



---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 14/06/2021**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Prof. Dr. Sandro Bichara Mendonça**

**Relatora: Dr<sup>a</sup>. Laís Albernaz Kury - R2**

**Debatedora: Dr<sup>a</sup>. Júlia Silva Monteiro - R1**

---

# Caso clínico

---

- ✓ **Identificação:** 58 anos, sexo masculino, negro, casado, trabalhador rural, natural de Campos dos Goytacazes-RJ.
- ✓ **Queixa principal:** “Dor de cabeça e fraqueza nas mãos e pernas”.
- ✓ **HDA:** Paciente relata que em Março de 2020 iniciou quadro de cefaleia leve, persistente em região frontal; tosse seca intermitente; sem febre; astenia; fadiga; parestesia leve das palmas e paresia leve dos MMII; condição clínica atribuída pelo paciente ao grande esforço físico durante o seu trabalho.

Em Julho de 2020 houve piora da parestesia dos MMSS e paresia dos MMII. Procurou a UPA, onde foi avaliado clinicamente e solicitados exames de Sangue, Urina e Radiografia de Tórax. Prescritos sintomáticos, vitaminas e recebeu orientações médicas.

# Caso clínico

---

- ✓ **HDA:** Ao final de Outubro de 2020, houve piora da sua condição clínica: piora da cefaleia frontal, tonturas e alterações visuais (ocasional visão dupla - SIC); 01 episódio de crise convulsiva; persistência da tosse seca, agora com dores torácicas atribuídas aos esforços musculares associados aos acessos de tosse. Episódios ocasionais de febre não aferida. Cansaço ao deambular; ocasionais vômitos pós prandiais; astenia e fadiga; progressão da parestesia dos MMSS e paresia dos MMII; chegando a sofrer queda de própria altura em sua casa. Neste dia foi levado ao HGG pelo resgate médico, acompanhado pela esposa. Internado para investigação diagnóstica. Transferido para o serviço de CM / HEAA em meado de Janeiro de 2021.
- ✓ **HPP:** Doenças associadas: Gastrite (Omeprazol 20 mg/dia); nefrolitíase e infecção do trato urinário há 2 meses. Nega alergia medicamentosa.

# Caso clínico

---

- ✓ **História social:** Etilista [1 destilado dia / 28 anos] e tabagista [64 anos maço]; situação vacinal desatualizada; razoáveis condições existenciais (água de poço).
- ✓ **História familiar:** Pais falecidos não sabe informar a causa; não soube informar casos de neoplasia familiar.

# Caso clínico - Exame físico admissão / HEAA

Bom nível de consciência, interagindo bem com examinador, aceitando bem dieta oral. Queixa de cefaleia frontal e tontura. Episódios de tosse seca (queixa de dores torácicas associadas aos acessos de tosse seca). Refere parestesia de MMSS.

Normocorado, anictérico, apirético ao toque, hidratado, eupneico em AA.

Neuro: Apresentando leve estrabismo convergente do olho esquerdo. Brudzinski negativo. Importante paresia de MMII (reflexo de preensão palmar ausente). Babinski bilateralmente negativo.

AR: MVUA, sem RA / FR 14 irpm / Sat O2 AA 98%

ACV: RCR 2T BNF s/s / PA = 110 x 70 mmHg / FC = 64 bpm

Abdômen: plano, peristalse difusamente diminuída, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Portando CVD. Lesão por pressão em região sacral, Grau II.

MMII: paresia de MMII (MID > MIE = apresentava reflexo de retirada – contração fraca do quadríceps ao estímulo tátil plantar E). Panturrilhas livres, pulsos pediosos bilateralmente presentes simétricos e com pequena amplitude.

# Exames complementares - HGG

---

- ✓ **TC de Crânio sem contraste (27/10/20):** sem alterações dignas de nota.
- ✓ **TC tórax/abdômen/pelve com contraste(27/10/20):**  
infiltrado parenquimatoso pulmonar bilateral inespecífico; múltiplos nódulos de aspectos granulomatosos aumentados em tamanho, em diferentes regiões torácicas: mediastino, para traqueal e hilar direito, subpleurais no segmento superior do lobo inferior esquerdo; ausência de adenomegalias ou derrame pleural; seios costofrênicos e cardiofrênicos livres; área cardíaca dentro da normalidade. Sem achados nas vísceras abdominais ou outras alterações clínicas dignas de nota.

# Exames complementares - HGG

---

- ✓ **Ressonância Magnética contrastada de Crânio e Coluna Cervical (04/12/2020):** Intenso realce leptomeníngeo pelo meio de contraste no bulbo e na medula espinhal cervical posterior (C4/C5), por vezes com aspecto nodular, associando-se extenso hipersinal T2 bulbar e medular, com edema, aumento de calibre medular.

