TUMOR DE PANCOAST METASTÁTICO – CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA ATRAVÉS DE UM RELATO DE CASO

Aline Paiva Alves de Souza Mendonça[1]; Lívia Maria Souza Macedo[2]; Bernardo Lisboa Tambasco[3]

1. Residente de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte – MG – Brasil. Endereço eletrônico: aline.paiva.mendonca@gmail.com
2. Residente de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil. Endereço eletrônico: livia-msouza@hotmail.com
3. Orientador – Assistente da enfermaria de Clínica Médica e preceptor da residência de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil. Endereço eletrônico: bernardotambasco@gmail.com.

Autor Correspondente: Aline Paiva Alves
e-mail: aline.paiva.mendonca@gmail.com

Introdução: Tumores de Pancoast localizam-se no sulco formado pela passagem dos vasos subclávios pela cúpula da pleura e ápices pulmonares. Geralmente compreendem neoplasias pulmonares não pequenas células, em especial carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma. Podem comprimir ramos do plexo braquial, causando dor ipsilateral em ombro e membro superior (Síndrome de Déjerine-Klumpke), fraqueza e atrofia dos músculos intrínsecos da mão e compressão do gânglio simpático estrelado (Síndrome de Horner). Objetivos: Relatar o caso de um paciente com tumor de Pancoast metastático. Métodos: Coleta de dados em prontuário e revisão de literatura. Relato de experiência: C.M.A., 68 anos, tabagista pesado, com quadro de dor em ápice do hemitórax direito com irradiação para ombro e membro superior ipsilaterais, dispneia e perda ponderal. Apresentava confusão mental e alterações de memória. Tomografia de tórax evidenciou tumor do sulco pulmonar superior à direita. Exames de estadiamento demonstraram nódulo adrenal à direita (acometimento secundário) e lesões cerebrais e cerebelares compatíveis com metástases. Biópsia da lesão pulmonar evidenciou carcinoma pouco diferenciado. Resultados: O principal fator de risco para o câncer de pulmão é o tabagismo, encontrado no paciente do caso. Os principais sítios de metástases são fígado, ossos, encéfalo e adrenais, estando presentes as metástases em encéfalo e glândula adrenal. A síndrome de Déjerine-Klumpke foi observada. A síndrome de Horner não foi identificada no caso. O estadiamento do paciente é T4N0M1 – estágio clínico IV. Conclusão: É importante a suspeição do tumor de Pancoast para seu correto diagnóstico e tratamento. Isso evita desfechos desfavoráveis e gera melhores resultados.

Palavras-chave: Síndrome de Pancoast. Metastáse Neoplásica. Carcinoma Pulmonar de Células não Pequenas. Neoplasias Pulmonares.

INSUFICIÊNCIA MITRAL AGUDA POR ENDOCARDITE INFECCIOSA EM UM PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL

Ana Luisa Andrade Teixeira[1], Roberta Vinte Guimarães[2], Natalia Dias do Nascimento[3].

1. Residente de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Especializanda de Neurologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
3. Residente de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: A Insuficiência Mitral Aguda é uma emergência cardiológica com rápida progressão para Edema Agudo de Pulmão (EAP) e Choque Cardiogênico. As causas são isquêmicas (ruptura de músculo papilar devido IAM) e não isquêmicas (mixoma, endocardite, doença cardíaca reumática). A fisiopatologia é explicada pelo aumento súbito do volume do átrio esquerdo pela regurgitação mitral resultando em elevação abrupta da pressão na câmara cardíaca. Isso é refletido de volta na circulação pulmonar. Uma grande fração do sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo retrocede pela valva mitral, e o débito cardíaco cai, precipitando o choque cardiogênico. Objetivo: Relatar o caso de um paciente com Insuficiência Mitral Aguda grave causando Choque Cardiogênico devido à endocardite no pós-operatório de correção de Comunicação Interatrial (CIA).Relato de experiência: E.M.M.S., 25 anos, submetido à cirurgia para correção de CIA em 09/02/18. Após alta hospitalar iniciou dispneia aos esforços progressiva que evoluiu para EAP e Choque Cardiogênico. Admitido no CTI dia 04/04/18. Realizou Ecocardiograma: AD com aumento importante, prolapso mitral com insuficiência mitral grave. Hemocultura: Stenotrophomonas maltophilia. Após suspensão da sedação despertou com hemiplegia à direita e disartria. Tomografia: hipodensidade no núcleo lentiforme esquerdo. Foi submetido à nova cirurgia para correção de CIA e colocação de prótese mitral biológica. Discussão: Na prática esta entidade pode não ser reconhecida por mimetizar um processo pulmonar agudo (infecção ou SARA). Cirurgia precoce é indicada quando a causa é a endocardite. Conclusão: Trata-se de uma urgência cardiológica que deve ser prontamente reconhecida nos pacientes de risco devido à gravidade do quadro.

Palavras-Chave: Endocardite. Insuficiência Mitral. Comunicação Interatrial. Choque Cardiogênico.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÊMICA (DOENÇA DE STILL): UM RELATO DE CASO

Ana Luisa Andrade Teixeira[1], Igor Reis de Moura Camargo[2], Natalia Dias do Nascimento[3].

1. Residente de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Acadêmico do 10º período da Faculdade de Medicina UNI-BH. Belo Horizonte - Brasil.
3. Residente de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica ou Doença de Still, acomete crianças menores de 16 anos e atinge igualmente homens e mulheres. Caracteriza-se por febre (98%), artrite (88%), erupção cutânea (81%) e linfadenopatia (31%). Estudos mostram relação com HLA, exposição repetida a antibióticos e deficiência de IgA. Sua patogênese está ligada a defeitos do sistema imune inato, níveis anormais de citocinas e superprodução de TNF-α. Objetivo: Descrever um caso de Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica (Doença de Still) em paciente de 15 anos e explorar os principais diagnósticos diferenciais na prática clínica. Relato de experiência: Paciente V. B. B. 15 anos, feminina, natural de Peçanha - MG, previamente assintomática, admitida na Santa Casa BH por febre alta persistente de evolução há 5 meses, associada a cefaléia e rash pruriginoso em tronco e membros. Relatava também odinofagia, mialgia, artralgia e perda ponderal de 5 kg desde o início do quadro. Tratada com diversos esquemas de antibiótico sem melhora, evoluiu com linfonodomegalia cervical e inguinal bilateral. Exames laboratoriais evidenciavam anemia, leucocitose com desvio, aumento de provas inflamatórias, incluindo ferritina>2000ng/ml. Sorologias e anticorpos negativos. USG de abdome com esplenomegalia leve. Ecocardiograma sem alterações e hemoculturas negativas. Discussão: Realizada propedêutica extensa para febre de origem indeterminada. Imunoistoquímica de linfonodo cervical compatível com linfonodo reacional. Feito diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil e iniciado prednisona 40 mg, com melhora. Conclusão: Trata-se de doença cujo diagnóstico é de exclusão, sendo necessário afastar outras condições como diagnóstico diferencial. Possui baixa mortalidade, podendo gerar prejuízos na vida adulta.

Palavras-Chave: Artrite Juvenil. Artrite Juvenil Crônica. Artrite Reumatóide Juvenil.

TUBERCULOSE PERICÁRDICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO DERRAME PERICÁRDICO

Ana Luiza Sobreira Sena[1], Marina Resende Barata[1], Glauber Sousa Mendes Mota[2], Ludimila Sobreira Sena[3], Mylena Sobreira Sena[4]

1. Residente de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte;
2. Residente de Cardiologia Santa Casa de Belo Horizonte;
3. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF);
4. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora (FAME/ UNIPAC – JF)

Instituição: Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: A tuberculose (TB) pericárdica é uma importante manifestação de TB extra-pulmonar. É causada pela Mycobacterium tuberculosis por meio da extensão da infecção pulmonar por contiguidade ou disseminação linfo-hematogênica. Os pacientes apresentam clinica típica de pericardite ou tamponamento pericárdico. Objetivo: Relatar um caso de TB pericárdica. Relato de experiência: G.C.E., 66 anos, masculino, com 15 dias de evolução de tosse seca e dispneia. Tratado para pneumonia, sem melhora. Apresentou aumento de área cardíaca e derrame pleural a esquerda ao RX de tórax e derrame pericárdico difuso moderado a importante, sem restrição diastólica ao ecocardiograma (ECO). Sem febre ou outros sintomas. Evoluiu com hipotensão, turgência jugular e abafamento de bulhas. Realizou ECO de urgência evidenciando colabamento diastólico de AD e VD e diminuição da onda E mitral em mais de 50% com a inspiração. Realizada pericardiocentese e toracocentese, que mostrou um BAAR negativo e ADA de 72. A biópsia do pericárdio apresentou granulomas sugestivos de TB, confirmando o diagnóstico. Iniciado tratamento com esquema RHZE. Resultado: O paciente evoluiu com boa resposta ao tratamento. Devido à alta prevalência de TB no Brasil, a TB pericárdica deve ser considerada em um paciente com derrame pericárdico. O diagnóstico é confirmado por meio da detecção do bacilo em esfregaço ou cultura de líquido pericárdico ou de granuloma capsular em biópsia pericárdica. A abordagem terapêutica é semelhante à utilizada na TB pulmonar. Conclusão: O tratamento possui altas taxas de cura, devendo ser instituído assim que o diagnóstico for estabelecido, para diminuir o risco de complicações graves.

Palavras-Chave: Tuberculose Cardiovascular. Pericardite Tuberculosa. Derrame Pericárdico.

ACOMETIMENTO ARTICULAR NA SARCOIDOSE: SÍNDROME DE LÖFGREN, RELATO DE CASO

Anna Cecilia Borborema Abreu[1], Flávio Fonseca Gonçalves[1], Bernarlli Pinto Diniz[1], Camila Izola Zolli[1], Barbara Mendes Castelar[1]

1. Residentes de Clínica Médica do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais- Belo Horizonte, MG - Brasil
Autor correspondente: Anna Cecilia Borborema Abreu[1]
e-mail: ceciliabreu@outlook.com.br

Introdução: A sarcoidose é um distúrbio inflamatório multissistêmico de causa desconhecida. O acometimento reumático é polimórfico podendo ser o sintoma de apresentação da doença ou aparecer na sua progressão. O acometimento articular é dominado por artralgia inespecífica, poliartrite e Síndrome de Löfgren (SL), definida pela presença de adenopatia pulmonar, artralgia (ou artrite) e eritema nodoso. A presença de todas as características tem uma especificidade diagnóstica de 95%, permitindo que o diagnóstico clínico seja feito sem biópsia. Anti-inflamatórios não esteroides são efetivos para alívio dos sintomas, mas a corticoterapia pode ser necessária. Objetivo: Abordar as manifestações articulares da sarcoidose a fim de se alcançar o diagnóstico. Método: Realizado revisão de prontuário e revisão sistemática de literatura. Resultados: Mulher de 57 anos, com quadro agudo de artrite em punhos, joelhos e tornozelos, acompanhada de nódulos eritemato-violáceos dolorosos na face anterior dos membros inferiores, febre e mialgia. Submetida a extensa propedêutica sendo excluído doenças infecciosas agudas, FAN e fator reumatoides não detectáveis. Punção articular de tornozelo direito, apresentando citologia e citometria sem alterações significativas e cultura sem crescimento. Exames laboratoriais mostravam provas inflamatórias aumentadas. Tomografia computadorizada de tórax evidenciando linfonodomegalia hilar bilateral. Suspeita de sarcoidose / SL. Como a paciente apresentava um quadro importante de artrite, com limitação de suas atividades, optou-se pelo uso de Prednisona 40mg/dia, com melhora dos sintomas. Após 4 meses de tratamento paciente se mantém oligossintomática, com dores articulares de padrão mecânico em tornozelo e joelho, mas sem artrite. Conclusão: A síndrome de Lofgren é uma variante da sarcoidose, porém sua distinção é importante uma vez que está associada a um bom prognóstico, com remissão espontânea entre 2 meses a 2 anos e menores taxas de recaídas.

Palavras-chave: Sarcoidose. Síndrome de Löfgren. Acometimento Articular.

RELATO DE CASO: NEUROPATIA AXONAL MOTORA (AMAN) EM JOVEM COM RESPOSTA A IMUNOGLOBULINA

Bárbara M. Castelar[1], Camila Izola Zolli[1], Flávio Fonseca Gonçalves[1], Bernarlli Pinto Diniz[1], Anna Cecília Borborema Abreu[1], Fabricia Fonseca Simil[2], Kleber Araújo do Carmo[3]

1. Residentes de Clínica Médica do Hospital da Policia Militar
2. Preceptora da Residência de Clinica Médica do Hospital da Policia Militar - Especialista em Reumatologia.
3. Médico Neurologista do Hospital da Policia Militar

Introdução: A neuropatia axonal motora aguda (AMAN) é caracterizada por acometimento de sistema nervoso motor como fraqueza, arreflexia e ausência de sintomas sensoriais. Nessa doença há progressão rápida da fraqueza resultando em paralisia prolongada e até mesmo insuficiência respiratória. O diagnóstico se baseia nos exames de imagem, punção liquórica e mais recentemente estudos com biomarcadores encontrados no soro, Liquido Cefalorraquidiano e tecido nervoso periférico. Objetivo: Relatar caso de AMAN diagnosticado no Hospital da Policia Militar de início súbito sem associação com quadro infeccioso ou vacinação, com reversão dos sintomas após tratamento com imunoglobulina. Relato de caso: Homem, 23 anos, branco, apresentando paraparesia de início distal de membros inferiores com ascensão rápida e progressiva para membros superiores com comprometimento da musculatura proximal, força muscular grau II. Avaliação neurológica com paraparesia simétrica bilateral afetando mais os membros inferiores do que os membros superiores, redução de reflexos miotáticos, mas com sensibilidade tátil e dolorosa preservada. Liquor normal sem dissociação proteino-citológica. Eletroneuromiografia evidenciado polirradiculoneuropatia motora axonal, moderada a acentuada, simétrica, sem achados de desnervação recente, padrão eletrofisiológico sugestivo de etiologia imunomediada (SGB/AMAN). Houve recuperação da força muscular após 5 dias completos imunoglobulina. Conclusão: A avaliação clínica e exames complementares confirmam a polirradiculoneuropatia motora axonal. Não foram encontrados fatores predisponentes para o desencadeamento da doença.

