



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2023

Número: 05

Data: 14/04/2023 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

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

Relatores: Profa. Dra. Selma Freire de Carvalho

Dr. Gustavo Paiva Laender

LHCM, registro HC 1710127H, 22 anos, masculino, pardo, trabalhador rural, mantém relação estável há 7 anos, natural e procedente de Nova Europa (SP), estudou até o 2º colegial.

Resumo da história clínica

No final de 2020 (não sabe precisar a data) foi submetido a apendicectomia em hospital da cidade de procedência. Após 1 semana, houve saída de secreção purulenta na cicatriz cirúrgica e submetido a nova cirurgia para drenagem de abscesso abdominal. Permaneceu cerca de 2 anos assintomático e mantinha peso corporal de 69 kg.

Em março de 2022 procurou a Santa Casa de Araraquara com dor abdominal de forte intensidade, secundária à “perfuração no intestino” (SIC). Inicialmente foi feita rafia da lesão, mas após 7 dias evoluiu com abscesso intracavitário. O paciente refere que foi feita ressecção intestinal, com intestino delgado remanescente de 1,20 m, além da confecção de bolsa de ostomia distal. Apresentava vômitos pós-alimentares e foi mantido com nutrição enteral (não informa o produto ou volume) e dieta oral zero. Recebeu alta com lesão sacral, deambulando com dificuldade por sentir-se fraco, mas sem déficit motor. Recebeu orientação de alta para manter dieta oral zero e nutrição enteral domiciliar. A dieta enteral era preparada pela sua mãe, de acordo com orientações feitas no hospital e consistia em: a) arroz, feijão e polenta liquidificados, 2 vezes ao dia; b) leite desnatado e fruta como banana ou maçã, 4 vezes ao dia. Refere que sentia muita fome, mas fora orientado para não ingerir alimentos por via oral (ocasionalmente ingeria gelatina e iogurte 2 a 3 vezes por semana). Seguiu-se perda ponderal de 30 kg no período de 7 meses e intensa fraqueza. Embora sentia-se doente, mantinha o uso regular de maconha e cigarro de palha.

Em **setembro de 2022** procurou novamente a Santa Casa de Araraquara com dispneia e febre. Foi feito o diagnóstico de infecção pulmonar, sendo internado no CTI do mesmo hospital e posteriormente na enfermaria, onde permaneceu por 27 dias. Segundo paciente e familiares, nesta internação iniciaram os sintomas neurológicos, que permanecem até o momento da sua transferência para o HCFMRP-USP.

Vinte e três dias após a alta deste hospital (**24/11/2022**), foi levado ao Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) onde deu entrada com insuficiência respiratória por sepse de foco pulmonar, o que motivou a internação na UTI por 7 dias. Na ocasião, teve diagnóstico de fungemia por *Candida albicans*. O exame neurológico da admissão no HEAB mostrava ataxia cerebelar, disartria e alteração comportamental, sendo prescrita tiamina endovenosa (300 mg/d). Permaneceu na enfermaria do HEAB por mais 13 dias, período em que foi suspensa a nutrição enteral e prescrita nutrição parenteral desde o segundo dia da internação, associada posteriormente com dieta via oral.

Em **12/12/2022** o paciente foi transferido para o HCFMRP, aos cuidados da Divisão de Nutrologia. À internação, o paciente queixava de dor em lesão por pressão sacral, choroso, demonstrando preocupação quanto ao tempo de recuperação do seu estado atual. Referia fome e desejo de alimentar-se por via oral. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, com peso de 37,6 kg, o que corresponde a IMC de 12,8 kg/m². Em regular estado geral, lúcido e orientado, com dificuldade para articular as palavras. Mucosas hipocoradas +/-, desidratado +/-, acianótico anictérico. Respirando em ar ambiente, sem sinais de desconforto respiratório, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em 2 tempo, bulhas rítmicas e normofonéticas. Abdome escavado, RHA presentes e normoativos, sem dor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite, sem hepato ou esplenomegalias. Ileostomia com débito aproximado de 1900 mL/d. Edema bilateral de membros inferiores +/-4. Presença de lesão por pressão sacral com presença de secreção e áreas necróticas. Estava recebendo Nutrição Parenteral (966 kcal e 54 g de proteínas) em acesso venoso central em veia jugular interna esquerda, além de loperamida (6mg/d), tiamina (300mg/d), sertralina (50mg/d) e clonazepam (0,6 mg).

Evolução durante a internação na Nutrologia

Inicialmente, o paciente foi avaliado pela equipe da fonoaudiologia, que excluiu disfagia orofaríngea. Foi prescrita dieta oral distribuídas em 7 refeições ao dia) com oferta energética inicial de 1200 kcal e progressão gradativa até 2200 kcal. Paralelamente, o paciente recebeu nutrição parenteral contendo 1084 kcal e 50 gramas de proteína, progredindo nos dias subsequentes para 1800 kcal, 75 g de proteínas e solução de vitaminas e oligoelementos, A dose de loperamida foi aumentada para 32 mg/d e foi prescrito mucilóide com o objetivo de reduzir o débito da ileostomia. Foi avaliado pela equipe da Neurologia com diagnóstico neurológico de desmielinização neurológica osmótica secundária à alteração metabólica, além da hipótese de Síndrome de Wernicke, A RNM de encéfalo (22/12/22) mostrou imagem compatível com desmielinização pontinha.

Durante a internação no HCFMRP o paciente apresentou dois episódios de infecção de corrente sanguínea relacionadas à infecção de cateter venoso central. Permaneceu 53 dias internado e passou a receber períodos de alta e retorno para o programa de Nutrição Parenteral Intermitente. Atualmente, o paciente recebe terapia nutricional parenteral por cateter central de inserção periférica (PICC) no membro superior esquerdo, tem boa aceitação da dieta via oral, mantém débito da ileostomia de aproximadamente 1200 mL/dia. Houve melhora significativa do quadro neurológico e ganho de peso gradativo, chegando ao peso máximo de 50,7 kg (IMC: 17,3 kg/m²).