



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO 2019

Número 13

Dia: 17.05.2019

Local: Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7H30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Relatores: Profa. Dra Selma Freire C. Cunha
Prof. Dr. Antônio Carlos dos Santos

Internação em 12/11/2018 (informações da HMA obtidas do relatório médico, da esposa e da filha).

Identificação: CJS, REG: 1512853A, masculino, 50 anos, casado, nível superior completo (Economia), empresário, natural de São Paulo (SP), procedente de Lajes (SC).

QD: Encaminhado para tratamento nutrológico de Síndrome do Intestino Curto

HMA: Há cerca de 10 anos foi submetido a laparotomia exploradora para liberação de aderências intestinais. Após essa cirurgia, permaneceu com queixas de queimação em epigástrico e desconforto abdominal após refeições. Foi submetido a EDA, com diagnóstico de hérnia de hiato; apresentou melhora com mudanças dietéticas.

Em junho de 2018 (5 meses antes da internação no HCFMRP), procurou hospital em sua cidade com dor abdominal, sendo diagnosticado abdome agudo obstrutivo. Foi submetido à laparotomia exploradora, onde evidenciou-se diversas bridas entre as alças do intestino delgado. Na ocasião, foi realizada a liberação das bridas e o paciente recebeu alta hospitalar, com bom estado geral e alimentação por via oral, embora apresentasse desconforto pós-prandial.

Retornou ao hospital após 2 dias, devido a presença de secreção purulenta na cicatriz cirúrgica. Foi internado e recebeu antibioticoterapia. Três dias após esta internação, apresentou episódio de vômito esverdeado, em grande volume. Após 2 a 3 dias, houve recidiva do quadro abdominal obstrutivo e nova laparotomia, que evidenciou intenso processo fibrótico entre as alças do intestino delgado. A equipe cirúrgica optou pela enterectomia total, com anastomose do duodeno no cólon transverso. Durante o ato cirúrgico, houve colocação de sondas transnasais para drenagem e para alimentação. O relatório médico descreve suspeita de paniculite mesentérica, embora o laudo do anatomopatológico da peça não mostrasse qualquer alteração histológica. Também houve informação verbal de um outro cirurgião da equipe que o estômago estava extremamente dilatado, com hipótese de estenose pilórica.

No PO desta cirurgia, foi encaminhado para a UTI por 6 dias. Desde então, passou a receber nutrição parenteral (bolsa pronta para uso). A dieta líquida foi iniciada após 3 semanas desse PO. Evoluiu com fístula duodenal, sendo a via oral suspensa por 40 dias, até resolução da lesão fistulosa. Após este período, iniciou nutrição enteral, reiniciado a dieta via oral (pequenos volumes, incluindo suplemento nutricional) e mantida a nutrição parenteral. Durante todo o período, apresentava vômitos frequentes, independente do aporte nutricional via oral ou enteral. Cerca de 3 meses antes da internação neste hospital (já estava com nutrição parenteral há 2 meses), o paciente passou a apresentar diplopia, nistagmo, perda da memória, confusão mental e confabulação. Após uma semana com este quadro, foi solicitada a avaliação de neurologista. Foi feito o diagnóstico de Síndrome de Wernicke e iniciou-se suplementação vitamínica. O paciente recebeu diariamente 20 ampolas de complexo B por via venosa por 20 dias, seguida de 4 ampola ao dia até o momento da transferência para este hospital. Após um dia do início da infusão do complexo B, houve desaparecimento do nistagmo e das queixas visuais, melhora da confusão mental, mas permaneceu com perda da memória recente. Segundo o relatório de transferência, o paciente apresentou inúmeras infecções de cateter central e necessitou uso de

antibióticos e antifúngicos (ciprofloxacino, metronidazol, cefazolina, ceftriaxona, fluconazol e micafungina).

À internação no HCFMRP, recebia o aporte nutricional por nutrição parenteral associada a pequenas quantidades de alimentação por via oral. Apresentava astenia, 2 a 6 evacuações diárias com fezes liquefeitas, com restos alimentares, sem muco e sem sangue. Mantinha cerca de 3 episódios diários de vômitos, apesar do uso diário de anti-eméticos (metoclopramida e ondansetrona).

Antecedentes pessoais: Teve acidente automobilístico há cerca de 30 anos, com fratura de clavícula e de coluna (não há relato de lesão em órgãos abdominais). Hemorróida. História de hérnia hiatal. Operado de varicocele. Cirurgias abdominais conforme HMA. Sem outras comorbidades.

Antecedentes familiares: Pai com neoplasia de pele. Tia paterna com neoplasia hepática. Vários familiares paternos falecidos por neoplasia, incluindo um avô com câncer no intestino. Tem uma filha saudável.

Hábitos e condições de vida: Nega tabagismo ou etilismo. Sedentário. Peso habitual: 68 a 70 kg

IDA: Dor no hipocôndrio direito, nega dispneia, queixas urinárias, cardiovasculares e pulmonares. Refere dor em local de implantação do acesso venoso central.

Exame físico (à admissão):

Peso: 62kg, altura: 1,76 m, IMC: 20 kg/m². Massa corporal magra: 46,3 kg (74,6%), massa corporal gorda: 15,7 kg (25,4%). Consciente e desorientado, bom estado geral, eupnéico. Mucosas normocoradas, úmidas, anictéricas e acianóticas. Dentição completa. Coração com bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros, FC: 96 bpm, PA: 100/60 mmHg, murmúrio vesicular presente, simétrico, sem ruídos adventícios. Abdome plano, cicatriz cirúrgica mediana, ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, indolor à palpação, sem visceromegalias. Extremidades bem perfundidas, sem edema de membros. Presença de cateter central em veia jugular direita (implantado há 10 dias), com calor local, hiperemia e dor à palpação.

Exames complementares:

Glicemia: 86,7 mg/dl	Ca: 9,25 mg/dL	Albumina: 3,84 g/dL
Hemoglobina: 11,8 g%	Mg: 1,92 mg/dL	Zinco: 65,5 µg/dL (VR: 50-120)
VCM: 98 fl	PCR: 1,29 mg/dL	Cobre: 4,6 µg/dL (VR: 70 a 140)
Leucocitos: 2,2 mil/mm ³	TGO: 56,8 UI/L	Colesterol T: 155 mg/dL
Linfócitos: 1.0 mil/mm ³	TGP: 120,4 UI/L	HDL-c: 29,8 mg/dL
Plaquetas: 254 mil/mm ³	γGT: 199,3 UI/L	LDL-c: 96 mg/dL
Ureia: 35,5 mg/dl	FA: 367 UI/L	TG: 149 mg/dL
Creatinina: 1,09 mg/dl	UIBC: 176,8 µg/dL	Vitamina A: 0,91 mg/L (VR: 0,3 a 0,7)
Na: 130 mEq/L	Ferro sérico: 45 µg/dL	Vitamina E: 9,4 mg/L (VR: 5-20)
K: 4,6 mEq/L	Ferritina > 7500 ng/mL	Vitamina B ₁₂ > 1000 pg/mL
P: 4,61 mg/dL	Proteínas totais: 6,13 g/dL	Ácido fólico > 2,6 ng/mL (VR: 3 a 17)

Fevereiro de 2019: revisão diagnóstica da lâmina do material do intraoperatório: quadro sugestivo de Fibromatose Desmóide

Janeiro 2019: Ressonância Magnética de encéfalo, que será discutida.