Palavras chave: AMAN. Polineuropatias. Imunoglobulinas.

PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EM MULHER ADULTA - RELATO DE CASO

Bruna Campos Lima[1], Lícia Santos Barreto Corrêa[1], Ludmila Stephanie Júlio Machado[2], Luíla Ívini Andrade de Castro[2], Maria Juraci Braga de Lima[2]

1. Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Faculdade de Medicina - Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hospital Santa Casa de Belo Horizonte - Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil.
Autor correspondente: Bruna Campos Lima
e-mail: brunacampos@live.com

Introdução: Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite sistêmica autolimitada e mediada por complexos imunes. Caracteriza-se por púrpura palpável não trombocitopênica, artrite/artralgia, queixas gastrointestinais e renais. A fisiopatologia não é completamente compreendida. Os gatilhos propostos incluem infecções do trato respiratório superior, medicamentos, vacinações e malignidades. Raramente acomete adultos, e neles há maiores chances de complicações, especialmente quando há envolvimento renal. Objetivo: Descrever caso de mulher adulta com PHS apresentando manifestações cutâneas, gastrointestinais, renais e articulares. Método: Estudo observacional tipo relato de caso que avaliou paciente admitida em abril/2018 no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte com sinais, sintomas e exames complementares clássicos e fortemente sugestivos de PHS. A doença apresentou um curso benigno, necessitando apenas de tratamento sintomático. A paciente foi então encaminhada para acompanhamento ambulatorial. Resultados: O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios revisados por (EULAR/PRINTO/PRES). A paciente preenchia praticamente todos os critérios diagnósticos, inclusive o mandatório, além de exames laboratoriais e biópsia que reforçam e reiteram a suspeita clínica. Conclusão: Apesar de rara em adultos, deve ser considerada em todo paciente com lesões purpúricas características, pelo alto risco de complicações, especialmente quando há envolvimento renal.

Palavras-chave: Púrpura de Schoenlein-Henoch. Vasculite sistêmica. Adulto.

REALIZAÇÃO DE SHUNT PORTOSSISTÊMICO TRANSJUGULAR INTRA-HEPÁTICO(TIPS) COMO MÉTODO TERAPÊUTICO EM PACIENTE PORTADOR DE HIDROTÓRAX HEPÁTICO REFRATÁRIO

Caio Fidelis Campos de Aguiar[1], Mariane Borlido Haddad[2], Lucianna Magalhães de Almeida[3], Rafael Souza Gomes[4]

1. Médico Residente do Programa de Residência Médica em Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, MG
2. Médica Chefe da I Enfermaria de Clínica Médica, serviço do Professor José Haddad Antônio, da Santa Casa de Belo Horizonte, MG
3. Médica Assistente da I Enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte, MG
4. Médico Assistente da I Enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte, MG
Hospital Santa Casa de Belo Horizonte-HSCBH, Programa de Residência Médica em Clínica Médica, Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: O hidrotórax hepático ocorre quando o líquido ascítico extravasa para a cavidade pleural em portadores de cirrose hepática, face à ausência de outras etiologias para tal. As manifestações clínicas mais comuns são dispneia, tosse não produtiva, dor torácica pleurítica e fadiga. O tratamento inicial consiste em dieta hipossódica e diuréticos. Nos casos refratários pode ser realizado "Shunt" portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS), indicado nos pacientes com escore Child-Pugh inferior a 13, idade inferior a 70 anos e sem encefalopatia hepática. Caso clínico: D.F, 58 anos, masculino, obeso, etilista crônico, admitido devido à dispneia, ortopneia e fadiga. O murmúrio vesicular era abolido em todo o hemitórax direito e havia derrame pleural extenso à direita. Não havia infecção ou distúrbios hidroeletrolíticos e as sorologias para hepatites B e C negativas. Fração de ejeção era de 65%. Ultrassonografia abdominal evidenciou ascite discreta, hepatopatia crônica fibrosante e hipertensão portal. Na classificação de Child-Pugh, havia comprometimento grave (C11). Iniciados dieta hipossódica e diuréticos. Apesar do tratamento paciente persistiu com hidrotórax volumoso motivando instalação do TIPS. No período pós-TIPS evoluiu com encefalopatia hepática, piora da ascite e manutenção do hidrotórax. Discussão: A maioria dos estudos demonstrou resposta satisfatória com instalação do TIPS em pacientes com hidrotórax hepático. Os preditores de resultados insatisfatórios, após a instalação de TIPS são idade avançada, doença hepática subjacente grave e/ou disfunção renal associada. Conclusão: Mesmo em pacientes com indicação para a instalação do TIPS, os benefícios a ele imputados podem não ocorrer, gerando necessidade de análise ainda mais criteriosa para sua instalação.

Palavras-chaves: Cirrose Hepática. Ascite. Hidrotórax. Derivação Portossistêmica Transjugular Intra-Hepática.

RELATO DE LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR PARACETAMOL

Daniela Bueno Santos[1], Jéssica Marques Macedo[1], Eduarda Paes Fontoura Alves dos Santos[1], Maria Juraci de Lima Braga[2]

1.Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH).
2. Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (HSCBH) - Departamento de Clínica Médica.
Autor para correspondência: Daniela Bueno Santos – danielasbueno@gmail.com

Introdução: A lesão hepática induzida por drogas (LHID) é quadro incomum e desafio crescente devido a expansão de drogas hoje no mercado. Nos Estados Unidos, a principal droga relacionada com LHID é o acetaminofen. O diagnóstico é baseado na exclusão de outras etiologias, uma vez que não existem testes laboratoriais, anatomopatológicos e de imagem capazes de estabelecer diagnóstico definitivo. Objetivo: Descrever caso de paciente com LHID por paracetamol. Métodos: Revisão de prontuário físico. Resultados: Relato de caso: J.A.P, masculino, 83 anos, hipertenso, ex-tabagista, etilista social, nega alergias, tratamento prévio de câncer de próstata e cólon, admitido na enfermaria HSCBH com quadro de mialgia e prurido generalizado há um mês, icterícia e urina alaranjada há sete dias. Uso domiciliar de losartana, carvedilol, hidroclorotiazida e paracetamol continuo nos últimos seis meses devido a cefaleia. Apresentou enzimas hepáticas aumentadas, bilirrubinemia e bilirrubinúria. Suspenso paracetamol e realizada hidratação venosa. Evoluindo com melhora clínica. Recebe alta com diagnóstico de Síndrome Colestática Medicamentosa. Os quadros de LHID variam desde assintomáticos à icterícia, prurido e febre. A fisiopatologia varia entre síndrome hepatotóxica, colestática e mista. A investigação abrange exames de imagem, sorologias e laboratoriais. Após extensa investigação não foram vistas alterações que sustentassem os diagnósticos diferenciais, mantendo a hipótese de LHID associada a paracetamol. Conclusão: O presente relato expôs um caso de LHID colestática, sendo a manifestação mais rara apontada pela literatura. A maioria dos casos se resolve após retirada do medicamento causador, o que reitera a importância do diagnóstico precoce, baseado em investigação clínica criteriosa.

Palavras-chave: Doença Hepática Induzida por Substâncias e Drogas. Acetaminofen.

GLIOMA DE TRONCO CEREBRAL: UM RELATO DE CASO

Marina Soares Vilela[1], Emanuelle Ferreira Barreto[2], Vanessa Alves Lobato[1], Mariana Moreira Soares de Sá[3], Lucas Flores Batista[4].

1. Graduada do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
2. Graduada do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
3. Graduada do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos. Araguari – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
4. Graduado do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil. Trabalho realizado na Instituição Santa Casa BH
Autor para correspondência: Marina Soares Vilela: marinasvilela@gmail.com

Introdução: Gliomas do tronco cerebral têm comportamento biológico heterogêneo e incidem principalmente em crianças. Dentre os tipos de Glioma, o astrocitoma fibrilar apresenta prognóstico reservado e é classificado pela OMS por astrocitoma bem diferenciado (grau II), anaplásico (grau III) e glioblastoma (grau IV). Objetivo: Investigar o comportamento clínico/estrutural do glioma pontino. Relato de experiência: Jovem, 16 anos, previamente hígido. Queixava-se de paresia em membro inferior direito de um mês de evolução, progredindo para dimídio associado a disartria e diplopia. Apresentava ECG 15, pupilas isocóricas e fotoreativas, sensibilidade preservada, paralisia de nervo abducente à esquerda, hemiparesia à direita, tetrahiperreflexia e Romberg positivo. Ressonância Magnética do Encéfalo demonstrou lesão expansiva em ponte, sugestiva de glioma pontino, sem possibilidade de abordagem cirúrgica. Resultados: Evolução para óbito. Discussão: Comuns em crianças de 5 a 9 anos, sendo responsáveis por 10% a 20% de todos os tumores do sistema nervoso central em crianças. O paciente encontra-se fora da faixa etária de maior incidência, reforçando a importância da investigação desse tipo de tumor em todas as faixas etárias. A lesão encontrada sugere Astrocitoma Fibrilar. Há concordância entre os fenômenos clínicos encontrados e os achados radiológicos, uma vez que os sintomas esperados a partir do acometimento de tal topografia (ponte ventral) incluem disfunção de pares cranianos, do tracto cortico espinhal à esquerda e da área cerebelar. Conclusão: Os gliomas pontinos devem ser suspeitados em pacientes com acometimento de pares cranianos e piora progressiva do déficit focal, ainda que se apresentem fora da faixa etária de maior incidência.

Palavras-chave: Glioma. Astrocitoma. Grupos Etários.

SINDROME DE STEVENS JOHNSON E DRESS : UM RELATO DE CASO

Emanuelle Ferreira Barreto [1], Mariana Moreira Soares Sá [2], Mariana Picoli Diniz [3], Matheus Braga Farage[4], Ana Flavia Mesquita Andrade[5]

1. Graduada do Curso de Medicina da Faculdade Medicina de Barbacena. Barbacena – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - Belo Horizonte – MG –Brasil.
2. Graduada do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos. Araguari – MG – Brasil.Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
3. Graduada do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG – Brasil. Residente de Dermatologia da SCBH – Belo Horizonte - MG – Brasil.
4. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior. Ipatinga – MG – Brasil.
5. Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Medicina de Barbacena. Barbacena – MG – Brasil. Trabalho realizado na Instituição Santa Casa BH
Autor para correspondência: Emanuelle Ferreira Barreto: emanuelle.barreto@yahoo.com.br

Introdução: Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e Síndrome de Reação a Drogas com Eosinofilia e Sintomas Sistêmicos (DRESS) são dermatoses mucocutâneas, potencialmente fatais, mediadas por anticorpos específicos. Objetivo: Conhecer o diagnóstico diferencial das farmacodermias. Relato de experiência: Paciente, 62 anos, uso prévio de alopurinol e AAS, iniciou quadro de hiperemia ocular com secreção purulenta, odinofagia, e lesões cutâneas. Admitido na SCBH com prurido, presença de lesões bolhosas e descamativas em tronco, membros superiores e orofaringe. Apresentava dificuldade de fala, deglutição e respiração ruidosa. Transferido ao CTI por taquipneia, taquicardia e confusão mental. Resultados: Devido ao crescimento de CGP nas amostras de hemocultura, foi iniciado Teicoplanina (19/03-27/03). Feito uso de levofloxacino, suspenso pelo surgimento de lesões papulares e pustulosas em dorso. No dia 30/03, iniciou-se Cefepime por suspeita de sepse de foco urinário. Paciente evoluiu com eosinofilia e alteração da função renal, sendo aventada a hipótese de DRESS, iniciado prednisona 60mg/dia, com boa resposta. O tratamento ainda incluiu suspensão da droga alvo e cuidados com as lesões. Discussão: A SSJ geralmente é secundária à administração de fármacos. Caracteriza-se por necrose dos queratinócitos, expressa clinicamente pelo descolamento epidérmico. Na DRESS há acometimento multivisceral grave e eosinofilia. Desenvolve-se de duas semanas até dois meses após o início do uso do fármaco. Conclusão: Reconhecimento precoce, suspensão imediata do medicamento suspeito, manejo individualizado e monitoramento da função dos órgãos vitais são fundamentais para reduzir morbidade/mortalidade. Pior prognostico relaciona-se com evolução para septicemia, levando a complicações clínicas que se não tratadas em tempo hábil culminam com morte.

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson. DRESS. Diagnóstico diferencial.

POLINEUROPATIA SECUNDÁRIA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1: RELATO DE CASO

Márcio de Melo Morais[1], Clara Miranda Pereira[2], Gabriela Mendes Messias[2], Gabriela Pansanato Nakashima[2], Nathália Diniz Alves Ferreira[2]

1. Residência médica em Neurocirurgia por Hospital Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.
Autor para correspondência: Márcio de Melo Morais: marcio.arzt@gmail.com

Introdução: A Polineuropatia Secundária de Charcot-Marie-Tooth Tipo I (CTM) é uma neuropatia hereditária que afeta os nervos periféricos motores e sensitivos, diminuindo a condução nervosa e causando desmielinização com remielinização segmentar. Objetivos: Expor tal patologia a partir de um relato de caso. Métodos: revisão de prontuário e revisão de literatura nas bases de dados Science Direct, PubMed e SciELO. Relato de experiência: A.C.L., 25 anos, masculino, relata dor de início agudo e fraqueza muscular nos MMII, que evoluiu para MMSS em alguns dias. Tremores, parestesia e dores musculares generalizadas estavam presentes. Exame físico: hiporreflexia tendinosa, hipotonia muscular e parestesia nos 4 membros. Exames de punção lombar, ressonância magnética de encéfalo e de coluna cervical, teste de HIV, paraproteínas monoclonais e anticorpos para glicoproteínas sem alterações. Eletromiografia fechou o diagnóstico de Polineuropatia Secundária de Charcot Marie Tooth Tipo I. Resultados: Dado o destaque epidemiológico da CMT, somado ao quadro clínico inicial – perda de força muscular e dor em MMII – é induzido o diagnóstico. Outros pontos relevantes são idade do paciente, pois as manifestações iniciais da CMT se apresentam normalmente na primeira e segunda década, e os resultados dos exames complementares, confirmando o diagnóstico. Classicamente, a CMT manifesta de forma gradual, o que não foi observado no paciente, que evoluiu de forma aguda. Conclusões: A rápida progressão do quadro clínico sugere possivelmente fenótipo mais grave, e além disso, é uma doença capaz de causar fortes impactos na vida dos pacientes e, por isso, deve ser mais abordada no campo médico.

Palavras-chave: Doenças Desmielinizantes. Polineuropatias. Doença de Charcot-Marie-Tooth.

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE SANGRAMENTO OCULTO EM PACIENTE COM ANEMIA FERROPRIVA GRAVE

Jéssica Elvira Machado Veloso [1]; Jéssica Peixoto de Abreu Barbosa[2]; Matheus Braga Farage[3]; Gabriela Faria Gomes[3]; Natalia Xavier Pinto e Farage[3]

1. Residente de Clinica médica Santa Casa de Belo Horizonte;
2. Residente de Dermatologia da Santa Casa de Belo Horizonte;
3. Acadêmicos de Medicina.

Introdução: Deficiência de ferro é a principal causa de anemia em diversas regiões do mundo. A fisiopatologia envolve a redução da ingesta ou absorção e perda sanguínea. Em adultos e idosos a perda sanguínea crônica tem papel de destaque e a hipótese de neoplasia deve ser investigada. O sangramento obscuro corresponde a 5% dos casos de hemorragia digestiva. Objetivo: Relatar caso da Enfermaria de Clínica Médica da SCMBH. Relato de caso: Trata-se de J.P, 71 anos, sexo masculino, admitido na SCBH com queixa de perda ponderal e astenia. Encontrava-se hipocorado, taquicárdico, anictérico, abdome livre, sem massas palpáveis ou linfonodomegalias. Negou sangramentos. Exames laboratoriais evidenciaram anemia microcítica e hipocrômica grave (hb: 1,67). A propedêutica para anemia revelou ferro sérico, IST e ferritina baixos. Não foram evidenciadas carências vitamínicas ou alterações laboratoriais sugestivas de hemólise. EAS, PSA, PSOF e EPF sem alterações. Sorologias para HIV, hepatite B, hepatite C e VDRL negativas. EDA, Colonoscopia, Enterotomografia e Cintilografia com hemácias marcadas não identificaram lesões que justificassem a anemia. O paciente apresentou melhora importante dos níveis hematimétricos à reposição de ferro, com (hb: 9,4). Em nenhum momento durante o período de internação apresentou exteriorização de sangramento ou sinais de instabilidade clínica. Conclusão: O caso clínico chama atenção pela dissociação clínico-laboratorial do paciente, uma vez que o mesmo se encontrava estável e pouco sintomático em vista de uma anemia extremamente grave. Elucidar o foco de sangramento é o pilar para o tratamento adequado, entretanto, este nem sempre será identificado a despeito da extensão de propedêutica.

Palavras-chave: Anemia Ferropriva. Deficiência de ferro.

O IMPACTO DA ULTRASSONOGRAFIA NA PREDIÇÃO DE CONGESTÃO PULMONAR E DE MORBIMORTALIDADE NO PACIENTE DIALÍTICO

Jorge Silveira Junior[1], Julia Alcântara Costa[1]; Larissa Matos[1]; Ana Luisa Silveira Vieira[2]

1. Acadêmico(a) da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena/MG-Brasil
2. Médica Nefrologista; Mestre em Saúde pela UFJF. Barbacena/MG-Brasil
Autor para correspondência: Jorge Silveira Junior; E-mail: jorge2006gbi@hotmail.com.

Introdução: A ultrassonografia pulmonar realizada a beira leito é uma técnica bem validada na literatura, simples e de fácil aprendizagem, capaz de diagnosticar precocemente congestão pulmonar nos doentes renais crônicos dialíticos. Objetivo: Relatar um caso de avaliação de congestão pulmonar realizada a beira leito utilizando a técnica de ultrassonografia point-of-care associada ao exame clínico tradicional. Métodos: Foi realizada busca ativa de sinais e sintomas de hipervolemia na anamnese, exame físico e radiografia de tórax, e seus achados foram comparados aos da ultrassonografia point-of-care. Resultados: O paciente não apresentava queixas nem sinais no exame físico e na radiografia de tórax que levassem a pensar em disvolemia. Entretanto, a ultrassonografia de tórax evidenciou múltiplas linhas B difusas em ambos hemitórax o que sugere presença de líquido intersticial. Estudos comprovam que pacientes dialíticos assintomáticos cuja hipervolemia é diagnosticada pela identificação de linhas B pulmonares estão expostos a um risco 4,2 vezes maior de óbito e 3,2 vezes maior de morbidade cardiovascular. Conclusão: A ultrassonografia pulmonar é capaz de diagnosticar congestão pulmonar em pacientes ditos normovolêmicos por métodos tradicionais de avaliação, além de ser utilizada para avaliar peso seco e monitorar ultrafiltração de pacientes dialíticos.

Palavras-chave: Diálise. Insuficiência Renal Crônica. Ultrassonografia.

NEFRITE TÚBULO-INTERSTICIAL SECUNDÁRIA À SÍNDROME DE SJOGREN : UM RELATO DE CASO RARO

Isabella Fernandes Ribeiro Melo[1], Júlia Bernardes Ferreira Gomes[1], Júlia Wanderley Drumond[1], Sylvia Aparecida Dias Turani[2].

1. Acadêmico(a) de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Minas Gerais - Brasil.
2. Médica, especialista em Clínica Médica pelo Hospital Madre Teresa, residente em Nefrologia pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-SCMBH, Minas Gerais - Brasil.
Autor para correspondência: E-mail: Isabella Fernandes Ribeiro Melo: isabellaribeiromelo@hotmail.com

Introdução: Síndrome de Sjogren (SS) é uma doença rara, com prevalência de 0,1% da população, caracterizada por infiltração linfoplasmocitária em glândulas (salivares, lacrimais), podendo acometer órgãos não endócrinos, como o rim. Objetivos: Relatar caso de SS diagnosticada por manifestações renais. Metodologia: Estudo de caso do tipo descritivo. Relato de Experiência: Z.B.C, sexo feminino, 65 anos, hipertensa. Admitida na SCMBH para investigação de piora súbita da função renal, azotemia e hipertensão severa, com provas reumatológicas positivas (FAN 1:640, SSa/Ro > 200), hipocomplementemia via clássica e sorologias virais negativas. Diurese preservada. Ao ultrassom, rins de tamanhos elevados, irregulares e hiperecogênicos. Durante anamnese dirigida foi relatado xeroftalmia e xerostomia crônicas, nunca investigadas. Aventado a hipótese de SS, a qual foi confirmada através de teste de Schirmer. Paciente realizou biópsia renal que revelou nefrite túbulo-intersticial com grau importante de atrofia tubular (70%) e infiltrado linfoplasmocitário, corroborando a hipótese diagnóstica. Devido à piora da função renal apesar da terapia imunossupressora padrão, indicou-se terapia renal substitutiva. Resultados: A nefrite túbulo-intersticial crônica é a manifestação renal mais frequente na SS (5 %), com manifestações clínicas variáveis que vão desde dificuldade de acidificação urinária à doença renal terminal. O tratamento imunossupressor clássico parece não conseguir retardar o curso da doença, sendo a corticoterapia o tratamento preconizado. Evolução para diálise é rara. Conclusões: Comprometimento renal na SS é raro, sendo de fundamental importância o reconhecimento do quadro clínico e laboratorial para diagnóstico precoce, retardando a progressão da doença e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Sjogren. Insuficiência Renal. Nefrite.

CIRROSE HEPÁTICA E ESQUISTOSSOMOSE COM HIPERESPLENISMO: DIFICULDADES E IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICAS

André Dias Nassar Naback[1]; Júlia Salles Rezende Dias[1]; Mariana Moreira Soares de Sá[2]; Rafaella Valeska Batista Xavier[1]

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte – MG;
2. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Clínica Médica, Belo Horizonte – MG.

Introdução: A cirrose hepática e a esquistossomose podem coexistir em um mesmo paciente. Os sintomas sobrepostos dificultam o diagnóstico, porém a evolução e tratamento são diferentes, destacando a necessidade da investigação. Objetivos: Relatar a importância do diagnóstico de esquistossomose em paciente com epidemiologia sugestiva para que o tratamento seja feito, evitando complicações da doença, como a mielite transversa. Relato: Mulher, 47 anos, procura atendimento devido dispneia e pre-sincope, revelando pancitopenia quando foi então encaminhada a SCMBH. Natural de Barbacena, residente em BH há 31 anos. Apresenta menometrorragia há 4 anos sem investigação. Obesa mórbida, ex- tabagista e etilista social. Três irmãos faleceram devido esquistossomose. Estendida propedêudica conforme apresentado: Hb 5,8 (VCM 56,9; HCM 16,4, RDW 24,1%), GL 1500; Plaq 43000; BbT 1,78 (D 0,72; I 1,06); PCR 6,07; TGO 34; TGP 16; GGT 41; FA 81; LDH 192; Prot. Totais 5,3 (alb. 2,96 e glob. 2,3); Fe 19; Ferritina 3,81; IST 6%; Haptoglob 30; Retic 5,5%; Alfa-1-antitripsina 153; Cb sérico 154,6; Ceruloplasmina 30; FAN padrão nuclear homogêneo 1:160; anti- SSB/LA NR; p-ANCA 1:80; c-ANCA NR; anti-LKM1 NR; HIV NR; anti-HBs 5,92, HBsAg NR; Anti-HBc NR; Anti-HCV NR; anti-HAV IgG+ e IgM-; Leishmaniose IgG/IgM -; Esquistossomose 1:256. EPF: sem alterações. US abd total: fígado de volume reduzido e contornos irregulares; sinais de hipertensão portal e esplenomegalia moderada. USTV sem alterações significativas. Discussão: Esse caso mostra a dificuldade diagnóstica em um caso complexo. As evidências de cirrose, afastadas as causas mais comuns, precisam ser investigadas. A pancitopenia foi associada à hiperesplenismo e a história epidemiológica nos faz pensar em sobreposição com esquistossomose. Conclusões: Apesar da intensa busca etiológica não foi encontrado um diagnóstico definitivo, sendo interessante realizar biopsia retal e hepática para melhor elucidação etiológica para que receba o tratamento adequado.

Palavras-chave: Esquistossomose. Cirrose Hepática. Hiperesplenismo. Pancitopenia.

CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNE PARANEOPLÁSICA (TAP) EM TUMOR SÓLIDO

Karoline Freire Kosac[1], André Dias Nassar Naback[2], Mariana Picolli Diniz[3], Nathália Xavier Pinto e Farage[4]

1. Residente de clínica médica da Santa Casa de BH
2. Acadêmico de medicina da UFMG
3. Residente de dermatologia da Santa Casa de BH
4. Acadêmica de medicina da universidade de Barbacena-MG

Introdução: A trombocitopenia é comum em paciente oncológico, sendo a principal causa a aplasia de medula óssea por citotoxicidade da quimioterapia e da radioterapia. Porém, alguns pacientes podem apresentar uma trombocitopenia isolada mediada por anticorpos não específicos, sendo rara principalmente em tumores sólidos. Objetivos: Relatar o benefício do uso de corticoide no tratamento da TAP. Relato da experiência: Homem de 60 anos, com suspeita de colangiocarcinoma e metástases hepática e pulmonar foi admitido na SCMBH com quadro de trombose venosa profunda (TVP) em MIE e com plaquetas de 9.000. Resultados: Foram excluídos os mecanismos de infiltração neoplásica medular, citotoxicidade medular por medicamentos, destruição periférica e coagulopatia de consumo. Consideramos, por exclusão, que a trombocitopenia é de origem autoimune. Ouso de dexametasona 40 mg por quatro dias se mostrou o tratamento inicial com maior benefício para a TAP. O paciente foi submetido a esse regime terapêutico, evoluindo com elevação das plaquetas para 33.000, o que permitiu o início da quimioterapia. Conclusões: Embora rara, a TAP deve ser considerada em pacientes oncológicos. Não há um teste confiável para sua confirmação, logo, o diagnóstico é de exclusão. A corticoterapia é a escolha terapêutica inicial.

Palavras-chave: Trombocitopenia, Corticosteroides.

DIAGNÓSTICO DE EMPIEMA VESICULAR COM SINTOMAS ATÍPICOS

Karoline Freire Kosac[1], André Dias Nassar Naback[2], Júlia Salles Rezende Dias[2], Ariel Tomas Dominianni[3], Victor Hugo Nogueira Waldolato[2]1. Residente de clínica médica da Santa Casa de BH
2. Acadêmico(a) de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
3. Acadêmico de medicina da UniBH

Introdução: Empiema vesicular ou colecistite aguda gangrenosa é uma complicação grave da colecistite aguda.
Objetivo: Evidenciar que a colecistite complicada pode apresentar sintomas não típicos.

Relato da experiência: Paciente do sexo masculino, 67 anos, hipertenso e coronariopata grave, admitido com queixa de dor em hipocôndrio direito associado a abaulamento local, além de perda ponderal de 05 kg há 30 dias. Negava febre, náuseas ou vômitos. Exames laboratoriais não evidenciavam parâmetros infecciosos. Resultados: Inicialmente, devido à grande distensão abdominal juntamente com a massa palpável e a recente perda de peso do paciente, a primeira hipótese da equipe foi que se tratava de uma neoplasia. Porém, com o resultado do USG foi percebido um empiema vesicular. Conclusão: Enfim, é visível que o paciente não apresentava um quadro típico de colecistite, contudo, com recurso bem indicado da USG, pudemos excluir a hipótese de neoplasia, diagnosticar a patologia corretamente e realizar o tratamento preconizado.

PROLAPSO DE VALVA MITRAL NA SÍNDROME DE MARFAN – UM RELATO DE CASO

Aline Paiva Alves de Souza Mendonça[1]; Lívia Maria Souza Macedo[2]

1. Residente de Clinica médica da Santa Casa Belo Horizonte - Belo Horizonte- Minas Gerais-Brasil.
2. Residente de Clinica médica da Santa Casa Belo Horizonte - Belo Horizonte- Minas Gerais-Brasil.
Autora correspondente: Aline Paiva Alves de Souza Mendonça – aline.paiva.mendonca@gmail.com

Introdução: A síndrome de Marfan (SMF) é uma condição autossômica dominante associada a mutações no cromossomo 15 que codifica a proteína fibrilina, elemento conectivo importante. Incidência relatada de 1 a cada 5.000 indivíduos. As anormalidades mais comuns são oculares, cardiovasculares e musculoesqueléticas. As cardiopatias comumente presentes são prolapso de válvula mitral e dilatação da aorta ascendente. O grau de prolapso pode piorar com idade e a regurgitação mitral surgir. Objetivo: Relatar um caso presumido de SMF e descrever as cardiopatias típicas. Métodos: Coleta de dados em prontuário, e revisão literária nos principais sumários. Relato de experiência: Paciente M.A.M, 72 anos, portador de HAS, FAARV e prolapso mitral com insuficiência mitral severa, apresentou em de Maio/2018 quadro de dispnéia em repouso, tosse e síncope necessitando de tratamento cirúrgico para troca valvar. Presumido o diagnóstico de doença do tecido conjuntivo, devido ao biotipo clássico e valvulopatia típica, sugerido a SMF. Resultados: Em torno de 60 a 80% dos pacientes adultos com a SMF apresentam dilatação da raiz da aorta, sendo o controle anual com ecocardiograma. Das alterações valvulares, o prolapso mitral é a mais freqüente, em torno de 56%. A incidência da valvulopatia aumenta com a idade. Cerca de 25% dos pacientes evolui para doença progressiva e repercussão clínica. Considerando as estatísticas, é de suma importância o reconhecimento da síndrome de modo a identificar as alterações descritas e evitar desfechos desfavoráveis. Conclusão: O adequado diagnóstico da SMF é de grande importância, pois permite uma condução adequada do caso, garantindo melhores desfechos clínicos.

Palavras-chave: Síndrome de Marfan. Prolapso da Valva Mitral. Tecido conjuntivo. Doenças Cardiovasculares.

MANEJO TERAPÊUTICO E DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE BEHÇET - UM RELATO DE CASO

Lorena Costa Duval Borges[1]; Elisa Brasil da Costa Figueiredo[1]; Ludimila Santiago Ferreira[1]; Fernanda Armond Castro[2]

1. Acadêmicas do 5° ano de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Internato no Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG - Brasil (Local de realização do trabalho);
2. Médica Residente de reumatologia da Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte;
Autor correspondente: Lorena Costa Duval Borges lorenamed25@gmail.com

Introdução: A doença de Behçet é uma afecção inflamatória multissistêmica rara, de acometimento vascular e de etiologia ainda desconhecida, mas acredita-se que está relacionada com a interação de fatores genéticos, ambientais e imunológicos que caracterizam o curso da doença. Acomete principalmente adultos jovens de ambos os sexos, porém o prognóstico é pior em pacientes do sexo masculino. Caracteriza-se pela tríade de úlceras orais, úlceras genitais e uveíte, mas qualquer órgão pode ser acometido, inclusive pele, articulações, SNC e trato gastrointestinal. Objetivo: Relatar o atendimento de paciente diagnosticada com a doença na Santa Casa de Belo Horizonte que apresentou, sintomas pouco comuns, como poliartrite de grandes articulações e eritema nodoso. Método: Paciente foi internada em fevereiro/2018, realizada a extensão propedêutica e diagnosticada com a doença de Behçet. Iniciou tratamento com corticóides sistêmicos e recebeu alta com proposta de início de imunossupressores. Continua em acompanhamento no ambulatório de reumatologia Resultados: O diagnóstico é clínico e baseia-se na tríade de úlceras orais, genitais e uveíte. Como a paciente apresentou sintomas não específicos, foram investigadas causas infecciosas, porém descartadas. Conclusões: O curso clínico da síndrome é caracterizado por períodos sucessivos de atividade e remissão. A maioria dos pacientes alcança remissão ou estabilidade clínica com quadro sequelar após cerca de quatro a cinco anos de evolução. O tratamento não oferece cura, apenas proporciona melhora sintomática, sem mudar a evolução natural da doença.

Palavras-chave: Síndrome de Behçet. Eritema Nodoso. Artrite. Úlceras orais

HIPERTIREOIDISMO PERSISTENTE APÓS TIREOIDECTOMIA TOTAL: UM RELATO DE CASO

D'anunciacao Lorena[1]; Cavalcante Dandara[2]; Pimenta Cynthia[2]; Coimbra Flávia[3]

1. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH-danunciacaolorena@gamil.com
2. Residente de Clinica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-dandaraccavalcante@gmail.com\cynthiatpimenta4@gmail.com
3. Preceptor de Endocrinologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-flavia@clinicainice.com.br
Autor correspondente: D'Anunciacao Lorena – danunciacaolorena@gmail.com

Introdução: A Doença de Graves é uma enfermidade autoimune caracterizada por hipertireoidismo com bócio difuso, oftalmopatia infiltrativa e dermopatia. O tratamento clínico é o de escolha, reservando a cirurgia a casos especiais. O hipotireoidismo é esperado após tireoidectomias totais, enquanto a vigência de hipertireoidismo pode sugerir presença de tecido tireóideo ectópico. Objetivo: Descrever um caso de hipertireoidismo persistente após tireoidectomia total. Método: Relato de caso. Resultado: Paciente, feminino, 36 anos, com Doença de Graves há dez anos, foi submetida à radioiodoterapia, sem sucesso. Iniciou tratamento com Tapazol, contudo intercorreu com neutropenia grave, levando à suspensão da droga e motivando tireoidectomia total em 2010. Ultrassonografia cervical pós-operatória compatível com tireoidectomia total. Estava em uso de reposição hormonal, evoluindo em 2014 com labilidade emocional, emagrecimento, nervosismo, taquicardia e atividade da oftalmopatia (edema palpebral e dor ocular - Clinical Activity Score: 2). Exames evidenciaram níveis crescentes de hormônios tireoidianos circulantes, apesar da suspensão da Levotiroxina. Realizou nova Ultrassonografia cervical com achado de nódulo sólido de contornos bem definidos e regulares, localizado na linha média, entre os músculos digástricos, sugestivo de tireoide ectópica. Paciente tem proposta terapêutica de nova dose de iodo, conforme resultado de cintilografia de tiroide. Conclusão: Tireoide ectópica é uma anomalia embriológica rara, com incidência de 1 em 300.000 nascimentos, sendo mais frequente em mulheres (3:1). A relevância do caso reside na evolução rara de uma enfermidade recorrente nos ambulatórios de endocrinologia devido a presença inusitada de tireoide ectópica.

Palavras-chave: Glândula Tireoide. Disgenesia da Tireoide. Tireoidectomia,

RELATO DE CASO: CARDIOPATIA CONGÊNITA E ENDOCARDITE RECORRENTE POR STAPHYLOCOCCUS COHNII

Luiza Fernandes da Cruz Dias[1], Noelly Silva Borburema[2], Myrelle Totoli Toledo[3], Erica Silva[4]

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte- MG, Brasil.
2. Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH). Belo Horizonte- MG, Brasil.
3. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte- MG, Brasil.
4. Médica especialista em Clínica Médica e Cardiologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Belo Horizonte- MG, Brasil.
Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas-BH), Faculdade de Medicina. Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil.
Autor para correspondência: Luiza Fernandes da Cruz Dias e-mail: luizafcdias@hotmail.com

Introdução: Endocardite infecciosa é uma afecção que acomete a superfície endocárdica, onde o fluxo sanguíneo turbulento predispõe o depósito de plaquetas, fibrina e colônia de microorganismos. É uma doença grave, potencialmente fatal, e sua morbimortalidade chega à 50%. Ocorre, principalmente, em valvas cardíacas com anormalidades congênitas e a mais acometida é a mitral. Objetivos: Descrever um caso grave de endocardite infecciosa causada por germe raro em adolescente com cardiopatia congênita corrigida e história prévia de endocardite. Relato de Caso: Masculino, 15 anos, portador de valva aórtica bicúspide e coarctação aórtica corrigidas na infância, seguido do primeiro episódio de endocardite, com evolução favorável. Há 6 meses, em segundo episódio, apresentou acidente vascular isquêmico, resultante de embolia séptica de valva aórtica biológica previamente implantada. Recebeu tratamento e foi submetido a retroca valvar, com sucesso. Atualmente, apresentou insuficiência cardíaca aguda e choque séptico como manifestação do terceiro episódio de endocardite. A hemocultura isolou agente incomum em afecções humanas, o Staphylococcus cohnii. Recebeu antibioticoterapia direcionada e prolongada com boa resposta ao tratamento. Discussão: A presença de fatores predisponentes somados aos critérios de DUKE conduzem ao diagnóstico. Todavia, trata-se de um paciente fora dos padrões de maior incidência da doença. O tratamento empírico é necessário, porém a identificação do agente etiológico é imprescindível para garantir a efetividade da antibioticoterapia. Conclusão: A evolução favorável deste caso grave evidencia a importância do diagnóstico precoce e do tratamento direcionado apoiado na investigação etiológica. A antibioticoterapia junto à cirurgia, quando indicado, garantem a excelência do tratamento para atingir cura da doença.

Palavras-chave: Endocardite bacteriana. Cardiopatias Congênitas. Estenose da Valva Aórtica. Staphylococcus.

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA E ALCOOLISMO - RELATO DE CASO

Luiza Toledo Soares[1], Natália Texeira Gonçalves[1]; Fernanda Aline Moreira de Oliveira[1]; Raquel Habibe Costa da Silva[1]; Anne Muriel C. S. Andrade[1]

1. Residentes do 2º ano de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte
Santa Casa de Belo Horizonte, Departamento de Gastroenterologia, MG, Brasil

Introdução: Colangite biliar primária (CBP) é uma hepatopatia colestática crônica de etiologia auto-imune e que pode evoluiu com cirrose ou falência hepática. As alterações laboratoriais tem padrão colestático. Anticorpo anti-mitocôndria (AMA) poderá estar presentes em cerca de 95% dos pacientes e FAN positivo em cerca de 70%. Objetivos: Discutir um caso clínico de associação entre colangite biliar primária e alcoolismo. Relato de caso: Paciente ECN, 41 anos, etilista ativa com história de icterícia crônica. Encaminhada ao serviço de gastroenterologia e foi evidenciado AMA negativo e FAN 1:180. Biópsia hepática revelou CBP. Fez tratamento com ácido ursodesoxicólico e colestiramina. Iniciado acompanhamento no ambulatório de transplante hepático. Apresentou internações por complicações de cirrose hepática. Apresentou encefalopatia e hemorragia digestiva alta evoluindo com óbito. Discussão: Indisponibilidade de biópsia pode dificultar o diagnóstico preciso. Outra questão relevante associada é a importância do diagnóstico diferencial das causas de cirrose hepática, visto que existem tratamentos específicos. Conclusão: Sem tratamento a CBP tende a progredir para estágios finais de cirrose hepática. Além disso, associação de CBP e álcool implica em prior prognóstico tanto pela evolução da doença quanto por interferir na elegibilidade para o transplante hepático.

DOENÇA DE CAROLI: RELATO DE CASO

Maria Clara Borges Murta[1], Mayra Moreira Azevedo[1], Jefferson Carvalho Silva[1], Luciana Vieira Teixeira[1], Melissa de Sousa Reis Pereira[1]

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Faculdade de Medicina – 10º período letivo.
E-mail: maria_clara.borges@hotmail.com

Introdução: A Doença de Caroli é uma doença rara e, frequentemente, autossômica recessiva, em que ocorrem dilatações saculares multifocais e irregularidades dos ductos biliares intra-hepáticos, havendo prejuízo do fluxo biliar, predispondo à formação recorrente de cálculos. Manifesta-se com dor em hipocôndrio direito e hepatomegalia. Pode ocorrer crises de colelitíase e colangites, ou até abscesso biliar. Objetivos: Compreender a fisiopatologia da doença, aspectos clínicos, métodos diagnósticos e tratamento. Relato de experiência: Paciente do sexo feminino, 41 anos, portadora da D. de Caroli, submetida à hepatectomia esquerda e papilotomia com prótese, admitida no Hospital Universitário Ciências Médicas com dor em hipocôndrio e flanco direitos associada à icterícia obstrutiva e vômitos. Ao exame: ictérica (3+/4+), taquicárdica, abdome distendido e doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo transferida para o CTI, transcorrendo com leucocitose, plaquetopenia grave, aumento das enzimas canaliculares e hepáticas, hipernatremia e hematêmese. Na hospitalização foi feita antibioticoterapia, correção hidroeletrolítica, ventilação invasiva e hemotransfusões. Exames de imagem evidenciaram dilatação de vias biliares intra-hepáticas, sugerindo colangite; imagem em colédoco correspondente à prótese pré-existente; hepatomegalia associada a parênquima hepático heterogêneo; sangramento em via biliar e ausência de cálculos no colédoco. Discussão: O relato de caso foi coerente com a literatura, que revelou prognóstico sombrio, devido às possibilidades de colangite, sepse e óbito, reforçando a escolha da equipe de transferi-la a hospital capacitado para realização de CPRE e transplante hepático de urgência. Conclusão: Apesar de rara, é uma doença devastadora e requer entendimento para propedêutica.

Palavras-chave: Doença de Caroli. Colangite. Transplante.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: LEISHMANIOSE VISCERAL, SUAS MANIFESTAÇÕES E ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Marina Soares Vilela[1], Mariana Moreira Soares Sá[2] , Emanuelle Ferreira Barreto[3] , Mariana Picoli Diniz[4]

1. Graduada do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
2. Graduada do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos. Araguari – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - MG –Brasil.
3. Graduada do Curso de Medicina da Faculdade Medicina de Barbacena. Barbacena – MG – Brasil. Residente de Neurologia da SCBH - Belo Horizonte – MG –Brasil.
4. Graduada do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG – Brasil. Residente de Dermatologia da SCBH – Belo Horizonte - MG – Brasil.

Autor para correspondência: E-mail: Mariana Picoli Diniz : mary_picoli_diniz@yahoo.com.br

Introducão: A Leishmaniose Visceral (LV) possui evolução crônica, com acometimento sistêmico. A transmissão é feita pelas fêmeas do flebotomíneo da espécie Lutzomyia longipalpis, que estão infectados pela Leishmania chagasi ou L. infantum. Objetivos: Evidenciar as manifestações da LV e a possibilidade de adequação do tratamento, dependendo da situação clínica e da resposta às medicações de primeira escolha. Relato de experiencia: Paciente N.C.M., 29 anos, proveniente do Norte de Minas, internado com pancitopenia. Apresentava febre noturna intermitente há 3 semanas, epigastralgia precedida de empachamento e vômitos. Resultados: Realizado mielograma na SCBH que evidenciou presença de leishmanias. Secretaria de saúde recomendou Glucantime, pela normalidade da função hepática, renal, amilase e lipase. Glucantime suspenso após quatro dias de administração devido alteração de lipase e amilase. Secretaria de Saúde liberou Anfotericina lipossomal, porém paciente intercorreu com disfunção renal. Iniciado hidratação venosa com melhora laboratorial. Reiniciado anfotericina lipossomal, com cura ao final do tratamento. Discussão: A LV é caracterizada por febre, emagrecimento e hepatoesplenomegalia. Tem como principal alteração laboratorial a pancitopenia. O Ministério da saúde recomenda como primeira opção o glucantime. Em situações especiais como: idade menor que 1 ano ou maior que 50 anos; insuficiências renal, hepática e cardíaca; transplantados; intervalo QT corrigido, maior que 450 milissegundos; comorbidades ou uso de medicações que comprometem a imunidade e gestantes, recomendam a Anfotericina lipossomal.conclusão: A LV é uma doença grave, potencialmente fatal, que possui tratamento acessível e eficaz. Existem opções terapêuticas que irão mudar dependendo da situação clínica e da resposta ao tratamento inicial instituído.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral. Alternativas terapêuticas. Glucantime.

ENTEROTOMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA COLÔNICA: UM RELATO DE CASO

Dandara Coelho Cavalcante[1], Elisa do Carmo Viana[1], Henrique de Souza Queiroz[2], João Paulo da Rocha Santos [3], Mariela Alana de Oliveira Patrício[2]

1. Santa Casa de Belo Horizonte, Departamento de Clínica Médica, Belo Horizonte, MG - Brasil.
2. Universidade de Itaúna, Faculdade de Medicina, Itaúna, MG – Brasil
3. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Betim, MG - Brasil

Autor para correspondência: E-mail: dandaraccavalcante@gmail.com - Dandara Coelho Cavalcante.

Introdução: O câncer colorretal é o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres, sendo prevalente no cólon. Diante da suspeita, deve-se prosseguir com colonoscopia, enema de bário ou colonoscopia virtual. Em contrapartida, o diagnóstico de tumores do intestino delgado costuma ser difícil devido à raridade dessas lesões e à natureza inespecífica dos sinais e sintomas apresentados. A enterografia por tomografia computadorizada (entero-TC) é uma ferramenta não invasiva que tem se tornado o método de escolha na elucidação diagnóstica de patologias do intestino delgado. Apresenta alta resolução espacial, permitindo a visualização do lúmen e do relevo mucoso, além de alterações mesentéricas e extraintestinais associadas. Apresentação do caso: feminino, 65 anos, com relato de adinamia há quatro meses, além de perda ponderal. Nega sangramentos. Propedêutica inicial revelou anemia ferropriva, presença de sangue oculto nas fezes, antígeno carcioembrionario elevado e pangastrite leve. Colonoscopia realizada até flexura esplênica devido angulação acentuada impedindo progressão do exame. Na indisponibilidade de colonoscopia virtual, realizada tentativa de visualização do cólon através da entero-TC. Alterado protocolo habitual com administração de maior volume de contraste oral negativo e extensão de preparo para sessenta minutos, sendo possível observar lesão estenosante em cólon ascendente sugestiva de acometimento neoplásico primário. Optado por colectomia parcial direita por videolaparoscopia com ressecção alargada. Anatomopatológico compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor colônico. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta para seguimento ambulatorial. Conclusão: A relevância reside no fato de se relatar um desfecho inesperado na realização de entero-TC para elucidação diagnóstica de patologia colônica.

Palavras-chave: Intestino delgado. Neoplasia. Diagnóstico.

INTOXICAÇÃO POR BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO: RELATO DE CASO

Liliane Rodrigues Figueiredo[1], Maíra de Melo Ibrahim Nogueira[2], Milena Bellei Leite[2], Nathane Tayná Dias Machado[3]

1. Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Luxemburgo e pós graduada em Saúde da Família e Comunidade pela UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.
2. Residente em Clínica Médica no Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, MG - Brasil.
3. Residente em Clínica Médica na Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG - Brasil

Instituição: Hospital Municipal Odilon Behrens, departamento de Urgência e Emergência, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Endereço para correspondência: Maíra de Melo Ibrahim Nogueira Email: mairaibrahim137@hotmail.com

Introdução: Os bloqueadores de Canais de Cálcio (BCC) são usados para tratamento da hipertensão, angina e controle da frequência ventricular. Seu potencial tóxico é subestimado. Representam 16% das intoxicações por medicamentos cardiovasculares. Seus efeitos estão relacionados à redução do influxo de cálcio intracelular, resultando em depressão miocárdica, vasodilatação periférica e bloqueio do nó atrioventricular. Objetivos: Relatar os efeitos da intoxicação por BBC, bem como discutir possível terapêutica. Métodos: Relato de caso de paciente masculino, 39 anos, hipertenso, portador de transtorno depressivo com tentativas prévias de autoextermínio. Relato de ingestão de 136 comprimidos de anlodipino há 5 horas. Admitido diaforético, hipotenso, bradicárdico, eupneico, ECG 14. Propedêutica complementar evidenciou hiperglicemia, acidose metabólica e bradicardia juncional. Iniciado reposição volêmica, drogas vasoativas, atropina, gluconato de cálcio, marcapasso transcutâneo. Intercorreu com dor torácica, seguida de abaixamento do sensório e PCR em AESP. Evoluiu com assistolia após 50 minutos de RCP. Resultados: A abordagem da intoxicação por BCC é baseada em recomendações de especialistas, inexistindo estudos sobre o tema. Em assintomáticos deve-se considerar a descontaminação gástrica e observação. Para sintomáticos é recomendado monitorização hemodinâmica invasiva, reposição volêmica, cálcio endovenoso, drogas vasoativas, atropina e altas doses de insulina. Em casos refratários, considerar terapia de emulsão lipídica e marcapasso. Conclusões: Os danos mais proeminentes da intoxicação por BCC e ameaçadores à vida são uma extensão dos efeitos terapêuticos no sistema cardiovascular. Apesar de poucas evidências sobre o tema, considerando a prevalência e potencial gravidade dos casos, o emergencista deve estar preparado para agir de forma imediata e agressiva.

Palavras-chave: Intoxicação. Bradicardia. Bloqueadores dos canais de cálcio. Anlodipino.

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SÍNDROME DE MIRIZZI E COLANGIOCARCINOMA - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mônica Fernandes Nogueira[1], Jéssica Elvira Machado Veloso[1], Mariane Borlido Haddad[2], Luciana Magalhães de Almeida[3]

1. Residente de Clinica médica SCBH entrada março/2018
2. Orientadora - Chefe da primeira enfermaria de Clínica Médica da SCBH; Preceptora da residência de Clínica Médica da SCBH
3. Orientadora - Assistente da primeira enfermaria de Clínica Médica da SCBH; Preceptora da residência de Clínica Médica da SCBH

Introdução: A icterícia obstrutiva pode ser um sinal de afecções benignas ou malignas como Síndrome de Mirizzi e Colangiocarcinoma, respectivamente. Essas condições podem ser confundidas por apresentarem achados clínicos e de imagem semelhantes. Objetivo: Relatar caso clínico de Síndrome de Mirizzi simulando colangiocarginoma. Relato de experiência: HPC, homem de 83 anos, admitido na Santa Casa de Belo Horizonte com perda ponderal, adinamia, icterícia de padrão misto, colúria e acolia fecal. Exames laboratoriais revelaram anemia microcítica e hipocrômica; elevação do CA19.9 e de enzimas hepáticas. TC de abdome: lesão de aspecto expansivo em região de colédoco, densificação da gordura mesentérica e linfonodomegalia regional. US de abdome: espessamento parietal irregular da vesícula biliar, notadamente no infundíbulo, insinuando-se para o hepatocolédoco que apresenta calibre normal e cálculo impactado nessa topografia. Colangiorressonância: colecistolitíase por cálculo único no infundíbulo, associado a redução do calibre do ducto hepático adjacente e dilatação das vias biliares intrahepáticas. Colonoscopia: progressão endoscópica até o cólon ascendente devido a dificuldade técnica. EDA: normal. O paciente foi submetido à laparotomia, com achado de lesão expansiva envolvendo o colédoco, colecistite e colangite. Realizada colecistectomia e anastomose colédoco-jejunal. Evidenciado ainda distensão do cólon sigmoide e realizado retossigmoidectomia com anastomose término-terminal. Resultados: O exame anatomopatológico da lesão expansiva em colédoco mostrou características inflamatórias, sem sinais de malignidade. Cortes histológicos do segmento colônico sem sinais de malignidade. Conclusão: Em alguns casos, mesmo após extensa investigação laboratorial e por exames de imagem, o diagnóstico permanece nebuloso, sendo necessária a avaliação anatomopatológica para sua elucidação.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi. Colangiocarcinoma. Icterícia obstrutiva.

ARREFLEXIA DETRUSORA SECUNDÁRIA AO HERPES ZOSTER EM PACIENTE COM SIDA: UM RELATO DE CASO

Núbia Luana Silva[1], Letícia Santos Dias Norberto Ferreira[1], Matheus Fonseca Cardoso[2], Matheus Laurente Alvarenga[3], Virgínia Antunes de Andrade Zambelli[4]

1. Hospital Julia Kubitschek, Setor de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil;
2. Hospital Governador Israel Pinheiro – IPSEMG, Setor de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil;
3. Universidade Federal de Viçosa - UFV, Departamento de Medicina e Enfermagem. Viçosa, MG – Brasil;
4. Hospital Eduardo de Menezes, Setor de Infectologia. Belo Horizonte, MG – Brasil

Trabalho desenvolvido no Serviço de Infectologia do Hospital Eduardo de Menezes – Rede FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente: Núbia Luana Silva e-mail: nubialuanas@gmail.com

Introdução: O herpes zoster é causado pela reativação do vírus varicela-zoster (VZV) em um gânglio nervoso e, principalmente em imunodeprimidos, pode evoluir para complicações importantes. OBJETIVO: Relatar complicação rara em paciente com SIDA infectado por VZV. Métodos: Acompanhamento do paciente durante internação hospitalar, revisão de prontuário e literatura. Relato de caso: CEF, 44 anos, portador de HIV, internado com quadro de dor em região glútea esquerda associada a lesões bolhosas há cinco dias. Após início de aciclovir venoso, apresentou melhora progressiva das lesões, porém evoluiu com retenção urinária, necessitando de SVD. Optado por associar corticóide em alta dose, não havendo retorno da função detrusora. Solicitada propedêutica, que excluiu HTLV, sífilis, fungos e bactérias, BAAR, CMV e HSV. USG vias urinárias sem alterações. RNM de coluna lombossacra evidenciou abaulamento discal em L4-L5 e edema na topografia dos ligamentos interespinhosos L1-L2, L2-L3 e L4-L5. Resultados: Existem poucos relatos de retenção urinária associada ao VZV. A incidência dessa complicação é de 3,5% e a fisiopatologia consiste em interrupção do reflexo detrusor por reação inflamatória nos segmentos sacrais da medula espinhal. É recomendado aciclovir venoso por dez a quatorze dias e o prognóstico costuma ser benigno, com retorno da micção em algumas semanas. No caso do paciente relatado, houve resolução do quadro após oito semanas. Conclusão: A arreflexia detrusora secundária ao VZV é complicação rara, porém limitante para a qualidade de vida. O tratamento e prognóstico não são totalmente definidos, havendo controvérsia acerca do uso de corticóide e tempo estimado para remissão dos sintomas.

Palavras-chave: Herpes zoster. Retenção urinária. SIDA.

DOENÇA DE STILL COMO APRESENTAÇÃO DE UMA FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA

Ítalo Magalhães Gusmão[1], Marina Resende Barata[1], Rafael Gaede Carrillo[1], Paula Vidigal Assumpção[2], Natália Costa Freitas[2]

1. Santa Casa de Belo Horizonte, Residente de Clínica Médica - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Acadêmico de Medicina - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.

Introdução: A doença de Still é uma doença inflamatória definida como uma forma sistêmica da artrite idiopática juvenil, caracterizada por poliartrite, febre diária e erupções cutâneas. É uma doença rara de etiologia indefinida, porém os estudos sugerem uma associação entre fatores genéticos e infecciosos. Relato de Caso: MASF, 35 anos, sexo masculino, internado da Santa Casa de Belo Horizonte com história de diarreia aquosa após alimento extra habitual, febre alta, epigastralgia e mialgia. Apresentou rash cutâneo que associou ao uso de dipirona. Clinicamente apresentava-se hipotenso, hepatomegalia discreta, identificado leucocitose com desvio à esquerda e tratado com Ciprofloxacino e Metronidazol por 7 dias com hipótese de diarreia infecciosa. Manteve febre alta até fim do tratamento antibiótico. Intercorreu com novos picos febris 2 meses após alta hospitalar associado a febre com 1 semana de duração, artralgia migratória, rash cutâneo e odinofagia. Exames evidenciaram anemia, leucocitose, hiperferritinemia, aumento de VHS e fator reumatoide negativo. Iniciado corticoterapia em dose imunossupressora. Resultados: Os critérios diagnósticos desta doença envolvem sintomas experimentados pelo paciente, como febre, mialgia, rash, faringite e hepatomegalia. É um diagnóstico diferencial importante para os casos de febre de origem indeterminada. Apesar da etiologia desconhecida, um dos gatilhos já relatado é a infecção por Yersinia enterocolitica, causadora de diarreias invasivas, tendo o paciente iniciado o quadro com este tipo de situação, apesar da não confirmação laboratorial. Conclusão: A doença de Still possui alta taxa de mortalidade decorrente de suas complicações, sendo necessário um alto índice de suspeição nos casos de febre de origem indeterminada.

Palavras-Chave: Doença de Still do Adulto.

DERMATITE HERPETIFORME COMO FATOR DE ALERTA PARA DOENÇA CELÍACA: UM RELATO DE CASO

Raquel Ida Ferreira[1]; Ítalo Guilherme Giarola de Freitas Mariano[1]; José Eugênio Dutra Câmara Filho[2]

1. Acadêmicos da Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOBE, Barbacena - MG
2. Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOBE, Barbacena - MG

Introdução: A dermatite herpetiforme é uma doença bolhosa caracterizada por lesões pruriginosas papulovesiculosas nas faces extensoras dos membros associada a doença celíaca. Ambas as doenças possuem etiologia semelhante, incluindo fatores genéticos e resposta imune ao glúten. Relato de Caso: descreve-se o caso de um paciente de 18 anos com queixa de diarréia, dor abdominal, adinamia e distensão abdominal há 1 semana. Na história pregressa apresentava lesões pruriginosas papulares na face extensora da coxa direita. Na avaliação, paciente foi diagnósticado com doença celíaca. Com dieta livre de glúten o paciente apresentou evolução favorável, com regressão das lesões cutâneas e sintomas digestivos. Discussão: O padrão ouro diagnóstico da dermatite herpetiforme (DH) consiste na visualização de depósitos de IgA na junção dermoepidérmica na imunofluorescência direta.Contudo, não foi possível confirmar essa situação, devido o inícioda dieta livre de glúten (DLG)imediatamente após confirmação de doença celíaca (DC) pela biopsia intestinal. É importante fazer diagnóstico diferencial com outras patologias autoimunes, pois a boa evolução da DH e da DC depende do diagnóstico correto e instituição precoce da DLG impedindo complicações agudas e crônicas. Embora os pacientes com DH apresentem sensibilidade ao glúten, a maioria é assintomática do ponto de vista digestivo.Assim, diante de um quadro de DH, o médico deve atentar-se para a possibilidade do diagnóstico da DC. Conclusão: Salienta-se a importância da avaliação global da dermatite herpertiforme alertando o médico para a investigação da sensibilidade ao glúten com tratamento precoce que evite agravamento dos sintomas e surgimento das complicações.

Palavras-chave: Dermatite herpetiforme. doença celíaca. Glúten. dieta livre de glúten.

TUMOR DO ESTROMA GASTRINTESTINAL (GIST): RELATO DE CASO

Pimenta CT[1];Guimarães RKNV[1]; Faria CBM[2]; Tarabal HM[2]

1. Residência Médica / Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.
2. Graduação Medicina / Faculdade UNI/BH
Autor Correspondente: Cynthia Pimenta. E-mail: cynthiatpimenta4@gmail.com

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. Correspondem a 1% dos cânceres primários do tubo digestório. São mais frequentes no estômago e em idosos. São assintomáticos ou apresentam sinais inespecíficos como sangramento (28%); dor abdominal (8% a 17%); abdome agudo (2% a 14%) e massa abdominal assintomática (5%). O diagnóstico definitivo exige análise imunoistoquímica: presença dos receptores CD117 (c-Kit) 4. A disseminação é hematogênica, para o fígado ou por implantes peritoneais. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, sem necessidade de linfadenectomia. Objetivo: Descrever um caso de GIST em que a primeira manifestação foi hemorragia digestiva alta (HDA) com poucos comemorativos clínicos, indicando um diagnóstico diferencial para sangramento em idosos. Método: Relato de caso. Resultado: FCP, 63 anos, hipertensa, com história prévia de HDA há 03 anos, devido úlcera gástrica. Negou uso de antinflamatórios ou perda ponderal. Admitida apresentando hematêmese com repercussão hematimétrica. Endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou grande lesão subepitelial em fundo gástrico, recoberta por mucosa de coloração normal e com duas úlceras sob a lesão, sugestiva de GIST. Tomografia abdominal evidenciou massa sólida com áreas de necrose em pequena curvatura gástrica (174,9cm3) sem sinais de metástases. Submetida à gastrectomia total com derivação intestinal em Y de Roux. Imunohistoquímica: neoplasia fusocelular e positividade para CD117 consistente com diagnóstico de GIST. Conclusão: O relato apresenta-se em concordância com sinais clínicos e de imagem descritos na literatura. O GIST deve ser considerado como diagnóstico diferencial em idosos com episódios de sangramento.

Palavras-chave: câncer gástrico. idosos.

RELATO DE CASO: ASPERGILOSE PLEURAL EM PACIENTE IMUNOCOMPOTENTE

Raquel Felisardo Rosa[1], Marina Silva Zampini[2], Talita Lages e Vieira[2], Marcela Fontes Moleda Santos[3], Clara Suppes Faria Freira[4]

1. Pneumologista do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte MG – Brasil
2. Especializando de Pneumologia do Hospital Santa Casa de Belo horizonte MG – Brasil
3. Cirurgiã Geral no Hospital Municipal José Lucas Filho, residente de Cirurgia Torácica no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte MG - Brasil
4. Acadêmica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte MG - Brasil
Autor Correspondente: Talita Lages e Vieira e-mail: talitalages@hotmail.com

Introdução: O Aspergillus fumigatus causa diversas patologias pulmonares correspondendo a 90% das infecções pulmonares fúngicas. Em casos raros, pode acometer o espaço pleural, subsequente às complicações cirúrgicas ou na presença de fístula broncopleural cursando com aspergilose pleural. Objetivo: Relatar caso de paciente imunocompetente e previamente hígido com aspergilose pleural por Aspergillus fumigatus e fazer breve revisão literária. Relato de caso: Paciente J.P.N.P, 59 anos, sexo masculino, previamente hígido, apresentou dispneia e dor subcostal à direita de início súbito, com presença de pneumotórax e derrame pleural à direita. Submetido à drenagem em selo d´água evoluindo com fístula aérea importante, encarceramento pulmonar e drenagem de secreção purulenta. Realizados pleuroscopia e hemocultura com presença de hifas de fungos abundantes e aspergilos 1:1280, respectivamente. Confirmado diagnóstico de aspergilose pleural, iniciado tratamento com voriconazol e antibioticoterapia devido empiema. Evoluiu com manutenção da fistula aérea e presença de secreção purulenta sendo submetido à pleurostomia com boa resposta clínica e melhora da drenagem de secreção. Após uso de voriconazol por 42 dias, foi realizado pleuroscopia de controle que evidenciou ausência de hifas de fungos comprovando eficácia terapêutica. Resultado: Paciente com boa resposta clínica após pleurostomia e uso de Voriconazol por 42 dias, apresentando pleuroscopia de controle sem evidência de crosta fúngica em cavidade pleural. Recebe alta para continuidade do tratamento com itraconazol ambulatorial. Conclusão: Aspergilose pleural é uma afecção rara, principalmente em pacientes imunocompetentes, sendo importante ter conhecimento da doença para realizar o diagnóstico e o tratamento de forma precoce, a fim de evitar complicações.

Palavras-chave: Aspergilose. Aspergillus fumigatus. Voriconazol.

SÍNDROME DE BAZEX: RELATO DE CASO

Thales Abel Jacob[1], Aline Jeunon Ferreira Marinho[2], Pamela Rafaela da Silva[3]

1. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG - Brasil
2. Fundação Lucas Machado (FELUMA), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte, MG – Brasil
3. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG – Brasil.
Trabalho realizado no Hospital Universitário Ciências Médicas. Belo Horizonte, MG - Brasil
Autor correspondente: Thales Abel Jacob e-mail: thales_jacobs@hotmail.com

Introdução: A síndrome de Bazex é uma manifestação dermatológica paraneoplásica, frequentemente associada a neoplasias dos tratos digestivo superior e respiratório. Os achados clássicos incluem hiperceratose, acantocitos, infiltrados inflamatórios perivasculares, necrose de queratinócitos e degeneração vacuolar da membrana basal, porém a histologia não é específica. O tratamento da dermatose consiste na abordagem do fator causal, que no caso é a doença neoplásica. Objetivos: Relatar um caso raro de uma paciente com Síndrome de Bazex para maior conhecimento da comunidade médica. Método: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultados: Mulher, 45 anos, admitida no Hospital universitário Ciências Médicas com disfagia, odinofagia, vômitos pós prandiais e perda ponderal de início há 2 anos. Apresentava também lesões dérmicasque se acentuaram há 2 meses. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, hipocorada e com lesões hiperceratóticas, descamativas e de aspecto psoriforme em mãos, pés e face. Endoscopia digestiva alta observou lesão esofágica tipicamente neoplásica. O estudo histopatológico revelou carcinoma de células escamosas. Após confirmação da neoplasia esofágica, revisão de literatura e análise de especialistas, as lesões dérmicas foram associadas à Síndrome de Bazex - manifestação dermatológica paraneoplásica. Conclusão: O reconhecimento das lesões sugestivas de doenças paraneoplásicas assume importância para o diagnóstico precoce. A síndrome de Bazex deve ser considerada em pacientes com quadros consumptivos e queixas respiratórias e/ou disfágicas, concomitante a lesões dérmicas características.

Palavras-chave: Neoplasias esofágicas. Carcinoma de células escamosas. Síndrome de bazex.

RABDOMIÓLISE EM PACIENTE EM USO DE ESTATINA E COM SOROLOGIA POSITIVA PARA CITOMEGALOVÍRUS

Ítalo Magalhães Gusmão[1], Víctor Mendes Ferreira[1], Aline Paiva Alves de Souza Mendonça[1], Maíra Borela Nunes[1], Lucas Henrique Pena El Auar Ramos[2]

1. Santa Casa de Belo Horizonte, Residente de Clínica Médica - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Acadêmico de Medicina - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.

Introdução: A rabdomiólise é caracterizada por liberação de substâncias intracelulares tóxicas no sangue secundária à necrose muscular. Entre suas causas estão as infecções virais agudas, incluindo citomegalovírus (CMV) e as estatinas. Frequentemente a rabdomiólise se associa à lesão renal aguda. Relato de Caso: GSF, feminino, 82 anos, portadora de HAS e fibrilação atrial, admitida com história de polimialgia, adinamia, e oliguria há uma semana. Em uso de Hidroclorotiazida, Metoprolol, Enalapril, Sinvastatina, Varfarina e Omeprazol. Identificado CK 15.371 e sorologia IgM reagente para CMV. Intercorreu com azotemia associada a anúria, necessitando de diálise em sessão única com boa resposta. Iniciado Ganciclovir por doze dias e suspenso estatina. Controle de cura com antigenemia específica para CMV. Resultados: A paciente do caso desenvolveu rabdomiólise, na qual há liberação da mioglobina do tecido muscular e consequente lesão renal. As alterações laboratoriais são a presença de sangue na urina (métodos disponíveis não diferem hemoglobina da mioglobina) e cilindros granulosos (indicam necrose tubular aguda), ambos presentes no caso. A causa não pode ser definida pois haviam dois fatores para ocorrência da doença. Os índices de CK se correlacionam diretamente ao risco de IRA. A prevenção da IRA na rabdomiólise dá-se a partir da reposição volêmica agressiva e alcalinização da urina com bicarbonato. A hemodiálise pode ser necessária. O tratamento do CMV com antivirais em pacientes imunocompetentes é indicado quando há lesão importante de órgãos. O Ganciclovir é a escolha. Conclusão: A rabdomiólise por estatina é mais comum, porém outras causas devem ser investigadas para tratamento adequado.

Palavras-chave: Citomegalovirus. Rabdomiólise. Lesão Renal Aguda.

DOENÇA DE STILL DO ADULTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Clarice Garcia Valadares Xavier[1]

1. Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (HSCBH), Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG-Brasil.
Autor para correspondência: Clarice Garcia Valadares Xavier e-mail: claricegvx_@hotmail.com.

Introdução: A Doença de Still do Adulto (DSA) é rara e de etiologia desconhecida. Caracteriza-se pela tríade febre, rash evanescente e artrite. Sem consenso quanto sua incidência e prevalência, o diagnóstico é de exclusão. Objetivos: Apresentar a evolução clínica-laboratorial de uma paciente internada no HSCBH. Realizar revisão da literatura sobre a caracterização da DSA, aspectos do seu diagnóstico e tratamento. Relato de Caso: M.I.C.S, sexo feminino, 64 anos. Quadro de artrite, mialgia, rash cutâneo, associado a episódios febris, perda ponderal, hiporexia, alopecia, rouquidão, odinofagia, esplenomegalia, anemia, leucocitose e hiperferritinemia. Para o diagnóstico de DSA excluiu-se outras doenças reumatológicas, neoplásicas, linfoproliferativas e infecciosas. Evolui com boa resposta ao tratamento com corticoide e metotrexato. Discussão: A tríade está presente em quase totalidade dos acometidos; mialgia é encontrada em 56-84%; esplenomegalia em 43,9%; odinofagia em 70-84% dos pacientes até o primeiro mês de doença. Raramente se identifica alterações de marcadores reumatológicos. Os níveis de ferritina geralmente são mais elevados do que os das outras doenças. Corticoides são efetivos em 65% dos pacientes, 42-45% são córtico-dependentes. O metotrexate é a DMARDs mais utilizada, deve ser adicionado à prednisona quando esta não consegue controlar os sintomas ou em caso de córtico-dependência. Conclusão: Devido ao número restrito de relatos de caso e estudos retrospectivos na literatura, há dúvidas quanto sua caracterização diagnóstica e da terapêutica ideal. Os pacientes são subdiagnosticados, submetidos a investigações extensas e o sistema de saúde é onerado. Há necessidade de estudos extensos para estabelecer critérios diagnósticos mais acurados e tratamento mais efetivo.

Palavras-chave: Doença de Still de Início Tardio. Artrite. Ferritinas.

ABSCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO – DESAFIO DIAGNÓSTICO

Tati Guerra Pezzini Assis[1], André Luiz Ferreira de Brito[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Preceptor da residência de clínica médica da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

O abscesso hepático piogênico (AHP) é definido como uma coleção intra- hepática purulenta, e apresenta sinais e sintomas inespecíficos, tais como dor abdominal difusa ou localizada em quadrante superior direito, febre, calafrios, fadiga, náuseas e vômitos, hepatomegalia e tensão no quadrante superior direito, icterícia, derrame pleural e emagrecimento. Seu diagnóstico é baseado na suspeita clínica, características ao ultrassom ou tomografia de abdome, e isolamento de bactérias no aspirado e cultura das lesões. O presente relato de caso traz a experiência do diagnóstico de um abscesso hepático e manejo, demonstrando as dificuldades até o diagnóstico e exemplificando como esta condição pode ser um desafio à prática clínica. M.A.Q, 77 anos, apresentava fadiga, perda de peso, calafrios e mal estar geral há alguns dias, procurou atendimento médico e foi encaminhada à Santa Casa BH (SCBH) em 15/02/2018. Possuía internação recente no Hospital Odilon Behrens (HOB), com sintomas iniciais semelhantes, além de dor e alterações do hábito intestinal. Já à admissão no HOB, a propedêutica inicial com US de abdome encontrou nódulos hepáticos sugestivos de implantes secundários de neoplasia oculta. Durante aquela internação, que se estendeu por um mês, foram realizados diversos exames para rastreio de neoplasia primária, sendo os mesmos inconclusivos. Também apresentou quadro de febre recorrente, leucocitose e elevação de proteína C reativa (PCR), interpretados como sepse de foco indefinido. Recebeu alta com suspeita de implante hepático neoplásico de foco primário indeterminado e proposta de realizar biópsia hepática guiada por US. Ao ser admitida na SCBH já possuía resultado do anatomopatológico, inespecífico. Apenas após novo exame de imagem (Figuras 1 a 3) que sugeriu processo infeccioso, foi aventada a hipótese de abscesso hepático piogênico, reforçada por novo US em 01/03/2018. Foi submetida a drenagem percutânea e antibioticoterapia com Piperacilina-Tazobactam, recebendo alta no dia 08/03/2018, com melhora clínica e proposta de acompanhamento ambulatorial. Estudos observacionais têm demonstrado que os achados clínicos mais frequentes do AHP são pouco específicos e, isoladamente, não auxiliam no seu diagnóstico precoce. Por consequência, o conjunto de sinais e sintomas, associado a presença de condições predisponentes, devem servir como fundamentação para a extensão propedêutica apropriada. A possibilidade de um AHP é levantada através de exames de imagem sugestivos (US ou TC), e confirmado através da drenagem de material purulento e/ou na identificação de bactérias no gram ou cultura do aspirado ou hemoculturas. Os principais diagnósticos diferenciais são tumores sólidos primários ou secundários do fígado, cistos e abscesso amebiano. Devido a evolução clínica, muitas vezes insidiosa, e a interposição de sintomas e achados laboratoriais de tais condições, torna-se ainda mais difícil o diagnóstico precoce. Em conclusão, a partir do presente relato de caso, pode-se perceber como a natureza inespecífica e o aparecimento e duração variáveis dos sintomas de AHP contribuíram para o atraso no diagnóstico do caso e sua resolução, o que reforça a necessidade de uma boa suspeita clínica para guiar a interpretação dos exames de imagem que auxiliam no diagnóstico.

Palavras-chave: Abscesso. Fígado. Dor Abdominal. Diagnóstico. Infecção.

ANGIOSSARCOMA CARDÍACO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Rísia Edwiges de Oliveira Guimarães[1], Michelle Maria Sales Costa[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Médica Horizontal especialista em Cardiologia, Ergometria e Ecocardiografia do CTI coronariano da Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Este artigo descreve o caso de uma menina de 17 anos, com quadro de tosse, hemoptise dispneia e dessaturação há um mês de evolução. Submetida a estudos de imagem por ecocardiograma, radiografia e tomografia de tórax que revelaram lesão cardíaca expansiva, infiltrativa e centrada no átrio direito. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico diagnosticou angiossarcoma cardíaco, inoperável devido metástases a distancia. Os angiossarcomas cardíacos são tumores raros, extremamente agressivos e letais, com metástases presentes no momento do diagnostico em 75% dos casos, o que faz restringir a possibilidade cirúrgica, com consequente sobrevida média de 6-12 meses. O objetivo deste trabalho é realizar uma breve revisão de literatura desta rara neoplasia.

Palavras-chave: Tumor cardíaco. Angiossarcoma. Sobrevida.

AVALIÇÃO DAS INTERNAÇÕES PROLONGADAS NA CLÍNICA MÉDICA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Antônio Vítor Santos Fiuza[1], Maíra Borela Nunes[1], Rafael Gaede Carrillo[1], Guilherme Aquino Ferreira de Freitas[2], Gustavo B. Hallais França[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Preceptor da Residência em Clínica Médica da Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

As internações prolongadas são desafios comuns nos leitos hospitalares e fundamentou o presente estudo, realizado com pacientes internados nos leitos de clínica médica que ultrapassam a meta de 10 dias de internação, analisando dados que ajudem a traçar variáveis que possam contribuir para a criação de propostas para redução do tempo de internação. Foram avaliados pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte, por um período de 31 dias. Dos 388 pacientes internados via Cadi para a Clínica Médica, 104 atingiram o 10º dia de internação e foram submetidos ao questionário. Os dados levantados foram provenientes dos prontuários médicos e submetidos à estatística descritiva, com cálculo de frequência e média, e analisados para fundamentar propostas de redução das internações prolongadas.

Palavras-chave: Internações prolongadas. Pacientes. Hospital.

BUDD-CHIARI: RELATO DE CASO COM ASSOCIAÇÃO A POLICITEMIA VERA

Camila Silva Coradi[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Budd Chiari é uma síndrome caracterizada por obstrução do fluxo venoso hepático. Ocorre certo predomínio em mulheres na terceira ou quarta década de vida. Pode se apresentar de forma aguda, subaguda, crônica ou fulminante. Aproximadamente 50% dos casos de Budd Chiari apresentam relação com desordens mieloproliferativas e estados de hipercoagulabilidade.Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de Budd Chiari associado a policitemia vera. Destaca-se o grande impacto na mortalidade a realização do diagnóstico diferencial entre as prováveis etiologias da sindrome.

Palavras-chave: Budd chiari. Policitemia vera. Obstrução fluxo venoso hepático. Hipertensão portal.

BUDD-CHIARI, SÍNDROME ANFIFOSFOLIPIDE E LUPUS, UM RELATO DE CASO

Luiza Toledo Soares[1], Marisa Fonseca Magalhães[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Mestre em Gastroenterologia. Preceptor da residência de Gastroenterologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Sindrome de Budd-Chiari é caracterizada pela oclusão das veias hepáticas ou veia cava inferior que leva a uma lesão hepatica. Este artigo e sobre um relato de caso de uma paciente que possívelmente abriu o quadro de Lupus eritematoso Sistemico com Budd-Chiari.

DESAFIOS NO MANEJO CLÍNICO DE URGENCIA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA NA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Fernando Amata Mudado[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

O presente trabalho reúne uma série de 08 casos de Leucemia Promielocítica Aguda diagnosticados na Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) entre março e julho de 2018. O objetivo é elaborar um painel que reúna a apresentação clínica e laboratorial dos pacientes à chegada, bem como verificar como se deu a abordagem inicial dos doentes e o tempos decorridos entre início dos sintomas, suspeita diagnóstica, confirmação morfológica e administração da primeira dose do tratamento com ácido trans-retinóico (ATRA). Os pacientes selecionados tinham idade entre 14 e 77 anos, sem prevalência entre os sexos. Em todos eles o ATRA foi iniciado somente após confirmação morfológica por visualização de infiltrado de promielócitos em aspirado de medula óssea. Observamos um intervalo variável, porém extenso (de 7 a 30 dias), entre o início dos sintomas e a suspeição clínica, mesmo com o primeiro atendimento médico realizado em um centro não especializado. A mediana do intervalo de dias entre a admissão e o diagnostico morfológico foi de 1,5 dia. A mediana entre a admissão e a primeira dose do ATRA, entretanto, foi de 2,5 dias. houve uma conduta adequada com relação ao suporte transfusional de plaquetas aos doentes, entretanto a mesma uniformidade não foi vista para o manejo da hipofibrinogenemia. Foram registrados 3 óbitos precoces, com prevalência dos eventos hemorrágicos como principal causa de morte. Conclui- se que é fundamental a formulação de um Protocolo de Atendimento inicial aos casos suspeitos admitidos na SCBH e que o ATRA possa ser disponibilizado já na admissão, para os pacientes com alta suspeição.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA (FOI): ESQUISTOSSOMOSE – RELATO DE CASO

Natália Teixeira Gonçalves[1], Guilherme Donini Armiato[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Preceptor na Residência de Clínica Médica da Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A Febre de Origem Indeterminada (FOI) é caracterizada por vários episódios de febre, com temperatura axilar maior ou igual a 38,3º, com duração de pelo menos três semanas, sem definição diagnóstica depois de uma semana de investigação em hospital. Existem várias causas de FOI, entre elas: infecciosas, neoplásicas, reumatológicas, medicamentosas, metabólicas e febre factícia. No Brasil, as causas que predominam são infecciosas, correspondendo a 43% dos casos. Dentro desse grupo etiológico, a esquistossomose na fase aguda ou crônica, podendo estar associada à salmonelose, representa uma etiologia importante de FOI. O objetivo desse trabalho é apresentar um relato de caso de investigação de febre de origem indeterminada que culminou no diagnóstico de esquistossomose. Essa doença infectoparasitária ainda é bastante prevalente no Brasil e causadora de grande morbimortalidade. Diante disso, ressalta-se a importância de um diagnóstico precoce e das medidas de prevenção dessa doença, que inclui políticas eficientes de saneamento básico e educação populacional.

Palavras-chave: Febre de origem indeterminada. Esquistossomose. Morbimortalidade.

DOENÇA GONOCÓCICA DISSEMINADA – RELATO DE CASO

Mariana Vaz de Castro Silva[1], André Luiz Ferreira de Brito[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Preceptor da residência de clínica médica da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A infecção disseminada pelo patógeno Neisseria gonorrhoeae pode levar a uma série de manifestações clínicas, dentre elas as artrites, tenossinovites e lesões dermatológicas. Esta resulta da disseminação da bactéria por via hematogênica a partir de uma porta de entrada na mucosa e ocorre em cerca de 0,5-3% dos pacientes infectados, predominando no sexo feminino. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico ocorrido na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte de doença gonocócica disseminada, seu tratamento e relevância para a comunidade médica. Trata-se de paciente do sexo feminino de 43 anos, sexualmente ativa, com quadro de tenossinovite e poliartralgia em punho, ombro e tornozelo característico de doença gonocócica disseminada, com culturas negativas e boa resposta a terapêutica empírica. A pesquisa da bactéria foi negativa nas culturas solicitadas, porém, elas só são positivas em cerca de 50% dos casos no líquido sinovial e em menos de um terço das hemoculturas, não descartando infecção quando negativas. Apesar disso, a infecção responde bem ao tratamento com os antimicrobianos adequados e o tratamento não deve ser postergado em casos de sinais e sintomas compatíveis sem o isolamento da bactéria pelos métodos diagnósticos, desde que outros diagnósticos diferenciais tenham sido afastados. No tratamento da doença gonocócica disseminada é recomendado o uso de cefalosporina de terceira geração associada a azitromicina 1 g dose única ou doxiciclina 100mg duas vezes ao dia por 7 dias. No caso descrito foram iniciados ceftriaxona e azitromicina devido a disponibilidade no serviço e a ausência de contraindicações. Por fim, apesar das infecções disseminadas pelo gonococo terem reduzido com o uso de antibióticos é necessário um alto índice de suspeição em quadros com acometimento articular e periarticular em mulheres sexualmente ativas, pois quanto antes o tratamento for iniciado, menores as chances de complicações.

Palavras-chave: Artrite gonocócica. Tenossinovite. Neisseria gonorrhoaea.

ENDOCARDITE INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EM PACIENTE SEM VEGETAÇÃO VALVAR

Douglas Dias e Silva[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil

A endocardite infecciosa (EI) é uma afecção que acomete o endocárdio e caracteriza-se pela presença de vegetações constituídas por depósitos de plaquetas e fibrina sobre a superfície endotelial do coração. Incide em 3 a 10 em cada 100.000 habitantes por ano, com uma taxa de mortalidade intra- hospitalar de 15% a 20%. No presente relato de caso é apresentado paciente de 42 anos, sem fatores de risco identificados, com endocardite bacteriana por Streptococcus pyogenes, ressaltando a baixa frequência da etiologia deste patógeno como causador de endocardite infecciosa e a ausência de vegetação ao ecocardiograma transesofágico. Discute-se ainda a microbiologia relacionada a EI , a importância da correta aplicação dos critérios de Duke modificados , as indicações de ecocardiografia e as opções terapêuticas neste tipo de infecção.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Streptococcus pyogenes.

ESCOLHA DO ANTICOAGULANTE ORAL NO TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REVISÃO DA LITERATURA PARA UMA ABORDAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Ana Luisa Calixto Rodrigues[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Antagonistas de vitamina K (AVK) foram historicamente o tratamento padrão para tromboembolismo pulmonar (TEP). No entanto, os anticoagulantes orais diretos (DOACs) se apresentam como alternativa aos AVK, com vantagem em relação à incidência de complicações hemorrágicas e praticidade de uso. Estudos clínicos randomizados demonstraram não inferioridade dos DOACs em relação aos AVK quanto a eficácia e segurança para tratamento do TEP. Revisões sistemáticas e estudos de fase 4 sugerem superioridade dos DOACs em relação à varfarina quanto a alguns desfechos de segurança. Embora não existam estudos comparativos entre os DOACs, as evidências disponíveis apontam para particularidades no perfil de segurança de cada uma dessas novas drogas, sugerindo que a escolha de um DOAC deve se basear na análise do risco de sangramento individual do paciente. Este artigo visa analisar criticamente os dados disponíveis de maneira a fundamentar uma escolha de anticoagulante oral baseada em evidências. A análise realizada sugere que: (1) apixabana é o DOAC com melhor perfil de segurança, inclusive na população idosa; (2) todos os DOACs tem efeito protetor quanto a hemorragia intracraniana; e (3) dabigatrana, rivaroxabana e edoxabana parecem aumentar o risco de sangramento gastrointestinal.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulação oral. Anticoagulantes orais diretos.

FEBRE DE ORIGEM INDETERMIADA: UM RELATO DE CASO

Vinícius Diniz Oliveira e Xavier[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil

Febre de Origem Indeterminada (FOI) se refere a um quadro de longa duração que se mantém apesar de exaustiva investigação[1]. Devido a grande variedade de possíveis diagnósticos, assim como diferentes prevalências regionais e temporais, muitas vezes o diagnóstico etiológico é um desafio na prática clínica. Neste artigo é relatado o caso de um paciente de 71 anos de idade, residente no Pará, que foi admitido na Santa Casa de Misericórida de Belo Horizonte com histórico de febre diária havia 4 meses. Durante a internação permaneceu afebril, tendo recebido alta para acompanhamento ambulatorial, onde recebeu diagnóstico de Hemocromatose. Após abordagem terapêutica, evoluiu com melhora clínica e laboratorial, não recorrendo mais com febre. Recebeu alta do ambulatório e segue acompanhamento no estado de origem.

Palavras-chave: Febre de origem indeterminada. Yersinia. Hemocromatose

IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESPLENOMEGALIA EM ADULTO

Fernanda Aline Moreira de Oliveira[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A imunodeficiência comum variável (ICV) é a segunda imunodeficiência primária mais comum no mundo e consiste numa desregulação da maturação do linfócito B com prejuízo da produção de imunoglobulinas que se manifesta clinicamente com infecções de repetição, dado o comprometimento da imunidade humoral. O presente trabalho irá relatar o caso de um paciente de 36 anos que apresentava pneumonias de repetição de um ano de evolução, além de esplenomegalia de grande monta há cerca de seis anos. Durante internação na SCBH, a propedêutica realizada evidenciou valores extremamente reduzidos de imunoglobulinas, pobre resposta vacinal e hipogamaglobulinemia sem outra causa aparente, preenchendo assim, os critérios diagnósticos de ICV. O diagnóstico dessa patologia é de extrema importância, pois o início do tratamento com reposição de imunoglobulina endovenosa mensalmente reduz as complicações da doença e sua mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida, uma vez que reduz a incidência de infecções e consequente necessidade de antibioticoterapia e internação hospitalar.

Palavras-chave: Esplenomegalia. Imunodeficiência comum variável. Hipogamaglobulinemia.

NEFRITE LÚPICA EM HOMEM JOVEM – UM RELATO DE CASO

Anne Muriel Carneiro Soares Andrade[1], Pedro Augusto Macedo de Souza[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Orientador

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença auto-imune, crônica, inflamatória, caracterizada por períodos de remissão e exacerbação. Explica-se por uma produção aumentada de anticorpos antinucleares, podendo acometer qualquer órgão do corpo e desencadear as mais variadas manifestações clínicas. O quadro mais comum é marcado por sintomas constitucionais, acometimento cutâneo, articular e hematológico leve. Entretanto, alguns pacientes podem se apresentar com quadro hematológico grave, renal ou do sistema nervoso central, por exemplo. Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de Nefrite Lúpica grave diagnosticado em um homem jovem na Santa Casa de Belo Horizonte em maio de 2018, bem como a propedêutica e manejo clínico.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Nefrite Lúpica.

PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI) SECUNDÁRIA A INFECÇÃO AGUDA POR TOXOPLASMOSE – RELATO DE CASO

Junia Mata Tavares Pereira do Nascimento[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil

A púrpura trombocitopênica imune, citada difusamente como PTI, é uma entidade caracterizada pela presença de auto-anticorpos atuantes contra antígenos plaquetários, de modo a provocar o surgimento de trombocitopenia isolada, seja pelo aumento da destruição ou pela diminuição da produção de plaquetas. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, sendo necessária a investigação de diagnósticos diferenciais e a determinação de causas possíveis de plaquetopenia. A história clinica pode auxiliar no raciocínio clínico, porém a maioria dos pacientes apresenta- se de maneira assintomática. A fisiopatologia envolve mecanismos primários e secundários, dentre estes a infecção aguda pelo Toxoplasma gondii. Esta é uma associação pouco descrita na literatura, de modo a permitir diversos questionamentos quanto aos mecanismos envolvidos na gênese desta interação. O objetivo deste trabalho é descrever um relato de caso correlacionando essas duas entidades, de modo a permitir uma discussão sobre os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na PTI secundária a toxoplasmose aguda, discorrendo sobre propostas de investigação diagnóstica e conduta terapêutica.

Palavras-chave: Púrpura. Trombocitopenia. Toxoplasmose.

SÍNDROME DE HUGHES-STOVIN: APRESENTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE BEHÇET

Raquel Habibe Costa da Silva[1], Gustavo Braga Hallais França[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Pós gradudo em clínica médica pela Santa Casa de Belo Horizonte e em reumatologia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em clínica médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A síndrome de Hughes-Stovin é uma doença rara, de etiologia ainda incerta, caracterizada por aneurismas pulmonares e episódios de trombose venosa profunda. Alguns autores consideram essa síndrome como uma forma inicial de apresentação da doença de Behçet, devido à semelhança entre os achados radiológicos e anatomopatológicos do acometimento pulmonar. Neste artigo é relatado o caso de um paciente de 37 anos de idade que apresentou volumoso aneurisma de extremidade distal da artéria interlobar esquerda à Angiotomografia de tórax, associado a dois episódios de trombose venosa profunda em membro inferior documentados por Doppler de membros inferiores. A anamnese e o exame físico não sugeriram, na época, evidências da doença de Behçet. A síndrome de Hughes-Stovin foi então diagnosticada. Foram realizadas a primeira sessão de pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida e a abordagem do aneurisma pelo serviço de Hemodinâmica, enquanto o paciente estava internado na enfermaria de clínica médica. O paciente segue, atualmente, em acompanhamento com o serviço de reumatologia.

Palavras-chave: Doença de Behçet. Síndrome de Hughes-Stovin. Aneurisma de artéria pulmonar.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E LEISHMANIOSE VISCERAL: RELATO DE CASO

João Paulo Pereira Gonçalves[1], Pedro Henrique Fernandes do Carmo Las Casas[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Hematologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil

A síndrome hemofagocítica, também conhecida como síndrome de ativação macrofágica ou hemofagocitose linfo-histiocitária é uma condição clínica rara e potencialmente grave. É geralmente secundária a infecções, doenças reumatológicas ou hematológicas. As manifestações clínicas e laboratoriais mais importantes são a febre persistente, esplenomegalia, hemorragias, citopenias, hiperferritinemia, hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia. O tratamento da doença secundária é focado na correção da doença de base. O objetivo desse relato de caso é estimular a suspeição dessa síndrome como diagnóstico de pacientes portadores de doenças autoimunes e infecciosas que se apresentem com pancitopenia persistente.

Palavras-chave: Síndrome Hemofagocítica. Pancitopenia. Hemofagocitose.

SÍNDROME TORÁCICA AGUDA: RELATO DE CASO

Débora Cristoforidis Teixeira[1], Rachel dos Santos Martins[2]

1. Residente em Clínica Médica na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Pneumologista. Preceptora na Residência em Pneumologia na Santa Casa de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A síndrome torácica aguda (STA) é definida como um novo infiltrado pulmonar na radiografia de tórax associado a pelo menos um sinal ou um sintoma como dor torácica, tosse, sibilância, taquipneia, febre e hemoptise. Apresenta curso clínico variado e pode progredir rapidamente desde hipoxia leve a insuficiência respiratória aguda e morte. Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de síndrome torácica aguda em paciente jovem com anemia falciforme. Destaca a possibilidade de profilaxia com o uso de hidroxiureia e penicilina V oral.

Palavras-chave: Síndrome torácica aguda. Hipoxemia. Hemácia. Anemia falciforme.Insuficiência respiratória.