

CM 079

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MEDICINA

ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO

DISCIPLINA: CLÍNICA MÉDICA

SETOR DE REUMATOLOGIA

BLUMENAU/ NOVEMBRO/ 1979.

ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO , REALIZADO NO SERVIÇO DE CLÍNICA  
MÉDICA , SETOR DE REUMATOLOGIA, DO HOSPITAL SANTA CATARINA, NO PERÍODO  
DE JULHO E AGOSTO DE 1979.

Dra. ANA MARIA CAMARGO GALLO

EX-RESIDENTE -assistente do Setor de Reumatologia do Serviço de Clínica Médica do Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro.

Responsável pelo Setor de Reumatologia do Hospital Santa Catarina, Blumenau, S.C.

Diretora do Centro de Estudos do PAM- Agência Centro do INAMPS- Blumenau.

Diretora do Centro de Estudos do Hospital Santa Catarina, Blumenau.

MARGOT ZUKOWSKI

Doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, estagiária do Serviço de Clínica Médica, -Reumatologia, do Hospital Santa Catarina.

## I N D I C E

1. RESUMO

2. INTRODUÇÃO

3. MATERIAL E MÉTODO

4. DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO

5. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO MÉTODO

6. CONSIDERAÇÕES SOBRE LES COMO SUPORTE PARA O DIAGNÓSTICO DO CASO

7. CONCLUSÃO

8. GESAMT ERGEBNISS

9. BIBLIOGRAFIA

I.

RESUMO

Trata o presente trabalho sobre um Estudo de Caso, de um paciente do sexo masculino, do Serviço de Clínica Médica, em Reumatologia, onde foram avaliados os dados clínicos e laboratoriais para a obtenção do diagnóstico definitivo.

Após a confirmação do diagnóstico, empregou-se o tratamento adequado, com excelentes resultados.

Seguem observações, obtidas de pesquisa bibliográfica, de real importância na elucidação do diagnóstico, devido a sua complexidade na manifestação dos sintomas da patologia em questão.

## 2. INTRODUÇÃO

Com o atual avanço das técnicas laboratoriais , e com o progresso na descoberta de novos aparelhos e métodos para a elucidação diagnóstica na medicina moderna, não é menos importante o emprêgo de uma anamnese bem dirigida, a qual oferece vantagens, o bom relacionamento médico-paciente, a confiança no médico , formular hipóteses diagnósticas, as quais virão a se confirmar ou excluir com os exames complementares.

Ainda merece ser lembrado que, é deste primeiro diálogo entre médico-paciente, que dependerá o sucesso da cura.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1.1. MATERIAL

Para a realização deste trabalho foram utilizados os dados obtidos de um arquivo de consultório particular.

#### 3.1.2. MÉTODO

O método utilizado foi baseado em pesquisa retrospectiva sobre a história e exames realizados de um caso clínico, onde se obtiveram os dados que se seguem.

3.1.2. a. Identificação

3.1.2. b. Data da internação

3.1.2. c. História da doença atual

3.1.2. d. Exame físico

3.1.2. e. Exames laboratoriais

3.1.2. f. Tratamento

3.1.2. g. Evolução

#### 4. DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO

##### 4.1. Identificação

A.B., masculino, casado, brasileiro, 40 anos,

##### 4.2. Data da internação (18 de julho de 1979)

##### 4.3. Estória da doença atual

Ha um ano e dois meses esteve internado no H.S.I., com febre, poliartrite, cansaço e dispnéia. Onde foi submetido a biópsia hepática, exames laboratoriais e radiológicos, ocasião em que havia suspeita de amiloidose.

Recebeu alta hospitalar, e como medicação tomava meticortem cuja dose deixou dúvidas.

Em 18 de julho de 1979 internou no Hospital Santa Catarina com poliartralgia de pequenas e grandes articulações, dores ósseas difusas, dispnéia, cansaço e incapacidade funcional para deambular, ou realizar movimentos mínimos, e miopatia.

##### 4.4. Exame físico

Deshidratado, emagrecido com atrofia muscular generalizada.

Presença de descamação da pele. Intenso bloqueio articular na mobilização ativa e passiva dos Ms. Is.

Em Ms Ss apresentava limitação de extensão e flexão de ombros, cotovelos e punhos. Sinovite de cotovelos.

Limitação de abertura da boca, com dor em articulação têmporo-mandibular.

Palidez cutâneo mucosa, afebril.

Taquicárdico, taquipneico, dispneico. Sem adenomegalia, sem vísceromegalia.

##### 4.5. Conduta terapêutica

Foi medicado com reposição hidroelétrica, transfusão de sangue e plasma.

