



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica



REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2024

Número: 27

Data: 25/10/2024 **Local:** Sala 640 - Departamento de Clínica Médica

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

Reladoras: Profa. Dra. Fernanda Fernandes Souza

Dra. Marcela Paganelli

Identificação : Mulher, 44 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto, vendedora, casada.

QPeD: “Fraqueza e olho amarelo” há quatro meses.

HMA: Paciente iniciou seguimento no HCRP em 2013. Na ocasião relatava que há quatro meses começou a apresentar dores generalizadas pelo corpo e fraqueza, com piora progressiva. Após 15 dias do início dos sintomas, começou a apresentar também icterícia, colúria, hipocolia, prurido generalizado e hiporexia. Negava náusea, vômitos, dor abdominal ou febre. Nesses quatro meses, houve momentos de piora e de melhora da icterícia, de maneira espontânea, porém as dores generalizadas pelo corpo e fraqueza persistiram o tempo todo. Há 15 dias voltou a apresentar piora importante da icterícia, com astenia e vômitos após alimentação de conteúdo amarelado. Negava hematêmese e melena.

QROA:

Olhos: Diminuição da acuidade visual há três meses.

Nariz, ouvido e garganta: refere amigdalite há 15 dias, fez uso de amoxicilina por 07 dias, com melhora clínica

Subcutânea: nega queixas.

Pele: refere aparecimento de equimoses com facilidade.

Respiratório: nega queixas.

Cardiovascular: nega palpitações, síncope ou lipotimias.

Trato Gastrointestinal: refere uma evacuação diária, com fezes endurecidas. Nega hematêmese, melena ou hematoquesia.

Genito-urinário: nega queixas.

Endócrino: refere perda de 20 kg nos últimos 04 meses. Última menstruação há três meses.

Neurológico: nega confusão mental ou alteração do comportamento

Antecedentes Pessoais:

- Gesta I para I Aborto 0
- Hipotireoidismo
- Obesidade
- Fibromialgia
- Nega etilismo ou tabagismo.
- Nega transfusão de sangue e hemoderivados.

- Nega tatuagens ou piercing.
- Nega uso de drogas ilícitas.
- Nega uso de suplementos, chás ou ervas.
- Nega uso de medicamentos injetáveis com material não descartável.

Antecedentes Familiares:

- Pai com Alzheimer e teve AVC aos 68 anos
- Mãe falecida com doença autoimune - não sabe qual
- Três irmãos com Diabetes Mellitus
- Irmão com gota
- Irmã com LES
- Nega história de doença hepática na família

Exame Físico:

- Bom estado geral, consciente, orientada, normocorada, hidratada, icterícia +/-4, hiperemia conjuntival, ausência de gânglios palpáveis, hiperemia de orofaringe, sem placas. Ausência de "spiders" ou circulação colateral.
- Sinais vitais: FC 80 bpm, PA: 110/70 mmHg
- Aparelhos respiratório e cardiovascular: sem alterações.
- Abdome globoso, flácido, normotenso, timpanismo difusamente, discretamente doloroso à palpação profunda de hipocôndrio direito, sem sinais de ascite detectável clinicamente, fígado palpável a 04 cm do RCD, doloroso, bordas finas, superfície lisa, consistência parenquimatosa, baço não palpável, RHA presentes e normoativos.
- Membros inferiores: sem edemas, boa perfusão periférica, ausência de *flapping*.

Evolução

Após investigação clínico-laboratorial foi iniciado tratamento específico, que será apresentado na reunião clínica, e a paciente apresentou melhora clínica importante. Porém após aproximadamente quatro anos de seguimento na Gastroenterologia a paciente começou apresentar sintomas secos e artralgias, sendo encaminhada à reumatologia e oftalmologia.

Na primeira consulta no ambulatório de Reumatologia a paciente referia boca seca e olho seco, em acompanhamento com oftalmologista em uso de colírio lubrificante de 1/1 hora e gel lubrificante para dormir. Queixava também de dor difusa em corp, insônia e artralgias recorrentes. Negava cefaleia, sintomas respiratórios, sintomas gastrointestinais, sintomas urinários, fenômeno de Reynaud, febre, emagrecimento, adenomegalia ou lesões em pele ou mucosas. Referia fotossensibilidade.

Exames laboratoriais na primeira consulta na Gastroenterologia

AST: 602,6 (32) U/L; ALT: 428,1 (31) U/l; Gama GT: 175 (11-50) U/L; FA: 275 (65-300) U/L

Bil T/D: 10,14/6,62 mg/dL; Albumina: 3,5 g/dL; INR: 1,6

Hb: 13,6 ; HT: 39%; VCM: 88; GB: 5500 (neutrófilos: 44,1%, linfócitos: 46,1%); Plaquetas: 100.000

Creatinina: 0,56 mg/dL; Glicemia: 94 mg/dL;

TSH: 0,017 (0,4-4,0); T3 total: 111 (84-172) ng/dL; T4 livre: 1,6 (0,9-1,8)

HBsAg: negativo; AntiHBc IgM e IgG: negativos; Anti-HAV igM: negativo; Anti-HIV: negativo.

Exames laboratoriais na primeira consulta na Reumatologia (após quatro anos de seguimento na Gastroenterologia)

AST: 41 (32) U/L; TGP: 51 (31) U/L; Gama GT: 155 (11-50) U/L; FA: 131 (65-300) U/L

Bil T/D: 0,7/0,24 mg/dL; Albumina : 4,53 g/dL; INR: 1,0

Hb: 15,5; HT 46%; GB 5400 e Plaquetas 123.000

Creatinina: 0,78; Ureia: 31; Glicemia: 99,6 mg/dL; TSH: 1,7 (0,4-4,5)

Proteínas Totais: 7,36 g/dL; IgG: 1,35; C3/C4 : Normais; FR: negativo; Anti CCP: Negativo; FAN: não reagente; Anti Ro : 59,0 (moderadamente positivo); Anti La: negativo; ANCA: negativo; Anti-músculo Liso: negativo; Anti-mitocôndria : negativo; Anti-TPO: negativo; Crioglobulinas: negativo.