



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2018

Número: 08

Data:	27.04.2018	Local:	Anfiteatro do CEAPS
Horário:	7h30	Modalidade:	Discussão de Caso Clínico
		Relatores:	Prof. Dr. Márcio Dantas Prof. Dr. Roberto Silva Costa (Depto. Patologia)

Data da admissão: 22/3/2018 (HEAB)

Homem, 42 anos, solteiro, trabalhador de serviços gerais, procedente de Américo Brasiliense, SP

QD: tosse seca e falta de ar há 3 dias

HMA: Há tres semanas passou a apresentar diarreia líquida com 15 evacuações/dia e aspecto não caracterizado. Houve melhora espontânea em 14 dias. Há cinco dias sofreu queda da própria altura sobre o hemitórax direito. Há 3 dias o paciente passou a sentir falta de ar que se acentuou nas últimas 24 horas, associada a tosse, inicialmente seca e que evoluiu para produtiva mas sem conseguir caracterizar o aspecto. Vem também apresentando febre (não aferida) e calafrios.

O paciente tem AIDS diagnosticada 6 anos, com antecedente de sarcoma de Kaposi e de pneumocistose tratada com sulfametoxazol-trimetoprim.

ISDA: n.d.n.

Hábitos: Tabagismo e etilismo sem caracterização da frequência e intensidade; ex-usuário de maconha e crack.

Medicamentos em uso: Darunavir 600 mg 2 x/dia, Tenofovir 300 mg 2 x/dia; lamivudina 300 mg 1 x/dia

Exame físico: BEG, descorado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, LOTE; Glasgow: 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

FC: 125 bpm; FR: 22 irpm; PA: 165 x 113 mmHg, Sat O₂: 88%;

Gânglios: sem adenomegalias

Ap. respiratório: murmúrio vesicular fisiológico e simétrico, com estertores grossos em 2/3 inferiores bilateralmente.

ACV: 2 BRNF, sem sopros;

Abdome: RHA normoativos, normotenso, não doloroso, sem massas anormais.

MMIs: sem edema.

Conduta: 1) solicitado exames (escarro para TB, radiografia de tórax, hemograma, urina rotina e exames bioquímicos; 2) paciente colocado em isolamento respiratório, e 3) iniciado tratamento com CEFT, levofloxacina e trimetoprim/sulfametoxazol

Exames na admissão:

Radiografia de tórax: infiltrado retículo-alveolar intenso, bilateral; **Tomografia de tórax:** consolidações com broncogramas aéreos de perimeio margeados por vidro fosco e espessamento septal com distribuição difusa bilateral que podem corresponder a processo inflamatório/infeccioso, na dependência da correlação clínica. Linfonodo aumentado em cadeia paratraqueal inferior direita medindo 11 mm.

HEMOGRAMA: GV: 3,13; Hb: 9,7; Ht: 27,1; VCM: 86,6; HCM: 31; CHCM: 35,8; RDW: 14,4; Glóbulos brancos: GB: 6840 (neutrófilos: 80%; NB: 1%; NS: 79%; eosinófilos: 1%; linfócitos: 17%; monócitos: 2%; plaquetas: 168.000).

URINA ROTINA: cor amarela pálido, límpida, densidade: 1015; pH: 5,0; proteína: +; glicose: negativa; corpos cetônicos: negativos; bilirrubina: negativa; nitrito: negativo; urobilinogênio: negativo; **SEDIMENTOSCOPIA:** células epiteliais: raras; leucócitos: 7, hemácias: 2; cilindros: hialinos; cristais: ausentes; discreta bacteriúria.

Creatinina sérica: 25,5 mg/dL (agosto/2017: 1,0 mg/dL)

Uréia sérica: 263 mg/dL; sódio: 143 mEq/L; potássio: 4,6 mEq/L; fósforo: 6,0 mg/dL; cálcio total: 10,0 mg/dL; cálcio iônico: 1,21 mg/dL; albumina: 3,6 g/dL

Gasom. arterial: pH: 7,32; PO₂: 62,9; PCO₂: 19,7; HCO₃⁻: 9,7; BE: -13,8; Sat O₂: 88,4.

Relação Uproteína/Ucreatinina: 4,8

Bilirrubina: T=0,4; D=0,3; I= 0,1; gama-GT= 71; TGO=17; TGP= 20; fosfatase alcalina: 66; TSH= 4,88

CD4: 700 (Fev/2018); carga viral indetectável

Sorologias hepatite B, C e VDRL: negativas; C3 e C4 normais; FAN e ANCA não reagentes; Haptoglobina e Coombs negativo; Hemoculturas negativas; cultura de escarro sem crescimento

Tomografia computadorizada de abdome: sem obstrução de vias urinárias e rins morfollogicamente normais.

Hipóteses diagnósticas:

- AIDS
- Infecção respiratória
- Lesão renal aguda:
 - ✓ necrose tubular aguda isquêmica?
 - ✓ nefrotoxicidade a medicamentos (tenofovir)?
 - ✓ nefrite intersticial aguda?
 - ✓ glomerulonefrite rapidamente progressiva (associada ou não ao HIV)?

Seguimento:

- ✓ Iniciado hemodiálise;
- ✓ Tratamento da infecção respiratória concluído após 7 dias

Encaminhado ao HCRP para investigação de lesão renal aguda no 12º dia após admissão