# Exames complementares – HGG

Estudo do Líquor (11/12/20):	Valores de referência (VR)
Volume: 9,0 ml	
Cor: límpido e incolor	
Citologia: leucócitos 43 p/mm <sup>3</sup> (VR 0/5 p/ mm <sup>3</sup> ); hemácias 2 p/ mm <sup>3</sup> ; macrófagos 2%; linfócitos 79%;	(VR 0/5 p/ mm <sup>3</sup> )
proteínas totais 177 mg/dl	(VR 30/50 mg/dl)
glicose 54 mg/dl	(VR 40/80 mg/dl)
bacterioscopia gram: ausente	
pesquisa BAAR: ausente	
pesquisa Fungos: ausente	
VDRL: não reagente	
PCR para Mycobacterium tuberculosis: não detectado.	

# Exames complementares – HGG

Marcadores sorológicos (07/12/20):	
FAN	Não reagente
ANCA-C	Não reagente
ANCA- P	Não reagente
ANTI-DNA (Dupla hélice)	Não reagente
ANTI-SSa (RO)	Não reagente
ANTI-SSb (LA)	Não reagente

# Exames complementares - HGG

---

**Eletrocardiograma (08/01/21):** ritmo sinusal.

**Ecocardiograma Doppler (14/01/21):** laudo dentro da normalidade; FEVE = 62,4%

# Exames laboratoriais

	17/12/20 HGG	19/01/21	21/02/21	27/03/21	Valores de referência
Hb	11,7	10,9	9,4	8,8	12-16 g/dL
Leuc	13800	11600	12100	14600	4000-9000/ mm <sup>3</sup>
Eos	0%	2%	0%	0%	2-4%
Bast	0%	2%	4%	2%	3-5%
Seg	67%	79%	72%	68%	58-70%
Lfcts	21%	16%	11%	14%	21-31%
Plaq	221.000	176.000	168.000	146.000	150.000-450.000/ mm <sup>3</sup>
Glic	102	198	221	142	Até 99 mg/dL
Ur	37	51	41	37	Até 40 mg/dL
Cr	0,9	1,3	1,1	0,9	Até 1,4 mg/dL
PCR	82,4	78,4	68,2	56,4	< 6,0 mg/L
Na <sup>+</sup>	139	129	139	131	135-145 mEq/L
K <sup>+</sup>	3,8	4,2	3,9	3,7	3,5-5,5 mEq/L
Ca <sup>++</sup>	14,8	12,9	11,4	10,9	8,4-10,2 mg/dL
Mg <sup>++</sup>	1,2	1,5	1,7	1,4	1,6-2,3 mg/dL

**Hipóteses diagnósticas?**

**Exames adicionais**

**Condução do caso**



## NOSSO PACIENTE

HDA e Ex físico = homem, 58 anos, negro; natural de Campos dos Goytacazes;

Clinica: Cefaleias; alterações visuais; tonturas; tosse seca; astenia; fadiga; parestesias de MMSS e paresias de MMII, ocasionais episódios de febre não aferida; crise convulsiva?

HS – trabalhador rural; etilista ; tabagista; situação vacinal irregular; razoáveis condições existenciais;

1ª HIPÓTESE = SD FRAQUEZA MUSCULAR

# MIASTENIA GRAVIS

A miastenia gravis resulta de um ataque autoimune aos receptores de acetilcolina (AChR) pós-sinápticos, que interrompe a transmissão neuromuscular.

## FAVORECEM A HIPÓTESE

- Alterações visuais
- Fraqueza muscular após o uso do músculo comprometido

## FALA CONTRA A HIPÓTESE

- Doença auto imune
- Acomete com mais frequência mulheres.
- Não há alterações em musculatura bulbar ( disartria, disfagia)
- Alterações na sensibilidade/ equilíbrio

# MIASTENIA GRAVIS

O diagnóstico da miastenia gravis é sugerido por exame físico, confirmado por testes:

- Exame de imagem para avaliar a morfologia do Timo
- Eletroneuromiografia
- Teste com bolsa de gelo = diminui a fraqueza muscular
- Teste usando fármacos anticolinesterásicos

## NOSSO PACIENTE

Exames complementares realizados:

- Sangue = achados mais relevantes oscilações do PCR e Ca
- TC de Tórax = múltiplos **nódulos granulomatosos**
- RM Crânio e Coluna Cervical = intenso **realce leptomeníngeo** pelo meio de contraste no bulbo e na medula espinhal cervical posterior (C4/C5), por vezes com aspecto nodular, associando-se extenso **hipersinal T2 bulbar e medular**, com edema, aumento de calibre medular; considerar doença inflamatória/infecciosa sistêmica.

**2ª HIPÓTESE = DOENÇAS GRANULOMATOSAS**

# TUBERCULOSE

A tuberculose um importante problema de saúde pública global, intimamente associada ao tabagismo crônico é causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*;

## FAVORECEM A HIPÓTESE

- Epidemiologia
- Tosse crônica
- Febre intermitente/ esporádica
- Astenia / fadiga
- Acometimento SNC?
- Tabagismo
- Granulomas

## FALA CONTRA A HIPÓTESE

- Granuloma não- caseoso
- Relato de outros comemorativos classicos de TB, tais como emagrecimento, sudorese vespertina/noturna
- Imunocomprometimento

# TUBERCULOSE

Para investigação de TB podemos realizar exames:

1. Bacteriológico – baciloscopia e Cultura
2. Molecular – PCR para *Mycobacterium tuberculosis* (GeneXpert ou teste rápido TRM-TB)
3. Radiológico – RX e/ou TC
4. Prova Tuberculínica
5. Histopatológico

# HISTIOCILOSE PULMONAR

A histiocitose de células de Langerhans pulmonar é uma doença em que células de Langerhans monoclonais CD1a-positivas (um tipo de histiócito) se infiltram nos bronquíolos e no interstício pulmonar, acompanhadas de outras células inflamatórias [neutrófilos, linfócitos, outras].

