

CASO 1

Paciente M.A.B., 32 anos, foi diagnosticada com endometriose em 2017, tendo feito uso de tratamento hormonal por 3 anos, interrompido por conta própria. Relata que seu fluxo menstrual sempre foi normal, mas, após interrupção do anticoncepcional oral, passou a observar presença de coágulos.

A paciente é ex-atleta e, recentemente, passou por adversidades devido à endometriose (procedimentos cirúrgicos, tratamento para infertilidade) que, somadas a desafios pessoais, levaram-na a enfrentar mudanças significativas em seu cotidiano. Atualmente, M.A.B. cursa medicina e iniciou recentemente o período de internato. Ela reporta um cansaço intenso, atribuindo-o, em parte, à nova fase acadêmica. Em busca de suporte emocional, iniciou acompanhamento psiquiátrico, estando em uso de antidepressivo. Além disso, apresenta tosse crônica há 4 meses, sem melhora com tratamentos diversos, o que acredita ser seqüela da Covid-19 que teve previamente.

Trouxe exames previamente realizados, dentre eles dois hemogramas (2019 e 2021):

Hemograma 2019

HEMOGRAMA				
Material: Sangue				
ERITROGRAMA				
Método: Impedância com foco hidrodinâmico				
	Valores Encontrados		Valores de referência por faixa etária	
Hemácias	4,73	milhões/mm3	3,8 - 5,8	milhões/mm3
Hemoglobina	13,6	g/dL	12,5 - 16,5	g/dL
Hematócrito	43	%	37 - 47	%
V.C.M.	91	fL	80 - 96	fL
H.C.M.	29	pg	28 - 33	pg
C.H.C.M.	31,6	g/dL	32 - 36	g/dL
RDW-CV	14,6	%	12,2 - 14,6	%
LEUCOGRAMA				
Método: Citometria de fluxo				
	Valores encontrados		Valores de referência por faixa etária	
Leucócitos	7.200 /mm3		4000 - 11000	
	Relativo(%)	Absoluto(/mm3)		
Blastos	0	0,0	0 - 0	
Promielócitos	0	0	0 - 0	
Mielócitos	0	0	0 - 0	
Metamielócitos	0	0	0 - 0	
Bastões	0,0	0	0 - 700	
Segmentados	50,6	3.643	1800 - 7000	
Linfócitos	39,3	2.830	1000 - 4800	
Linf.Atípico	0,0	0	0 - 0	
Monócitos	7,4	533	0 - 800	
Eosinófilos	1,6	115	0 - 450	
Basófilos	1,1	79	0 - 200	
PLAQUETAS				
Método: Impedância com foco hidrodinâmico				
Resultado: 225.000 /mm3		Valor de referência/mm3 150000 a 400000		

Hemograma 2021:

MATERIAL - SANGUE				
HEMOGRAMA				
[DATA DA COLETA : 27/10/2021 10:01] COLETA DE AMOSTRA REALIZADA PELO INSTITUTO HERMES PARDINI				
MÉTODO: CONTAGEM AUTOMATIZADA ATRAVES DE CITOMETRIA DE FLUXO				
	VALORES DE REFERENCIA			
Hemacias	: 4.300.000/mm3	3.800.000 A 5.800.000/mm3		
Hemoglobina:	9,6 g/dl	12,0 A 16,0 g/dl		
Hematocrito:	31,8%	36,0 A 46,0 %		
VCM :	74,0 fl	80,0 A 100,0 fl		
HCM :	22,3 pg	26,0 A 32,0 pg		
CHCM:	30,2 g/dl	32,0 A 36,0 g/dl		
RDW :	14,7 %	11,5 A 14,8 %		
Leucocitos - Global:	8.000/mm3	4.000 A 11.000/mm3		
Neutrofilos Bastonetes :	0,0%	0/mm3	ATE 840/mm3	
Neutrofilos Segmentados:	54,3%	4.350/mm3	2.000 A 7.000/mm3	
Linfocitos	: 36,8%	2.940/mm3	1.000 A 3.500/mm3	
Monocitos	: 7,1%	570/mm3	200 A 1.000/mm3	
Eosinofilos	: 0,9%	70/mm3	20 A 500/mm3	
Basofilos	: 0,9%	70/mm3	ATE 200/mm3	
Plaquetas:	295.000/mm3	150.000 A 450.000/mm3		

Quando questionada, a paciente informou que não recebeu nenhuma orientação em relação ao resultado acima.

No decorrer do acompanhamento médico atual, foram solicitados os seguintes exames laboratoriais:

HEMOGRAMA

Material: Sangue Coleta: 11/07/2023 - 18:05:47 Liberação: 11/07/2023
Método: Citometria de Fluxo

ERITROGRAMA		Valor de referência:
Hemácias.....	3,72 milhões/mm ³	3,8 a 4,8 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	6,3 g/dL	12,0 a 15,0 g/dL
Hematócrito.....	21,9 %	36,0 a 46,0 %
MCV.....	58,9 fL	83,0 a 101,0 fL
MCH.....	16,9 pg	27,0 a 32,0 pg
MCHC.....	28,8 g/dL	31,5 a 34,5 g/dL
RDW.....	21,1 %	11,6 a 14,0 %

Observações: Anisocitose com microcitose acentuada
Hipocromia moderada

LEUCOGRAMA		Valor de referência:
Leucócitos.....	8.000 /mm ³	4.000 a 10.000 /mm ³
Blastos.....	0,0 %	0 /mm ³
Promielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³
Mielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³
Metamielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³
Bastonetes.....	0,0 %	0 /mm ³
Segmentados.....	68,1 %	5.400 /mm ³
Eosinófilos.....	0,9 %	20 a 500 /mm ³
Basófilos.....	1,2 %	100 /mm ³
Linfócitos.....	22,2 %	1.800 /mm ³
Linfócitos Reativos:	0,0 %	0 /mm ³
Monócitos.....	7,6 %	200 a 1.000 /mm ³
Plaquetas.....	237.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /mm ³

Observações: Presença de plaquetas gigantes

RETICULÓCITOS

Material: Sangue Coleta: 12/07/2023 - 13:58:40 Liberação: 12/07/2023
Método: Azul de cresil brilhante

RELATIVO: 1,4 %

Valor de Referência: De 0,5 a 1,5%

ABSOLUTO: 52.500 /mm³

Valor de Referência: De 25.000 a 75.000/mm³

FERRO

Material: Sangue Coleta: 11/07/2023 - 18:05:49 Liberação: 13/07/2023
Método: Colorimétrico

FERRO 11 mcg/dL

Valor de Referência: RECÉM-NASCIDOS : DE 100 A 250 mcg/dL
CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO : DE 40 A 100 mcg/dL
CRIANÇAS DE 1 A 12 ANOS : DE 50 A 120 mcg/dL
ADULTOS: HOMENS : DE 65 A 175 mcg/dL
MULHERES: DE 50 A 170 mcg/dL

FERRITINA

Material: Sangue Coleta: 11/07/2023 - 18:05:49 Liberação: 13/07/2023
Método: Quimioluminescência

FERRITINA 1,5 ng/mL

Valor de Referência:

+	-----+	-----+	-----+
	IDADE	FEMININO (ng/mL)	MASCULINO (ng/mL)
+	-----+	-----+	-----+
	RECÉM-NASCIDOS	DE 25,0 A 200,0	
+	-----+	-----+	-----+
	1 MÊS	DE 200,0 A 600,0	
+	-----+	-----+	-----+
	DE 2 A 5 MESES	DE 50,0 A 200,0	
+	-----+	-----+	-----+
	DE 6 MESES A 15 ANOS	DE 7,0 A 140,0	
+	-----+	-----+	-----+
	ADULTO	DE 10,0 A 254,0	DE 22,0 A 280,0
+	-----+	-----+	-----+

CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DO FERRO

Material: Sangue Coleta: 11/07/2023 - 18:05:42 Liberação: 13/07/2023
Método: Colorimétrico

Resultado: 439 mcg/dL

Valor de Referência: De 250 a 425 mcg/dL

ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA: 3 %

Valor de Referência: De 20 a 50%

TRANSFERRINA

Material: Sangue Coleta: 11/07/2023 - 18:05:49 Liberação: 12/07/2023
Método: Turbidimetria

RESULTADO: 378 mg/dL

Valor de Referência: de 200 A 360 mg/dL

CASO 2

HMA: Maria, 40 anos de idade, enfermeira, relata ter mioma uterino que foi diagnosticado há cerca de 4 anos. Período menstrual com duração de 6-7 dias e com fluxo aumentado, apresentando pequenos coágulos. Diz que foi o aumento do fluxo menstrual que levou à descoberta do mioma. Há um mês, teve o diagnóstico de anemia feito por seu ginecologista que a orientou, então, a suspender a menstruação, por meio do uso do Cerazette 75 mcg (desogestrel, anticoncepcional livre de estrogênio). Foi prescrito, ainda, ácido fólico (400 mcg/dia) e Neutrofer (glicinato de ferro, 150 mg/dia, equivalente a 30 mg de ferro elementar) que ela ainda não está usando, porque optou por se consultar com um clínico geral para saber “se precisava realmente desses medicamentos”. Nega etilismo e tabagismo.

HP: Hipotireoidismo diagnosticado há cerca de 10 anos. Em uso de Puran 100 mg. G1P1A0.

HF: Marido e filha de 20 anos de idade saudáveis. Pai falecido, não sabe a causa. Mãe de 65 anos de idade, hipertensa.

Exame físico

Ectoscopia: paciente corada, hidratada, anictérica, acianótica.

AR: NDN

ACV: BNRNF, FC: 80 bpm, Pressão: 110/70 mmHg

AD: Ausência de visceromegalias.

Exames laboratoriais

Hemograma

Hem: 4.180.000/mm³ Hb: 9,2 g/dL Ht: 29,2%
VCM: 70 fL HCM: 22 pg CHCM: 31,5 g/dL RDW: 18,3%

Leucócitos: 4.600/mm³

Neut: 2.100/mm³ Eos: 460/mm³ Mon: 340/mm³ Linf: 1.700/mm³

Plaquetas: 320.000/mm³

Ferritina sérica: 4 ng/mL

Ferro sérico: 40 µg/dL

Capacidade Total de Ligação do Ferro: 500 µg/dL

CASO 3

BCA, 47 anos, sexo feminino, bióloga, residente em Belo Horizonte.

HMA/HP: Paciente queixando-se de desânimo e “fraqueza” há aproximadamente 2 meses, o que tem prejudicado seu desempenho no trabalho e nas tarefas do dia a dia. Neste período, notou também dispneia aos esforços maiores, ficando, por exemplo, muito cansada ao subir escadas. Na anamnese especial, informa que, há cerca de 2 anos, vem tendo sangramento menstrual de grande intensidade com duração de 8 a 10 dias por ciclo.

HF: Marido e 2 filhos saudáveis. Pais falecidos. Mãe era hipertensa.

Exame físico

PA: 120/80 mmHg FC: 110 bpm TA: 36,5°C

Fácies atípica, bom estado geral, mucosas hipocoradas (++/4+), hidratada, anictérica, acianótica, afebril. Linfonodos não palpáveis. Sem edemas.

AR: eupneica, murmúrio vesicular fisiológico. Ausência de ruídos adventícios.

ACV: bulhas rítmicas, taquicárdicas.

AD: presença de massa palpável no hipogástrio, indolor, endurecida, móvel, com cerca de 6 cm de diâmetro. Fígado percutível entre o 5º EID e o RCD e não palpável. Baço não delimitado à percussão e não palpável.

Exames complementares

Hemograma

Hem: 4.200.000/mm³ Hb: 8,2 g/dL Ht: 32% R.D.W.: 18%

Leucócitos: 8.300/mm³

Neutrófilos: 68%; Bastonetes: 2%; Linfócitos: 21%; Monócitos: 1%; Eosinófilos: 8%; Basófilos: 0%

Plaquetas: 500.000/mm³

Anisocitose com predomínio de microcitose (++/4+), hipocromia (++/4+). Poiquilocitose discreta.

Contagem de reticulócitos: 1.7%

Ferro sérico (colorimétrico): 25 µg/dL

Capacidade Total de Ligação do Ferro (colorimétrico): 480 µg/dL

Ferritina sérica (quimioluminescência): 10 ng/mL

Exame parasitológico de fezes (método Blagg e cols): ovos de ancilostomídeos e cistos de *Entamoeba coli*

Ultra-som pélvico: mioma uterino

CASO 4

A.A., 68 anos de idade, sexo feminino, natural e residente em Contagem, MG

HMA: Paciente procura assistência médica com queixas de inquietação, irritabilidade, insônia, falta de apetite e desânimo. Relata que, desde os 20 anos de idade, é “muito nervosa”, já tendo feito uso de antidepressivos e ansiolíticos, sem melhora significativa do quadro. Há cerca de 3 ou 4 meses começou a sentir também muito cansaço para realizar suas atividades habituais como limpar casa, cozinhar e fazer pequenas compras. Além disso, às vezes, sente um pouco de falta de ar ao subir escadas. Relata ainda que tem apresentado períodos de diarreia alternados com constipação (seu hábito intestinal era regular até cerca de 6 meses atrás) e que emagreceu 2 Kg nesse período. Sem queixas urinárias. Não está em uso de medicamentos.

HP: Menopausa aos 50 anos. G0P0A0. Nega cirurgias ou internações prévias.

HF/HS: Pais falecidos; não sabe informar a causa. Duas irmãs saudáveis (65 e 60 anos de idade).

Exame físico:

TA: 36,8°C Peso: 60 Kg PA: 140/85 mmHg FC: 110 bpm

Estado geral regular, mucosas hipocoradas (++/4+), hidratada, anictérica, acianótica, afebril. Linfonodos cervicais da cadeia cervical anterior palpáveis bilateralmente, medindo, o maior deles, cerca de 0,5 cm de diâmetro, móveis, não dolorosos.

AR: Eupneica, murmúrio vesicular fisiológico. Ausência de ruídos adventícios.

ACV: Bulhas rítmicas, taquicárdicas.

