

.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica
Hospital Escola Álvaro Alvim
Sessão Clínica: 07/07/2025 às 10:30h

Orientador: Dr. Guilherme Alcantara Cunha Lima
Relator: (R2) Dr. João Victor Barcelos Durce
Debatedora: (R1) Dra. Lara Simão Barbosa Lemos

Caso Clínico

Identificação: Mulher, 34 anos, preta, divorciada há 2 anos, desempregada, natural e moradora de Campos dos Goytacazes.

Parecer à endocrinologia na emergência do HFM (setor UPG): “Mulher, 34 anos, admitida por desorientação, sonolência, ataxia de marcha, espasmos musculares e tetania. Exames de sangue com hipocalcemia e hipocalemia de difícil controle. Hipopara?”

HDA:

Paciente internada no HFM há cerca de 3 meses com história de câimbras e sintomas parestésicos em MMSS e MMII, recebendo o diagnóstico de hipocalemia, sendo medicada e liberada após 3 dias. Após alta, apresentou nos últimos 2 meses retorno das mesmas queixas, que evoluíram com contrações involuntárias, espasmos musculares, ataxia de marcha e alteração do sensório, motivando nova internação.

HPP:

- Histórico de Obesidade Mórbida, sendo submetida a Cirurgia Bariátrica há 2,5 anos (Bypass Gástrico). Perdeu cerca de 40 kg desde a cirurgia, mas descontinuou seguimento clínico pós-bariátrica, precocemente.
- Cirurgia de colecistectomia por colelitíase há 6 anos.
- Depressão (Usava trazodona 50 mg/dia). Sintomas depressivos se agravaram muito após a cirurgia bariátrica, pois “perdeu o prazer de comer”, além disso o marido pediu o divórcio e abandonou o uso do antidepressivo.
- Nega alergias
- Nega medicações de uso contínuo atualmente, apesar de terem sido prescritos vários medicamentos na última consulta por cirurgião bariátrico (não sabe nomes), mas os utilizou por pouco tempo, e abandonou por conta própria.

História Ginecológica e obstétrica:

- G 1 P0 A1 (espontâneo, aos 24 anos de idade).
- Histórico de irregularidade menstrual (Síndrome dos Ovários Policísticos), que melhoraram transitoriamente após a Bariátrica, mas tornaram a ficar irregulares nos últimos meses (não sabe precisar há quanto tempo).

História Social:

- Alcoolista (bebia 3-4x semana, em média 6 latões de cerveja ou 2-3 drinks de gin/vodka), mas aumentou muito a quantidade de ingestão de álcool, alcançando em média 1,0 litro de destilado praticamente todos os dias, e diminuindo muito a ingestão de alimentos, por receio de engordar novamente.
- Nega tabagismo.
- Sedentária.

História Familiar: Hipertensão arterial sistêmica: pai, mãe e irmã. Diabetes mellitus: mãe. Acidente vascular encefálico: mãe. Obesidade: pai, mãe e irmã. Bariátrica: irmã e 2 primas.

Exame físico:

Paciente desorientada no tempo e espaço, interagindo mal com examinador. Hipocorada ++/4+, desidratada +/4+, anictérica, acianótica, afebril.

Peso médio estimado: 80 Kg

Altura média estimada: 1,60m

IMC estimado 31,25.

ACV: RCR 2t BNF sem sopros; FC: 124 bpm; PA: 100x 70mmHg. Pulsos palpáveis e simétricos em MMSS e MMII. Enchimento capilar normal. Ausência de turgência jugular

AR: MV (+) sem RA; FR: 23 irpm; Sat.O2: 97%, sob cateter nasal de O2.

Abdome: Globoso, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, peristalse presente. Fígado palpável cerca de 4 cm RCD. Espaço de Traube livre. Sem evidência de circulação colateral de parede abdominal ou ascite.

MMII: Edema ++/4+, maior em pés, sem sinais de empastamento; panturrilhas livres.

Exame neurológico: AO 4/4; RV4/5; RM 5/6 (13/15). Presença de confabulações, confusão mental e sonolência. Marcha não testada, pois paciente não colaborou com o exame físico (relato de ataxia de marcha na admissão). Diminuição dos reflexos tendinosos de MMII. Sinal de Trousseau presente / Chvostek ausente.

