

# Desafio diagnóstico e terapêutico: caso clínico

Mariana Faustino, Ricardo Ribeiro

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Cristina Duarte

Serviço de Medicina III

Director: Dr. Nuno Bragança

3 de Março de 2011

# História Clínica

- 64 anos, sexo masculino
- Admitido a 09/02/2009 no serviço de urgência do HFF
- **MI:** Febre, rectorragias e prostração de agravamento progressivo nas últimas 2 semanas.
- **AP:**
  - Neoplasia da próstata 2005: cirurgia + radioterapia
  - Doença hepática crónica de etiologia etanólica
  - Hábitos etanólicos activos
  - Tabagismo

# História Clínica

## ● Observação:

- Confusão mental, discurso pouco perceptível
- Febril, hemodinamicamente estável, hidratado
- AC: sem alterações
- AP: roncos dispersos
- Abdómen: sinais de ascite
- Ginecomastia e *flapping*
- Sem sinais meníngeos
- Toque rectal: sangue vivo e hemorróidas externas não trombosadas

# História Clínica

## ● Avaliação laboratorial:

- Hb: 12,9 g/dL VGM: 93  
HGM: 13,9
- Plaq: 82000/ $\mu$ L
- Leuc: 8500 86% N
- PCR: 16,44 mg/dL
- Função renal: N
- Enzimas hepáticas:  
ligeiramente  $\uparrow$
- Bilirrubina T 1,5
- INR: 1,5

– Urina II sem alterações

– HIV, HBV, HCV, Widal e  
Huddleson: negativos

– Hemoculturas: negativas

## ● Radiografia tórax:

- sem alterações  
pleuropulmonares

# História Clínica

- **Colonoscopia (SU):**
  - Diverticulose sigmoideia
  - **Proctite r dica**
  - Debrum hemorroid rio congestivo com  lcera anal associada

# História Clínica

Febre + flutuação do estado de consciência



Infecção sem  
foco identificado



Descompensação  
da DHC



Medicado  
empiricamente com  
**ceftriaxona** no SU



Medicado com  
tiamina e tiaprida

# História Clínica

- **Febre + flutuação do estado de consciência**
  - 5º dia de ceftriaxona



**1ª punção lombar (D7 internamento)**

**TC-CE: sem alterações**

- Líquido límpido, cristal rocha
- Cel nucleadas ↑, 90% linfócitos
- ADA 47 (↑), Prot 441(↑), Glicose 65 (↓)
- Pesquisa BAAR: neg
- Ag capsulares: neg

Em curso:  
Exame do LCR: microbiológico,  
cultura de micobactérias, VDRL  
serologia para HSV 1 e 2

# Meningoencefalite

	Leucócitos	Glicose	Proteínas	ADA
<b>Bacteriana</b>	↑↑ (PMN)	↓↓	↑↑	N / ↑
<b>Tuberculosa</b>	↑ (MN)	↓	↑	↑
<b>Fúngica</b>	↑ (MN)	↓	↑	
<b>Viral</b>	↑ (MN)	N	N / ↑	N
<b>Neoplásica</b>	N / ↑ (MN)	↓↓	N / ↑	
<b>D inflamatórias sistémicas</b>	↑ (MN)	N / ↓	N / ↑	
<b>Caso clínico</b>	↑ (MN)	N / ↓	↑↑	↑

# História Clínica

**Punção lombar (D7 internamento)**



Admite-se:

**Meningoencefalite bacteriana decapitada?**



**ceftriaxona + ampicilina**

- *Listeria, Leptospira, Coxiella*
- Exsudado nasal
- Pesquisa de BAAR e exame micobacteriológico do suco gástrico

**Negativos!**

# Evolução Clínica

- **Febre + flutuação do estado de consciência**
  - 7º dia ceftriaxona + 2º dia ampicilina



**2ª punção lombar (D9 internamento)**



- Ex citológico e citoquímico: sobreponíveis
- Pesquisa BAAR: neg
- **Em curso:**  
PCR para micobactérias e HSV,  
serologias para vírus neurotrópicos

**Meningoencefalite a  
HSV?**



**Aciclovir**

# Evolução Clínica

- **Mantém febre; melhoria do estado de consciência**
  - Medicado com ceftriaxona + ampicilina + aciclovir)



- **EEG:** “sem alterações sugestivas de encefalite herpética”
- **RM CE :** sem alterações suspeitas de encefalite
- **3ª punção lombar (D16 internamento)**
  - Cel nucleadas a ↓, 98% linfócitos
  - ADA N, Prot 147, Glicose 43
  - Em curso: ex bacteriológico, PCR micobactérias e HSV

# Evolução Clínica



## Meningite tuberculosa?

- Presuntiva, sem confirmação microbiológica
- Mantoux negativo
- Sem outros focos de infecção micobacteriana
- Inicia tuberculostáticos R, H, P, E (D18)
- Suspende ceftriaxona, ampicilina e aciclovir (D21)

# Evolução Clínica

- Conhece-se serologia de adenovírus no LCR (2ª PL):  
IgM pos, IgG pos



Hipóteses de diagnóstico:

**Meningite tuberculosa vs Meningite a adenovírus**

**4ª punção lombar (D30)**  
parâmetros citológicos e  
citoquímicos a normalizar



**Aparente evolução favorável:**  
6º dia de apirexia

# Evolução Clínica

## ● Mas:

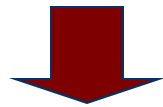
- Proctite rádica activa
- Reaparecimento febre (D35)
- Aparecimento de sopro sistólico no foco aórtico (D35)
- Parâmetros inflamatórios sobreponíveis: sem leucocitose, sem neutrofilia, PCR 3-4 mg/dL

# Proctite radica

- Episódios recorrentes de rectorragias
- Diarreia arrastada
- Submetido a múltiplas rectossigmoidoscopias
  - Aspectos endoscópicos e histológicos compatíveis com **proctite radica**
  - Terapêutica com Argon Plasma → resolução do quadro
- Exame microbiológico e parasitológico das fezes, pesquisa de toxina de *Clostridium difficile* – negativos

# Evolução Clínica

Febre + Sopros sistólico no foco aórtico



- **Ecocardiograma transtorácico (D36):** sem alterações relevantes
- **Ecocardiograma transesofágico (D37):** válvula aórtica com vegetação da cúspide coronária esq.

**Endocardite infecciosa**

# Endocardite Infecciosa

- ✓ Procedimentos IV → Cocos Gram +
- ✓ Manipulações intestinais repetidas → Gram - entéricos; *S. Bovis*
- ✓ Tuberculose activa (suspeita) → *M. tuberculosis* (muito rara)
- ✓ Febre , alteração estado consciência e meningite, diarreia, endocardite → *Tropheryma whippelii* (raro)

Terapêutica: **gentamicina + vancomicina + RHPE**

# Evolução Clínica

## D52

- Exame cultural Mt no LCR (1ª PL): neg.

## D57

- ETT: sem lesões sugestivas de vegetação.

# Evolução Clínica

## 5ª Punção lombar (D59)

- Ex citológico: cél nucleadas a ↓, mantém predomínio linfócitos
- Ex citoquímico: ADA N, Prot 81, Glicose 59

– Mantém-se subfebril e, a partir de D63, inicia novamente picos febris.

– **ETT** (D64): sem lesões sugestivas de vegetação.

# Evolução Clínica

## Entre D64 e D77

- Serologias *Brucella*, *Legionella*, *Coxiella*, *Rickettsia*, *C. psittaci*, *Borrelia* neg
- *Bartonella*, *Toxoplasma*, *Mycoplasma*, *C. pneumoniae* IgM neg, IgG pos.
- Legionúria neg.
- *Coxiella* no LCR neg.
- Biópsia duodenal negativa para *T. whipplii*.
- **Exame cultural Mt** no LCR (3ª PL): neg.