AD: Abdome normotenso, não doloroso à palpação superficial e profunda. Fígado e baço não palpáveis.

Exames laboratoriais:

Hemograma

Hemácias: 4.100.000/mm³ Hemoglobina: 9.0 g/dL Hematócrito: 28%
V.C.M.: 68 fL H.C.M.: 22 pg C.H.C.M.: 32 g/dL R.D.W.: 18%

Leucócitos: 9.800/mm³

Neutrófilos: 65%; Bastonetes: 1%; Linfócitos: 26%; Monócitos: 7%; Eosinófilos: 1%; Basófilos: 0%

Plaquetas: 200.000/mm³

Anisocitose com predomínio de microcitose, hipocromia, poiquilocitose

Contagem de reticulócitos: 1,5%

Ferro sérico (colorimétrico): 30 µg/dL

Capacidade Total de Ligação do Ferro (colorimétrico): 500 µg/dL

Ferritina sérica (quimiluminescência): 8 ng/mL

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (imunocromatografia): positivo

Após avaliar esses resultados o médico solicitou endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

CASO 5

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, com história de febre não termometrada, fadiga, poliartrite simétrica acometendo punhos e articulações dos dedos das mãos, joelhos e tornozelos há um ano. Relata ainda que tem dificuldade para abrir as mãos pela manhã, porém os movimentos recuperam-se depois de aproximadamente duas horas.

Exame físico

PA: 130/85 mmHg FC: 92 bpm TA: 37,5°C

Paciente em bom estado geral, mucosas hipocoradas (+/4+), hidratada, anictérica, acianótica. Linfonodos não palpáveis. Sem edemas.

Locomotor: edema e calor das articulações dos punhos e interfalangianas proximais bilateralmente, com limitação de movimentos. Edema e calor de joelhos e tornozelos.

AR: Eupneica, murmúrio vesicular fisiológico. Ausência de ruídos adventícios.

ACV: Bulhas rítmicas, taquicárdicas.

AD: Abdome normotenso. Fígado e baço não palpáveis.

Hipótese diagnóstica: artrite reumatóide?

Exames laboratoriais:

Hemograma

Hemácias: 4.000.000/mm³ Hemoglobina: 10 g/dL Hematócrito: 30%
V.C.M.: 75 fL H.C.M.: 25 pg C.H.C.M.: 33,3 g/dL R.D.W.: 14%
Microcitose e hipocromia discretas (+/4+)

Leucócitos: 4.000/mm³

Bastonetes: 1%

Neutrófilos segmentados: 60%

Linfócitos: 31%

Monócitos: 6%

Eosinófilos: 1%

Basófilos: 1%

Plaquetas: 240.000/mm³

Contagem de reticulócitos: 1%

Fator reumatóide: 180 U/L (VR < 20 U/L)

Proteína C-reativa: 48 mg/L (VR < 10mg/L)

Após a análise do hemograma, foram acrescentados:

Ferro sérico (colorimétrico): 45 µg/dL

Capacidade Total de Ligação do Ferro (colorimétrico): 230 µg/dL

Ferritina sérica (quimioluminescência): 200 ng/mL.

CASO 6

HMA: DSS, 47 anos de idade, encaminhada do Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas para o Serviço de Hematologia após diagnóstico de anemia a esclarecer e infecção do trato urinário, já em tratamento com antimicrobiano. Relata que, há um ano, vem notando cansaço e desânimo, que pioraram nos últimos 2 meses. Alimentação irregular, escassa em frutas, verduras e carnes, e ciclo menstrual regular de aproximadamente 3-5 dias; menarca aos 12 anos. Mãe tem hipotireoidismo. Nega uso de medicações.

Exame físico

FC: 80 bpm PA: 100/60 mm Hg.

Mucosas hipocoradas (++)/4+); hidratadas, anictérica e acianótica; ausência de equimoses, petéquias ou edemas. Demais aparelhos sem alterações.

Traz os seguintes **resultados de exames:**

Hemograma

Hem: 2.330.000/mm³ Hb: 11,7 g/dL Ht: 7%
VCM: 116 fL HCM: 37 pg CHCM: 32 g/dL RDW: 13,5%

Leucócitos: 9.270/mm³

Neutrófilos: 7.730/mm³ Linfócitos: 1.290/mm³ Monócitos: 250/mm³

Reticulócitos: 1,0%

Ferritina sérica: 64,5 ng/mL Ferro sérico: 78 µg/dL CTLF: 312 µg/dL Creatinina

sérica: 0,6 mg/dL Ureia sérica: 14 mg/dL

Após análise desses resultados, foram solicitados outros exames para investigação da anemia:

Vit. B₁₂ sérica: 58 pg/dL Ácido Fólico sérico: 24 ng/dL

LDH sérica: 1773 U/L

Conduta: solicitada endoscopia digestiva alta e iniciado tratamento de reposição de vitamina B₁₂.

Paciente retornou depois de 30 dias com os seguintes resultados:

Biopsia gástrica: gastrite atrófica do corpo do estômago

Hemograma:

Hem: 4.330.000/mm³ Hb: 13,4 g/dL Ht: 0,6%
VCM: 106,9fL

Contagem de reticulócitos: 2,5%.

CASO 7

EAC, 55 anos de idade, sexo masculino, natural e residente em Belo Horizonte, MG

HMA: Paciente procura atendimento médico, por insistência da esposa, com queixas de palidez, anorexia, fadiga e dificuldade de concentração, sintomas que se tornaram mais intensos nos últimos 3 meses. Relata também emagrecimento. É alcoolista, ingerindo cerca de 400 a 500 mL de aguardente por dia há mais de 20 anos. Quando interrogado, conta que sua alimentação tem sido irregular, com baixa ingestão de folhas e legumes. Hábito intestinal preservado. Sem queixas urinárias. Fuma 20 cigarros/dia desde os 15 anos de idade. Não faz uso de medicamentos.

HP: Nega cirurgia prévia. Internado anteriormente (há cerca de 10 anos) devido a uma pneumonia (sic).

HF: Pais falecidos. Esposa e duas filhas saudáveis.

HS: É motorista de ônibus mas, no último ano, não tem conseguido manter-se no emprego.

Exame físico

PA: 140/90 mmHg FC: 110 bpm TA: 36,5°C

Estado geral regular, hipocorado (+++/4+), icterico (+/4+), acianótico. Linfonodos palpáveis em região cervical, móveis e pouco dolorosos, sem sinais flogísticos e de consistência habitual, variando de 0,5 a 1 cm de diâmetro.

AR: Eupneico, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

ACV: Bulhas taquicárdicas e normofonéticas.

AD: Fígado palpável a 2 cm da RCD, liso e indolor. Baço não palpável.

Exames laboratoriais

Hemograma

Hm: 2.000.000/mm³

Hb: 7,7 g/dL

Ht: 23%

VCM: 115 fL

HCM: 38,5 pg

CHCM: 33,5 g/dL

RDW: 17%

Leucócitos: 3.000/mm³

Neutrófilos: 60%; Linfócitos: 30%; Monócitos: 5%; Eosinófilos: 3%; Basófilos: 2%

Plaquetas: 80.000/mm³

Anisocitose (+/4+), macrocitose (+++/4+). Presença de macro-ovalócitos, hemácias em alvo, corpúsculos de Howell-Jolly e neutrófilos hiper segmentados.

Contagem de reticulócitos: 2%

Bb total: 3,5 mg/dL (0,2-1,0) Bb direta: 0,7 mg/dL (0,1-0,4) Bb indireta: 2,8 mg/dL (0,1-0,6)

AST: 80 U/L (5-50) ALT: 70 U/L (2-40) γ-GT: 120 U/L (0-30)

FA: 40 U/L (7-45) LDH: 1500 U/L (240-480)

Vitamina B₁₂ sérica: 400 pg/mL

Ácido fólico sérico: 1,0 ng/mL

CASO 8

MCA, 60 anos de idade, sexo feminino, natural e residente em Nova Lima, MG

HMA: Paciente queixa-se de parestesia em mãos e pés, perda de memória, irritabilidade e dificuldade de concentração há aproximadamente seis meses, sintomas que se tornaram mais intensos no último mês. Relata ainda maior cansaço para exercer suas atividades habituais. Nega febre e emagrecimento. Hábito intestinal preservado, sem queixas urinárias. Interrogada quanto à alimentação, relata ser vegana, não ingere nenhum produto de origem animal há aproximadamente 14 anos. Nega reposição medicamentosa de vitaminas. Nega etilismo e tabagismo.

Exame físico:

PA: 130/85 mm Hg FC: 100 bpm TA: 36,5°C

Estado geral preservado, hipocorada (++/4+), icterica (+/4+), acianótica. Linfonodos não palpáveis. Diminuição de reflexos tendinosos profundos, déficit de sensibilidade vibratória com preservação de sensibilidade tátil e dolorosa.

AR: Eupneica, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.

AD: Fígado e baço não palpáveis.

Exames laboratoriais:

Hemograma

Hm: 2.500.000/mm³ Hb: 9,0 g/dL Ht: 28%
VCM: 112 fL HCM: 36 pg CHCM: 32.2 g/dL RDW: 18%

Leucócitos: 4.800/mm³

Neutrófilos: 58%; Linfócitos: 32%; Monócitos: 4%; Eosinófilos: 4%; Basófilos: 2%

Plaquetas: 160.000/mm³

Anisocitose (+/4+), macrocitose (+++/4+). Presença de macroovalócitos e neutrófilos hiper segmentados.

Contagem de reticulócitos: 1,5%

Bb total: 3,5 mg/dL Bb direta: 0,4 mg/dL Bb indireta: 3,1 mg/dL

LDH: 850 U/L (240 a 480 U/L)

Vitamina B₁₂: 200 pg/mL (200-900)

Ácido fólico sérico: 14 ng/mL

Homocisteína: 35 µmol/L

Ácido metilmalônico: 7 µmol/L

Anticorpo anti-fator intrínseco: negativo

Anticorpo anti-célula parietal: negativo

CASO 9

HMA: Paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, sem queixas, procura atendimento médico para avaliação de rotina. Diz estar um pouco preocupado porque engordou cerca de 8 Kg nos últimos cinco anos. Tem vida sedentária. É advogado, trabalha em um escritório e usa carro para locomoção. Bebe aproximadamente 10 doses de uísque por semana. Nega tabagismo. Não está em uso de medicamentos.

HP: Sem história de internações ou cirurgias ou doenças relevantes.

HF: Casado, 2 filhos adolescentes saudáveis. Irmão com história de infarto agudo do miocárdio aos 48 anos de idade.

Exame físico

Altura: 1,75 m Peso: 85 kg Circunferência abdominal: 101 cm
FC: 85 bpm PA: 160/105 mmHg

Bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Ausência de linfadenomegalias.
AR: Eupnéico, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.
ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.
AD: Fígado e baço não palpáveis.

Exames laboratoriais

Glicemia de jejum: 118 mg/dL

Triglicérides: 280 mg/dL Colesterol total: 260 mg/dL HDL: 35 mg/dL

Após avaliar os exames acima, o médico assistente repetiu o perfil lipídico e solicitou o

Teste de tolerância oral à glicose (TTOG).

Resultados

Teste de tolerância oral à glicose

- Glicemia em jejum: 111 mg/dL
- Glicemia 2 horas após 75g de dextrosol: 180 mg/dL

Triglicérides: 310 mg/dL Colesterol total: 250 mg/dL HDL: 33 mg/dL

CASO 10

Homem, 56 anos de idade, assintomático, com diagnóstico de hipertensão arterial há 1 ano, comparece para consulta clínica para controle de tratamento. Faz uso de enalapril (40 mg/dia). Não pratica atividades físicas e não é fumante. Etilista social. Tem história familiar positiva para DM tipo 2 (mãe).

Exame físico

Peso: 80 kg altura: 1,60 m IMC: 31,3
PA: 130/80 mmHg FC: 87 bpm FR: 20 irpm

Paciente em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico. Ausência de linfadenomegalias.

ACV: BNRNF em 2T, sem sopros. Pulsos radiais e pediosos cheios, rítmicos e simétricos.

AR: Tórax simétrico, expansibilidade preservada. Sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios.

AD: Abdome globoso, indolor à palpação superficial e profunda. Sem visceromegalias.

O médico que o atendeu solicitou exames laboratoriais e, no retorno, avaliou os seguintes resultados:

Glicemia jejum: 180 mg/dL Creatinina sérica: 1,5 mg/dL

Triglicérides: 150 mg/dL

Colesterol Total: 280 mg/dL HDL-c: 40 mg/dL LDL-c: 210 mg/dL VLDL-c: 30 mg/dL

Urina rotina

Caracteres Gerais:			
Cor: amarelo escuro (VR: Amarelo citrino)	Aspecto: ligeiramente turvo (VR: límpido)	pH: 6,0 (VR: 4,5 – 7,5)	Densidade: 1.020 (VR: 1.005 – 1.030)
Elementos anormais	VR	Sedimentoscopia	VR
Proteínas: negativo	negativo	Leucócitos: 3 p/c	(0 – 5 p/c 400X)
Glicose: negativo	negativo	Hemácias: 2 p/c	(0 – 2 p/c 400X)
Corpos cetônicos: negativo	negativo	Células epiteliais raras	(≤ 1 p/c 400X)
Sangue: negativo	negativo	Cilindros: hialinos: 1 p/c	(0– 2 hialinos p/c 100X)
Nitrito: negativo	negativo	Cristais: ausentes	(ausentes)
Leucócitos: negativo	negativo	Flora: escassa	(escassa)
Bilirrubina: negativo	negativo		
Urobilinogênio: normal	normal		

CASO 11

MRF, sexo feminino, 60 anos de idade, natural e residente em Belo Horizonte.

HMA: Paciente comparece ao Centro de Saúde para avaliação de rotina, sem queixas. Tem vida sedentária e possui histórico de obesidade. Queixa dormência e formigamento nas pernas nos últimos meses. Nega etilismo e tabagismo.

Exame físico

Altura: 1,60 m Peso: 78 Kg Circunferência abdominal: 95 cm

PA: 130/90 mm Hg

Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. Ausência de linfadenomegalias. Presença de acantose nigricans cervical e axilar.