EXAMES	RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
Hematócrito	28,7	39-43%
Hemoglobina	8,9	12-16 g/dl
VCM	112	80-100 fL
HCM	31	27-33 pg
CHCM	35	32-36 g/dL
RDW	16	11-14,5%
Leucócitos	3440 (diferencial normal)	4.000-9.000/mm ³
Plaquetas	125.000	150.000-450.000/mm ³
Glicose	77	Até 99 mg/dl
Ureia	39	Até 40 mg/dl
Creatinina	1,0	Até 1,2 mg/dl
TGO	99	5-40 U/L
TGP	68	7-56 U/L
Albumina	1,8	3,5-5,0 g/dL
Sódio	137	135-145 mEq/L
Potássio	3,2	3,5-5,5 mEq/L
Calcio total	4,8	8,5-10 mg/dL
Calcio corrigido	6,56	8,5-10 mg/dL
VHS	47	Até 20 mm/h
PCR	27	Até 3 mg/dL

ECG: Taquicardia sinusal. Sem evidências eletrocardiográficas de hipocalemia.

TC Crânio: Sem insultos vasculares agudos.

– **Discutir hipóteses diagnósticas e conduta** –

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



PONTOS-CHAVE: ANAMNESE E EXAME FÍSICO

🔑 Mulher, 34 anos, preta, divorciada há 2 anos, desempregada

🔑 HDA: Paciente internada no HFM há cerca de **3 meses com história de câimbras** e sintomas **parestésicos em MMSS e MMII**, recebendo o diagnóstico de hipocalcemia, sendo medicada e liberada após 3 dias. Após alta, apresentou nos últimos 2 meses retorno das mesmas queixas, que evoluíram com **contrações involuntárias, espasmos musculares, ataxia de marcha e alteração do sensório**, motivando nova internação.

🔑 HPP/HS:

- **Cirurgia bariátrica há 2,5 anos (Bypass em Y de Roux)** — perda de 40kg → sem seguimento ambulatorial
- **Alcoolismo** crônico e severo (aprox. 1 litro de destilado/dia)
- **Baixa ingestão alimentar e proteica**
- Histórico de **depressão**, descompensada após cirurgia (abandono de antidepressivo – trazodona 60mg/dia)
- **Sem uso regular de suplementações vitamínicas**

🔑 HF: **HAS**: pai, mãe e irmã | **DM**: mãe | **AVC**: mãe | **OBESIDADE**: pai, mãe e irmã.

PONTOS-CHAVE: ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Exame físico:

Paciente **desorientada no tempo e espaço**, interagindo mal com examinador.

Hipocorada ++/4+, desidratada +/4+, anictérica, acianótica, afebril.

IMC estimado 31,25 -> OBESIDADE GRAU I

ACV: RCR 2t BNF sem sopros; **FC: 124 bpm**; PA: 100 x 70mmHg. Pulsos palpáveis e simétricos em MMSS e MMII. Enchimento capilar normal. Ausência de turgência jugular.

AR: MV (+) sem RA; FR: 23 irpm; Sat.O2: 97%, sob cateter nasal de O2.

Abdome: Globoso, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, peristalse presente. **Fígado palpável cerca de 4 cm RCD**. Espaço de Traube livre. Sem evidência de circulação colateral de parede abdominal ou ascite.

MMII: **Edema ++/4+, maior em pés**, sem sinais de empastamento; panturrilhas livres.

Exame neurológico: AO 4/4; RV4/5; RM 5/6 (13/15). **Presença de confabulações, confusão mental e sonolência.** Marcha não testada, pois paciente não colaborou com o exame físico **(relato de ataxia de marcha na admissão)**. **Diminuição dos reflexos tendinosos de MMII. Sinal de Trousseau presente / Chvostek ausente.**

RACIOCÍNIO CLÍNICO

- **SÍNDROMES CARENCIAIS/DISABSORATIVAS ?**
 - DEFICIÊNCIA DE VIT. D
 - DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS
[HIPOCALCEMIA? HIPOCALEMIA?
HIPOMAGNESEMIA?]
 - DEFICIÊNCIA DE VIT.B12
- **ENCEFALOPATIA CARENICIAL? [WERNICK]**
 - DEFICIÊNCIA DE TIAMINA



EXAMES COMPLEMENTARES

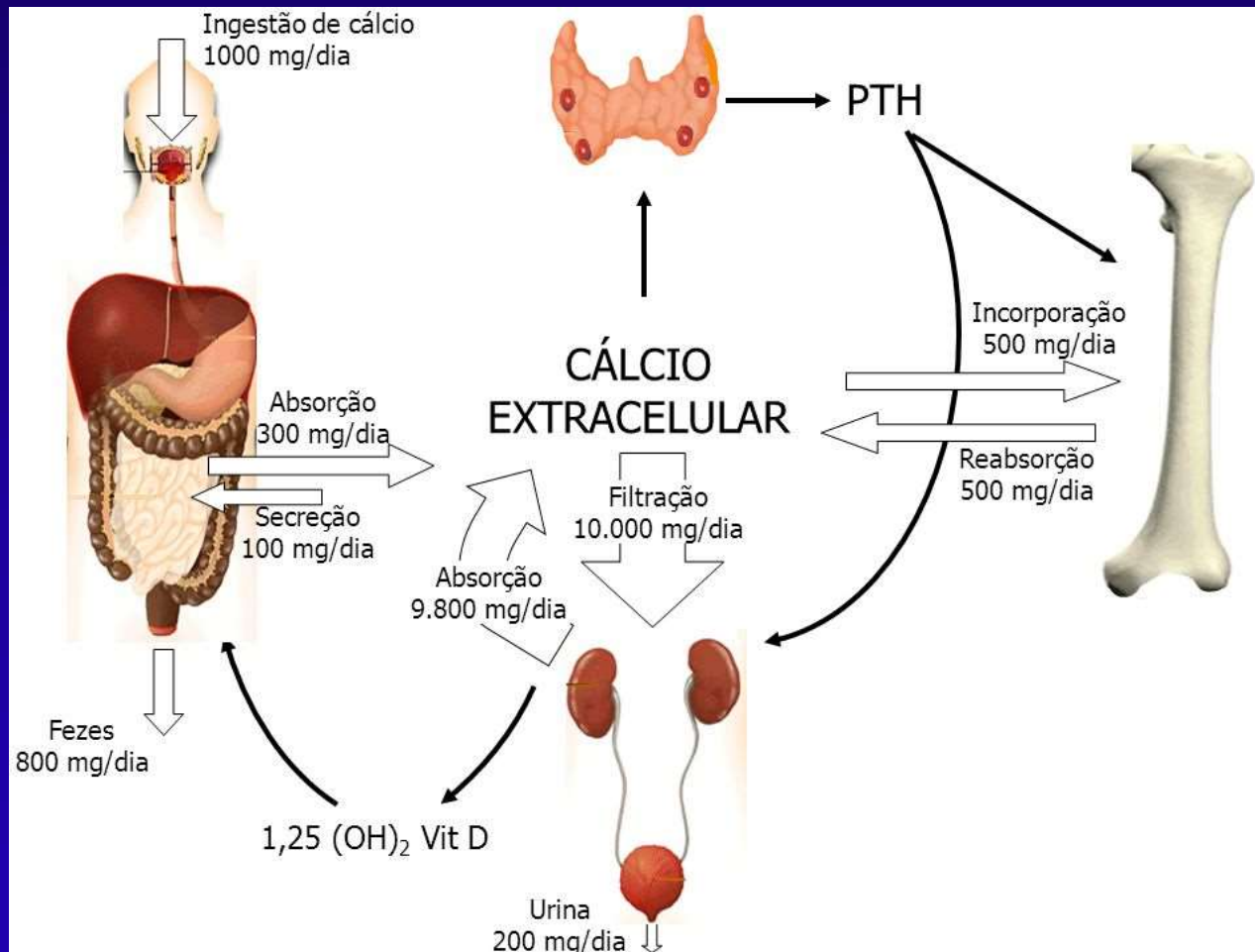
EXAMES	RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
Hematócrito	28,7	39-43%
Hemoglobina	8,9	12-16 g/dl
VCM	112	80-100 fL
HCM	31	27-33 pg
CHCM	35	32-36 g/dL
RDW	16	11-14,5%
Leucócitos	3440 (diferencial normal)	4.000-9.000/mm ³
Plaquetas	125.000	150.000-450.000/mm ³
Glicose	77	Até 99 mg/dl
Ureia	39	Até 40 mg/dl
Creatinina	1,0	Até 1,2 mg/dl
TGO	99	5-40 U/L
TGP	68	7-56 U/L
Albumina	1,8	3,5-5,0 g/dL
Sódio	137	135-145 mEq/L
Potássio	3,2	3,5-5,5 mEq/L
Calcio total	4,8	8,5-10 mg/dL
Calcio corrigido	6,56	8,5-10 mg/dL
VHS	47	Até 20 mm/h
PCR	27	Até 3 mg/dL