## FAVORECEM A HIPÓTESE

- Tabagismo
- Tosse crônica
- Febre intermitente/ esporádica
- Astenia / fadiga
- Dor Torácica / pleurítica
- Granulomas

## FALA CONTRA A HIPÓTESE

- Acometimento neurológico periférico

## HISTIOCILOSE PULMONAR

Para investigação diagnóstica, seria necessário broncoscopia com biópsia e lavado broncoalveolar.

O número > 5% de células CD1a no líquido do lavado broncoalveolar é fortemente sugestivo de doença. A coloração imuno-histoquímica é positiva para CD1a, proteína S100 e antígenos leucocitários humanos HLA-DR.

## SARCOIDOSE

A sarcoidose é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida que resulta em **granulomas sem caseificação** em um ou mais órgãos e tecidos.

Os pulmões e o sistema linfático são afetados com mais frequência. Mas, a sarcoidose pode comprometer outros órgãos: SNC, Olhos, Coração, Fígado, Baço, Pele, Articulações, Músculos e Ossos.

A evolução clínica pode ser aguda ou insidiosa; com mais ou menos comemorativos clínicos, conforme condições clínicas da pessoa acometida e extensão da doença.

# SARCOIDOSE

A confirmação diagnóstica costuma acontecer por exames complementares e estudos anatomopatológicos de amostras biológicas, mostrando lesões com presença de células inflamatórias sem necrose caseosa.

Exclusão de outras causas de inflamação granulomatosa.

## SARCOIDOSE

Embora haja divergências entre aspectos clínicos epidemiológicos relacionados com a sarcoidose (gênero; etnia; correlação inversa com o tabagismo); o paciente tinha como profissão ser trabalhador rural, exposição à agentes que uma vez inalados poderiam estimular o desenvolvimento da sarcoidose , pois, os mesmos seriam capturados pelas células fagocitárias desenvolvendo um processo de inflamação pulmonar, podendo inclusive resultar em fibrose pulmonar e cor pulmonale.

Fica, então, sendo esta a HD mais adequada ao caso clínico do paciente.

# Exames complementares

---

- ✓ **Biópsia de linfonodo para traqueal direito por fibrobroncoscopia (29/10/2020):** processo inflamatório crônico granulomatoso constituído por histiócitos epitelióides, células gigantes e áreas de fibrose circundante; associa-se antracose; O histopatológico favorece sarcoidose.
- ✓ **Diagnóstico = Sarcoidose com acometimento secundário neurológico bulbar e leptomeníngeo [C4/C5].**
- ✓ Descartado acometimento ocular mediante avaliação pelo Oftalmologia / HEAA.

# Tratamento

---

- ✓ Vermifugação
- ✓ Metilprednisolona 1g/dia, por 3 dias consecutivos.
- ✓ Seguido de: Prednisona 40 mg/dia por 3 semanas.
- ✓ Prednisona 30 mg/dia por 3 semanas
- ✓ Prednisona 20 mg/dia por 3 semanas
- ✓ Prednisona 10 mg/dia por 06 meses
- ✓ Na última semana da Prednisona 20 mg/dia, foi associada Azatioprina [3 mg/kg/dia // paciente com peso estimado em 59 kg = optou-se por iniciar com 50 mg/dia por 02 semanas. Ajustado para 100 mg/dia por 03 semanas. Mantida associação com Prednisona 10 mg/dia e demais suporte clínico medicamentoso.

# Pontos relevantes do exame físico

## (D98 IH /CM / HEAA)

---

- ✓ Mantido bom nível de consciência e relacionamento durante o tempo de internação.
- ✓ Mantido padrão cardiorrespiratório e hemodinâmico dentro dos parâmetros considerados normais.
- ✓ Importante melhora da parestesia de MMSS.
- ✓ Importante melhora da paresia de MMII [flexão espontânea / força motora grau II = movimento com eliminação da gravidade.
- ✓ Conseguiu sair do leito; sentar na cadeira.

# Exame de imagem - HEAA

## ✓ RM Coluna Cervical:

Imagem D = presença de processo inflamatório + edema

Imagem E = regressão significativa de ambos



# Pontos relevantes do plano terapêutico

(D98 IH /CM / HEAA)

---

- ✓ Participação ativa diária empática dos colegas das Equipes da Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia durante evolução do plano terapêutico do paciente.
- ✓ Alta hospitalar após 98 dias de internação na CM / HEAA.
- ✓ Seguimento ambulatorial com a Neurologia.

**Obrigada!**