AR: Eupneica, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.

AD: Fígado e baço não palpáveis.

Exames laboratoriais

Coleta confirmada: 26/06/2018 11:14

GLICOSE

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 145 mg/dL

Coleta confirmada: 26/06/2018 11:14

HEMOGLOBINA GLICADA

Material: SANGUE

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

RESULTADO: 7.4 %

Coleta confirmada: 26/06/2018 11:14

Liberação: 26/06/2018 15:13

CREATININA

Material: SANGUE

Método : CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 1.10 mg/dL

Valores de Referência:

0,60 a 1,20 mg/dl

Recem-nascido (prematuro): de 0,30 a 1,08 mg/dL

Recem-nascido (a termo): de 0,24 a 0,88 mg/dL

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR - CALCULADO PELA FÓRMULA CKD-EPI

Resultado Afrodescendente : 63,72 mL/min/1,73 m²

Resultado Não Afrodescendente : 52,58 mL/min/1,73 m²

Valor de Referência: Adulto maior de 18 anos: Superior a 90 mL/min/1,73 m²

URINA ROTINA

Método: TIRA REAGENTE + MICROSCOPIA

CARACTERES FÍSICOS

Densidade:	1.012	V.R.: 1.015 a 1.025
Cor:	Amarela	V.R.: amarelo

EXAME BIOQUÍMICO

pH:	5.0	V.R.: 5,0 a 6,0
Leucócitos:	Tracos	V.R.: negativo
Nitrito:	Negativo	V.R.: negativo
Proteína:	+	V.R.: negativo
Glicose:	Negativo	V.R.: negativo
Corpos cetônicos:	Negativo	V.R.: negativo
Urobilinogênio:	Normal	V.R.: traços
Bilirrubina:	Negativo	V.R.: negativo
Hemoglobina:	+	V.R.: negativo

SEDIMENTOSCOPIA

Hemácias:	2 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Leucócitos:	7 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Epitélio escamoso:	3 /campo	V.R.: até 10/campo (400x)
Epitélio de transição:	00 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Epitélio renal:	00 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Muco:	Escasso	V.R.: escasso
Bactérias:	Aumentada	V.R.: escassas

PROTEÍNAS

Material: URINA

Método: VERMELHO DE PIROGALOL

PROTEÍNAS:
47,80 mg/dL

CREATININA:
119,30 mg/dL

RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA:
0,40

V.R.: Proteína urinária: 1 a 15 mg/dL
Relação proteína/creatinina: Inferior a 0,2

CASO 12

Data da consulta: 12/03/2019 (Posto de Saúde)

HMA: Mãe traz o filho de 5 anos à unidade básica de saúde (UBS) e relata que, há aproximadamente 1 mês, a criança apresenta edema palpebral bilateral, praticamente todos os dias, ao acordar. Nega hiperemia ou dor associada, mas relata prurido na região palpebral também ao acordar. Nega secreção oftalmológica.

AE: Hábitos urinários sem queixas, 5x ao dia em média. Nega disúria ou algúria. Hábitos intestinais fisiológicos.

HP: Mãe relata infecção de garganta de repetição (2x/mês), associada à rouquidão. Aguarda consulta com otorrinolaringologista para avaliação. Vacinação em dia. Nega uso de medicamentos de uso contínuo.

HF: Mãe nega episódios semelhantes na família

HS: Mãe nega mofo, poeira ou animais domésticos em casa.

Exame físico

Peso: 17,5 kg Altura: 104,5 cm PA: 100/60 mm Hg (MSD) PA: 98/59 mmHg (MSE) Ectoscopia e COONG: Paciente em BEG, acianótico, anictérico, sem linfadenomegalias. Edema palpebral bilateral +/4+. Amígdalas hipertrofiadas, com discreta hiperemia e sem exsudato purulento. AR: Sons respiratórios normais sem ruídos adventícios.

ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas sem extrassístoles ou sopros.

AD: Ausência de dor à palpação. Ausência de visceromegalias.

HD: Reação alérgica? Outras?

Conduta: Prescrito anti-histamínico e solicitados hemograma, urina rotina, Gram de gota e função renal.

Após 5 dias, criança retorna com a mãe, que informa uso da medicação prescrita com melhora apenas do prurido, sem redução do edema nos olhos. Traz resultados de exames, cujas amostras foram colhidas em 13/03/2019:

Hemograma

Parâmetro	Resultado	Valor de referência
Hemácias	4,82 milhões/ μ L	4,21 a 4,85 milhões/ μ L
Hemoglobina	12,6 g/dL	11,2 a 14,4 g/dL
Hematócrito	37,1%	36 a 42%
VCM	77,0 fL	76 a 98fL
HCM	26,1 pg	25 a 31pg
CHCM	33,9 g/dL	30 a 35g/dL
RDW	12,2%	11 a 15%
Leucócitos	9,950 x 10 ³ / μ L	3,600 a 11,000 x 10 ³ / μ L
Neutrófilos	3,047 x 10 ³ / μ L	0,950 a 3,850 x 10 ³ / μ L
Linfócitos	5,217 x 10 ³ / μ L	1,710 a 6,710 x 10 ³ / μ L
Monócitos	0,444 x 10 ³ / μ L	0,076 a 2,200 x 10 ³ / μ L
Eosinófilos	1,100 x 10 ³ / μ L	0,040 a 0,440 x 10 ³ / μ L
Basófilos	0,140 x 10 ³ / μ L	0,000 a 0,100 x 10 ³ / μ L
Plaquetas	418 x 10 ³ / μ L	150 a 450 x 10 ³ / μ L

Creatinina: 0,29 mg/dL (VR: 0,26-0,77 mg/dL)

Urina rotina

Características gerais		Valor de referência
Densidade	1,025 mg/L	1,010- 1,030 mg/L
pH	6,5	5,0 – 8,0
Elementos anormais		
Proteínas	++++	Negativo
Corpos cetônicos	Negativo	Negativo
Glicose	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo
Leucócitos	Negativo	Negativo
Urobilinogênio	Normal	Normal – 0,1 -1,0 mg/dL
Sedimentoscopia		
Epitélios	Raros	Até 5 por campo
Leucócitos	6 por campo	Até 5 por campo
Hemácias	Ausentes	Até 3 por campo
Cilindros	Ausentes	Ausentes
Cristais	Ausentes	Ausentes
Bactérias	Discretamente aumentada	Aparentemente normal
Muco	Moderado	Ausente

Gram de gota de urina não centrifugada: não foram observadas bactérias coráveis.

Conduta: Requisição de exames - perfil lipídico, antiestreptolisina-O , albumina, C3, C4, EPF e urina rotina.

Retorno em 31/03/2019 (Posto de Saúde)

Paciente retorna com os resultados dos exames. A mãe relata não ter verificado as características da urina do filho, pois passa o dia trabalhando e a criança fica na creche. Relata manutenção do edema palpebral matutino diariamente. Informa que o paciente começou a tossir ontem, com secreção, sem outros sintomas relacionados. Associa com a mudança do tempo.

Exame físico

Peso: 16,5 kg Altura: 104,5 cm PA: 100/70 mmHg FR: 24 irpm

Ectoscopia e COONG: Paciente em BEG, acianótico, anictérico, sem linfadenomegalias. Edema palpebral bilateral +/4+. Amígdalas hipertrofiadas, sem hiperemia e sem exsudato purulento.

AR: Sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios.

ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas, sem extrassístoles ou sopros. AD: Abdome não doloroso à palpação. Ausência de visceromegalias.

Resultados de exames:

Albumina (soro): 2,0g/dL (VR: 3,5-6,2g/dL)

Colesterol total: 482 mg/dL; HDL-c: 41 mg/dL; Triglicérides: 303 mg/dL

Antiestreptolisina O (ALO): 262 UI/mL (VR: até 200 UI/mL)

Dosagem de complemento sérico

C3: 161 mg/dL (VR: 88 a 165 mg/dL) C4: 43 mg/dL (VR: 14 a 44 mg/dL)

EPF (método: HPJ): Cistos de *Giardia lamblia*

Urina rotina

Características gerais		Valor de referência
Densidade	1,025 mg/L	1,010- 1,030 mg/L
pH	6,5	5,0 – 8,0
Elementos anormais		
Proteínas	+++	Negativo
Corpos cetônicos	Negativo	Negativo
Glicose	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo
Leucócitos	Negativo	Negativo
Urobilinogênio	Normal	Normal – 0,1 -1,0 mg/dL
Sedimentoscopia		
Epitélios	Raros	Até 5 por campo
Leucócitos	4 por campo	Até 5 por campo
Hemácias	Ausentes	Até 3 por campo
Cilindros	Cilindros graxos-raros/campo	Ausentes
Cristais	Ausentes	Ausentes
Bactérias	Discretamente aumentada	Aparentemente normal
Muco	Moderado	Ausente

HD: Síndrome nefrótica

Conduta:

- 1) Prescrição de Metronidazol – 200 mg/5 mL – Tomar 3 mL de 12/12 horas, por 7 dias.
- 2) Encaminhamento ao serviço de nefrologia pediátrica

Consulta no Serviço de Nefrologia Pediátrica em 10/04/2019.

Resultados dos exames solicitados (amostras colhidas em 17/04/2019)

Glicohemoglobina: 5,2%

AST: 22 U/L (VR: 15 a 50 U/L) ALT: 32 U/L (VR: 10 a 25 U/L) GGT: < 10 U/L (VR: 15 a 73 U/L)

Creatinina: 0,26 mg/dL (VR: 0,26-0,77mg/dL)

Proteínas totais (soro): 5,08 g/dL (VR: 5,9 a 7,8 g/dL)

Albumina: 2,23 g/dL (VR: 3,5 a 6,2 g/dL) Globulinas: 2,85 g/dL Relação A/G: 0,78 (VR: > 1,0)

Relação proteína/ creatinina na urina (urina amostra única):

Proteinúria: 160,7 mg/dL Creatinúria: 69,6 mg/dL

Relação proteína/creatinina na urina: 2328 mg/g

(VR: relação até 200 mg/g; se > 2000mg/g: proteinúria nefrótica)

Proteinúria de 24 h (volume coletado: 690 mL): 2.364 mg/24h

(VR: 42-230 mg/24h, se ≥ 50 mg/kg/24h na criança: proteinúria nefrótica)

Evolução: Paciente fez uso de prednisona 2 mg/Kg em dose única pela manhã. Após 6 semanas, houve remissão completa do quadro com melhora da diurese e do edema e normalização da proteinúria.

CASO 13

Paciente de 36 anos de idade, sexo feminino, procura assistência médica com história de obesidade e hipertensão arterial. Relata que se sente cansada e ocasionalmente se levanta à noite para urinar. Mãe com diagnóstico de diabetes tipo 2.

Ao exame físico foi observada PA: 140/80 mmHg e IMC: 28. Não houve outras alterações significativas.

Glicemia de jejum: 124 mg/dL.

Hemoglobina A1c solicitada em duas ocasiões diferentes (imunoensaio em ambos): 5,3% e 5.1%.

A paciente foi informada dos resultados pelo médico que afirmou que ela não tinha diabetes, mas solicitou seu retorno depois de três meses, para controle.

A paciente retornou à consulta quatro meses depois e nessa ocasião a glicemia de jejum foi de 146 mg/dL. Foi solicitada, então, uma nova dosagem de HbA1c, usando como metodologia a cromatografia, que mostrou resultado de 16,7%.

Com base nos achados do cromatograma, o laboratório liberou, juntamente com o resultado da HbA1c, uma observação indicando a possibilidade da existência de uma variante da hemoglobina.

O médico, então, solicitou eletroforese de hemoglobina, que mostrou padrão compatível com associação S-β+talassemia.

CASO 14

MSM, 55 anos de idade, sexo feminino, casada, técnica de enfermagem, encaminhada ao Ambulatório de Hepatites Virais com sorologia positiva para hepatite C, detectada durante exames de rotina da medicina do trabalho. Relata diversos acidentes com instrumentos perfurocortantes ao longo da carreira e história de hemotransfusão sanguínea em 1987, durante cirurgia cesariana. Paciente queixa-se de dor abdominal em andar inferior e pirose após ingestão de alimentos gordurosos, que alivia com a ingestão de leite. Nega comorbidades. Sedentária; tabagista 10 anos-maço. Nega etilismo.

Ao **exame físico**, apresentou PA: 140/90 mmHg Peso: 89,3 Kg Alt: 1,58 m
Circunferência abdominal: 110 cm.

O médico assistente solicitou exames para confirmar o diagnóstico de hepatite C e outros exames para avaliação do perfil metabólico da paciente.

01/12/2018

Hemograma

Hem: 5,64 milhões/ μ L Hb: 17,3 g/dL Ht: 50,7 %
VCM: 89,9 fL HCM: 30,6 pg CHCM: 34,1 g/dL RDW: 13,4 %

Leucócitos: 11.510 / μ L
Neutrófilos: 5.560 / μ L; Linfócitos: 4.560 / μ L; Eosinófilos: 390 / μ L; Basófilos: 100 / μ L
Monócitos: 900 / μ L

Plaquetas: 185.000/ μ L

AST: 163 U/L ALT: 149 U/L FA: 113 U/L γ -GT: 23 U/L

Bilirrubina total sérica: 0,71 mg/dL; Bb direta: 0,36 mg/dL; Bb indireta: 0,35 mg/dL

Colesterol total: 184 mg/dL LDL-c: 114 mg/dL HDL-c: 40 mg/dL VLDL-c: 30 mg/dL

Triglicérides: 152 mg/dL

Ureia: 32 mg/dL Creatinina: 0,77 mg/dL

Glicemia de jejum: 243 mg/dL Hemoglobina glicada: 8,7%

Anti-HCV (quimioluminescência): negativo HCV (PCR): negativo

HBsAg: negativo anti-HBs: 569,00 mUI/mL Anti-HBc: negativo

FAN: não reagente

Anticorpo anti-músculo liso: negativo Anticorpo anti-mitocôndria: negativo

Conduta: - Prescrito Metformina 500 mg BID e Sinvastatina 20 mg.
- Solicitada biopsia hepática

Evolução

Paciente retorna em **24/05/2019** sem queixas.

