



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica



REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2024

Número: 17

Data: 16/08/2024 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

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

Relatores: Prof. Dr. Gustavo Jardim Volpe
Dr. Carlos Eduardo Lopes Almado

Identificação: DSB, 20 anos, sexo masculino, solteiro, desempregado. Natural e procedente de Batatais - SP.

Queixa e duração: Dor de forte intensidade em coxa esquerda há 2h.

HMA: Paciente teve um entorse do joelho esquerdo jogando futebol há cerca de 2 anos. Desde então, paciente se queixava de dor, falseio e travamento frequente em joelho esquerdo ao andar. Foi realizado diagnóstico de lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) e do menisco medial. No período da manhã, paciente foi submetido, no centro cirúrgico do HE Serrana, à reconstrução de LCA e menissectomia de menisco medial de joelho esquerdo sob raquianestesia e sedação, com tempo total de cirurgia de 1h40. Cerca de 1h após o procedimento, ainda na sala de recuperação pós-anestésica, o paciente referiu dor intensa em coxa esquerda associada a edema e sudorese fria. Realizado, pela equipe da anestesia, bloqueio de nervo femoral com 10ml de lidocaína 1% guiado por ultrassom sob hipótese de contratura muscular. Entretanto, paciente manteve edema importante e dor desproporcional, tendo sido optado por fasciotomia da coxa esquerda sob raquianestesia devido clínica compatível com síndrome compartimental. Na sala de recuperação anestésica, após sondagem vesical de alívio, observada diurese com aspecto compatível com mioglobínúria, sendo aventada hipótese de rabdomiólise e optado por transferência do paciente para pós-operatório em UTI.

IDA: Pele e anexos: negava lesões cutâneas.

Respiratório: negava dispnéia.

Cardiovascular: negava palpitações, síncope ou edema.

Geniturinário: negava disúria.

Digestivo: negava dor abdominal, diarréia, náuseas, vômitos, exteriorização de sangramentos. Hábito intestinal sem alterações.

Demais sistemas: Negava alterações visuais, déficits focais ou outras queixas.

Antecedentes pessoais: Negava diabetes e hipertensão ou qualquer outra patologia. Hábitos: Negava etilismo ou uso de drogas ilícitas, mas referia tabagismo (cigarro de palha – 4/dia).

Antecedentes familiares: Negava antecedentes familiares relevantes.

Ao exame:

Regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril (36,3°C), consciente e orientado.

Neuro: pupilas isocóricas e fotorreativas.

Peso = 69 kg | Estatura = 1,68 m | IMC = 24,5 Kg/m²

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. FR: 21 ipm saturação O₂: 96% em ar ambiente.

Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas hipofonéticas, sem sopros. Ausência de estase jugular. FC: 114 bpm | PA: 134 x 78 mmHg.

Abdome: plano, normotenso, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, ruídos hidroaéreos hipoativos.

Extremidades: sem edemas ou empastamento em membro inferior direito. Pulsos periféricos amplos e simétricos. Curativo oclusivo em coxa esquerda. TEC < 3s em todas extremidades.