



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica



REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2024

Número: 09

Data: 10/05/2024 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

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

Relatores: Prof. Dr. José Ernesto dos Santos
Dr. Gustavo Santos Paiva Laender Moura

Hipercolesterolemia familiar grave

Identificação

FST, sexo masculino, 35 anos, branco, casado, lavrador, natural e procedente de Santo Antonio Da Alegria (SP).

Queixa principal e duração

Dor no peito há 11 meses.

História da Moléstia Atual

Paciente com quadro de 11 meses de evolução de dor precordial em aperto, intermitente, sem irradiação, desencadeada por esforços como subir acives ou andar distâncias médias no plano, acompanhada de dispneia, palpitações e tontura, que melhora com repouso. Também ocorrem episódios de dor ao deitar-se à noite, com duração média de dois minutos, aliviados ao sentar-se. Nega ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores e síncope.

Interrogatório dos diversos aparelhos

Nega queixas gastrointestinais ou genitourinárias.

Antecedentes pessoais

Histórico de psoríase vulgar previamente tratada com metotrexato, dislipidemia mista e gastrite. Nega cirurgias prévias ou alergias.

Medicamentos em uso

Sinvastatina 40mg, Ciprofirato 100 mg, Omeprazol 20mg e AAS 100mg

Hábitos de vida

Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Antecedentes familiares

Mãe submetida a cirurgia de revascularização aos 40 anos após SCASST, com nova abordagem após 2 anos. Sem contato com a família paterna. Filha de 4 anos saudável. Dois tios faleceram por neoplasia gastrointestinal aos 55 e 58 anos. Avós maternos faleceram de causas desconhecidas em idade avançada.

Exame físico

Bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros. Pressão arterial de 115x65 mmHg e frequência cardíaca 86 bpm. Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Saturação de O² em ar ambiente de 96%. Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, indolor a palpação. Membros inferiores sem edema, panturrilhas livres.

O paciente relata múltiplas visitas ao pronto atendimento devido à dor, sem alterações no ECG (SIC). Optou por investigação ambulatorial com cardiologista local. Realizou teste ergométrico com sinais de isquemia aos esforços, indicando necessidade de estratificação de risco de doença arterial coronariana. Foi encaminhado ao HCFMRP-USP para cineangiocoronariografia, que revelou lesões triarteriais graves. Internado em 10/11/2023 para cirurgia de revascularização do miocárdio.

Exames laboratoriais do dia 31/10/2023:

Hemoglobina 15,3 (VN: 13,9-17,7 G/DL)
Hematócrito 47 (VN: 39,6 - 51, 8)
VCM 91 (VN: 80,1-95,3 FL)
HCM 29,4 (VN: 27, 6-33,2 PG)
RDW 13,8 (VN: 11,5-14,7)
Leucócitos 6,1 (VN: 3,79-10,33 10³/μL)
Plaquetas 283 (VN: 166-389 x 10³/ μL)

Sódio 137,5 (VN: 136 - 145 MMOL/L)
Potássio 4,23 (VN: 3,4 A 4,5 MMOL/L)
Creatinina 0,95 (VN: 0,70 a 1,30 MG/DL)
Ureia 20,37 (VN: 19 a 49 MG/DL)
HbA1c 5,49 (Normal < 5,7%)
TSH 2.28 (VN: 0,55 – 4,7 μIU/mL)
TGO 14, 62 (VN: ATE 38,0 U/L)
TGP 11,25 (VN: 10 a 49 U/L)

Lipidograma com jejum:

Colesterol total 405,92 (VN: < 190 mg/dL)
Triglicérides 266,84 (VN: < 150 mg/dL)
HDL 38,39 (VN: > 40 mg/dL)
LDL 314,16