# Entretanto...

- Durante o internamento, verifica-se:
  - ↓ progressiva da hemoglobina
  - ↑ VGM
  - ↓ leucócitos
  - Ác. fólico ↓, vit. B12, Fe, ferritina e transferrina N
- **Mielograma (D70):** hiperplasia eritrocitária com megaloblastose, razão mieloeritrocitária diminuída. Mielocultura: neg.
  - **Anemia megaloblástica – inicia ác. fólico**

# Evolução Clínica

## D70

- Mantém picos febris.
- Mantém sopro aórtico.
- HC (D65 e 67) neg.
- **ETE:** persiste imagem de vegetação na cúspide coronária esq. com as mesmas dimensões.



Suspende vancomicina e gentamicina (31 dias)

# Evolução Clínica

**D73**

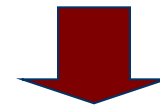
- Exame cultural Mt no LCR (2ª PL): neg.

**D77**

- Suspende P e E (60 dias) e mantém R e H.

**D79**

LCR (5ª PL): HSV 1 e 2 e adenovírus IgG e IgM neg.

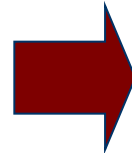


Meningite a ~~adenovírus~~

# Evolução Clínica

## D80

Mantém o mesmo estado clínico



Inicia empiricamente meropeném

## D93

- Estado clínico sobreponível, sem picos febris.
- **HC** permanecem negativas.
- **ETE**: persiste imagem de vegetação na cúspide coronária esq. com as mesmas dimensões, sem repercussão funcional, sem complicações. Eventual vegetação ao nível da aorta ascendente??

# Evolução Clínica

## D94

- Suspende meropeném (14 dias).
- Pondera-se intervenção cirúrgica.

Mas...

- Revisão de imagens dos ETEs: alterações valvulares identificadas podem corresponder a **artefactos**.
- HD endocardite duvidosa também devido à não progressão da lesão vegetativa.
  - **ETT** (D102, 22/05/2009) – sem alterações.

HD: endocardite infecciosa

# Evolução Clínica

## Simultaneamente:

- Doente desenvolve queixas de desequilíbrio.
- ENS: ligeira dismetria e marcha de base larga; marcha em linha impossível; tremor de intenção mais acentuado à esq.; Romberg + com queda para a dta; RCP ↓.
- **TC – CE (D77)**: sem alterações relevantes.
- Avaliado por Neurologia que confirma os deficits – suspeita de AVC vértebro-basilar.
- Repete **TC – CE (D86)**: sem alterações relevantes.

# Polineuropatia

- **RM – CE (D88):** sem alt.
- **Angiografia** do polígono de Willis (D92): sem alt.
- Reavaliação por Neurologia (D94) sobreponível.



