veio necessidade de comer mais. No entanto, vem emagrecendo lentamente, tendo perdido cerca de cinco quilos nesse período. Junto com isso, vem se sentindo menos disposto para o trabalho e para as suas atividades físicas habituais. Nega febre.

I.D.A.: ocasionalmente apresenta plenitude pós-prandial, principalmente com alimentos mais gordurosos; flatulência frequente; nega outros sintomas.

Antecedentes pessoais: sempre teve boa saúde até há cerca de 10 anos atrás, quando apresentou quadro de dor abdominal, seguido de icterícia, que motivou internação hospitalar. Nessa época foi operado, sendo feita “ligação direta da vesícula com o intestino”. Fuma mais de um maço de cigarros por dia desde os 15 anos. Nessa idade começou também a beber e chegou a tomar até meio litro de cachaça por dia por vários anos. Refere que “parou de beber” quando foi operado e atualmente bebe no máximo duas latas de cerveja por semana. Não toma remédio regularmente.

Antecedentes familiares: pai falecido de “derrame” com 60 anos, há muito tempo. Mãe viva e com saúde, apesar dos “problemas da idade”. Perdeu contato com irmãos (dois mais velhos e uma irmã mais nova), ignora suas

condições de saúde. Não sabe dizer também sobre seus dois filhos (idades entre 25 e 30 anos), que não vê há muitos anos. Vários tios e o próprio pai tiveram “problemas com bebida”. Ignora hipertensão, diabetes ou neoplasias na família.

Exame físico Geral:

Bom estado geral e de nutrição, consciente, orientado, mucosas levemente descoradas, hidratadas, sem lesões cutâneas, ausência de gânglios palpáveis, sem edemas, musculatura normotrófica e normotônica.

Pêso: 66 kg; Estatura: 173 cm; Temperatura: 36,5°C.

Exame físico Especial:

Cabeça, pescoço, aparelho respiratório e cardiovascular sem anormalidades.

FC=FP= 88 bpm; P.A.: 142 x 94 mmHg.

Abdome: plano, presença de cicatrizes cirúrgicas antigas, sendo uma mediana supra-umbelical e outra oblíqua paralela ao rebordo costa direito. Ruídos hidro-aéreos hiper-ativos. Discreto hipertimpanismo à percussão de todo o abdome. Palpação superficial mostra abdome tenso, principalmente nas regiões ocupadas pelas cicatrizes, mas não há dor ao exame. Sem alterações à palpação profunda. Fígado percutível do 5º. espaço intercostal direito até cerca de 4 cm do rebordo costal no prolongamento da linha hemiclavicular direita, extensão aproximada da macicez de 12 cm, bem palpável, consistência levemente endurecida, indolor. Baço não percutível e não palpável.