



**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**  
**Departamento de Clínica Médica**

**REUNIÃO CLÍNICA**

**ANO: 2023**

**Número: 19**

**Data:** 25/08/2023

**Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

**Horário:** 7h30

**Modalidade:** Discussão de Caso Clínico

**Relatores:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Antunes Cetlin

**ID:** Mulher, 53 anos, branca, casada, aposentada, cursou o ensino fundamental; natural e procedente de Vargem Bonita - MG

**QD:** “Falta de ar há 21 anos”

**HMA:** Paciente queixa-se de dispneia aos esforços moderados (caminhar 100 m no plano) e evolutiva. Concomitante, refere tosse com secreção amarelada, sem horário preferencial, episódios ao longo do dia e noite, duram poucos minutos, sem fatores de piora ou melhora identificados, sem desencadeantes. No momento, nega febre, hemoptise ou hemoptoico, perda ponderal ou outros sintomas e sinais.

Relata pneumonias e sinusites de repetição há  $\pm$  25 anos, pelo menos 2x/ano. Há 1 ano, os episódios ficaram mais frequentes e paciente apresenta episódios mensais de pneumonia. Descreve estes episódios como piora da falta de ar, piora da intensidade da tosse com aumento do volume de secreção mucopurulenta, febre e sibilância torácica. Nega sintomas compatíveis com rinite alérgica.

**IDA (relevantes):**

- Cardiovascular: palpitações quando apresenta dispneia. Nega síncope, dor torácica, edemas, ortopneia e dispneia paroxística noturna.
- Gastrointestinal: há 6 meses, mudança de HI, com 3 evacuações/dia, pastosas.
- Osteomuscular: nega queixas

**Antecedentes Pessoais:**

Diagnóstico de asma na infância, remissão dos sintomas antes da adolescência e retorno dos sintomas na vida adulta. Menarca: não recorda; Gestação - G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>C<sub>0</sub>. Menopausa há 4 anos, sem relato de piora dos sintomas.

Atualmente faz uso de fluticasona (250 mcg ) + salmeterol (50 mcg) e prednisona 5 mg/dia, sem percepção de melhora relevante dos sintomas. Nega uso de outros medicamentos.

Nega outras comorbidades. Relata que no passado teve diagnóstico de anemia hemolítica autoimune e suspeita de LES, que não se confirmou.

Nega tuberculose prévia, nega contatos com pessoas sabidamente doentes por tuberculose.

Não se recorda de outras doenças na infância.

Carteira vacinal: não se recorda se esta atualizada.

Exposições: Nega uso de cigarro, outras formas de tabaco ou tabagismo passivo.

Refere exposição a fogão a lenha por 20 anos.

Marido criou 20 canários por 15 anos, cessou há 10 anos. Nega travesseiro de pena, exposição a mofo e umidade. Tem poeira em casa e limpa com pano úmido.

Trabalhos: serviços gerais em escola (limpeza). Mora em zona urbana.

**Antecedentes Familiares:**

Pais são consanguíneos (primos de primeiro grau)

Mãe: viva aos 92 anos com HAS controlada.

Pai: vivo aos 95 anos – HPB

Irmã com diagnóstico de LES

2 filhos – hípidos

Sem histórico de câncer ou mortes precoces na família.

**Exame físico:**

Bom estado geral, hidratada, corada, acianótica e anictérica.

Consciente e orientada.

Sinais vitais – FC: 98 bpm; FR: 20 ipm; PA: 120x80 mmHg;

Oximetria periférica: 94% em ar ambiente.

Pele: sem lesões

Sem linfadenomegalias periféricas; Tireoide: normopalpável; Oroscopia: sem alterações

Sem baqueteamento digital.

AR: Inspeção estática e dinâmica, sem anormalidades; Murmúrio vesicular presente, com roncocalaterais e estertores finos, mais audíveis em bases pulmonares. Palpação sem alterações; som claro pulmonar a percussão e ressonância vocal dentro da normalidade.

AC: 2 bulhas em 2 tempos, normofonéticas e rítmicas, sem sopros. Ausente turgência jugular à 45 graus; edemas ausentes; pulsos presentes e simétricos e TEC < 3 segundos.

Abdome: RHA presentes, normoativos, sem massas ou visceromegalias.

---