

PRÁTICA MÉDICA EM FOCO

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

ANDRE EVERTON DE FREITAS
EDILENE ABDO RODRIGUES PIRES
LUCAS ALVES MAGALHÃES DE CASTRO
MICHAELA FRANCO TOMICH
ROGÉRIO PACHECO RODRIGUES
(ORGANIZADORES)


EDITORA
SCHREIBEN

ANDRE EVERTON DE FREITAS
EDILENE ABDO RODRIGUES PIRES
LUCAS ALVES MAGALHÃES DE CASTRO
MICHAELA FRANCO TOMICH
ROGÉRIO PACHECO RODRIGUES
(ORGANIZADORES)

PRÁTICA MÉDICA EM FOCO:

ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS


EDITORA
SCHREIBEN
2025

© Dos Organizadores – 2025
Editoração e capa: Schreiber
Imagem da capa: Freepik
Revisão: os autores
Livro publicado em: 06/10/2025
Termo de publicação: TP0932025

Conselho Editorial (Editora Schreiber):

Dr. Adelar Heinsfeld (UPF)
Dr. Airton Spies (EPAGRI)
Dra. Ana Carolina Martins da Silva (UERGS)
Dr. Cleber Duarte Coelho (UFSC)
Dr. Daniel Marcelo Loponte (CONICET – Argentina)
Dr. Deivid Alex dos Santos (UEL)
Dr. Douglas Orestes Franzen (UCEFF)
Dr. Eduardo Ramón Palermo López (MPR – Uruguai)
Dr. Fábio Antônio Gabriel (SEED/PR)
Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes (UENP)
Dra. Ivânia Campigotto Aquino (UPF)
Dr. João Carlos Tedesco (UPF)
Dr. Joel Cardoso da Silva (UFPA)
Dr. José Antonio Ribeiro de Moura (FEEVALE)
Dr. Klebson Souza Santos (UEFS)
Dr. Leandro Hahn (UNIARP)
Dr. Leandro Mayer (SED-SC)
Dra. Marcela Mary José da Silva (UFRB)
Dra. Marciane Kessler (URI)
Dr. Marcos Pereira dos Santos (FAQ)
Dra. Natércia de Andrade Lopes Neta (UNEAL)
Dr. Odair Neitzel (UFFS)
Dr. Wanilton Dudek (UNESPAR)

Esta obra é uma produção independente. A exatidão das informações, opiniões e conceitos emitidos, bem como da procedência e da apresentação das tabelas, quadros, mapas, fotografias e referências é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Editora Schreiber
Linha Cordilheira - SC-163
89896-000 Itapiranga/SC
Tel: (49) 3678 7254
editoraschreiber@gmail.com
www.editoraschreiber.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P898 Prática médica em foco : estudos de casos clínicos / organizado por Rogério Pacheco Rodrigues [et al.]. – Itapiranga, SC : Schreiber, 2025.
190 p. : il. ; e-book.
Inclui bibliografia e índice remissivo
E-book no formato PDF.
ISBN: 978-65-5440-525-6
DOI: 10.29327/5676717
1. Medicina – Estudo e ensino (Casos clínicos). 2. Saúde. 3. Casos clínicos – Medicina. I. Freitas, Andre Everton de. II. Pires, Edilene Abdo Rodrigues. III. Castro, Lucas Alves Magalhães de. IV. Tomich, Michaela Franco. V. Rodrigues, Rogério Pacheco. VI. Título.

CDD 610.7

Bibliotecária responsável Juliane Steffen CRB14/1736

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	9
<i>Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento</i>	
ENTRE A FERIDA E A CURA: O DESAFIO DO PÉ DIABÉTICO E A LUTA CONTRA A AMPUTAÇÃO...11	
<i>Cecília Cristina Machado Borges Fábio Vecchini Martins</i>	
<i>Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves Giovanna Rocha Lenza</i>	
<i>Maria Anthônia Gundim Lemos Maria Laura Momenté Castanheira Belchior</i>	
<i>Lynea Glasyele Honorato Pereira Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro</i>	
DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA – DAC.....16	
<i>Amanda Faria de Sousa Geovanna Ferreira da Cunha</i>	
<i>Jessyka Karoliny Mendes Mendonça Kamila Costa de Moura</i>	
<i>Ludimila de Oliveira Prado Nayanne Cristine Oliveira Rodrigo Aparecido Silva</i>	
CELULITE INFECCIOSA.....20	
<i>Maíra Paula Freitas Guerra Ana Elisa Nunes da Rocha Dias</i>	
<i>Otávio Augusto Morais Ferreira Priscila Agostinha Neves de Souza</i>	
<i>Raíssa Rodrigues de Menezes Yasmim Lima Prado Stéfanny de Paula Silva</i>	
ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE SJÖGREN E ESCLEROSE SISTÊMICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.....24	
<i>Cecília Cristina Machado Borges Fábio Vecchini Martins</i>	
<i>Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves Giovanna Rocha Lenza</i>	
<i>Maria Anthônia Gundim Lemos Maria Laura Momenté Castanheira Belchior</i>	
<i>Lynea Glasyele Honorato Pereira Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro</i>	
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....28	
<i>Amanda Faria de Sousa Geovanna Ferreira da Cunha</i>	
<i>Jessyka Karoliny Mendes Mendonça Kamila Costa de Moura</i>	
<i>Ludimila de Oliveira Prado Nayanne Cristine Oliveira Lucas Menezes Silveira</i>	
HEPATITE B CRÔNICA E GESTAÇÃO.....33	
<i>Priscila Agostinha Neves de Souza Maíra Paula Freitas Guerra</i>	
<i>Otávio Augusto Morais Ferreira Ana Elisa Nunes da Rocha Dias</i>	
<i>Raíssa Rodrigues de Menezes Yasmim Lima Prado</i>	
<i>Emília Maria Guimarães de Napoli</i>	

LÚPUS CUTÂNEO EM PACIENTE JOVEM COM EXAMES INICIAIS NORMAIS: A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM CLÍNICA E HISTOLÓGICA.....	37
<i>Cecília Cristina Machado Borges Fábio Vecchini Martins</i>	
<i>Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves Giovanna Rocha Lenza</i>	
<i>Maria Anthônia Gundim Lemos Maria Laura Momenté Castanheira Belchior</i>	
<i>Lynea Glasyele Honorato Pereira Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro</i>	
DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	42
<i>Amanda Faria de Sousa Geovanna Ferreira da Cunha</i>	
<i>Jessyka Karoliny Mendes Mendonça Kamila Costa de Moura</i>	
<i>Ludimila de Oliveira Prado Nayanne Cristine Oliveira</i>	
<i>Guilherme Henrique de Oliveira Martins</i>	
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL.....	46
<i>Yasmim Lima Prado Ana Elisa Nunes da Rocha Dias</i>	
<i>Maíra Paula Freitas Guerra Otávio Augusto Moraes Ferreira</i>	
<i>Priscila Agostinha Neves de Souza Raíssa Rodrigues de Menezes</i>	
<i>Rogério Cardoso Guimarães</i>	
ESCABIOSE - DOENÇA CONTAGIOSA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA.....	50
<i>Mina Christiane Grande Caetano Elísia de Souza Carvalho</i>	
<i>Fernando Vinícius de Amorim Gabriela Andreza Matana</i>	
<i>João Manoel Silva Sampaio Rafael Ferreira Coelho Rafaela Dias Fichi Santana</i>	
CASO CLÍNICO INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS).....	54
<i>Aislan Silva Faria Alessandra de Souza Castilho Daniel de Paula Portilho</i>	
<i>Keite Machado Borges Luiz Geraldo de Sousa Vargas Neto</i>	
<i>Mariana de Oliveira Silveira Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa</i>	
DIAGNÓSTICO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA PEDIÁTRICA NO PRONTO SOCORRO.....	57
<i>Amanda Faria de Sousa Geovanna Cunha</i>	
<i>Jessyka Karoliny Mendes Mendonça Kamila Costa de Moura</i>	
<i>Ludimila de Oliveira Prado Nayanne Cristine Oliveira Rodrigo Aparecido Silva</i>	
OSTEOMIELOTE EM OSSO ESTERNO.....	62
<i>Otávio Augusto Moraes Ferreira Ana Elisa Nunes da Rocha Dias</i>	
<i>Maíra Paula Freitas Guerra Priscila Agostinha Neves de Souza</i>	
<i>Raíssa Rodrigues de Menezes Yasmim Lima Prado</i>	
<i>Aline Melo Almeida Fernandes</i>	

ESQUIZOFRENIA.....	67
<i>Ana Letícia Medeiros Lopes Danielle Tariana Peres Perreira</i> <i>Gessica Alves dos Santos Layza Karoliny Gomes Freitas</i> <i>Maria Edma Barbosa Gustavo Garcia Gonçalves</i>	
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIMENTO DE PACIENTE COM DISPNEIA RELACIONADO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	73
<i>Denise Glória Silva de Paula da Costa Patrícia Raiane da Cunha Novais</i> <i>Francielly Alves Guariza Antônio Carlos de Carvalho Filho</i> <i>Maria Rita de Melo Idelmino Resende Nathália Abdo Zuliani</i>	
ASMA AGUDIZADA DE ALTA GRAVIDADE CASO CLÍNICO DE EXACERBAÇÃO AGUDA GRAVE DA ASMA NA INFÂNCIA.....	78
<i>Patrícia Raiane da Cunha Novais Denise Glória Silva de Paula da Costa</i> <i>Francielly Alves Guariza Murilo Henrique da Silva</i> <i>Antônio Carlos de Carvalho Filho Maria Rita de Melo Idelmino Resende</i> <i>Meimei Guimarães Junqueira de Queiros</i>	
INFERTILIDADE PRIMÁRIA INFERTILIDADE PRIMÁRIA ASSOCIADA À HIDROSSALPINGE BILATERAL.....	83
<i>Denise Glória Silva de Paula da Costa Patrícia Raiane da Cunha Novais</i> <i>Francielly Alves Guariza Murilo Henrique da Silva</i> <i>Antônio Carlos de Carvalho Filho Maria Rita de Melo Idelmino Resende</i> <i>Rayssa Machado Marques</i>	
GOTA TOFÁCEA DOENÇA REUMÁTICA METABÓLICA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA.....	88
<i>Elisia de Souza Carvalho Fernando Vinícius de Amorim</i> <i>Gabriela Andreza Matana João Manoel Silva Sampaio</i> <i>Mina Christiane Grande Caetano Rafael Ferreira Coelho</i> <i>Hudson Espindola Carneiro</i>	
INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR BENZODIAZEPÍNICO.....	92
<i>Amanda Miranda Mendonça Gabrielly Martins Ferreira</i> <i>Kamilla Teresa Sousa Silva Lara Alves Borges Rocha Livian Ferreira Paneago</i> <i>Lorena Rover Rosa Tássio Momenté Castanheira De Santana</i>	
IMPETIGO BOLHOSO.....	96
<i>Gilvana Ferreira Vasconcelos Layra Cristina Soares Costa</i> <i>Sarah Braz Caetano Silva Evelyn Ferreira Alves Jéssica Rosas Arantes</i> <i>Wallace da Costa Neves Júnior Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa</i>	

DIABETES TIPO I.....	99
<i>Angelita Álvares Jacome Ana Paula Rezende Silva</i> <i>Camerino Ferreira de Oliveira Neto Jhuly Stefany Ribeiro dos Santos</i> <i>Julliane Taynara Lourenço Borges Sergio Souto de Melo</i>	
ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE.....	103
<i>Elisia de Souza Carvalho Fernando Vinícius de Amorim</i> <i>Gabriela Andreza Matana João Manoel Silva Sampaio</i> <i>Mina Christiane Grande Caetano Rafael Ferreira Coelho Gustavo Garcia</i>	
HERPES ZOSTER NA INFÂNCIA DOENÇA NEURO CUTÂNEA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA.....	107
<i>Elisia de Souza Carvalho Fernando Vinícius de Amorim</i> <i>Gabriela Andreza Matana João Manoel Silva Sampaio</i> <i>Mina Christiane Grande Caetano Rafael Ferreira Coelho</i> <i>Rafaela Dias Fichi Santana</i>	
TDH- TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO.....	111
<i>Angelita Álvares Jacome Ana Paula Rezende Silva</i> <i>Camerino Ferreira de Oliveira Neto Jhuly Stefany Ribeiro dos Santos</i> <i>Julliane Taynara Lourenço Borges Sergio Souto de Melo</i> <i>Dr. Gustavo Garcia Gonçalves</i>	
INFECÇÃO GRAVE APÓS MORDEDURA DE GATO: FALHA TERAPÊUTICA PRÉVIA E NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO HOSPITALAR INTENSIVA.....	116
<i>Cecília Cristina Machado Borges Fábio Vecchini Martins</i> <i>Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves Giovanna Rocha Lenza</i> <i>Maria Anthônia Gundim Lemos Maria Laura Momenté Castanheira Belchior</i> <i>Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento</i>	
ANGINA SECUNDÁRIA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	121
<i>Lorhane Sousa Prado Araújo Raíssa Sousa Borges Ribeiro</i> <i>Hyzadora Luyza Fernandes Souza Michelle Alcântara de Castro</i> <i>Siméia Nunes Amaral de Araujo Natália Nara Park Andrade</i>	
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA.....	125
<i>Luana Cavalcanti Romano Lucas Mathias Costa de Jesus</i> <i>Lucila Mendes da Costa Manuela Guimarães Isecke</i> <i>Ricardo Nunes Santos e Silva Barroso Yago Machado Jabur</i> <i>Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento</i>	

HIPOTIREOIDISMO:	
TIREOIDITE CRÔNICA DE HASHIMOTO.....	131
<i>Angélica Cintra de Lima Bruna Fernandes Cruz Iury da Rocha Marinho</i>	
<i>Luíze Quirino Silva Nicole Pereira Ferro Rodrigo Abreu Oliveira de Paula</i>	
<i>Gabriela Lúcia do Carmo</i>	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA EM CRIANÇA.....	135
<i>Gilvana Ferreira Vasconcelos Layra Cristina Soares Costa</i>	
<i>Sarah Braz Caetano Silva Evelyn Ferreira Alves Jéssica Rosas Arantes</i>	
<i>Wallace da Costa Neves Júnior Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa</i>	
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA	
COMUNIDADE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	139
<i>Stephanie Oedenkoven Pacheco Thais Silva Leonel</i>	
<i>Maria Amélia Paiva Costa Sarah Arruda Brito Lara Mendes Pinto</i>	
<i>Larissa Gomes Pignatti Stéfanny de Paula Silva</i>	
LEIOMIOMA UTERINO.....	143
<i>Luciana Aguiar Cunha Lyvia de Paula Neves Mariana Ferreira Américo</i>	
<i>Marília Eduarda Rodrigues Sarah de Sousa Belchior Camargo</i>	
<i>Victória Maria Lacerda Palhares Raíene Sara Cardoso Pereira</i>	
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO	
APÓS ESTRESSE EMOCIONAL.....	148
<i>Matheus B. A. Caetano Luca D. Samora Lucas C. de Melo</i>	
<i>Lucas M. G. de Menezes Vitor Hugo. S. I. da Silva</i>	
<i>Gabriel P. Santana Rogerio Cardoso Guimaraes</i>	
ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO.....	152
<i>Michelle Alcântara de Castro Siméia Nunes Amaral de Araujo</i>	
<i>Raíssa Sousa Borges Ribeiro Lorhanne Sousa Prado Araújo</i>	
<i>Hyzadora Luyza Fernandes Souza Rogério Cardoso Guimarães</i>	
ABCESSO CUTÂNEO INFECTADO SECUNDÁRIO A TRAUMA.....	156
<i>Raíssa Sousa Borges Ribeiro Hyzadora Luyza Fernandes Souza</i>	
<i>Lorhanne Sousa Prado Araújo Michelle Alcântara de Castro</i>	
<i>Siméia Nunes Amaral de Araujo Ernane Oliveira Rodrigues</i>	
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.....	160
<i>Hyzadora Luyza Fernandes Souza Lorhanne Sousa Prado Araújo</i>	
<i>Michelle Alcântara de Castro Raíssa Sousa Borges Ribeiro</i>	
<i>Siméia Nunes Amaral de Araujo Ernane Oliveira Rodrigues</i>	
PNEUMONIA BACTERIANA: UM CASO CLÍNICO.....	165
<i>Gabriela Peixoto Carvalho Anna Luisa Gonçalves Aguiar</i>	
<i>Maricel Borges Tavares Abdala</i>	

CARCINOMA INFLAMATÓRIO DE MAMA: UM CASO CLÍNICO.....	168
<i>Anna Luisa Gonçalves Aguiar Beatriz Ferreira Vasconcelos</i>	
<i>Gabriela Peixoto Carvalho Luana da Silva Tonetti</i>	
GRAVIDEZ ECTÓPICA: UM CASO CLÍNICO.....	171
<i>Anna Luisa Gonçalves Aguiar Gabriela Peixoto Carvalho</i>	
<i>Rita Paula Menezes Meirelles</i>	
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO: UM CASO CLÍNICO.....	174
<i>Gabriela Peixoto Carvalho Anna Luisa Gonçalves Aguiar</i>	
<i>Ivaldo Inácio Silva Junior</i>	
TIMOMA: CASO CLÍNICO.....	177
<i>Cassio Fernandes da Silva Giovana Botelho Moreira</i>	
<i>Ian Porto Almeida Borges Liz Silva Loureiro</i>	
<i>Mikaella Cintra Ribeiro Borges Tatiana Póvoa Naves</i>	
<i>Wanessa Procópio Goveia de Menezes Luana da Silva Tonetti</i>	
BOLA FÚNGICA: CASO CLÍNICO.....	181
<i>Wanessa Procópio Goveia de Menezes Cassio Fernandes da Silva</i>	
<i>Giovana Botelho Moreira Ian Porto Almeida Borges</i>	
<i>Liz Silva Loureiro Mikaella Cintra Ribeiro Borges</i>	
<i>Tatiana Póvoa Naves Luana da Silva Tonetti</i>	
POSFÁCIO.....	185
<i>Raphaela Alves Vilela Garcia</i>	
ÍNDICE REMISSIVO.....	187

PREFÁCIO

A medicina é, antes de tudo, uma ciência aplicada à vida, mas também uma arte que se aprende na vivência com pessoas reais. Cada página deste livro carrega não apenas descrições clínicas, mas histórias de pacientes que confiaram sua saúde a jovens médicos em formação, e de estudantes que, com dedicação, transformaram teoria em prática viva.

Este livro reúne experiências do internato médico, onde acadêmicos, sob supervisão de seus preceptores, tiveram a oportunidade de enfrentar situações clínicas complexas e desafiadoras. Como orientador de dois grupos que contribuíram para esta obra, pude acompanhar de perto o entusiasmo, a curiosidade e a evolução desses alunos, vendo a insegurança inicial dar lugar ao raciocínio clínico estruturado, à tomada de decisão consciente e ao compromisso com a vida humana.

A relevância desta coletânea vai além do espaço acadêmico. Ela representa a integração entre teoria e prática, ciência e realidade, formando médicos mais críticos, éticos e comprometidos com a comunidade em que atuam.

Que esta obra inspire os leitores a enxergar na prática clínica não apenas diagnósticos e condutas, mas também reflexões éticas, humanísticas e sociais. Porque cada caso clínico é, em essência, mais do que um desafio: é uma oportunidade de aprendizado, de amadurecimento e de reafirmação do propósito maior da medicina — cuidar de pessoas com ciência, responsabilidade e humanidade.

Prof. Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento

Docente do Curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara

Preceptor do Internato Médico

ENTRE A FERIDA E A CURA: O DESAFIO DO PÉ DIABÉTICO E A LUTA CONTRA A AMPUTAÇÃO

Cecília Cristina Machado Borges¹

Fábio Vecchini Martins²

Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves³

Giovanna Rocha Lenza⁴

Maria Anthônia Gundim Lemos⁵

Maria Laura Momenté Castanheira Belchior⁶

Lynea Glasyele Honorato Pereira⁷

Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro⁸

Queixa Principal (QP): “Ferimento no pé esquerdo, provocado por arame de construção há 1 semana”.

HMA: História da moléstia atual

Paciente masculino, 63 anos, portador de Diabetes Mellitus tipo 2, não insulínodépendente, procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Lindalva Ferreira de Castro em 24/03/2025, após relatar lesão perfurocortante no pé esquerdo, causada por arame de construção, ocorrida há uma semana

1 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: cecilia.borges@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmico: E-mail: fabio.martins@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: gabrielle.goncalves@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: giovanna.lenza@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.gundim@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.belchior@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico preceptor: E-mail: lynea.pereira@faculdadezarns.com.br

8 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico residente: E-mail: vitoriaharumimed@gmail.com

durante labor. A lesão localizava-se na região plantar distal do pé esquerdo, entre o hálux e o segundo quirodáctilo, com extensão ascendente para a face dorsal do antepé.

Inicialmente, o paciente realizou apenas curativo simples no domicílio, sem busca por atendimento médico. Ao apresentar sinais inflamatórios locais – dor, hiperemia, edema e exsudato – procurou a UBS, onde foi avaliado pela médica da unidade e prontamente encaminhado ao Hospital João Paulo II. Permaneceu internado por 13 dias, sendo submetido a debridamento cirúrgico com exérese de tecido desvitalizado, conduzido por ortopedista, e iniciou-se tratamento tópico com papaína 10%, Debrigel com alginato, clorexidina, soro fisiológico e cobertura estéril.

Após a alta, evadiu-se do seguimento ambulatorial e não retornou à unidade, apesar de tentativas de busca ativa por telefone e visita domiciliar pela equipe da unidade. Reapareceu em 07/04/2025 solicitando apenas material para realizar os curativos por conta própria, alegando dificuldades relacionadas ao trabalho. Recusou-se a permitir a inspeção da ferida, encontrava-se com edema visível e hiperemia, e novamente se evadiu. Retornou em 22/04/2025 com piora do quadro: lesão serossanguinolenta, com sinais de infecção ativa. Nova tentativa de internação foi recusada pela instituição hospitalar por ausência de critérios clínicos naquele momento. Realizado novo curativo com SF 0,9% + clorexidina, aplicação de colagenase e cobertura com gaze, atadura e esparadrapo.

Figura 1: lesão em MIE em região plantar distal, entre hálux e 2º quirodáctilo



Fonte: acervo autores

Três dias depois, evoluiu com dor intensa irradiando do pé até a raiz da coxa, exsudato purulento fétido e sinais de celulite, sugerindo acometimento ósseo, em que foi prescrita analgesia com Diprosan IM e Diclofenaco

IM. No dia seguinte, manteve dor intensa e sinais flogísticos. Ao exame, evidenciou-se exposição de tecido ósseo no leito da ferida, necrose na face anterior e secreção fétida – compatível com osteomielite em progressão. Diante do agravamento, a médica responsável realizou encaminhamento ao Hospital Universitário Sagrada Família (HUSF), em Araguari, para avaliação ortopédica e possível necessidade de amputação. Enquanto aguardava vaga, foi admitido provisoriamente no Hospital João Paulo II em 05/05, onde foi submetido a novo debridamento cirúrgico e sutura das bordas da lesão, com o objetivo de evitar contaminação secundária.

Figura 2: Sinais de osteomielite em hálux esquerdo



Fonte: acervo autores

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos

Sem informações significantes.

APP: Antecedentes pessoais patológicos

Diabetes Mellitus tipo 2, em uso de Glibenclâmida 5 mg, VO, 12/12 horas, e Metformina 850 mg, VO, 12/12 horas, há 1 ano.

HF: História familiar

Sem informações relevantes.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Nega demais alterações em outros sistemas.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Nega tabagismo e etilismo.

DISCUSSÃO

O pé diabético é uma complicação frequente e potencialmente devastadora da Diabetes, sendo responsável por grande parte das amputações não traumáticas de membros inferiores. Gonçalves et al. (2024) ressaltam que essa condição está entre as mais graves da DM, especialmente quando há neuropatia periférica e doença arterial periférica associadas, fatores que favorecem o surgimento de úlceras e infecções profundas.

Segundo Ramírez-Perdomo et al. (2019), entre 40% e 70% das amputações não traumáticas ocorrem em pacientes diabéticos, sendo que cerca de 85% dessas são precedidas por úlceras. No presente caso, a evolução desfavorável da lesão foi agravada pela baixa adesão ao tratamento e pelo retardo na busca por cuidados médicos, culminando em um quadro de osteomielite – diagnóstico presente em até 90% dos pacientes hospitalizados com infecção neuropática grave (Gonçalves et al., 2024).

A infecção do pé diabético é frequentemente polimicrobiana, com destaque para *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus faecalis*, e pode envolver microrganismos resistentes, o que dificulta o manejo antimicrobiano (Gonçalves et al., 2024).

Evitar a amputação deve ser prioridade na abordagem do pé diabético, uma vez que ela acarreta elevada morbidade, limitações funcionais e impacto na qualidade de vida. A detecção precoce, o controle glicêmico rigoroso e o acompanhamento multiprofissional são essenciais. Nesse contexto, ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado ajudam na prevenção de lesões e complicações (Ramírez-Perdomo et al., 2019).

REFERÊNCIAS

- GONÇALVES, J. et al. *Microbiological characterization of neuropathic diabetic foot infection: a retrospective study at a Portuguese tertiary hospital*. **BMC Infectious Diseases**, v. 24, n. 791, p. 1-10, 2024.
- RAMIREZ-PERDOMO, C. et al. *Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180161, p. 1-7, 2019.

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA - DAC

Amanda Faria de Sousa¹

Geovanna Ferreira da Cunha²

Jessyka Karoliny Mendes Mendonça³

Kamila Costa de Moura⁴

Ludimila de Oliveira Prado⁵

Nayanne Cristine Oliveira⁶

Rodrigo Aparecido Silva⁷

Queixa Principal (QP): Dor no peito, há 30 minutos

HMA: História da moléstia atual: Paciente sexo masculino, 62 anos, compareceu ao pronto socorro referindo dor torácica há aproximadamente 30 minutos. Refere que a dor iniciou-se de forma súbita, em aperto, localizada na região retroesternal, com intensidade 7/10 na Escala Visual Analógica (EVA). A dor está associado à episódios de náuseas e vômito. Nega irradiação, dispneia, palpitação, tontura, sudorese fria e febre. É hipertenso há mais de 10 anos, e tem histórico de IAM prévio. Em uso de losartana, furosemida, AAS, rosuvastatina, porém não soube informar as dosagens. Relata, ainda, uso irregular das medicações prescritas.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos: Nega

APP: Antecedentes pessoais patológicos: Hipertenso (HAS)

HF: História familiar: Mãe hipertensa e diabética.

1 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: amandafaria.sousa14@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: gegeferreiracunha.gf@gmail.com

3 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: jessyka.mendonca@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: kamilacmoura@hotmail.com

5 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: ludimilaoprado@gmail.com

6 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: cristinenayanne@gmail.com

7 Preceptor da Faculdade de Medicina Zarns. E-mail: ro_aparecido@hotmail.com

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas:

Nega cefaleia nos últimos 15 dias, nega tosse, coriza, febre, nega náusea e vômito anteriormente e nega mialgia.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica: Sedentário, consumo excessivo de alimentos industrializados, moderada ingestão hídrica. Etilista socialmente e tabagista 1 maço de cigarro dia (20 cigarros dia), há 30 anos.

EF: Exame físico

AR: Aparelho respiratório: murmúrio vesicular diminuído, ausência de ruídos adventícios, SpO₂ 95%, FR: 17 rpm

ACV: Aparelho cardiovascular: BRNF 2T sem sopros. FC: 135 bpm

AGI: Aparelho gastrointestinal: abdome flácido, globoso, nega dor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite e Blumberg negativo.

AGU: Aparelho geniturinário: Sem alteração

AN: Aparelho neurológico: Consciente, orientado em tempo e espaço, responsivo.

AL: Aparelho locomotor: marcha normal, sem desequilíbrios ou movimentos anormais, reflexos presentes e simétricos bilateralmente, sem dor ou sensibilidade anormal, força preservada. Peso: 110kg

EC: Exames complementares:

Hemograma: hemoglobina: 12 g/dl, Hematócrito: 40%, Leucócitos: 7mil; Creatinina: 0,7mg/dl, Ureia: 30mg/dl; Glicemia: 132mg/dl; Sódio: 138mEq/L, Potássio: 4,0mEq/L, Magnésio: 2,2mg/dl; CK-MB: 286U/L; Troponina: Positiva; Eletrocardiograma 12 derivações, LAUDO: Ritmo sinusal, frequência cardíaca 127bpm, supra de ST em V2, V3, V4, V5, V6 (superior a 1mm em todas as derivações), ondas T negativas em V2, V3, V4, V5, V6. Sugestivo de infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST), parede anterior; Raio-X de tórax para diagnósticos diferenciais (dissecção de aorta): Raio X sem alterações significativas.

HD: Hipótese diagnóstica: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

DD: Diagnósticos diferenciais: Angina Instável, Dissecção aguda de aorta; - Tromboembolismo pulmonar; - Pneumotórax hipertensivo.

Logo em seguida foi iniciada a administração de heparina de baixo peso molecular (HBPM). Na terapia trombolítica, a Enoxaparina (HBPM) é indicada como adjuvante a terapia trombolítica no IAMCST, realizado 30mg EV em bolus e após 1,0 mg/kg de peso subcutâneo de 12/12 horas até a alta hospitalar.

Conduta:

Paciente admitido com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST (IAMCST). Foi realizada internação imediata, com monitorização multiparamétrica, acesso venoso periférico calibroso, com infusão de soro fisiológico 0,9% a 500 ml para manutenção venosa. Oxigenoterapia suplementar instituída em cateter nasal, de 2 a 4 litros por minuto, apenas se saturação de oxigênio (SpO_2) < 90%, conforme recomendações atuais. Iniciado protocolo de IAM, com administração da dose de ataque dos seguintes fármacos: Ácido acetilsalicílico (AAS): 300 mg, via oral, mastigado, visando rápida absorção e efeito antiplaquetário. Clopidogrel: 300 mg (4 comprimidos de 75 mg), via oral, em dose de ataque. (Em casos de trombólise, não há necessidade de ajuste da dose pela idade.). Iniciada anticoagulação com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) — Enoxaparina, conforme protocolo: 30 mg IV em bolus, seguido de 1 mg/kg subcutâneo a cada 12 horas até alta hospitalar e avaliar função renal para ajuste de dose, se necessário. Para controle da dor torácica, foi administrado mononitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual, sem contraindicações presentes (sem hipotensão, bradicardia ou uso de inibidores de fosfodiesterase). Diante da ausência de serviço de hemodinâmica na unidade, foi instituída terapia fibrinolítica visando a reperfusão coronariana, com administração de Alteplase (rtPA), no seguinte esquema: 15 mg IV em bolus, seguido de 50 mg em infusão por 30 minutos, e 35 mg em infusão ao longo de 1 hora, totalizando 100 mg em 90 minutos. Foi programada a realização de novo ECG entre 60 e 90 minutos após o término da trombólise, avaliando critérios de sucesso (redução $\geq 50\%$ do supra de ST na derivação com maior supra, além de melhora clínica da dor). O paciente permanecerá em monitorização contínua até disponibilidade de vaga para transferência a serviço com capacidade para Intervenção Coronária Percutânea (ICP) de resgate, considerando o quadro de reinfarto.

DISCUSSÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo. A maioria dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre devido à obstrução de um ramo coronariano principal. Essa obstrução é causada pela redução do fluxo coronariano, frequentemente associada à ruptura de uma placa aterosclerótica, que leva à formação de um trombo oclusivo, além de vasoconstrição coronariana e microembolização. Clinicamente, a DAC se manifesta por meio das Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), que podem ser classificadas em IAM com supra de ST (IAMCST) e IAM sem supra de ST (IAMSSST). A prevalência da DAC aumenta progressivamente a cada década após os 40 anos, sendo o sexo masculino um fator de risco adicional, assim como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outros.

Diante disso, torna-se fundamental a realização de uma anamnese bem direcionada e de um exame físico criterioso, tanto para o diagnóstico de IAM quanto para o diagnóstico diferencial da dor torácica. No caso clínico analisado, o paciente apresentava diversos achados sugestivos, além de histórico prévio compatível, levando à suspeita clínica de IAM, posteriormente confirmado por exames complementares. Todos os medicamentos utilizados no tratamento do paciente, de acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2020), possuem nível de evidência I.

O principal objetivo do tratamento é a restauração do fluxo sanguíneo coronariano, medida essencial para o salvamento do miocárdio e redução da mortalidade. Dentro das três primeiras horas do início dos sintomas, não há diferença significativa, em termos de mortalidade, entre a terapia trombolítica e a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, exceto em casos de evolução rápida para choque cardiogênico, nos quais a ICP primária é preferencial. Independentemente do método de reperfusão adotado, o objetivo é reduzir o tempo de isquemia total, definido como o intervalo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão. O benefício da trombólise torna-se mais evidente quando o atraso entre a administração do trombolítico e a realização da ICP primária é superior a 60 minutos. Esse é exatamente o cenário do caso analisado. A unidade que recebeu o paciente não dispõe do serviço de ICP primária, e a unidade de referência mais próxima encontra-se a uma distância superior a 200 km, o que inviabiliza o cumprimento do tempo recomendado para que a ICP seja adotada como primeira opção terapêutica.

Diante disso, optou-se pela realização da trombólise, seguida de monitorização contínua do paciente até a obtenção de vaga regulada para transferência a uma unidade com serviço de ICP. Considerando o histórico de IAM prévio, foi então realizada a ICP de resgate, procedimento indicado quando não se observa sucesso nos critérios de reperfusão após a trombólise, além de ser benéfica na redução do risco de reinfarto, da incidência de insuficiência cardíaca (IC) e, potencialmente, da mortalidade.

REFERÊNCIAS

MINISTERIO DA SAÚDE: **Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas**. Atualizado em: 29/08/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/protocolo_uso/pcdt_sindromescoronarianasagudas.pdf>. Acesso em: 28 maio. 2025.

NICOLAU, JC et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 1, pág. 181–264, 2021.

CELULITE INFECCIOSA

Maíra Paula Freitas Guerra¹

Ana Elisa Nunes da Rocha Dias²

Otávio Augusto Moraes Ferreira³

Priscila Agustinha Neves de Souza⁴

Raíssa Rodrigues de Menezes⁵

Yasmim Lima Prado⁶

Stéfanny de Paula Silva⁷

QP: “Inchaço e dor na perna esquerda com piora há 3 dias”.

HMA: Paciente do sexo masculino, 36 anos, chega ao PS queixando-se de edema e dor em MIE com piora há 3 dias. Relata que há 3 semanas iniciou com uma pústula, onde havia uma ferroadada de pernilongo com prurido, com o aumento de dor da pústula, procurou atendimento na UPA, desde então, está em uso de “Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg”, sem melhora. Na avaliação, apresenta dor, calor, rubro e edema por toda extensão entre a parte distal do fêmur até dedos dos pés, acompanha pequenas pústulas e extravasamento de líquido purulento de odor natural, relata ainda cefaleia, astenia, nega alterações urinárias e intestinais.

MUC: Glifage XR 500mg. 1 comprimido a cada 12 horas.

1 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: maira.guerra@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: ana.rdias@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: otavio.ferreira@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: priscila.souza@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: raissa.menezes@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: yasmim.prado@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Médico Clínico Geral e Preceptora do Curso de Medicina – E-mail: spsstefanny@gmail.com

APP: Diabetes Mellitus II, obesidade IMC: 38,5, nega outras comorbidades.

HF: Mãe portadora de DM II em uso de insulina; Pai hipertenso com IAM prévio. Desconhece outras comorbidades em familiares de 1º grau.

ISDAS: Paciente alega fadiga há esforço moderado, atualmente, relatou ganho de peso significativo, nega, sonolência, palpitações, parestesia e vertigem.

HVCSE: Paciente casado, mora com a esposa, mesma que o acompanha na consulta, sedentário, com maus hábitos alimentares, mora em local que possui devidas condições básicas de vida e higiene. Etilista social, nega tabagismo e uso de outras drogas.

EF: Paciente BEG, lucido, orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, desidratado, febre aferida em triagem resultando temperatura axilar de 38,8° C. PA: 130x90 mmHg, HGT: 156 mg/dL. SPO2: 98%. FC: 94 BPM.

Dor, calor, rubro e edema por toda extensão entre a parte distal do fêmur até dedos dos pés, acompanha pequenas pústulas e extravasamento de líquido purulento de odor natural.

Ausculata cardíaca: 2T BRNF

Ausculata pulmonar: MVF s/R

Aparelho gastrointestinal:

- Inspeção estática: Abdome pendular, sem abaulamentos ou retrações, hemiabdomes sem cicatrizes.
- Dinâmica: Sem alterações.
- Ausculta: Ruídos hidroaéreos preservados. Ausculta abdominal sem sopros.
- Percussão: Nega dor a percussão, em região de fígado e baço com som maciço, sem presença de ascite.
- Palpação: Abdome flácido, inocente, sem dor à palpação superficial e profunda, sem aderências.
- Fezes: Fezes firmes, sem ressecamento, sem presença de sangue, pus ou muco, sem odor forte.

Aparelho geniturinário: Sem hematúria, espuma, odor fétido ou presença sólida. Nega dor ou ardência ao urinar, frequência reduzida (cerca de 3 vezes ao dia), jato contínuo e direcional.

Aparelho neurológico: Não apresenta perda de sensibilidade e força muscular, Glasgow 15.

Aparelho locomotor: Sem definição de marcha devido incapacidade de locomoção por edema de MIE. Alinhamento postural preservado. Flexão e extensão de membros superiores em estado de preservação.

Exames complementares:

- Laboratorial:
HMG: Hemoglobina: 13,4 g/dL; Hematócrito: 39,2%; Leucócitos: 16.200/mm³; Plaquetas: 410 mil; VHS: 48 mm/h na 1ª hora; PCR: 14 mg/L
Função renal: ureia: 28mg/dL; creatinina: 1,0 mg/DL
Cultura: *Staphylococcus aureus* sensível à dicloxaciclina e oxacilina (MSSA)

HD: Celulite infecciosa.

DD: Erisipela, fadite necrosante, dermatite de contato

Tratamento: Clindamicina 300-450mg 3-4 vezes ao dia

DISCUSSÃO

A celulite tipicamente se manifesta como uma região eritematosa, quente e com limites mal definidos, acompanhada de edema e dor à palpação. Trata-se de uma infecção bacteriana aguda que resulta em inflamação na derme profunda e no tecido subcutâneo adjacente. A condição ocorre sem a formação de abscesso ou secreção purulenta. O edema associado pode favorecer o desenvolvimento de vesículas, bolhas e edema ao redor dos folículos pilosos, caracterizando o fenômeno conhecido como *peau d'orange* (Brown *et al.*, 2023).

Segundo Souza *et al.* (2003) os principais agentes causadores da celulite são *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* do grupo A. No entanto, em casos menos comuns, outras bactérias, como *Haemophilus influenzae*, bacilos Gram-negativos, e até mesmo fungos, como *Cryptococcus neoformans*, podem estar envolvidos.

Conforme Brown *et al.* (2023), a erisipela é frequentemente considerada uma variante da celulite, mas se caracteriza por uma infecção mais superficial, afetando a derme superior e o sistema linfático superficial. A presença de eritema vermelho brilhante, elevação da pele acometida e bordas bem definidas são características importantes para o diagnóstico da erisipela, ajudando a diferenciá-la da celulite, que costuma apresentar eritema mais suave (rosado), com lesões mais planas e limites menos nítidos, é mais comum, especialmente em adultos de meia-idade e idosos, pacientes que sofrem de comorbidades, como diabetes mellitus, insuficiência venosa, doença arterial periférica e linfedema, têm maior risco de desenvolver a infecção.

A celulite pode se desenvolver a partir de qualquer porta de entrada mucocutânea ou, em casos mais raros, por via hematogênica, alcançando os

tecidos subcutâneos. Os principais fatores que influenciam a defesa do organismo contra os patógenos são as condições fisiológicas e circulatórias locais, além do status imunológico do paciente (Souza *et al.*, 2003).

As diretrizes da Infectious Disease Society of America não recomendam a realização de exames de imagem da área infectada, exceto em casos de neutropenia febril. Hemoculturas devem ser consideradas apenas em pacientes imunocomprometidos, além de ser indicada quando o paciente apresenta sinais de infecção sistêmica (Brown *et al.*, 2023).

De acordo com Souza *et al.* (2003), a identificação do agente etiológico da celulite pode ser difícil por técnicas microbiológicas convencionais, a menos que haja coleta de exsudato para coloração por Gram e cultura, ou hemocultura positiva. Alterações hematológicas, como leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), são frequentemente observadas.

S. Pyogenes permanece sensível aos antibióticos β -lactâmicos, e estudos mostram a eficácia da penicilina no tratamento da maioria das infecções por estreptococos do grupo A. No entanto, a eficácia da penicilina pode ser reduzida em infecções graves com alta carga bacteriana. Estafilococos resistentes à penicilina e ampicilina são comuns, e o tratamento empírico para celulite deve envolver cefalexina, cefadroxila, macrolídeos, clindamicina ou dicloxacilina via oral, ou oxacilina, cefalotina ou ceftriaxona via intravenosa. Para outras infecções de tecidos moles, o isolamento do patógeno é essencial para a escolha do antimicrobiano adequado. Na ausência de identificação do agente, recomenda-se o uso de antibióticos de amplo espectro contra estafilococos e estreptococos (Souza *et al.*, 2003).

Em conformidade com Araújo *et al.* (2021), na celulite purulenta por MRSA alguns dos antimicrobianos de escolha são a clindamicina 300-450mg, timetropim+sulfametoxazol 160-320mg/ 800-1.600mg e doxiciclina 100mg.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. C. et al. **Erisipela e celulite: diagnóstico, tratamento e cuidados gerais / Erysipela and cellulitis: diagnosis, treatment and general care.** 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373693/katiasimoes20181240-textodoartigo-pt.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.
- BROWN, B. D. et al. **Cellulitis.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Atualizado em: 7 ago. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549770/>. Acesso em: 3 jun. 2025.
- SOUZA, C. S. et al. **Infecções de tecidos moles.** Medicina (Ribeirão Preto. Online), Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, p. 351–356, abr./dez. 2003. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/733/747>. Acesso em: 3 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE SJÖGREN E ESCLEROSE SISTÊMICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Cecília Cristina Machado Borges¹

Fábio Vecchini Martins²

Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves³

Giovanna Rocha Lenza⁴

Maria Anthônia Gundim Lemos⁵

Maria Laura Momenté Castanheira Belchior⁶

Lynea Glasyle Honorato Pereira⁷

Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro⁸

Queixa Principal (QP): “Coceira intensa e ressecamento na pele, olhos e boca há meses.”