Biopsia Hepática – HC 17/02/2019: Arquitetura hepática subvertida pela presença de espessamento dos tratos portais e alargamento dos septos conjuntivos ligando-os. Nos septos, presença de infiltrado inflamatório linfocitário que ultrapassa focalmente a placa limitrofe dos hepatócitos. Parênquima com atividade inflamatório intralobular, degeneração hidrópica baloniforme, esteatose micro e

macrovascular em 40% da amostra, corpúsculos hialinos de Mallory e pseudo-inclusões nucleares.
CONCLUSÃO: esteato-hepatite e fibrose moderada.

Exames realizados em 27/04/2019

Hemograma

Hem: 5,35 milhões/ μ L

Hb: 15,6 g/dL

Ht: 47,9 %

VCM: 89,7 fL

HCM: 29,3 pg

CHCM: 32,6 g/dL

RDW: 13,7%

Leucócitos: 11.020/ μ L

Neutrófilos: 5.560/ μ L Linfócitos: 3.830/ μ L Eosinófilos: 390/ μ L Basófilos: 120/ μ L Monócitos: 1.120/ μ L

Plaquetas: 195.000/ μ L

AST: 96 U/L ALT: 111 U/L FA: 86 U/L γ -GT: 55 U/L

Bilirrubina total: 0,67 mg/dL Bb direta: 0,36 mg/dL Bb indireta: 0,31 mg/dL

Colesterol total: 178 mg/dL LDL-c: 118 mg/dL HDL-c: 38 mg/dL VLDL-c: 22 mg/dL

Triglicérides: 108 mg/dL

Glicemia jejum: 132 mg/dL

CASO 15

HMA: Trata-se de LMS, 18 anos, solteira, estudante, natural de Piranga/MG e procedente de BH, internada na Santa Casa de BH em dezembro de 2020.

A paciente relatava edema de mãos e punhos e dor nos punhos, simétrica, apresentando remissões e exacerbações, acompanhados de febre não termometrada. Os primeiros sintomas haviam surgido há cerca de 9 meses da data da internação e foram seguidos de edema de mmii, além de dor e tumefação de joelhos e tornozelos. Relatava ainda, no mesmo período, urina escura e "espumosa", queda de cabelos e anemia documentada laboratorialmente (SIC), tratada com Noripurun (sulfato ferroso) e Citoneurin (B₁₂).

HF: Mãe diabética tipo 2. Tia materna com artrite reumatoide grave.

Exame físico

Paciente em bom estado geral, hidratada, hipocorada (++)/4+, acianótica, ictérica (++)/4+, boa perfusão capilar, febril (38,2°C).

AR: Eupnéica. MVF, sem ruídos adventícios

ACV: FC 120 bpm, PA 120 x 70 mmHg; pulsos periféricos de amplitude normal; BNRNF em 2 tempos.

AD: Abdome plano, peristáltico, normotenso.

AL: Edema de mmii, depressível, (2+)/4+. Tumefação de articulação de ambos os joelhos e tornozelo D, com calor e hiperemia.

HD: lúpus eritematoso sistêmico?

Exames complementares

Hemograma

Hm: 3.300.000/mm³ Hb: 9,0 g/dL VCM: 84,8 fL HCM: 27,2 pg CHCM: 32,1 g/dL

Leucócitos: 7.300/mm³

bastonetes: 3% Ht: 28% segmentados: 62% eosinófilos: 1% basófilos: 0% monócitos: 1%

linfócitos: 33%

Plaquetas: 136.000/mm³

Presença de policromatofilia e hemácias em alvo.

Contagem de reticulócitos: 7%

Uréia: 44 mg/dL (até 36 mg/dL) Creatinina: 1,2 mg/dL (até 1,2 mg/dL)

Estimativa da TFG (MDRD): 59 mL/min/1.73 m²

Colesterol total: 392 mg/dL Triglicérides: 330 mg/dL

Proteínas totais: 5,2 g/dL Albumina: 2,0 g/dL Globulinas: 3,2 g/dL

Proteína C Reativa (turbidimetria): 2,3 mg/L (VR: < 10 mg/L) VHS = 115 mm (1 hora) (VR: até 20 mm)

VDRL: não reativo

FAN Hep-2 (IFI): positivo até título 1:640, padrão nuclear homogêneo (valor de corte 1/160)

Dosagem de complemento sérico (turbidimetria)

C3: 53 mg/dL (VR 90-180 mg/dL) C4: 10 mg/dL (VR 19- 52 mg/dL)

Exame de urina rotina

Características Gerais:

Cor: amarelo citrino Aspecto: turvo pH: 5,0 Densidade: 1.025

Elementos anormais:

Proteína +++

Hemoglobina + + +

Cetona: negativo

Glicose: negativo

Pigmentos biliares: negativo

Nitrito: negativo

Sedimentoscopia:

Leucócitos: raros

Hemácias: 45 p/c

Cristais: urato amorfo

Cilindros: hialinos, epiteliais, granuloso, graxos, hemáticos e céreos

Flora bacteriana: escassa

Presença de corpos graxos ovalados

Exames realizados após análise dos primeiros resultados:

Material: sangue

Bilirrubina total: 4,0 g/dL Bb direta: 0,8 g/dL Bb indireta: 3,2 g/dL

Anti DNA (IFI): positivo até título 1/160 (Valor de corte 1/10)

Teste de Coombs direto: positivo

Material: urina

Proteinúria de 24 horas: 3,8 g/24h

CASO 16

C.O.C, sexo masculino, 72 anos, é acompanhado no ambulatório de infectologia da UFMG. É portador do vírus HIV desde 2001, com carga viral atual indetectável. Portador de *diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Nega etilismo e tabagismo. Em uso de terapia antirretroviral, além de Losartana 50 mg BID, Glifage XR 500 mg BID e Atorvastatina 20 mg MID. Assintomático no momento.

Exame Físico:

P: 70,5 kg PA: 130x86 mm Hg Sat 98% FC 58 bpm

BEG, acianótico, anictérico, hidratado, normocorado, orientado. Sem linfonodomegalias palpáveis.

Oroscopia sem alterações.

ACV: RCR2T, BNRNF. TEC < 2s

AR: Sons respiratórios normais, sem RA. Eupneico em ar ambiente.

Abdome: normotenso, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias

MMII: Sem edemas. Panturrilhas livres.

Solicitados os seguintes exames laboratoriais na consulta realizada em Maio/21:

CREATININA

Material: SANGUE

Método : CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 1,54 mg/dL

Valores de Referência:

0,66 a 1,25 mg/dl

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR - CALCULADO PELA FÓRMULA CKD-EPI

Resultado Afrodescendente : 54,56 mL/min/1,73 m²

Resultado Não Afrodescendente : 45,01 mL/min/1,73 m²

Valor de Referência: Adulto maior de 18 anos: Superior a 90 mL/min/1,73 m²

Nota: Não usar a estimativa de ritmo de filtração glomerular pelo CKD-EPI para ajustar dose de medicamento. Interpretar com cautela os valores obtidos em indivíduos com concentrações flutuantes de creatinina sérica, pacientes hospitalizados, especialmente com insuficiência renal aguda, gestantes, pessoas com extremos de massa muscular como paraplégicos, obesos fisiculturistas, desnutridos e outros.

Referência bibliográfica: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:60-612,2009.

MICROALBUMINÚRIA

Material: URINA (AMOSTRA ÚNICA)

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

RESULTADO:

Albumina na urina: 25,00 mg/dL

Creatinina na urina: 100,80 mg/dL

Relação Albumina/Creatinina: 248,02 mg/g Creatinina

V.R.: menor que 30 mg/g Creatinina

URINA ROTINA

Método: TIRA REAGENTE + MICROSCOPIA

CARACTERES FÍSICOS

Densidade:	1.017	V.R.: 1.003 a 1.035
Cor:	Amarelo	V.R.: amarelo

EXAME BIOQUÍMICO

pH:	5,0	V.R.: 5,0 a 6,0
Leucócitos:	Negativo	V.R.: negativo
Nitrito:	Negativo	V.R.: negativo
Proteína:	Traços	V.R.: negativo
Glicose:	Negativo	V.R.: negativo
Corpos cetônicos:	Negativo	V.R.: negativo
Urobilinogênio:	Normal	V.R.: normal
Bilirrubina:	Negativo	V.R.: negativo
Hemoglobina:	Negativo	V.R.: negativo

SEDIMENTOSCOPIA

Hemácias:	1 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Leucócitos:	< 1 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Epitélio escamoso:	0 /campo	V.R.: até 10/campo (400x)
Epitélio de transição:	0 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Epitélio renal:	0 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Muco:	Escasso	V.R.: escasso
Bactérias:	Escassa	V.R.: escassas

Retornou após 6 meses, quando foram realizados os exames abaixo:

GLICOSE

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 122 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA POR TEMPO DE VIDA:

0 hora.....	59 a 181 mg/dL
1 hora.....	26 a 105 mg/dL
2 horas.....	42 a 184 mg/dL
3 a 24 horas.....	43 a 105 mg/dL
Maior que 24h.....	55 a 99 mg/dL
Adulto.....	55 a 99 mg/dL

CREATININA

Material: SANGUE

Método : CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 1,66 mg/dL

Valores de Referência:
0,66 a 1,25 mg/dl

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR - CALCULADO PELA FÓRMULA CKD-EPI

Resultado Afrodescendente	: 49,89 mL/min/1,73 m ²
Resultado Não Afrodescendente	: 41,16 mL/min/1,73 m ²

Valor de Referência: Adulto maior de 18 anos: Superior a 90 mL/min/1,73 m²

MICROALBUMINURIA

Material: URINA (AMOSTRA ÚNICA)

Método: TURBIDIMETRIA

RESULTADO: 264,9 mcg/mg creatinina

VALOR DE REFERÊNCIA: INFERIOR A 30,0 mcg/mg creatinina

ALBUMINA

MÉTODO: TURBIDIMETRIA

RESULTADO: 249,0 mg/L

CREATININA

MÉTODO: ENZIMÁTICO

RESULTADO: 94 mg/L

VALORES DE REFERÊNCIA:

HOMEM COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS : DE 24 A 392 mg/dL

HOMEM COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 40 ANOS: DE 22 A 328 mg/dL

MULHER COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS : DE 16 A 327 mg/dL

MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 40 ANOS: DE 15 A 278 mg/dL

URINA ROTINA

Método: TIRA REAGENTE + MICROSCOPIA

CARACTERES FÍSICOS

Densidade:	1.013	V.R.: 1.003 a 1.035
Cor:	Amarelo	V.R.: amarelo

EXAME BIOQUÍMICO

pH:	5,0	V.R.: 5,0 a 6,0
Leucócitos:	Negativo	V.R.: negativo
Nitrito:	Negativo	V.R.: negativo
Proteína:	Traços	V.R.: negativo
Glicose:	Negativo	V.R.: negativo
Corpos cetônicos:	Negativo	V.R.: negativo
Urobilinogênio:	Normal	V.R.: normal
Bilirrubina:	Negativo	V.R.: negativo
Hemoglobina:	Negativo	V.R.: negativo

SEDIMENTOSCOPIA

Hemácias:	< 1 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Leucócitos:	1 /campo	V.R.: até 05/campo (400x)
Epitélio escamoso:	0 /campo	V.R.: até 10/campo (400x)
Epitélio de transição:	0 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Epitélio renal:	0 /campo	V.R.: 00/campo (400x)
Muco:	Moderado	V.R.: escasso
Bactérias:	Escassa	V.R.: escassas

COLESTEROL TOTAL

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

TEMPO DE JEJUM: 12h

RESULTADO: 186 mg/dL

Valores de referência com ou sem jejum de 12 horas: < 190 mg/dL

Observação: valores recomendados pelo Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico

TRIGLICÉRIDES

Material: SANGUE
Método: COLORIMÉTRICO

TEMPO DE JEJUM: 12h

RESULTADO: 290 mg/dL

Valores de referência:

Com jejum de 12 horas: < 150 mg/dL

Sem jejum de 12 horas: < 175 mg/dL

Observação: valores recomendados pelo Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico

COLESTEROL NÃO-HDL

Material: SANGUE
Método: CÁLCULO

TEMPO DE JEJUM: 12h

RESULTADO: 144.8 mg/dL

Valores de referência com ou sem jejum de 12 horas: < 160 mg/dL

COLESTEROL LDL

Material: SANGUE
Método: PONTO FINAL

TEMPO DE JEJUM: 12h

RESULTADO: 86.8 mg/dL

Valores de referência com ou sem jejum de 12 horas: < 130 mg/dL

COLESTEROL HDL

Material: SANGUE
Método: COLORIMÉTRICO

TEMPO DE JEJUM: 12h ou mais

RESULTADO: 41 mg/dL

Valores de referência com ou sem jejum de 12 horas: > 40 mg/dL

COLESTEROL VLDL

Material: SANGUE
Método: CÁLCULO

RESULTADO: 58 mg/dL

CASO 17

M.N.M, sexo masculino, 26 anos, admitido no pronto socorro do HC por emergência hipertensiva (retinopatia hipertensiva). Refere ter detectado HAS no Centro de Saúde, há 9 meses, quando foi tomar a vacina contra Covid-19. Desde então, iniciou uso irregular de anti-hipertensivo (atenolol) e não retornou para controle. Nega outras comorbidades conhecidas, alergias ou uso de outros medicamentos. Relata que, há 1 mês, vem percebendo alteração visual de forma insidiosa, que se agravou nos últimos dias. Relata cefaleia occipital, em aperto e pulsátil, crônica, sem náusea ou vômitos associados. Nega febre. Nega mudança no padrão da cefaleia.

