

.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 19/05/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Dr. Alcino Saihd Facó Hauaji

Relator: Dr^a Luiza Branco Lopes Corte Real (R2)

Debatedora: Dr^a Lara Paresqui (R1)

Caso Clínico

Identificação

Paciente do sexo masculino, 86 anos, branco, casado, aposentado (era comerciante). Natural do Rio de Janeiro – RJ, residente em Campos dos Goytacazes – RJ.

Queixa principal

“Sonolência e redução de interação”

História da doença atual (HDA)

O paciente foi levado à emergência por familiares. O quadro clínico apresentado incluía sonolência, queda do nível de consciência, inapetência e necessidade contínua de cateter de O₂. Segundo os acompanhantes, o paciente encontrava-se assintomático e sem alterações neurológicas antes de dormir. Ao acordar, apresentava quadro clínico citado e foi levado a emergência.

História patológica pregressa (HPP)

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Cardiopatia por doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca diastólica
- Fibrilação atrial
- Pneumonia de repetição
- Derrame pleural moderado com opacidade pulmonar subjacente
- Implante de TAVI há 2 anos, devido a estenose aórtica importante
- Covid-19 com pneumonia e múltiplas internações pós-Covid
- Trombose Venosa Profunda (TVP) com Embolia Pulmonar (TEP) sem complicações, há 20 anos
- Cirurgia para Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)
- Prótese de quadril, há 7 anos

> Medicações de uso contínuo:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| - Florinefe 0,1mg 1x ao dia | - Apixabana 5mg 12/12h | - Losartana 50mg 12/12h |
| - Furosemida 40mg manhã | - Domperidona 10mg 8/8h | - Daflon 500mg 12/12h |
| - Urocran manhã | - Ácido fólico 5mg manhã | - Puran 100mcg manhã |
| - Bisoprolol 2,5mg manhã | - Fluoxetina 10mg | - Forxiga 10mg manhã |
| - Rosuvastatina 20mg noite | - Espironolactona 25mg 1x dia | |

História familiar

Nega história familiar de doença arterial coronariana ou neoplasias.

História social

Ex – tabagista (cessou há 50 anos, fumou 30 maços/ano) | Ex- etilista social (parou há 60 anos).

Exame Físico

Ao exame físico paciente encontra-se sonolento, despertando ao chamado, desorientado, com pouca interação com examinador. Estava eupneico em ar ambiente, normocorado, desidratado +/-4, acianótico, anictérico e afebril.

Exame neurológico: paciente sonolento, desorientado, Glasgow 14. Mobilizava os quatro segmentos. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Sinais vitais: PA: 129 x 78 mmHg

FC: 77 bpm

SAT: 92% em ar ambiente e 97% em cateter e O2 3L/min

ACV: RCI bulhas hipofonéticas, S/S.

AR: MVUA com estertores crepitantes discretos e bibasais.

ABD: Flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, peristalse presente.

MMII: Panturrilhas livres, sem edemas, pulsos pediosos palpáveis.

Exames Complementares

> TC DE CRÂNIO ADMISSÃO:

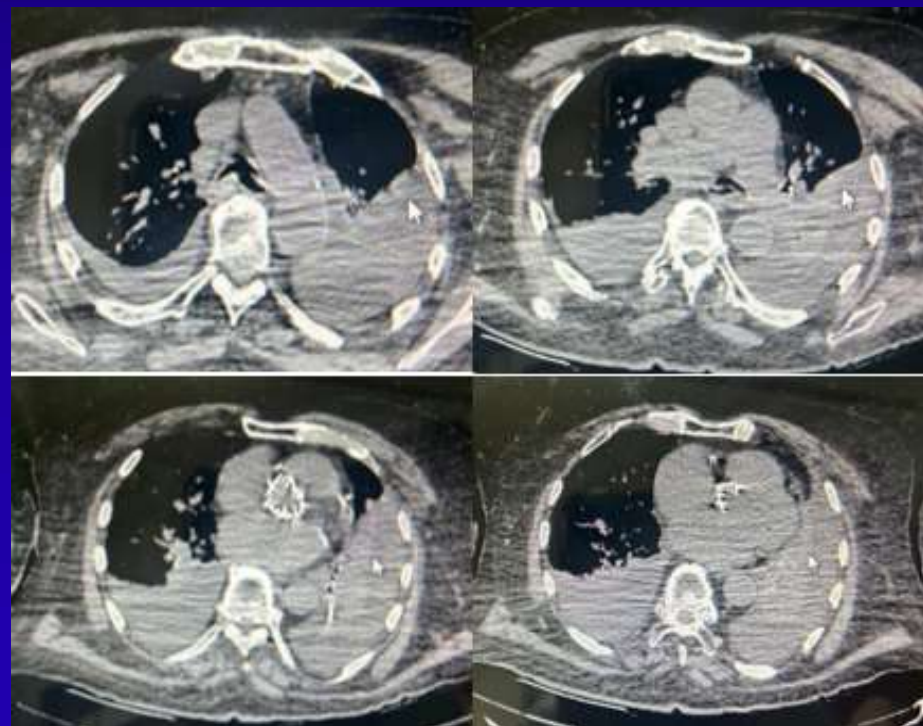
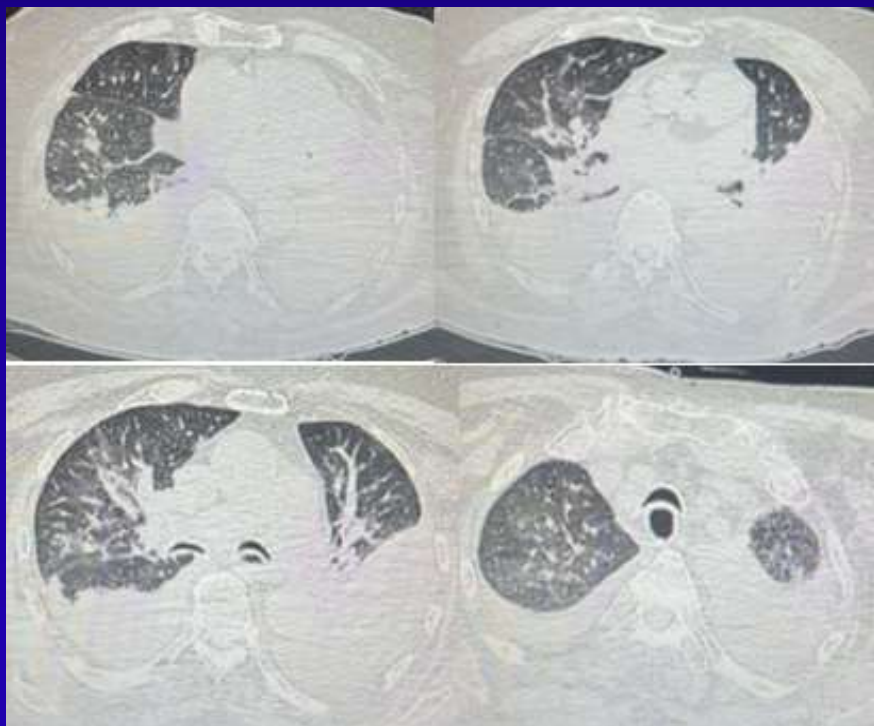
Infarto lacunar na cabeça do núcleo caudado direito, de aspecto sequelar. Diminuta calcificação nodular de aspecto residual no opérculo direito. Restante do parênquima cerebral com coeficientes normais de atenuação. Tálamos, regiões capsulares e demais núcleos da base sem alterações. Sistema ventricular centrado e simétrico, de volume normal. Discreta acentuação dos sulcos corticais, cissuras e cisternas da base. Estruturas medianas centradas. Cerebelo e tronco encefálico de aspecto habitual. Discretas calcificações parietais em território carotídeo e vértebro-basilar. Não há evidências de lesões expansivas, infiltrativas ou hemorrágicas.