HMA: História da moléstia atual

Paciente feminina, 57 anos, comparece à UBS relatando quadro de prurido intenso há cerca de 8 meses, acometendo membros superiores e inferiores, associado a edema leve em mãos e MMII. Refere ainda ressecamento ocular e bucal, dor gengival e dificuldade para ingerir alimentos secos. A sintomatologia vem se agravando progressivamente.

1 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: cecilia.borges@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmico: E-mail: fabio.martins@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: gabrielle.goncalves@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: giovanna.lenza@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.gundim@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.belchior@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico preceptor. E-mail: lynea.pereira@faculdadezarns.com.br

8 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico residente: E-mail: vitoriaharumimed@gmail.com

Refere histórico reumatológico com diagnóstico prévio de Síndrome de Sjögren, Esclerose Sistêmica e Fenômeno de Raynaud. Interrompeu acompanhamento com reumatologista por mudança de plano de saúde. Relata episódios de dor nas articulações das mãos, xerostomia e xeroftalmia.

Figura 1: Hiperemia e ressecamento de membros superiores e fenômeno de Raynaud



Fonte: acervo dos autores.

APF: Antecedentes Pessoais Fisiológicos

Menarca aos 12 anos. DUM aos 50 anos. G2/A0/C2 Escolaridade: ensino médio completo. Heterossexual. Aposentada.

APP: Antecedentes Pessoais Patológicos

Diagnósticos anteriores de Síndrome de Sjögren (CID M350), Esclerose Sistêmica(M34) e Fenômeno de Raynaud(I73.0). Hipovitaminose D(E-55). Ex-tabagista (cessou há 30 anos). Nega diabetes, dislipidemia, CA ou doenças infecciosas.

HF: História familiar

Refere irmão e pai com histórico de infarto agudo do miocárdio. Nega histórico familiar de doenças autoimunes.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Sintomas gerais: nega febre, calafrio, sintomas gripais, astenia, fadiga e vertigem.

Endócrino: leve intolerância ao frio

Locomotor: rigidez e dor matinal em articulações de mãos.

AR: nega dor torácica, tosse, hemoptise, dispneia, sudorese noturna.

ACV: nega dor precordial, palpitações, lipotimia.

Dermatológico: prurido e hiperpigmentações.

Nega queixas gastrointestinais e gênito-urinárias.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Nega etilismo atual, ex-tabagista. Alimentação adequada, mas com referência a disfagia por secura oral. Sedentarismo. Reside com familiares em casa de alvenaria com saneamento básico. Condição econômica regular.

EF: Exame físico

BEG, corada, hidratada, afebril. FC 74 bpm, PA 97x64 mmHg, SpO2 98%. Sem adenomegalias palpáveis. Pele seca, hiperpigmentações difusas em MMSS. Apresenta discreto edema de mãos, sem deformidades. Hiperemia em regiões de prurido. Sem sinais de infecção ativa.

AR: Aparelho respiratório

Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios.

ACV: Aparelho cardiovascular

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

AGI: Aparelho gastrointestinal

Abdome livre, indolor, sem massas e vísceromegalias palpáveis.

AGU: Aparelho genitourinário

Nega queixas urinárias e genitais ativas. Sem dor em flancos ou região suprapúbica.

AN: Aparelho neurológico

Tônus e reflexos normorreativos. Sem déficits motores ou sensitivos focais.

AL: Aparelho locomotor

Apresenta marcha normal, com boa coordenação e ritmo.

EC: Exames complementares

FAN: reagente, padrão nuclear pontilhado fino (1:160) e centrométrico (1:640)

Hemograma: discreta leucopenia (3.560/ μ L), linfócitos 1.992/ μ L

Creatinina: 1,1 mg/dL; eTFG: 58,6 mL/min/1,73m² Vitamina D: 28,1 ng/mL

Glicemia: 90 mg/dL

USG cervical: glândulas parótidas e submandibulares heterogêneas EAS: sem alterações

Bilirrubinas e TGO/ALT: normais

HD: Hipótese diagnóstica

Síndrome de Sjögren associada a Esclerose Sistêmica.

DD: Diagnósticos diferenciais

Lúpus Eritematoso Sistêmico; Dermatite atópica; Doença celíaca.

CD: Conduta

Retomada do acompanhamento com reumatologia Manutenção de Hidroxicloroquina 400 mg/dia

Suplementação de vitamina D: 2.000 UI/dia

Lubrificantes oculares e vaginais

Curativos em regiões ressecadas e educação sobre cuidados com a pele

Encaminhamento para fisioterapia motora

DISCUSSÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crônica caracterizada pela infiltração linfocitária das glândulas exócrinas, levando à disfunção secretora, manifestada principalmente como xerofthalmia e xerostomia. Em cerca de 30% a 50% dos casos, há também envolvimento sistêmico, incluindo manifestações articulares, pulmonares, renais e neurológicas (Ferri et al., 2023). Quando ocorre em sobreposição com a Esclerose Sistêmica (ES), especialmente na forma limitada, há potencial aumento da gravidade clínica, com risco ampliado de fibrose cutânea, comprometimento pulmonar intersticial, hipertensão arterial pulmonar e disfunção renal (Galli et al., 2022).

A presença de autoanticorpos, como o fator antinuclear (FAN) com padrão centromérico, é um marcador imunológico comum em ambas as doenças e sugere uma resposta autoimune persistente, o que reforça a hipótese de sobreposição entre conectivopatias (Carubbi et al., 2020). Diante dessa complexidade clínica, o manejo deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional, com foco no alívio sintomático – como lubrificantes oculares, vaginais e cuidados com a pele –, além de intervenções imunomoduladoras como a hidroxicloroquina. O acompanhamento regular é fundamental para monitorar possíveis complicações viscerais e ajustar precocemente a conduta terapêutica (Dreyer et al., 2024).

REFERÊNCIAS

- CARUBBI, F. et al. The diagnosis and classification of Sjögren's syndrome: new challenges and opportunities. **Journal of Autoimmunity**, v. 110, p. 102364, 2020.
- DREYER, L. et al. Systemic sclerosis and Sjögren's syndrome overlap syndrome: pathogenesis and management. **Autoimmunity Reviews**, v. 23, n. 1, p. 103546, 2024.
- FERRI, C. et al. Sjögren's Syndrome 2023 update: Pathogenesis, clinical aspects, and therapeutic approaches. **Frontiers in Immunology**, v. 14, p. 1185236, 2023.
- GALLI, G. et al. Clinical and immunological features of patients with systemic sclerosis and Sjögren's syndrome overlap. **Rheumatology**, v. 61, n. 9, p. 3861–3871, 2022.

DOENÇA PULMONAR OBTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Amanda Faria de Sousa¹

Geovanna Ferreira da Cunha²

Jessyka Karoliny Mendes Mendonça³

Kamila Costa de Moura⁴

Ludimila de Oliveira Prado⁵

Nayanne Cristine Oliveira⁶

Lucas Menezes Silveira⁷

Queixa Principal (QP): Falta de ar e tosse com sangue há 8 meses.

HMA: História da moléstia atual: Paciente do sexo masculino, 68 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dispneia, associada a tosse e episódios de hemoptise, iniciados em maio de 2024. Na ocasião, foi submetido a investigação por meio de exames, que evidenciaram enfisema pulmonar. Atualmente, procura atendimento relatando piora da dispneia aos esforços moderados, além de hemoptise esporádica. Refere ainda chiado no peito, especialmente quando em decúbito dorsal, o que tem comprometido a qualidade do sono. Devido à persistência dos sintomas e aos achados nos exames, o paciente foi encaminhado para teleconsulta em pneumologia, realizada na própria unidade em março de 2025. Nega febre e perda ponderal.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos: Paciente nasceu de parto normal, com desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

APP: Antecedentes pessoais patológicos: Tratamento para Tuberculose no ano de 2022 por 6 meses, antecedente de pneumonia em 2000. Nega história

1 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: amandafaria.sousa14@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: gegeferreiracunha.gf@gmail.com

3 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: jessyka.mendonca@aluno.faculdezarns.com.br

4 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: kamilacmoura@hotmail.com

5 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: ludimilaoprado@gmail.com

6 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: cristinenayanne@gmail.com

7 Preceptor da Faculdade de Medicina Zarns. E-mail: lucas.silveira.ter@faculdezarns.com.br

de bronquite na infância, nega diabetes, doenças cardíacas ou hospitalizações prévias prolongadas.

HF: História familiar: Pai falecido aos 70 anos por complicações cardiovasculares; era tabagista. Mãe viva, 85 anos, hipertensa e diabética.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas: Nega sintomas.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica: Tabagista desde os 18 anos, com carga tabágica estimada em 62,5 anos/maço, contato prévio com fogão a lenha e queimadas, sedentário, alimentação balanceada, boa ingestão hídrica. Nega etilismo e contato com animais, poeira e mofo atualmente. Trabalhador rural.

EF: Exame físico

AR: Aparelho respiratório: MVF presente bilateralmente sem a presença de RA.

ACV: Aparelho cardiovascular: BRNF em 2 tempo sem a presença sopro.

AGI: Aparelho gastrointestinal: Apetite preservado, sem queixas digestivas. Cirurgia pregressa de úlcera gástrica.

AGU: Aparelho genitourinário: Sem alterações urinárias.

AN: Aparelho neurológico: Nega tonturas, desmaios ou alterações cognitivas.

AL: Aparelho locomotor: Marcha normal, sem desequilíbrios ou movimentos anormais, reflexos presentes e simétricos bilateralmente, refere cansaço fácil, mas sem dor muscular ou articular. Cirurgia pregressa em ambos os joelhos.

EC: Exames complementares:

Raio – X: Aumento da transparência pulmonar e do espaço aéreo retroesternal, retificação das cúpulas diafragmáticas e diminuição da trama vascular pulmonar. TC de tórax: Sinais de enfisema pulmonar extenso de predomínio centrolobular e apical com bolhas, bronquiectasias e bronquiolectasias de tração e estrias fibroatelectásicas, determinando alteração morfoestrutural bilateral de aspecto sequelar. Atenuação em mosaico difuso do parênquima pulmonar compatível com alteração da relação ventilação/perfusão, nesse contexto tal aspecto deve ser decorrente de áreas de aprisionamento aéreo. Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com resposta ao BD.

FVC: pré 2,67 (75%), pós 3,6 (101%)

FEV1: pré 1,13 (40%), pós 1,39 (49%)

FEV1/FVC: pré 42,3 (53%), pós 38,6 (49%)

HD: Hipótese diagnóstica: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

DD: Diagnósticos diferenciais: Câncer de pulmão, Tuberculose, Bronquiectasia

CD: Conduta: O especialista prescreveu Budesonida 400 mcg, sendo 1 inalação pela manhã e 1 à noite, e associação de Umeclidínio 62,5 mcg + Vilanterol 25 mcg, de uso diário. Solicitou ecocardiograma transtorácico, além de orientação para levantamento do histórico de sorologias e atualização do cartão vacinal.

A conduta adotada baseou-se nos achados dos exames laboratoriais, na radiografia de tórax — que evidenciou hipertransparência pulmonar, aumento do espaço aéreo retroesternal, retificação das cúpulas diafragmáticas e redução da trama vascular pulmonar —, bem como na espirometria, que demonstrou relação $VEF1/CVF < 0,7$ após broncodilatador, compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo fixo.

DISCUSSÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma pneumopatia de natureza heterogênea, caracterizada por sintomas respiratórios crônicos, como dispneia, tosse, produção de escarro e episódios de exacerbação. Sua fisiopatologia resulta de um conjunto de alterações estruturais nas vias aéreas (bronquite e bronquiolite) e nos alvéolos (enfisema), levando a uma obstrução persistente ao fluxo aéreo. A gênese da DPOC envolve uma interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo o tabagismo o principal agente, associado à exposição ocupacional, poluição atmosférica e infecções respiratórias de repetição, resultando em agressão crônica e progressiva ao parênquima pulmonar (GOLD, 2023; MacNee, 2020).

No presente caso, os achados radiológicos, associados aos resultados da espirometria, confirmaram um quadro típico de DPOC, até então não diagnosticado. O diagnóstico é fundamentado na associação entre quadro clínico — com sintomas respiratórios persistentes e histórico de exposição a fatores de risco — e a demonstração, pela espirometria, de obstrução ao fluxo aéreo não completamente reversível, definida por uma relação $VEF1/CVF < 0,7$ após broncodilatador, conforme preconizado pelas diretrizes internacionais (GOLD, 2023).

O manejo farmacológico da DPOC deve ser individualizado, considerando a gravidade da obstrução (classificação GOLD), o impacto dos sintomas na qualidade de vida (avaliado por escalas como o mMRC ou o CAT), a frequência de exacerbações e a presença de comorbidades (GOLD, 2023; Vogelmeier et al., 2017). No caso em questão, a espirometria evidenciou um VEF1 correspondente a 49% do previsto, classificando o paciente em GOLD 3 (obstrução grave). Na

avaliação dos sintomas, o paciente foi classificado como grau 3 na escala mMRC, por apresentar dispneia que o obriga a interromper uma caminhada no plano após 100 metros ou poucos minutos de esforço. No entanto, não há histórico recente de exacerbações nem relato de comorbidades relevantes, o que, segundo a classificação ABE proposta pela GOLD 2023, posiciona o paciente no grupo B, caracterizado por sintomas importantes, mas baixo risco de exacerbações.

Diante deste cenário, a conduta foi instituída com a introdução de broncodilatadores de longa duração (LAMA/LABA), associados a corticosteroides inalados, conforme critérios de indicação, além do encaminhamento para realização de ecocardiograma transtorácico, investigação de sorologias e atualização do cartão vacinal, incluindo vacinação contra influenza, pneumococo e COVID-19, como recomendado pelas diretrizes (GOLD, 2023; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT, 2022). O paciente também foi incluído em programa de cessação do tabagismo, intervenção comprovadamente eficaz na redução da mortalidade, na desaceleração do declínio da função pulmonar e na melhora dos desfechos clínicos (Tonnesen, 2013; SBPT, 2022).

Portanto, o caso ressalta a importância da abordagem multidimensional na DPOC, que vai além do controle farmacológico, incluindo intervenções não medicamentosas, como cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar, vacinação adequada, suporte psicossocial e monitoramento contínuo. A detecção precoce e o manejo adequado são fundamentais para melhorar a qualidade de vida, reduzir o risco de exacerbações, hospitalizações e mortalidade, além de desacelerar o declínio funcional pulmonar (GOLD, 2023; Vogelmeier et al., 2017).

REFERÊNCIAS

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the prevention, diagnosis, and management of chronic obstructive pulmonary disease – 2023 report**. Fontana, WI: GOLD, 2023. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acesso em: 27 maio 2025.

MACNEE, W. Pathology, pathogenesis, and pathophysiology. In: PAHAN, R. N. (ed.). **Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine**. 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. p. 659-687.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para o manejo da DPOC na Atenção Primária**. Brasília: SBPT, 2022. Disponível em: <https://sbpt.org.br/>. Acesso em: 27 maio 2025.

TONNESEN, P. Smoking cessation and COPD. **European Respiratory Review**, Sheffield, v. 22, n. 127, p. 37-43, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1183/09059180.00007212>.

VOGELMEIER, C. F. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report: GOLD executive summary. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 195, n. 5, p. 557-582, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201701-0218PP>.

HEPATITE B CRÔNICA E GESTAÇÃO

Priscila Agostinha Neves de Souza¹

Máira Paula Freitas Guerra²

Otávio Augusto Moraes Ferreira³

Ana Elisa Nunes da Rocha Dias⁴

Raíssa Rodrigues de Menezes⁵

Yasmim Lima Prado⁶

Emília Maria Guimarães de Napoli⁷

QP: “Retorno para rotina de acompanhamento, paciente sem queixas”

HMA: Paciente, sexo feminino, 31 anos, casada. Compareceu ao Núcleo de Atendimento Básico de Saúde (NABS), relatando diagnóstico de hepatite B crônica desde 2012, com acompanhamento em outro serviço, porém sem uso de medicações. Iniciou acompanhamento no NABS em 2021, sem critérios para início de tratamento. Desde então a paciente segue em acompanhamento com rastreamento de carga viral e função hepática a cada 6 meses. Em 2023 retorna relatando estar gestante e então são solicitados exames laboratoriais para definir tratamento ou profilaxia para hepatite B.

Paciente retorna com resultado dos exames: HBV-DNA: detectável 19.800 UI/mL; Log: 4,30; TGO: 27; TGP:27; HBeAg: não reagente.

Paciente não apresenta critérios para tratamento de hepatite B e é então orientada

1 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: priscila.souza@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: maira.guerra@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: otavio.ferreira@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: ana.rdias@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: raissa.menezes@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: yasmim.prado@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Médica Infectologista e Preceptora do Curso de Medicina – E-mail: emiliadenapoli@hotmail.com

a retornar quando completar 23 semanas de gestação para dar início à profilaxia com medicamento Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF). Com 23 semanas e 3 dias de gestação a paciente dá início ao uso do TDF. Completadas 34 semanas de gestação e com HBV-DNA indetectável é feito relatório médico para solicitação de imunoglobulina, vacina do recém-nascido e orientação para paciente manter uso de TDF. Com 38 semanas é realizada cesariana sem intercorrências e a paciente relata que o recém-nascido recebeu imunoglobulina e a vacina. A paciente refere planejamento para nova gestação, portanto TDF é mantido.

APP: Paciente nega patologias prévias.

HF: Mãe diabética, portadora de hepatite B desde 2014; Pai hipertenso. Sem irmãos.

ISDAS: Paciente sem queixas. Nega qualquer sintomatologia.

HVCSE: Paciente sedentária, atualmente desempregada. Mora em uma casa de alvenaria, com energia e saneamento básico. Reside com o esposo e sua filha. Alimentação: Normalmente faz 4 refeições diárias.

Exame físico: LOTE, BEG, normotensa, acianótica, anictérica e afebril. Temperatura axilar: 36,5° C; Frequência Cardíaca: 92 bpm; Saturação: 98%; Pressão arterial: 110x80 mmHg; Glicemia capilar ao acaso: 170 mg/dl.

Ausculata cardíaca: 2T BRNF sem sopro.

Ausculata pulmonar: MVF + bilateralmente s/R adventícios.

Aparelho gastrointestinal: Inspeção estática: Abdome globoso, sem abaulamentos ou retrações, hemiabdomes simétricos, sem presença de herniações, tatuagens ou lesões de pele. Dinâmica: Sem presença de diástase, respiração abdominal, ponto pulsátil ou peristaltismo visível. Ausculta: Ruídos hidroaéreos preservados (16 RH/min). Ausculta abdominal sem sopro, presente somente pulsação. Percussão: Nega dor a percussão, em região de fígado apresenta som claro pulmonar, em baço apresenta som timpânico, sem presença de ascite. Palpação: Abdome flácido, indefeso, sem dor e aderências. Fezes: Fezes com características de normalidade, sem presença de sangue ou muco.

Aparelho geniturinário: Sem hematúria, espuma ou odor fétido. Nega dor ou ardência ao urinar, cor amarelo citrino, frequência controlada (6 vezes ao dia).

Aparelho neurológico: Lúcida e orientada em tempo e espaço. Nega alterações de memória ou outros sintomas.

Aparelho locomotor: Marcha e amplitude dos movimentos preservados.

Imagem: Ultrassonografia de abdômen total

Fígado com forma, contornos, dimensões e ecotextura normais. Tronco porta e vasos supra-hepáticos de calibre normais. Ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Vesícula biliar de paredes finas, conteúdo anecóide, sem imagens de cálculos ou vegetações em seu interior. Pâncreas com forma, contornos e dimensões e ecogenicidade normais. Rins e bexiga, com forma, contornos, ecotextura e dimensões normais. Conclusão: Quadro ecográfico compatível com normalidade.

Elastografia hepática: Elastograma (mediana): $E = 5,1$ Kpa; Correspondência com o grau de fibrose: Metavir: F0; IQR/ Med: 20%; CAP (d8/m): 168

Laboratorial: sorologias Anti-HIV negativo; Hepatite B, Anti HBc - TgM: não reagente; HBsAg: reagente; Anti HBc Total: reagente, HBeAg: não reagente; Pesquisa quantitativa de DNA HBV: Não detectável

HD: Hepatite B Crônica

DD: Hepatite A, Hepatite C, Hepatite D, Hepatite E, Hepatite Autoimune, Hepatite Alcoólica, Hepatite Induzida por medicamentos, Hepatocarcinoma, Cirrose Hepática.

DISCUSSÃO

A hepatite B se caracteriza por uma inflamação no fígado provocada pelo vírus HBV, presente em fluidos corporais de portadores do vírus HBV, sendo as principais vias de transmissão a sexual, vertical e o compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados (BRASIL, 2022). Ainda hoje a hepatite B continua sendo um problema de saúde pública e a maioria dos indivíduos infectados se encontram na região Amazônica. A imunização ativa é a forma mais eficaz de combate à essa patologia (Ferreira, 2000).

O HBV pode causar hepatite aguda ou crônica. Após o contato com o vírus os indivíduos desenvolvem quadro de hepatite aguda, em sua maioria de caráter subclínico, apenas 20% apresentam icterícia. Geralmente, a maioria dos infectados pelo HBV, cerca de 90% a 95% evoluem para cura, enquanto 5% a 10% evoluem para hepatite crônica, caracterizada pela persistência do antígeno VHB-AgHbs por mais de 6 meses. As formas mais tardias da doença podem evoluir para cirrose hepática e hepatocarcinoma (Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

A via perinatal é a principal via de transmissão para os recém-nascidos e apresenta uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. Além de

trazer consequências como baixo peso ao nascimento, prematuridade e morte fetal ou perinatal. Para os recém-nascidos de mães portadoras do HBV com HBsAg + e HBeAg + apresentam de 70% a 100% de risco de contração da infecção. Enquanto mães portadoras de HBsAg + e HBeAg – apresentam de 5% a 30% de chance de transmissão para o bebê. Portanto a imunoprofilaxia adequada no momento do parto é fundamental (Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

Os recém-nascidos de mulheres com HBV (HBsAg reagente) devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a primeira dose do esquema vacinal para HBV. As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses. A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs e HBsAg entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B. A vacina idealmente deve ser concedida nas primeiras 24 horas após o parto. Desse modo, a identificação das gestantes com Hepatite B crônica é essencial para a instauração das medidas de prevenção da transmissão vertical, bem como o fornecimento de vacina hepatite B e IGHAHB à criança exposta, além da oferta de profilaxia antiviral para as gestantes (Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

Em relação à segurança da medicação para a gestante, como existem relatos de acidose láctica e esteatose hepática em mulheres que utilizaram TDF (tenofovir) como profilaxia perinatal, é essencial monitorar as enzimas hepáticas durante o tratamento e também avaliar mensalmente as enzimas hepáticas após a suspensão da medicação nos primeiros seis meses pós-parto (Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Hepatite B. Brasília, DF, 26 abr. 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hepatites-virais/hepatite-b>. Acesso em: 19 maio 2025.

FERREIRA, Marcelo Simão. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, p. 389-400, 2000.

Disponível em: SciELO Brasil - Diagnóstico e tratamento da hepatite B
Diagnóstico e tratamento da hepatite B. Acesso em: 19 maio 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**. Hepatite B e Gestação. Rio de Janeiro, 2 jul. 2021. 34 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/hepatitebgestacao.pdf>. Acesso em: 19 maio 2025.

LÚPUS CUTÂNEO EM PACIENTE JOVEM COM EXAMES INICIAIS NORMAIS: A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM CLÍNICA E HISTOLÓGICA

Cecília Cristina Machado Borges¹

Fábio Vecchini Martins²

Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves³

Giovanna Rocha Lenza⁴

Maria Anthônia Gundim Lemos⁵

Maria Laura Momenté Castanheira Belchior⁶

Lynea Glasyele Honorato Pereira⁷

Vitória Harumi Rodrigues Takahashi Monteiro⁸

Queixa Principal (QP): “Perda de cabelos e de partes das sobrancelhas, há 6 mês”.

HMA: História da moléstia atual

Paciente do sexo feminino, 31 anos, apresenta há cerca de 6 meses lesões eritematosas em região malar bilateral e dorso nasal, com início após exposição solar prolongada. Relata que, inicialmente, a hiperemia era discreta, com

1 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: cecilia.borges@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmico: E-mail: fabio.martins@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: gabrielle.goncalves@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: giovanna.lenza@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.gundim@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.belchior@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico preceptor. E-mail: lynea.pereira@faculdezarns.com.br

8 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico residente: E-mail: vitoriaharumimed@gmail.com

ardência local e sem prurido, evoluindo para exantema mais intenso, simétrico e persistente, poupando os sulcos nasolabiais. As crises tornaram-se recorrentes, desencadeadas por exposição solar ou estresse.

Em torno de um mês após o início do quadro facial, surgiram áreas descamativas no couro cabeludo, inicialmente nas regiões parietal e frontoparietal, associadas a leve prurido. Evoluíram para placas eritematosas bem delimitadas, com escamas espessas aderidas aos folículos (plugging folicular), seguidas de rarefação capilar e alopecia nas áreas afetadas. Nos últimos dois meses, as lesões faciais apresentaram hiperpigmentação residual entre os episódios, mantendo padrão recidivante. No couro cabeludo, observou-se alopecia cicatricial em áreas previamente afetadas, com placas atróficas e destruição folicular.

Encaminhada ao dermatologista, foram solicitados exames para investigação de lúpus (FAN, anti-DNA nativo, anti-Sm, C3/C4, entre outros), todos com resultados negativos, não confirmando, até então, lúpus sistêmicos. Diante da forte suspeita clínica de lúpus cutâneo discóide, principalmente pelas lesões no couro cabeludo, optou-se por biópsia da pele local, o qual confirmou lúpus, mesmo na ausência de biomarcadores positivos.

Figura 1: lesões eritematosas em região malar bilateral e áreas de alopecia



Fonte: acervo autores

APF: Antecedentes Pessoais Fisiológicos

Menarca aos 12 anos, G2/PN2/A0.

APP: Antecedentes Pessoais Patológicos

Transtorno de Ansiedade Generalizada, em uso de Fluoxetina 20mg, VO, uma vez ao dia. Nega alergias.

HF: História familiar

Nega doenças familiares conhecidas.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Sintomas gerais: nega febre, calafrio, sintomas gripais, astenia, fadiga e vertigem.

Orofaringe: nega dor, inflamações, disfagia, odinofagia e demais sintomas.

AR: nega dor torácica, tosse, hemoptise, dispneia, sudorese noturna.

ACV: nega dor precordial, palpitações, lipotímia, síncope, hipertensão descontrolada. Refere discreto edema de MMII.

Nega queixas gastrointestinais, gênito-urinárias, endocrinológicas e neurológicas.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Nega etilismo e tabagismo. Refere alimentação balanceada, com adequada ingestão hídrica e hábito intestinal fisiológico.

É alfabetizada, cabeleireira e reside com marido e duas filhas em casa com saneamento básico e energia elétrica. Condição econômica regular.

EF: Exame físico

BEG, LOTE, hidratada, corada, anictérica, acianótica, afebril, fáceis atípica, eupneica.

PF: Pele e Fâneros

Lesão eritematosa em região malar bilateral, envolvendo bochechas e dorso nasal, com contornos bem definidos, simétrica, em forma de asa de borboleta, poupando os sulcos nasolabiais. A pele apresenta coloração rósea-avermelhada, sem exsudato ou crostas, com discreta descamação superficial. Em região parietal e frontoparietal, notam-se placas eritematosas bem delimitadas, com escamas espessas e aderentes, presença de plugues foliculares visíveis e áreas de atrofia central. Em tais regiões há alopecia cicatricial evidente, com ausência de unidades foliculares e brilho dérmico.

AR: Aparelho respiratório

Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios.

ACV: Aparelho cardiovascular

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, cliques e estalidos.

AGI: Aparelho gastrointestinal

Abdome plano, flácido, sem cicatrizes, abaulamentos ou retrações, com ruídos hidroaéreos fisiológicos. Macicez em loja hepática e timpanismo em demais quadrantes. Abdome livre, indolor, sem massas e vísceromegalias palpáveis.

AGU: Aparelho genitourinário

Nega queixas urinárias e genitais ativas. Sem dor em flancos ou região suprapúbica.

AN: Aparelho neurológico

Tônus e reflexos normorreativos. Sem déficits motores ou sensitivos focais.

AL: Aparelho locomotor

Marcha normal, sem dificuldade de deambulação ou qualquer limitação de movimentos.

EC: Exames complementares

Não realizados por ausência de critérios, com conduta essencialmente clínica.

HD: Hipótese diagnóstica

Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico.

DD: Diagnósticos diferenciais

Líquen Plano Pilar; Dermatite Seborreica; Psoríase Vulgar; Rosácea.

CD: Conduta

A paciente foi encaminhada para acompanhamento conjunto com reumatologia, visando monitorar possível evolução sistêmica e definir necessidade de imunossupressão. O plano terapêutico inicial incluiu:

1. Fotoproteção rigorosa (FPS 50+);
2. Corticoide tópico de média potência nas lesões;
3. Hidroxicloroquina 400 mg/dia, prescrita após avaliação oftalmológica.

Recebeu orientações sobre a possível progressão da doença e a importância do seguimento regular. Até o momento, apresenta melhora parcial das lesões ativas e estabilização das áreas cicatriciais, sem sinais de envolvimento sistêmico.

DISCUSSÃO

O lúpus eritematoso cutâneo crônico (LECC), na forma discóide, é uma condição autoimune que acomete principalmente mulheres entre a terceira e quarta décadas, com lesões em áreas fotoexpostas, como face e couro cabeludo. Essas lesões se apresentam como placas eritematosas bem delimitadas, com escamas aderentes, podendo evoluir para atrofia central e hipopigmentação residual (Dantas et al., 2020).

O acometimento do couro cabeludo pode levar à alopecia cicatricial. Em estudo com 126 pacientes, Feres (2022) observou que mais de 60% tinham lesões nessa região, e cerca de um terço evoluiu com perda folicular irreversível. Nesse contexto, os exames sorológicos como FAN, anti-DNA nativo e C3/C4 mostraram baixa sensibilidade, reforçando o papel da biópsia cutânea para confirmação diagnóstica. O histopatológico típico do LECC inclui

hiperqueratose com tamponamento folicular, atrofia epidérmica, degeneração hidrópica da camada basal, infiltrado linfocitário perianexial e perivascular e presença de mucina dérmica (Dantas et al., 2020), essencial em casos com sorologia negativa.

Quanto ao tratamento, recomenda-se fotoproteção rigorosa, corticoides tópicos e antimaláricos como hidroxicloroquina, além do acompanhamento com reumatologia devido ao risco de progressão para lúpus sistêmico (Mota et al., 2023).

REFERÊNCIAS

DANTAS, A. T. et al. Lúpus eritematoso cutâneo: aspectos clínicos e laboratoriais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, n. 1, p. 5-14, 2020. <https://www.scielo.br/j/abd/a/zLK4S5BCrWZc77f3vsDK3sM/>.

FERES, J. I. Análise comparativa de 126 pacientes com lúpus discoide: perfil clínico e imunológico dos pacientes com lesões no couro cabeludo. 2022. **Dissertação (Mestrado em Medicina)** –FMRP, 2022. <https://doi.org/10.11606/D.17.2022.tde-13072022-151102>.

MOTA, L. M. H. et al. Lúpus eritematoso cutâneo: revisão dos aspectos etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 98, n. 1, p. 1-14, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.022>.

DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Amanda Faria de Sousa¹

Geovanna Ferreira da Cunha²

Jessyka Karoliny Mendes Mendonça³

Kamila Costa de Moura⁴

Ludimila de Oliveira Prado⁵

Nayanne Cristine Oliveira⁶

Guilherme Henrique de Oliveira Martins⁷

Queixa Principal (QP): Dormência em mão esquerda

HMA: História da moléstia atual: Paciente do sexo feminino, 53 anos, comparece à Estratégia de Saúde da Família referindo quadro de dormência em membro superior esquerdo, restrita à mão, associada a edema, com início há aproximadamente 5 dias. Refere que os sintomas tiveram início súbito, porém com evolução gradativa, acompanhados de dor de intensidade moderada a forte, que limita a capacidade de segurar objetos e realizar atividades do cotidiano. Nega irradiação da dor para outras regiões, como braço e antebraço. Relata que, inicialmente, associou os sintomas à compressão do membro durante o sono — semelhante à dormência que ocorre quando se permanece muito tempo deitado sobre o braço, levando à sensação de parestesia e dor. No entanto, essa hipótese foi descartada pela própria paciente, uma vez que percebeu que a dor e os demais sintomas persistiam ao longo do dia, com evolução contínua. Nega febre, nega comorbidades conhecidas e nega uso de medicações diárias.

1 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: amandafaria.sousa14@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: gegeferreiracunha.gf@gmail.com

3 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: jessyka.mendonca@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: kamilacmoura@hotmail.com

5 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: ludimilaoprado@gmail.com

6 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: cristinenayanne@gmail.com

7 Preceptor da Faculdade UniAtenas Paracatu. E-mail: guilhermeciclista.martins@outlook.com.br

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos: Nega

APP: Antecedentes pessoais patológicos: Asma

HF: História familiar: Mãe é cardiopata (valvulopatia), pai faleceu com hidatidose, irmão sofreu AVC.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas: Nega febre, nega vômito, nega queixas urinárias, nega cefaleia, nega sintomas gripais, nos últimos 30 dias.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica: Sedentária, alimentação balanceada, boa ingestão hídrica, tabagista (1 maço/semana), etilista social. Trabalha como secretária administrativa de empresa.

EF: Exame físico

AR: Aparelho respiratório: MVF sem ruídos adventícios. SpO2 96%, FR: 27 rpm.

ACV: Aparelho cardiovascular: BRNF 2T sem sopros. FC: 110 bpm.

AGI: Aparelho gastrointestinal: abdome flácido, sem dor à palpação superficial e profunda, cicatriz umbilical bem implantada, cicatriz compatível com cesariana, sem demais alterações.

AGU: Aparelho genitourinário: nega disuria, alega início de quadros de amenorreia, devido aproximação de menopausa, mas sem fogacho ou sintomas associados.

AN: Aparelho neurológico: Consciente, orientada em tempo e espaço, responsiva, colaborativa.

AL: Aparelho locomotor: deambulação normal, sem desequilíbrios ou movimentos anormais, reflexos presentes e simétricos bilateralmente, sem dor ou sensibilidade anormal, força preservada.

MS: Membros superiores: normalidade na inspeção em pele, músculos e articulações. Mediante palpação de mão esquerda: temperatura elevada, presença de dor, sem nódulos, sem crepitações. Amplitude alterada em mão esquerda: dor à rotação, extensão e flexão, sendo essa, percebida mediante realização ativa (movimentos realizados pelo paciente) e passiva (movimentos realizados pelo examinador).

EC: Exames complementares:

Hemograma: hemoglobina: 14,1 g/dl, Hematócrito: 40,1%, Leucócitos: 10.100/m³. Plaquetas: 306 mil/mm³. Creatinina: 0,57mg/dl. Ureia: 20mg/dl. PCR: 5mg/dl. Sódio: 140mEq/L. Potássio: 4,0mEq/L. Glicemia: 54mg/dl. Ureia: 20mg/dL. Fator Reumatoide: 7 UI/ml. Ácido Úrico: 3,7mg/dL. EAS Urina: sem

alterações. Eletroneuromiografia: atraso na condução sensitiva e motora de nervo mediano, de mão esquerda

HD: Hipótese diagnóstica: síndrome do túnel do carpo

DD: Diagnósticos diferenciais: doença do neurônio motor, síndrome compartimental

CD: Conduta: Como forma adicional comprobatória, foi realizado clinicamente os testes: Phalen e Tinel. No teste de Phalen, foi flexionado de forma máxima o punho por 60 segundos, houve intensificação de dor e parestesia, teste considerado positivo. No teste de Tinel, foi feita a percussão leve no nervo mediano, e considerado positivo, após paciente informar parestesia de mão e dedos. Foram realizadas orientações detalhadas sobre a patologia, seus fatores desencadeantes e sua característica compressiva ao nervo mediano. Optou-se por um tratamento conservador com as seguintes medidas: uso de órtese para imobilização de punho, em posição neutra em período noturno; repouso relativo, com orientação para diminuição de atividades que envolvam movimentos repetitivos ou elevação de carga que demandem região de punho; uso de compressas frias em região de queixa conforme necessidade da paciente. Além disso, foi prescrita fisioterapia semanal, com foco em alongamento, imobilização neural, exercícios para fortalecimento específicos de punho e imediações. Por fim foram feitas orientações sobre sinais de alarme como piora da dor sem fator desencadeante, perda de atonia, atrofia muscular, ou demais sintomas incapacitantes, que indicariam necessidade de reavaliação imediata. Retorno agendado para acompanhamento evolutivo do quadro, em 30 dias, ou caso involução segundo sinais de alarme já mencionados, retorno imediato, sem necessidade de agendamento prévio.

DISCUSSÃO

A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é a neuropatia compressiva mais comum, resultante da compressão do nervo mediano ao nível do punho. Está frequentemente associada a fatores como traumas (quedas e fraturas), alterações hormonais — particularmente na menopausa e na gestação —, além de atividades que envolvem movimentos repetitivos do punho e da mão (ALEXANDRE L. F. et al., 2021). No caso clínico apresentado, a paciente apresenta fatores sugestivos de STC, caracterizados pela persistência de edema e parestesia na mão esquerda, na ausência de fatores traumáticos, como quedas ou fraturas. Os exames laboratoriais, incluindo fator reumatoide, ureia, ácido úrico, entre outros, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade, afastando causas inflamatórias, metabólicas ou reumatológicas

associadas. A confirmação diagnóstica foi realizada por meio do exame de eletroneuromiografia (ENMG), considerado padrão-ouro para avaliar a gravidade da compressão do nervo mediano.

Em relação ao tratamento, as condutas disponíveis apresentam respaldo científico quanto à sua eficácia, segundo a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT, 2019). Dentre elas, destacam-se a utilização de órtese para imobilização do punho, corticoterapia oral e infiltrações locais com corticoides. Até o momento, não existem controvérsias robustamente estabelecidas na literatura que indiquem superioridade inequívoca de uma abordagem sobre a outra, sendo a escolha terapêutica fundamentada na gravidade do quadro, nas preferências da paciente e na disponibilidade dos recursos na unidade de saúde e em seus serviços de referência.

O principal objetivo do tratamento é a redução da compressão e da inflamação do nervo mediano, proporcionando alívio dos sintomas, melhora funcional e prevenção de sequelas, como atrofia muscular e perda de força.

A paciente, vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), conta com acesso aos recursos terapêuticos necessários, seja na própria unidade ou na rede de serviços especializados de referência, favorecendo, assim, um prognóstico positivo e uma abordagem integral do seu quadro.

REFERÊNCIAS

CHAMMAS, M. et al. Síndrome do túnel do carpo – Parte I (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico). **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 5, p. 429–436, set. 2014.

CHAMMAS, M. et al. Síndrome do túnel do carpo – Parte II (tratamento). **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 5, p. 437–445, set. 2014.

CONSENSOS BRASILEIROS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

[s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Consensos.pdf>>. SBOT (2019). Consensos Brasileiros de Ortopedia e Traumatologia. São Paulo: SBOT.

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL

Yasmim Lima Prado¹

Ana Elisa Nunes da Rocha Dias²

Máira Paula Freitas Guerra³

Otávio Augusto Moraes Ferreira⁴

Priscila Agostinha Neves de Souza⁵

Raíssa Rodrigues de Menezes⁶

Rogério Cardoso Guimarães⁷

QP: “dor no peito, cansaço e falta de ar, há 1 hora”

HMA: Paciente do sexo masculino, 75 anos, branco, casado, aposentado. Admitido no Pronto Socorro, queixando-se de mal-estar súbito, acompanhado de fadiga, dispneia aos esforços, iniciados há cerca de 1 hora. Refere também leve desconforto precordial, sem irradiação, fatores desencadeantes ou de alívio identificados. Durante a avaliação, apresenta-se consciente, orientado e verbalizando adequadamente, normotenso e foi identificado ritmo cardíaco muito lento, compatível com bradiarritmia grave. Nega uso de medicamentos para os sintomas atuais, assim como tabagismo ou etilismo. Faz uso regular de Losartana e Hidroclorotiazida para controle da hipertensão arterial.

APP: Apresenta Hipertensão arterial sistêmica (HAS) em tratamento com Losartana (1-0-1) e Hidroclorotiazida (1-0-0), nega outras comorbidades.

1 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: yasmim.prado@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: ana.rdias@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: maira.guerra@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: otavio.ferreira@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: priscila.souza@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: raissa.menezes@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Médico Clínico Geral e Preceptor do Curso de Medicina – E-mail: rogercardoso402@gmail.com

EF: paciente em regular estado geral, corado, anictérico, afebril.

Neurológico: consciente, orientado no tempo e espaço, Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.

Pele e mucosas: normocoradas, sem cianose ou sinais de hipoperfusão periférica.

Sinais vitais:

- PA: 130/70 mmHg
- FC: 28 bpm
- FR: 20 irpm
- Saturação de O₂: 98% em ar ambiente.

Aparelho cardiovascular:

- Bulhas normofonéticas, com ritmo bradicárdico e regular;
- Sem sopros audíveis;
- Pulsos periféricos palpáveis, porém, de amplitude diminuída.

Aparelho respiratório:

- Murmúrio vesicular presente e simétrico em ambos os campos pulmonares;
- Sem ruídos adventícios.

Abdome: globoso, flácido, RHA+, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias.

Extremidades: temperatura distal discretamente fria, pulsos presentes e simétricos, porém diminuídos, ausência de edemas, sem alterações de pele, perfusão periférica levemente diminuída (TEC 3 segundos).

EC:

- ECG: apresentando dissociação atrioventricular evidente, complexos QRS alargados, bradicardia grave (FC: 28 bpm), bloqueio atrioventricular total (3º grau).
- TC de tórax: área cardíaca no limite superior da normalidade e calcificações vasculares.
- Glicemia: 89 mg/dL
- Colesterol total: 300 mg/dL
- Ureia: 46 mg/dL
- Creatitina: 1,31 mg/dL
- Sódio: 145 mEq/L
- Potássio: 4,3 mEq/L
- Lactato: 22,9 mmol/L
- CK-MB: 12 U/L
- Troponina: negativa

HD: Bloqueio atrioventricular total

DD: Infarto agudo do miocárdio (IAM inferior) com BAVT, hipercalemia grave, doença de Lev ou Lenègre, miocardite.

CD: Paciente transferido para Semi-UTI para monitorização contínua e suporte avançado de vida. Foi acionado o sistema de regulação para transferência prioritária a centro com capacidade para implante de marcapasso definitivo. Realizado acesso central em subclávia direita sob técnica asséptica para administração de adrenalina em BIC 8 ml/H e, desta maneira corrigir a frequência cardíaca, aumentando o débito cardíaco e sustentando a perfusão tecidual.