##### 4.6. Diagnóstico diferencial

- a) Artrite reumatóide
- b) Amiloidose
- c) Lúpus Eritematoso Sistêmico



4.7. Exames realizados na ocasião da internação

a) Radiografia do tórax, que revelou aumento da área cardíaca. Condensação em todo lóbo inferior esquerdo e pequeno derrame pleural a esquerda.

b) Exame de sangue durante todo o período de internação

Data	17-007-03 H E M O G R A M A									
	Hemoglobina g/100 ml	Hematócrito %	ÍNDICES							
			VG	VGM	HGM	CHGM				
18-07-79	8,2	24								
24-07-79	10,8	30								
31-07-79	9,62	28								
6-08-79	11,4	32								
	SÉRIE BRANCA:									
	LEUCÓCITOS por mm <sup>3</sup>	BASÓFILOS %	EOSINÓFILOS %	NEUTRÓFILOS				LINFÓCITOS		MONÓCITOS %
MIÉLOCITOS%				META MIÉLOCITOS%	BASTÕES %	SEGMENTADOS %	TÍPICOS %	ATÍPICOS %		
18-07-79	7.600	0	0	0	0	14	4	52	24	6
24-07-79	5.700	0	0	0	0		2	76	20	2
31-07-79	10.000	0	0	0	0	10	6	50	30	4
6-08-79	8.600	0	0	0	0	6	4	56	30	4

Data	VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (WESTERGREN)	
18-07-79	Na 1ª Hora	128 mm
	Na 2ª Hora	mm
24-07-79	Na 1ª Hora	113 mm
06-08-79	Na 1ª Hora	110 mm

Data em 19 -07 -79

MATERIAL - SANGUE  
NATUREZA DO EXAME - PROTEINOGRAMA

RESULTADO

FRAÇÃO	VALOR ABSOLUTO %		VALOR RELATIVO g %	
	Normal	Encontrado	Normal	Encontrado
Albumina	56-70	22,4	3,40-5,60	1,52
Globulinas Totais	30-44	77,6	1,80-3,50	5,27
Alfa 1 Globulina	3,0-5,5	4,7	0,05-0,40	0,32
Alfa 2 Globulina	6,7-10,0	16,5	0,36-0,70	1,12
Beta Globulina	7,0-11,0	13,2	0,40-0,95	0,89
Gama Globulina	11,0-19,0	43,2	0,62-1,59	2,93
Proteinemia Total		100,0	6,00-8,00	6,80

Data em 19-08 -79

Coombs Direto foi negativo

Latex foi negativo

Waaler Rose foi negativo

Data em 1º -08 -79

BIOQUÍMICA DO SANGUE

	Valor Encontrado	Valores Normais
17-009-08 — ÁCIDO ÚRICO .....	5,08 mg/dl	2,50 - 5,00
17-001-08 — COLESTEROL TOTAL .....	148 mg/dl	150,0 - 250,0
17-013-08 — CREATININA .....	0,95 mg/dl	0,50 - 1,50
17-001-09 — GLICOSE .....	105 mg/dl	70,0 - 110,0
17-007-08 — LIPÍDIOS TOTAIS .....	mg/dl	400,0 - 800,0
17-014-08 — PROTEÍNAS TOTAIS .....	g/dl	6,00 - 8,00
17-015-08 — PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES		
Proteínas Totais .....	g/dl	6,00 - 8,00
Albumina .....	g/dl	3,40 - 5,60
Globulinas .....	g/dl	1,80 - 3,50
Relação A/G .....		
17 006-08 — TRIGLICERÍDIOS .....	mg/dl	50,0 - 150,0
17-011-08 — URÉIA .....	48 mg/dl	20,0 - 40,0
17-004-06 — SÓDIO .....	142 mEq/l	130,0 - 150,0
17-005-06 — POTÁSSIO .....	4 mEq/l	3,50 - 5,50
17-001-06 — CÁLCIO .....	8,4 mg/dl	9,00 - 10,5
17-002-06 — CLORETOS .....	mEq/l	94,0 - 111,0
17-038-03 — LÍTIO .....	mEq/l	
17-006-06 — FÓSFORO INORGÂNICO .....	mg/dl	2,50 - 4,80

c) RADIOGRAFIA DO TÓRAX

data \ leitura	18-7-79	30-7-79	1-8-79	6-8-79
A. cardíaca	aumentada	aumentada	normal	normal
Condensação	lobo inf. esquerdo	--	--	--
Derrame pleural E.	pequeno	2/3	diminuído	pequeno
Atelectasia	Naõ	Naõ	triangular L.Inf. E.	Reexpansão do quadro

d) Com referência ao líquido pleural

Realizado TORACOCENTESE em 30-7-79, retirado 400ml do líquido.

