



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2018

Número: 16

Data: 06.07.2018 **Local:** Anfiteatro do CEAPS
Horário: 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico
Relatores: Prof. Dr. Roberto Martinez
Dr. Mateus Rennó de Campos

Identificação: DDS, 47 anos, masculino, branco, trabalhador rural, natural e procedente de Ibaté-SP.

HMA (informações coletadas entre janeiro e março de 2017):

Há cerca de um ano notou nódulo no ombro direito. Outros nódulos surgiram nos meses seguintes, nos antebraços, pescoço, região da mandíbula D e nádegas. Tem tosse há oito meses, acompanhada de expectoração amarelada. Há seis meses surgiu disfonia. Há um mês e meio a tosse se intensificou, teve episódios de hemoptise e surgiu febre. Foi hospitalizado, sendo constatado velamento em base pulmonar E e leucocitose (51.000/ μ L), motivando o tratamento com ceftriaxona e clindamicina. Depois de 10 dias ainda mantinha leucocitose (20.600/ μ L) e foi iniciado novo tratamento com levofloxacino mais amicacina, esta última droga suspensa após oito dias de uso. Em 24/01/17 o paciente foi transferido para o Hospital Estadual de Américo Brasiliense e em 06/03/17 para o HC-FMRP. Perdeu 15kg de peso durante a doença. Negou dispneia e dor torácica.

Antecedentes: Etilista pesado, estivera internado por duas vezes em clínica de reabilitação. Negou tabagismo. Trabalhador rural, já tinha participado da colheita de cana de açúcar, limão e laranja e também em granja.

Exame Físico: Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, anictérico, orientado, sem edemas e com fala rouca.

Adenomegalia supraclavicular bilateral (3cm de diâmetro) e submandibular E (3,5 x 1,5cm). Tumoração cervical E, antebraço E e D: endurecidas, aparentemente fixas e sem dor à palpação.

Respiratório – MV reduzido na base do HTE, alguns sibilos esparsos. FR=18/min.

Cardio – Bulhas rítmicas, normofonéticas; ausência de sopros. FC=84/min PA=111 x 79mmHg.

Abdome – Plano, flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias.

Exames laboratoriais

Hemograma: Hb – 9,2g/dL, Ht=27,6%, GB=17440 (N65%, E22% L9% M4%); Plaquetas – 907.000/ μ L; PCR – 135mg/L; Glicemia – 77mg/dL; Ureia= 14mg/dL; Creatinina=0,7mg/dL; K+=4,3mEq/L; Na+=137mEq/L; TGP – 18U/L; TGO – 10U/L

Parasitológico de Fezes – Strongyloides stercoralis; Baciloscopia e cultura para micobactérias no escarro – 3 amostras negativas; Anticorpos anti-fungos (CIE): aspergilose 1/16, paracoccidioidomicose e histoplasmosse – não reagente. VDRL – não reagente. Anti-HIV – não reagente.

RX de tórax: Condensação na base do pulmão E, derrame pleural?

Biopsia de linfonodo – Processo inflamatório granulomatoso com necrose caseosa, negativo para BK e fungos.

Evolução no HEAB – Durante a internação no HEAB o paciente permaneceu afebril e em bom estado geral. Foi tratado com ivermectina e a eosinofilia diminuiu. Apresentou disfagia e odinofagia e exame endoscópico sugeriu fístula esôfago – mediastinal, motivando sua alimentação por sonda naso-entérica. Em meados de 02/2017 houve amolecimento do nódulo no antebraço D, os demais permaneceram sem sinais flogísticos. Exame broncoscópico revelou compressão e obstrução do brônquio fonte E. A laringoscopia mostrou paralisia de corda vocal E.