Exames Complementares

> TC DE TORAX ADMISSÃO:

Realizada comparação com exame anterior (seis meses antes da internação). Persiste similar o derrame pleural bilateral, pequeno à direita e moderado contralateral, com atelectasia compressiva parcial de segmentos adjacentes. Observam-se agora discretas opacidades com densidade em vidro fosco nos lobos superiores, sugestivas de congestão. Linfonodos reacionais pré-traqueais. Aorta torácica de calibre normal com calcificações parietais, tendo endoprótese metálica em sua porção ascendente proximal. Volume cardíaco com dimensões nos limites superiores da normalidade. Traqueia e brônquios principais pérvios.



Exames Complementares

> ELETROCARDIOGRAMA ADMISSÃO:

FC 60bpm. Fibrilação atrial.

> ECOCARDIOGRAMA:

FE 69%. Aumento do átrio esquerdo; remodelamento concêntrico do VE. Prótese biológica percutânea em posição aórtica com boa abertura de suas lascíneas. Refluxo aórtico periprotético leve.

> EAS ADMISSÃO:

Proteínas	Negativo	Células epiteliais	Ausente
Glicose	Negativo	Piócitos	3 piócitos / campo
Corpos Cetônicos	Negativo	Hemácias	Ausente
Bilirrubina	Negativo	Cristais	Ausente
Urobilinogênio	Normal	Cilindros	Ausente
Hemoglobina	Negativo	Bactérias	Raras
Nitrito	Negativo	Leveduras	Ausente

Exames Complementares

> EXAMES LABORATORIAIS:

	ADMISSÃO	D03 IH	D04 IH	D08 IH	D12 IH	VR
HEMOGLOBINA	10,5 g/dL	--	--	--	--	13,8-16 g/dL
HEMATÓCRITO	32,4%					42 – 52 %
LEUCÓCITOS	6.200 / mm ³	--	--	--	--	4.000 – 11.000 / mm ³
PLAQUETAS	227.000 / mm ³	--	--		--	130.000 – 450.000 / mm ³
UREIA	86 mg / dL	--	--	123 mg / dL	160 mg / dL	15 – 45 mg / dL
CREATININA	1,4 mg/dL	--	1,2 mg/L	1,6 mg/L	2,1 mg/L	0,7 – 1,2 mg/dL
SÓDIO	135 mEq / L	--	--	--	--	135 – 150 mEq/L
POTÁSSIO	4,9 mEq / L	--	--	--	--	3,5 – 5 mEq/L
CÁLCIO	8,8 mg / dL	--	--	--	--	8,8 – 11 mEq/L
PCR	37 mg/L	85,7 mg/L	98 mg/L	19,7 mg/L	--	< 5 mg/L
BNP	318 pg/mL	--	--	--	--	< 100 pg/mL
TROPONINA I	Negativa	--	--	--	--	Negativa
PROCALCITONINA	--	< 0,1 ng/MI *		--	--	--

> HEMOCULTURAS (3 AMOSTRAS): NEGATIVAS

> CULTURA DE URINA: NEGATIVA

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



🔍 PONTOS DE ATENÇÃO ANAMNESE E EXAME FÍSICO

🔍 HOMEM, 86 ANOS, APOSENTADO

🔍 QUEIXA PRINCIPAL: “SONOLÊNCIA E REDUÇÃO DA INTERAÇÃO”

🔍 HPP: FIBRILAÇÃO ATRIAL | CARDIOPATIA POR DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIASTÓLICA | COVID – 19 COM PNEUMONIA E MÚLTIPLAS INTERNAÇÕES PÓS-COVID | PNEUMONIA DE REPETIÇÃO | DERRAME PLEURAL MODERADO COM OPACIDADE PULMONAR SUBJACENTE

🔍 HISTÓRIA SOCIAL: EX – TABAGISTA (CESSOU HÁ 50 ANOS – FUMOU 30 MAÇOS/ANO)