Anátomo patológico do líquido pleural revelou:

- discreta quantidade de linfócitos
- ausência de células malignas
- escassas células mesoteliais

Exame laboratorial do líquido pleural

- segmentados, 54%
- linfócitos, 46%
- glicose, 83,5%
- proteína, 2,4%
- leucócitos, 800 células
- BK. ausente

Cultura do líquido pleural foi negativa

e) Escarro, realizada cultura onde cresceu Escherichia coli.

f) P.P.D., naõ reator

g) Prpteinúria de 24 hs.

Data	22-7-79	1,314	g/24hs.
	1-8-79	4,33	g/24hs.
	6-8-79	4,42	g/24hs.

h) Exame de urina (EAS)

data	19-7-79	24-7-79
leitura		
cilindros granulosos	20	30
cilindros hialinos	5	10
cilindros céreos	6	-
hemáceas	-	10
proteína	+++	+++

i) ELÉTR O CARDIOGRAMA

Em 20-07-79, apresentou taquicardia sinusal, Sobrecarga de ventrículo esquerdo, e átrio esquerdo. Isquemia subepicárdica de parede anterior. MIOCARDIOPATIA

Em 8-08-79, apresentou sem SVEouSAE , Sem sinais isquêmicos, alterações inespecíficas de repolarização, taquicardia secundária(anemia? ).

j) EXAME DE SANGUE EM 1º de agosto de 1979.

O relato deste exame foi deixado para o final dos exames propositalmente. Através deste resultado houve a confirmação do suposto diagnóstico.

Pesquisa de células LE. FORAM ENCOTRADAS 10 CÉLULAS LE em 500 LEUCÓCITOS.

## 5. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO MÉTODO

### 5.1- DIAGNÓSTICO

Considerando o polimorfismo da enfermidade, associado a positividade de uma série de exames laboratoriais, obteve-se a confirmação do diagnóstico, " LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO" ,

### 5.2- CONDUTA TERAPÊUTICA

O paciente foi medicado com Solumedrol 60mg que corresponde a Prednisona 75mg, por via intra muscular.

Com apenas 4 dias de tratamento, o paciente levantou-se da cama , apresentando discreta dispnéia , taquicardia, com seu estado geral bem melhorado.

No 6º dia de tratamento já apresentou um hemograma normal e os demais exames foram praticamente normais. Persiste proteinúria maciça de 4,42g /24 hs.

Nesta data passou a receber a Prednisona , 60 mg por via oral.

No 10º dia de tratamento recebeu alta hospitalar , sem febre sem dispnéia, e todo o quadro de artralgia e miopatia havia regredido, voltou o apetite, e ganhou peso de 3 kilos no total.

### 5.3- OBSERVAÇÕES

Após a alta hospitalar , o paciente continuou com o mesmo tratamento com Meticórtem 60 mg por via oral.

A biópsia renal não foi realizada conforme havia sido programado , por não ter o paciente seguido a orientação do seu médico assistente.

## 6. CONSIDERAÇÕES SOBRE LES COMO SUPORTE PARA O DIAGNÓSTICO DO CASO

Sabe-se, conforme pesquisa bibliográfica, que o LES apresenta um quadro clínico polimorfo.

### 6.1- Características do quadro clínico

Idade: Incide preferencialmente entre 15 a 40 anos

Sexo : predomina no sexo feminino

Porcentagem : a opinião dos autores apresenta uma variação considerável, pode-se admitir uma média de 80 a 90 % dos casos, ocorrem no sexo feminino.

Raça : tem prevalência na raça negra.

### 6.2- Aspectos gerais

É comum o diagnóstico de artrite reumatóide, esclerodermia ou dermatomiosite em familiares de LES.

Devido ao polimorfismo do LES requer uma atenção especial para incluí-lo no diagnóstico diferencial de outras patologias.