Solicitados os seguintes exames laboratoriais na admissão:

URÉIA

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 125 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

0 a 12 meses: 4 a 34 mg/dL

1 ano a 19 anos e 11 meses: 11 a 45 mg/dL

Homem maior de 19 anos: 19 a 43 mg/dL

Mulher maior de 19 anos: 15 a 36 mg/dL

CREATININA

Material: SANGUE

Método : CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 6.27 mg/dL

Valores de Referência:

0,66 a 1,25 mg/dl

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR - CALCULADO PELA FÓRMULA CKD-EPI

Resultado Afrodescendente : 13,16 mL/min/1,73 m²

Resultado Não Afrodescendente : 10,86 mL/min/1,73 m²

Valor de Referência: Adulto maior de 18 anos: Superior a 90 mL/min/1,73 m²

Nota: Não usar a estimativa de ritmo de filtração glomerular pelo CKD-EPI para ajustar dose de medicamento. Interpretar com cautela os valores obtidos em indivíduos com concentrações flutuantes de creatinina sérica, pacientes hospitalizados, especialmente com insuficiência renal aguda, gestantes, pessoas com extremos de massa muscular como paraplégicos, obesos fisiculturistas, desnutridos e outros.

Referência bibliográfica: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:60-612,2009.

PROTEINÚRIA

Material: URINA 24H

Método: COLORIMÉTRICO

Volume coletado: 2000 mL

Tempo de coleta: 24 horas

RESULTADO: 6880 mg/24h

V.R.: 42 a 225 mg/24h

Após 10 dias de internação, paciente mantinha níveis altos de escórias.

URÉIA

Material: SANGUE
Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 193 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

0 a 12 meses: 4 a 34 mg/dL
1 ano a 19 anos e 11 meses: 11 a 45 mg/dL
Homem maior de 19 anos: 19 a 43 mg/dL
Mulher maior de 19 anos: 15 a 36 mg/dL

CREATININA

Material: SANGUE
Método : CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 6.32 mg/dL

Valores de Referência:
0,66 a 1,25 mg/dl

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR - CALCULADO PELA FÓRMULA CKD-EPI

Resultado Afrodescendente : 13,04 mL/min/1,73 m²
Resultado Não Afrodescendente : 10,76 mL/min/1,73 m²

Valor de Referência: Adulto maior de 18 anos: Superior a 90 mL/min/1,73 m²

Nota: Não usar a estimativa de ritmo de filtração glomerular pelo CKD-EPI para ajustar dose de medicamento. Interpretar com cautela os valores obtidos em indivíduos com concentrações flutuantes de creatinina sérica, pacientes hospitalizados, especialmente com insuficiência renal aguda, gestantes, pessoas com extremos de massa muscular como paraplégicos, obesos fisiculturistas, desnutridos e outros.

Referência bibliográfica: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:60-612,2009.

Após análise dos resultados, optou-se pela implantação de cateter duplo-lúmen em veia jugular interna direita para realização de hemodiálise.

CASO 18

Paciente: M.C., masculino, 32 anos de idade, casado, procedente de Felixlândia, MG.

HMA: Paciente com relato de desânimo, anorexia, náuseas e febre (não termometrada) há aproximadamente 10 dias e dor discreta e ocasional no hipocôndrio direito no mesmo período. Há cerca de 5 dias, notou que a urina estava mais escura e as fezes mais claras e, há 3 dias, que estava “ficando amarelo”. Nega algúria ou disúria. Não faz uso de medicamentos. Bebe 2 ou 3 garrafas de cerveja nos finais de semana. Não tabagista. Sem história anterior de cirurgia, internação ou transfusão de sangue.

Exame físico

Estado geral regular, afebril, hipocorado (+/4+), hidratado, acianótico e icterico (4+/4+). Linfonodos de cadeia cervical, axilar e inguinal não palpáveis.

ACV: P.A.: 120 x 80 mmHg; F.C.: 80 bpm. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.

AR: Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

AD: Abdome discretamente doloroso à palpação profunda. Sem evidências de ascite. Fígado palpável a 4 cm do RCD e a 3 cm do AX, doloroso, borda fina, superfície lisa.

Exames complementares:

Bilirrubina total: 8,5 mg/dL Bb direta: 5,5 mg/dL

AST(TGO): 1900 UI/L ALT(TGP): 2700 UI/L FA: 72 UI/L γ-GT: 5 UI/L

Pesquisa de anticorpos

Anti-HAV IgM (MEIA): positivo

Anti-HAV total (MEIA): positivo

Anti-HBc IgM (quimiluminescência): negativo

Anti-HBc total (quimiluminescência): negativo

Anti-HBs (quimiluminescência): negativo

Anti-HCV (MEIA): negativo

Obs: MEIA – “*microparticule enzyme immunoassay*” (imunoensaio enzimático em micropartículas)

CASO 19

V.F.R., masculino, 33 anos de idade, casado, frentista, procedente de Belo Horizonte, atendido em **19/04/21**.

QP e HMA: Paciente informa que, há cerca de 2 semanas, vem tendo febre (não termometrada) e está desanimado, com hiporexia, náuseas e vômitos, além de apresentar dor abdominal difusa e de leve intensidade. Há 1 semana, percebeu que estava com olhos muito amarelados e a urina escura. Não faz uso de medicamentos. Ingere bebida alcoólica nos finais de semana. Nega transfusões sanguíneas e uso de drogas injetáveis.

HP: Sem relato de doença grave, internação ou cirurgia anteriormente. Pais saudáveis. Irmão de 22 anos de idade saudável.

Exame Físico

Paciente hidratado, hipocorado +/-, acianótico, icterico 4+ /4+. Ausência de linfadenomegalias. Afebril.

AR: Eupnéico. Murmúrio vesicular fisiológico.

ACV: F.C.: 80 bpm. P.A. 110/75 mmHg. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.

Abdome: Fígado palpável a 3 cm do RCD e a 5cm do AX, doloroso à palpação superficial. Baço palpável, sob o rebordo costal esquerdo.

Exames laboratoriais

20/04/2021

Bilirrubina total: 10,5 mg/dL Bb direta: 6,8 mg/dL

AST(TGO): 900 UI/L ALT(TGP): 1799 UI/L FA: 195 UI/L γ-GT: 120 UI/L

Sorologia para hepatites virais

HbsAg (quimioluminescência): positivo

Anti-HBc (quimioluminescência): positivo

Anti-HBc IgM (quimioluminescência): positivo

Anti-HBs (quimioluminescência): negativo

Anti-HAV (MEIA): negativo

09/06/2021

HbeAg (quimioluminescência): positivo

Anti-Hbe (quimioluminescência): negativo

19/09/2021

HBsAg (quimioluminescência): negativo

HBeAg (quimioluminescência): negativo

Anti-HBc (quimioluminescência): positivo

Anti-HBc IgM (quimioluminescência): negativo

Anti-HBe (quimioluminescência): positivo

Anti-HBs (quimioluminescência): positivo > 1000 mUI/mL (> 10 mUI/mL traduz proteção)

CASO 20

Paciente: A.R.S., sexo feminino, 56 anos de idade, viúva, natural de Nova Lima e procedente de Belo Horizonte, atendida em **05/02/2019**.

HMA: Há 1 ano, a paciente apresentou episódio de icterícia, que desapareceu espontaneamente. Atualmente, está assintomática, mas apresenta níveis séricos de transaminases persistentemente elevados. É diabética e hipertensa; faz uso regular de medicamentos para controle das doenças.

Exame Físico

Paciente lúcida e ativa. Corada, hidratada, anictérica, acianótica e sem edemas periféricos. Afebril.

PA: 190 x 110 mmHg FC: 100 bpm

AR: Sons respiratórios sem alterações.

ACV: Bulhas normorrítmicas e normofonéticas

Abdomen não doloroso à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias.

Exames complementares - 09/03/2019

AST(TGO): 102 U/L ALT(TGP): 142 U/L γ-GT: 76 U/L FA: 162 UI/L

Bilirrubina total: 1,8 mg/dL Bb direta: 1,2 mg/dL Bb indireta: 0,6 mg/dL

Sorologia para hepatites virais

HbsAg (ELISA): positivo

Anti-HBs (ELISA): negativo

HbeAg (ELISA): positivo

Anti-Hbe (ELISA): negativo

Exames anteriores trazidos pela paciente

08/05/2018: HbsAg (ELFA): positivo

HbeAg (ELFA): positivo

Anti-Hbe (ELFA): negativo

17/10/2018: HbeAg (ELFA): positivo

Anti-Hbe (ELFA): negativo

* ELFA: imunoensaio enzimático com revelação fluorescente

CASO 21

Paciente: I.S.T., sexo masculino, 45 anos de idade, casado, aposentado, natural de Barra do Cuité-MG e procedente de B.H. Data do atendimento: 11/06/19.

HMA: Paciente admitido no Hospital das Clínicas com quadro de hemorragia digestiva alta (hematêmese e melena) e ascite volumosa. Há relato de ter recebido uma transfusão sanguínea após grave acidente, há mais ou menos 20 anos. Nega etilismo e tabagismo.

Exame físico

Paciente lúcido e cooperativo. Mucosas hipocoradas (2+/4+), acianótico e icterico. Taquidispnéia leve a moderada. Afebril.

ACV: P.A: 140 x 80 mmHg. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas.

AR: Murmúrio vesicular e frêmito tóraco-vocal diminuídos nas bases pulmonares.

AD: Abdome distendido, com cicatriz umbilical plana. Sinal de piparote positivo. Ascite volumosa.

Exames complementares

Esofagogastroduodenoscopia – varizes de grande e médio calibres, localizadas no esôfago e fundo gástrico, com sinais de sangramento recente. Cicatriz antiga de úlcera duodenal.

Sorologia para hepatites virais

Anti-HAV (quimioluminescência): negativo

HbsAg (ELISA): negativo

HbeAg (ELISA): negativo

Anti-HBs (ELISA): negativo

Anti-HBc (ELISA): negativo

Anti-HCV (quimioluminescência): positivo: 95,0 (valor de corte: 1,0)

CASO 22

Criança de 60 dias de vida, examinada no PA com quadro de febre alta (39,5°C) e crise convulsiva. Ao nascimento, pesava 2.840g. O parto foi normal, sem complicações, e testes laboratoriais não foram solicitados na ocasião. A mãe de 22 anos de idade informa não ter feito pré-natal e não sabe dizer quem é o pai da criança. Durante a gravidez, teve um episódio de “alergia” de pele que desapareceu sem tratamento (sic). Ao exame, a criança apresentava estado geral ruim, palidez cutaneomucosa, fontanela tensa, hepatoesplenomegalia, extremidades frias, pulsos filiformes, baixa perfusão periférica, mioclonias e retenção urinária. A criança foi intubada e ventilada, recebeu suporte cardiorrespiratório, antibioticoterapia e anticonvulsivantes.

Exames laboratoriais

Hemograma

Hemoglobina: 9 g/dL

Leucócitos: 26.000/mm³

Plaquetas: 429.000/mm³

Neutrófilos: 69% Bastonetes: 8% Linfócitos: 20% Monócitos: 3%

Exame do líquido

- Citometria:

Hemácias: 10/ mm³ Leucócitos: 18/ mm³ (VR: 0 a 5 cel/mm³)

- Citologia (contagem diferencial de leucócitos):

Linfócitos: 66% Monócitos: 34%

- Proteínas: 78 mg/dL (VR: 15 a 45 mg/dL)

- Pesquisa de fungos e bactérias: negativa.

- V.D.R.L.: não reativo

VDRL (soro): reativo, título: 128

ELISA para anticorpos anti-*T.pallidum* (soro): positivo

Testes para demais TORCHS: não reativos

Hemocultura: negativa

Tomografia computadorizada de crânio: extensas áreas hipodensas localizadas bifrontalmente.

CASO 23

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, foi atendida em um hospital geral com queixas de depressão e insônia. Apesar do tratamento com antidepressivos, os sintomas persistiram. Cinco meses mais tarde, a paciente apresentou um episódio de confusão mental e agitação, quando foi internada em um hospital psiquiátrico, necessitando de duas semanas de tratamento com neurolépticos. Posteriormente, sofreu depressão grave e ansiedade, acompanhadas de agitação, quando foi atendida no serviço de psiquiatria de um hospital geral. Apesar do tratamento com neurolépticos, não houve melhora do quadro e a paciente foi admitida no referido hospital.

À admissão, estava alerta e a memória preservada. Durante a internação, evoluiu com manifestações de ansiedade, depressão, irritabilidade e agitação, além de alterações da personalidade, como infantilidade e anorexia. Pupilas isocóricas, que reagem prontamente à luz (exame negativo para pupilas de Argill-Robertson). Nenhuma outra anormalidade, além de disartria, foi observada ao exame neurológico ou exame físico.

Exames laboratoriais

V.D.R.L. (soro): reativo, título: 64

FTA-Abs (soro): reativo

Exame do líquido

- Citometria:

Leucócitos: 8/mm³ (VR: 0 a 5 cel/mm³)

- Citologia (contagem diferencial de leucócitos):

Linfócitos: 98% Monócitos: 2%

- Proteínas: 62 mg/dL (VR: 15 a 45 mg/dL)

- V.D.R.L.: reativo; título: 8

Seguimento:

A época de aquisição da infecção não pôde ser determinada, porque a paciente relatou vários parceiros sexuais a partir dos 18 anos de idade e nenhum exame anterior para sífilis havia sido feito.

Foi medicada com penicilina G - 24 milhões de unidades/dia, por 14 dias.

Durante o curso do tratamento, seus sintomas psiquiátricos e distúrbios do comportamento evoluíram com melhora e a dose dos neurolépticos foi diminuída. Recebeu alta hospitalar depois de três semanas. Três meses após a alta hospitalar, a paciente estava completamente recuperada dos sintomas psiquiátricos e tinha um novo emprego.

Exames laboratoriais após o término do tratamento

Exame do líquido

- Citometria:

Leucócitos: 2/mm³ (VR: 0 a 5 cel/mm³)

- Proteínas: 45 mg/dL (VR: 15 a 45 mg/dL)

V.D.R.L. (soro): reativo, título: 16

CASO 24

LLPS, 20 anos, solteira, residente em Belo Horizonte. Baixa escolaridade e sem trabalho no momento. Mora com a mãe e 2 irmãos. Relata contato sexual frequente com 2 parceiros, sem uso de preservativos. Primigesta, gestação não planejada, porém bem aceita. Realizou 3 consultas de pré-natal no Centro de Saúde, sendo diagnosticada com bacteriúria assintomática e sífilis (VDRL reativo 128) em exames realizados no primeiro trimestre de gestação. Fez uso de cefalexina (500mg por 5 dias) para abordagem da bacteriúria assintomática, apresentando controle de cura. Feito tratamento para sífilis com três doses de penicilina benzatina (2.400.000 UI), evoluindo com queda dos títulos do VDRL (VDRL: 128 → 64 → 1:32). Realizado tratamento de um dos parceiros apenas, pois o outro não foi localizado.