🔍 EXAME NEUROLÓGICO: PACIENTE SONOLENTO, DESORIENTADO, GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

🔍 AR: MVUA COM ESTERTORES CREPTANTES BIBASAIS



EXAMES COMPLEMENTARES

● TC DE TORAX ADMISSÃO: PERSISTE **SIMILAR O DERRAME PLEURAL BILATERAL**, PEQUENO À DIREITA E MODERADO CONTRALATERAL. DISCRETAS OPACIDADES COM DENSIDADE EM VIDRO FOSCO NOS LOBOS SUPERIORES, SUGESTIVO DE **CONGESTÃO**. **LINFONODOS REACIONAIS** PRÉ-TRAQUEAIS

● TC DE CRÂNIO ADMISSÃO: INFARTO LACUNAR NA CABEÇA DO NÚCLEO CAUDADO DIREITO, DE ASPECTO **SEQUELAR**. DISCRETA ACENTUAÇÃO DOS SULCOS CORTICAIS, CISSURAS E CISTERNAS DA BASE.. DISCRETAS CALCIFICAÇÕES PARIETAIS EM TERRITÓRIO CAROTÍDEO E VÉRTEBRO-BASILAR. **NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS, INFILTRATIVAS OU HEMORRÁGICAS**

● ECOCARDIOGRAMA: **FE 69%**. AUMENTO DO ÁTRIO ESQUERDO (PSAP ?)

● LABORATÓRIO: UREIA 86 mg/dL – 123 mg/dL – 160 mg/dL | CREATININA 1,4 mg/dL – 1,6 mg/dL - 1,8 mg/dL | **BNP 318 pg/mL** | PROCALCITONINA < 0,1 ng/MI | LECÓCITOS 6.200 mm³

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

● INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA COM SÍNDROME CARDIORRENAL

● DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL / FIBROSE PULMONAR PÓS COVID

● INFECÇÃO

● EXAMES COMPLEMENTARES:

- ✓ ANÁLISE CITOLÓGICA DO LÍQUIDO PLEURAL
- ✓ BRONCOSCOPIA COM LAVADO BRONCOALVEOLAR
- ✓ NOVO ECOCARDIOGRAMA
- ✓ ESPIROMETRIA COM PROVA BRONCODILATADORA



REFERÊNCIAS

1. Klings, Elizabeth S. Pulmonary hypertension due to lung disease and/or hypoxemia (group 3 pulmonary hypertension): Epidemiology, pathogenesis, and diagnostic evaluation in adults. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc
2. MANGINI, Sandrigo et al. Insuficiência cardíaca descompensada. Arq. Bras. Cardiol. [S.l.], v. 90, n. 6, p. 590-599, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008000600008>.
3. Lombardi, A. F.; Afsahi, A. M.; Gupta, A.; Gholamrezanezhad, A. Post-COVID syndrome: pulmonary complications. Radiologia Médica, v. 126, n. 4, p. 561–569, 2021. DOI: 10.1007/s11547-020-01311-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33242204/>.
4. RAGHU, G.; COLLARD, H. R.; EGAN, J. J. Interstitial lung disease: clinical evaluation and keys to an accurate diagnosis. UpToDate, [S.l.], 2024.

Seguimento do caso

IDOSO + CONFUSÃO MENTAL



- **ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**
- **DESIDRATAÇÃO**
- **INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA**
- **INFECÇÃO**
- **DISTÚRBIO HIDROELETROLÍTICO**
- **DESCOMPENSAÇÃO CARDÍACA → HIPÓXIA**

PROCALCITONINA

DIAGNÓSTICO DE SEPSE

PCT (ng/mL)	INTERPRETAÇÃO
< 0,05	Indivíduo saudável
0,05 a 0,5	Baixo risco ou infecção bacteriana local
0,5 a 2,0	Risco moderado de progressão para infecção sistêmica grave (sepsis)
2,0 a 10,0	Alto risco de progressão para infecção sistêmica grave (sepsis grave)
> 10,0	Alta probabilidade de sepsis grave ou choque séptico

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR

PCT (ng/mL)	INTERPRETAÇÃO
< 0,1	Ausência de infecção bacteriana
0,1 a 0,25	Infecção bacteriana improvável
1,25 a 0,5	Possibilidade de infecção bacteriana
> 0,5	Presença de infecção bacteriana

Diagnóstico do caso: Infecção pulmonar em
paciente idoso