



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO 2017

Número 08

Dia: 05.05.2017

Local: Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7H30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Relator: Prof. Dr. Marcus Vinicius Simões

Identificação: LAM, 70 anos, masculino, branco, casado, jornalista, natural de Altinópolis, procedente de Ribeirão Preto-SP.

Queixa Principal: Dispneia há 15 dias

História da Moléstia Atual: Paciente vinha bem até que há 15 dias teve início insidioso de dispneia para esforços usuais como subir as escadas do apartamento, acompanhada de fadiga, mal estar e sudorese, com sensação de taquicardia. Refere ter medido a pressão arterial (que trouxe registrada para a consulta) e notou valores mais baixos do que os habituais (menor valor = 96/69 mmHg) e aumento da frequência cardíaca em repouso (chegou até 96 bpm). Nega ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema, angina, síncope, febre, perda de apetite. Paciente associa início do quadro com tomada de Bi-profenid® (cetoprofeno) 150 mg de 12/12 horas nos 3 dias anteriores ao início do quadro, prescrito por odontologista após procedimento odontológico. Suspendeu uso do medicamento, referindo a seguir melhora lenta, mas progressiva do quadro sintomático. Hoje relata ter dispneia leve para esforços mais intensos, mas sem fadiga, sudorese ou taquicardia.

Interrogatório sobre diversos aparelhos:

Cabeça: Refere cefaléia de fraca intensidade, pulsátil, aguda, sem outros comemorativos, sem fatores de melhora, piora ou desencadeante. Nega tontura e vertigem.

Olhos: Nega alteração da acuidade visual, secreções e edema palpebral e outras alterações.

Ouvidos: Nega alteração da acuidade auditiva, zumbido e outras.

Boca e garganta: Nega disfagia, odinofagia e outras alterações.

Pescoço: Nega nodulação e outras alterações.

Pele e fâneros: Nega nódulos, sufusões hemorrágicas, equimoses, manchas e outras alterações.

Aparelho Respiratório: Nega tosse, secreção, hemoptise e outras queixas.

Aparelho Cardiovascular: vide HMA

Aparelho Digestivo: Nega alteração do hábito intestinal; evacuação diária com fezes formadas com cor e odor típicos. Nega hematêmese e melena.

Aparelho Locomotor: Nega fraturas, alterações ósseas, artralgia e outras alterações.

Sistema Geniturinário: Nega disúria, polaciúria; diurese clara e abundante

Sistema Imunológico: Nega febre, artrite e outras alterações.

Sistema Nervoso: Nega convulsões, paresias, plegias, alteração de sensibilidade e outras alterações.

Antecedentes pessoais: Paciente é seguido na Cardiologia há 4 anos com quadro de HAS leve controlada com uso de Valsartana 160mg + Anlodipina 5 mg ao dia e clortalidona 12,5 mg ao dia. Apresenta também quadro de bradicardia em repouso com ritmo cardíaco irregular por Bloqueio da condução AV de II grau, Mobitz I (Fenômeno de Wenckebach), com resposta normal de FC durante esforço. É assintomático em relação a esta última condição.

Nega etilismo ou tabagismo.

Nega diabetes mellitus, dislipidemia.

Nega cirurgias, quadros hemorrágicos ou trombóticos prévios.

Nega habitação em zona rural ou contato com triatomíneo.

Antecedentes familiares: Nega DAC ou outras cardiopatias na família.

Exame físico:

Bom estado geral, fácies atípica, corado, hidratado, eupnéico, afebril, acianótico, anictérico, normolíneo, consciente, orientado no tempo e no espaço, ativo e sem posição preferencial.

PA:138x68 mmHg - FC:68 bpm - Peso: 77 Kg - Altura: 1,69 m

Pele e fâneros: sem anormalidades

Cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta: sem alterações

Pescoço: tireoide não visível ou palpável.

Sistema Cardiovascular:

Turgência venosa jugular a 90 graus, com pulso venoso jugular visível até o ângulo da mandíbula, onda "a" proeminente.

Precórdio: Inspeção e palpação: Ausência de pulsatilidades anormais, *Ictus cordis* não visível ou palpável. Ausência de frêmitos, atritos ou bulhas palpáveis.

Ausulta: RCR em 2T, hiperfonese de P2, S5+++/6 holossistólico, rude, em plateau, epicentro do Foco Tricúspide e irradiado para BEE alta. Ausência de bulhas extras, atritos.

Aparelho respiratório: Expansibilidade simétrica, Frêmito tóracovocal fisiologicamente distribuído. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular fisiológico e sem ruídos adventícios.

Abdome: RHA normoativos, plano, normotenso, sem dor à palpação superficial ou profunda. Traube livre. Fígado e baço não palpáveis, sem sinais de ascite, ausência de massas ou visceromegalias.

Extremidades: perfusão periférica normal, pulsos amplos e simétricos.

Membros inferiores: edema simétrico, mole, frio, indolor, 2+/4+.

Hipóteses diagnósticas e exames complementares: serão apresentados/discutidos.