Paciente nega uso de medicações, etilismo, tabagismo ou uso de outras drogas durante a gestação. Após os últimos exames realizados, não retornou mais ao pré-natal. Realizado parto vaginal espontâneo com 39 semanas gestacionais. Ao nascimento, a criança encontrava-se hipotônica e não reativa; realizada manobra de ressuscitação e um ciclo de VPP (ventilação com pressão positiva) com FiO₂ 21%, com normalização do padrão respiratório e do tônus muscular. Realizado contato pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida. Devido ao histórico de sífilis gestacional, foram pedidos os testes de VDRL da mãe e do filho, que mostraram os seguintes resultados:

VDRL da mãe (sangue): reativo, 256 VDRL do recém-nascido (sangue): reativo, 1024

Inquirida sobre contatos sexuais nos últimos 4 meses, informa que teve relações com o parceiro não submetido a tratamento.

Exames de Pré Natal

- 15/04/2019
 - Grupo sanguíneo: O +
 - Hemoglobina: 13g/dL; Hematócrito 39,3%; Plaquetas 267.000/mm³
 - VDRL: reativo, 128
 - HIV: não reagente
 - HBsAg: não reagente
 - Toxoplasmose: IgG positivo; IgM negativo
 - Urocultura: *Staphylococcus saprophyticus* >100.000 UFC/mL

- 20/06/2019
 - VDRL: reativo 64

- 12/07/2019
 - Urina rotina: sem alterações
 - Urocultura: negativa

- 22/07/2019
 - VDRL: reativo, 32

CASO 25

LRL, 36 anos, foi internado no Hospital Risoleta Neves no dia 28/07, devido a elevado risco de sangramento, após ser constatado plaquetopenia importante em avaliação laboratorial. Relata que, há cerca de 30 dias, apresentou petéquias pruriginosas em membros superiores, inferiores e dorso do pênis, ainda sem melhora. Procurou atendimento médico, sendo constatado plaquetopenia (plaquetas: $43.000/\text{mm}^3$) no dia 19/07, confirmada posteriormente em novo exame no dia 27/07 (plaquetas: $38.000/\text{mm}^3$). Sem outras queixas.

Nega prostração, febre, vômitos, dores abdominais ou sangramentos. Mantém hábitos fisiológicos inalterados. Nega manter relações sexuais com múltiplos parceiros ou uso de drogas endovenosas. Relata que, há cerca de dois anos, apresentou doença exantemática, sendo diagnosticado, à época, com dengue, sem ter realizado nenhuma confirmação laboratorial. Há oito meses, apresentou sífilis primária, que foi tratada (sic). Exame de VDRL do dia 19/07: não reativo.

À admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, PA: 120/80mmHg, FC: 84 bpm. Presença de petéquias difusamente distribuídas em região distal do esqueleto apendicular. Nenhuma outra alteração ao exame físico.

Paciente traz resultados de **exames realizados anteriormente**:

19/07:

Hemograma: Ht: 40,5% Plaquetas: $43.000/\text{mm}^3$ Leucócitos: $5.620/\text{mm}^3$

27/07:

Hemograma: Ht: 40,3% Plaquetas: $38.000/\text{mm}^3$

HBsAg (ELFA): não reagente

Anti-HCV (quimioluminescência): não reagente

Dengue: IgG positivo, IgM negativo

VDRL: não reativo

Exames realizados à admissão do paciente (28/07):

Hemograma: Leucócitos: $4.710/\text{mm}^3$ Plaquetas: $14.000/\text{mm}^3$

Ureia: 21 mg/dL Creatinina: 1,0 mg/dL

ALT: 52 U/L AST: 39 U/L FA: 46 U/L GGT: 23 U/L

Para investigação da etiologia da plaquetopenia, foram realizados, no dia 29/07, dois testes rápidos para HIV, cujos resultados foram positivos. No dia 31/07, foi realizado um teste ELFA anti-HIV 1 e 2, que mostrou resultado reagente.

Foi, então, solicitada a carga viral do HIV e, oportunamente, foi realizada a contagem de linfócitos T CD4+ do paciente cujos resultados foram:

- Carga viral: 201.209 cópias/mL (5,3 log)
- CD4: 6%; 92 cel/ mm^3 (em anexo)

CD4 - SUBPOPULAÇÃO LINFOCITARIA

Material: SANGUE

Método: CITOMETRIA DE FLUXO

As determinações realizadas em citometro de fluxo com anticorpos monoclonais marcados mostraram os seguintes resultados:

Linfócitos T CD4: 6.0 % 92.0 /mm³
(Marcador CD-4 auxiliador)

V.R.: Faixa etária	%	mm ³
0 a 6 meses:	50 a 57	2800 a 3900
6 a 12 meses:	49 a 55	2600 a 3500
12 a 18 meses:	46 a 51	2300 a 2900
18 a 24 meses:	42 a 48	1900 a 2500
24 a 30 meses:	38 a 46	1500 a 2200
30 a 36 meses:	33 a 44	1200 a 2000
Maior de 3 anos:	27 a 57	560 a 2700

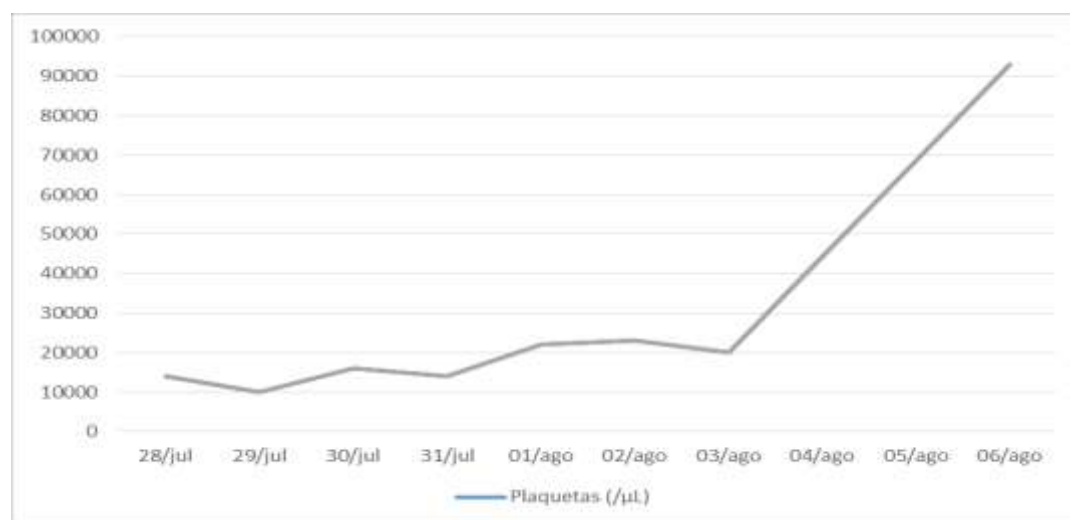
Exame realizado no Instituto Hermes Pardini.

Diante do diagnóstico de AIDS, iniciou-se corticoterapia para púrpura trombocitopênica. Durante a internação, o paciente apresentou melhora progressiva das petéquias e manteve-se estável, sem sangramentos. Respondeu bem à corticoterapia, com aumento progressivo da contagem de plaquetas. No dia 05/08, iniciou terapia antirretroviral. Recebeu alta no dia 09/08 e foi encaminhado para controle ambulatorial.

Resultados de **exames** realizados durante a internação:

Hemogramas

DATA	GL (/µL)	Seg	Linf (/µL)	Hb	Ht (%)	Plaqueta
	(/µL)	(g/dL)	s (/µL)			
28/07	4710	1940	1930	13,0	38,5	14.000
29/07	4730	2240	1540	13,1	36,3	10.000
30/07	5010	2820	1400	12,9	38,8	16.000
31/07	4030	2000	1300	12,4	36,5	14.000
01/08	5550	2440	2160	12,6	37,0	22.000
02/08	4500	2060	1550	12,2	36,0	23.000
03/08	4630	1920	1870	12,3	36,8	20.000
06/08	6510	3690	2100	12,2	36,9	93.000



CASO 26

S.S.C, masculino, 48 anos, em relacionamento aberto com parceiro há 15 anos. Realiza testagem rotineira de ISTs e faz uso de profilaxia pré-exposição (PrEP). Últimos testes sorológicos realizados em abril de 2021, com resultados não reativos. Em agosto de 2021, apresentou episódio de febre, diarreia, cefaleia e fadiga. Associou à infecção por Covid-19, apesar de exame negativo (sic). Não procurou atendimento médico na época, mas percebeu que os sintomas retornavam com frequência. Na consulta atual (maio/22), mantém fadiga, diarreia esporádica, náuseas e vômitos. Apresenta lesões sugestivas de herpes zoster no tórax.

AE: Diurese preservada, sono prejudicado, alimentação prejudicada por inapetência.

HP: passado de sífilis em 2017. Traz os exames para consulta (VDRL titulação 1:64 em 19/02/17 e 1 mês depois 1:4 e teste treponêmico IgG reagente). Nega tabagismo. Etilismo social. Relata ter usado cocaína na juventude. Nega uso de substâncias entorpecentes atualmente. Portador de HAS em uso de medicação.

Exame físico:

- Peso: 95 kg
- Linfonodos não palpáveis, mas paciente diz estar apresentando esporadicamente.
- AR: MVF sem RA. Eupneico. Sat 98%
- ACV: BNRNF sem sopros. FC 73 bpm. PA 160x80 mmHg (não tomou anti-HAS)
- ABD: globoso, indolor, sem massas ou VCM.

- **Exames realizado no dia 29/04/22:**

Creatinina: 1,01 mg/dL AST: 29 U/L/ ALT: 25 U/L/ GGT: 35 U/L/ FA: 64 U/L/

Glicemia: 104 mg/dL

HEMOGRAMA		
Material: SANGUE		
Método: AUTOMATIZADO		
		V.R. P/ IDADE E SEXO INFORMADOS
Leucócitos:	5,49 x 10 ³ /µL	V.R.: 4,0 a 11,0 x 10 ³ /µL
Neutrófilos:	2,71 x 10 ³ /µL 49,3 %	V.R.: 2,0 a 7,0 x 10 ³ /µL
Eosinófilos:	0,09 x 10 ³ /µL 1,6 %	V.R.: 0,1 a 0,5 x 10 ³ /µL
Basófilos:	0,02 x 10 ³ /µL 0,4 %	V.R.: 0,0 a 0,2 x 10 ³ /µL
Monócitos:	0,58 x 10 ³ /µL 10,5 %	V.R.: 0,2 a 1,0 x 10 ³ /µL
Linfócitos:	2,10 x 10 ³ /µL 38,2 %	V.R.: 1,0 a 3,5 x 10 ³ /µL
Hemácias:	5,71 milhões/µL	V.R.: 4,5 a 5,5 milhões/µL
Hemoglobina:	15,9 g/dL	V.R.: 13,0 a 17,5 g/dL
Hematócrito:	46,6 %	V.R.: 40 a 50%
VCM:	81,6 fL	V.R.: 80 a 100 fL
HCM:	27,9 pg	V.R.: 26 a 32 pg
CHCM:	34,1 g/dL	V.R.: 31,5 a 36,5 g/dL
RDW:	16,4 %	V.R.: 11,5 a 14,6%
Plaquetas:	277 x 10 ³ /µL	V.R.: 150 a 450 x 10 ³ /µL
VPM:	9,4 fL	V.R.: 7,4 a 12,0 fL

Pesquisa de antígenos e anticorpos anti HIV 1 e 2

Imunoensaio de 4ª geração

Material: SANGUE LOTE: 0670 Validade: 15/10/2022

Método: Quimiluminescência amplificada

RESULTADO: REAGENTE

ÍNDICE: 149,00

Valores de Referência

Não reagente: < 0,90

Indeterminado: >= 0,90 e < 1,00

Reagente: >= 1,00

Imunoensaio de 4ª geração detecta tanto antígeno p24 quanto anticorpos anti HIV 1e 2, porém não é capaz de discriminá-los. Sendo assim, uma amostra será reagente quando tiver apenas o antígeno (fase inicial da infecção), antígeno e anticorpos ou apenas anticorpos. Vale ressaltar que um teste reagente na fase inicial da infecção, quando a resposta imune humoral ainda não é detectada no sangue, cursará com teste confirmatório imunoblot não reagente.

ANTI-HIV, IMMUNOBLOT

Material: SANGUE

Método: IMMUNOBLOT RÁPIDO HIV 1/2 - BIO-MANGUINHOS

LOTE:221IR001Z

VALIDADE:11/2022

RESULTADO:REAGENTE

BANDAS:	GP160:	Reagente
	GP120:	Reagente
	GP41:	Reagente
	P24:	Reagente

Critérios de positividade:

Presença de no mínimo duas bandas entre: GP120/GP160, GP41 e P24.

Interpretação do Resultado:

"Amostra Reagente para HIV".

"Para confirmação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013". Edição 4 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV de 2018. Favor informar que se trata de amostra confirmatória.

VDRL

Material: SANGUE

Método: FLOCULAÇÃO

RESULTADO: NÃO REAGENTE

V.R.: Não reagente.

O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica.

Nos recém nascidos não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o VDRL após o terceiro mês devido à possibilidade de positividade tardia.

ANTI-HBs, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 3920 Validade: 03/08/2022

RESULTADO: POSITIVO

985.00 mUI/mL

V.R.: Negativo: < 8.0 mUI/mL

Positivo: > 12.0 mUI/mL

Indeterminado: >= 8.0 e

<= 12.0 mUI/mL

OBSERVAÇÃO: concentrações acima de 12 mUI/mL são consideradas protetoras.