DISCUSSÃO

O bloqueio atrioventricular total (BAVT) é uma arritmia cardíaca marcada pela interrupção completa da condução elétrica entre átrios e ventrículos, resultando na dissociação atrioventricular e ao surgimento de um ritmo de escape ventricular lento e instável do ponto de vista hemodinâmico (Sampaio; Calandrin, 2018). O paciente em questão apresentou sintomas típicos dessa condição: mal-estar súbito, fadiga, dispneia e desconforto precordial, associados a uma bradicardia importante (28 bpm). O eletrocardiograma confirmou o diagnóstico, evidenciando dissociação atrioventricular com QRS alargado, característico de um ritmo de escape ventricular distal.

A presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na história do paciente é um achado relevante, uma vez que essa condição está fortemente associada ao aumento do risco de doença arterial coronariana (DAC), a qual pode comprometer o sistema de condução cardíaco e evoluir para bloqueio atrioventricular total (BAVT) — uma de suas complicações mais graves, conforme apontado por Sampaio e Calandrin (2018).

Somando-se a isso, a dislipidemia, evidenciada por níveis elevados de colesterol, reforça o risco cardiovascular global. Embora os marcadores de necrose miocárdica tenham permanecido negativos, não se pode excluir totalmente a possibilidade de um infarto agudo do miocárdio (IAM) silencioso, especialmente diante da idade avançada do paciente e da ausência de dor torácica típica — um cenário não raro em idosos (SBC, 2021).

Outro ponto importante é a interação entre bradicardia e elevação da pressão arterial. Myrmel *et al.* (2022) explicam que a bradicardia pode levar a um aumento do enchimento ventricular esquerdo, elevando a pressão arterial sistólica. Essa distensão ventricular ainda pode ativar fibras simpáticas, o que contribui para intensificar a resposta hipertensiva.

A confirmação rápida do diagnóstico por eletrocardiograma foi fundamental para a identificação rápida do BAVT, permitindo a adoção imediata de medidas de suporte hemodinâmico e transferência oportuna do paciente para um centro especializado, onde foi indicado o implante de marcapasso definitivo. Como reforça Mitchell (2024), esse é um dos tratamentos de escolha, pois permite restabelecer a condução elétrica adequada e melhora tanto os sintomas quanto o prognóstico do paciente.

Vale lembrar que, se não tratado, o BAVT pode ter um desfecho muito grave, com risco elevado de morte súbita e complicações arrítmicas. No entanto, com um diagnóstico rápido, suporte clínico adequado e intervenção definitiva, é possível alcançar um bom desfecho clínico (Myrmel *et al.*, 2022).

REFERÊNCIAS

MITCHELL, L. B. Bloqueio atrioventricular. **Manual MSD**, 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/arritmias-card%C3%ADacas-espec%C3%ADficas/bloqueio-atrivoentricular>. Acesso em: 3 jun. 2025.

MYRMEL, G. M. S. *et al.* An Unexpected Cause of Severe Hypertension and Bradycardia: The Role of Hemodynamic Assessment by Echocardiography. **Pulse** (Basel, Switzerland) vol. 10, 1-4 46-51, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9843644/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SAMPAIO, R.A.; CALANDRIN, U. Bloqueio atrioventricular total associado à suboclusão de coronária direita: relato de caso. **Archives Health Investigation**, [S. l.], v. 7, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ARCHI/article/view/4089>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-prevencao-cardiovascular-da-sociedadebrasileira-de-cardiologia-2019/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

ESCABIOSE

DOENÇA CONTAGIOSA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

Mina Christiane Grande Caetano¹

Elisia de Souza Carvalho²

Fernando Vinícius de Amorim³

Gabriela Andreza Matana⁴

João Manoel Silva Sampaio⁵

Rafael Ferreira Coelho⁶

Rafaela Dias Fichi Santana⁷

Queixa Principal (Q.P): “Lesões bolhosas que coçam muito há 30 dias”.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente lactente sete meses, feminina, trazido pela mãe para consulta devida lesões pustulosas com prurido intenso há 30 dias, que pioram a noite, nega febre.

1 Acadêmica de Medicina, Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. mina.grande@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina, Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. elisia.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

3 Acadêmico de Medicina, Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. fernando.amorim@aluno.faculdezarns.com.br

4 Acadêmica de Medicina, Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. gabriela.matana@aluno.faculdezarns.com.br

5 Acadêmico de Medicina, Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. joao.sampaio@aluno.faculdezarns.com.br

6 Acadêmico de Medicina da Faculdade ZARNS - Itumbiara – GO. rafael.coelho@aluno.faculdezarns.com.br

7 Médica preceptora do curso de Medicina da faculdade ZARNS de Itumbiara – GO.

Figura 1: Lesões de pele.

Fonte: Acervo dos autores (2025).

História Patológica Progressiva (HPP): Lactente nasceu de parto normal, de 38 semanas a termo sem intercorrências, gestação sem intercorrências, recebeu todas as vacinas do calendário da criança, é acompanhada regularmente pelo pediatra na unidade de saúde da família. Atualmente frequenta creche de período integral, mãe observou que aproximadamente trinta dias iniciou com lesões pustulosas e pruriginosas generalizadas pelo corpo com ausência de febre ou outros sintomas associados, porém bebê apresenta-se muito agitado e irritado devido ao prurido.

Medicações em uso (MEU): Sulfato ferroso 1mg/kg/dia, Vitamina D 400 U/dia.

História Familiar (HF): Sem comorbidades.

Hábitos de Vida e Condições Socioeconômicas (HVCSE): Marcos do desenvolvimento adequado para idade compreende o não, emite palavras e sílabas simples, sorri e dá tchau, senta sem apoio, fica de pé segurando em objetos ou nas mãos de alguém, engatinha, frequenta creche em período integral, alimentação adequada para a idade.

Ectoscopia: Bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, ativa, chorosa, Glasgow 15, mucosas coradas e hidratadas, reflexos do desenvolvimento infantil adequado para a idade.

Exame Físico (EF): Cabeça e pescoço: Ausência de linfonodos palpáveis, tireoide fibroelástica.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros audíveis.

Aparelho respiratório: Expansibilidade preservada, murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios.

Aparelho gastrointestinal: Globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massas e ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes, espaço de traube livre.

Membros Superiores: Reflexos de flexão e extensão preservados, sensibilidade ao toque preservada, força e motricidade preservada, ausência de edemas, perfusão capilar <2 segundos.

Membros inferiores e Vasculares: Ausência de edemas e varizes, panturrilha livre, indolor, perfusão capilar preservada menor que dois segundos.

Aparelho geniturinário: Sem anormalidades.

Dermatológico: Pele de textura lisa e hidratada, cor sem alterações, com temperatura normal, elasticidade e turgor preservada, sensibilidade preservada, apresenta lesões cutâneas pustulosas com exsudato em túneis generalizadas em todo o corpo que promovem prurido intenso e escurecimento da pele, lesões multifacetadas.

Exames Complementares (EC): Hemograma e PCR/VHS (para inflamação/ infecção), cultura de lesão (raspado de pele), bacterioscopia com Gram do exsudato.

Hipótese Diagnóstica (HD): Escabiose e infecção bacteriana secundária - Impetigo.

Conduta (CD): Não medicamentosas: Mudança no estilo de vida, higiene corporal, lavagem de roupas e lençóis com água quente de todos os integrantes da casa, isolamento de objetos que não podem ser lavados em sacos plásticos por sete dias. Afastamento da creche até o final do tratamento.

Medicamentosas: 1- Permetrina 5% loção aplicar por três noites seguidas, lavar o corpo pela manhã, repetir em sete dias.

2- Cefalexina 100 mg/kg/dia via oral de 6/6 horas por 10 dias, tratar todos os contatos.

3- loratadina 10mg tomar um comprimido pela manhã por sete dias.

Reavaliação em 48 horas para monitoramento da resposta ao tratamento.

DISCUSSÃO

A escabiose é causada pelo ácaro *Sarcoptes Scabei Var. Hominis*, que mede cerca de 0,4mm, a fêmea fecundada penetra na camada córnea da pele, cavando túneis onde deposita ovos que eclodem em três a cinco dias (Gusso et al., 2019).

Contudo, a escabiose é uma doença universal, afetando todos do grupo étnicos e sociais, mas é mais prevalente entre indivíduos de baixa renda que vivem em aglomerados, sendo que a transmissão ocorre por contato interpessoal e em menor escala por fômites, roupas e objetos contaminados (Gusso et al., 2019).

Em relação aos principais sintomas são pruridos intensos, especialmente à noite, e lesões cutâneas como pápulas eritematosas com características de túneis escabióticos. A forma crostosa pode ocorrer em indivíduos imunossuprimidos, levando a lesões mais extensas e complicações (Gusso et al., 2019).

Portanto, o diagnóstico é majoritariamente clínico, baseado na observação dos sintomas e lesões. Exames laboratoriais, como raspado de pele, podem ser usados para confirmar a presença do ácaro, medidas preventivas devem ser associadas ao tratamento medicamentoso, é importante que todos os membros do núcleo familiar sejam simultaneamente tratados para evitar reinfeção (Gusso et al., 2019).

Sendo assim, é importante que o controle do ambiente e a educação em saúde estejam no planejamento das ações das equipes multidisciplinares, pois são fundamentais para evitar surtos em comunidades vulneráveis (Gusso et al., 2019).

REFERÊNCIA

GUSSO, Gustavo *et al.* Tratado de Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, Gustavo. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2ª. ed. SBMFC: Artmed, 2019. v. 2, cap. 2ª edição, p. 1-7106. ISBN 978-85-8271-536-9.

CASO CLÍNICO INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

Aislan Silva Faria¹

Alessandra de Souza Castilho²

Daniel de Paula Portilho³

Keite Machado Borges⁴

Luiz Geraldo de Sousa Vargas Neto⁵

Mariana de Oliveira Silveira⁶

Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa⁷

Queixa Principal (QP): Febre e dor de garganta há dois dias

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente do sexo masculino, 8 anos, previamente hígido, foi levado ao pronto atendimento com febre de 38,5°C, dor de garganta e obstrução nasal há dois dias. A mãe relata que o paciente também apresenta tosse seca e leve cefaleia, sem vômitos ou diarreia. Negado contato com indivíduos doentes recentemente.

Antecedentes Patológico Progresso (APP): Sem comorbidades prévias, sem histórico de alergias conhecidas.

Exame Físico (EF): Sinais vitais: FC 102bpm, FR 20irpm, PA 100/65mmHg, SatO₂:98%em ar ambiente, Temperatura: 38,5°C, Otoscopia: Membrana timpânica íntegra e normocorada bilateralmente, Orofaringe: Hiperemia difusa, amígdalas levemente hipertrofiadas sem exsudato, presença de adenopatia cervical dolorosa.AR: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos

1 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. aislan.faria@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. alessandra.castilho@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. daniel.portilho@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. keite.borges@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. luiz.neto@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. mariana.osilveira@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara-GO. rafaela23amorim@gmail.com

adventícios. AGI: Abdome flácido, sem visceromegaliasAR: MVE, sem ruídos adventícios; ACV: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas (B1 e B2 presentes, sem sopros), ausência turgência jugular, indicando que o paciente não apresenta sinais de insuficiência cardíaca congestiva no momento. AGI: Abdome flácido, inocente, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor à palpação.

Exames Complementares (EC): Foram solicitados os seguintes exames laboratoriais para auxiliar no diagnóstico: Hemograma: Leucócitos 9.500/mm³ (com predomínio de linfócitos), hemoglobina 12,5 g/dl, plaquetas 320.000/mm³. Proteína C Reativa (PCR): 8 mg/ Teste rápido para Streptococcus do grupo A: Negativo.

Diagnósticos Diferenciais (DD): Entre os diagnósticos diferenciais estão: faringite estreptocócica, sinusite bacteriana, mononucleose infecciosa e rinossinusite viral prolongada.

Conduta (CD): O manejo incluiu tratamento sintomático com analgésico e antitérmico (dipirona 500 mg a cada 6 horas se febre ou dor), hidratação adequada e lavagem nasal com solução salina. O paciente foi orientado a manter repouso e retornar em caso de piora dos sintomas, aparecimento de exsudato amigdaliano, febre persistente por mais de 72 horas ou sinais de complicação, como otalgia intensa ou dispneia.

DISCUSSÃO

As Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS) representam uma das causas mais frequentes de consultas pediátricas, afetando crianças de diversas faixas etárias. Essas infecções são predominantemente de origem viral, com agentes como rinovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório (VSR) e influenza sendo os mais comuns (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2020).

O diagnóstico clínico é fundamental na identificação das IVAS, permitindo diferenciar entre etiologias virais e bacterianas. A realização de testes rápidos, como o teste para estreptococos, auxilia na detecção de infecções bacterianas específicas, contribuindo para um tratamento mais direcionado. Além disso, a presença de linfócitos no hemograma e a ausência de exsudato amigdaliano reforçam a suspeita de uma etiologia viral (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2005).

O manejo das IVAS é predominantemente sintomático, visando o alívio dos sintomas e o suporte ao sistema imunológico da criança. Antibióticos são reservados para casos com forte suspeita ou confirmação de infecção bacteriana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021). Medidas como repouso, hidratação adequada e uso de antipiréticos e analgésicos são recomendadas para o conforto da criança (BRASIL, 2019).

O acompanhamento atento é essencial para a detecção precoce de possíveis complicações, como otite média aguda e sinusite bacteriana secundária. Sinais de alerta incluem persistência ou agravamento dos sintomas, febre prolongada e dificuldade respiratória. Nessas situações, uma reavaliação médica é crucial para ajustar o tratamento e, se necessário, introduzir terapias antibióticas específicas (FISCHER; MAROSTICA, 2005).

Em suma, as IVAS são condições comuns na infância que, na maioria dos casos, evoluem favoravelmente com tratamento sintomático e medidas de suporte. A diferenciação entre causas virais e bacterianas é vital para a administração adequada de antibióticos, contribuindo para a eficácia do tratamento e a prevenção do desenvolvimento de resistência bacteriana.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de tratamento de infecções respiratórias agudas em pediatria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
2. CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; ALMEIDA, I. S. **Infecções das vias aéreas superiores em crianças**: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, n. 2, p. 207-214, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi>. Acesso em: 21 fev. 2025.
3. FISCHER, G. B.; MAROSTICA, P. J. C. **Infecções das vias aéreas superiores em crianças**. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 79-89, 2005. Disponível em: <https://www.jped.com.br/>. Acesso em: 21 fev. 2025.
4. MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manejo das infecções das vias aéreas superiores em pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 21 fev. 2025.

DIAGNÓSTICO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA PEDIÁTRICA NO PRONTO SOCORRO

Amanda Faria de Sousa¹

Geovanna Cunha²

Jessyka Karoliny Mendes Mendonça³

Kamila Costa de Moura⁴

Ludimila de Oliveira Prado⁵

Nayanne Cristine Oliveira⁶

Rodrigo Aparecido Silva⁷

Queixa Principal (QP): Dor na barriga e vômito há 2 dias

HMA: História da moléstia atual: Paciente sexo feminino 10 anos, comparece ao pronto socorro com queixa de dor abdominal difusa e episódios de vômito há 2 dias. A mãe relata que a dor foi de início súbito, contínua, de intensidade moderada a forte, nega irradiação. Os episódios de vômito são frequentes e a mãe da paciente acredita que os vômitos constantes podem ter ocasionado sua perda ponderal excessiva de 4kg no último mês. Além desses sintomas, paciente também se queixa de astenia, poliúria, polidipsia há cerca de 1 mês, no momento a mesma se apresenta com desidratação e agitação. Nega febre, nega comorbidades.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos: Nega

APP: Antecedentes pessoais patológicos: Nega

HF: História familiar: Avó materna diabética, mãe hipertensa e diabética, avô paterno hipertenso e câncer colorretal

1 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: amandafaria.sousa14@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: gegeferreiracunha.gf@gmail.com

3 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: jessyka.mendonca@aluno.faculdezarns.com.br

4 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: kamilacmoura@hotmail.com

5 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: ludimilaoprado@gmail.com

6 Acadêmica do curso de Medicina Faculdade Zarns. E-mail: cristinenayanne@gmail.com

7 Professor e preceptor da Faculdade de Medicina Zarns. E-mail: ro_aparecido05@hotmail.com

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas:

Nega cefaleia nos últimos 15 dias, nega tosse, coriza, febre, nega virose nos últimos 3 meses e nega mialgia

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica: Sedentária, consumo excessivo de alimentos industrializados, moderada ingestão hídrica. Dependente dos pais

EF: Exame físico

AR: Aparelho respiratório: MVF ausência de ruídos adventícios, paciente cursa com respiração lenta e profunda. SpO2 98%, FR: 28 rpm

ACV: Aparelho cardiovascular: BRNF 2T sem sopros. FC: 135 bpm

AGI: Aparelho gastrointestinal: abdome flácido, dor difusa a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite e Blumberg negativo

AGU: Aparelho genitourinário: polaciúria, nega disúria

AN: Aparelho neurológico: Consciente, orientada em tempo e espaço, responsiva

AL: Aparelho locomotor: marcha normal, sem desequilíbrios ou movimentos anormais, reflexos presentes e simétricos bilateralmente, sem dor ou sensibilidade anormal, força preservada. Peso: 30kg

EC: Exames complementares: Hemograma: hemoglobina-12 g/dl, Hematócrito-40%, Leucócitos-18mil com Bastonetes há 5%; Creatinina: 0,7mg/dl; Ureia: 30mg/dl; PCR: 20mg/dl; Sódio: 140mEq/L, Potássio: 4,0mEq/L; Gasometria Arterial: PH-7,2 (VR: 7,35 – 7,45); PaO2: 99mmHg (VR: 80 – 100); PaCO2: 32mmHg (VR: 35 – 45); HCO3: 12mEq/L (VR: 22 – 26); BE: - 4 (VR: -3 a +3); Lactato: 27mg/d (VR: 4 – 14); Glicemia capilar: 280mg/dl; EAS Urina: cetonúria 3+/4+

HD: Hipótese diagnóstica: cetoacidose diabética

DD: Diagnósticos diferenciais: estado hiper osmolar hiperglicêmico, abdômen agudo, sepse, intoxicação.

CD: Conduta: Foi solicitada a internação, monitorização multiparamétrica (MOV), oxigenoterapia suplementar por cateter nasal a 2 litros/min, e acesso venoso periférico. Iniciou-se a infusão de soro fisiológico 0,9%, na dose de 20 ml/kg na primeira hora. Considerando que a paciente pesa 30 kg, o volume a ser infundido na primeira hora é de 600 ml, com o objetivo de promover hidratação e expansão volêmica, visando restabelecer a

perfusão periférica. Em seguida, foi realizada a avaliação dos níveis de potássio antes da insulinização.

A escolha da soroterapia de manutenção dependerá do valor do sódio corrigido, que neste caso foi de 142,8 mEq/L. Portanto, foi iniciada a infusão de NaCl 0,45%, na dose de 10 ml/kg/hora, totalizando 300 ml/hora em terapia de manutenção volêmica. A administração de insulina regular e a reposição de potássio endovenoso serão feitas caso haja indicação. Neste caso, ambas as reposições são necessárias, visto que o potássio se encontra em 4,0 mEq/L. A insulina regular será administrada por via endovenosa, por meio de bomba de infusão, na dose de 0,1 UI/kg/hora, o que corresponde a 3 UI/hora. Espera-se que a concentração de glicose sérica diminua aproximadamente 50 a 70 mg/dL/hora. Se a meta desejada for atingida, a infusão será mantida. Caso a glicemia reduza mais de 70 mg/dL, a infusão será interrompida por 30 minutos, reiniciando com metade da dose anterior. Após a estabilização da glicemia e a evolução do tratamento, atingindo valores entre 200 e 250 mg/dL na cetoacidose diabética, a dose de insulina regular será ajustada para 0,02 a 0,05 UI/kg/hora, associada à infusão contínua de soro glicosado a 5%. A infusão de potássio visa manter os níveis entre $> 3,3$ e $< 5,2$ mEq/L. A reposição será iniciada com uma dose de 10 a 30 mEq/L de cloreto de potássio (KCl 19,1%). Cada ampola de potássio contém 2,56 mEq/ml e tem volume de 10 ml, ou seja, cada ampola completa contém 25,6 mEq. No caso da paciente em questão, a dose inicial será de 20 mEq/L/hora, o que corresponderá à administração de 8 ml da solução de cloreto de potássio, já que o nível de potássio da paciente no início da infusão é de 4,0 mEq/L. A paciente continuará sendo monitorada, com exames laboratoriais e controle hemodinâmico, visando a estabilização clínica. Consideramos como critérios de resolução o controle do fator precipitante, associado à melhora dos parâmetros metabólicos: glicemia < 200 mg/dL, pH $> 7,30$, bicarbonato > 18 mEq/L e ânion gap < 12 mEq/L. Assim que a paciente estiver estável do ponto de vista clínico e laboratorial e capaz de se alimentar, iniciará a insulinoterapia com análogos de insulina de ação prolongada e insulina regular ou análogos de ação rápida antes das refeições, conforme prescrição do endocrinologista ou do médico responsável pelo seguimento do caso.

DISCUSSÃO

Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença crônica autoimune caracterizada pela destruição das células beta do pâncreas. Esse processo ocorre devido à invasão das ilhotas de Langerhans por linfócitos T citotóxicos (CD8+), que destroem seletivamente as células beta, preservando as demais. Como consequência, a ausência de insulina resulta em hiperglicemia, pois o organismo não consegue regular adequadamente os níveis de glicose no sangue. A patogênese da DM1 envolve fatores genéticos e ambientais. Eventos como puberdade, infecções recorrentes e situações estressantes — que promovem resistência à insulina — podem desencadear o início abrupto dos sintomas.

No caso clínico analisado, exames laboratoriais confirmaram um quadro típico de Diabetes Mellitus Tipo 1 não previamente diagnosticado. De acordo com o Tratado de Pediatria,

[...] o diagnóstico baseia-se frequentemente na suspeita clínica, que será confirmada por exame bioquímico. A sintomatologia clássica é poliúria com nictúria frequente, polidipsia, perda de peso em um intervalo curto de tempo e desidratação se a ingestão hídrica estiver comprometida. Outros dados de anamnese úteis ao diagnóstico são a presença de turvamento de visão, letargia, exposição a drogas hiperglicemiantes, antecedente familiar de diabetes e outras endocrinopatias associadas. (Lucena, 2007, p.02) as complicações, alterações, prevalência e outros aspectos sobre o diabetes mellitus. O diabetes é uma doença crônica provocada pela deficiência de produção e/ou secreção de insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características. Seu distúrbio envolve o metabolismo de glicose das gorduras, e das proteínas e tem consequência tanto quando surge rapidamente como quando se instala lentamente.”, "author": [{"dropping-particle": "", "family": "Lucena", "given": "Joana Bezerra Da Silva", "non-dropping-particle": "", "parse-names": false, "suffix": ""}], "container-title": "Diabetes Mellitus Tipo 1 E Tipo 2", "id": "ITEM-1", "issued": {"date-parts": [{"2007"}]}, "page": "0-74", "title": "Diabetes Mellitus Tipo 1 E Tipo 2", "type": "article-journal", "volume": "1", "uris": [{"http://www.mendeley.com/documents/?uuid=823bde15-6c42-4706-99c5-ee911ca70a67"}]}, "mendeley": {"formattedCitation": "(LUCENA, 2007).

Os critérios laboratoriais para o diagnóstico da DM1 incluem: hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$, glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, glicemia ≥ 200 mg/dL após 2h do TOTG-75, glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL acompanhada de sintomas de hiperglicemia. Exceto pelo último critério, os demais necessitam de confirmação por uma segunda dosagem na ausência de hiperglicemia inequívoca.

A paciente descrita no caso clínico relatou astenia, poliúria, polidipsia e perda de peso. Os exames laboratoriais indicaram hiperglicemia de 280 mg/dL, levando ao diagnóstico de DM1. Além dos sintomas clássicos do DM1, a paciente

apresentou dor abdominal, vômitos, hiperpneia (FR: 28 irpm), desidratação, agitação, acidose metabólica (pH 7,2) e cetonúria (3+/4+). Esse quadro clínico é compatível com Cetoacidose Diabética (CAD), uma complicação aguda frequentemente associada ao DM1. Segundo a Diretriz Brasileira de 2022, a CAD é definida pela presença de hiperglicemia, acidose metabólica e cetose, com critérios diagnósticos específicos (SANTOMAURO et al., 2023). De acordo com as diretrizes, o tratamento da Cetoacidose Diabética consiste em: reposição de volume e eletrólitos e insulinoterapia, a conduta detalhada para a paciente foi estabelecida conforme os protocolos recomendados.

REFERÊNCIAS

ATUALIZAÇÃO, C. DE. DIABETES MELLITUS EM PEDIATRIA : Intervenções no Pronto Socorro. n. Modulo 5, [s.d.].

LUCENA, J. B. D. S. Diabetes Mellitus Tipo 1 E Tipo 2. **Diabetes Mellitus Tipo 1 E Tipo2**, v. 1, p. 0–74, 2007.

RS. **Manual da criança com diabetes do Instituto da Criança com Diabetes**, 2007.

SANTOMAURO, A. T. et al. Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**, p. 1–40, 2023.

OSTEOMIELOTE EM OSSO ESTERNO

Otávio Augusto Morais Ferreira¹

Ana Elisa Nunes da Rocha Dias²

Máira Paula Freitas Guerra³

Priscila Agostinha Neves de Souza⁴

Raíssa Rodrigues de Menezes⁵

Yasmim Lima Prado⁶

Aline Melo Almeida Fernandes⁷

QP: “dor no peito intensa e persistente há 5 dias”

HMA: Paciente do sexo masculino, 59 anos, casado e tabagista. Compareceu a unidade básica de saúde, relatando história de cirurgia de revascularização do miocárdio em março de 2023, desde então vem apresentando repetidamente episódios de coleções purulentas na região, dor latejante sem irradiação, apresenta rubor e calor local, nega prurido. Relata febre e outros sintomas infecciosos. Lesão: cerca de 10 cm de diâmetro, coleção purulenta, bordas irregulares.

Medicações de uso contínuo por recomendação do médico cirurgião:

- Amitriptilina 25mg – 2cp, 1x ao dia;
- Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 + 80mg – 2cp, a cada 12h;
- Pregabalina 75 mg + Ácido Lipoico 200 mg + Metilcobalamina 1 mg + Tiamina 100 mg – 1 capsula ao dia;

1 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: otavio.ferreira@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: ana.rdias@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: maira.guerra@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: priscila.souza@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: raissa.menezes@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Acadêmico de Medicina – E-mail: yasmim.prado@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade Zarns – Itumbiara, GO. Médica Clínica Geral e Docente do Curso de Medicina – E-mail: dra.alinemeloo@gmail.com

- Clonazepam 2,5 mg/ml – 15 gotas pela noite;
- Insulina Humana NPH 100 ui/ml – 45UI a cada 12h.

APP: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes Mellitus II; Angina instável; Infarto agudo do miocárdio prévio.

HF: Mãe diabética, hipertensa, com doença renal crônica, em hemodiálise há 3 anos; Pai hipertenso, portador de hipotireoidismo, cardiopata com prolapso de válvula mitral. Sem irmãos.

ISDAS: Paciente sem queixas de alteração de apetite, apresenta insônia de início, queixa de acuidade visual, em acompanhamento com oftalmologista, devido risco de retinopatia diabética. Apresenta artralguas e algia.

HVCSE: Paciente tabagista 30 maços/ano, sedentário, aposentado, com queixas frequentes de crise de ansiedade e insônia. Mora em casa de alvenaria, com energia e saneamento básico, rua asfaltada, com as condições básicas de qualidade. No momento, mora com a esposa e sua filha caçula.

- Alimentação: Normalmente faz 4 refeições diárias. Desbalanceadas em quantidade e qualidade.

Exame físico: LOTE, BEG

Temperatura axilar: 38,5° C; Pulso: 92 bpm; Saturação: 98%; Pressão arterial: 140x90 mmHg; Dextro: 250 mg/dl; Inspeção: A área do esterno apresenta sinais flogísticos (edema, calor local e leve eritema); Palpação: dor à palpação do esterno principalmente em região medial. Nos outros aparelhos, não há achados significativos.

Ausculata cardíaca: 2T BRNF

Ausculata pulmonar: MVF s/R

Aparelho gastrointestinal:

- Inspeção estática: Abdome globoso, sem abaulamentos ou retrações, hemiabdomes simétricos, cicatriz em região torácica esternal.
- Dinâmica: Sem alterações.
- Ausculta: Ruídos hidroaéreos preservados (16 RH/min). Ausculta abdominal sem sopro, presente somente pulsação.
- Percussão: Nega dor a percussão, em região de fígado e baço com som maciço, sem presença de ascite.
- Palpação: Abdome flácido, inocente, sem dor e aderências.
- Fezes: Fezes firmes, sem ressecamento, sem presença de sangue, pus ou muco. Cor amarronzada e sem odor forte.

Aparelho geniturinário: Sem hematúria, espuma, odor fétido ou presença sólida. Nega dor ou ardência ao urinar, frequência controlada (6 vezes ao dia), sem percepção de alteração no jato.

Aparelho neurológico: Perca de sensibilidade simétrica em MMII. Sensação de câimbras e dor contínua (artralgia).

Aparelho locomotor: Marcha e amplitude dos movimentos preservados. Alinhamento postural preservado. Flexão e extensão de membros em estado de preservação. Pequena dificuldade de deambulação devido artralgia aguda em MMII.

Exames complementares:

- Imagem: Radiografia de tórax em AP, apresenta lesão osteolítica na região de manúbrio, próximo a arco costal.
- Laboratorial: Anti-HIV negativo; Hemoglobina: 13 g/dL; Hematócrito: 33%; VCM: 90 fL; HCM: 27,5 pg/célula; CHCM: 33 g/dL; Plaquetas: 220mil; Leucócitos: 22.000/mm³; VHS: 48 mm/h na 1ª hora; PC-R: 200 mg/L

HD: Osteomielite em osso esterno.

DD: Artrite Séptica. Leucemia. Celulite.

CD: Antibioticoterapia por cultura

DISCUSSÃO

A osteomielite é uma infecção óssea caracterizada pela destruição progressiva do osso cortical e cavidade medular, tendo como principal etiologia as fraturas expostas ou procedimentos cirúrgicos. Se inicia pela disseminação de bactérias do meio externo (osteomielite esternal secundária) ou disseminação hematogênica de um foco de infecção (osteomielite esternal primária). Geralmente se manifesta com dor torácica intensa, febre, edema, vermelhidão, coleção purulenta e abscesso ou fistula na pele (Muner *et al.*, 2022). Segundo Muner *et al.* (2022), os mais acometidos de forma grave pela patologia no Brasil são homens, brancos com idade acima de 60 anos.

O diagnóstico diferencial inclui diversas condições que apresentam sintomas semelhantes, como tumores ósseos primários e metastáticos, artrite séptica e doenças inflamatórias. A distinção entre essas doenças é essencial para um tratamento adequado e envolve exames clínicos, laboratoriais e de imagem, como radiografia, ressonância magnética e cintilografia óssea (Momodu; Savaliya, 2023).

Outro ponto importante é a intervenção precoce, sendo fundamental para evitar progressão da doença e assim garantir um bom prognóstico na osteomielite aguda, já que um tratamento imediato costuma levar a desfechos favoráveis (Al Ani *et al.*, 2023).

O tratamento de escolha atualmente é a antibioticoterapia, que pode ser direcionada por cultura. Entretanto, Charf *et al* (2023) afirma que o uso de antibioticoterapia local associada ao cimento de polimetilmetacrilato (PMMA), apresentaram taxas mais satisfatórias de resolutividade em comparação a antibioticoterapia sistêmica, além de apresentar poucos efeitos adversos. A cicatrização é um processo individual, que dependerá do estado geral do paciente, sendo necessário avaliação contínua do estado da ferida.

Apesar da evolução geralmente benigna, fatores como *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Streptococcus pneumoniae*, artrite séptica, abscessos concomitantes, acometimento do quadril, *Kingella kingae*, idade baixa e tratamento tardio podem agravar o quadro (Façanha, 2023). A doença pode apresentar recorrência, especialmente em casos de novo trauma ou comprometimento imunológico. Em adultos, a recidiva da forma crônica pode atingir 30% em um ano e até 50% quando há *Pseudomonas aeruginosa* (Momodu; Savaliya, 2023).

REFERÊNCIAS

- AL ANI, A. *et al.* Primary sternal osteomyelitis: A case report. **International journal of surgery case reports**, vol. 110, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10457543/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- CHARF, P. Z. *et al.* Sucesso no Tratamento de Osteomielite Crônica com Terapia Antibiótica Local Associada ao Cimento Ortopédico: Uma Série de Casos. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. v 27. p 218. Novembro de 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867023004889> Acesso em: 12 mar. 2025.
- FAÇANHA, E. G. Osteomyelitis (bone infection): Case study. **International Seven Journal of Health Research**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 183–204, 2023. DOI: 10.56238/isevjhv2n2-012. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/ISJHR/article/view/1640>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- LEW, D. P.; WALDVOGEL, F. A. Osteomyelitis. **The Lancet**, 364(9431):369-379, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15276398/>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- MOMODU I.I.; SAVALIYA V. Osteomyelitis. **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532250>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MUNER, Maristela; DE MORAIS, Mayra Brolezze; DE OLIVEIRA, Laira Lucia Damasceno. Osteomielite: Revisão de Literatura. **Ensaio USF**, v. 6, n. 1, 2022. Disponível em: <https://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/244>. Acesso em: 26 fevereiro 2025.

ESQUIZOFRENIA

Ana Letícia Medeiros Lopes¹

Danielle Tariana Peres Perreira²

Gessica Alves dos Santos³

Layza Karoliny Gomes Freitas⁴

Maria Edma Barbosa⁵

Gustavo Garcia Gonçalves⁶

Queixa Principal (QP): Mãe relata que a filha, adolescente de 14 anos, está excessivamente retraída, isolada, sem amigos na escola e com episódios recentes de automutilação.

HMA: Paciente feminina, 14 anos, estudante, acompanhada pela mãe que refere mudanças significativas no comportamento da filha nos últimos 6 meses. A mãe descreve a menina como “muito retraída”, passando a maior parte do tempo sozinha no quarto, evitando contato social com amigos e familiares. Relata que a filha não tem amigos na escola e tem demonstrado desinteresse pelas atividades que antes gostava. Há algumas semanas, a mãe encontrou cortes superficiais nos braços da adolescente, que a paciente minimizou como “não é nada”. Nega uso de substâncias ilícitas. A mãe também menciona que a filha tem tido dificuldades para dormir e parece “distraída” ou “olhando para o nada” em alguns momentos, embora não consiga descrever exatamente o que seria essa distração.

APF - Antecedentes Pessoais Fisiológicos: Nascimento a termo, desenvolvimento neuropsicomotor dentro do esperado. Menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares.

1 Faculdade Zarns Itumbiara. ana.medeiros@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade Zarns Itumbiara. danielle.pereira@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade Zarns Itumbiara. gessica.santos@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade Zarns Itumbiara. layza.freitas@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade Zarns Itumbiara. maria.edma@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade Zarns Itumbiara. gustavo.g.ter@faculdadezarns.com.br

APP - Antecedentes Pessoais Patológicos: Nega doenças crônicas. Nega internações prévias. Nunca teve acompanhamento psiquiátrico ou psicológico anterior.

HF - História Familiar: Pai com histórico de depressão. Um tio paterno diagnosticado com esquizofrenia.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas:

- **Aparelho Respiratório:** Sem queixas de dispneia, tosse ou expectoração.
- **Aparelho Cardiovascular:** Sem relato de palpitações ou dor torácica.
- **Aparelho Gastrointestinal:** Nega náuseas, vômitos ou alterações no hábito intestinal. Refere diminuição do apetite nos últimos meses.
- **Aparelho Geniturinário:** sem queixas.
- **Sistema Nervoso Central:** Relata cefaleia leve ocasional. Sem alterações neurológicas evidentes.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica:

- Alimentação irregular, com tendência a pular refeições.
- Sedentária sem interesse em praticar exercícios físicos.
- Suporte familiar limitado.
- Isolamento social acentuado, não interage com os familiares ou com colegas na escola. No momento do intervalo escolar prefere se manter isolada.

EF - Exame Físico:

- **Aparelho Neurológico:** Sem déficits motores ou sensitivos.
- **Aparelho Cardiovascular:** Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular.

EP - Exame Psíquico:

I. Aparência e Comportamento Geral:

- **Aparência:** A paciente apresenta-se com idade aparente condizente com a idade cronológica. Higiene pessoal parece razoável. Veste-se de forma simples, sem extravagâncias.
- **Atitude:** Retraída e reservada. Pouco contato visual e postura fechada. Cooperação limitada inicialmente devido ao isolamento e possível desconfiança, exigindo abordagem cuidadosa e empática.
- **Nível de Consciência:** Lúcida, orientada no tempo e espaço, porém com episódios de “distração” e “olhando para o nada” referidos pela mãe, que podem indicar momentos de desatenção ou vivências alucinatórias.
- **Psicomotricidade:** Sedentária, conforme relato da mãe. Não há menção

de agitação ou retardo psicomotor evidente, mas a inatividade e o isolamento sugerem uma diminuição da iniciativa.

II. Fala e Linguagem:

- **Débito:** Reduzido, fala pouco espontânea, com respostas curtas.
- **Ritmo:** Lento.
- **Tonalidade:** Monótona, com pouca modulação afetiva.
- **Volume:** Baixo.
- **Coerência:** Sem alterações grosseiras na coerência da fala no que foi relatado, mas a “distração” pode impactar a capacidade de manter o fluxo conversacional em alguns momentos. Não há evidência de descarrilamento ou neologismos na descrição atual, mas são sintomas a serem investigados.
- **Conteúdo:** Sem alteração explícita do conteúdo da fala descrita, mas o isolamento e a falta de comunicação podem mascarar delírios ou desorganização do pensamento que não são verbalizados.

III. Humor e Afeto:

- **Humor:** A mãe refere desinteresse pelas atividades que antes gostava, sugerindo humor deprimido e anedonia.
- **Afeto:** Hipomodulado (pode parecer “achatado” ou com pouca expressão emocional), embotado (redução acentuada na gama e intensidade da expressão emocional). A ausência de amigos e o isolamento podem indicar afeto restrito.

IV. Pensamento:

- **Forma:**
 - **Curso:** Lentificado (bradipsiquismo). Não há relato direto de fuga de ideias ou aceleração do pensamento.
 - **Fluxo:** Pobreza de pensamento (poucas ideias, pouco conteúdo).
 - **Coerência:** Não há evidências de descarrilamento ou tangencialidade no relato.
- **Conteúdo:**
 - **Delírios:** Não há relatos diretos de delírios. No entanto, a descrição da mãe sobre a filha “olhando para o nada” pode levantar a suspeita de delírios persecutórios ou de referência, onde a paciente pode estar interpretando o ambiente de forma alterada.
 - **Ideias Obsessivas/Compulsivas:** Não há relato.
 - **Ideias de Suicídio/Automutilação:** Presentes, com automutilação referida pela mãe (cortes superficiais nos braços).

V. Percepção:

- **Alucinações:** Não há relato direto de alucinações (visuais, auditivas, táteis, olfativas, gustativas). No entanto, a observação da mãe de que a filha parece “distraída” ou “olhando para o nada” é um forte indício de possíveis alucinações (principalmente visuais ou auditivas, onde a paciente estaria reagindo a estímulos internos).
- **Ilusões:** Não há relato.

VI. Cognição:

- **Atenção:** Reduzida, dificuldade de concentração, o que pode justificar a “distração” relatada pela mãe.
- **Memória:** Não há queixas diretas de alteração de memória.
- **Funções Executivas:** Dificuldade em planejamento, organização e resolução de problemas, manifestada pela falta de iniciativa e desinteresse. Queda no desempenho escolar.
- **Juízo Crítico:** Prejudicado, especialmente em relação à própria condição. A minimização dos cortes nos braços sugere uma dificuldade em reconhecer a gravidade de seus próprios atos.
- **Abstração:** Pode estar prejudicada, com dificuldade em compreender conceitos abstratos ou interpretar provérbios.

VII. Sensopercepção:

- **Orientação:** Orientada no tempo, espaço e pessoa.
- **Consciência da doença:** Provavelmente ausente (anosognosia).

VIII. Insight:

- Prejudicado. A automutilação sendo minimizada é um indicativo forte de insight prejudicado.
- X. Impressão Diagnóstica:
- Os achados do exame psíquico, em conjunto com a história clínica (isolamento progressivo, alterações de comportamento, automutilação, possível sugestão de alucinações pela observação da mãe, histórico familiar de esquizofrenia), são altamente sugestivos de um Transtorno do Espectro da Esquizofrenia, mais especificamente, Esquizofrenia de início precoce, conforme os critérios do DSM-5. É essencial aprofundar a investigação sobre a presença de sintomas psicóticos “positivos” (delírios e alucinações), que são centrais para o diagnóstico.

HD - Hipótese Diagnóstica: Esquizofrenia**DD - Diagnóstico Diferencial:**

- Transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos.
- Transtorno bipolar com sintomas psicóticos.
- Transtorno do espectro autista (considerando o isolamento social).
- Transtorno de personalidade borderline (devido à automutilação).
- Uso de substâncias psicoativas.

CD - Conduta:

- Início de antipsicótico de segunda geração - Aripiprazol 5mg.
- Psicoterapia individual, com foco no desenvolvimento de habilidades sociais, manejo de emoções e prevenção de recaídas.
- Retorno em 30 dias.

DISCUSSÃO

No caso desta adolescente de 14 anos, o isolamento social, o retraimento e a dificuldade em manter o interesse nas atividades anteriores podem ser indicativos de sintomas negativos (Muench et al., 2025). Embora a mãe não descreva delírios ou alucinações de forma explícita, a percepção de que a filha está “distraída” ou “olhando para o nada” pode sugerir experiências perceptivas alteradas, como alucinações visuais ou auditivas, que são comuns na esquizofrenia. A automutilação, embora não seja um critério diagnóstico direto da esquizofrenia, pode ser um comportamento associado ao sofrimento psíquico intenso e à dificuldade de regulação emocional que acompanham o transtorno (Pérez et al., 2025).

O início precoce da esquizofrenia, antes dos 18 anos, apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos particulares, pois os sintomas podem ser atípicos ou sobrepostos com o desenvolvimento normal da adolescência (Ventriglia et al., 2025). A exclusão de outras causas médicas e psiquiátricas é fundamental para um diagnóstico preciso, como os diagnósticos diferenciais listados. O histórico familiar de esquizofrenia no tio paterno também aumenta o risco genético da paciente para o desenvolvimento do transtorno (Kraepelin, 2025).

