



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2022

Número: 03

Data: 26/08/2022 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

Horário: 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico

Relator: Dr. Paulo Fernandes Formighieri

ID: Paciente com 61 anos, feminina, caucasiana, casada, natural de Orlândia, procedente de Jardinópolis.

QD: perda de força no braço esquerdo, dificuldade de mover a face e fechar o olho esquerdo associado à dificuldades para falar há 4 dias na entrada na UE

HMA: paciente foi admitida na UE no dia 3/05/22 encaminhada de Jardinópolis, por queixa, haviam 4 dias [30/4], de perda de força súbita com evolução progressiva no membro superior esquerdo associado à alteração do controle da musculatura facial, dificuldade de oclusão do olho à esquerda e disartria leve. Relatava ainda febre associada a um episódio diarreico a partir do dia 27/4 (não aferida) com piora dos sintomas de dispnéia basal no período. Negava demais sintomas neurológicos, comprometimentos sistêmicos, perda de peso, alterações pressóricas. Negava sintomas localizatórios para processos infecciosos ou inflamatórios. Relatava uso de carvedilol 6,25mg cada 12h, furosemida 40mg ao dia, amlodipino 5mg ao dia, fluoxetina 20mg ao dia.

IDA:

Pele: sem queixas.

Cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta: negava queixas além das citadas no HMA.

Sistema respiratório: negava tosse, expectoração, sibilância, mantinha dispnéia relacionada aos esforços,

Sistema cardiovascular: negava queixas além das citadas no HMA; sem ortopneia ou dispnéia paroxística noturna. Negava edema.

Sistema digestório: negava plenitude gástrica, perda de apetite, perda de peso ou queixas álgicas abdominais. Negava novas alterações do hábito intestinal.

Sistema geniturinário: negava disúria, alteração qualitativa da urina, retenção ou outras queixas. Em fase pós menopausa sem queixa de perdas vaginais ou sintomas locais.

Sistema linfo-hematopoiético: sem queixas, negava percepção de aumento de gânglios.

Sistema endócrino-metabólico: sem queixas

Neuropsíquico: negava outras alterações além das citadas no HMA, negava sintomas vertiginosos, outros acometimentos motores ou sensoriais. Sem queixas relacionadas a humor ou comportamentos no momento.

Sistema locomotor: negava inflamações ou dores articulares novas.

Antecedentes Pessoais:

Distúrbio de condução cardíaca (infra Hiss) com implante de marcapasso definitivo em 2009.

Lupus Eritematoso Sistêmico cutâneo/articular (FAN+, RNP+). Fez uso de azatioprina e prednisona até 2017, seguindo com bom controle sintomático e alta da reumatologia em 2018 sem imunossuppressores sistêmicos.

Artrodese de punho esquerdo 2016 por degeneração articular (necrose asséptica?).

Insuficiência tricúspide acentuada associada à presença do cabo de marcapasso com hipertensão pulmonar pós capilar e comprometimento de VD. Forame oval patente.

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada associada à valvulopatia.

Antecedentes Familiares:

Sem relato de doenças de incidência múltipla na família.

Sem relato de neoplasias conhecidas em parentes de primeiro grau

A entrada na UE apresentava-se afebril, eupneica, hemodinamicamente estável [ritmo regular | FC 80bpm | PA 110x70 mmHg em decúbito], vigil, auto e alo orientada, com plegia em membro superior esquerdo [com hiper-reflexia e hipotonia, sem alteração de sensibilidade tátil e dolorosa de área afetada, reflexos profundos e tônus de demais membros sem alterações] e comprometimento do nervo facial central a esquerda

[apagamento de sulco naso-labial, desvio de rima para a direita, ectrópio de pálpebra inferior e preservação de movimentos de 1/3 superior de hemiface].

Exames iniciais revelaram provas de atividade inflamatória baixas [PCR 0,05mg/dl e VHS 8mm/1^a h], discreto consumo de c3 [0,82g/l] e c4 [0,07d/l], hemoglobina 15,7g/dl, glóbulos brancos $5800 \cdot 10^3/\text{mm}^3$, bastonetes ausentes, linfócitos $800 \cdot 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $161.000/\text{mm}^3$, creatinina 0,76mg/dl.

AngioTC de crânio [04/05/22] com áreas de edema vasogênico na alta convexidade frontal e lobo occipital à direita [em território de M5 direita distal e P3 direita], observando-se aparentes focos de realce no interior, devendo ser investigada a possibilidade de neoplasia secundária (devido a multiplicidade de lesões) ou doença granulomatosa. Sem evidências de oclusões proximais, estenoses significativas ou placas ulceradas.

Encaminhada à enfermaria de geriatria no dia 9/5 para prosseguir investigação de lesões cerebrais múltiplas suspeitas para neoplasia já com acompanhamento e programação de abordagem estereotáxica pela neurocirurgia.

Exame físico admissão na enfermaria:

Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, vigil, consciente, orientada no espaço contudo desorientada parcialmente em tempo.

Ausência de adenomegalias palpáveis. Tireóide sem aumento ou nodulações percebidas.

Aparelho respiratório com MV presente e simétrico bilateralmente, sem ruídos adventícios, confortável em ar ambiente.

Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em 2 tempos (ritmo de marcapasso), sopro sistólico predominante em borda esternal, sem turgência jugular anormal a 45 graus, sem refluxo hepatojugular, boa perfusão com tempo de enchimento capilar menor que 3s.

Abdome plano, ruídos hidroaéreos normoativos, flácido, indolor, timpânico a percussão, sem massas ou visceromegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal, hepatimetria não registrada.

Pele apresentando lesões arroxeadas intermitentes distais para membros superiores e inferiores supostamente isquêmicas sendo interrogado Fenômeno de Raynaud. Ausência de sinais de retenção linfática ou trombose, sem edema periférico.

Abertura ocular espontânea com pupilas fotossensíveis e reflexo simétrico, movimentação ocular extrínseca preservada, sem disartria no momento da avaliação apesar de desvio de rima

bucal para a direita, sem outras alterações de pares cranianos, presença de heminegligência para membro superior a esquerda, com força reduzida em hemicorpo esquerdo (hemiparético - força grau 2 em MIE/MSE) com sensibilidade preservada e presença de rigidez associada. Membro inferior esquerdo em equino. Presença de artrodese cirúrgica em punho esquerdo.

As hipóteses diagnósticas, resultado dos exames complementares e evolução clínica serão discutidos na apresentação.