



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO 2016

Número 27

Dia: 14.10.2016

Local: Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7H30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Relator: Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho

Identificação: JCM, 69 anos, masculino, negro, solteiro, serviços gerais, natural e procedente de Ribeirão Preto –SP, reg HC 0426199-K

Há 19 anos (junho de 1997), deu entrada na UE com história de que foi encontrado no quarto sem movimentos do hemitorço E. Nesta ocasião tinha antecedentes de ser esquizofrênico, em uso de Neozine e Amplictil. Na UE estava consciente, respondendo verbalmente e orientado. O exame físico de entrada mostrou paciente hidratado, acianótico, anictérico e afebril. Havia redução do murmúrio vesicular em bases com roncos difusos, no exame do aparelho respiratório. O exame cardiovascular mostrava 2BRNF sem sopros, com PA de 230 x 170 mmHg e FC de 92 bpm. Abdome e extremidades sem alterações. O exame neurológico apresentava sinais de comprometimento do VII par craniano central a E, com pupilas fotorreativas e simétricas. Havia hemiparesia E grau II para III, com reflexos ósteo-tendíneos hiperreativos a E e reflexos cutâneo-plantar em flexão a D e indiferente a E. Não havia rigidez de nuca.

Paciente foi submetido a tomografia cerebral que evidenciou AVCH talâmico a D, com dissecação para mesencéfalo e inundação dos ventrículos cerebrais. Houve piora do padrão respiratório, sendo necessária ventilação mecânica. O paciente foi encaminhado para neurocirurgia de urgência, com drenagem de hematoma e colocação de dreno liquórico. O CT pós operatório mostrou haver lesão hipodensa de 4 x 3 x 2 cm em tálamo, cápsula interna e mesencéfalo a D, com extensão para ventrículos cerebrais. Cateter de derivação liquórica com extremidade em corno frontal do ventrículo lateral E. Hiperdensidade junto a fissura hemisférica. A hipótese diagnóstica do exame foi de Hemorragia parenquimatosa com extensão intraventricular. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, mantendo sequelas motoras a E. O dreno liquórico foi fechado após 72h de cirurgia e o paciente recebeu alta da UE em uma semana após a admissão, sendo encaminhado para controle e investigação diagnóstica da hipertensão arterial no Ambulatório da Unidade Clínica de Hipertensão Arterial do HC, onde permanece em seguimento até hoje. No momento da alta, observou-se elevação da creatinina (1,7 mg/dL) e da uréia (57 mg/dL). No caso novo do ambulatório de HA, apresentava PA de 210 x 130 mmHg, e referia uso irregular do seguinte esquema terapêutico:

Hidantal 100mg/d
Nifedipina R 1 cp 8/8h
Propranolol 40mg 8/8h
Clonidina 0,15 mg 8/8h

Os exames complementares e o seguimento do caso será apresentado na reunião clínica.