HBsAg, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 3350 Validade: 16/10/2022

RESULTADO: NEGATIVO

0.09

V.R.: Negativo: < 0.90

Positivo: >= 1.0

Indeterminado: >= 0.90 e < 1.0

ANTI-HBc, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 2610 Validade: 02/07/2022

RESULTADO: POSITIVO
0.22V.R.: Negativo: ≥ 1.20
Positivo: < 1.0
Indeterminado: ≥ 1.0 e < 1.20

"ATENÇÃO: ESTE EXAME É FEITO POR MÉTODO COMPETITIVO. DESTE MODO, QUANTO MAIOR A LEITURA, MENOR A CONCENTRAÇÃO DO ANALITO"

ANTI-HCV, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 5130 Validade: 03/08/2022

RESULTADO: NEGATIVO
0.18V.R.: Negativo: < 0.90
Positivo: ≥ 1.0
Indeterminado: ≥ 0.90 e < 1.0

Resultados maiores que 8,0 deverão ser confirmados por testes moleculares ou RIBA. Entretanto, em sistemas de detecção como a quimiluminescência amplificada VITROS ECI (J&J), resultados menores ou iguais a 8,0 têm baixo valor preditivo positivo para infecção pelo vírus C. Nestes casos, recomendamos a repetição da sorologia em 15 a 20 dias para verificação de possível falso-positivo. Em caso de reatividade confirmada e seguindo recomendação do CDC/MMWR, testes suplementares (NAT, RIBA) deverão ser solicitados para confirmação da infecção pelo HCV.

RESULTADO DE EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DE HIV-1

Material biológico	Carga viral	Metodologia
Plasma	25661 cópias/mL – Log 4,409	PCR Tempo real HIV-1

Valor de referência: Não detectado RNA de HIV-1

CONTAGEM DE LINFÓCITOS T

Material biológico	CD4	CD8	CD4/CD8	Metodologia
Sangue total	762 células/ μ L- 39,17%	846 células/ μ L- 43,52%	0,90	Citometria de fluxo

Valor de referência (19 a 56 anos)Linfócitos TCD4: 540-1731 mm³Linfócitos TCD8: 263 – 1189 mm³

CASO 27

L.O.P, masculino, 27 anos, solteiro, heterossexual, diagnosticado como HIV + em 2018, em ocasião de internação com suspeita de tuberculose. Desde então, vem mantendo bom controle da doença. Comparece à consulta (abril/22) de acompanhamento, referindo que há 2 meses apresentou 2 lesões em glândula e prepúcio, não ulceradas, pruriginosas e dolorosas em contato com urina. Foi ao urologista, fez uso de pomada, mas as lesões demoraram para desaparecer. Nega comorbidades, tabagismo e uso de drogas. Etilismo aos finais de semana. Em uso de terapia antirretroviral desde o diagnóstico. Carga viral de HIV indetectável desde 2019. CD4 em agosto de 2021: 346 células/ μ L.

Exame Físico:

- Peso: 78,5 kg
- PA: 100x60 mmHg
- FC: 70 bpm
- SatO₂: 98%
- Corado, hidratado, anictérico. Sem linfonodomegalias.
- AR: MVF sem RA
- ACV: RCR2T, sem sopros.
- ABD: normotenso, indolor, sem visceromegalias
- Extremidades sem edemas.

Diante do quadro, foram solicitados os seguintes exames:

VDRL

Material: SANGUE
Método: FLOCULAÇÃO

RESULTADO: REAGENTE 1/128

V.R.: Não reagente.

O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica.

Nos recém nascidos não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o VDRL após o terceiro mês devido à possibilidade de positividade tardia.

RESULTADO DE EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DE HIV-1

Material biológico	Carga viral	Metodologia
Plasma	Não detectado	PCR Tempo real HIV-1

Valor de referência: Não detectado RNA de HIV-1

CONTAGEM DE LINFÓCITOS T

Material biológico	CD4	CD8	CD4/CD8	Metodologia
Sangue total	278 células/μL- 15,86%	938 células/μL- 53,59%	0,30	Citometria de fluxo

Valor de referência (19 a 56 anos)

Linfócitos TCD4: 540-1731 mm³

Linfócitos TCD8: 263 – 1189 mm³

Histórico (Últimos 15 exames)

Coleta	Carga Viral				CD4+/CD8+						
	Cópias/mL	Log	Método	Resultado	CD4	%	CD8	%	CD4/CD8	CD45+	Resultado
03/05/2022	Não Detectado	----	PCR Tempo Real	05/05/2022	278	15.86	938	53.59	0.30	1751	05/05/2022 (*)
09/08/2021	< L. Mín.	----	PCR Tempo Real	11/08/2021	346	16.90	1215	59.36	0.28	2047	12/08/2021 (*)
13/02/2020	Não Detectado	----	PCR Tempo Real	17/02/2020	173	10.43	1082	65.22	0.16	1659	17/02/2020 (*)
10/07/2019	----	----	----	----	90	6.65	906	66.98	0.10	1353	12/07/2019 (*)
09/04/2019	< L. Mín.	----	PCR Tempo Real	11/04/2019	54	4.72	804	69.99	0.07	1148	10/04/2019 (*)
20/12/2018	13796	4,140	PCR Tempo Real	28/12/2018	4	1.05	298	75.11	0.01	397	02/01/2019 (*)

CASO 28

HMA: Paciente submetida a exame admissional, após aprovação em concurso público para o cargo de técnico de laboratório. Dentre os exames laboratoriais, foram solicitados testes sorológicos para as hepatites B e C:

HBsAg: positivo (1740,00) (VR: negativo < 0,90)

Anti-HBs: negativo (< 4,20 UI/L) (VR: negativo < 10,0 UI/L)

Anti-HCV: negativo

HP: Paciente informa trabalhar em laboratório de análises clínicas há mais de 15 anos, tendo tido um único acidente perfurocortante no primeiro ano de profissão. Relata ter feito os exames recomendados à época, quando estavam normais (sic), mas não houve seguimento desde então.

Solicitada a repetição dos exames anteriores, acrescidos de testes sorológicos adicionais para investigação de hepatite B, além de exames bioquímicos para avaliação da função hepática.

	Resultados 20/01/2019	Valores de referência
<u>ALT</u>	54 U/L	13 a 69 U/L
<u>AST</u>	38 U/L	15 a 46 U/L
<u>Bilirrubina total</u>	0,53 mg/dL	0,2 a 1,3 mg/dL
Bb direta	0,36 mg/dL	0,0 a 0,3 mg/dL
Bb indireta	0,17 mg/dL	0,0 a 1,1 mg/dL
<u>Tempo e atividade de protrombina</u>	Controle: 13,0 s Paciente: 14,7 s Atividade: 79,3% RNI: 1,15	Relação pac/controle até 1,3 Entre 70 e 110%
<u>HBsAg</u>	Positivo (1430,00)	Negativo < 0,90
<u>Anti-HBs</u>	Negativo (< 4,20)	Negativo < 10,0
<u>Anti-HBc total</u>	Positivo	Negativo
<u>HBe Ag</u>	Negativo (0,18)	Negativo < 0,80
<u>Anti-HBe</u>	Positivo (32,00)	Negativo < 0.80

Caso 29

H.S.M., 66 anos, ex-tabagista, ex-etilista e ex-usuário de maconha, crack e cocaína, realizou os seguintes exames de admissão no HC em setembro de 2019, para realização de cirurgia ortopédica:

VDRL

Material: SANGUE
Método: FLOCULAÇÃO

RESULTADO: NÃO REAGENTE

V.R.: Não reagente.

O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica.

Nos recém nascidos não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o VDRL após o terceiro mês devido à possibilidade de positividade tardia.



Liberado por: LOURDES REGINA CARDOSO CANCELADO FURTADO - CRF-MG 4836

HBsAg, PESQUISA

Material: SANGUE
Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

RESULTADO: NEGATIVO
0.06

V.R.: Negativo: < 0.90
Positivo: >= 1.0
Indeterminado: >= 0.90 e < 1.0



Liberado por: LOURDES REGINA CARDOSO CANCELADO FURTADO - CRF-MG 4836

ANTI-HBc, PESQUISA

Material: SANGUE
Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

RESULTADO: POSITIVO
0.15

V.R.: Negativo: >= 1.20
Positivo: < 1.0
Indeterminado: >= 1.0 e < 1.20

"ATENÇÃO: ESTE EXAME É FEITO POR MÉTODO COMPETITIVO. DESTE MODO, QUANTO MAIOR A LEITURA, MENOR A CONCENTRAÇÃO DO ANALITO"



Liberado por: LOURDES REGINA CARDOSO CANCELADO FURTADO - CRF-MG 4836

ANTI-HCV, PESQUISA

Material: SANGUE
Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

RESULTADO: POSITIVO
32.60

V.R.: Negativo: < 0.90
Positivo: >= 1.0
Indeterminado: >= 0.90 e < 1.0

Resultados maiores que 8,0 deverão ser confirmados por testes moleculares ou RIBA. Entretanto, em sistemas de detecção como a quimioluminescência amplificada VITROS ECI (J&J), resultados menores ou iguais a 8,0 têm baixo valor preditivo positivo para infecção pelo vírus C. Nestes casos, recomendamos a repetição da sorologia em 15 a 20 dias para verificação de possível falso-positivo. Em caso de reatividade confirmada e seguindo recomendação do CDC/MMWR, testes suplementares (NAT, RIBA) deverão ser solicitados para confirmação da infecção pelo HCV.



Liberado por: LOURDES REGINA CARDOSO CANCELADO FURTADO - CRF-MG 4836

ANTICORPOS ANTI-HIV 1 E ANTI-HIV 2, PESQUISA

Material: SANGUE
Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA
Lote: 3440 Validade: 08/09/2016

RESULTADO: NÃO REAGENTE
0.09

VALORES DE REFERÊNCIA:
Maior ou igual a 1,0 - Reagente
Entre 0,9 e 1,0 - Indeterminado
Menor que 0,9 - Não reagente

Nos resultados não reagentes, nos quais persista a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a coleta desta amostra. PORTARIA N° 29 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013 MINISTÉRIO DA SAÚDE.



Liberado por: AUREA LACERDA CANCELADO - CRM-MG 18.328

Caso 30

F.S.M, sexo masculino, 38 anos, queixa de mal-estar, dor bilateral em flancos, hiporexia, colúria, acolia fecal e icterícia há cerca de 8 dias. Previamente hígido. Etilista social. Não possui parceria fixa e teve relação sexual desprotegida nos últimos 90 dias. Nega tatuagens ou contato com lâminas de barbear de terceiros. Realizou teste rápido (HBsAg) em UBS, com resultado reagente.

Ao exame físico: BEG, icterícia 3+/4+, acianótico, linfadenomegalia inguinal. Demais sistemas sem alterações. Fígado e baço não palpáveis.

Solicitados exames laboratoriais:

Novembro de 2021

AST: 1.340 U/L

ALT: 1.510 U/L

GGT: 118 U/L

FA: 176 U/L

Bilirrubina total: 7,45 mg/dL

Bb direta: 4,68 mg/dL

Bb indireta: 2,77 mg/dL

Albumina: 4,9 g/dL

HBsAg: reagente

Anti-HBc total: reagente

Anti-HBc IgM: reagente

HbeAg: reagente

Anti-HBe: não reagente

Anti-HAV total: reagente

Anti-HAV IgM: não reagente

Anti-HCV: não reagente

Paciente retorna em fevereiro/2022 para acompanhamento do quadro, sem alterações clínicas, trazendo os resultados dos novos exames solicitados:

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:21

BILIRRUBINAS

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

Bilirrubina total: 1,97 mg/dL

V.R.: 0,2 a 1,3 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,45 mg/dL

V.R.: 0,0 a 0,3 mg/dL

Bilirrubina indireta: 1,52 mg/dL

V.R.: 0,0 a 1,1 mg/dL

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:21

FOSFATASE ALCALINA

Material: SANGUE

Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 72 U/L

VALORES DE REFERÊNCIA:

0 a 9 anos: 55 a 425 U/L

10 a 15 anos: 130 a 560 U/L

15 a 19 anos: 70 a 525 U/L

Adultos: 38 a 126 U/L



Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:21

GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE (GGT)

Material: SANGUE

Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 28 U/L

VALORES DE REFERÊNCIA:

0 a 6 meses: 10 a 183 U/L

7 meses a 19 anos e 11 meses: 6 a 44 U/L

Homens maiores de 19 anos: 15 a 73 U/L

Mulheres maiores de 19 anos: 12 a 43 U/L

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:21

ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST)

Material: SANGUE

Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 37 U/L

V.R.: 15 a 46 U/L



Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:37

ALANINO AMINOTRANSFERASE (ALT)

Material: SANGUE

Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 18 U/L

V.R.: < 50 U/L



Liberado por: CRISTIANA RESENDE FONSECA - CRF-MG-9904

Coleta confirmada: 24/01/2022 09:41

Liberação: 24/01/2022 17:21

ALBUMINA

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 5,0 g/dL

V.R.: 3,5 a 5,0 g/dL



Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Após 120 dias, em nova consulta de retorno, apresenta os seguintes resultados de exames realizados em laboratório externo:

HBsAg: não reagente

Anti-HBs: reagente

Caso 31

M.A.T, sexo feminino, 58 anos, hipertensa e portadora de diabetes tipo 2, em uso de atenolol, hidroclorotiazida, metformina, gliclazida e insulina. Encaminhada para primeira consulta com a infectologia em julho/2022, após obtenção de resultado positivo em teste rápido para HCV. Nega febre, vômitos, dor ou distensão abdominal, diarreia, intolerâncias alimentares, icterícia e hemorragias digestivas. Hábitos fisiológicos e alimentares preservados. Nega etilismo, tabagismo e uso de outras drogas. Nega internações prévias ou realização de cirurgias. Nega realização de tatuagens, piercings, necessidade de transfusão sanguínea ou uso de drogas injetáveis. Relata ter utilizado alicate de unha de salões de beleza durante toda vida.