### 6.3- Manifestações constitucionais

- Sintomas sistêmico : febre, emagrecimento e astenia
- **Pele**: lesão eritemato escamosa em face , nos rebordos auriculares tipo "asa de borboleta". Lesões purpúricas em extremidades , alopecia,
- **Manifestações osteoarticulares**: poliartrite , mimetizando AR poliartralgi<sup>comum</sup>as, rigidez matinal , nódulos subcutâneos com todas as características do nódulo reumatóide , mesmo histológica - mente . Geralmente este quadro não evolui para as deformidades típicas da artrite reumatóide clássica. E raramente ha lesão radiológica.  
Pode ser observada necrose óssea avascular em cabeça de fêmur, cabeça do úmero, joelhos e mais raro em ossos das mãos .
- **Alterações vasculares**: lesões urticariformes, livedo reticular ulcerações em membros inferiores, flebites de repetição, púrpura, enfartes viscerais e gangrena <sup>de</sup> extremidades. São atingidos tanto vasos de pequeno e médio calibre.
- **Sintomas pleuropulmonares**: está em torno de 40% dos casos . É frequente pleuriz com ou sem derrame. Sendo possível a identificação de células LE no líquido pleural. O derrame pode ser recidivante e deixar sinéquias em zonas diafragmáticas, oque pode elevar progressivamente a cúpula diafragmática no hemitórax direito. Pode ser observado condensações de parênquima pulmonar
- **Coração**: A pericardite pode ocorrer em cerca de 40 a 50% dos casos , com derrame pericárdico,

A miocardite ocasiona taquicardia desproporcional a febre e a anemia, com arritmias e ritmo de galope. A endocardite de Libman Sacks é um diagnóstico anatômico.

- **Rim:** Hoje sabe-se que ha afecção renal em 100% dos casos de LES. A nefropatia lúpica pode ser de várias formas, temos GLOMERULITE, GLOMERULONEFRITE LÚPICA ATIVA, GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA, identificadas pela microscopia eletrônica.
- **Sistema nervoso:** manifestações psiquiátricas, como, reações psicóticas as mais variáveis. E manifestações neurológicas, temos : convulsões, as paralisias podem ser hemiparesias, paraparesias monoplegias, polineuropatia crônica simétrica.
- **Músculos:** a mialgia e a miopatia são manifestações da enfermidade. A polimiopatia lúpica tem todas as características das polimiosites.
- **Os gânglios linfáticos :** podem estar hipertrofiados mais evidentes na região cervical. A biópsia ganglionar revela hiperplasia linfoplasmocitária, as vezes identificam-se os característicos corpúsculos hematoxilínófilos.
- **Alterações oculares:** podem ser, conjuntivites, irites e episclerites. Na fundoscopia podem ser vistos corpos citóides, hemorragias retinianas, edema de papila, produzindo considerável déficit visual.
- **Anormalidades hematológicas:** é comum ocorrer a pancitopenia ou pode também ocorrer isoladamente, como anemia, leucopenia. A púrpura trombocitopênica pode ser a manifestação inicial do LES. O teste de Coombs é quase sempre positivo, e a reação falso-positiva para lues pode ser frequente.
- **Aspectos imunológicos :** Célula LE, FAN, anti-DNA. Também são identificados anticorpos anticitoplasmáticos que seriam os responsáveis pela positividade das reações para a sífilis.  
Ha uma multiplicidade de anticorpos presentes no lúpus ex. anticorpos anti-eritrocitários, antiplaquetários, anticoagulantes, anti-tissulares como o antitireóide, crioglobulinas, fator reumatóide, anti-albumina, e de extraordinária importância é a demonstração em pacientes com lúpus evidenciarem títulos elevados de anticorpos anti-virais.



A hipergamaglobulinemia é bastante comum . A reação de Widal pode ser francamente positiva . A velocidade da hemossedimentação está quasi sempre elevada. O sistema linfocitário está deprimido ( o linfócito tecidual está diminuído), e hiperatividade das células B.

Estas considerações citadas, como; miopatia, artralgias , anemia, alopecia, descamação de pele, emagrecimento , enfim o polimorfismo apresentado, mais o achado de células LE, estão de acordo com os sintomas e sinais do caso em questão. Vindo confirmar o diagnóstico já citado.

## 7. CONCLUSÃO

Tendo em vista que a patologia abordada não é comum no sexo masculino, nem nessa idade em que se encontra o paciente, só podemos salientar que, um bom Clínico consciente em formular uma boa anamnese, e cauteloso no exame físico, consegue fazer o diagnóstico provável com uma grande porcentagem de acerto, mesmo sem os exames complementares.

No caso em questão os exames complementares vieram confirmar a suposição diagnóstica, assim como a resposta terapêutica ratificou o diagnóstico.

## 8. GESAMT ERGEBNISS

Die krankheit in discussion, ist selten bei männlichen geschlecht, trotzdem wurde an eine diagnose gedacht nach der allgemeinen untersuchung, welche übereinstimmte mit den ergebnissen von dem labor, und die behandlung die angewendet wurde hatte den erwarteten erfolg.

**TCC  
UFSC  
CM  
0079**

N.Cham. TCC UFSC CM 0079  
Autor: Zukowski, Margot  
Título: Estudo de um caso clínico..



972805701

Ac. 253278

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM