



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO 2017

Número 10

Dia: 19.05.2017

Local: Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7H30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Reladoras: Profa. Dra Fernanda Maris Peria, Profa. Dra Liane Rapatoni,
Aluna da pós graduação Mariana de Paiva Batista

O caso clínico descrito relata paciente com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto pós ressecção cirúrgica das lesões e em tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia. Sua evolução elucida as possíveis intercorrências do tratamento oncológico bem como a importância do bom manejo das mesmas.

Identificação: LAS, RG 1403549G, 45 anos, branco, natural e procedente de Batatais, casado, empresário.

QD: Náuseas e vômitos há 20 dias.

HMA: Acompanhante (esposa) refere que paciente iniciou quadro de náuseas, vômitos e epigastria há cerca de 20 dias. Evoluiu com lesões orais e impossibilidade de se alimentar há 4 dias. Hoje iniciou quadro de desconforto respiratório, hipotensão (aferida em 80x50), palpitações e dor torácica em pontada. Foi trazido pelo SAMU a UE após infusão de 3 litros de SF 0,9% e uma dose de ceftriaxona 1g.

IDA: Nega febre. Nega tosse e dispneia prévios. Nega dor abdominal. Refere bom funcionamento de colostomia. Nega sintomas urinários. Sem queixas nos olhos, nariz, boca e garganta.

Antecedentes pessoais: Adenocarcinoma de reto alto EC II e adenocarcinoma de cólon ECI operado em dez/2016 em tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia radiosensibilizante (capecitabina) desde 7 de fevereiro de 2017.

Hábitos e condições de vida: Ex-tabagista (parou há 1 ano); cirurgia em MIE para correção de seqüela de poliomielite.

Antecedentes familiares: ndn

Exame físico: REG-->MEG, descorado, desidratado, taquipneico, acianótico, afebril ao toque, anictérico.

AR: MV + globalmente reduzido sem RA satO₂ 99% com cateter nasal de O₂ 2l/min e 94% em ar ambiente.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros. TEC~3 s; pulsos finos e simétricos; FC: 130 bpm; PA 95x46 (63)

Abdome: RHA+, normotenso, doloroso à palpação de andar superior, ausência de descompressão brusca, ausência de visceromegalias, timpânico à percussão, colostomia em quadrante superior direito do abdome.

Membros: pulsos+, sem edema.

Inspeção oral: mucosite grau 3

Exames Complementares:

Entrada na UE- Hb 17; GB: 300, bastonetes: 3%, segmentados: 30%; Plq: 236000; Cr 4,9, K 3,6; Na: 133; Ureia: 206

TC DE TÓRAX: processo inflamatório broncopulmonar bilateral, discreto enfisema pulmonar.

Hipóteses diagnósticas:

- 1) Neutropenia secundária à quimioterapia
- 2) Insuficiência Renal Aguda
- 3) Mucosite secundária à quimioterapia
- 4) Toxicidade gastro intestinal secundária a quimioterapia
- 5) Choque séptico
- 6) Deficiência de DPD

Conduta: Indicado tratamento de infecção em neutropênico considerando provável foco gastrointestinal pelo aspecto e débito aumentado em ileostomia. Iniciado cefepime, vancomicina e metronidazol.

Evolução: Paciente persistiu com instabilidade hemodinâmica e necessidade de uso de drogas vasoativas sendo levado ao CTI. Evoluiu com

insuficiência respiratória, coagulação intra vascular disseminada e fibrilação atrial de alta resposta. Mesmo com o escalonamento de antibioticoterapia o paciente persistiu com elevação de escórias nitrogenadas e manutenção

de instabilidade hemodinâmica inviabilizando hemodiálise. Frente à gravidade do caso não responsivo a quaisquer das medidas adotadas o paciente veio a óbito.

Evolução de Exames laboratoriais:

	06/04	08/04
Hemoglobina	17	14
Neutrófilos	90	0
Plaquetas	236000	63000
Uréia	201	107
Creatinina	4,29	1,95
INR	1,8	
Lactato		1,5