**HD**

**Polineuropatia periférica**

**VS**

**doença dos cordões posteriores**



**Introduzida piridoxina**

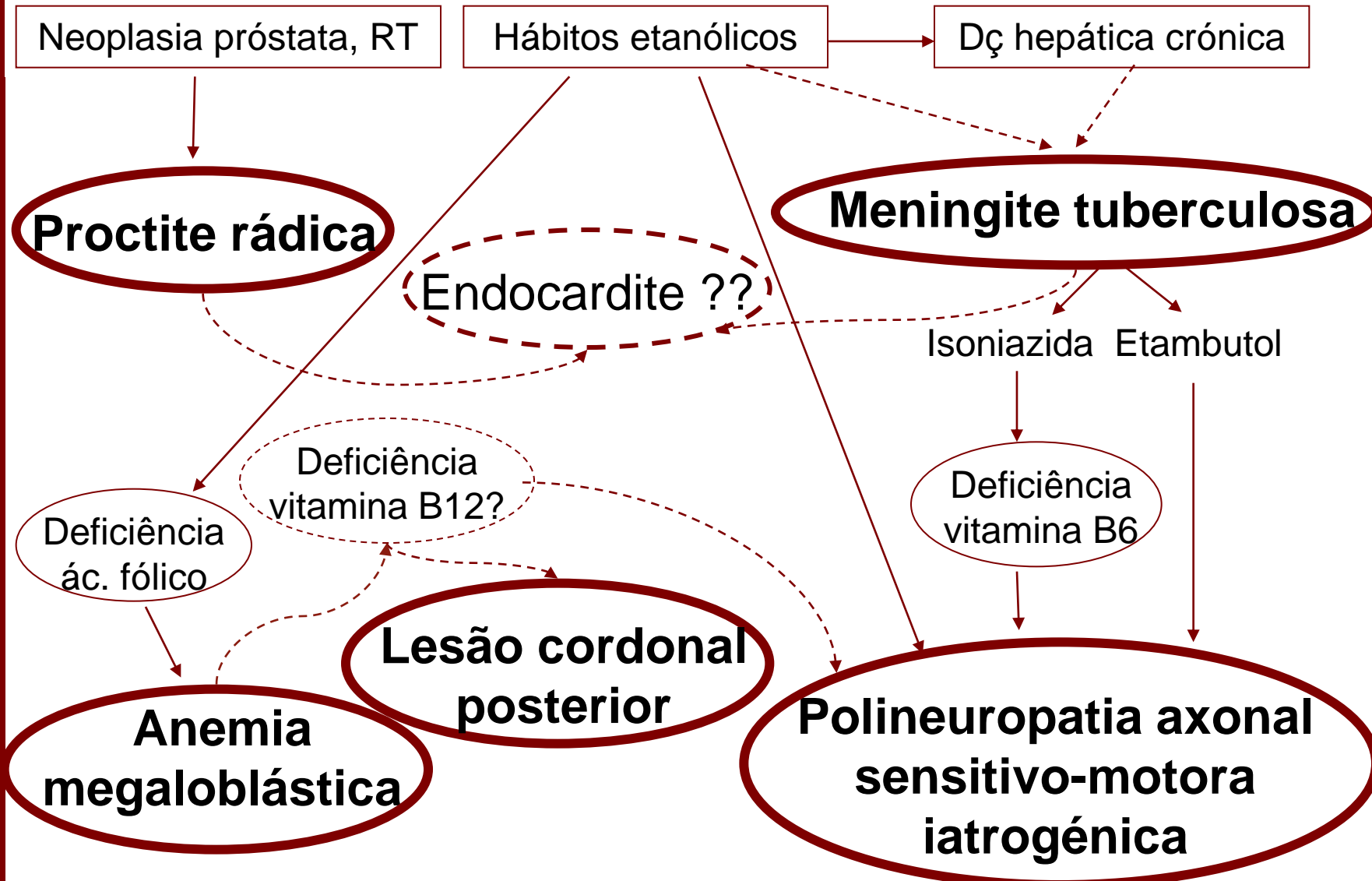
# Polineuropatia

**D102** (22/05/2009)

- Mantém alterações neurológicas.
- **Potenciais evocados sensitivos:** MI – ↑ bilateral das latências corticais por ↑ do tempo de condução central; MS – sem alterações.
  - **Lesão cordonal posterior abaixo do nível cervical médio. Deficit de vit. B12?**
- **EMG:** polineuropatia axonal sensitivo-motora ligeira-moderada simétrica nos MI. Deficit de vit. B6?

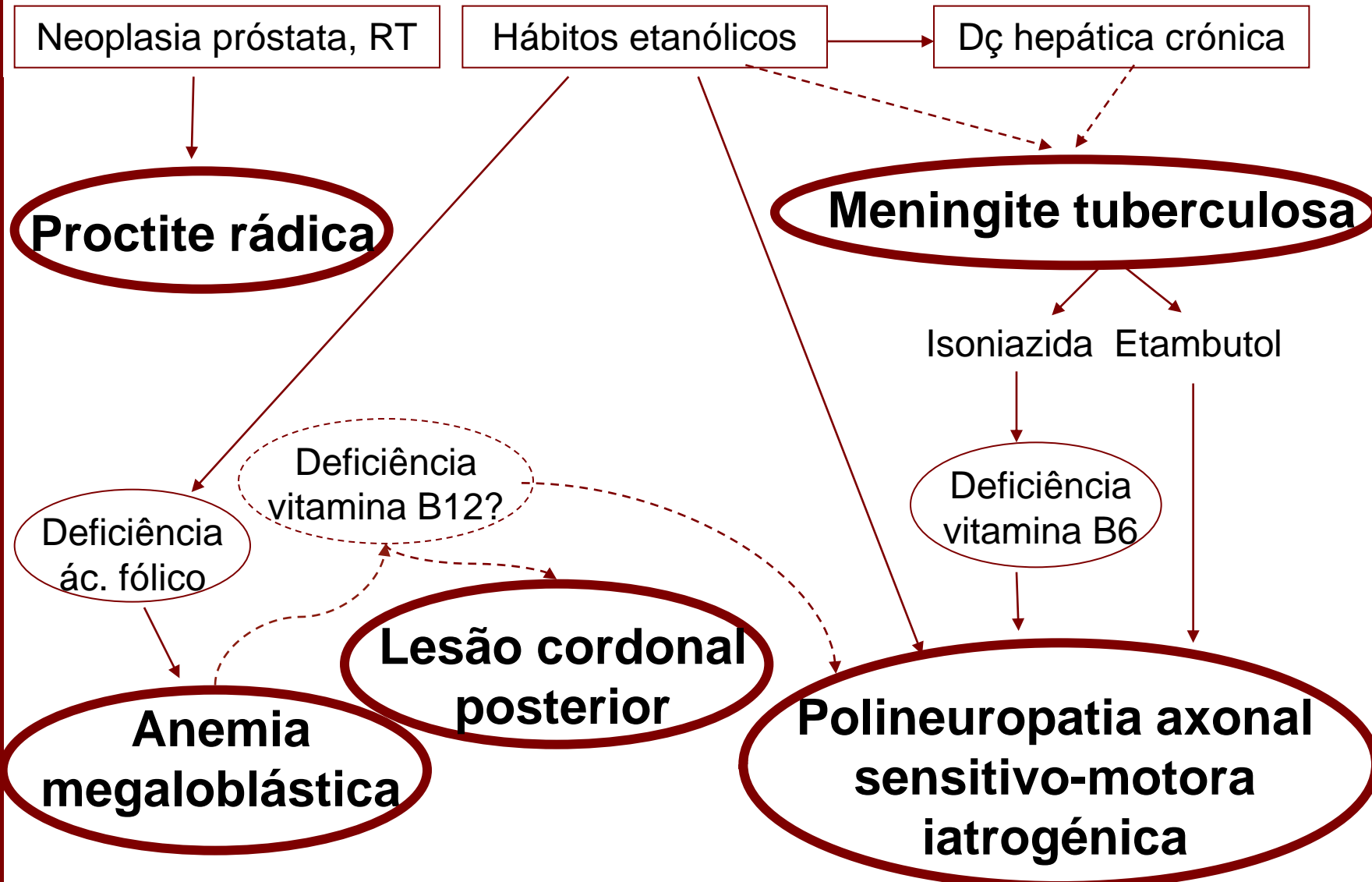
# Resumindo...

**, 64 anos**



# Resumindo...

**, 64 anos**



# Bibliografia

- FAUCI A et al. Harrison's principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill. 17th edition. 2008
- AMINOFF M et al, Clinical Neurology, Lange, 6th edition, 2005
- Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009); European Society of Cardiology; European Heart Journal (2009) 30, 2369-2413
- Prontuário Terapêutico online, Infarmed.
- RANG H. et al, Farmacologia, 5ª edição. Elsevier, 2004
- GILBERT D et al, The Sanford Guide to antimicrobial Therapy 2010, 40th edition, 2010

# Desafio diagnóstico e terapêutico: caso clínico

Mariana Faustino, Ricardo Ribeiro

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Cristina Duarte

Serviço de Medicina III

Director: Dr. Nuno Bragança

3 de Março de 2011