Traz consigo resultados de exames realizados:

Julho/2022: HBsAg: não reagente/ **Anti-HBc total:** reagente/ **Anti-HCV:** reagente/ **VDLR:** não reagente / **Anti-HIV 1 e 2:** não reagente.

Exame físico: Peso: 54kg FC: 87bpm PA: 140/80mmHg

Ectoscopia: BEG, corada, hidratada, anictérica, afebril, boa perfusão capilar.

SCV: BNRNF sem sopros.

SR: MVF sem RA. Eupneica.

SD: Abdome plano, indolor, sem massas ou visceromegalias.

Conduta: Solicitados exames laboratoriais e US de abdome.

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 09:08

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método: AUTOMATIZADO

			V.R. P/ IDADE E SEXO INFORMADOS
Leucócitos:	8,32 x 10 ³ /µL		V.R.: 4,0 a 11,0 x 10 ³ /µL
Neutrófilos:	4,67 x 10 ³ /µL	56,1 %	V.R.: 2,0 a 7,0 x 10 ³ /µL
Eosinófilos:	0,22 x 10 ³ /µL	2,6 %	V.R.: 0,1 a 0,5 x 10 ³ /µL
Basófilos:	0,03 x 10 ³ /µL	0,4 %	V.R.: 0,0 a 0,2 x 10 ³ /µL
Monócitos:	0,52 x 10 ³ /µL	6,2 %	V.R.: 0,2 a 1,0 x 10 ³ /µL
Linfócitos:	2,89 x 10 ³ /µL	34,7 %	V.R.: 1,0 a 3,5 x 10 ³ /µL
Hemácias:	4,97 milhões/µL		V.R.: 3,8 a 5,8 milhões/µL
Hemoglobina:	16,1 g/dL		V.R.: 12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito:	45,6 %		V.R.: 36 a 46%
VCM:	91,9 fL		V.R.: 80 a 100 fL
HCM:	32,4 pg		V.R.: 26 a 32 pg
CHCM:	35,2 g/dL		V.R.: 31,5 a 36,5 g/dL
RDW:	12,2 %		V.R.: 11,5 a 14,6%
Plaquetas:	121 x 10 ³ /µL		V.R.: 150 a 450 x 10 ³ /µL
VPM:	11,1 fL		V.R.: 7,4 a 12,0 fL

SL

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

GLICOSE

Material: SANGUE

Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 129 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA POR TEMPO DE VIDA:

0 hora.....	.59 a 181 mg/dL
1 hora.....	.26 a 105 mg/dL
2 horas.....	.42 a 184 mg/dL
3 a 24 horas.....	.43 a 105 mg/dL
Maior que 24h.....	.55 a 99 mg/dL
Adulto.....	.55 a 99 mg/dL

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação

HEMOGLOBINA GLICADA (HBA1C)

Material: SANGUE

MÉTODO: IMUNOTURBIDIMETRIA

RESULTADO: 6,0 %

VALORES DE REFERÊNCIA: MENOR QUE 5,7%

DIABETES MELLITUS : PRÉ-DIABETES - 5,7% A 6,4%
DIAGNÓSTICO - IGUAL OU MAIOR QUE 6,5%
BOM CONTROLE - MENOR QUE 7%

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

BILIRRUBINAS

Material: SANGUE
Método: COLORIMÉTRICO

Bilirrubina total: 0.72 mg/dL V.R.: 0,2 a 1,3 mg/dL
Bilirrubina direta: 0.23 mg/dL V.R.: 0,0 a 0,3 mg/dL
Bilirrubina indireta: 0.49 mg/dL V.R.: 0,0 a 1,1 mg/dL

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

FOSFATASE ALCALINA

Material: SANGUE
Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 101 U/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
0 a 9 anos: 55 a 425 U/L
10 a 15 anos: 130 a 560 U/L
15 a 19 anos: 70 a 525 U/L
Adultos: 38 a 126 U/L

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE (GGT)

Material: SANGUE
Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 144 U/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
0 a 6 meses: 10 a 183 U/L
7 meses a 19 anos e 11 meses: 6 a 44 U/L
Homens maiores de 19 anos: 15 a 73 U/L
Mulheres maiores de 19 anos: 12 a 43 U/L

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

ALBUMINA

Material: SANGUE
Método: COLORIMÉTRICO

RESULTADO: 4.6 g/dL

V.R.: 3,5 a 5,0 g/dL

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST)

Material: SANGUE
Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 64 U/L

V.R.: 15 a 46 U/L

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 13:56

ALANINO AMINOTRANSFERASE (ALT)

Material: SANGUE
Método: CINÉTICO ENZIMÁTICO

RESULTADO: 90 U/L

V.R.: < 35 U/L

Shi

Liberado por: SHINFAY MAXIMILIAN LIU - CRM-MG 43.316

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação: 28/07/2022 12:45

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

Material: SANGUE
Método: AUTOMATIZADO COAGULOMÉTRICO

Controle: 10.8 s
Paciente: 11.9 s V.R.: Relação Paciente/Controle < 1,25
Atividade: 78 % V.R.: Atividade entre 70 e 110%
RNI: 1.11

Flávia Favretto

Liberado por: FLAVIA FAVRETTO - CRP-MG 13881

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação:01/08/2022 07:51

ANTI-HBs, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 3940 Validade: 07/09/2022

RESULTADO: POSITIVO
232.00 mUI/mL

V.R.: Negativo: < 8.0 mUI/mL
Positivo: > 12.0 mUI/mL
Indeterminado: >= 8.0 e
<= 12.0 mUI/mL

OBSERVAÇÃO: concentrações acima de 12 mUI/mL são consideradas protetoras.

Liberado por: VANIA ABADIA SOARES LINO - CRM-MG 25.526

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação:01/08/2022 07:51

HBsAg, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 3350 Validade: 16/10/2022

RESULTADO: NEGATIVO
0.09

V.R.: Negativo: < 0.90
Positivo: >= 1.0
Indeterminado: >= 0.90 e < 1.0

Liberado por: VANIA ABADIA SOARES LINO - CRM-MG 25.526

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação:01/08/2022 07:51

ANTI-HCV, PESQUISA

Material: SANGUE

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA

Lote: 5200 Validade: 14/11/2022

RESULTADO: POSITIVO
27.60

V.R.: Negativo: < 0.90
Positivo: >= 1.0
Indeterminado: >= 0.90 e < 1.0

Resultados maiores que 8,0 deverão ser confirmados por testes moleculares ou RIBA. Entretanto, em sistemas de detecção como a quimiluminescência amplificada VITROS ECI (J&J), resultados menores ou iguais a 8,0 têm baixo valor preditivo positivo para infecção pelo vírus C. Nestes casos, recomendamos a repetição da sorologia em 15 a 20 dias para verificação de possível falso-positivo. Em caso de reatividade confirmada e seguindo recomendação do CDC/MMWR, testes suplementares (NAT, RIBA) deverão ser solicitados para confirmação da infecção pelo HCV.

Liberado por: VANIA ABADIA SOARES LINO - CRM-MG 25.526

Coleta confirmada: 28/07/2022 07:44

Liberação:10/08/2022 08:14

PESQUISA QUANTITATIVA DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (HCV)

Material: SANGUE

Método: Abbot Real Time HCV

RESULTADO: DETECTÁVEL

VALOR: 1.515.648 UI/mL LOG: 6,18

Faixa linear de detecção: 12 a 100 milhões UI/mL (protocolo 0,5 mL)

Lotes kit Extração: 10003383 Amplificação: 519655

VALORES DE REFERÊNCIA

HEMOGRAMA - ADULTOS

Parâmetro	Sexo masculino	Sexo feminino	Parâmetro	
Hemácias ($10^9/\text{mm}^3$)	4.3 – 5.7	3.8 – 5.1	Leucócitos ($10^3/\text{mm}^3$)	4 – 11
Hemoglobina (g/dl)	13.5 – 17.5	12 – 16	Neutrófilos ($10^3/\text{mm}^3$)	1,8- 7,8
Hematócrito (%)	39 – 49	35 – 45	bastonetes ($10^3/\text{mm}^3$)	0,0 – 0,7
VCM (fl)	80 – 100	80 – 100	segmentados ($10^3/\text{mm}^3$)	1,8 – 7,1
HCM (pg)	26 – 34	26 – 34	Linfócitos ($10^3/\text{mm}^3$)	1,0 – 4,5
CHCM (g/dl)	31 – 36	31 – 36	Monócitos ($10^3/\text{mm}^3$)	0,2 – 1,0
RDW (%)	12 - 15	12 - 15	Eosinófilos ($10^3/\text{mm}^3$)	0,02 – 0,60
			Basófilos ($10^3/\text{mm}^3$)	0,02 – 0,20

CRIANÇAS

Idade	Hemácias ($10^6/\text{m}^3$)	Hemoglobina (g/dl)	Hematócrito (%)	VCM (fl)	HCM (pg)	CHCM (g/dl)	RDW (%)
RN (cordão)	3.9 – 5.5	13.5 – 19.5	42 - 60	98 - 118	31 - 37	30 - 36	12 - 15
1 semana	3.9 – 6.3	13.5 – 21.5	42 - 66	88 - 126	28 - 40	28 - 37	12 - 15
1 mês	3 – 5.4	10 - 18	31 - 55	85 - 123	28 - 40	29 - 37	12 - 15
2 – 6 meses	2.7 – 4.9	9 - 14	28 - 42	74 – 108	25 - 35	29 - 37	12 - 15
0.5 – 2 anos	3.7 – 5.3	10.5 – 13.5	33 - 39	70 - 86	23 - 31	30 - 36	12 - 15
2 – 6 anos	3.9 – 5.3	11.5 – 13.5	34 - 40	75 - 87	24 - 30	31 - 37	12 - 15
6 – 12 anos	4 – 5.2	11.5 - 15.5	35 - 45	77 - 95	25 - 33	31 - 37	12 - 15

Idade	Global ($10^3/\text{mm}^3$)	Neutrófilos ($10^3/\text{mm}^3$)			Linfócitos ($10^3/\text{mm}^3$)	Monócitos ($10^3/\text{mm}^3$)	Eosinófilos ($10^3/\text{mm}^3$)	Basófilos ($10^3/\text{mm}^3$)
		Total	Bast.	Segm.				
RN	9 - 30	6 - 26	<3.5	6 – 22.5	2 – 11.5	0.3 – 3.1	0.05 – 1	0 – 0.3
1 ano	6 - 18	1 – 8.5	0 – 1,0	0,6- 8.2	4 – 10.5	0.05 – 1	0.05 – 0.7	0 - 0.2
4 anos	5 - 15	1.5 – 7.5	0 – 1.0	1.5 – 6.5	2 – 8	0 – 0.8	0.02 – 0.65	0 – 0.2
6 anos	5 - 15	1.5 – 7	0 – 1.0	1.5 – 6	1.5 – 7	0 – 0.8	0 – 0.6	0 - 0.2
10 anos	4.5 – 13.5	1.8 – 7	0 – 1.0	1.8 – 6	1.5 – 6.5	0 – 0.8	0 – 0.6	0 – 0.2
14 anos	4.5 – 13.0	1.8 – 7	0 – 1.0	1.8 – 6	1.2 – 5.8	0 – 0.8	0 – 0.6	0 – 0.2

PLAQUETAS ($10^3/\text{mm}^3$): 150 – 450

CONTAGEM DE RETICULÓCITOS: 0,5 a 1,5% (RN: 2,0 a 6,0%)

VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO

Idade (anos)	homens	Mulheres
0-17	10 mm	10 mm
18-50	10 mm	20 mm
51-60	12 mm	20 mm
61-70	14 mm	20 mm
> 70	30 mm	35 mm

PROTEÍNA C REATIVA (soro, turbidimetria): < 10 mg/L

TEMPO DE PROTROMBINA: relação paciente/controle até 1,3 ATIVIDADE DE PROTROMBINA: 70 – 110%

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - relação paciente/controle: 0,9 - 1,3

BILIRRUBINA TOTAL (soro, adultos e crianças > 1 mês): < 1,2 mg/dL Bb DIRETA: < 0,4 mg/dL Bb INDIRETA: < 0,8 mg/dL

PROTEÍNAS TOTAIS (soro, adultos): 6 - 8 g/dL ALBUMINA: 3,5 – 5,0g/dL GLOBULINAS: 2,5 – 3,5 g/dL ASPARTATO

AMONOTRANSFERASE (AST/TGO) (soro, adulto): 12 – 46 U/L

ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP) (soro, adulto): 3 – 50 U/L

GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASE (soro, adulto) – homens: 10 – 50 U/L mulheres: 7 – 32 U/L LDH

(soro, adulto): 100 – 190 U/L

FOSFATASE ALCALINA (soro, adulto): 50 – 120 U/L

UREIA (soro, adulto): 15 – 39 mg/dL

CREATININA (soro, adulto) – homens: < 1,2 mg/dL mulheres: <1,1 mg/dL

FERRO (soro, colorimétrico, adulto) - homens: 60 a 160 µg/dL mulheres: 50 a 145 µg/dL

CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DO FERRO (soro, colorimétrico, adulto): 250 a 450 µg/dL

ÍNDICE DE SATURACÃO DA TRANSFERRINA (adulto): 20 a 50%

FERRITINA (soro, quimiluminescência, adulto) - mulheres: 15-300 ng/mL homens: 25-350 ng/mL

VITAMINA B₁₂ (soro): 200-900 pg/mL

ÁCIDO FÓLICO (soro): 3,0-17 ng/mL

HOMOCISTEÍNA (soro): 5-15 µmol/L

METILMALONATO (soro): ≤ 0,5 µmol/L

Tabela I. Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos >20 anos.

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol Total*	< 190	< 190	Desejável
HDL-C	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides**	< 150	< 175	Desejável
Categoria de risco			
LDL-C	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não-HDL-C	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

* CT > 310 mg/dL há probabilidade de HF.

** Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 440 mg/dL (sem jejum) o médico solicitante fará outra prescrição para a avaliação de TG com jejum de 12 h e será considerado um novo exame de triglicérides pelo laboratório clínico.