ECG COM TAQUICARDIA SINUSAL E TC DE CRANIO NORMAL

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

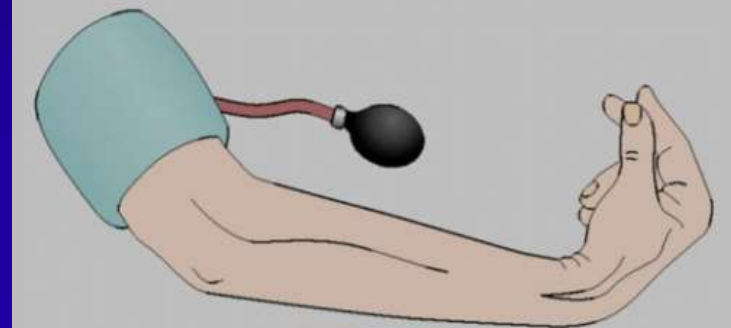
Síndromes Carenciais/Disabsortivas [pós bariátrica]:

- Deficiência de Vitamina D
- Hipocalcemia grave sintomática [Sd. da hipocalcemia]



SINAL DE TROUSSEAU

Espasmo carpal em até 3 minutos após esfigmomanômetro inflado acima da PAS



🔍 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

NUTRIENTES ----- > PRINCIPAL SÍTIO DE ABSORÇÃO

Gorduras → Delgado proximal

Proteínas → Delgado médio

Carboidratos → Delgado proximal e médio

Ferro → Delgado proximal

Cálcio → Delgado proximal

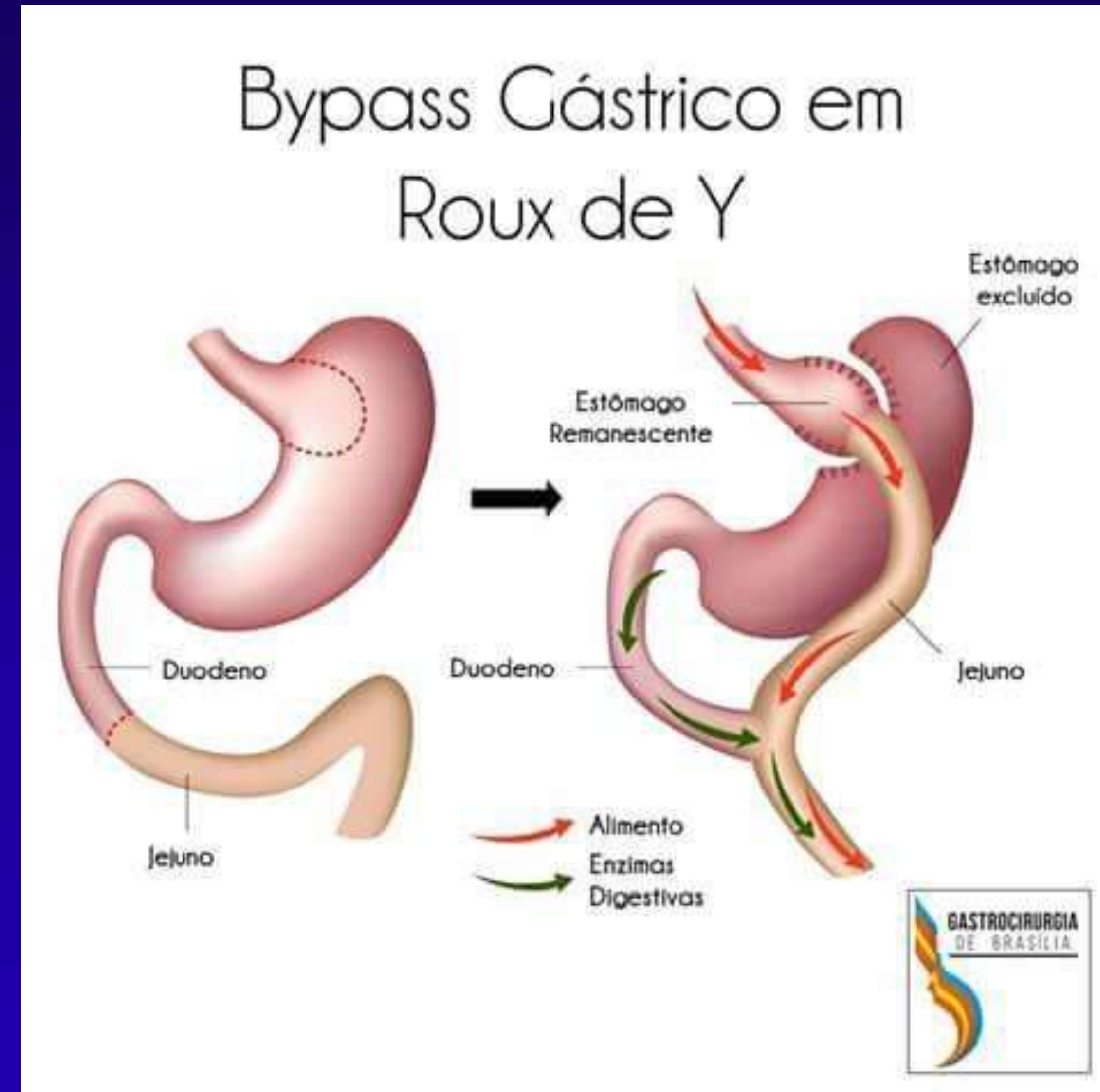
Ácido fólico → Delgado proximal e médio

Cobalamina [Vit.B12] → Íleo distal

Sais biliares → Íleo distal

Água e eletrólitos →

Delgado e cólon (especialmente no ceco)



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Síndromes Disabsortivas [pós bariátrica]:

- Deficiência de Vit. B12: Anemia macrocítica + pancitopenia leve
 - ➡ Síndrome da degeneração combinada da medula = cordão posterior + feixe piramidal lateral → parestesias, ataxia, espasticidade, confusão mental/depressão, hipo/arreflexia

Encefalopatia de Wernicke [etilismo crônico + pós bariátrica]:

- Deficiência de Tiamina [Vit.B1]
- Tríade clássica: confusão mental, ataxia, oftalmoplegia/nistagmo

Diagnóstico é clínico, tratamento empírico!



EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ PTH intacto [hipopara 1º ou 2º]
- ✓ Cálcio iônico
- ✓ Magnésio sérico, fósforo
- ✓ Dosagem de Vit.D
- ✓ Dosagem de Vit.B12
- ✓ Dosagem de tiamina
- ✓ Perfil de ferro
- ✓ Função hepática completa (BT e frações / INR / FA e GTT)



REFERÊNCIAS

1. **Felsenfeld AJ, Levine BS. Hypocalcemia: mechanisms and management. N Engl J Med. 2022;386(13):1192–1201.**
2. **Marieb EN, Hoehn K. Human Anatomy & Physiology. 11th ed. Pearson; 2018.**
3. **Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2020 update. Obesity (Silver Spring). 2020;28(4):O1–O58.**
4. **Gletsu-Miller N, Wright BN. Mineral malnutrition following bariatric surgery. Adv Nutr. 2013;4(5):506–517.**

Seguimento do caso

Exames complementares

USG abdome: Colecistectomia. Fígado aumentado de tamanho (não mensurado), com aumento da ecogenicidade. Esteatose hepática grau moderado. Baço de tamanho normal. Não realizado doppler sistema porta

EDA: Hérnia de hiato por deslizamento, esofagite grau C Los Angeles. Anastomose gastrojejunal sem anormalidades. Gastrite enantematosa acentuada. Sem úlceras, varizes ou sangramento ativo.