O tratamento precoce e abrangente, incluindo farmacoterapia (com antipsicóticos de segunda geração, que são os de primeira linha devido ao menor perfil de efeitos adversos em adolescentes) e psicoterapia, é crucial para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do paciente, visando a remissão dos sintomas e a reintegração social e funcional.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MUENCH, J. et al. A evolução do tratamento da esquizofrenia em adolescentes: novas perspectivas terapêuticas. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 45, n. 3, p. 211-220, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/jcap.2025.057>.

PÉREZ, E. et al. Esquizofrenia de início precoce: uma revisão de aspectos clínicos e terapêuticos. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 48, n. 4, p. 1011-1023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.08.012>.

VENTRIGLIA, M. et al. Prevalência de comorbidades psiquiátricas em adolescentes com esquizofrenia: uma análise longitudinal. *Journal of Adolescent Health*, v. 57, n. 1, p. 50-59, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.04.006>.

KRAEPELIN, E. As bases do diagnóstico e tratamento da esquizofrenia no início da vida. *Psychiatric Review*, v. 30, n. 2, p. 75-83, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychrev.2025.02.009>.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIMENTO DE PACIENTE COM DISPNEIA RELACIONADO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Denise Glória Silva de Paula da Costa¹

Patrícia Raiane da Cunha Novais²

Francielly Alves Guariza³

Antônio Carlos de Carvalho Filho⁴

Maria Rita de Melo Idelmino Resende⁵

Nathália Abdo Zuliani⁶

Queixa Principal (QP): Falta de ar relacionada a pequenos esforços há 1 semana.

História da Doença Atual (HDA): Paciente do sexo feminino, 72 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, comparece ao posto de saúde com queixa de falta de ar progressiva há 10 dias, iniciada aos grandes esforços, evoluindo para pequenos esforços e atualmente presente até em repouso. Refere inchaço nas pernas, pior ao final do dia, ganho de peso de 3 kg no último mês, além de tosse seca e dificuldade para dormir deitada, necessitando do uso de três travesseiros. Relata também episódios de acordar à noite com falta de ar intensa (dispneia paroxística noturna) e sensação de cansaço extremo para atividades simples como tomar banho ou se vestir. Nega

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Brasil, Vice-presidente da Liga de Cirurgia Geral, Diretora de relações internacionais, nacionais, estágios e vivências do CA. E-mail: denisen@gmail.com

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns -Campus- Itumbiara, Diretoria Liga de Cirurgia. E-mail: patriciaaianecunha@gmail.com

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Brasil. E-mail: franciellyalveslemos@gmail.com

4 Acadêmico de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Brasil, Tesoureiro CA. E-mail: accfilho@gmail.com

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Brasil. E-mail: maria.resende@aluno.faculdezarns.com.br

6 Médica com especialização em Cardiologia Clínica, preceptora do internato médico, Departamento de Cardiologia, Faculdade Zarns Itumbiara, Brasil. E-mail: nathalia.zuliani@faculdezarns.com.br

febre, dor torácica típica ou expectoração purulenta. Refere aderência irregular à medicação e excesso de sal na alimentação nos últimos dias (utiliza sal de adição após refeição preparada).

Antecedentes pessoais fisiológicos (APF): Comorbidades: Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Medicamentos de uso contínuos: Captopril 25mg e hidroclorotiazida (HCTZ) 25mg.

Nega alergia a medicamentos.

História Familiar (HF): Mãe com hipertensão arterial.

Exame Físico (EF):

- Estado geral: Regular estado geral, leve desconforto respiratório em ar ambiente, lúcido e orientado em tempo e espaço, acianótico, anictérico, afebril, corado e hidratado.
- Ausculta cardíaca: Bulhas rítmicas normofonéticas com presença de B3, sem sopros.
- Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.
- Pressão arterial: 150/90 mmHg.
- Frequência cardíaca (FC): 104 bpm.
- Temperatura: 36,6 °C.
- Glicemia capilar: 96 mg/dL.
- Saturação de oxigênio (SpO₂): 91%.
- Frequência respiratória (FR): 28 irpm.
- Peso (aferido) 72kg (habitual 69kg).

ACV: Ictus cardíaco desviado para esquerda e inferior, B3 audível, ritmo regular, sem sopros.

AP: Murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares, estertores crepitantes finos bilaterais, mais intenso na base. Ausência de sibilos ou roncos no momento do exame.

Abdome: Globoso, fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito, doloroso. Refluxo hepatojugular,

- Edema ++74+, bilateral maleolar, simétrico e depressível.

Exames Complementares (EC):

- **Radiografia de tórax:** Aumento cardíaco, índice cardiorácico (ICT) > 0,5, suspeita de aumento ventricular direito.
- **Hemograma:** Hemácias: 4.000 milhões/mm³; Hemoglobina: 12.06 g/dL; Hematócrito: 35%; Leucócitos: 5.000/mm³.

- **Gasometria arterial:** pH: 7.35, PCO₂: 42 mmHg, HCO₃: 20 mmol/L, PO₂: 96 mmHg.
- **Peptídeo natriurético:** 500 pg/mL.
- **Radiografia do tórax:** Cardiomegalia, com índice cardiorádico aumentado (>0,5), sugerindo dilatação de câmaras cardíacas. Redistribuição vascular para os lobos superiores, indicando elevação da pressão venocapilar pulmonar. Presença de linhas B de Kerley nas regiões basais, compatíveis com edema intersticial. Infiltrado alveolar bilateral perihilar, com padrão em “asa de borboleta”, compatível com edema agudo de pulmão. Campos pulmonares sem consolidações focais. Silhuetas diafragmáticas preservadas. Arcos costais e estruturas ósseas sem alterações significativas.

Figura 1- Radiografia do tórax evidenciando cardiomegalia



Hipótese Diagnóstica (HD): Insuficiência cardíaca congestiva descompensada (provável classe funcional III–IV da NYHA)

Diagnósticos Diferenciais (DD):

- Embolia pulmonar.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada

Conduta (CD):

- Prescrição de betabloqueador e inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Solicitação de ecocardiograma e eletrocardiograma para avaliar função ventricular e fração de ejeção;
- Alta com prescrição: Losartana 50mg 12/12h, Espironolactona 25mg 1x/dia, Furosemida 40mg pela manhã, Succinato de metoprolol 50mg 1x/dia, dapaglifozina 10mg 1x/dia;
- Orientada vacinação contra *influenzae* e pneumococo;
- Encaminhada para nutricionista para ajuste da quantidade de ingestão de sódio consumida, melhora do padrão alimentar e mudança do estilo de vida.

DISCUSSÃO

O tratamento inicial seguiu as diretrizes de 2021 para estabilização com o uso de betabloqueadores e IECA, pois estes têm demonstrado eficácia no manejo de insuficiência cardíaca. No paciente com dispnéia ou fadiga inexplicada, a avaliação da probabilidade pré-teste para insuficiência cardíaca (IC) deve ser efetuada com dados clínicos associados a exames complementares como eletrocardiográficos, ecocardiográfico, radiografia de tórax e peptídeos natriuréticos, se disponíveis (ALVES et al., 2021).

A solicitação do eletrocardiograma tem como objetivo avaliar presença de sinais isquêmicos, aumento cavitários, bloqueios de condução e arritmias precipitantes. O ecocardiograma será importante para avaliação do quadro de descompensação e da evolução da resposta terapêutica instituída.

É necessário que seja feita uma avaliação com exames complementares como ecocardiograma, que permitirá avaliar a função cardíaca do paciente. O tratamento com diurético é fundamental para reduzir mortalidade e deve ser contínuo, sendo imprescindível os exames para verificar função renal conforme discutido por Rohde et al. (2018).

As recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia têm incentivado medicações que agem em diferentes mecanismos fisiopatológicos da IC, no intuito de complementar a ação exercida sobre o sistema neuro-humoral. É importante ressaltar que os benefícios observados com as novas medicações ocorreram em adição à terapia padrão otimizada, o que reforça

a necessidade de manutenção da terapia tripla, que inclui betabloqueadores, bloqueadores do sistema renina-angiotensinaaldosterona (SRAA) e antagonistas mineralocorticoides. Uma vez instituída a terapia tripla e adicionadas as novas terapias que demonstraram benefício em redução de mortalidade cardiovascular, podemos também associar medicações que tiveram impacto em morbidade, no entanto, a escolha destas terapias adicionais deve levar em consideração o perfil de cada paciente (BORLAUG; 2020, ALVES et al., 2021).

REFERÊNCIAS

1. ALVES, João Luís de Oliveira et al. **Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 6, p. 1170-1212, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021/>. Acesso em: 3 jun. 2025.
2. BORLAUG, BA. **Avaliação e tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada**. *Nat Rev Cardiol*, v.17, n.9, p.559-73, 2020.
3. ROHDE, Luís Eduardo Paim et al. **Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.
4. SILVA, M. N. da; ÁLVARES CALLEJAS, R. **Insuficiência cardíaca: fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica: uma revisão sistemática da literatura**. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, v. 9, e022020, 2022.

ASMA AGUDIZADA DE ALTA GRAVIDADE CASO CLÍNICO DE EXACERBAÇÃO AGUDA GRAVE DA ASMA NA INFÂNCIA

Patrícia Raiane da Cunha Novais¹

Denise Glória Silva de Paula da Costa²

Francielly Alves Guariza³

Murilo Henrique da Silva⁴

Antônio Carlos de Carvalho Filho⁵

Maria Rita de Melo Idelmino Resende⁶

Meimei Guimarães Junqueira de Queiros⁷

Queixa Principal (QP): Tosse e falta de ar há 2 dias.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente do sexo feminino, 6 anos, acompanhada da genitora relata que há 2 dias a paciente iniciou um quadro de tosse seca que evoluiu com dispneia e chiado no peito. Paciente apresenta desde os 2 anos de idade sibilância recorrente com média de duas vezes ao mês. Não faz acompanhamento regular e nem tratamento com pediatra. Em uso de beclometasona *spray* oral de forma irregular. Nega febre, outros fatores associados e alergia medicamentosa.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Diretoria Liga de Cirurgia. E-mail: patriciaaianecunha@gmail.com

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Vice-presidente da Liga de Cirurgia Geral, Diretora de relações internacionais, nacionais, estágios do CA. E-mail: denisen@gmail.com

3 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: franciellyalveslemos@gmail.com

4 Acadêmico de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara E-mail: murilo.silva@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Acadêmico de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Tesoureiro CA. E-mail: accfilho@gmail.com

6 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: maria.resende@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Especialista em Pediatria, Preceptora, Departamento de Pediatria Faculdade Medicina ZARNS Itumbiara. E-mail: meimei.queiros@faculdadezarns.com.br

Antecedentes pessoais fisiológicos (APF): Mãe refere gestação sem intercorrências, parto realizado por cesariana eletiva, recém-nascido a termo, peso ao nascimento de 3,100 kg. Amamentação exclusiva até 6 meses de idade. Cartão de vacina atualizado.

Antecedentes pessoais patológicos (APP): Rinite alérgica crônica.

História familiar (HF): Mãe asmática e irmã com rinite alérgica desde os 2 anos de vida apresentando precipitação dos sintomas com a mudança de clima e na presença de poeira e mofo.

Exame físico (EF):

Estado geral: Estado geral regular, lúcida e orienta em tempo e espaço, pálida, afebril, agitada, taquipneica, com fala entrecortada

Sinais Vitais:

- FC: 112bpm
- FR: 31 irpm
- PA: 95/60 mmHg
- Temperatura axilar: 37.0°C
- SpO2: 96% em ar ambiente

Aparelho respiratório (AR): Tórax de conformação habitual, tiragem intercostal, expansibilidade preservada, expiração prolongada, com sibilos difusos bilaterais audíveis sem estetoscópio. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído e sibilância expiratória difusa. Sem estertores. Percussão pulmonar sem alterações.

Aparelho cardiovascular (ACV): Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros audíveis. Presença de taquicárdica compatível com o estado clínico. Sem sinais de descompensação cardiovascular no momento.

Hipótese diagnóstica (HD)

- Asma aguda de alta gravidade.

Diagnósticos diferenciais (DD):

- Infecção por *Influenzae*;
- Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19);
- Pneumonia viral ou bacteriana;

Conduta (CD):

- Realizado tratamento de resgate com salbutamol *spray* oral (Aerolin) 100 mcg 4 jatos com espaçador de 20 em 20 minutos na primeira hora e prednisolona solução oral com melhora clínica apenas após a primeira hora;

- Prescrição para alta domiciliar:
 - 1) Loratadina xarope por 10 dias;
 - 2) Clenil *spray* oral (Beclometasona) HFA 50 mcg 12/12 horas uso contínuo;
 - 3) Formoterol *spray* oral 12/12 horas uso contínuo;
 - 4) Busonid *spray* nasal 32 mcg, realizar 1 jato em cada narina por 30 dias de 12/12 horas, após este período, usar 1 jato em cada narina por dia por mais 60 dias;
- Realizadas orientações gerais para prevenção da exacerbação do quadro de asma e para auxiliar na rinite alérgica, tratamento crônico com acompanhamento médico especializado.

DISCUSSÃO

A patogênese da asma envolve diversos tipos celulares e mediadores inflamatórios. É classificada como asma grave quando altas doses de corticosteroides inalatórios, além da associação de um segundo medicamento de controle ou corticosteróides sistêmicos, sejam necessárias para o controle da crise ou quando a condição permanece descontrolada de forma refratária ao tratamento mencionado instituído, o que corresponde as etapas 4 ou 5 das diretrizes da *Global Initiative for Asthma Global Strategy for Asthma Management and Prevention* (2024). Na fisiologia respiratória normal, a complacência pulmonar é a capacidade do pulmão de se expandir, enquanto a elasticidade é a capacidade do pulmão de retornar ao seu estado de repouso. Em pacientes com asma, o mecanismo fisiopatológico produz uma redução no calibre das vias aéreas. Existem vários mecanismos que geram hiper-reatividade das vias respiratórias, caracterizada por uma resposta broncoconstrictora reversível nos estágios iniciais. A enfermidade requer uma abordagem ordenada e atenta a diagnósticos diferenciais, bem como a identificação do fenótipo para manejo e tratamento adequado. Embora ainda não tenham sido estabelecidas abordagens eficazes para a prevenção primária da asma, a GINA recomenda evitar o fumo ambiental do tabaco para mulheres grávidas e bebês, níveis séricos suficientes de vitamina D antes e durante a gravidez para mulheres com asma, parto vaginal sempre que possível e evitar antibióticos de amplo espectro durante o primeiro ano de vida além da exposição ambientais com elevada carga de alérgenos. A asma é a doença crônica não transmissível mais comum na infância e está entre as doenças mais prevalentes na vida adulta. A grande maioria das pessoas com asma são provenientes de países socioeconomicamente vulneráveis, que apresentam morbidade e mortalidade desproporcionalmente elevadas relacionadas à asma. Medicamentos inalatórios essenciais para o controle da doença, particularmente aqueles que contém corticosteroides inalatórios muitas

vezes não estão disponíveis ou são inacessíveis no sistema público de saúde, e isso pode justificar a progressão da carga global e complicações preveníveis por asma nestes locais. A exacerbação asmática aguda é uma condição comum no pronto socorro de emergência pediátrica (SALIM *et al.*, 2025). Uma abordagem terapêutica única baseada em inaladores contendo corticóides e formoterol para o manejo da asma em graduações da doença, desde a leve a grave, a partir do diagnóstico, pode superar o uso excessivo/dependência excessiva de β_2 agonistas de curta ação (SABA) e reduzir a carga de sintomas e a progressão para exacerbações graves. No entanto, os inaladores de corticóides associados com formoterol estão inclusos no padrão ouro para o tratamento da doença (MORTIMER *et al.*, 2022). A identificação precoce da asma em crianças é fundamental para modificar o curso da doença e minimizar seus impactos clínicos e socioeconômicos. Quando o diagnóstico é realizado precocemente, é possível instituir medidas terapêuticas eficazes que controlam os sintomas, reduzem a frequência e a gravidade das exacerbações e previnem a deterioração da função pulmonar ao longo do tempo (FIOCRUZ, 2020). Além dos benefícios clínicos, o reconhecimento precoce da asma contribui significativamente para a redução dos custos diretos e indiretos associados à doença. Internações hospitalares evitáveis, uso excessivo de serviços de emergência, absenteísmo escolar e perda de produtividade dos pais são fatores que impõem uma carga econômica importante ao sistema de saúde pública (SPAIC, 2021). A asma mal controlada na infância também está associada a maior risco de persistência dos sintomas na vida adulta, ampliando os custos ao longo do tempo (SPAIC, 2021; (Klein *et al.*, 2022). Portanto, estratégias de rastreamento, capacitação de profissionais de saúde e acesso facilitado ao tratamento são essenciais para garantir o diagnóstico precoce e o manejo adequado da asma na infância, promovendo qualidade de vida e sustentabilidade dos sistemas de saúde (ABRA-SP, 2022).

REFERÊNCIAS

1. ABRA-SP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASMÁTICOS DE SÃO PAULO. A importância do diagnóstico precoce, tratamento e controle da asma. São Paulo: **ABRA-SP**, 2022.
2. FIOCRUZ. Asma na infância – Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: **Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/asma-na-infancia/>.
3. GEREDA, *et al.* Asma grave: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento [Severe asthma: Pathophysiology, diagnosis, and treatment]. **Revista de Alergia de México**, v. 71, n. 2, p. 114–127, 30 jun., 2024.

4. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA. Global strategy for asthma management and prevention: 2025 update. [S.l.]: **GINA**, 2025. Disponível em: <http://ginasthma.org/>.
5. KLEIN *et al.* IL-13 modulates exosome production and miRNAs cargo in bronchial epithelial cells in severe asthma. **ERJ Open Research**, v. 8, supl. 8, p. 39, 2022.
6. MORTIMER, K.; *et al.* Asthma management in low and middle income countries: case for change. **European Respiratory Journal**, v. 60, n. 3, p. 2103179, 15 set., 2022.
7. SALIM, M. *et al.* Bronchial asthma in preschool children. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 123, n. 3, p. e202410587, 23 jan., 2025.
8. SPAIC – SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA. O impacto econômico da asma: em avaliação contínua. Lisboa: **SPAIC**, 2021.

INFERTILIDADE PRIMÁRIA INFERTILIDADE PRIMÁRIA ASSOCIADA À HIDROSSALPINGE BILATERAL

Denise Glória Silva de Paula da Costa¹

Patrícia Raiane da Cunha Novais²

Francielly Alves Guariza³

Murilo Henrique da Silva⁴

Antônio Carlos de Carvalho Filho⁵

Maria Rita de Melo Idelmino Resende⁶

Rayssa Machado Marques⁷

Queixa Principal (QP): Não consegue engravidar desde o casamento há 18 meses.

História da Doença Atual (HDA): Paciente do sexo feminino, 26 anos, nuligesta, casada há 2 anos, procura atendimento ambulatorial relatando desejo gestacional desde o início do casamento, porém sem sucesso até o momento. Refere ter tentado engravidar por aproximadamente 18 meses, mantendo relações sexuais frequentes e desprotegidas (cerca de 3 vezes por semana), sem uso de métodos contraceptivos. Atualmente em uso de polivitamínico específico para

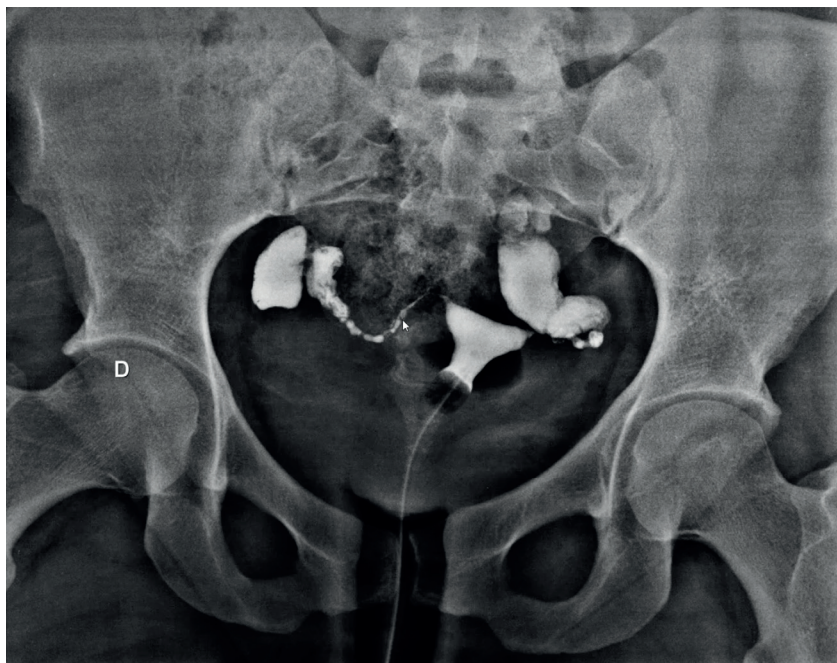
- 1 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. Vice-presidente da Liga de Cirurgia Geral, Diretoria de relações internacionais, nacionais e estágios do CA. E-mail: denisen@gmail.com
- 2 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. Diretoria Liga de Cirurgia. E-mail: patriciaaianecunha@gmail.com
- 3 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: franciellyalveslemos@gmail.com
- 4 Acadêmico de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: murilo.silva@aluno.faculdezarns.com.br
- 5 Acadêmico de Medicina da Faculdade Zarns Itumbiara, Tesoureiro CA. E-mail: accfilho@gmail.com
- 6 Acadêmica de Medicina Faculdade ZARNS Itumbiara E-mail: maria.resende@aluno.faculdezarns.com.br
- 7 Especialista em Ginecologia e obstetrícia, Preceptora, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara E-mail: rayssamedx@gmail.com.

tentantes prescrito pelo médico de família. Relata ciclos menstruais regulares, com intervalo médio de 28 dias e duração de 4 a 5 dias, sem dismenorrea ou outras queixas ginecológicas relevantes. Relata ganho de peso leve no último ano, mas sem alterações significativas de pêlos ou acne. Parceiro com 28 anos, sem antecedentes conhecidos de infertilidade, doenças crônicas ou uso de medicamentos. Refere estar emocionalmente abalada com a dificuldade para engravidar, embora mantenha suporte familiar e conjugal.

Antecedentes pessoais fisiológicos (APF): Refere início da vida sexual aos 16 anos, mantendo relacionamento monogâmico com o mesmo parceiro desde então. Nega cirurgias ginecológicas ou uso prévio de anticoncepcionais nos últimos anos. Nega tabagismo, etilismo ou comorbidades conhecidas.

Antecedentes pessoais patológicos (APP): Durante a investigação ginecológica prévia, paciente relata que foi diagnosticada com hidrossalpinge bilateral há 5 meses. Refere ter apresentado episódio de dor pélvica com leucorreia há aproximadamente 1 ano, tratado com antibióticos, mas sem diagnóstico confirmado de doença inflamatória pélvica. Traz exame de histerossalpingografia que evidenciou sinais de oclusão tubária bilateral, associada a hidrossalpinge, pouco mais evidente à direita. Nega outros antecedentes ginecológicos relevantes.

Figura 1- Histerossalpingografia com evidência obstrução tubária bilateral.



Fonte: Adaptado de CUNHA *et al.*, (2015).

História Familiar (HF): Mãe com hipertensão arterial.

Exame Físico (EF):

Estado geral: Lúcida, orientada, afebril, em bom estado geral.

- Altura: 1,57 m
- Peso (aferido): 83 kg
- IMC: 33,7 kg/m² (obesidade grau I).

Sinais vitais:

- PA: 122/78 mmHg
- FC: 76 bpm
- FR: 16 irpm
- Temperatura axilar (Tax): 36,6 °C
- SpO₂: 98% em ar ambiente

Pele e mucosas: Sem alterações. Mucosas normocoradas e hidratadas.

Mamas: Sem nódulos ou secreções; aréolas normais; linfonodos axilares não palpáveis.

Sinais de hiperandrogenismo: Não foi verificado sinais de hirsutismo, acne ativa ou alopecia androgenética durante o exame físico.

Exame ginecológico:

- Inspeção vulvar: Genitália externa com morfologia e coloração normais, ausência de lesões visíveis ou secreções.
- Espéculo: Colo do útero visível, rosado, ausência de lesões, sangramentos ou secreção. Muco cervical escasso e espesso.
- Toque bimanual: Útero em anteversoflexão, de volume e consistência normais, móvel e indolor. Anexos: Dolorosos à palpação leve mais acentuado em região anexial direita, com leve empastamento ao toque. Sem massas palpáveis.

Hipótese Diagnóstica (HD):

- Infertilidade primária associada à hidrossalpinge bilateral.

Diagnósticos Diferenciais (DD):

- Endometriose;
- Síndrome dos ovários policísticos (SOP);
- Fator ovulatório (anovulação crônica subclínica);

Conduta (CD):

- Realizada colpocitologia oncótica durante a consulta;
- Solicitados exames laboratoriais (FSH, LH, TSH, T4-livre, progesterona 7 dias antes do ciclo menstrual), USG transvaginal entre o 2^a e 5^a dia do ciclo;

- Solicitado exame de espermograma para o cônjuge;
- Encaminhada para reprodução assistida.

DISCUSSÃO

Infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo, definida pela incapacidade de alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares, sem o uso de métodos contraceptivos (FEBRASGO, 2019; WHO, 2020; ASRM Practice Committee, 2020; ESHRE Guideline, 2023). O tema tem sido foco de discussões devido ao aumento da condição em 15% a 20% associada pela tendência progressiva das mulheres retardarem a maternidade devido ao progressivo envelhecimento populacional mundial (ASRM Practice Committee, 2020). Durante a investigação médica é necessário avaliar o tempo de infertilidade e se é primária ou secundária. O histórico ginecológico deve sempre ser abordado para elucidar infecções prévias, patologias pregressas e uso de medicamentos (FEBRASGO, 2019). Dentre as causas da infertilidade, a obesidade em mulheres também parece estar associada a menor fertilidade, menores taxas de sucesso de tecnologia de reprodução assistida e maiores riscos de aborto espontâneo e perda de gravidez. Além desta comorbidade estar associada a riscos aumentados de distúrbios hipertensivos gestacionais e diabetes, desfechos adversos no parto e distúrbios cardiovasculares em seus descendentes ao longo da vida (BOXEM *et al.*, 2024). No caso clínico, há grandes chances de a causa da infertilidade ser justificada por uma doença inflamatória pélvica. Cerca de 65% dos casos de sequela por afecções sexual podem ser oligossintomáticos e assintomáticos e apresentarem, mais tarde, infertilidade por fator tubário (FEBRASGO, 2019). Neste cenário, para redução desses indicadores têm se avaliado a possibilidade da inclusão em protocolos futuros a inclusão do diagnóstico do *M. genitalium* em mulheres com doença inflamatória pélvica, além da *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* em homens e em populações e situações especiais, como gestantes, crianças, adolescentes pré-púberes e mulheres que vivem com HIV (MENEZES *et al.*, 2021). Em acordo com esta assertiva, a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (2023) adicionou uma declaração no *guideline* sobre a importância de investigar o histórico geral e reprodutivo do homem, com atenção especial à disfunção sexual nos casos de infertilidade do casal. Apesar da paciente apresentar infertilidade primária, obesidade e achado clínico sugestivo de hidrossalpinge, necessita da realização de uma investigação complementar detalhada especializada e possível encaminhamento para reprodução assistida.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE – ASRM. Infertility is the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse. **ASRM Practice Committee**, 2020.
2. BOXEM, A. J. *et al.* Índice de massa corporal pré-concepcional e no início da gravidez em mulheres e homens, tempo até a gravidez e risco de aborto espontâneo. **JAMA Network Open**, [S.l.], v. 7, n. 9, e2436157, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36157>.
3. CUNHA, T. M. *et al.* Doença inflamatória pélvica: o que o radiologista precisa saber? **Acta radiológica portuguesa.**, v. 27, n.106, p.41-49, 2015.
4. EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY – ESHRE. A disease characterized by the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse. **ESHRE Guideline**, 2023.
5. FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de condutas em infertilidade conjugal: Comissão Nacional Especializada em Reprodução Assistida**. São Paulo: FEBRASGO, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>.
6. MENEZES, M. L. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. spe1, e2020602, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100011.esp1>.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infertility**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.

GOTA TOFÁCEA

DOENÇA REUMÁTICA METABÓLICA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA

Elisia de Souza Carvalho¹

Fernando Vinícius de Amorim²

Gabriela Andreza Matana³

João Manoel Silva Sampaio⁴

Mina Christiane Grande Caetano⁵

Rafael Ferreira Coelho⁶

Hudson Espindola Carneiro⁷

Queixa Principal (Q.P): “Dor intensa, inchaço e vermelhidão no segundo dedo da mão esquerda há 20 dias”.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente, Idosa, 66 anos, hipertensa, com histórico de artrite sem acompanhamento, apresentando lesão no segundo quirodáctilo há mais de 20 dias, associada a dor local progressiva, hiperemia, inchaço que piorou há dois dias, além disso, informa que é a quarta vez que teve quadro semelhante, sendo a primeira foi há cerca de um ano, no hálux do pé direito. A segunda e terceira no dorso do pé direito.

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina, elisia.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, fernando.amorim@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, gabriela.matana@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, joão.sampaio@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, mina.grande@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, rafael.coelho@aluno.faculdezarns.com.br

7 Médico preceptor do curso de Medicina da faculdade ZARNS de Itumbiara – GO.

Figura 1: Lesão tofácea.

Fonte: Acervo dos autores (2025).

História Patológica Progressiva (HPP): Hipertensa há 15 anos, Artrite há 10 anos e dislipidêmica há 05 anos.

Medicações em Uso (MEU): Losartana 50 mg 1 comprimido pela manhã, Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido por dia, sinvastatina 20 mg 1 comprimido após jantar.

História Familiar (HF): Mãe com histórico de hipertensão controlada e dislipidemia, Pai com histórico de Osteoartrite.

Hábitos de Vida e Condições Socioeconômicas (HVCSE): Sedentária, obesa, etilista e tabagista, desde os 16 anos, fuma 20 cigarros por dia, subalimentação, baixa ingesta hídrica.

Ectoscopia: Bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, Lúcida, orientado, Glasgow 15, mucosas coradas e hidratadas, colaborativo ao exame.

Exame Físico (EF): Cabeça e pescoço: Ausência de linfonodos palpáveis, tireoide fibroelástica.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros audíveis.

Aparelho respiratório: Expansibilidade preservada, murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios.

Aparelho gastrointestinal: Globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massas e ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes, espaço de traube livre.

Membros Superiores: Hipersensibilidade e aumento de temperatura local, eritema e edema. Tofos na face anterior do segundo quirodáctilo da mão esquerda com características de depósitos de urato.

Membros inferiores e Vasculares: Edemas de membros inferiores +/4, panturrilha livre, indolor, perfusão capilar preservada menor que dois segundos, presença de podagra em pé direito.

Aparelho geniturinário: Sem queixas.

Dermatológico: Pele de membros superiores de coloração normal, com espessura fina e enrugada, ausência de lesões, nódulos, pápulas, máculas ou crostas.

Exames Complementares (EC): Hemograma e PCR/VHS (para inflamação/infeção), ácido úrico sérico, radiografia da mão para avaliar acometimento ósseo ou articular, punção da lesão para análise do líquido sinovial, função renal, taxa de filtração glomerular, perfil lipídico, urina de 24 horas para avaliar uricosúria.

Hipótese Diagnóstica (HD): Gota tofácea.

Diagnósticos Diferenciais (DF): Artrite infecciosa ou celulite, Artrite reumatoide com nódulo ulcerado, Panarício ou tenossinovite infecciosa se houver secreção purulenta.

Conduta (CD): Não medicamentosas: Mudança no estilo de vida tais como cessar tabagismo e principalmente etilismo, evitar alimentos ricos em purinas e hipercalóricos, realizar atividade física, perda de peso, evitar bebidas doces.

Medicamentosas: Colchicina 0,5 mg de 12/12 horas, retirar o uso de diuréticos, AINES se não tiver lesão renal, Naproxeno 500 mg de 12/12 horas, Prednisona 20 mg 1 comprimido por dia por 10 dias.

Se houver infecção bacteriana: Cefalexina 500 mg VO 6/6h ou Clindamicina 300 mg VO 6/6h. Casos graves podem exigir antibiótico EV e drenagem cirúrgica.

Reavaliação em 48 horas para monitoramento da resposta ao tratamento.

Pós Crise: Alopurinol 100 mg 1 comprimido ao dia contínuo.

DISCUSSÃO

A doença reumática metabólica se caracteriza por um distúrbio do organismo no qual há formação de depósitos de ácido úrico no interior das articulações e tendões em razão de uma alteração do metabolismo dessas substâncias. Podendo ser pelo excesso de produção ou pela redução da excreção

renal. É a artrite micocristalina mais conhecida como gota que acomete principalmente homens jovens entre 30 a 60 anos, geralmente os pacientes apresentam níveis elevados de ácido úrico no sangue, hiperuricemia, e após uma alimentação rica em carne, abuso de bebida alcoólica ou trauma da articulação, desenvolve uma importante inflamação dolorosa da articulação. As articulações mais acometidas pela gota são o dedo maior do pé (“podagra”), joelhos, tornozelos, punhos, mãos e cotovelos. Os pacientes com vários episódios de gota podem apresentar acúmulo de ácido úrico nas articulações (“tofós”), deformidades das articulações, cálculo renal de ácido úrico e mal funcionamento renal (Vasconcelos et al., 2020).

Contudo, no tratamento da gota, hiperuricemia é necessário obedecer a uma dieta pobre em ácido úrico, sendo restrito o uso de carne vermelha e carne gorda, bebidas alcoólicas principalmente cerveja, enlatados e defumados. É importante controlar a obesidade e a elevação de colesterol e triglicerídeos. A dieta com baixos níveis de purinas que é um tipo de proteína é importante no tratamento da gota, que é um tipo de doença reumática causada pelo excesso de ácido úrico no sangue hiperuricemia, fazendo com que esse se deposite nas articulações causando fortes dores e inflamação nas juntas (Loscalzo et al., 2024).

Em relação à crise de gota artrite, são utilizados medicamentos anti-inflamatórios e colchicina. Após a resolução da artrite gotosa, é utilizados medicamentos para o controle dos níveis de ácido úrico alopurinol. Em relação ao alopurinol, este não deve ser utilizado durante a crise da gota, pois pode até piorar a inflamação da articulação e aumentar a duração da crise de gota (Vasconcelos et al., 2020).

Portanto, é estimado que as doenças reumáticas afetam 3%-8% da população como um todo, porém acredita-se que possa chegar a afetar 25%-30% da população adulta. Em relação ao Brasil, estima-se mais de 15 milhões de pessoas acometidas por doenças reumáticas. No entanto, já pode se afirmar que no Brasil, as doenças reumáticas são segunda causa de afastamento temporário do trabalho (Vasconcelos et al., 2020).

REFERÊNCIA

LOSCALZO, Joseph et al. **Medicina Interna de Harrison**. In: MEDICINA Interna de Harrison. 21. ed. rev. [S. l.: s. n.], 2024. p. 1-7.

VASCONCELOS, José Tupinambá Sousa *et al.* Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**, [s. l.], ed. 2ª, p. 1-48, 8 mar. 2020.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR BENZODIAZEPÍNICO

Amanda Miranda Mendonça¹

Gabrielly Martins Ferreira²

Kamilla Teresa Sousa Silva³

Lara Alves Borges Rocha⁴

Livian Ferreira Paneago⁵

Lorena Rover Rosa⁶

Tássio Momenté Castanheira De Santana⁷

Identificação (ID): Sexo feminino, 32 anos.

Queixa Principal (QP): Irmã da paciente relata que: “ela tomou muito remédio e encontrei ela desacordada”

HMA: História da moléstia atual: Paciente chega a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hiporreativa, apresentando sonolência excessiva, com alteração no nível consciência e respiração comprometida. A irmã da paciente relatou que procuraram a unidade de saúde após observar que a mesma não respondia a estímulos verbais e estava desacordada. De acordo com a acompanhante, a paciente faz uso de medicação contínua (Clonazepam comprimido oral) para tratamento de insônia e vertigem. Informa que a ingestão aconteceu há aproximadamente 1 hora, em quantidade aumentada, de forma

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: amanda.mendonca@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: gabrielly.ferreira@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: kamilla.silva@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: lara.rocha@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: livian.paneago@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: lorena.r.rosa@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara. Preceptor de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: tassio.santana@faculdadezarns.com.br

proposital, como uma tentativa de autoextermínio. Ademais acrescenta que a paciente fez uso de substância ilícita (cocaína), na noite anterior deste episódio.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos: Apresenta desenvolvimento psicomotor e neural dentro da normalidade. Nega alergias.

APP: Antecedentes pessoais patológicos: Possui histórico de insônia, vertigem, transtorno de ansiedade e depressão. Apresenta quadro de obesidade. História de cirurgias: três cesáreas. Nega outras doenças.

HF: História familiar: Pai com histórico de hipertensão arterial sistêmica. Mãe com quadro de depressão e uso contínuo de antidepressivos. Nenhum histórico relevante de doenças psiquiátricas graves.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas:

- Aparelho cardiovascular: nega doenças cardiovasculares prévias.
- Aparelho respiratório: nega doenças respiratórias prévias.
- Aparelho neurológico: refere episódios de cefaleia do tipo migrânea com frequência.
- Aparelho locomotor: sem queixas ou limitações motoras.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica: Casada, possui três filhos e do lar. Relata problemas familiares e dificuldade com a qualidade do sono. Etilista social (1x/semana) e uso de substâncias ilícitas (cocaína). Condição econômica não informada no momento da consulta. Medicamento de uso contínuo: Clonazepam (1 cp oral 1x/dia à noite) e Anticoncepcional oral.

EF: Exame físico: MEG, desorientada em tempo e espaço, hiporreativa, sem resposta verbal ativa. Afebril, acianótica e anictérica.

AR: Aparelho respiratório: FR: 23 rpm; respiração ruidosa e superficial, com sinais de dispneia leve. StO₂: 89%

ACV: Aparelho cardiovascular: FC: 90 bpm; ritmo regular. Pressão arterial: 140x90 mmHg. Ausculta BRNF, sem sopros.

AGI: Aparelho gastrointestinal: Abdômen globoso, indolor a palpação. Sem sinais de distensão ou sensibilidade. Nega queixas de náuseas ou vômitos no momento da avaliação.

AGU: Aparelho geniturinário: Sem alterações no momento da avaliação.

AN: Aparelho neurológico: Paciente em estado de sonolência, com nível de consciência rebaixado. Resposta lenta aos estímulos verbais; pupilas isocóricas e fotorreagentes com refletividade preservada.

AL: Aparelho locomotor: Sem alterações no momento da avaliação.

EC: Exames complementares: Eletrocardiograma (ECG): FC 90bpm, ritmo sinusal regular, sem alterações significativas.

HD: Hipótese diagnóstica: Intoxicação exógena por uso de benzodiazepínico. CID X640 – Auto-intoxicação intencional por drogas medicamentosas e substâncias biológicas em residência.

DD: Diagnósticos diferenciais: Intoxicação por álcool; Intoxicação por outras substâncias (como opioides, cocaína e anfetaminas); Síndrome serotoninérgica; Hipoglicemia.

CD: Conduta: Lavagem gástrica: realizada preferencialmente na 1ª hora após a ingestão, para remover medicação não absorvida.

Carvão ativado: realizado com o intuito de reduzir a absorção do benzodiazepínico no trato gastrointestinal. Posologia: 50g

Suporte ventilatório: oxigênio terapia para manter a saturação > 92% até estabilização.

Monitoramento multiparamétrico e acesso periférico (com SF0,9% 500mg/ml).

Observação contínua: para avaliar a resposta ao tratamento e para detecção precoce de possíveis complicações. Ademais, a depender da resposta seria necessário a administração de Flumazenil (antagonista do BZD), no entanto o paciente apresentou boa resposta e não sendo necessário o uso deste.

Encaminhar para avaliação psiquiátrica e notificar o caso.

DISCUSSÃO

Os benzodiazepínicos possuem elevada eficácia terapêutica no tratamento de insônia e ansiedade. Porém, com o avançar dos anos observa-se o desenvolvimento de tolerância, dependência, abstinência e uso abusivo desses medicamentos, por isso, tem sido cada vez mais frequente casos de intoxicação nas unidades de pronto atendimento (KUILLE, et al., 2015).

A intoxicação pode ser dividida em leve, moderada, cujas manifestações clínicas mais comuns incluem sonolência, sedação e fala arrastada, e intoxicação grave com manifestações como hipotensão, coma com depressão respiratória e do sistema nervoso central, tremores, miose, hiperexcitabilidade (TOLEDO e MARQUES, 2020).

O diagnóstico consiste na avaliação geral do paciente, sendo que intoxicações graves podem requerer rápida intervenção para tratar

comprometimento das vias respiratórias ou colapso pulmonar. Dessa forma, o tratamento compreende a assistência respiratória e manutenção dos sinais vitais. Em seguida, desintoxicação, que leva em conta o tempo de ingestão do BZD: lavagem gástrica pode ser realizada na primeira hora e o carvão ativado até duas horas. Apenas em casos de parada respiratória ou cardiorrespiratória usa-se Flumazenil, antagonista específico administrado como antídoto, capazes de neutralizar ou reduzir os efeitos de uma substância tóxica (TOLEDO e MARQUES, 2020).

Por fim, é essencial a notificação de todos os indivíduos que tenham sido expostos à substâncias químicas relacionadas a tentativa de autoextermínio, sendo essa realizada no prazo de até 24 horas, para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (TOLEDO e MARQUES, 2020).

REFERÊNCIAS

KUILLE, B., et al. Intoxicações por uso de benzodiazepínicos: um estudo de relato de caso no município de Venda Nova do Imigrante – ES. **Universidade do Vale do Paraíba**, São José dos Campos, n. 1-6, 2015. Disponível em: https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2015/anais/arquivos/RE_1090_1219_01.pdf.

TOLEDO, W. A. S. B; MARQUES, J.H.M. Intoxicação medicamentosa por benzodiazepínicos. **Revista Científica Unilago**. [S. l.], v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/559>.

IMPETIGO BOLHOSO

Gilvana Ferreira Vasconcelos¹

Layra Cristina Soares Costa²

Sarah Braz Caetano Silva³

Evelyn Ferreira Alves⁴

Jéssica Rosas Arantes⁵

Wallace da Costa Neves Júnior⁶

Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa⁷

Queixa Principal (QP): Lesões de pele com bolhas que estouram.

História da Moléstia Atual (HMA): J.G.S.L., paciente do sexo masculino, com três anos e sete meses no momento da consulta, peso de quinze quilogramas, altura de 104 centímetros, acompanhado pela mãe que relata a presença de lesões pruriginosas e dolorosas em pele, incluindo pústulas, vesículas e crostas, em áreas de axilas, pescoço, palmas das mãos e pés. O aparecimento das lesões teve início há uma semana, após criança voltar de uma estadia na casa dos avós em zona rural. Primeiro surgiram bolhas de aparência flácida e transparente, as quais se romperam, gerando lesões com característica de erosão superficial e descamação em borda. Refere febre de 38 °C há 4 horas, nega alergias e nega fatores de piora. Anteriormente foi prescrito cefalexina, porém a mãe descontinuou o uso devido a queixa de dor abdominal apresentada pela criança.

Antecedentes Pessoais Patológicos (APP): Nega história prévia de doenças sistêmicas relevantes.

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. gilvana.vasconcelos@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. layra.costa@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. sarah.silva@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. evelyn.ferreira@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. jessica.arantes@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. wallace.junior@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. rafaella23amorim@gmail.com

História Familiar (HF): Histórico familiar de hipertensão em mãe e avó materna.

Hábitos de Vida e Condição Socioeconômica (HVCSE): Criança ativa, com alimentação de boa aceitação porém com pouca ingestão de legumes e verduras e pouca ingestão hídrica. Paciente reside com a família em área urbana, e possui acesso regular aos serviços de saúde.

Ectoscopia: Bom estado geral, acianótico, anictérico, afebril no momento da consulta, lúcido, orientado em tempo e espaço, mucosas coradas e hidratadas, colaborativo ao exame.

Exame Físico (EF): Peso: 15 kg. Altura: 1,04 m. Índice de Massa Corporal (IMC): 13,9 kg/m². Frequência cardíaca: 111 bpm. Saturação 98%. Temperatura: 36,5 °C, ausência de linfonodos palpáveis, tireóide fibroelástica.

Aparelho Respiratório (AR): Tórax simétrico, sem abaulamentos, indolor a palpação, expansibilidade preservada, sem uso de musculatura acessória. Ausculta com murmúrio vesicular fisiológico, e ausência de ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular (ACV): Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, ausência de sopros.

Aparelho Gastrointestinal (AGI): Abdome indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos presentes.

Aparelho Genitourinário (AGU): Sem queixas, não avaliado.

Aparelho Neurológico (NA): Ausência de atraso neuropsicomotor evidente ao exame neurológico. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Dermatológico: Presença de lesões pruriginosas e dolorosas em pele, incluindo pústulas, vesículas e crostas, em áreas de axilas, pescoço, palmas das mãos e pés.

Hipótese Diagnóstica (HD): Impetigo bolhoso.

Conduta (CD): Orientações sobre higienização da área afetada e cuidados para evitar a transmissibilidade. Tratamento tópico com a utilização de sulfato de gentamicina creme, aplicando sobre as lesões três vezes ao dia.

Tratamento sistêmico com a prescrição de amoxicilina + ácido clavulânico (400mg + 57mg/ 5ml), fazendo uso de 2,5 ml da suspensão duas vezes ao dia, durante sete dias. Sendo orientado a ofertar a medicação após ingerir algum alimento, para evitar a possibilidade de desconforto gástrico.

DISCUSSÃO

O impetigo bolhoso é uma doença infecciosa cutânea que tem como principal agente causador o *Staphylococcus aureus* e, em alguns casos, o *Streptococcus pyogenes*. Embora seja considerada como uma condição benigna, possui relevância em termos de saúde pública pois é altamente contagiosa, de alta prevalência e afeta principalmente crianças, com maior incidência em regiões tropicais e subtropicais. A patologia envolve a ação de toxinas produzidas pelas bactérias que provocam uma dissociação das células epiteliais e a consequente formação de bolhas com aspecto transparente, localizadas na camada subcórnea da pele, que quando estouram, formam as lesões dolorosas de característica erosiva e descamativa na borda, acompanhado de prurido. Essas bolhas, podem surgir tanto de forma isolada quanto de forma agrupada e usualmente ficam localizadas em regiões intertriginosas como axilas, pescoço, área de fralda, mãos e pés (ZANONI et. al., 2023).

Durante a avaliação clínica das lesões é importante avaliar se há a ausência do sinal de Nikolsky, no qual, após fricção da bolha, não há separação da pele, o que pode auxiliar no diagnóstico possibilitando a diferenciação do impetigo com outras patologias, como o pênfigo (ROSE et. al., 2023).

O diagnóstico de impetigo é feito na maioria dos casos com a avaliação clínica das lesões e anamnese, embora exames laboratoriais como a cultura do fluido das vesículas, pústulas ou área adjacente a uma crosta possam ser utilizados. O tratamento envolve o uso de antibióticos tópicos e sistêmicos. No tratamento tópico, é realizada a limpeza da área afetada, seguida do uso de cremes ou pomadas compostas por princípios ativos como a mupirocina ou gentamicina, que podem ser aplicadas três vezes ao dia nas lesões. Para casos mais graves, a terapia sistêmica pode ser composta por cefalexina ou por amoxicilina associada ao ácido clavulânico (PEREIRA, et. al., 2024).

REFERÊNCIAS

1. ZANONI et. al. Impetigo Infantil: Uma Revisão Abrangente das Considerações Dermatológicas e Pediátricas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. Volume 5, página 1817 - 1828, 2023. Acesso em: 07 mar. 2025.
2. ROSE et. al. Staphylococcal Infections and Neonatal Skin: Data from Literature and Suggestions for the Clinical Management from Four Challenging Patients. Antibiotics, [s. l.], 12 abr. 2023. Acesso em: 07 mar. 2025.
3. PEREIRA et. al. Impetigo em crianças: estratégias de diagnóstico e tratamento em um hospital de média complexidade. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 01-08, may/jun., 2024. Acesso em: 07 mar. 2025.

DIABETES TIPO I

Angelita Álvares Jacome¹

Ana Paula Rezende Silva²

Camerino Ferreira de Oliveira Neto³

Jhuly Stefany Ribeiro dos Santos⁴

Julliane Taynara Lourenço Borges⁵

Sergio Souto de Melo⁶

CASO CLÍNICO 2 - DIABETES TIPO I

A diabetes mellitus tipo 1 é uma doença que afeta a produção de insulina pelas células beta pancreáticas. Com isso, o paciente apresenta um quadro de hiperglicemia sanguínea, devido à deficiência desse hormônio que promove a entrada da glicose para as células. Dessa forma, o indivíduo exibe um quadro metabólico o qual se relaciona ao excesso de glicose sanguínea e a deficiência dela no meio intracelular para as reações energéticas.

Queixa Principal (QP): “faz xixi em grande quantidade”, “boca seca, ingerindo grande quantidade de água”. O paciente apresentou um quadro de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso que teve início há cerca de 2 meses.

História da Doença Atual (HMA): Criança de sexo masculino, 7 anos. Mãe refere que o filho vem apresentando poliúria, polidipsia e perda de peso de cerca de 8 kg nos últimos 2 meses. A mãe relata que os sintomas apareceram de maneira súbita – o paciente era um adolescente saudável antes do quadro

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. angelita.jacome@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. ana.rsilva@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. camerino.neto@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. jhuly.santos@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. julliane.borges@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. sergio.melo@aluno.faculdezarns.com.br

atual; quase não buscava atendimento na UBS. Ela notou que o filho estava ingerindo muito mais água do que tinha o costume de ingerir no dia-a-dia, além de observar suas idas mais frequentes ao banheiro. A mãe relata também um emagrecimento acentuado do paciente, que não está associado à inapetência – na verdade, relata que o filho estava comendo de maneira excessiva (polifagia).

História Patológica Progressiva (HPP): Nasceu a termo de parto normal, sem complicações. Recebeu aleitamento materno até os dois anos de idade. Teve desenvolvimento neuropsicomotor e crescimento normais – suas curvas de crescimento da caderneta de vacinação se encontram nos níveis de normalidade. Nega cirurgias e hospitalizações prévias. Nega comorbidades e alergias. Caderneta de vacinação em dia.

História Familiar (HF): A mãe e o pai são vivos e apresentam hipertensão arterial sistêmica em tratamento. Sua avó materna e paterna possuem diabetes mellitus tipo 2. 88 Seu avô materno tinha diabetes mellitus tipo 1 e faleceu com anos.

Hábitos de vida e condições socioeconômica (HVCSE): O paciente vive em uma casa de alvenaria com saneamento básico e acesso a água tratada na zona urbana da cidade, com seus pais e sua irmã de 10 anos. Mãe e filho relatam dinâmica familiar harmônica. De acordo com a mãe, o filho sempre foi uma criança esperta, inteligente e saudável, praticava futebol no mínimo uma vez por semana e sempre obteve excelentes notas na escola.

Exame Físico (EF): Ao exame geral, paciente se apresentava em regular estado geral, lúcido e orientado no espaço-tempo, anictérico, acianótico, com mucosa conjuntival hipocorada +/-4+ e mucosa oral e língua levemente ressecadas. Enchimento capilar de membros superiores e inferiores normal. Sistema tegumentar: sem nenhum tipo de lesão que chame a atenção, sinal da prega desaparece um pouco mais lentamente do que o normal.

Aparelho cardiovascular (ACV): ausculta cardíaca com bulhas cardíacas normofonéticas e regulares em dois tempos, sem sopros.

Aparelho respiratório (AR): paciente taquipneico. Ausculta pulmonar, percussão, expansibilidade e frêmito tóraco-vocal sem alterações.

Sinais vitais (SV): Peso: 50 kg; Altura: 165 cm; Índice de Massa Corporal: 18,37 kg/m² (percentil 50); Temperatura axilar: 36,0°C. Pressão arterial: 110×70 mmHg; Frequência cardíaca: 95 bpm; Frequência respiratória: 18 irpm

Aparelho geniturinário (AGU): Adequado para a idade

Aparelho gastro-intestinal (AGI): Evacuação ausente, quando presente são fezes grumosas.

Aparelho locomotor (AL): membros superiores e inferiores sem dor à palpação e com os movimentos normais e indolores também.

Exames Complementares (EC):

- Hemácias: 4.40
- Hemoglobina: 12.9
- Hematócrito: 38,9
- Leucócitos 7.200
- Plaquetas 355.000
- Glicemia de jejum: 153 mg/dl
- Glicemia sérica após 2H do teste de tolerância oral a glicose 1,75 g/kg de dextrosol de: 250mg/dl
- Hemoglobina Glicada (HBA1C) : 8,0%
- TGO: 30
- TGP: 45
- Ureia: 21
- Creatinina: 1,0

Hipótese diagnóstica (HD): Diabetes mellitus tipo 1, Diabetes mellitus tipo 2

Conduta (CD): O tratamento de insulina no DM1 podem ser estimadas a partir do peso corporal, tipicamente variando entre 0,4 U/kg/dia a 1,0 U/kg/dia.

O controle da glicemia é feito através de várias abordagens, sendo as mais importantes: Administração regular de insulina (até 6 vezes por dia).

Controle da dieta.

Monitoramento frequente da glicemia por parte do paciente. Prática de exercícios físicos.

O objetivo do tratamento é manter o valor da hemoglobina glicosilada abaixo de 7%. Para tanto, o paciente deve procurar manter a glicemia antes das refeições entre 80 e 130 mg/dl e após as refeições abaixo de 180 mg/dl.

DISCUSSÃO

O paciente em questão foi diagnosticado com diabetes mellitus tipo 1A devido aos sintomas apresentados, histórico familiar da doença e achados dos exames laboratoriais. Essa doença se caracteriza pela deficiência na produção

de insulina, hormônio importante para reduzir a glicemia sanguínea e colocar a glicose no meio intracelular para ser utilizada como fonte de energia pelas células (Silva Junior et al, 2023).

A insulinoterapia é especialmente complexa na educação pediátrica e, para lograr um bom controle metabólico, é necessário um conhecimento e manejo adequados. As necessidades de insulina variam de acordo com o peso e a composição corporal, a atividade física, o ciclo menstrual e a sensibilidade insulínica distinta em idades diferentes, entre outros fatores. É fundamental realizar um conteúdo adequado de carboidratos e outros macronutrientes que influenciam a glicemia, supervisionar a técnica de injeção de insulina e ajustar a dose de acordo com os alimentos para ingestão, consumo e níveis de glicose sanguínea. (Silva Junior et al, 2023).

Dessa forma, um dos pontos importantes para o tratamento da diabetes é a reposição desse hormônio. O tratamento com insulinoterapia, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes do ano de 2020, é realizado de forma muito individualizada para cada paciente e a dose utilizada é calculada de acordo com o peso e a idade do indivíduo. Inicialmente é necessário utilizar uma dose diária total de 1 U/kg/dia e a dose será ajustada de acordo com a evolução do paciente perante a doença. O tratamento intensivo usando o esquema basal-bolus tem demonstrado bons resultados na prevenção de complicações da diabetes. Logo, o paciente poderá utilizar primordialmente a Insulina protamina neutra Hagedorn (NPH) duas vezes ao dia: uma antes de se alimentar pela manhã e outra à noite antes de deitar e com o decorrer do tratamento a utilização da NPH pode ser reajustada, podendo ser utilizada até 4 vezes ao dia (Silva Junior et al, 2023).

REFERÊNCIAS

KLEIGMAN, R et al. **Nelson Tratado de pediatria** / organização Sociedade Brasileira de Pediatria. - 5. ed. - Barueri [SP] : Manole, 2022. T698 5. ed. Inclui bibliografia ISBN 9786555767483.

1. Pediatria. I. Sociedade Brasileira de Pediatria.

21-73778 CDD: 618.92

CDU: 616-053.2

DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2023). DOI: 10.29327/557753.2022 -5, **Silva Júnior WS, Gabbay M, Lamounier R, Bertoluci M. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1)** ISBN: 978-85-5722-906-8.

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Elisia de Souza Carvalho¹

Fernando Vinícius de Amorim²

Gabriela Andreza Matana³

João Manoel Silva Sampaio⁴

Mina Christiane Grande Caetano⁵

Rafael Ferreira Coelho⁶

Gustavo Garcia⁷

Queixa Principal (QP): “Escuto vozes me ameaçando constantemente.”

HMA - História da Moléstia Atual: Paciente masculino, 28 anos, branco, solteiro, universitário, procurou atendimento acompanhado pela mãe devido a episódios de comportamento desorganizado e agressividade crescente há cerca de seis meses. Relata ouvir vozes que o ameaçam, frequentemente comentando suas ações e expressando mensagens persecutórias. Refere insônia, isolamento social progressivo e negligência com cuidados pessoais. O início dos sintomas foi insidioso, com dificuldade crescente na concentração e episódios de comportamento errático em ambientes sociais e acadêmicos. Inicialmente, os familiares interpretaram o comportamento como estresse universitário, mas houve piora progressiva, culminando em uma crise de agressividade que motivou a busca por atendimento psiquiátrico.

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina, elisia.carvalho@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, fernando.amorim@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, gabriela.matana@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, joão.sampaio@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, mina.grande@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, rafael.coelho@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Médico preceptor do curso de Medicina da Faculdade ZARNS de Itumbiara – GO.

APF - Antecedentes Pessoais Fisiológicos: Nascido de parto normal, desenvolvimento neuropsicomotor adequado, vacinação em dia, sem histórico de doenças graves na infância. Relata bom desempenho escolar até o início dos sintomas.

APP - Antecedentes Pessoais Patológicos: Histórico de uso esporádico de maconha durante a adolescência. Nega tabagismo e etilismo. Sem comorbidades clínicas conhecidas. Nega tentativas anteriores de suicídio, mas familiares relataram episódios recentes de verbalizações suicidas.

HF - História Familiar: Mãe com diagnóstico de depressão e tio materno diagnosticado com esquizofrenia. Não há outros relatos de transtornos mentais graves na família.

ISDAS - Interrogatório sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas: Nega cefaleia persistente, convulsões ou alterações motoras. Queixa de insônia grave e perda significativa de peso (aproximadamente 7 kg nos últimos três meses). Relata ocasionalmente dores abdominais inespecíficas, possivelmente relacionadas à alimentação irregular.

HVCSE - Hábitos de Vida e Condição Socioeconômica: Estilo de vida sedentário, alimentação irregular, vínculo social reduzido e dificuldades acadêmicas evidentes. Relação familiar fragilizada, com histórico recente de desentendimentos em casa devido ao comportamento agressivo e isolamento social do paciente.

EF - Exame Físico: PA: 120x80 mmHg; FC: 76 bpm; FR: 18 irpm; T: 36,5°C. Bom estado geral, hidratado, corado. Exame neurológico sem déficits motores ou sensoriais. Durante a entrevista, apresentou discurso desorganizado, pensamento fragmentado e comportamentos suspeitos, como pausas abruptas para “ouvir as vozes” e expressar medo de estar sendo seguido.

EC - Exames Complementares:

- Ressonância Magnética de Crânio: Sem alterações relevantes.
- EEG: Ritmo cerebral preservado.
- Exames laboratoriais (hemograma, função hepática, função renal e painel metabólico) dentro dos valores de referência.
- Teste toxicológico negativo para substâncias ilícitas.

HD - Hipótese Diagnóstica: A hipótese diagnóstica de esquizofrenia paranóide foi estabelecida com base na presença de sintomas psicóticos persistentes, destacando-se alucinações auditivas e delírios persecutórios, características típicas

desse subtipo da doença. De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), a esquizofrenia paranóide é caracterizada predominantemente por delírios e alucinações, com menor presença de sintomas negativos, como embotamento afetivo e retraimento social.

O paciente apresentou um quadro clássico dessa forma clínica, com forte componente persecutório, crença persistente de que pessoas próximas conspiravam contra ele e sensação constante de estar sendo seguido. Além disso, os episódios de agressividade e comportamento desorganizado sustentam a presença de sintomas positivos exacerbados, com impacto funcional significativo.

DD - Diagnósticos Diferenciais:

- Transtorno bipolar com características psicóticas;
- Transtorno delirante;
- Transtorno esquizoafetivo;
- Transtorno por uso de substâncias;
- Episódio depressivo maior com sintomas psicóticos.

CD - Conduta:

- Introdução de risperidona 2 mg/dia, com plano de titulação gradual para melhora dos sintomas positivos;
- Encaminhamento para psicoterapia cognitivo-comportamental com foco em reestruturação cognitiva e habilidades sociais;
- Apoio familiar intensificado e inclusão em grupo de apoio psicossocial;
- Acompanhamento psiquiátrico semanal nas primeiras quatro semanas para ajuste terapêutico e avaliação da evolução clínica;
- Elaboração de plano de segurança com familiares para manejo de comportamentos de risco;
- Orientação sobre adesão ao tratamento e educação sobre o transtorno para o paciente e seus familiares.

DISCUSSÃO

A esquizofrenia é uma condição psiquiátrica crônica e debilitante, frequentemente caracterizada por sintomas psicóticos, incluindo alucinações e delírios. Segundo Owen *et al.* (2016), “a esquizofrenia é uma das maiores causas de incapacidade no mundo”. A sintomatologia predominante no paciente - alucinações auditivas e comportamento desorganizado - é característica da forma paranóide, uma das subcategorias mais comuns da doença (McCutcheon *et al.*, 2020).

Conforme apontado por Vita et al. (2016), a hipofunção dopaminérgica na via mesocortical e a hiperfunção na via mesolímbica são consideradas fatores centrais na fisiopatologia da esquizofrenia. Essa hipótese é corroborada por evidências neurobiológicas descritas por Kahn & Keefe (2013), que destacam a perda significativa de substância cinzenta cerebral em pacientes com longa evolução da doença.

Estudos recentes também destacam a importância de abordagens psicoterapêuticas como parte fundamental no manejo clínico. Mueser & McGurk (2004) ressaltam que “a combinação entre farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz na redução dos sintomas residuais e na melhora funcional”. A risperidona foi escolhida por sua eficácia na redução de sintomas positivos e perfil de efeitos colaterais mais favorável (Stepnicki *et al.*, 2018).

Em relação ao impacto familiar, Os & Kapur (2009) destacam que “o envolvimento ativo da família é essencial para a adesão ao tratamento e para a reabilitação social do paciente”. O suporte familiar estruturado, conforme implementado neste caso, foi fundamental para a recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

- KAHN, R.; KEEFE, R. *Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus*. *JAMA Psychiatry*, v. 70, n. 10, p. 1107-1112, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>.
- MCCUTCHEON, R.; MARQUES, R.; HOWES, O. *Schizophrenia-An Overview*. *JAMA Psychiatry*, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>.
- MUESER, K.; MCGURK, S. *Schizophrenia*. *The Lancet*, v. 363, p. 2063-2072, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1).
- OS, J.; KAPUR, S. *Schizophrenia*. *The Lancet*, v. 374, p. 635-645, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8).
- OWEN, M.; SAWA, A.; MORTENSEN, P. *Schizophrenia*. *Lancet (London, England)*, v. 388, p. 86-97, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6).
- STĘPNICKI, P.; KONDEJ, M.; KACZOR, A. *Current Concepts and Treatments of Schizophrenia*. *Molecules*, v. 23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>.
- VITA, A.; BARLATI, S.; PERI, L.; DESTE, G.; SACCHETTI, E. *Schizophrenia*. *The Lancet*, v. 388, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31674-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31674-9).

HERPES ZOSTER NA INFÂNCIA DOENÇA NEUROOCUTÂNEA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

Elísia de Souza Carvalho¹

Fernando Vinícius de Amorim²

Gabriela Andreza Matana³

João Manoel Silva Sampaio⁴

Mina Christiane Grande Caetano⁵

Rafael Ferreira Coelho⁶

Rafaela Dias Fichi Santana⁷

Queixa Principal (Q.P): “Dor intensa, coceira, vermelhidão e bolinhas no braço, na costa e peito a direita, há 4 dias” – Segundo informações colhidas.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente, mulher, 10 anos, 20kg, com histórico de infecção pelo vírus Varicela tratada e acompanhada há cinco anos, na presente consulta apresenta lesões cutâneas vesículas eritomatosas associadas a dor local intensa e progressiva em forma de queimação, prurido e hiperemia, seguindo um dermatomo a direita com início há quatro dias e com priora dos sintomas há dois dias. Apresentou febre mensurada de 38,6 °C há um dia, atualmente em uso 20 gotas de dipirona 500mg/ml.

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina, elisia.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, fernando.amorim@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, gabriela.matana@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, joão.sampaio@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de medicina, mina.grande@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmico de medicina, rafael.coelho@aluno.faculdezarns.com.br

7 Médico preceptor do curso de Medicina da Faculdade ZARNS de Itumbiara – GO.

Figura 1: Lesão cutânea.



Fonte: Acervo dos autores (2025).

História Patológica Pgressa (HPP): Sem comorbidades.

Medicações em Uso (MEU): Nega uso.

História Familiar (HF): Mãe com histórico de hipertensão controlada e dislipidemia, Pai com histórico de diabetes mellitus controlada.

Hábitos de Vida e Condições Socioeconômicas (HVCSE): Atividades física na escola, 4 horas diárias de tempo de tela, baixa ingesta hídrica.

Ectoscopia: Regular estado geral, acianótico, anictérico, afebril, lúcido, orientado, Glasgow 15, mucosas coradas e hidratadas, colaborativo ao exame.

Exame Físico (EF): Linfonodos palpáveis em região cervical e supra clavicular, tireoide fibroelástica, ausência de lesões cervicais e faciais.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros audíveis.

Aparelho respiratório: Expansibilidade preservada, som claro pulmonar, sem ruídos adventícios, murmúrio vesicular fisiológico.

Aparelho gastrointestinal: Globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massas e ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes, espaço de traube livre.

Membros Superiores: Hipersensibilidade, aumento de temperatura local e hiperemia com presença de lesões em forma de vesículas eritomatosas a direita.

Membros inferiores e Vasculares: Ausência de edemas de membros inferiores, panturrilha livre e indolor, perfusão capilar preservada menor que dois segundos.

Aparelho geniturinário: Ao exame, sem alterações. Tanner G1P2.

Dermatológico: lesão em cintura escapular a direita com hiperemia e presença de vesículas eritomatosas hiperemiadas seguindo dermatomo.

Exames Complementares (EC): Hemograma e PCR/VHS (para inflamação/infeção) seria indicado, mas o diagnóstico clínico já se estabeleceu. Por ser um paciente muito jovem foi solicitado Anti-HIV para descartar imunocompetência ou imunocomprometimento.

Hipótese Diagnóstica (HD): Herpes zóster, com base na clínica do paciente.

Diagnósticos Diferenciais (DF): Varicela-zóster, Herpes-vírus, Lingangioma circunscrito, Impetigo bolhoso, Queimadura, Dermatite de contato, Sarampo atípico, Sífilis, Dermatite herpetiforme, Penfigoide bolhoso.

Conduta (CD): Não medicamentosa: A limpeza e proteção das lesões devem ser realizadas corretamente com água corrente e sabão neutro, podendo utilizar compressas com água boricada ou secativas como calamina, a fim de evitar infecção bacteriana secundária, pois é uma complicação relativamente comum. Afastamento escolar até as lesões estarem em crostas (geralmente de 7 a 10 dias).

Medicamentosa: Tratamento oral por 7 dias com 20mg/kg/dose de Aciclovir, 400mg por dose dividido em 5 tomadas ao dia (4 em 4 horas). Prednisolona 3mg/ml, tomar 6,5ml ao dia por 5 dias. Dipirona 500mg/ml, tomar 20 gotas de 6 em 6 horas, se dor ou febre.

Orientações gerais e específicas para o quadro, se sinais de alarme procurar o pronto socorro mais próximo.

Aguardo retorno em 7 dias.

DISCUSSÃO

O vírus varicela-zóster é um patógeno que persiste de forma latente no sistema nervoso por toda a vida do indivíduo após a infecção primária. Neste sentido, o herpes-zóster é uma doença infecciosa relativamente comum provocada pela reativação do varicela-zóster, caracterizada por manifestações cutâneas dolorosas. Em se tratando de duração, a doença pode evoluir para a cura em poucas semanas ou se estender por meses ou anos.

Na maioria dos casos, o vírus parece propagar-se de um ou mais gânglios e acompanhar o trajeto do nervo correspondente, infectando a região da pele, através do nervo espinal. Entretanto, dependendo do dermatomo envolvido, um bom diagnóstico é realizado através de um exame clínico e, por vezes, com testes laboratoriais que detectam anticorpos IgM do varicela-zóster, que são ativados durante a varicela ou zóster. (Van Oorschot, D., et al.)

Com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 para crianças de 15 meses de idade, houve uma redução considerável do número de internações no SUS. O tórax e a face são as regiões mais comumente acometidas, chegando a 75% dos casos.

Ainda neste caso, a transmissão do vírus ocorre quando se tem contado com as secreções liberadas ou quando se usa roupas, toalhas e/ou objetos utilizados por indivíduos já contaminados. Dentre esses cuidados, deverão estar incluídos: higienizar bem as mãos, evitar tocar as erupções, nunca compartilhar itens que tiveram contato com a lesão. Na maioria dos casos, o zóster é autolimitante, e o tratamento com analgésicos é suficiente. (Ministério da saúde 2025)

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da saúde. **Herpes (Cobreiro)**. < Herpes (Cobreiro) — Ministério da Saúde> Acessado em 23 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

VAN OORSCHOT, D.; Vroling, H.; Bunge, E.; Diaz-Decaro, J.; Curran, D.; Yawn, B. A **Systematic literature review of Herpes zoster incidence worldwide**. Hum. Vaccines Immunother. 2021, 17, 1714–1732.

TDAAH- TRANSTORNO DE DÉFICT DE ATENÇÃO

Angelita Álvares Jacome¹

Ana Paula Rezende Silva²

Camerino Ferreira de Oliveira Neto³

Jhuly Stefany Ribeiro dos Santos⁴

Julliane Taynara Lourenço Borges⁵

Sergio Souto de Melo⁶

Gustavo Garcia Gonçalves⁷

Queixa Principal (QP): “dispersa frequentemente, demandando muito tempo para trabalhos razoavelmente simples.”

História da Doença Atual (HMA): Paciente do sexo feminino, com 30 anos de idade, casada, funcionária de uma empresa de embalagens. Conta que sua dificuldade na escola começou já no jardim da infância. Seu déficit de atenção e hiperatividade originaram problemas escolares e de relacionamento ao longo de toda a vida. Conseguiu terminar o ensino médio e cursar uma faculdade de administração com muito esforço. Atualmente, reside com o marido, mas não tem filhos. “Ele não confia na capacidade dela para cuidar de crianças” (sic). Trabalha fora de casa num período e dedica-se às tarefas domésticas no outro. Refere que se dispersa frequentemente, demandando muito tempo para trabalhos razoavelmente simples. Casualmente, encontrou na internet uma palestra de

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. angelita.jacome@aluno.faculdezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. ana.rsilva@aluno.faculdezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. camerino.neto@aluno.faculdezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. jhuly.santos@aluno.faculdezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. julliane.borges@aluno.faculdezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. Acadêmica de Medicina. sergio.melo@aluno.faculdezarns.com.br

7 Faculdade ZARNS Itumbiara. Docente e Preceptor do Curso de Medicina. gustavo.g.ter@faculdezarns.com.br

um psiquiatra sobre TDAH, identificando-se com a sintomatologia descrita. Procurou ajuda especializada e comentou com o médico sobre sua dificuldade em concluir tarefas, bem como o esquecimento de compromissos, sentimento de inquietação, além de impaciência, impulsividade nas decisões e envolvimento frequente em acidentes de automóvel quando está dirigindo.

História Patológica Progressiva (HPP): Refere não ter nenhuma comorbidades. Menarca aos 11 anos, espontânea, ciclos menstruais regulares. Fluxo menstrual muito abundante com aumento da intensidade no último ano. Coitarca aos 16 anos. Realizou contracepção hormonal oral com pílula monofásica desde os 18 anos cessando aos 23 anos para fins de concepção. Nuligesta a tentar engravidar desde há 1 ano.

História Familiar (HF): Alega que seus pais possuem Diabetes, porém, fazem o uso contínuo da medicação e o monitoramento dos níveis da glicêmicos.

Hábitos de vida e condições socioeconômica (HVCSE): Paciente pratica musculação e caminhada 2 a 3 vezes na semana, faz pouca ingestão hídrica durante o dia, alimenta-se 3 vezes ao dia, evacuação presente 2 vezes na semana. Nega etilismo e uso tabaco, possui vida sexual ativa. Moradia alugada de alvenaria, fossa séptica, não possui animais domésticos, não tem filhos, mantém bom convívio com familiares e amigos.

Exame Físico (EF): Paciente apresentou-se ao exame físico lúcido e orientado em tempo e espaço. Ativo e colaborativo, deambulando ausência de déficits cognitivos. Normocorada, eupneico, acianótico e anictérico. Tórax simétrico, sem desconforto respiratório. Expansibilidade preservada. Percussão com som claro pulmonar, murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios.

Aparelho cardiovascular (ACV): Ausência de atritos, ausência de sopros, bulhas rítmicas normofonéticas, pulsos arteriais periféricos simétricos. Abdome globoso, sem lesões na pele. A ausculta abdominal apresenta ruídos hidroaéreos de propulsão e mistura presentes e normo-audíveis. Pulsação arterial e peristalse não identificáveis a inspeção, peristalse presente nos quatro quadrantes, porém lentas, ausência de sopros em focos arteriais abdominais, fígado palpável, ausências de massas, apresenta dor na região dos flancos, apresenta dor a punho-percussão nas regiões costovertrais.

Sinais vitais (SV): PA 120x70 mmHg; FC 67 bpm; FR 19 rpm, temperatura 36,6 °C; spO2 97%; peso 101 kg; altura 1,77m; IMC 25,76 kg/m², encontra-se sobrepeso;

Aparelho geniturinário (AGU): Diurese presente e sem alterações. Higiene adequada na região genitália, sem alterações

Aparelho gastro-intestinal (AGI): Evacuação ausente, quando presente são fezes grumosas.

Aparelho locomotor (AL): Mobilidade preservada, sem lesões na pele. MMII apresentam mobilidade ativa e passiva preservadas, sem dor ou crepitações, ausência de deformidades nas articulações, ausência de lesões na pele, pulsos periféricos palpáveis simétricos, fluxo sanguíneo sem alterações nos capilares sanguíneos periféricos.

Exames Complementares (EC):

- Hemácias: 4,0
- Hemoglobina: 13,1
- Hematócrito: 38,9
- Leucócitos 10,250
- Plaquetas 200.000
- Glicemia: 73
- TGO: 30
- TGP: 45
- Ureia: 21
- Creatinina: 0,6.

Hipótese diagnóstica (HD): transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)??

Conduta (CD): Recomenda-se abordagem multimodal, incluindo intervenções educacionais, comportamentais e farmacológicas. A escolha do medicamento é influenciada por vários fatores, sendo a duração da ação o mais importante. Crianças, adolescentes e adultos se beneficiam de uma medicação de ação prolongada, que favoreça o funcionamento escolar, social e profissional ao longo do dia e aumente a capacidade de cumprimento das responsabilidades. Além disso, os medicamentos de ação prolongada permitem a administração uma vez ao dia, tornando o tratamento mais privativo e evitando o estigma, o que melhora a adesão. Metilfenidato (MPH) é o psicotrópico mais amplamente utilizado em psiquiatria infantil. Foi desenvolvido inicialmente como formulação oral de liberação imediata (MPH-IR): absorvido, atinge a concentração máxima sanguínea em 1 a 3 horas. A rapidez de sua captação pelo sistema nervoso central é atribuída à rápida distribuição, baixa ligação às proteínas e alta lipossolubilidade. Reduz as manifestações clínicas evidentes e menos evidentes do TDAH.

DISCUSSÃO

Estudo recente mostrou que, em comparação com o autismo, crianças com TDAH combinado tinham maior probabilidade de receber prescrição de medicamentos para TDAH, principalmente estimulantes. No entanto, crianças autistas tinham maior probabilidade de receber prescrição de antipsicóticos e inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) em comparação com crianças com TDAH combinado. As crianças com menor probabilidade de serem medicadas foram aquelas com TDAH do tipo desatento, uma vez que apresentaram comprometimento mínimo (Al Ghamdi, 2024).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade apresenta uma grande heterogeneidade clínica e, por isso, acredita-se que tenha também uma heterogeneidade etiológica. Semelhantemente a outros transtornos psiquiátricos, vários genes de pequeno efeito podem levar a uma suscetibilidade genética. O desenvolvimento do TDAH surja a partir da interação de genes suscetíveis entre si e com o ambiente (DSM-5, 2014)

Indivíduos com TDAH podem sofrer quedas, esbarrar em objetos ou deixar as coisas cair. Uma observação cuidadosa em contextos diferentes é necessária para determinar se a falta de competência motora é atribuível mais a distração e impulsividade do que ao transtorno do desenvolvimento da coordenação. Se preenchidos os critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do desenvolvimento da coordenação, ambos os diagnósticos podem ser feitos (Al Ghamdi, 2024).

CONCLUSÃO

Abordagens terapêuticas para reduzir os sintomas de TDAH em indivíduos com TEA requerem intervenções psicossociais modificadas e adaptadas às necessidades dos indivíduos, bem como excelente psicoeducação para os cuidadores. Mais estudos são necessários para compreender a concorrência de ambos os transtornos e para desenvolver abordagens terapêuticas após uma avaliação precisa. Portanto, é recomendado que todos os membros da sociedade, incluindo aqueles que podem financiar pesquisas futuras, trabalhem juntos para apoiar esses membros importantes da nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Al Ghamdi K, AlMusailhi J. Attention-deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: Towards Better Diagnosis and Management. *Med Arch.* 2024;78(2):159-163. doi:10.5455/medarh.2024.78.159-163. PMID: 38566879; PMCID: PMC10983102.

2. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais[recurso eletrônico] : **DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: **Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.**] ; revisão técnica: **Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]**. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2014. Editado também como livro impresso em 2014. ISBN 978-85-8271-089-0 1. **Psiquiatria**. 2. **Transtornos mentais**. I. **American Psychiatric Association**. CDU 616.89-008.
3. Medicina interna de Harrison [recurso eletrônico] / Joseph Loscalzo [et al.] ; tradução: André Garcia Islabão...[et al.] ; [revisão técnica: **Antônio de Barros Lopes... et al.**]. – 21. ed. – Porto Alegre : **AMGH**, 2024.E-pub. Editado também como livro impresso em 2024. ISBN 978-65-5804-023-1.
4. Piñeiro-Díez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P., & Soler-López, B. (2014). Comorbidade psiquiátrica no momento do diagnóstico em adultos com TDAH: o estudo CAT. **Jornal de Transtornos de Atenção** , 20 (12), 1066-1075. <https://doi.org/10.1177/1087054713518240> (Trabalho original publicado em 2016).

INFECÇÃO GRAVE APÓS MORDEDURA DE GATO: FALHA TERAPÊUTICA PRÉVIA E NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO HOSPITALAR INTENSIVA

Cecília Cristina Machado Borges¹

Fábio Vecchini Martins²

Gabrielle Barcelos Dias Gonçalves³

Giovanna Rocha Lenza⁴

Maria Anthônia Gundim Lemos⁵

Maria Laura Momenté Castanheira Belchior⁶

Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento⁷

Queixa Principal (QP): “Mordida de gato na perna que não sara, há 1 mês”.

HMA: História da moléstia atual

Paciente sexo feminino, 72 anos, admitida no pronto atendimento do Hospital Municipal, acompanhada de sua filha, em cadeiras de rodas (por dor), devido a mordedura de gato doméstico na face medial da canela, ocorrida há 1 mês. Queixa-se de piora gradativa do quadro, com dor local intensa, associada à febre, abscesso com drenagem espontânea, sinais flogísticos exuberantes e piora funcional do membro com linfangite ascendente. Relata ter realizado tratamento ambulatorial prévio, sem sucesso.

1 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: cecilia.borges@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmico: E-mail: fabio.martins@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: gabrielle.goncalves@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: giovanna.lenza@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.gundim@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS. Acadêmica: E-mail: maria.belchior@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS. Médico preceptor. E-mail: alfredo.s.nascimento@faculdadezarns.com.br

Informa que a lesão, inicialmente, apresentava-se como uma marca puntiforme dolorosa, com discreto eritema local, sem sinais flogísticos significativos. Procurou atendimento médico após alguns dias, quando notou aumento do edema e dor intensa, sendo prescrito Amoxicilina 500 mg, via oral, de 8/8 horas, por 10 dias, sem melhora clínica.

Entretanto, com 5 dias de tratamento, retornou ao hospital por piora progressiva do quadro, com secreção purulenta na região da mordida, linfangite e febre de 38 °C, sendo instituído nova terapia com Cefalexina 500 mg, via oral, de 6/6 horas, por 7 dias.

O tratamento com Cefalexina foi completado; contudo, a paciente evoluiu com abscesso ascendente à lesão primária, sendo prescrita uma terceira tentativa terapêutica com Clindamicina 600 mg, via oral, de 8/8 horas, por 7 dias. Antes do término da antibioticoterapia, o abscesso evoluiu gradativamente, com drenagem espontânea de pus, amarelo-esverdeado, fétido e volumoso, o que necessitou uma nova avaliação.

Figura 1: comparativo entre admissão x alta



Fonte: acervo autores e filha da paciente

APF: Antecedentes Pessoais Fisiológicos

Menarca aos 12 anos, G3/PN3/A0. Menopausa aos 50 anos.

APP: Antecedentes Pessoais Patológicos

Hipotireoidismo em uso de Levotiroxina (Puran T4 75 mcg/dia).

Hipertensão Arterial Sistêmica, controlada com Metoprolol (Seloken 50 mg 12/12h) e Verapamil (Ancoron 80 mg 8/8h).

Nega alergias.

HF: História familiar

Mãe foi hipertensa e diabética, não informado causa de falecimento.

Pai falecido por complicações cardiovasculares, sem demais informações.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Sintomas gerais: nega febre, calafrio, sintomas gripais, astenia, fadiga e vertigem.

Orofaringe: nega dor, inflamações, disfagia, odinofagia e demais sintomas.

AR: nega dor torácica, tosse, hemoptise, dispneia, sudorese noturna.

ACV: nega dor precordial, palpitações, lipotímia, síncope, hipertensão descontrolada.

Refere hipertermia e edema de MIE, varizes e dermatite ocre de MMII.

Nega queixas gastrointestinais, gênito-urinárias, endocrinológicas e neurológicas.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Nega etilismo e tabagismo. Segundo filha, tem alimentação balanceada, com adequada ingesta hídrica e hábito intestinal fisiológico. É alfabetizada, aposentada e reside com a filha em uma casa com saneamento e possui um gato. A condição econômica é regular.

EF: Exame físico

BEG, LOTE, hidratada, corada, anictérica, acianótica, afebril, fáceis atípica, eupneica em ar ambiente. Atitude antálgica, em cadeira de rodas, em decúbito ortostático sentado.

AR: Aparelho respiratório

Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios.

ACV: Aparelho cardiovascular

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

AGI: Aparelho gastrointestinal

Abdome globoso, flácido, sem cicatrizes, abaulamentos ou retrações, com ruídos hidroaéreos fisiológicos. Macicez em loja hepática e timpanismo em demais quadrantes.

Abdome livre, indolor, sem massas e vísceromegalias palpáveis.

AGU: Aparelho genitourinário

Nega queixas urinárias e genitais ativas. Sem dor em flancos ou região suprapúbica.

AN: Aparelho neurológico

Tônus e reflexos normorreativos. Sem déficits motores ou sensitivos focais.

AL: Aparelho locomotor

Marcha não avaliada devido à restrição à cadeira de rodas.

EC: Exames complementares

Não realizados por ausência de critérios, com conduta essencialmente clínica.

HD: Hipótese diagnóstica

Celulite com abscesso secundário a complicações de mordedura de gato.

DD: Diagnósticos diferenciais

Erisipela; Fasciíte Necrozante; Osteomielite.

CD: Conduta

Diante da falha terapêutica ambulatorial e da gravidade do quadro, optou-se por internação hospitalar para controle da infecção. Iniciou-se antibioticoterapia empírica com Clindamicina 600 mg VO (continuação do tratamento anterior) e Ceftriaxona 1 g EV 12/12h por 7 dias, visando cobertura para *Pasteurella multocida*, gram-positivos e anaeróbios.

A paciente recebeu analgesia com Dipirona EV e foi submetida a curativos diários com debridamento, além de bandagem compressiva para contenção da inflamação. Indicou-se profilaxia para trombose venosa profunda com elevação do membro e estimulação da deambulação. Monitoramento clínico foi mantido, com reavaliação diária da resposta terapêutica e possibilidade de ajustes conforme necessidade.

Apresentou melhora clínica significativa em 24h, com evolução favorável e alta hospitalar no 4º dia. Foi orientada a seguir tratamento com Ceftriaxona 2 g IM em unidade básica de saúde, até completar o esquema recomendado.

DISCUSSÃO

As mordeduras de gato apresentam alta taxa de infecção, entre 30% e 50% dos casos, principalmente pela presença de *Pasteurella multocida*, comum na microbiota oral felina (ABRAHAMIAN; GOLDSTEIN, 2021). A antibioticoterapia empírica deve incluir cobertura para esse patógeno e anaeróbios, sendo a associação de Amoxicilina com Clavulanato a primeira escolha, por sua eficácia contra bactérias gram-positivas, gram-negativas e produtoras de beta-lactamase (WEBER et al., 2023). No caso descrito, o uso inicial de Amoxicilina isolada resultou em cobertura inadequada. A troca para Cefalexina, embora ativa contra estafilococos e estreptococos, não abrange *Pasteurella*, mantendo a infecção em evolução. O escalonamento para Clindamicina foi necessário por sua boa penetração tecidual e ação contra anaeróbios e algumas cepas de *Pasteurella*. Comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo

podem ter contribuído para uma inflamação mais intensa e cicatrização lenta, justificando a internação hospitalar. O caso reforça a importância da escolha criteriosa da antibioticoterapia inicial e da reavaliação precoce diante de falha terapêutica, a fim de prevenir complicações e quadros graves.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMIAN, F. M.; GOLDSTEIN, E. J. C. Microbiology of animal bite wound infections. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 34, n. 2, p. e00020-21, 2021.

WEBER, D. J. et al. Animal bite infections. **The New England Journal of Medicine**, v. 388, n. 7, p. 645–653, 2023.

ANGINA SECUNDÁRIA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Lorhanne Sousa Prado Araújo¹

Raíssa Sousa Borges Ribeiro²

Hyzadora Luyza Fernandes Souza³

Michelle Alcântara de Castro⁴

Siméia Nunes Amaral de Araujo⁵

Natália Nara Park Andrade⁶

Queixa Principal: Aperto no peito quando faz atividades há 6 meses.

História da moléstia atual: Paciente do sexo feminino, 58 anos. Relata episódios de desconforto precordial aos médios esforços, de curta duração (1-3 minutos), sem irradiação, com alívio ao repouso. Nega sintomas associados como sudorese, dispneia ou náuseas. Informa ter hipertensão, faz uso de losartana 50 mg, 2x ao dia. Tem histórico de AVC isquêmico há 3 anos, com confirmação de aterosclerose carotídea em ultrassonografia, sem sequelas significativas. Nega uso de AAS ou estatina. Nega alergia medicamentosa.

Antecedentes pessoais fisiológicos/patológicos: AVCi há 3 anos. Menopausa precoce aos 33 anos. Comorbidades: HAS.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. lorhanne.araujo@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. raissasbribeiro@gmail.com

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. hyzadoraluyza1@gmail.com

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. michelle.alcantara.castro@gmail.com

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. simeia.araujo@aluno.faculdezarns.com.br

6 Preceptora, Médica da família da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. natalianara15@gmail.com

História familiar: Relata histórico familiar importante para DCV.

Hábitos de vida: Não realiza rastreamentos há anos. Nega tabagismo ou etilismo.

Exame físico:

- Peso: 74,5 kg
- Altura 165 cm
- IMC 27.36 KG/M
- Pressão arterial: 110/80 mmHg
- Freq. Cardíaca: 72 bpm
- Saturação: 96%

Aparelho cardiovascular: Relata desconforto precordial aos esforços, sem irradiação, de curta duração, aliviado com repouso. Nega palpitações, síncope ou edema de membros inferiores. Antecedente de AVC isquêmico e aterosclerose carotídea. Nega uso de antiplaquetários ou estatinas.

Aparelho neurológico: Histórico de AVC isquêmico há 3 anos, sem déficits neurológicos significativos no momento. Nega cefaleia, tontura, crises convulsivas ou alterações motoras recentes.

Exames complementares:

- **Ecocardiografia transtorácica (19/03/2025)**

Justificativa do procedimento: investigação AVC.

Conclusão: Câmaras cardíacas com dimensões normais; VE e VD com função sistólica preservada; Função diastólica normal; Insuficiência tricúspide discreta; Insuficiência mitral discreta; Pericárdio normal.

- **Mamografia bilateral para rastreamento (24/01/2025)**

Justificativa do procedimento: rastreamento.

Conclusão: Ausência de alterações radiológicas significativas; BIRADS II: achados mamográficos benignos. A critério clínico sugerimos controle mamográfico em 01 ano.

- **Exame citopatológico cervico vaginal/ microflora- rastreamento (2025)**

Resultado: Negativo para lesões intraepitelial ou malignidade na amostra realizada.

- **Hemograma:** Resultado em 16/01/2025; Hemoglobina: 12,9 g/dL; Hematócrito: 37,6%; RDW: 15,1%; Plaquetas: 338.000/mm³; Leucócitos: 5.040/mm³.
- **Dosagem de colesterol total:** 191,0 mg/dL

- **Dosagem de colesterol LDL:** 115,8 mg/dL
- **Dosagem de colesterol HDL:** 50,0 mg/dL
- **Dosagem de Creatinina:** Creatinina: 0,88 mg/dL Ritmo de filtração glomerular: 62 mL/min/1.73 m²
- **Dosagem de 25 hidroxivitamina D:** 31,7 ng/mL
- **Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH):** 2,60 microUI/ mL
- **Dosagem de microalbumina na urina:** Microalbuminúria: 2,6 mcg/mg creatinina; Albumina: 3,0 mg/L; Creatinina: 116 mg/dL
- **Dosagem de tiroxina livre (T4 livre):** 1,41 ng/dL
- **Dosagem de triglicerídeos:** 136,0 mg/dL
- **Dosagem de vitamina B12:** 1.007 pg/ mL
- **Dosagem de glicose:** 90 mg/dL
- **Dosagem de hemoglobina glicosilada:** 5,4% / 108,3 mg/dL
- **Pesquisa de sangue oculto nas fezes (22/01/2025):** Negativo
- **Teste de esforço/ teste ergométrico (28/01/2025)**

Justificativa do procedimento: paciente com dor tipo anginosa de início há 6 meses. Conclusão: Teste ergométrico que não atingiu a submáxima predita (79% da FC máxima predita), positivo para isquemia. Exame interrompido por exaustão. Comportamento anormal da pressão e da frequência cardíaca (Iniciou o exame hipertensa). Ausência de arritmia significativa durante o exame.

Hipótese diagnóstica

Angina estável por doença arterial coronariana.

Problemas e/ou condições avaliados e registrados neste atendimento:

Hipertensão sem complicações – k86/ Medicina preventiva/manutenção da saúde – A98

CD: Conduta

Foi solicitado teste ergométrico; ecocardiograma; DMO; Rastreamentos, exames para investigação de comorbidades.

Medicamentos prescritos: Sinvastatina 40 mg: 1 comprimido, à noite | Oral

| Comprimido | Uso contínuo / Ácido Acetilsalicílico 100 mg: 1 comprimido, 1 vez ao dia | Oral | Comprimido | Uso contínuo

DISCUSSÃO

No caso desta paciente, diagnosticada com aterosclerose carotídea e angina estável, o tratamento com estatinas visa estabilizar as placas ateroscleróticas, retardando a progressão da doença e reduzindo o risco de complicações cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). De acordo com GRANDINETTI, et al (2017), as estatinas também possuem propriedades anti-inflamatórias, que auxiliam na diminuição da inflamação nas artérias, o que contribui para a redução do risco de eventos trombóticos.

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) é indicado para prevenir a formação de trombos, com o objetivo de reduzir o risco de infarto do miocárdio e AVC. Assim, as estatinas não só diminuem os níveis de lipídios plasmáticos, mas também favorecem a estabilização das placas ateroscleróticas, prevenindo complicações cardiovasculares. Esses tratamentos são especialmente indicados para pacientes com alto risco cardiovascular (MARQUES, et al. 2016).

FISIOPATOLOGIA

Em razão do exposto percebe-se que, a paciente com histórico de AVC isquêmico e aterosclerose, segundo César et al., 2004, a angina pode se manifestar em pacientes com hipertensão inadequadamente controlada devido ao aumento da tensão na parede do ventrículo esquerdo, à diminuição da capacidade de aumentar o fluxo sanguíneo nas coronárias (mesmo sob estresse fisiológico ou farmacológico) e ao aumento da pressão diastólica final no ventrículo esquerdo.

REFERÊNCIAS

1. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.** Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Angina Crônica Estável. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 108, n. 3, p. 265- 316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/KyK8HwX/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2025.
2. **GRANDINETTI, A. et al.** Estatinas: Efeitos na prevenção de eventos cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 70, n. 4, p. 459-467, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/K2v3pF5/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2025.
3. **MARQUES, M. I. et al.** Uso de ácido acetilsalicílico na prevenção secundária de eventos cardiovasculares. *Jornal Brasileiro de Cardiologia*, v. 72, n. 6, p. 411- 421, 2016. Disponível em: <https://www.jbc.org.br/jornal/artigo/abc/artigo>. Acesso em: 31 mar. 2025.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Luana Cavalcanti Romano¹

Lucas Mathias Costa de Jesus²

Lucila Mendes da Costa³

Manuela Guimarães Isecke⁴

Ricardo Nunes Santos e Silva Barroso⁵

Yago Machado Jabur⁶

Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento⁷

Queixa Principal (QP): Edema generalizado há 7 dias;

HMA: História da moléstia atual

Paciente feminino, 59 anos, residente em Itumbiara-GO, foi admitida no pronto-socorro por familiares devido a anasarca. Encontra-se com dificuldade de verbalização por deficiência auditiva.

Assim sendo, filho da paciente relata que há 15 dias atrás a paciente havia comparecido a atendimento por conta do edema generalizado que foi feita medicação para diminuir o edema (medicação não soube informar) com melhora dos sintomas.

Informa que foi receitado HCTZ 25mg dois comprimidos ao dia para manutenção do quadro clínico; Paciente retorna ao pronto-atendimento na data de hoje relatando que há 7 dias o edema voltou a aparecer causando piora do quadro.

Além da anasarca aparente, paciente queixa também de oligúria e polaciúria, associada a tosse produtiva mas não sabe informar a coloração da secreção. Por fim, relata dor torácica posterior. Nega febre.

1 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

2 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

3 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

4 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

5 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

6 Acadêmico de Medicina, Faculdade Zarns Itumbiara – GO.

7 Preceptor, Docente na Faculdade Zarns Itumbiara - GO.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos

Informações não colhidas.

APP: Antecedentes pessoais patológicos

Paciente nega histórico de diabetes, porém é hipertensa em uso regular de losartana 50mg, uma vez ao dia. Também possui dificuldade locomotora (não consegue andar) em razão de patologia na coluna e joelhos, a qual não sabe informar. Por fim, informa que realizou colecistectomia há 30 anos atrás.

HF: História familiar

Relata história familiar de hipertensão e IAM.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Cardiovascular: histórico de hipertensão.

Neurológico: dificuldade auditiva; astenia.

Abdominal: ascite importante.

Respiratório: tosse produtiva (sic), mas não sabe informar a cor da secreção, associada a dispneia.

Trato Urinário: oligúria e polaciúria.

Trato Gastrointestinal: trânsito intestinal sem alterações; nega melena e nega dor abdominal.

Locomotor: dificuldade locomotora, levando-a a ser cadeirante.

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Paciente obesa com alimentação não balanceada. Nega tabagismo e etilismo, porém não pratica atividade física – sedentária. Percebe-se baixa condição socioeconômica.

EF: Exame físico

Mau estado geral, acianótica, anictérica, afebril, hipocorada, hidratada; lúcida e orientada em tempo e espaço com dificuldade para verbalizar devido a deficiência auditiva. Paciente dispneica ao ar ambiente com pressão arterial de 173x125 mmHg e saturação de 89%, bem como 42 incursões respiratórias por minuto (IRPM).

AR: Aparelho respiratório

Ausulta respiratória: murmúrios vesiculares universalmente audíveis (MVUA), com presença de estertores grossos difusos, bilaterais, em todo o pulmão.

ACV: Aparelho cardiovascular

Ausulta cardíaca: bulhas arrítmicas hipofonéticas em 2 tempos, sem sopro.

AGI: Aparelho gastrointestinal

Exame abdominal: abdômen globoso, flácido, indolor a palpação; sinal de Piparote positivo.

AGU: Aparelho genitourinário

Oligúria e polaciúria sem disúria. Nega quaisquer patologias renais.

AN: Aparelho neurológico

Dificuldade auditiva de causa desconhecida

AL: Aparelho locomotor

Dificuldade para deambular; uso de cadeira de rodas;

EC: Exames complementares

Paciente apresentou em consulta hemograma realizado dois dias antes com os seguintes resultados:

Hemácias – 4,47milhões/mm³

Hemoglobina – 14,70g/dl

Hematócrito – 41,6%

Leucócitos – 5.750/mm³

Plaquetas – 255.000/mm³

Ureia - 38,1mg/dl

Creatinina – 1,8mg/dl

TGO – 35 U/L

TGP – 14 U/L

HD: Hipótese diagnóstica

Insuficiência Cardíaca Congestiva;

DD: Diagnósticos diferenciais

Edema Agudo de Pulmão (EAP); Insuficiência renal crônica (IRC); Infarto agudo do miocárdio (IAM).

CD: Conduta

Exames Solicitados: Eletrocardiograma; Ecocardiograma (indisponível); Hemograma completo; PCR; Ureia e Creatinina; Cálcio; Sódio; Potássio;

Paciente foi internado na enfermaria do pronto-atendimento, onde inicialmente já foi requerido monitoramento, oxigênio e acesso venoso para o paciente (MOV), com oxigênio à 3 litros por minuto. Em sequência, foi requerido hemograma, PCR, ureia, creatinina, sódio, cálcio e potássio para descartar infecções e patologias renais.

Concomitantemente, foi realizado ECG para descarte de IAM e avaliação cardíaca geral, sendo que não havia possibilidade de realizar Ecocardiograma. Durante a monitorização do paciente percebeu-se uma pressão arterial flutuante e aumento das incursões respiratórias (47irpm).

Com resultado dos exames solicitados em mãos, foi descartada a possibilidade de infecções e patologias renais, bem como o eletrocardiograma não indicava patologias anginosa, porém sugeria hipertrofia de ventrículo esquerdo e arritmia, o que associado à ausculta respiratória, corrobora para hipótese diagnóstica de Insuficiência Cardíaca (IC) evoluindo para Edema Agudo de Pulmão (EAP).

Tendo em vista os resultados apresentados, foi realizada aplicação endovenosa de furosemida, duas ampolas de 10ml, 2mg/ml, de seis em seis horas. Foi requerido encaminhamento através de regulação interna para hospital de referência em Goiânia-GO.

DISCUSSÃO

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma doença bastante comum na área da cardiologia. É uma patologia ocasionada essencialmente pela disfunção orgânica do coração, cursando muitas das vezes com Edema Agudo de Pulmão (EAP). Vejamos:

“A principal terminologia usada historicamente para definir IC baseia-se na FEVE e compreende pacientes com FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), e aqueles com FEVE reduzida ($< 40\%$), denominados IC com fração de ejeção reduzida (ICFER). Por outro lado, pacientes com fração de ejeção entre 40 e 49% sempre foram considerados como “zona cinzenta da fração de ejeção” e não recebiam denominação específica.” (Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018, página 443)

Isso se dá, porque a ICC aguda com aumento da pressão diastólica final das câmaras esquerdas acarreta hipertensão venosa pulmonar, acarretando extravasamento de líquido para os alvéolos.

O paciente portador de Insuficiência Cardíaca Congestiva pode ser classificado de 4 maneiras clínico-hemodinâmico. O paciente “A” é considerado um paciente estável, com fração de ejeção preservada ($>50\%$) sem alterações clínicas. O paciente “A” é chamado de “quente e seco” – chamado assim pois não apresenta EAP, nem alterações de perfusão. O paciente “B” é considerado um paciente “quente e úmido” – chamado assim pois apresenta EAP, porém não apresenta alterações na perfusão. A paciente relatada no caso clínico é um padrão “B”. O paciente “C” é considerado um paciente “frio e úmido” – ou seja, apresenta EAP e também apresenta alterações significativas de perfusão periférica. O paciente “D” ou “L” é considerado um paciente frio e seco, ou seja, não apresenta EAP, porém apresenta alterações na perfusão periférica.

Nesse mesmo sentido, a revista SOCESP, nos diz que:

“O perfil A, que o paciente é considerado “quente” e “seco”, perfil B, apresentação mais comum que o paciente encontra-se “quente” e “úmido”, perfil C que corresponde cerca de 20% dos casos, em que o paciente está “frio” e “úmido” e por fim o perfil L com o paciente “frio” e “seco””. (Soc. Cardiol. Estado de São Paulo 2018;28(4):428-33, pagina 430)

A insuficiência cardíaca é diagnosticada por vários fatores, sendo eles:

1) Clínico, aqui mensurados pelos critérios de framigham/critérios de boston). Assim podemos ver:

“5.6.2 - Critérios de Framingham para o diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC): O diagnóstico de IC requer a presença simultânea de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior em conjunto com dois critérios menores.

Critérios maiores:

- a) Dispneia paroxística noturna;
- b) Turgência jugular;
- c) Crepitações pulmonares;
- d) Cardiomegalia (à radiografia de tórax);
- e) Edema agudo de pulmão;
- f) Terceira bulha (galope);
- g) aumento da pressão venosa central (> 16 cm H₂O no átrio direito);
- h) refluxo hepatojugular;
- i) Perda de peso > 4,5 kg em 5 dias em resposta ao tratamento.

Critérios menores:

- a) Edema de tornozelos bilateral;
- b) tosse noturna;
- c) dispneia a esforços ordinários;
- d) Hepatomegalia;
- e) derrame pleural;
- f) Diminuição da capacidade funcional em um terço da máxima registrada previamente;
- g) Taquicardia (FC > 120 bpm).

Critérios menores são aceitáveis apenas se eles não puderem ser atribuídos a uma outra condição clínica (tais como hipertensão pulmonar, DPOC, cirrose, ascite ou síndrome nefrótica).” (Arq. Bras. Cardiol. 93 (3 suppl 3), 2009, <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001900001>, acessado 02/04/2025 às 14:05 horas)

2) Níveis do peptídeo natriurético (BNP), que é um exame sanguíneo o qual faz o diagnostico (com correlação clínica) e prognóstico da ICC,

“costumam ser altos na insuficiência cardíaca; essa descoberta pode ajudar quando os achados clínicos não são claros ou outros diagnósticos (p. ex., DPOC) precisam ser excluídos.” (Nowell M. Fine, MSD MANUALS, 2025) devendo-se encontrar o BNP maior que 500pg/ml para fortalecer o diagnostico.

3) Ecocardiograma, o qual terá sua fração de ejeção diminuída;

4) Radiografia de Tórax,

O tratamento é realizado de acordo com o quadro do paciente, abrangendo tratamentos não farmacológicos, farmacológicos e cirúrgicos. Algumas condutas são, dieta, não ingestão de álcool, oxigenioterapia, diuréticoterapia, vasodilatores, vasodilatores endovenosos, inotrópicos, marca passos e vasoconstritores (em casos de choque). Nesse sentido, a plataforma do Sanar nos diz que:

“O tratamento farmacológico para a IC é individualizado, levando em consideração a causa subjacente da doença, a gravidade dos sintomas, a função cardíaca e as condições médicas adicionais do paciente.” (https://sanarmed.com/insuficiencia-cardiaca-tudo-que-voce-precisa-saber/#elementor-toc__heading-anchor-18, 2025, às 14:02 horas)

Por fim, percebe-se que o tratamento é multifacetário e deve ser escolhido de acordo com as peculiaridades de cada caso, entendendo qual a patologia primária que levou à evolução do quadro e quais as condutas mais apropriadas para melhor resultado em cada quadro.

REFERÊNCIAS

ARQ. BRAS. CARDIOL. 93 (3 suppl 3), 2009, <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001900001>, acessado 02/04/2025 às 14:05 horas

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539

https://sanarmed.com/insuficiencia-cardiaca-tudo-que-voce-precisa-saber/#elementor-toc__heading-anchor-18, acessado 02/04/2025 às 14:02 horas

<https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/insufici%C3%A7%C3%A3o-card%C3%A9ica/insufici%C3%A7%C3%A3o-card%C3%A9ica-ic> acessado 02/04/2025 às 13:25 horas

REVISTA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO 2018;28(4):428-33

HIPOTIREOIDISMO: TIREOIDITE CRÔNICA DE HASHIMOTO

Angélica Cintra de Lima¹

Bruna Fernandes Cruz²

Iury da Rocha Marinho³

Luíze Quirino Silva⁴

Nicole Pereira Ferro⁵

Rodrigo Abreu Oliveira de Paula⁶

Gabriela Lúcia do Carmo⁷

QP: Queixa Principal

Cansaço e sonolência à tarde há cerca de 4 meses.

HMA: História da Moléstia Atual

Paciente sexo feminino, 23 anos, comparece à consulta com queixa de cansaço e sonolência, principalmente à tarde, há aproximadamente 4 meses, relata também piora na memória e dificuldade de concentração. Relata queda de cabelo e constipação intestinal, e não notou ganho de peso significativo.

APF: Antecedentes Pessoais Fisiológicos

Menarca aos 13 anos, ciclos menstruais irregulares em tempo, com fluxos intensos. Nuligesta. Nega alergias.

APP: Antecedentes Pessoais Patológicos

Resistência à insulina, em uso de glifage XR 500mg. Nega outras DCNTs. Nega cirurgias prévias.

1 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduanda em Medicina.

2 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduanda em Medicina.

3 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduando em Medicina.

4 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduanda em Medicina.

5 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduanda em Medicina.

6 Faculdade Zarns de Itumbiara. Graduando em Medicina.

7 Faculdade Zarns de Itumbiara. Médica da Família e Comunidade.

HF: História Familiar

- Mãe – Resistência à insulina, hipotireoidismo, hipercolesterolemia.
- Avó materna - Resistência à insulina, hipotireoidismo, CA mama. Pai – Hiperlipidemia mista.

ISDAS: Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas

- Geral – fadiga, indisposição, sonolência, irritabilidade. Nega febre.
- Pele e fâneros – pele seca, queda de cabelo, unhas quebradiças.
- Gastrointestinal (AGI) – constipação (evacua a cada 3 dias, fezes tipo 1 na escala de Bristol).
- Geniturinário (AGU) – menstruação de frequência irregular desde a menarca.
- Neurológico (AN) – sonolência, fadiga, dificuldade de concentração, perda de memória.
- Locomotor (AL) – mialgia, artralgia.
- Demais sistemas sem alterações referidas.

HVCSE: Hábitos de Vida e Condição Socioeconômica

Vendedora, estudante, sedentária. Nega tabagismo e etilismo. Refere alimentação balanceada, porém sem horários fixos devido à rotina.

EF: Exame Físico

- Bom estado geral (BEG), localizada em tempo e espaço (LOTE), corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica.
- SSVV - PA – 100/70 mmHg; FC – 58bpm; Sat O₂ – 99% em ar ambiente; T° - 35,8°C; Peso – 71,8 Kg; Altura – 1,65m; IMC – 26,37 – sobrepeso.
- Tireoide - aproximadamente 2 polpas digitais, de consistência fibroelástica, sem nódulos ou massas palpáveis.
- **SGL: Sistema Gastrointestinal** - Abdome flácido, sem cicatrizes ou tatuagens, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem visceromegalias ou massas palpáveis.
- Aparelhos **Cardiovascular e Respiratório** - sem alterações.

EC: Exames complementares

- TSH – 8,7 mUI/L (0,4 – 4,0 mUI/L).
- T4 livre – 0,6 mUI/L (0,7 - 1,8 ng/dL).
- Lipidograma - HDL – 38 mg/dl; LDL – 119 mg/dl; Triglicerídeos – 333 mg/dl.

HD: Hipótese Diagnóstica

- Hipotireoidismo primário (tireoidite de Hashimoto?)

DD: Diagnósticos diferenciais

- Hipotireoidismo secundário, depressão, anemia.

CD: Conduta

- Prescrita levotiroxina sódica 25 mcg 1x/dia, com ajuste conforme resposta clínica e laboratorial.
- Orientada alimentação balanceada em horários regulares (3/3h).
- Recomendada atividade física regular.
- Retorno agendado em dois meses para nova avaliação.

DISCUSSÃO

A glândula tireoide é uma estrutura bilobulada, localizada na parte anterior da traqueia, responsável pela produção dos hormônios tireoidianos: Tiroxina (T4); Triiodotironina (T3). Esses desempenham um papel fundamental na diferenciação celular durante o desenvolvimento e a manutenção da homeostase térmica e metabólica no indivíduo adulto (HARRISON, 2022).

O eixo tireoidiano funciona por de retroalimentação endócrina, na qual a produção e secreção dos hormônios tireoidianos é estimulada pela produção do TSH hipofisário, que, por sua vez, foi estimulada pelo TRH hipotalâmico. O aumento dos níveis de T3 e T4 servem como feedback negativo inibindo a produção do TSH e do TRH. Assim o TSH se torna o principal marcador fisiológico da função tireoidiana (HARRISON, 2022).

O hipotireoidismo é um distúrbio metabólico causado pela queda dos níveis de T3 e T4. A causa etiológica mais comum, em áreas com iodo suficiente, é a tireoidite autoimune crônica de Hashimoto, na qual ocorre a destruição do tecido tireoidiano mediada por células e anticorpos do próprio indivíduo (DIAS, 2022). Essa é uma etiologia mais prevalente em mulheres, com uma média de diagnóstico aos 60 anos de idade que pode apresentar sintomatologia diversa e inespecífica, que varia conforme a magnitude e intensidade da deficiência (HARRISON, 2022).

A avaliação complementar primária em caso de suspeita de hipotireoidismo é a dosagem dos níveis de TSH. Se estiver acima da faixa de normalidade (0,45 a 4,5 mUI/L) o exame deve ser repetido junto com a dosagem do T4 livre para diferenciar entre hipotireoidismo subclínico e clínico. No hipotireoidismo subclínico as manifestações são mais leves, com taxas normais de T4 e elevação apenas do TSH. Enquanto no hipotireoidismo clínico, há sintomas evidentes devido a uma queda dos níveis de T4 e a elevação acentuada do TSH - superior a 10 mUI/L em geral (DIAS, 2022).

Uma vez feito o diagnóstico com base no quadro clínico e na presença de sintomas, é feita a opção pela terapia de reposição, o objetivo do tratamento é

restaurar os níveis de TSH e FT4 para valores eutireoidianos. A droga de escolha recomendada é a levotiroxina sódica, devido à sua rápida absorção e meia vida longa o que permite manutenção de níveis séricos com apenas uma dose ao dia (BRENTA, 2013).

A levotiroxina sódica deve ser administrada após pelo menos 2 horas de jejum e pelo menos 30 minutos antes de qualquer refeição. No hipotireoidismo clínico, a dose diária recomendada de levotiroxina é 1,6-1,8 µg/kg para pessoas com peso corporal ideal. O monitoramento dos níveis TSH e T4 livre deve ser feito entre 6 a 8 semanas após cada ajuste de dose. Para prevenir variações de bioequivalência, estudos sugerem evitar a troca de marca da medicação, caso haja troca, reavaliar níveis de TSH e T4 livre em 2 meses. Após atingirmos os níveis eutireoidianos, o acompanhamento pode ser feito a cada 6 meses e, posteriormente, anualmente. (BRENTA, 2013)

REFERÊNCIAS

BRENTA, Gabriela *et al.* **Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism**, 2013. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/wp-content/uploads/2024/04/hypothyroidism_clinical_practice_guidelines-1.pdf>.

DIAS, Diogo *et al.* **Hypothyroidism: from pathophysiology to treatment**. Curitiba: Brazilian Journal of Development, 2022. v. 8.

LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina interna do Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024.

MONONUCLEOSE INFECCIOSA EM CRIANÇA

Gilvana Ferreira Vasconcelos¹

Layra Cristina Soares Costa²

Sarah Braz Caetano Silva³

Evelyn Ferreira Alves⁴

Jéssica Rosas Arantes⁵

Wallace da Costa Neves Júnior⁶

Francisca Rafaela Pereira de Amorim Castro Rosa⁷

Queixa Principal (QP): Febre e dor.

História da Moléstia Atual (HMA): A.S.M., paciente do sexo feminino, com nove anos de idade no momento da consulta, peso de trinta quilogramas, altura de 140 centímetros, acompanhada pela vó materna que refere que a criança esta apresentando febre de 38,5°C e dor de odinofagia intensa há cinco dias, queixa de mal estar generalizado, fadiga e cefaleia. Além disso, relata que o pai apresentou sintomas semelhantes há cerca de duas semanas e obteve confirmação diagnóstica para mononucleose infecciosa.

Antecedentes Pessoais Patológicos (APP): Nega história prévia de doenças sistêmicas relevantes e apresenta caderneta de vacinação atualizada.

História Familiar (HF): Pai diagnosticado com mononucleose infecciosa recentemente e mãe e irmãos sem apresentar sintomas.

1 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. gilvana.vasconcelos@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. layra.costa@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. sarah.silva@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. evelyn.ferreira@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. jessica.arantes@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. wallace.junior@aluno.faculdadezarns.com.br

7 Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara-GO. rafaela23amorim@gmail.com

Hábitos de Vida e Condição Socioeconômica (HVCSE): Criança apresentando fadiga, prostração e diminuição da ingestão alimentar com boa aceitação de líquidos. Paciente reside com a família em área urbana, e possui acesso regular aos serviços de saúde.

Ectoscopia: Estado geral regular, prostrada, hidratada, corada, febril (38,2°C) no momento da consulta, lúcida, orientada em tempo e espaço, mucosas coradas, colaborativo ao exame.

Exame Físico (EF):

Peso: 30 kg. Altura: 1,40m. Índice de Massa Corporal (IMC): 15,3 kg/m². Frequência cardíaca: 93 bpm. Saturação 97%. Temperatura: 38,2 °C, tireóide fibroelástica, linfonodos cervicais anteriores e posteriores aumentados bilateralmente, móveis e dolorosos à palpação, amígdalas aumentadas de tamanho, hiperemiadas, com presença de exsudato branco-acinzentado e presença de petéquias no palato.

Aparelho Respiratório (AR): Tórax simétrico, sem abaulamentos, indolor a palpação, expansibilidade preservada, sem uso de musculatura acessória. Ausculta com murmúrio vesicular fisiológico, e ausência de ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular (ACV): Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, ausência de sopros.

Aparelho Gastrointestinal (AGI): Hepatoesplenomegalia discreta, com dor à palpação profunda, e ruídos hidroaéreos presentes.

Aparelho Genitourinário (AGU): Sem queixas, não avaliado.

Aparelho Neurológico (NA): Ausência de atraso neuropsicomotor evidente ao exame neurológico. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Hipótese Diagnóstica (HD): Mononucleose infecciosa.

Diagnósticos Diferenciais (DF):

É possível realizar diagnósticos diferenciais para faringoamigdalite estreptocócica, citomegalovirose, toxoplasmose e HIV primário.

Exames complementares (EC): Solicitar hemograma e observar se há presença de leucocitose com linfocitose e presença de linfócitos atípicos, provas hepáticas, pesquisa de anticorpos heterófilos (teste de Paul-Bunnell) e sorologia IgM e IgG para Epstein-Barr.

Conduta (CD): Orientações sobre uso de máscara e cuidados gerais como evitar o compartilhamento de utensílios até resolução dos sintomas para impedir a transmissibilidade, além de repouso relativo até melhora dos sintomas, evitando atividades físicas intensas por pelo menos 3 a 4 semanas devido ao risco de ruptura esplênica.

Esclarecimento sobre a possibilidade de fadiga prolongada pós infecção. Proposto a realização de uma alimentação leve e fracionada e de hidratação oral adequada.

Prescrito dipirona 500 mg de seis em seis horas se dor ou febre.

DISCUSSÃO

A mononucleose infecciosa, é uma infecção viral provocada pelo vírus EpsteinBarr (EBV), sendo a saliva a principal via de transmissão, devendo ser evitado o compartilhamento de utensílios e o contato íntimo com pessoas infectadas. É uma patologia com incidência maior principalmente em adolescentes e jovens adultos, porém, pode atingir também crianças (BOLIS et al., 2016).

Os principais sintomas da mononucleose infecciosa são febre, faringite, aumento dos linfonodos na região do pescoço, mal estar, dor abdominal, náuseas, vômitos e fadiga; sendo que estes geralmente aparecem após um período de incubação de 4 a 7 semanas. Em alguns casos, também pode ocorrer complicações como meningoencefalite, meningite, alterações líquóricas, edema ocular, fotofobia e desconforto respiratório devido ao aumento dos linfonodos no pescoço. O diagnóstico laboratorial é fundamental para diferenciar essa infecção de outras que possuem sintomatologia parecida; sendo importante realizar exames como hemograma, provas hepáticas, pesquisa de anticorpos heterófilos (teste de Paul-Bunnell) e sorologia IgM e IgG para Epstein-Barr (SILVA et. al., 2019).

A mononucleose infecciosa com sintomas comuns é tratada com cuidados de suporte e medicação para os sintomas, porém, caso o paciente atingido, possua algum grau de imunodeficiência no momento da infecção podem ocorrer manifestações agudas, como úlceras genitais e dacriocistite aguda, ou manifestações tardias, como autoimunidade e aterosclerose. Outras possíveis e raras complicações incluem miocardite, disfunção renal, hepatite, colecistite aguda acalculosa e diversas alterações hematológicas, neurológicas e respiratórias (BOLIS et al., 2016).

REFERÊNCIAS

1. BOLIS, V. et al. Atypical manifestations of Epstein–Barr virus in children: a diagnostic challenge. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 2, p. 113–121, 1 mar. 2016. Acesso em: 07 mar. 2025.
2. SILVA el. al. Infectious mononucleosis caused by Epstein-Barr vírus. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Vol.27,n.3,pp.88-91 (Jun – Ago 2019). Acesso em: 07 mar. 2025.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Stephanie Oedenkoven Pacheco¹

Thais Silva Leone²

Maria Amélia Paiva Costa³

Sarah Arruda Brito⁴

Lara Mendes Pinto⁵

Larissa Gomes Pignatti⁶

Stéfanny de Paula Silva⁷

QP: “Febre alta, tosse e dificuldade para respirar.”

HMA: Paciente de 3 anos, sexo masculino, 14kg. Deu entrada à emergência pediátrica apresentando febre aferida de (38,8°C), tosse seca e dificuldade respiratória há 5 dias. Segundo acompanhante criança está em tratamento para pneumonia em uso de amoxicilina + clavulanato 4,5ml 8/8h há 3 dias. Conforme relato, iniciou com sintomas gripais leves há 7 dias, incluindo coriza e tosse seca. Compareceu a unidade e foi diagnosticado com pneumonia. Entretanto, há 1 dia febre retornou e passou a apresentar dificuldade respiratória, tosse, recusa alimentar associada a prostração e irritação. Negou outras queixas, contato com casos semelhantes, pessoas doentes e viagens recentes.

Nega alergia medicamentosa. Imunizações em dia.

HPP: Nega intercorrências durante gestação e parto, mantém bom desenvolvimento neuropsicomotor perante a idade.

HF: Nega histórico familiar de comorbidades e doenças prévias.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

6 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara.

7 Médica Docente do Internato Faculdade Zarns de Itumbiara.

EF: Paciente em regular estado geral, prostado, choroso e febril. Mucosas normocoradas e úmidas, acianótico e anictérico.

Sinais Vitais: Temperatura: 38,8°C; FC: 140 bpm; FR: 38irpm; SatO₂: 92%.

AR: Murmúrio vesicular presente com crepitações em base direita. Sinais de desconforto respiratório: Taquipneico com retração de fúrcula e tiragem intercostal.

ACV: Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Hemograma: Leucocitose com desvio à esquerda (19.890/mm³), neutrófilos 80%.

Proteína C reativa: 11,42mg/L.

Radiografia de tórax: Presença de consolidação em lobo inferior direito.

Tomografia Computadorizada: Múltiplas opacidades cursando com consolidações, cavitações de permeio, associadas em vidro fosco predominando no lobo inferior direito. Destaca-se pequeno derrame pleural a direita.

HD: Pneumonia adquirida na comunidade, com falha terapêutica.

DD: Cavitações pulmonares a/e – Necrose pulmonar? Tuberculose?

CONDUTA: Internação hospitalar com início da terapia com antibiótico intravenoso (ceftriaxona 100mg/Kg/dia), suporte de oxigênio a 6 L/min por máscara de oxigênio, controle rigoroso da febre com antitérmicos, monitorização da saturação de oxigênio e sinais gravidade.

D1: Foi iniciada a oxacilina 200mg/Kg/dia, devido a instabilidade do quadro, critérios clínicos, suspeita de tuberculose e solicitado PPD TB.

D3: Apresentou gemência, prostração e manteve sinais de desconforto respiratório. Devido a não melhora do quadro e exames com presença de cavitações, foi solicitado isolamento devido suspeita de tuberculose.

D4: Devido a instabilidade do quadro, foi atualizada a prescrição com (ceftriaxona 100mg/Kg/dia + Ampicilina 100mg/Kg/dia).

D5: Discreta melhora do quadro, afebril há 24hrs. Foi iniciado o desmame do oxigênio.

D6: Melhora do quadro, bom estado geral, boa aceitação alimentar, ativo e reativo, respirando em ar ambiente, mantendo afebril. Com ausência de sinais de desconforto respiratório.

Foi mantido em internação até o D9 para continuar medicação endovenosa. Recebeu alta médica com orientações gerais e de sinais gravidades.

DISCUSSÃO

A pneumonia é uma das principais causas de internação e mortalidade infantil, especialmente em serviços de emergência pediátrica. No caso apresentado, um paciente de 3 anos foi admitido com febre alta, dificuldade respiratória e tosse produtiva, sintomas que são frequentemente associados a quadros graves de pneumonia bacteriana. A literatura ressalta a importância de uma abordagem imediata e precisa para evitar complicações, como insuficiência respiratória e sepse (LAGO *et al.*, 2020).

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) geralmente começa com uma infecção viral das vias aéreas superiores podendo evoluir para um quadro bacteriano, caracterizado por febre alta, prostração e tosse produtiva. O sintoma mais importante para o diagnóstico é a taquipneia, associada a hipoxemia especialmente em crianças pequenas, podendo ser acompanhada de retração intercostal e batimento de asas nasais, como sinais de gravidade. O exame físico deve incluir a avaliação da frequência respiratória, ausculta pulmonar, e radiografia de tórax, que pode auxiliar no diagnóstico, mas sempre deve ser associada à avaliação clínica. (SOUZA *et al.*, 2007)

A insuficiência respiratória aguda é uma complicação comum em crianças com pneumonia, especialmente quando há comprometimento pulmonar bilateral, como observado na radiografia de tórax do paciente. Dessa forma, a insuficiência respiratória em crianças pode evoluir rapidamente devido à menor reserva funcional dos pulmões pediátricos, o que requer monitoramento rigoroso da saturação de oxigênio e dos sinais clínicos. O tratamento inicial deve incluir o suporte ventilatório, quando necessário, associado à terapia antibiótica adequada para a etiologia bacteriana, que foi iniciado de forma correta neste caso. (MATSUNO *et al.*, 2024)

Além disso, destaca que o uso de antibióticos de amplo espectro é fundamental nos casos de pneumonia severa, determinada com base nos achados clínicos e radiológicos. No caso descrito, a escolha da amoxicilina associada ao clavulanato se justifica como terapia de primeira linha para pneumonia adquirida na comunidade em crianças, conforme as diretrizes atuais. (MATSUNO *et al.*, 2024)

A amoxicilina é a terapia de primeira linha para pacientes ambulatoriais. Macrolídeos podem ser adicionados em qualquer idade se não houver resposta à terapia de primeira linha. Os macrolídeos devem ser utilizados se houver suspeita de *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae* em apresentações atípicas ou se a doença for grave; neste caso, é sempre necessária uma associação com outro agente. A antibioticoterapia intravenosa de primeira linha é a ampicilina ou a penicilina G. A ampicilina-sulbactam ou a ceftriaxona podem

ser recomendadas para pneumonia grave. A vancomicina também pode ser utilizada em casos de suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina. (BENEDICTIS *et al.*, 2020)

O manejo adequado de casos de pneumonia em emergências pediátricas deve seguir protocolos bem definidos, com foco no diagnóstico precoce, estabilização respiratória e início imediato da terapia antibiótica. Estudos recentes reforçam a importância de equipar as emergências pediátricas com infraestrutura adequada para o manejo de doenças respiratórias agudas, garantindo a segurança e recuperação dos pacientes. (LAGO *et al.*, 2020)

REFERÊNCIAS

1. LAGO, P.; SANTANA, J. C.; HENDLER, J.; FOSCHIERA, L.; SILVA, A. P. Recomendações para atendimentos de casos suspeitos de COVID-19 em emergências pediátricas. **Associação Brasileira de Medicina de Emergência**, 2020. Disponível em: <https://www.conferencebr.com/conteudo/arquivo/recomendacoespediatriaabramede01120520-1678844023.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.
2. MATSUNO, A. K. Insuficiência respiratória aguda na emergência pediátrica. **Emergências Pediátricas**. 2024. Disponível em: https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=2SIUEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA200&dq=pneumonia+atendimento+em+emerg%C3%A4ncias+pedi%C3%A4tricas&ots=zQNEzsk_JG&sig=oHYK-k6T6p4hQy5myKThSWH4dO4. Acesso em: 20 mar. 2025.
3. BENEDICTIS, F. M. **Complicated pneumonia in children**. The Lancet, Volume 396, Issue 10253, 786 – 798. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31550-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31550-6/abstract). Acesso em: 20 mar. 2025.
4. SOUZA, R. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria - 2007. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, p. s31–s50, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/pvmLHsbYxKTCxrpKyrdpwWG/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LEIOMIOMA UTERINO

Luciana Aguiar Cunha¹

Lyvia de Paula Neves²

Mariana Ferreira Américo³

Marília Eduarda Rodrigues⁴

Sarah de Sousa Belchior Camargo⁵

Victória Maria Lacerda Palhares⁶

Raiene Sara Cardoso Pereira⁷

QP: Dor abdominal, náuseas e febre há um dia.

HMA: Paciente do sexo feminino, 25 anos, branca, chegou ao hospital hoje, pela manhã, com queixa de dor abdominal súbita, tipo cólica, principalmente em região hipogástrica, náuseas, disúria e febre de 38,8°C desde a noite passada.

APF: Nascida de parto normal, apresentou desenvolvimento dentro dos padrões. Nega HAS, DM, dislipidemia ou demais patologias. Nega fraturas prévias e alergias. Faz uso de anticoncepcional oral (ACO) de progestágeno. Imunizações em dia SIC (não apresentou cartão vacinal).

APP: Adenocarcinoma renal que consecutiu com nefrectomia direita total. Também possui diagnóstico de leiomioma uterino. G2P2C2A0, sendo os dois partos prematuros, de 26 e 32 semanas, consecutivamente.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. luciana.cunha@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. 2421000089@aluno.faculdezarns.com.br

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. mariana.americo@aluno.faculdezarns.com.br

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. marilia.eduarda@aluno.faculdezarns.com.br

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. Sarah.camargo@aluno.faculdezarns.com.br

6 Acadêmica de Medicina da Faculdade Zarns de Itumbiara. victoria.palhares@aluno.faculdezarns.com.br

7 Orientadora – Preceptora do Hospital João Paulo II. Dra.raienesara@gmail.com

HF: Mãe e avó materna hipertensas. Não soube relatar histórico de câncer na família.

ISDAS: Relata disúria há um dia, nega polaciúria ou hematúria. Refere estar com sangramento vaginal, possivelmente menstrual, e nega menstruação antecedente anormal ou sangramento excessivo. Apresenta hábito intestinal diário. Nega diarreia, cefaleia, mialgia ou dispneia.

HVCSE: Paciente reside com o marido e os dois filhos, tem alimentação balanceada, boa ingesta hídrica e faz exercício físico (caminhada) pelo menos duas a três vezes na semana. Nega etilismo e tabagismo.

EF: REG, facie de dor, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, febril (38,2°C), hidratada, nutrida, normocárdica (FC de 90 bpm), normotensa (110x80 mmHg), com saturação em ar ambiente de 98%.

AR: Tórax de formato atípico, sem abaulamentos, retrações ou cicatrizes; tipo respiratório toracoabdominal, com amplitude e expansibilidades normais, eupneica, com som claro pulmonar nos campos pulmonares à percussão e murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios à ausculta.

ACV: Ausência de abaulamentos, retrações ou cicatrizes na região precordial, BNF a 2T sem cliques, estalidos ou sopros.

AGI: Abdômen plano, com cicatriz de Pfannenstiel e Paramediana direita. Sem massas, abaulamentos ou hérnias à manobra de valsalva. Ruídos hidroaéreos fisiológicos, ausência de sopro, timpanismo em todo o abdome e macicez em loja hepática à percussão. Doloroso à palpação superficial e profunda em região suprapúbica.

EC:

Laboratoriais:

- Hemograma: Hemoglobina: 14,1g/dL; Hematócrito: 40%; Leucócitos: 12.000/mm³; Plaquetas: 238.000/mm³
- PCR: 48
- EAS sem alterações
- Beta HCG negativo

Imagem:

- Ultrassonografia pélvica: **Útero aumentado de volume** 20x10x6cm, apresentando leiomioma uterino submucoso. Endométrio com espessura de >15mm.

HD: Infecção de leiomioma uterino.

DD: Aborto retido, gestação ectópica ou infecção do trato urinário.

CD: Foi solicitado ultrassonografia pélvica e parecer da ginecologia para elucidação do caso e posterior conduta. Após, foi encaminhada para histerectomia.

DISCUSSÃO

Os leiomiomas uterinos (LU) podem ser influenciados por fatores como mutações genética, estilo de vida e idade. Na maioria das vezes são assintomáticos, mas podem cursar com sangramento uterino anormal (SUA), aumento do fluxo menstrual, saída de coágulos, dor pélvica, aumento do volume abdominal, e, pela compressão gerada pelo leiomioma, pode haver constipação intestinal, polaciúria e retenção de urina, o que poderia simular uma infecção de trato urinário como foi interrogado neste caso desta paciente (PATÚ et al., 2024, p. 102-107).

Os LU são tumores benignos do músculo liso com maior incidência em mulheres na idade reprodutiva. É um mioma que sofre influência de estrogênio e progesterona, por isso, com a menopausa, há possibilidade de redução no tamanho. Eles são classificados de acordo com sua posição anatômica em submucoso, subserosos ou intramurais. Os submucosos, geralmente geram sangramentos e cólicas menstruais intensas, os subserosos são predominantemente assintomáticos e, os intramurais causam sintomas semelhantes aos subserosos, mas podem comprimir órgãos como bexiga e intestino e interferir na fertilidade ao inibir o transporte de espermatozoides (SOUZA et al., 2022, p. 52581-52593).

Estima-se que mais da metade dos miomas uterinos são assintomáticos e encontrados de forma ocasional em exames de rotina. Sendo que, mulheres com miomatose assintomática não necessitam de tratamento, apenas acompanhamento médico e, em contrapartida, as sintomáticas necessitam de tratamento individualizado, considerando a idade, desejo reprodutivo, sintomas provocados, tamanho e localização do mioma (CORLETA, 2007, p. 324-328).

O diagnóstico pode ser feito de diversas formas, como no exame pélvico através da identificação de um útero aumentado ou com bordas irregulares, pelo exame especular para visualização do LU e, principalmente, por exames de imagem, dentre os quais a USG pélvica (abdominal ou transvaginal) é o método de primeira escolha para confirmação diagnóstica, sendo a transvaginal de maior sensibilidade. Quanto aos exames laboratoriais, eles podem ser úteis para diagnósticos diferenciais. No caso em questão, foi realizada a USG pélvica

para visualização do leiomioma, evidenciando dimensões aumentadas, além do hemograma, exame de urina e dosagem da proteína C reativa, os quais elucidaram que havia uma infecção, mas descartava que era no sítio do trato urinário (PATÚ et al., 2024, p. 102-107).

Com relação ao tratamento, há manejo clínico (medicamentoso) e cirúrgico, sendo o último de maior sucesso terapêutico. O tratamento clínico consiste no uso de ACO, pois são eficazes na correção de sangramentos disfuncionais, caso associados à miomatose, mas não há evidência de diminuição no tamanho dos miomas. No entanto, existem hoje, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas que podem reduzir de 35-60% do volume dos miomas em três meses. Com relação ao tratamento cirúrgico, ele é o definitivo para miomatose sintomática, sendo a histerectomia, miomectomia, embolização das artérias uterinas as opções disponíveis. A cirurgia é aplicada para mulheres com condições como massa pélvica de crescimento rápido, sangramento uterino recorrente, dor intensa ou persistente, abortos espontâneos, infertilidade e pacientes que querem uma solução definitiva. A histerectomia é indicada quando há falha no tratamento clínico, associado à SUA, sem desejo reprodutivo. A miomectomia depende do desejo da paciente de manter a fertilidade e o útero, pois nesse caso apenas o mioma é retirado, mantendo o útero. A embolização da artéria uterina é utilizada em pacientes que não desejam cirurgia ou possuem alguma contraindicação, esse método causa a isquemia e consequente infarto do mioma, reduzindo seu tamanho e a sintomatologia (PATÚ et al., 2024, capítulo 18).

No caso descrito, a paciente enquadrou-se nos critérios para a intervenção absoluta (dor intensa, massa pélvica de crescimento rápido e desejo por resolução, sem desejo reprodutivo), realizada por meio da histerectomia total. Após a retirada do LU, os médicos dissecaram o tumor encontrando infecção por todo o miométrio, partes do endométrio e do colo do útero, o que possivelmente ocasionava a dor de forte intensidade.

REFERÊNCIAS

CARRIJO, Nathália Guedes; DA SILVA, Lucas Nunes. Análise dos aspectos inerentes ao Leiomioma Uterino no período de 2017 a 2022. **Revista Artigos. Com**, v. 36, p. e11435-e11435, 2023. Acesso em: 25/03/2025.

CORLETA, Helena von Eye et al. Tratamento atual dos miomas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 324-328, 2007. Acesso em: 25/03/2025.

PATÚ, Luana Faria Peres et al. Leiomioma Uterino. In: QUINTIERE, Beatriz Barifaldi Hirs et al. **Livro de Ginecologia**. 1. ed. Brasília: Pasteur, 2024. p 102 a 107. Disponível em: <https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/>

publications_chapter/666041cf-7220-4938-be4a-cbd6d2d829e4.pdf. Acesso em: 25/03/2025.

SOUZA, RB; Laryssa Lages et al. Leiomioma uterino – aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico / Leiomioma Uterino – aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos e manejo terapêutico. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, pág. 52581–52593, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n7-259. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50481>. Acesso em: 19/03/2025.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO APÓS ESTRESSE EMOCIONAL

Matheus B. A. Caetano¹

Luca D. Samora²

Lucas C. de Melo³

Lucas M. G. de Menezes⁴

Vitor Hugo. S. I. da Silva⁵

Gabriel P. Santana⁶

Rogério Cardoso Guimaraes⁷

Queixa Principal (QP): “Fraqueza súbita no lado direito do corpo e dificuldade para falar.”

HMA: História da moléstia atual

Paciente feminina, 51 anos, compareceu ao Hospital Municipal Modesto de Carvalho (HMMC) acompanhando seu pai, que havia tido um episódio de síncope enquanto cortava uma árvore. Durante o acolhimento, enquanto o pai era encaminhado para a sala vermelha, a paciente apresentou quadro súbito de dor de cabeça intensa, súbita e em “explosão”, associada à fraqueza em hemisfério direito, dificuldade para falar (disartria) e perda do controle dos esfíncteres. Sem vômitos.

1 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: matheus.caetano@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: luca.samora@aluno.faculdezarns.com.br

3 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: lucas.melo@aluno.faculdezarns.com.br

4 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: lucas.menezes@aluno.faculdezarns.com.br

5 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: vitor.inacio@aluno.faculdezarns.com.br

6 Acadêmico de Medicina. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: gabriel.parente@aluno.faculdezarns.com.br

7 Médico e preceptor. Faculdade Zarns – Itumbiara GO, Brasil. E-mail: rogercardoso402@gmail.com

A equipe prontamente realizou os primeiros atendimentos, sendo aferida pressão arterial de 210x110 mmHg. A paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 11) e piora da hemiparesia à direita. Como não havia neurologista presencial no hospital no momento, foi necessário contato telefônico com o profissional, que orientou a realização imediata de tomografia de crânio, que evidenciou hematoma intracerebral na região gangliobasal esquerda, sem desvio de linha média.

APF: Antecedentes pessoais fisiológicos

Não foi possível questionar condições de nascimento, desenvolvimento psicomotor e neural ou desenvolvimento sexual pelo caráter emergencial do quadro.

APP: Antecedentes pessoais patológicos

Hipertensão arterial sistêmica diagnosticada há cerca de 8 anos, em tratamento irregular com losartana 50 mg 1x/dia. Refere episódios esporádicos de cefaleia nos últimos meses, não investigados. Nega diabetes, dislipidemia, cirurgias ou internações prévias.

HF: História familiar

Mãe faleceu aos 60 anos devido a complicações de AVC. Pai atualmente em atendimento hospitalar por síncope. Nega outras comorbidades familiares de relevância.

Observação: a investigação do histórico da paciente foi possível mediante comparecimento do esposo. A interrogação de sintomas e histórico médico diretamente com a paciente não foi possível pelo seu estado delicado, sem contar a disartria.

ISDAS: Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

Não foi possível interrogá-la devido ao quadro

HVCSE: Hábitos de vida e condição socioeconômica

Etilista social, nega tabagismo, sedentária, dieta rica em sódio e gorduras. Trabalha como autônoma, reside com o marido.

EF: Exame físico

Ectoscopia: paciente em mal estado geral, consciente, porém confusa, sudoreica, com expressão facial de dor, Glasgow 12 (O3V4M5).

Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular: Bulhas normofonéticas, ritmo regular, B2

hiperfonética, sem sopros. PA 210x110 mmHg, FC 98 bpm.

Aparelho Gastrointestinal: Abdome plano, flácido, indolor.

Aparelho Genitourinário: Perda do controle esfinteriano (urinou e defecou na roupa e depois na fralda colocada pela equipe de enfermagem)

Aparelho Neurológico: Déficit motor 3/5 em membros direitos, reflexos tendinosos exaltados no lado direito, reflexo cutâneo plantar em extensão à direita (sinal de Babinski positivo). Pupilas isocóricas, fotorreagentes.

Aparelho Locomotor: Hemiparesia à direita evidente, demais segmentos preservados.

EC: Exames complementares:

- **Tomografia Computadorizada de Crânio:** Hemorragia intracerebral localizada em região gangliobasal esquerda, sem desvio de linha média, sem sinais de herniação.
- **Eletrocardiograma:** taquicardia sinusal
- **Exames laboratoriais:** Hemoglobina 13,2 g/dL; Plaquetas 210.000/mm³; Creatinina 0,9 mg/dL; Glicemia 138 mg/dL; TAP/INR 1,0; PTTa: 30 segundos.

HD: Hipótese diagnóstica: Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico

DD: Diagnósticos diferenciais: Acidente Vascular Isquêmico; Hemorragia subaracnoide espontânea; Tumor cerebral com sangramento intralesional

CD: Conduta:

- Monitorização contínua.
- Cateter nasal 2L/min se SatO₂ < 94%
- Controle rigoroso da PA
- Hidralazina 5 mg EV lenta, repetir de 20/20 min até PA <160x100 mmHg nas 6 primeiras horas.
- Dipirona 1 g EV de 6/6 horas, se dor ou febre.
- Ondansetrona 4 mg EV de 8/8 horas, se náuseas ou vômitos.
- Suspensão imediata de qualquer anticoagulante (não fazia uso prévio).
- Contato com neurologista plantonista via telefone para discussão do caso.
- Realização de tomografia de crânio urgente, confirmando diagnóstico.
- Avaliação de neurocirurgia não necessária no momento, conforme parecer do neurologista.
- Cabeceira elevada a 45°
- Internar na UTI

DISCUSSÃO

Acidente Vascular Cerebral hemorrágico corresponde a aproximadamente 10-15% dos casos de AVC e apresenta alta taxa de morbimortalidade. É geralmente causado pela ruptura de pequenos vasos cerebrais, e em sua maioria em pacientes com histórico de hipertensão mal controlada. Dessa forma, por se tratar de uma intercorrência cerebral delicada, muitas vezes o paciente, mesmo com o tratamento adequado, pode apresentar severas sequelas, “as hemorragias cerebrais são uma patologia com custos pesados após a alta (>50% do total) reabilitação, apoio social e continuidade de cuidados” (PARENTE ET AL.,2000, p.8).

Os principais tipos de AVC são classificados entre o AVC Hemorrágico e o AVC Isquêmico, apesar o AVCI ser mais incidente, cerca de 80 a 85% dos casos, quando comparamos os desfechos “o AVC hemorrágico implicou demoras médias mais prolongadas, maior mortalidade” (PARENTE ET AL.,2000, p.8).

Entretanto, quando percebemos a realidade nos hospitais do Brasil, muitas vezes encontramos ausência de um profissional neurologista presente, levando na demora para um diagnóstico correto e afetando diretamente na morbimortalidade do paciente.

O manejo do AVC hemorrágico de forma correta e o mais precoce possível é de suma importância, e o mesmo “requer uma abordagem multidisciplinar com intervenções médicas e cirúrgicas personalizadas conforme a condição clínica de cada paciente” (ULLMANN ET AL., 2024, p.3013).

REFERÊNCIAS

PARENTE, F. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico-Impacto Clínico e Social Uma experiência num Hospital Distrital. **Medicina Interna**, v. 9, n. 3, 2002.

ULLMANN, C. A.; COSTA, N. P. D.; RIBEIRO, B. de M.; SAVIO, R. W.; MICHELINI, A. C. L.; SCHÜÜR, A. P.; SERPA, G. S. de M.; PESSANHA, R. C.; FAUSTINO, L. D.; DIAS, G. M. L.; EULÁLIO, J. P. L. N.; SALBEGO, J. E. A.; COSTA, C. J. L.; SOUSA, T. M. de; FILHO, R. W. O. C.; VALE, R. V. do; GOMES, B. D. S.; VENTURA, A. F. G. MANEJO DO AVC HEMORRÁGICO: OPÇÕES DE TRATAMENTO E CUIDADOS. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 3011–3017, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p3011-3017.

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

Michelle Alcântara de Castro¹

Siméia Nunes Amaral de Araujo²

Raíssa Sousa Borges Ribeiro³

Lorhane Sousa Prado Araújo⁴

Hyzadora Luyza Fernandes Souza⁵

Rogério Cardoso Guimarães⁶

Queixa Principal: “Dor abdominal há 3 dias”.

História da Molestia Atual: Paciente do sexo feminino, 69 anos, foi admitida no pronto-socorro do Hospital Municipal, acompanhada pela filha, com queixas de dor abdominal intensa há 3 dias, associada a parada de eliminação de flatos, fezes e com episódios de vômito com fecaloide, que melhorou após a passagem da sonda mesogástrica. Nega febre e outros sintomas associados.

História fisiológica/patológica pregressa: CA de Ovário (tratamento finalizado há 3 anos e meio e Histerectomia (há 3 anos).

Hábitos de vida: Sedentário. Nega tabagismo e etilismo.

Exame Físico: Regular estado geral, lúcida orientada em tempo e espaço, hipocorada (+/4), hidratada, acianótica, anictérica e afebril, perfusão capilar preservada, sem edemas. Temperatura 36.6 °C.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. michelle.alcantara.castro@gmail.com

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. simeia.araujo@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. raissasbribeiro@gmail.com

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. lorhane.araujo@aluno.faculdadezarns.com.br

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. hyzadoraluyza1@gmail.com

6 Preceptor, Médico do Hospital Municipal Modesto de Carvalho – ZARNS Itumbiara, GO. rogercardoso402@gmail.com

Auscul ta Respiratória: Murmúrio vesicular fisiológicos presentes bilaterais e simétricos, sem ruídos adventícios audíveis. FR: 18-20 RPM.

Auscul ta Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular sinusal, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros audíveis. PAS: 129-140 mmHg, PAD: 64-90 mmHg. Saturação 97%.

Abdome: Atípico, globoso persitáltico, hipertimpânico, doloroso a palpação globalmente, ruídos hidroaéros diminuídos nos quatro quadrantes. Sinal obturador positivo, sinal de murphy positivo.

Membros inferiores: Panturrilhas livres e sem edemas, TEC < 3segundos.

Exames complementares:

Laboratoriais: Hemograma: BT 0,38 BD 0,08 BI 0,30/ CR 1,17/ FA 213/ GGT 10/ HB 15,9 HT 46,1 LEUCO 16050 BAST 1% PLAQ 267.000/ K 4,5/ NA 137,7/ TGO 20.

Gasometria: PH 7,43/ PCO2 44,5/ PO2 37,3/ SO2 72,3/ HCO3 30,1/ BE 5,7/ LACTATO 1,0.

Imagem: - TC de Abdome: distensão hídrica de alças intestinais delgadas com espessamento e pregue, formação de múltiplos níveis hidroaereos esparsos, oclusivo/suboclusivo. Considerar quadro oclusivo/suboclusivo por brida, no contexto de cirurgias previas. Múltiplas formações divericulares em alça colônicas, notadamente no sigmoide, sem sinais inflamatórios associados. Coleção líquida livre na cavidade peritoneal ocupando os espaços perihepático, periesplênico, goteiras parieticólicas, pelve e entre alças intestinais. Ausência de pneumoperitônio. Fígado com situação, dimensões, contornos e densidade normais. Ausência de sinais de dilatação das via biliares intra e extra hepáticas. Vesícula biliar normodistendida, paredes finas e regulares, sem alterações significativas ao método. Pâncreas, baço e glândulas suprarrenais com topografia, dimensões, contornos e densidade normais. Rins de situação, dimensões e contornos preservados. O parênquima renal apresenta espessura normal, notando-se empregnação e eliminação do contraste com boa densidade de situaça, notando-se bilateralmente ausência de dilatação das vias coletoras, ureteres prévios, sem sinais de litíase ou hidronefrose, aorta e veia cava inferior com posição e calibre normais. Não observamos sinais de linfonodomegalias, retroperitoneais ou mesenteriais. Bexiga com capacidade normais, paredes finas e conteúdo homogêneo. Ausência do útero e anexos. Sonda digestiva com extremidade em projeção da câmara gástrica. Em comparação ao exame anterior não observamos alterações significativa.

Hipótese Diagnóstica: Abdome agudo obstrutivo.

Conduta: Realização de laparotomia exploradora para adesiólise. Observou-se presença de grande quantidade de Bidas entre alças e delgado e parede abdominal e pelve, moderada quantidade de líquido serohemático entre alças, duodeno e parte do jejuno com extensa dilatação e edema de alças. Durante a cirurgia foi realizado lise de aderências, desacotovelamento de alças, síntese de dessorosidade de 5mm em alça há 50 cm da válvula ileocecal e inventário de cavidade com ausência de lesões hepáticas, delgado, cólon e pelve.

DISCUSSÃO

O abdome agudo obstrutivo é um quadro clínico que se caracteriza pela interrupção do trânsito intestinal, manifestando-se de forma súbita e geralmente acompanhado de dor abdominal, distensão, vômitos e ausência de evacuação e eliminação de gases. Trata-se de uma condição potencialmente grave, que exige diagnóstico rápido e conduta adequada, uma vez que, se não tratado precocemente, pode evoluir para complicações como isquemia intestinal, necrose e perfuração. (JACKSON; VIGIOLA CRUZ, 2018).

A obstrução intestinal é definida como a interrupção da passagem do conteúdo intestinal, podendo ocorrer devido a um bloqueio mecânico ou a um distúrbio funcional da motilidade intestinal. Na obstrução de origem mecânica, há a presença de um impedimento físico como uma massa, aderências, hérnias, volvo (torção do intestino) ou intussuscepção que compromete parcial ou totalmente a luz intestinal, dificultando ou impedindo a progressão do trânsito em um ponto específico do trato gastrointestinal. Por outro lado, na falência funcional, conhecida como íleo paralítico, não há barreira física, mas sim uma perda temporária da atividade peristáltica. (ATALAY et al., 2021).

O diagnóstico do abdome agudo obstrutivo tem como base a avaliação clínica, por meio da anamnese e do exame físico, que direcionam a escolha dos exames complementares. Clinicamente, os principais sinais e sintomas incluem dor abdominal em cólica, vômitos, constipação e distensão abdominal. A intensidade e a característica dos sintomas variam conforme o nível da obstrução. O vômito, sintoma precoce e frequente, tende a ser bilioso nas obstruções de alças proximais e adquirir aspecto fecaloide nas obstruções distais. (AMARA et al., 2021).

O tratamento da obstrução intestinal é determinado pela etiologia, pela gravidade do quadro e pela condição clínica do paciente, podendo ser conservador ou cirúrgico. Na ausência de sinais de complicação, a conduta inicial preferencialmente é conservadora, baseada na estabilização hemodinâmica,

reposição volêmica, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos, descompressão gastrointestinal por sonda nasogástrica e suspensão da dieta oral. Essa abordagem pode ser mantida por até 72 horas, desde que não haja indicativos de isquemia, perfuração ou peritonite. (SUN et al., 2022).

Na obstrução causada por fecaloma, pode-se associar manobras de desimpactação, como lavagem intestinal. A indicação cirúrgica é mandatória na presença de sinais de abdome agudo complicado, incluindo peritonite, estrangulamento, obstrução em alça fechada ou vômitos incoercíveis. A escolha do procedimento operatório considera a etiologia, a extensão do comprometimento intestinal e o estado geral do paciente, especialmente a viabilidade das alças. Critérios que sinalizam maior risco e indicam necessidade de intervenção incluem dor abdominal prolongada (acima de quatro dias), defesa abdominal, proteína C reativa elevada ($>7,5$ mg/dL), leucocitose ($>10.000/\text{mm}^3$), presença de pneumoperitônio, líquido livre em quantidade significativa (>500 mL) e hipoperfusão da parede intestinal demonstrada por diminuição do realce ao contraste. (HOR; PAYE, 2016)

REFERÊNCIAS

AMARA, Y. *et al.* **Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen:** a WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 16, n. 1, 3 jul. 2021.

ATALAY, M. *et al.* **Magnitude, pattern and management outcome of intestinal obstruction among non-traumatic acute abdomen surgical admissions in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia.** *BMC Surgery*, v. 21, n. 1, 15 jun. 2021.

HOR, T.; PAYE, F. **[Diagnosis and treatment of an intestinal obstruction]**. *Revue De L'infirmiere*, n. 217, p. 19-21, 1 jan. 2016.

JACKSON, P.; VIGIOLA CRUZ, M. **Intestinal Obstruction:** Evaluation and Management. *American Family Physician*, v. 98, n. 6, p. 362-367, 15 set. 2018.

SUN, C. *et al.* **The diagnosis and management of intestinal obstruction after pediatric liver transplantation.** *Pediatric Transplantation*, v. 26, n. 1, p. e14123, 1 fev. 2022.

ABSCESSO CUTÂNEO INFECTADO SECUNDÁRIO A TRAUMA

Raíssa Sousa Borges Ribeiro¹

Hyzadora Luyza Fernandes Souza²

Lorhane Sousa Prado Araújo³

Michelle Alcântara de Castro⁴

Siméia Nunes Amaral de Araújo⁵

Ernane Oliveira Rodrigues⁶

Queixa Principal: “Abscesso em membro inferior direito há 4 dias”.

História da moléstia atual: Paciente do sexo masculino, 21 anos, admitido no Hospital Municipal Modesto de Carvalho há 4 dias devido ao aparecimento de um abscesso em membro inferior direito (MID), com restante da pele íntegra. Refere que sofreu trauma em panturrilha direita durante treino de Muay Thai há 5 dias, com posterior desenvolvimento de dor local, inchaço, calor, rubor e surgimento de secreção purulenta em região medial da panturrilha direita, sendo necessário drenagem no local. Refere aceitação da dieta ofertada, diurese preservada com características normais, evacuação presente e sem alterações. Encontra-se sob cuidados da equipe de enfermagem, aguardando reavaliação médica e definição de conduta. Está desacompanhado. Nega uso de medicações de uso contínuo. Refere alergia a sulfato ferroso.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. raissasbribeiro@gmail.com

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. hyzadoraluyza1@gmail.com

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. lorhane.araujo@aluno.faculdadezarns.com.br

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. michelle.alcantara.castro@gmail.com

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. simeia.araujo@aluno.faculdadezarns.com.br

6 Preceptor, Médico do Hospital Municipal Modesto de Carvalho – ZARNS Itumbiara, GO. erfmp@yahoo.com.br

Antecedentes pessoais patológicos: Nega doenças crônicas ou prévias relevantes.

História familiar: Sem antecedentes familiares relevantes de doenças crônicas ou infecciosas.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas:

- **Respiratório:** Nega tosse, dispneia e outros sintomas.
- **Cardiovascular:** Nega palpitações e dor torácica.
- **Gastrointestinal:** Sem náuseas e vômitos. Apetite preservado e ruídos hidro-aéreos (RHA) presente.
- **Genito-urinário:** Diurese presente, cor e odor característicos.
- **Neurológico:** Consciente, orientado, sem déficits.
- **Locomotor:** Edema localizado e dor em MID (panturrilha), sem limitação funcional significativa.

Hábitos de vida: Pratica atividades físicas regularmente (Muay Thai), nega uso de álcool, cigarro ou outras drogas. Boa aceitação da dieta hospitalar. Residência com condições sanitárias adequadas.

Exame Físico: Paciente em bom estado geral, consciente, orientado em tempo e espaço, calmo e colaborativo.

- **Sinais vitais:** PA: 120x70 mmHg | FC: 90 bpm | T: 38°C | SpO₂: 100%
- **Aparelho respiratório:** Eupneico em ar ambiente, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios.
- **Aparelho cardiovascular:** RCR em 2T, bulhas normofonéticas, pulsos periféricos presentes e simétricos, sem sopro. Perfusão capilar < 2s.
- **Abdome:** Plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Sem massas ou visceromegalias.
- **Aparelho locomotor:** Edema, rubor e calor em panturrilha direita, com presença de drenagem purulenta em região medial. Mobilidade preservada.
- **Demais sistemas:** Sem alterações significativas.

Exames complementares:

Hemograma:

- Hemoglobina: 14,1 g/dL
- Hematócrito: 41,7%
- Eritrócitos: 4,41 milhões/mm³
- Leucócitos: 4.400/mm³
- Plaquetas: 245 mil/mm³

PCR: 48 mg/L

USG Doppler Venoso Membro Inferior Direito (10/05/2025):

- Ausência de sinais de trombose venosa profunda (TVP).

Coleção no tecido subcutâneo na região medial da panturrilha direita, associada a edema de pele e tecido subcutâneo. Sinais de edema intramuscular na face medial da panturrilha direita caracterizado por espessamento muscular e discreto aumento de ecogenicidade. A critério clínico, se necessário, sugere-se correlação com RM.

Hipótese diagnóstica: Abscesso cutâneo infectado em membro inferior direito (panturrilha), secundário a trauma.

Diagnósticos diferenciais: Celulite infecciosa, Trombose venosa profunda (TVP).

Conduta:

- Manter antibioticoterapia (Ceftriaxona EV 1g 12/12h + Clindamicina EV 8/8h)
- Antipirético e analgésico conforme prescrição (Dipirona, Tenoxicam)
- Antiemético se necessário (Ondansetrona)
- Inibidor de bomba de próton (Omeprazol VO 1x/dia)
- Curativo com técnica asséptica e controle de sinais flogísticos
- Monitoramento de sinais vitais 4/4h
- Aguardar reavaliação clínica e, se necessário, avaliação cirúrgica para drenagem ampliada
- Manter dieta livre
- Acompanhamento pela equipe multiprofissional

DISCUSSÃO

O paciente apresenta abscesso cutâneo em membro inferior direito, quadro comumente relacionado à infecção bacteriana secundária a trauma, especialmente em indivíduos jovens e fisicamente ativos. A fisiopatologia envolve a entrada de patógenos, geralmente *Staphylococcus aureus*, no tecido subcutâneo, desencadeando resposta inflamatória intensa com formação de coleção purulenta. Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia, “os abscessos cutâneos são manifestações clínicas frequentes de infecção por cocos gram-positivos, exigindo abordagem clínica e, frequentemente, cirúrgica” (SBI, 2023, p. 10).

A antibioticoterapia instituída, ceftriaxona e clindamicina é adequada, visto que a clindamicina apresenta boa penetração em tecidos e atividade contra

Staphylococcus aureus e *Streptococcus pyogenes*. Conforme orienta o protocolo clínico, “a escolha empírica de antimicrobianos deve priorizar cobertura para *S. aureus*, especialmente em infecções associadas à pele e partes moles” (SBI, 2024, seção 4.2).

Apesar da antibioticoterapia, a drenagem da coleção purulenta permanece essencial para resolução do quadro. A Infectious Diseases Society of America destaca que “o tratamento padrão de abscessos cutâneos é a drenagem adequada, com antibióticos sendo indicados em casos selecionados” (IDSA, 2023, p. 7). Como o paciente apresenta sinais flogísticos locais e já houve drenagem espontânea, é razoável considerar conduta conservadora, mas a reavaliação cirúrgica segue indicada conforme evolução clínica.

O exame de imagem – ultrassonografia com Doppler venoso – auxiliou na exclusão de trombose venosa profunda (TVP), diagnóstico diferencial importante em casos com edema localizado e dor em membro inferior. Segundo as diretrizes brasileiras, “a ultrassonografia Doppler é o exame de escolha para avaliar TVP em membros inferiores” (SBACV, 2024, p. 12).

Em suma, o acompanhamento clínico contínuo e o suporte da equipe médica multidisciplinar são fundamentais para prevenir complicações. Além disso, o prognóstico tende a ser favorável com o tratamento precoce e apropriado.

REFERÊNCIAS

IDSA – Infectious Diseases Society of America. **Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2023 update.** *Clinical Infectious Diseases*, v. 76, n. 1, p. 1–30, 2023.

SBACV – Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. **Diretrizes diagnósticas para trombose venosa profunda (TVP) em membros inferiores.** São Paulo: SBACV, 2024. Disponível em: <https://sbacv.org.br>. Acesso em: 04 jun. 2025.

SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia. **Atualização sobre infecções cutâneas e de partes moles.** São Paulo: SBI, 2023. Disponível em: <https://infectologia.org.br>. Acesso em: 04 jun. 2025.

SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia. **Protocolo clínico para uso racional de antimicrobianos em infecções comunitárias.** São Paulo: SBI, 2024. Disponível em: <https://infectologia.org.br>. Acesso em: 04 jun. 2025.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Hyzadora Luyza Fernandes Souza¹

Lorhanne Sousa Prado Araújo²

Michelle Alcântara de Castro³

Raíssa Sousa Borges Ribeiro⁴

Siméia Nunes Amaral de Araújo⁵

Ernane Oliveira Rodrigues⁶

Queixa Principal: “Inchaço nas pernas e falta de ar”.

História da moléstia atual: Paciente, sexo masculino, 45 anos, pardo, tabagista, foi admitido no Hospital Municipal Modesto de Carvalho (HMMC) há 1 dia com queixa de edema em membros inferiores e dispneia progressiva aos pequenos esforços presentes há cerca de 1 semana. Refere que evoluiu com piora progressiva da falta de ar e sensação de cansaço aos mínimos esforços, além de dificuldade para dormir deitado (ortopneia). Relata episódios similares no passado, com internação há cerca de 7 meses por quadro semelhante, quando foi diagnosticado com insuficiência cardíaca e fibrilação atrial crônica. Na ocasião, recebeu prescrição medicamentosa para uso contínuo, mas abandonou seguimento e não fez uso dos medicamentos indicados. Nega dor torácica, febre e expectoração purulenta. Nega diabetes, etilismo e outras doenças conhecidas, relata apenas hipertensão arterial “antiga”, mas nunca tratada regularmente.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. hyzadoraluyza1@gmail.com

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. lorhanne.araujo@aluno.faculdezarns.com.br

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. michelle.alcantara.castro@gmail.com

4 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. raissabrigbeiro@gmail.com

5 Acadêmica de Medicina da Faculdade de Itumbiara – ZARNS Itumbiara, GO. simeia.araujo@aluno.faculdezarns.com.br

6 Preceptor, Médico do Hospital Municipal Modesto de Carvalho – ZARNS Itumbiara, GO. erfmp@yahoo.com.br

Antecedentes pessoais fisiológicos/patológicos: Sem informações relevantes sobre nascimento, desenvolvimento ou vida sexual. Possui histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica não tratada; Internação prévia por insuficiência cardíaca e fibrilação atrial crônica não tratadas; Nega alergias medicamentosas.

História familiar: Relata pai hipertenso e falecido por “problema no coração” aos 60 anos. Mãe viva, diabética e hipertensa.

Hábitos de vida: Sedentário, tabagista, nega etilismo. Dieta hipersódica e hipercalórica. Acesso precário a serviços de saúde e possui dificuldades financeiras que impedem adesão ao tratamento.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas

- **Geral:** relata cansaço fácil, inapetência. Nega febre, calafrios ou perda ponderal intencional.
- **Respiratório:** dispneia progressiva, ortopneia. Nega tosse produtiva.
- **Cardiovascular:** edema em membros inferiores, palpitações esporádicas. Nega dor torácica típica.
- **Gastro-intestinal:** nega diarreia, vômitos, epigastralgia ou demais alterações
- **Genito-urinário:** nega disúria, oligúria ou demais alterações
- **Endócrino:** nega poliúria, polidipsia, perda de peso.
- **Músculo-esquelético:** edema e leve desconforto em MMII, sem dor articular.
- **Neurológico:** lúcido e orientado, sem queixas.
- **Hematológico:** nega sangramentos ou hematomas.
- **Psicossocial:** refere sintomas ansiosos e insônia

Exame físico:

- Peso: 90kg
- Altura: 175 cm
- IMC: 29.39 Kg/m²
- Pressão Arterial: 93x81 mmHg~
- Frequência Cardíaca: 130 bpm, ritmo irregular
- Frequência Respiratória: 32 ipm
- Saturação: 94%

Ectoscopia: Regular estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, acianótico, afebril, anictérico, dispneico.

Aparelho Respiratório: murmúrio vesicular diminuído em base direita, presença de crepitações.

Aparelho Cardiovascular: bulhas hipofonéticas, ritmo irregular, sem sopro.

Aparelho Gastrointestinal: abdome plano, sem dor a palpação e visceromegalias.

Membros Inferiores: edema ++/4 em ambos os membros; Sem sinais de infecção ou sangramento visíveis.

Exames Complementares:

- **Ecocardiograma (29/09/2024)**

Justificativa do Procedimento: Insuficiência cardíaca descompensada

Conclusão: disfunção sistólica e diastólica importante de VE, IM moderada, hipertensão pulmonar, derrame pericárdico discreto.

- **Radiografia de Tórax (11/05/2025)**

Conclusão: cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar

- **Eletrocardiograma (11/05/2025)**

Justificativa do procedimento: Dispneia aos pequenos esforços.

Conclusão: taquicardia sinusal

- **Hemograma:** Resultado em 11/05/2025; Hemoglobina: 12,9 g/dL; Hematócrito: 40,6%; RDW: 12,5%; Plaquetas: 191.000/mm³; Leucócitos: 8.800/mm³

- **Dosagem de Sódio:** 131 mEq/L (leve hiponatremia)

- **Dosagem de Potássio:** 4,6 mEq/L

- **Dosagem de ureia:** 44mg/dL

- **Dosagem de creatinina:** 1,29 mg/Dl

- **Ritmo de Filtração Glomerular estimado por CKD-EPI:** 60 ml/min/1.73m³

- **Dosagem de CPK:** 126 U/L

- **Dosagem de CKMB:** 126 U/L

Hipótese diagnóstica:

Insuficiência cardíaca descompensada em paciente com cardiopatia estrutural crônica; Fibrilação atrial crônica e hipertensão pulmonar.

Conduta

- Internação em Clínica Médica
- Oxigenoterapia conforme necessidade (4L/min objetivando SpO₂ > 92%)
- Dieta hipossódica
- Furosemida 10mg/mL, 1 ampola com 2mL, EV, a cada 12h
- Espironolactona 100mg comprimido, VO, meio comprimido a cada 24h

- Metoprolol 25mg comprimido, VO, a cada 24 horas
- Dipirona sódica 1g 1 ampola, EV, a cada 6 horas se dor ou febre
- Avaliar sinais vitais a cada 6 horas
- Solicito avaliação do cardiologista
- Correção de glicemia de acordo com o dextro conforme esquema

DISCUSSÃO

A insuficiência cardíaca (IC) descompensada é responsável por grande parte das internações em adultos acima de 40 anos no Brasil e está associada a altas taxas de morbimortalidade intra-hospitalar. Segundo ARRUDA et al. (2022), a IC é a principal causa de hospitalização no SUS, gerando sozinha 13% das internações e uma taxa de 11,48 óbitos por 100 mil habitantes.

Nesse contexto, é comum que pacientes cheguem ao serviço de emergência já em quadro avançado, com sinais evidentes de congestão pulmonar, edema periférico e instabilidade hemodinâmica. A presença de taquicardia, hipofonese de bulhas cardíacas e crepitações em bases pulmonares reforça a hipótese de congestão e requer intervenções imediatas como: suporte ventilatório, diuréticos e monitorização constante.

A abordagem hospitalar da IC aguda deve ser rápida e multidisciplinar. Intervenções como a administração de furosemida EV, suporte com oxigenoterapia quando $SpO_2 < 90\%$ e ajuste eletrolítico são de grande importância para estabilização clínica. Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, BRASIL (2018), o manejo deve ser individualizado, levando em consideração o perfil clínico-hemodinâmico do paciente e a presença de fatores precipitantes como infecção, má adesão terapêutica ou arritmias, como a fibrilação atrial.

No caso apresentado, nota-se uma falha na adesão ao tratamento após alta hospitalar anterior, quando foi orientado acompanhamento ambulatorial e uso contínuo de medicação. Sendo assim, nota-se como a ausência de seguimento é um dos fatores mais relevantes na recorrência de descompensações e reinternações em pacientes com IC, conforme destacado em BRASIL (2018).

Em suma, é importante ressaltar que a avaliação precoce por cardiologia, a realização de ecocardiograma e o ajuste terapêutico guiado por sintomas e exames laboratoriais são cruciais para evitar complicações. A abordagem centrada no ambiente hospitalar visa não apenas estabilização imediata, mas também reestruturação do plano terapêutico e eventual educação em saúde para o paciente e se possível até familiares.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, V. L. DE. et al.. Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. E220021, 2022.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 111, n. 3, supl. 1, p. 436-539, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 26 maio 2025.

PNEUMONIA BACTERIANA: UM CASO CLÍNICO

Gabriela Peixoto Carvalho¹

Anna Luisa Gonçalves Aguiar²

Maricel Borges Tavares Abdala³

Queixa Principal (QP): “Dispneia” há 2 dias.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente do sexo masculino, 3 anos, proveniente de Itumbiara-GO, admitido no pronto atendimento do hospital Unimed em 28/04/2025. Paciente acompanhado pela mãe que relata quadro de dispneia iniciada há 2 dias com tosse seca, coriza amarelada e hiporexia como sintomas associados. Fez uso de Aerolin 6 puffs e Clenil 8 puffs, sem melhoras. Nega febre e outros sintomas.

História Pessoal Patológica (HPP): Esferocitose, intolerância a lactose e alergia à proteína do leite de vaca (APLV).

Medicamentos Em Uso (MEU): Aerolin 6 puffs e Clenil 8 puffs, quando necessário. PEG 4000 1 vez ao dia.

Imunização: Vacinas atualizadas conforme Programa Nacional de Imunização. **Hábitos de Vida (HV):** Alimentação balanceada, mas no momento aceitando apenas fórmula (Pregomin). Ingesta hídrica adequada e preservada. Sono irregular devido sintomas. Urina e fezes características.

Exame Físico (EF):

- **Ectoscopia:** BEG, ativo e reativo, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, taquipneico e tônus preservado.
- **Aparelho cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro audível no momento. FC: 125 bpm.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: gabriela.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: anna.aguiar@aluno.faculdezarns.com.br

3 Preceptor do curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: maricel.abdala@faculdezarns.com.br

- **Aparelho respiratório:** Murmúrio vesicular presente, crepitação a direita e sibilo difuso, com sinais de desconforto respiratório. FR 43 irpm. SpO₂ 91% AA.
- **Abdômen:** Plano, ruídos hidroaéreos presentes, normotimpânico, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

Exames: Exame laboratorial (28/04/2025): Hb: 12,2 / Ht: 33,3 / Leuco: 31.320 / Seg: 64,7 / Eos: 6,9 / Linf: 18 / Mono: 10,1 / Plaq: 448.000 / PCR: 5,8
Radiografia de tórax (28/04/2025): Suspeito de aumento da trama broncovascular em ambos hemitórax. Broncoespasmo?

Hipótese diagnóstica (HD): Broncoespasmo? Asma? Pneumonia?

Conduta (CD): Internação enfermaria pediátrica. Prescrito Salbutamol 04 puffs de 04 em 04 horas, Clenil 02 puffs de 12 em 12 horas, Prednisolona 20 mg pela manhã por 05 dias, Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500 + 125 mg 05 ml de 12 em 12 horas por 07 a 10 dias. Repetir hemograma e PCR em 48 horas.

DISCUSSÃO

A principal infecção respiratória aguda (IRA) do parênquima pulmonar é a pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Esta é definida como a presença de sinais e sintomas de pneumonia em criança previamente saudável, devido a infecção contraída fora do hospital. Vários estudos apontam os vírus como os principais agentes de PAC em crianças até 5 anos em países desenvolvidos. O *Streptococcus pneumoniae* ou pneumococo é o principal agente bacteriano de PAC (Tratado de Pediatria, 2025).

Os principais sinais e sintomas da PAC são: febre, tosse, taquipneia e dispneia, de intensidades variáveis. Algumas crianças apresentam dor abdominal, principalmente quando há envolvimento dos lobos pulmonares inferiores. Na ausência de sibilância, as crianças com tosse e taquipneia devem ser classificadas como tendo PAC. O diagnóstico de PAC é eminentemente clínico, dispensando a realização de radiografia de tórax, que só é recomendada nos casos graves que demandem internação (Tratado de Pediatria, 2025).

Para tratamento da PAC por pneumococo, continua sendo preconizada a penicilina como antibiótico de primeira linha. O tratamento da PAC é geralmente empírico, pois é raro identificar sua etiologia antes da introdução da antibioticoterapia. Além do uso adequado dos antimicrobianos, algumas recomendações são importantes: manter a alimentação da criança, particularmente o aleitamento materno, aumentar a oferta hídrica e manter as narinas desobstruídas. Além disso, a criança hospitalizada pode necessitar de uso de broncodilatadores, hidratação venosa, correção de distúrbios hidreletrolíticos, oxigenoterapia (quando a saturação de O₂ < 92%), entre outros cuidados (Tratado de Pediatria, 2025).

A hospitalização da criança neste caso é justificada pela presença de sinais de desconforto respiratório importante, dessaturação, e pela necessidade de tratamento endovenoso e vigilância clínica. Além disso, comorbidades como esferocitose e alergias alimentares preexistentes aumentam a vulnerabilidade do paciente a complicações, reforçando a indicação de internação para monitoramento mais rigoroso.

REFERÊNCIAS

1. DE PEDIATRIA, Tratado. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Barueri, São Paulo**, 2025.

CARCINOMA INFLAMATÓRIO DE MAMA: UM CASO CLÍNICO

Anna Luisa Gonçalves Aguiar¹

Beatriz Ferreira Vasconcelos²

Gabriela Peixoto Carvalho³

Luana da Silva Tonetti⁴

Queixa Principal (QP): “Caroço na axila esquerda” há 5 meses.

História da Moléstia Atual (HMA):

Paciente do sexo feminino, 55 anos, refere nódulo palpável em região da axila esquerda desde novembro de 2024. Procurou atendimento e realizou ultrassonografia e mamografia em janeiro, porém foi avaliado e diagnosticado o quadro como inflamação (segunda informações colhidas). Refere que havia descarga papilar sanguinolenta uniductal em mama esquerda e massa palpável em mama esquerda, axila e cervical. Nega febre e saída de secreção purulenta. Paciente procurou atendimento em Senador Canedo – GO, em fevereiro e foi internada e conduzido quadro como mastite. Permaneceu internada durante 30 dias, sendo 12 dias na UTI com uso de vancomicina para tratamento de “mastite”, como não houve resposta, foi encaminhada para Hospital Estadual de Itumbiara para biópsia e diagnóstico.

Antecedentes Pessoais Fisiológicos (APF): G8Pn6c1A1. Amamentou todos os filhos até aproximadamente os 3 anos de idade. Menopausa aos 50 anos, nega realização de terapia de reposição hormonal.

História Pessoal Patológica (HPP): Hipertensão Arterial Sistêmica há 13 anos e Transtorno de Ansiedade Generalizada há aproximadamente 13 anos.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: anna.aguiar@aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: beatriz.vaconcelos@aluno.faculdezarns.com.br

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: gabriela.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

4 Preceptora do curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: luanatonett@gmail.com

Medicamentos Em Uso (MEU): Losartana 50mg (1-0-1), Hidroclorotiazida 25mg (1-0-0) e Amitriptilina 50mg (0-0-1). Nega alergia medicamentosa.

História Familiar (HF): Nega patologia.

Hábitos de Vida (HV): Tabagista, 10 a 30 fumos no dia desde os 18 anos, mas cessou há 4 meses. Etilista eventualmente de cerveja, vinho e cachaça desde os 20 anos, mas cessou há 12 anos.

Exame Físico (EF):

- **Ectoscopia:** Paciente em bom estado geral, hidratada, corada, acianótica, anictérica.
- **Aparelho cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro audível no momento.
- **Aparelho respiratório:** Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.
- **Abdômen:** Semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes, normotimpânico, sem massas ou visceromegalias palpáveis.
- **Mamas:** Mama direita sem alterações palpáveis. Mama esquerda volumosa, textura de peau d'orange, com presença de hiperemia, edema em toda extensão de mama até o nível subclavicular e cervical. Complexo areolopapilar comprometido. Axila direita sem alterações palpáveis. Axila esquerda com presença de linfonodomegalia.
- **Linfonodos:** Linfonodos aumentados em região cervical e axilar esquerdo, de apresentação palpáveis, endurecidos e aderidos.

Exames complementares (EC): - Mamografia externa (20/01/2025): laudado como Birads 2.

Hipótese diagnóstica (HD): Carcinoma Inflamatório em mama esquerda.

Conduta (CD): Solicito anatomopatológico e imuno-histoquímica com urgência, realizado no dia 17/03/2025.

Solicito exame de estadiamento tumoral (tomografia computadorizada e cintilografia óssea).

Solicito adiantamento da regulação municipal para serviço de oncologista.

Oriento que a paciente será informada do resultado da biópsia pelo serviço de oncologia do Hospital Estadual de Itumbiara e terá retorno na mastologista de referência mais próxima (Hospital Araújo Jorge, Goiânia - GO).

DISCUSSÃO

Diante do caso apresentado, a paciente alegou dor e nódulo palpável em região axilar esquerda. Além disso, mencionou que teve descarga papilar sanguinolenta uniductal. Conforme análises realizadas diante da patologia da paciente, pode-se constatar a presença de um câncer inflamatório de mama. De acordo com Bertha Andrade Coelho, pós-graduanda em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, esse tipo de câncer pode ser descrito como:

Neoplasias malignas são o resultado do acúmulo de mutações em oncogenes e em genes supressores tumorais (van Kempen et al, 2006). Durante o crescimento tumoral diversas proteínas são secretadas na corrente sanguínea. Estas proteínas séricas podem refletir o estado fisiológico ou patológico do organismo, servindo como marcadores para melhor compreensão sobre o comportamento e atividade da doença. (Coelho, 2013, p. 19).

Esse tipo de câncer pode ser causado por diversos fatores, tais como fatores genéticos, hormonais, ambientais e por outros eventos reprodutivos. Como a avaliação clínica foi consistente ao identificar o carcinoma, o tratamento deve ser multidisciplinar, de modo a envolver, quimioterapia, radioterapia ou mesmo cirurgia. No âmbito da quimioterapia neoadjuvante pode ser utilizada para reduzir o tamanho do tumor e controlar a doença, enquanto a mastectomia radical é realizada para remover a mama afetada e os linfonodos axilares. Além disso, é preciso analisar o tratamento mais adequado dependendo do estágio em que está o câncer de mama.

Assim, “é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento” (INCA, 2022).

REFERÊNCIAS

1. BAGNOLI, Fl et al. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. **Goiânia: conexão propaganda e editora**, p. 277-285, 2017.
2. BRASIL. Caderno de atenção domiciliar. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.
3. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (n. 13). **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.
4. COELHO, Bertha Andrade. Caderno de atenção domiciliar. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.
5. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama**, 2022.

GRAVIDEZ ECTÓPICA: UM CASO CLÍNICO

Anna Luisa Gonçalves Aguiar¹

Gabriela Peixoto Carvalho²

Rita Paula Menezes Meirelles³

Queixa Principal (QP): “Dor no pé da barriga” há 30 dias.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente do sexo feminino, 23 anos, comparece ao Hospital Municipal Modesto de Carvalho no dia 28/05/2025 relatando dor em fossa ilíaca esquerda que se iniciou há 1 mês. Refere que essa dor é do tipo pontada, que irradia para a lombar, com intensidade 10 (0-10), com melhora parcial ao repouso. Além disso, tem como sintomas associados tontura, astenia, náuseas e sangramento vermelho vivo, sendo necessário troca de 4 absorventes por dia há 30 dias.

História Pessoal Patológica (HPP): Gravidez ectópica prévia em 2023.

Medicamentos Em Uso (MEU): Nega medicamentos de uso contínuo.

Antecedente pessoais (AP): DUM: 05/03/2025. G3Pn1A1. Cirurgia prévia: Salpingectomia direita em 2023.

Hábitos de Vida (HV): Alimentação balanceada. Ingesta hídrica adequada e preservada. Sono regulado. Urina e fezes características.

Exame Físico (EF):

- **Ectoscopia:** BEG, LOTE, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril.
- **Aparelho cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro audível no momento. FC: 86 bpm.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: anna.aguiar @aluno.faculdezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. 2E-mail: gabriela.carvalho@aluno.faculdezarns.com.br

3 Preceptor do curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: ritacruzereense@yahoo.com.br

- **Aparelho respiratório:** Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios. FR 16 irpm. SpO2 97% AA.
- **Abdômen:** Distendido, ruídos hidroaéreos presentes, normotimpânico, doloroso a palpação superficial em fossa ilíaca esquerda.

Exames laboratoriais: BETA-HCG (06/05/2025): 4.972,7, BETA-HCG (26/05/2025): reagente. Ultrassom transvaginal (26/05/2025): aspecto cístico na região anexial esquerda.

Hipótese diagnóstica (HD): Gravidez ectópica.

Conduta (CD): Solicito internação para cirurgia de salpingectomia esquerda por gravidez ectópica.

DISCUSSÃO

A gravidez ectópica é uma condição clínica em que o embrião se implanta fora da cavidade uterina, sendo a tuba uterina o local mais comum, representando mais de 95% dos casos. Trata-se de uma emergência ginecológica, pois, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir com ruptura tubária e hemorragia intra-abdominal, representando risco significativo à vida da paciente (FEBRASGO, 2021).

No caso apresentado, a paciente, com histórico de gravidez ectópica prévia e salpingectomia direita, compareceu ao serviço com dor em fossa ilíaca esquerda, sangramento genital persistente e sinais clínicos sugestivos de instabilidade hemodinâmica compensada, como tontura e astenia. Além disso, o achado ultrassonográfico de imagem cística em região anexial esquerda, associado ao beta-hCG positivo e evolutivo, reforça fortemente o diagnóstico de nova gravidez ectópica (FEBRASGO, 2021).

A história obstétrica da paciente revela fator de risco relevante: gravidez ectópica anterior. Segundo a FEBRASGO, mulheres com antecedente de gravidez ectópica possuem risco de recorrência entre 10 e 25%, principalmente quando houve comprometimento tubário prévio, como no caso da salpingectomia (FEBRASGO, 2021).

O diagnóstico de gravidez ectópica é baseado na tríade clássica de dor abdominal, sangramento vaginal e atraso menstrual, embora nem todas as pacientes apresentem os três sinais simultaneamente. A associação entre exame clínico, dosagem sérica de beta- hCG e ultrassonografia transvaginal é fundamental para a identificação precoce da condição. Em situações em que não se observa saco gestacional intrauterino com níveis de beta-hCG acima do limiar discriminatório (geralmente >1.500 mUI/mL), deve-se considerar fortemente a possibilidade de gestação ectópica (FEBRASGO, 2021).

No presente caso, frente à suspeita clínica e aos achados de imagem, a conduta proposta de internação e salpingectomia esquerda é apropriada. Segundo o protocolo da FEBRASGO, a indicação de tratamento cirúrgico está indicada principalmente em pacientes sintomáticas com sinais de instabilidade hemodinâmica, dor abdominal intensa, massa anexial suspeita ou hemoperitônio, ou ainda quando há contraindicação ao tratamento medicamentoso com metotrexato (FEBRASGO, 2021).

REFERÊNCIAS

1. FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Gravidez Ectópica: Protocolo Oficial FEBRASGO – Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina. **FEBRASGO, São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br>. Acesso em: 04 jun. 2025.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO: UM CASO CLÍNICO

Gabriela Peixoto Carvalho¹

Anna Luisa Gonçalves Aguiar²

Ivaldo Inácio Silva Junior³

Queixa Principal (QP): “Aumento da pressão” há 1 dia.

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente do sexo feminino, 81 anos, proveniente de Morrinhos-GO, admitida no pronto atendimento do hospital municipal de Morrinhos em 30/01/2025. Segundo familiares, apresentou elevação progressiva da pressão arterial ao longo do dia, atingindo 210/130mmHg, sem melhora, apesar do uso das medicações habituais. No período noturno, evoluiu com disartria, taquipneia e dispneia, sendo então encaminhada ao hospital. Na unidade, foram instituídas medidas para controle pressórico e realizada tomografia computadorizada de crânio e tórax.

Após estabilidade clínica, a paciente foi liberada para domicílio, com orientações para retorno em caso de piora.

Na manhã de sábado (01/02/2025), voltou a apresentar pico pressórico, evoluindo no período noturno com rebaixamento do nível de consciência, hemiparesia esquerda e desvio de rima labial para a esquerda. Os familiares acionaram o corpo de bombeiros, que realizou o transporte para o pronto atendimento do hospital municipal de Morrinhos. No hospital, a paciente foi admitida com emergência hipertensiva (212/130mmHg) e rebaixamento do nível de consciência. Foi realizada novas tomografias de crânio e tórax (01/02/2025). Diante da suspeita de evento vascular isquêmico, a paciente foi internada para monitorização e exames laboratoriais seriados. Paciente seguia no 3º dih (03/02/2025), evoluindo com piora do rebaixamento do nível de consciência, associado a dispneia, taquipneia e dessaturação. Portanto, foi prosseguido com intubação orotraqueal e passagem

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: gabriela.carvalho@aluno.faculdadezarns.com.br

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: anna.aguiar@aluno.faculdadezarns.com.br

3 Preceptor do curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara. E-mail: vardinjuni00@gmail.com

de cateter venoso central (CVC) em veia subclávia direita. Diante do quadro, foi solicitado leito de unidade de terapia intensiva (UTI), através do sistema de regulação de internações hospitalares (gerint).

Ressonância magnética de crânio - 03/02/2025

- Achados: insultos isquêmicos extensos no hemisfério esquerdo, com desvio discreto da linha média e sinais compressivos sobre o ventrículo lateral esquerdo.
- Paciente admitida na UTI de Morrinhos-GO (04/02/2025).

História Pessoal Patológica (HPP): Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Insuficiência cardíaca; Fibrilação atrial. Sem demais comorbidades. Nega alergia medicamentosa.

Medicamentos Em Uso (MEU): Atenolol 50mg (1-0-1), Losartana 50mg (1-0-1), Furosemida 40mg (1-0-0), Digoxina 0,23mg (1 vez ao dia, após almoço), Rivaroxabana 20mg (1 vez ao dia, após almoço), Cordarex (besilato de anlodipino) 5mg (1 vez ao dia, após almoço), Clonazepam 2mg (0-0-1), Zolpidem 10mg (0-0-1), Glifage 500mg (0-1-1) e Venlafaxina 75mg (1-0-1).

Imunização: COVID 19: 3 doses (SIC). Porém, não apresentou cartão vacinal.

Hábitos de Vida (HV):Nega tabagismo e etilismo.

Exame Físico (EF):

- **Ectoscopia:** Paciente em gravíssimo estado geral, em uso de sedoanalgesia com midazolam 20ml/h + fentanil 20ml/h (RASS -5), pupilas isocóricas e fotorreagentes bilaterais, hipocorada 2+/4+, hidratada, acianótica, anictérica.
- **Aparelho cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro audível no momento. Instável hemodinamicamente em uso de dobutamina 10ml/h; PA: 110/60 (76 mmHg; FC: 71bpm.
- **Aparelho respiratório:** Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Em ventilação mecânica via TOT (d2 - n°8) modo pressão controlada, FiO2 25%, SpO2 95%.
- **Abdômen:** Semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes, normotimpânico, sem massas ou visceromegalias palpáveis.
- **Vascular:** Pulsos presentes e simétricos bilaterais. Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres, sem empastamento, sem sinais de trombose venosa profunda. TEC MMSS: <3s, TEC MMII: <3s.
- **Urinário:** Diurese presente via sonda vesical de demora até o momento.

Hipótese diagnóstica (HD): AVE Isquêmico (Ressonância Nuclear Magnética De Crânio - 03/02/2025).

Conduta (CD): Admissão em leito de UTI com monitorização multipamétrica contínua. Solicito a revisão do laudo de ressonância magnética de crânio realizado no dia 03/02/2025. Aguardo a revisão do novo laudo da ressonância magnética de crânio para avaliar a necessidade de solicitar avaliação da neurocirurgia. Estabeleço cuidados intensivos e vigilância neurológica, respiratória, hemodinâmica, infecciosa e glicêmica rigorosa. Prescrevo medidas para paciente neurocrítico. Oriento familiares acerca da gravidade do caso.

DISCUSSÃO

Diante do caso exposto, a paciente apresentou emergência hipertensiva com rebaixamento do nível de consciência. De acordo com as Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, as emergências hipertensivas podem ser descritas como: situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente com PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 120 mmHg) com LOA aguda e progressiva, com risco iminente de morte (Barroso, Weimar Kunz Sebba et al, 2021, p. 81).

É essencial a realização de uma história clínica direcionada para a causa possível. A investigação clínica e a solicitação de exames devem prover a adequada avaliação da PA e a presença de LOA agudas. Os indivíduos devem ser admitidos preferencialmente em UTI, tratados com anti-hipertensivos intravenosos (IV) e monitorados cuidadosamente durante a terapia para evitar hipotensão. As recomendações gerais de redução da PA para EH devem ser PA média $\leq 25\%$ na 1ª hora; PA 160/100-110 mmHg nas próximas 2 a 6 h; PA 135/85 mmHg em um período de 24-48 h subsequentes. Por tanto, as emergências hipertensivas devem ser abordadas considerando o sistema ou o órgão-alvo acometido.

REFERÊNCIAS

1. BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
2. MARTINS, Sheila Cristina Ouriques et al. Diretrizes para Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico–Parte II. **Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia**, v. 4, 2012.

TIMOMA: CASO CLÍNICO

Cassio Fernandes da Silva¹

Giovana Botelho Moreira²

Ian Porto Almeida Borges³

Liz Silva Loureiro⁴

Mikaella Cintra Ribeiro Borges⁵

Tatiana Póvoa Naves⁶

Wanessa Procópio Goveia de Menezes⁷

Luana da Silva Tonetti⁸

Queixa Principal (QP): Dispneia e dor esternal há alguns meses.

HMA: História da moléstia atual

Paciente do sexo masculino, 71 anos, refere que tem uma massa no pulmão, associada com dispneia e dor torácica, principalmente em região esternal. Esses episódios começaram a ocorrer desde o segundo semestre de 2024.

Porém não tinha exames que comprovasse esse achado. Então foi solicitado uma tomografia computadorizada (TC) de tórax para avaliação.

APP: Antecedentes pessoais patológicos

AVC isquêmico a 5 anos, DPOC presumido (enfisema) e Hipertensão Arterial. Ex-tabagista e ex-etilista, fumou por mais de 50 anos.

HF: História familiar

Mãe falecida - DPOC; Pai falecido - AVC.

1 Acadêmico de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

2 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

3 Acadêmico de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

4 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

5 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

6 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

7 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

8 Preceptora de Clínica Médica da Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara – GO.

EF: Exame físico

Bom estado geral, orientado em tempo e espaço, acianótico, anictérico, afebril, hidratado e corado.

- **AR: Aparelho respiratório**

Murmúrio vesicular fisiológico diminuído a esquerda com crepitações esparsas.

- **ACV: Aparelho cardiovascular**

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopro.

- **AN: Aparelho neurológico**

Escala de Coma de Glasgow de 15

- **EC: Exames complementares**

Foi constatado na TC volumosa massa heterogênea na região superior do lobo superior esquerdo, mantendo íntimo contato com as estruturas vasculares mediastinais, artéria pulmonar esquerda, da aorta e, inclusive, com a emergência para os vasos cervicais, essas nodulações volumosas no lobo superior esquerdo que sugerem implantações secundárias.

HD: Hipótese diagnóstica

Timoma, carcinoma pulmonar.

DD: Diagnósticos diferenciais

Carcinoma pulmonar

CD: Conduta

Foi realizado uma broncoscopia para investigação de um possível câncer pulmonar. Logo após esse procedimento, foi descartada a hipótese descrita acima e sugerido que o paciente apresentava um timoma. Nesse contexto, foi marcada a cirurgia para remoção da neoplasia no dia 28/02/25.

Após a timectomia, paciente foi recebido em UTI proveniente do centro cirúrgico, hemodinamicamente estável sem uso de DVA, em uso de cateter de O₂, nega queixa de dores. Dreno oscilante com saída de secreção sero-hemática. Exame Físico: **Neuro:** ECG 15 pupilas isofotorreagentes; **AR:** MVF abolido em ápice esquerdo; **ACV:** BRNF em 2 tempo sem sopro; **AGI:** Abdômen livre exame, prejudicado devido paciente ainda estar sobre anestesia; **TEC:** < 3 segundos.

Diante de uma boa evolução do paciente, no dia 14/03/25 foi dada alta médica com sucesso na retirada do timoma. Com isso, foi marcado retorno ambulatorial com o cirurgião torácico para o dia 28/03/25 com finalidade de acompanhar o quadro clínico.

DISCUSSÃO

O timo constitui o principal órgão linfóide incumbido da maturação das células T. Durante os primeiros anos de vida, as células T passam por um processo de ativação e, de maneira essencial, inativação dentro dessa glândula. Os timomas são neoplasias que se originam no timo e apresentam raridade notável, com uma incidência de 0,15 casos por 100.000 indivíduos. (TRUJILLO-REYES, 2018)

O primeiro passo para o diagnóstico dos tumores tímicos é fazer o diagnóstico diferencial com outros tumores do mediastino anterior e lesões tímicas não malignas, usando tomografia computadorizada (TC). Após essa etapa inicial, é de extrema importância o estudo histológico, pelo fato dos timomas se subdividirem em diferentes tipos (chamados A- timoma medular de células fusiformes, AB- misto, B1- rico em linfócitos, B2- cortical, B3- atípico) com base na morfologia das células tumorais epiteliais. (BASSE e GIRARD, 2021)

Após isso, os pacientes são estadiados conforme o sistema de estadiamento de Masaoka-Koga, que está relacionado à sobrevida global dos pacientes. A classificação é a seguinte: **I**- tumor encapsulado (inclui invasão capsular parcial - não transmural); **IIa** - Invasão microscópica transcapsular; **IIb** - Invasão capsular macroscópica; **III** - Invasão macroscópica de órgãos adjacentes; **IVa** - Disseminação pleural ou pericárdica; **IVb** - Disseminação hematogênica ou linfática. (BASSE e GIRARD, 2021)

Nos tumores classificados nos estágios I e II de Masaoka-Koga, bem como em alguns casos de estágio III, a ressecção total costuma ser viável desde o início, e a intervenção cirúrgica constitui a etapa inicial do tratamento, frequentemente complementada por radioterapia adjuvante no pós-operatório. (BASSE e GIRARD, 2021)

A abordagem convencional consiste na esternotomia mediana, sendo subsequente à avaliação da invasão capsular visível a olho nu, da infiltração da gordura mediastinal, das aderências e dos comprometimentos dos tecidos adjacentes. Normalmente, opta-se pela timentomia total, dado que recidivas locais têm sido observadas em casos de timentomia parcial. (BASSE e GIRARD, 2021)

Em virtude da propensão dos tumores tímicos à recorrência local e regional, a radioterapia tem sido, historicamente, um pilar na estratégia terapêutica no contexto pós-operatória, e é indicada quando: pode ser considerada nos casos em que se observa histologia agressiva (tipos B2, B3) ou invasão transcapsular (estágio IIb) e não é recomendada após a ressecção total do timoma estágio I de Masaoka-Koga, e sua aplicação não é rotineiramente recomendada após a ressecção completa do timoma estágio II. (BASSE e GIRARD, 2021)

REFERÊNCIAS

TRUJILLO-REYES, J. et al. El timoma, ¿es una enfermedad sistémica? **Arco Bronconeumol**, 55:235–236, 2019.

BASSE, C., e GIRARD, N. Thymic tumours and their special features. **European Respiratory Review : an official journal of the European Respiratory Society**, 30(162), 2021.

CARTER, B.W. et al. ITMIG Classification of Mediastinal Compartments and Multidisciplinary Approach to Mediastinal Masses. **Radiographics**, ;37(2):413-436, 2017.

BOLA FÚNGICA: CASO CLÍNICO

Wanessa Procópio Goveia de Menezes¹

Cassio Fernandes da Silva²

Giovana Botelho Moreira³

Ian Porto Almeida Borges⁴

Liz Silva Loureiro⁵

Mikaella Cintra Ribeiro Borges⁶

Tatiana Póvoa Naves⁷

Luana da Silva Tonetti⁸

Queixa Principal (QP): Dor em região dorsal à direita e discreta dispneia.

HMA: História da moléstia atual

Paciente do sexo masculino, 46 anos, relata que há 15 dias começou com dor em região dorsal à direita e discreta dispneia, que piora aos pequenos esforços. Refere que a dor não melhora ao usar analgésico. Nega fator melhorar ou piora. nega febre. Nega demais queixas associadas.

APP: Antecedentes pessoais patológicos

Tabagista há 15 anos. Mesotelioma há 07 anos atrás. **C.P:** toracoplastia há 07 anos. Nega outras comorbidades.

EF: Exame físico

Regular estado geral, acordado, verbalizando, orientado em tempo e espaço, cooperante, acianótico, anictérico, afebril, hidratado e corado.

1 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO

2 Acadêmico de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

3 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

4 Acadêmico de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

5 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

6 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

7 Acadêmica de Medicina na Faculdade ZARNS – Itumbiara – GO.

8 Preceptora de Clínica Médica da Faculdade de Medicina ZARNS Itumbiara – GO.

- **AR: Aparelho respiratório**

Murmúrio vesicular fisiológico presentes, porém reduzidos dispersamente.

- **ACV: Aparelho cardiovascular**

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopro.

- **AGI: Aparelho gastrointestinal:** globoso, flácido, sem visceromegalias visíveis ou palpáveis, percussão timpânica em todos os quadrantes, com exceção do quadrante hipocôndrio direito que se encontra maciço, indolor a palpação superficial e profunda.

- **AN: Aparelho neurológico**

Escala de Coma de Glasgow de 15

- **EC: Exames complementares**

Solicitado Radiografia de Tórax (figura 01) e Tomografia Computadorizada de Tórax (TC) (Figura 02). A imagem apresentou massa arredondada localizada em lobo superior direito com sinal do crescente aéreo (Monod sign) de densidade variável. Sendo sugestivo de infecção fúngica (bola fúngica).

Figura 01

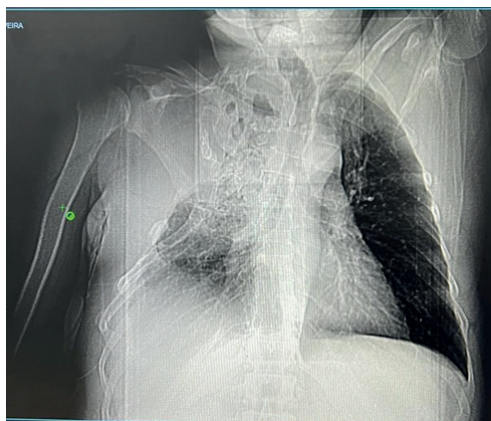


Figura 02



Exames laboratoriais - 31/01/2025: hemácias: 5,52; hemoglobina: 14,6; hematócrito: 43,7; leucócitos: 21220; segmentados: 18.461; plaquetas: 391.000; creatinina: 1,21; ureia: 27; potássio: 4,82; sódio: 140,5; **30/01/2025:** tempo de protrombina ativada: 13,60 segundos; atividade protrombinica: 97%; INR: 1,02; hemácias: 5,33; hemoglobina: 14,0; hematócrito: 42,0; leucócitos: 6.140; plaquetas: 397.000; sódio: 136,1; PCR: 0,6; tempo de tromboplastina parcial ativada - TTPa: 32,8 - pcte/normal: 0,98.

HD: Hipótese diagnóstica

Infecção pulmonar devido a bola fúngica

DD: Diagnósticos diferenciais

Pneumonia, Tuberculose, CA de pulmão.

CD: Conduta

Após realizados os exames, paciente foi encaminhado para serviço de cirurgia torácica (dia 31/01/25) para realizar uma pleuroscopia e drenagem de empiema. Logo após o pós-operatório, foi admitido em UTI em regular estado geral, LOTE, AAA, corado, hidratado, ansioso, respirando em A.A, com tosse sanguinolenta, presença de dreno em região torácica posterior direita, estável hemodinamicamente, sem uso de DVA. ACV: BRNF, 2T, s/ sopros. AR: MV+ s/ R.A. Abdome: sem alterações. No dia 01/02/25 paciente foi encaminhado para a clínica médica e recebeu alta no dia 29/02/25 no seu 29º dia pós-operatório, com medicações e orientações diante do quadro clínico.

DISCUSSÃO

A bola fúngica pleural, ou aspergiloma pleural, é uma condição rara caracterizada pela colonização da cavidade pleural pelo fungo *Aspergillus fumigatus*. Essa condição geralmente ocorre em pacientes com histórico de doenças pulmonares cavitárias ou fistulas pleurais, criando um ambiente propício para o crescimento fúngico. Guazzelli et al. (2012) relataram seis casos de pacientes com aspergiloma pleural, destacando a associação com tuberculose prévia em quatro deles.

O diagnóstico de aspergiloma pleural é desafiador devido à sua apresentação clínica inespecífica. Exames de imagem, como a tomografia computadorizada de tórax, são fundamentais para identificar derrames pleurais e espessamento pleural com nível líquido. Além disso, métodos laboratoriais avançados, incluindo a detecção de antígenos fúngicos como galactomanana e (1→3)-β-D-glucano, têm sido explorados para aprimorar a precisão diagnóstica. Gavronski, Botelho e Cordova (2016) discutem a aplicação desses métodos no diagnóstico de aspergilose invasiva, embora ressaltem a necessidade de mais estudos para validar sua eficácia.

A abordagem terapêutica para o aspergiloma pleural frequentemente envolve intervenção cirúrgica, como a remoção da colonização fúngica e drenagem de empiema, combinada ou não com terapia antifúngica sistêmica. Guazzelli et al. (2012) observaram melhora clínica em cinco dos seis pacientes submetidos à remoção cirúrgica, com infusão intrapleural de anfotericina B em quatro casos e tratamento antifúngico sistêmico em dois. No entanto, é importante considerar os riscos associados ao procedimento cirúrgico, especialmente em pacientes com comorbidades.

Este relato de caso enfatiza a importância de uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa em pacientes com suspeita de aspergiloma pleural. A combinação de exames de imagem detalhados e métodos laboratoriais específicos é crucial para o diagnóstico preciso. Além disso, a decisão terapêutica deve ser individualizada, levando em consideração os benefícios e riscos das intervenções disponíveis.

REFERÊNCIAS

- GAVRONSKI, S. et al. Diagnóstico laboratorial de aspergilose invasiva: avaliação de métodos moleculares e detecção de antígenos. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, n. 2, 2016.
- GUAZZELLI, L.S. et al. Bola fúngica por *Aspergillus fumigatus* em cavidade pleural. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 1, p. 125-132, 2012.

POSFÁCIO

A presente coletânea de casos clínicos cumpre o propósito de reunir experiências que transcendem a descrição de sinais, sintomas e condutas. Ela oferece a oportunidade de sistematizar situações concretas da prática médica e convertê-las em material de análise crítica, permitindo ao leitor desenvolver o raciocínio clínico, identificar padrões e refletir sobre diferentes abordagens terapêuticas.

A proposta desta obra foi maior do que reunir relatos clínicos. Ela buscou ser um instrumento de formação, de diálogo e de estímulo ao pensamento crítico. Ao acompanhar os casos, o leitor pôde se deparar com dilemas diagnósticos, condutas terapêuticas e decisões éticas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Mais do que apresentar respostas, o livro provocou perguntas, abriu espaço para a dúvida e reforçou a importância da investigação criteriosa.

A medicina, afinal, é uma ciência que se renova constantemente, mas é também uma arte que se faz no encontro humano. Por isso, os casos aqui descritos devem ser vistos não apenas como registros científicos, mas como narrativas que envolvem pessoas, famílias e contextos. Em cada paciente, há uma história de vida que desafia os limites do conhecimento e exige sensibilidade do profissional. É nesse ponto que este livro ganha sua relevância: ao lembrar que, por trás de exames, protocolos e condutas, existem sujeitos que confiam na escuta e na capacidade de cuidar.

Outro aspecto importante que esta obra ressalta é a necessidade de integrar teoria e prática. O estudante, ao ler os casos, reconhece conteúdos previamente vistos em sala de aula, mas agora transportados para a vivência real. O profissional em atividade, por sua vez, encontra aqui a oportunidade de revisitar fundamentos, comparar experiências e repensar condutas. Assim, o livro cumpre sua missão de aproximar gerações, fortalecendo a construção coletiva do saber médico.

Finalizo reforçando que este livro é, antes de tudo, um ponto de partida. Que ele inspire pesquisas futuras, discussões acadêmicas e, principalmente, a prática consciente e responsável da medicina. Que cada leitor leve consigo não apenas o conhecimento adquirido, mas também a certeza de que aprender

com os casos clínicos é aprender com a vida, em toda a sua complexidade, vulnerabilidade e beleza.

Profa. Ma. Raphaela Alves Vilela Garcia

Docente do Curso de Medicina da Faculdade ZARNS Itumbiara

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abdominal 21, 34, 57, 61, 63, 96, 112, 126, 127, 137, 143, 145, 152, 154, 155, 166, 172, 173
ACV 17, 25, 26, 29, 39, 43, 55, 58, 74, 79, 93, 97, 100, 112, 118, 126, 136, 140, 144, 178, 182, 183
Aluno 11, 16, 20, 24, 28, 33, 37, 42, 46, 50, 54, 57, 62, 67, 73, 78, 83, 88, 92, 96, 103, 107, 116, 121, 135, 143, 148, 152, 156, 160, 165, 168, 171, 174
Arterial 15, 18, 22, 27, 34, 46, 48, 63, 73, 74, 75, 85, 93, 100, 112, 119, 122, 123, 126, 128, 149, 160, 174, 176

C

- Cardíaca 17, 19, 21, 34, 47, 48, 55, 63, 74, 75, 76, 77, 97, 100, 123, 126, 128, 129, 130, 136, 160, 161, 162, 163, 164, 175
Cardíaco 46, 48, 52, 55, 68, 74, 89, 108, 153, 165, 169, 171, 175
Cardiovascular 17, 26, 29, 39, 43, 47, 48, 49, 58, 77, 79, 93, 100, 112, 118, 122, 124, 126, 157, 165, 169, 171, 175, 178, 182
Comorbidades 21, 22, 30, 31, 42, 46, 51, 54, 57, 72, 84, 100, 104, 108, 112, 123, 139, 149, 167, 175, 181, 183
Crianças 55, 56, 81, 86, 98, 110, 111, 114, 137, 141, 166

D

- Diabetes 18, 22, 25, 29, 60, 61, 73, 86, 99, 100, 101, 102, 108, 126, 149, 160
Diagnóstico 15, 18, 19, 22, 23, 25, 30, 33, 45, 48, 49, 53, 55, 56, 60, 64, 70, 71, 72, 77, 81, 84, 86, 94, 98, 104, 109, 110, 115, 129, 133, 137, 141, 142, 143, 145, 150, 151, 154, 159, 166, 168, 170, 172, 179, 183, 184
Dispneia 16, 25, 28, 30, 31, 39, 46, 48, 55, 68, 73, 76, 78, 93, 118, 121, 126, 129, 144, 157, 160, 161, 165, 166, 174, 177, 181

E

- Esquizofrenia 68, 70, 71, 72, 104, 105, 106
Exames 19, 23, 28, 30, 33, 38, 40, 44, 55, 59, 60, 64, 76, 85, 98, 101, 123, 128, 137, 140, 145, 154, 163, 174, 176, 177, 183, 184

F

- Febre 16, 17, 21, 25, 28, 39, 42, 43, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 64, 74, 78, 96, 107, 109, 116, 117, 118, 125, 132, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 150, 152, 160, 161, 163, 165, 166, 168, 181
Fisiológico 12, 18, 39, 52, 58, 74, 89, 97, 108, 118, 124, 133, 136, 144, 170, 172, 178, 182
Fisiológicos 13, 16, 28, 39, 43, 57, 74, 79, 84, 93, 118, 121, 126, 144, 149, 153, 161

G

Gastrointestinal 17, 21, 26, 29, 34, 39, 43, 52, 58, 63, 89, 93, 94, 108, 118, 127, 154, 155, 182

H

Hábitos 13, 17, 26, 29, 39, 43, 51, 58, 68, 89, 93, 97, 100, 104, 108, 112, 118, 122, 126, 132, 136, 149, 152, 157, 161, 165, 169, 171, 175

Hemograma 17, 26, 43, 52, 55, 58, 74, 90, 109, 122, 127, 140, 144, 153, 157, 162

Hepatite 33, 34, 35, 36, 137

Hidroaéreos 21, 34, 39, 52, 55, 63, 89, 97, 108, 112, 118, 132, 136, 144, 166, 169, 172, 175

Hipertensão 18, 27, 39, 46, 48, 73, 74, 85, 89, 93, 97, 100, 108, 118, 119, 121, 124, 126, 128, 129, 151, 160, 162, 176

I

Infecção 12, 15, 22, 23, 26, 36, 52, 55, 64, 90, 107, 109, 119, 137, 141, 145, 146, 158, 162, 163, 166, 182

Infeciosa 22, 55, 90, 98, 109, 135, 136, 137, 158, 176

Infecções 15, 23, 30, 55, 56, 60, 127, 128, 159

Insuficiência 19, 22, 55, 76, 77, 128, 129, 141, 160, 161, 163, 164

Insulina 21, 59, 60, 99, 101, 102, 131, 132

Intestinal 39, 68, 101, 113, 118, 126, 131, 144, 145, 154, 155, 161

L

Lesões 15, 22, 34, 37, 38, 40, 41, 50, 51, 52, 53, 85, 90, 96, 97, 98, 107, 108, 109, 112, 113, 122, 154, 179

Leucócitos 17, 22, 43, 55, 58, 64, 74, 101, 113, 122, 127, 144, 157, 162

M

Medicação 36, 74, 92, 94, 97, 112, 113, 125, 134, 137, 140, 163

Medicina 11, 16, 20, 23, 24, 28, 33, 36, 37, 41, 42, 46, 50, 53, 54, 57, 62, 73, 78, 83, 88, 91, 92, 96, 103, 107, 115, 116, 121, 123, 125, 131, 134, 135, 139, 142, 143, 148, 151, 152, 156, 160, 165, 168, 170, 171, 174, 177, 181

N

Neurológico 14, 17, 21, 26, 29, 34, 40, 43, 58, 64, 93, 97, 104, 118, 122, 127, 136, 178, 182

Normofonéticas 26, 39, 47, 52, 55, 68, 74, 79, 89, 97, 100, 108, 112, 118, 136, 140, 149, 153, 157, 165, 169, 171, 175, 178, 182

O

Obstrução 18, 30, 54, 84, 154, 155

P

Paciente 12, 18, 19, 23, 28, 30, 31, 33, 34, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 76, 77, 78, 84, 86, 92, 93, 94, 96, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 109, 117, 119, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 135, 137, 141, 145, 146, 148, 149, 151, 154, 155, 158, 159,

- 162, 163, 167, 169, 170, 172, 174, 176, 178, 183
- Palpação 17, 21, 22, 43, 47, 52, 55, 58, 63, 85, 89, 93, 97, 101, 108, 127, 136, 144, 153, 157, 162, 172, 182
- Patológicos 13, 16, 28, 43, 57, 79, 84, 93, 121, 126, 149, 157, 161, 177, 181
- Pneumonia 28, 139, 141, 142, 166
- Pulmonar 17, 21, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 63, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 95, 100, 108, 112, 128, 129, 140, 141, 144, 162, 163, 166, 178, 182
- R
- Respiratória 56, 74, 80, 94, 95, 100, 126, 128, 139, 141, 142, 166, 176
- Respiratório 17, 26, 29, 39, 43, 47, 52, 55, 58, 74, 79, 89, 93, 100, 108, 112, 118, 126, 137, 140, 144, 157, 166, 167, 169, 172, 175, 178, 182
- S
- Sintomas 19, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 56, 57, 60, 62, 64, 69, 70, 71, 79, 81, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 114, 118, 121, 125, 130, 133, 135, 137, 139, 141, 145, 149, 152, 154, 157, 161, 163, 165, 166, 171
- Sopros 17, 21, 26, 39, 43, 47, 52, 55, 58, 74, 79, 89, 93, 97, 100, 108, 112, 118, 136, 140, 144, 150, 153, 183
- T
- Tabagismo 13, 18, 21, 30, 31, 39, 46, 84, 90, 104, 118, 122, 126, 132, 144, 149, 152, 175
- Terapia 17, 18, 19, 59, 76, 77, 98, 106, 117, 133, 140, 141, 142, 168, 175, 176, 183
- Torácica 16, 18, 19, 25, 39, 48, 63, 64, 68, 74, 118, 157, 160, 161, 177, 183
- Tórax 17, 29, 30, 47, 64, 74, 75, 76, 110, 129, 140, 141, 166, 174, 177, 183
- Tosse 17, 25, 28, 30, 39, 54, 58, 68, 73, 78, 118, 125, 126, 129, 139, 141, 157, 161, 165, 166, 183
- Tratamento 12, 15, 19, 23, 33, 36, 41, 44, 45, 46, 52, 53, 55, 56, 59, 61, 64, 65, 71, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 90, 91, 92, 94, 95, 98, 100, 101, 102, 105, 106, 110, 113, 116, 117, 119, 124, 129, 130, 133, 139, 141, 145, 146, 149, 151, 152, 154, 159, 161, 163, 166, 167, 168, 170, 173, 179, 183
- V
- Vesicular 17, 47, 52, 54, 74, 79, 89, 97, 108, 136, 140, 144, 149, 153, 161, 166, 169, 172, 175, 178, 182