TC abdome: Vesícula biliar não visualizada. Fígado de tamanho aumentado, sem configuração de nódulos. Baço e pâncreas sem anormalidades

Bilirrubina Total	1,2/ BD 0,8	0,2-1,2 mg/Dl
INR	1,4	0,8-1,2
Fosfatase Alcalina	196	30-120 U/L
GGT	342	0-43 UL
Amilase	157	25-125 U/L
Lipase	47	< 60 U/L
Magnésio	1,1	1,6-2,6 mg/dL
Fósforo	1,9	2,5-4,5 mg/dL
PTH	89	10-65 pg/mL
Vitamina B 12	112	200-900 pg/mL
25-OH vitamina D	8,3	Acima 20-30 ng/mL
Ferritina	10	30-300 ng/ml
IST	11	15-50%
Ferro	34	60-160 mcg/dL
TIBC	467	250-450 mcg/dL
Sorologias virais A/B/C	Anti-HBs +	-----
Anti-HIV	Negativo	-----
FAN	Negativo	-----
VDRL	Negativo	-----
EAS	Normal	-----

DIAGNÓSTICO:

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE + DESNUTRIÇÃO PROTEICA (NÃO CALÓRICA) E DE OLIGOELEMENTOS, MEDIADOS POR ALTA INGESTÃO DE ÁLCOOL + SÍNDROME DISABSORTIVA PÓS-BARIÁTRICA + CARÊNCIA NUTRICIONAL

Conduta:

- **Hidratação venosa**
- **Reposição oligoelementos como Mg, K, Ca e Fe venosos;**
- **Reposição de tiamina (não foi dosada, sendo feito terapia de reposição empírica a partir de anemia carencial, deficiências de oligominerais e vitaminas, hipoalbuminemia; em paciente com desnutrição proteica, clínica e fatores predisponentes sugestivos.**
- **Reposição de vitamina D, polivitamínicos orais, B12 intramuscular.**
- **Proteção de mucosa gástrica (Omeprazol + Domperidona)**
- **Benzodiazepínico SOS**

Avaliação da psiquiatria

- **Parecer da psiquiatria: Diazepam 10 mg oral 12/12 horas + Haloperidol SOS + seguimento clínico conforme orientação em parecer da Endocrinologia.**

Evolução

- **Evolução com melhora clínica ao longo de 14 dias, com restabelecimento do nível de consciência e melhora de reflexos e dos sintomas musculares.**

EXAMES	RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
Hematócrito	28,7----30,7	39-43%
Hemoglobina	8,9----10,5	12-16 g/dl
VCM	112----102	80-100 fL
HCM	31----31	27-33 pg
CHCM	35----33	32-36 g/dL
RDW	16----14,7	11-14,5%
Leucócitos	3440----4200	4.000-9.000/mm ³
Plaquetas	125.000-----156000	150.000-450.000/mm ³
Glicose	77----82	Até 99 mg/dl
Ureia	39----31	Até 40 mg/dl
Creatinina	1,0-----0,8	Até 1,2 mg/dl
TGO	99----44	5-40 U/L
TGP	68----46	7-56 U/L
Albumina	1,8----2,7	3,5-5,0 g/dL
Bilirrubina Total	1,2----1,0	0,2-1,2 mg/dL
INR	1,4---1,2	0,8-1,2
Fosfatase Alcalina	196----132	30-120 U/L
GGT	342----92	0-43 UL
Amilase	157----110	25-125 U/L
Lipase	47----44	< 60 U/L
Sódio	137---139	135-145 mEq/L
Potássio	3,2----4,2	3,5-5,5 mEq/L
Calcio total	4,8----7,6	8,5-10 mg/dL
Calcio corrigido	6,56----8,64	8,5-10 mg/dL
Magnésio	1,1----2,1	1,6-2,6 mg/dL
Fósforo	1,9----2,7	2,5-4,5 mg/dL
VHS	47----22	Até 20 mm/h
PCR	27----14	Até 3 mg/dL

Evolução

Não foram dosados PTH, 25-OHD, B12 e cinética do ferro devido a precocidade de tempo de reposição.

Alta hospitalar após 14 dias de internação, com prescrição de polivitamínicos, citrato de cálcio, vitamina D oral, vitamina B12 injetável, ferro complementar, IBP edomperidona, e antidepressivo (Fluoxetina 40 mg/dia).

Encaminhada aos ambulatórios de: psicologia, psiquiatria, endocrinologia e nutrição.