

Salão Nobre, Faculdade de Medicina

17/04/2024, de 10:30-12:00 horas

Internato de Clínica Médica, Disciplina de Fisiopatologia I – Sessão Anatomoclínica

Departamentos de Anatomia Patológica e Clínica Médica

Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas (HC), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Apresentação dos dados clínicos: Natália Ferreira Bueno;

Correlação Anatomopatológica: Eduardo Paulino Júnior;

Correlação Anatomoclínica: Silvana Spindola de Miranda;

Identificação

FFSS, 24 anos de idade, masculino, natural de Belo Horizonte (MG), RG: 1250434/6, admitido em 26/09/2023, alta em 02/04/2024.

História da Moléstia Atual

Surgiu-lhe, em março de 2023, a sensação de astenia para todas as suas atividades, com hiporexia, e vontade de permanecer deitado. Manteve-se dessa forma, sem procurar assistência médica por três meses, com percepção nítida de emagrecimento progressivo, aumento da temperatura corpórea e tosse seca. Procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de seu bairro, recebendo a prescrição de antibióticos. Não houve melhora, retornando à UPA, um mês após a primeira consulta (julho de 2023), tendo sido feito Teste Rápido para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), que foi positivo. Foi encaminhado para o Centro de Treinamento e Referência para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em Ribeirão das Neves (MG), tendo a consulta agendada para dois meses após, mas iniciada a administração de Antirretrovirais (ARV), constituída por Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir.

Não revelou o diagnóstico para sua família, até que em setembro de 2023, quando a astenia e prostração se tornaram insuportáveis, a temperatura corpórea constante atingia até 39,5°C, surgiu-lhe também diarreia, o que o fez revelar o seu diagnóstico aos familiares, tendo pedido ajuda para ser tratado, sendo levado ao CTR-DIP/Hospital das Clínicas.

Foi encaminhado imediatamente ao Pronto Socorro do HC (25/09/2023), sendo internado em área de isolamento.

História Pgressa

Há três anos trabalha como “garoto de programa”, todos os dias, com e sem uso de preservativos, e com pessoas desconhecias. Faz uso frequente de Cocaína, Maconha, sendo tabagista, cerca de 10 anos/maço, desde os 14 anos de idade. Fez tratamento para sífilis latente tardia, há quatro anos.

Evolução sob Internação Hospitalar

Internado em 25/09/2023, apresentava-se consciente, bem orientado, anictérico, acianótico; com lesões esbranquiçadas na cavidade oral, removidas com a sua raspagem, revelando mucosa subjacente avermelhada e levemente dolorosa ao toque. Presença de crepitações teleinspiratórias em ambos os hemitórax; com bulhas cardíacas rítmicas, em dois tempos, sem sopros; perfusão capilar inferior a 4 seg. Fígado palpável, textura levemente diminuída, borda afilada, superfície regular, pouco doloroso, móvel; com dimensões de 10, 15 e 17 cm desde o apêndice xifoide, sexto e sétimo espaços intercostais nas linhas mediana anterior, hemiclavicular e axilar média direitas, respectivamente; baço Boyd II, com as mesmas características hepáticas. Abdômen plano; sem tensão, distensão, ou defesa, peristaltismo normal. Peso 45,3 kg (peso antes da doença em torno de 56 kg), altura: 173 cm, IMC: 26 kg/m²,

consciente e orientado; com tosse, sem expectoração, e sem esforço ventilatório, FR = 28 irpmín, SatO₂ = 98%, FC = 73 bpmín, PA = 10,0/8,0 cmHg.

Iniciada a administração de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol; Sulfametoxazol-Trimetoprim profilático, Amoxicilina-Ácido Clavulânico, Azitromicina, Complexo B (sem ácido fólico e vitamina B12). Iniciada a administração de Dexametasona devido a possibilidade de meningite tuberculosa.

Em 26/09/2023, apresentava: FR 24 irpmín, FC 110 bpmín, SatO₂ 97%. A amostra de escarro coletada revelou em primeira e segunda amostras, negativas; e a terceira amostra, positiva para o Teste Rápido Molecular para Tuberculose, sem resistência à Rifampicina. Manteve-se com as mesmas características até 02/10/2023, com aumento das transaminases e enzimas canaliculares hepáticas, além de temperatura corpórea sempre acima de 38,5°C, sendo suspenso os tuberculostáticos. Continuava com diarreia, menos intensa, e odinofagia inicial; temperatura axilar entre 38-39°C, apreensivo com a sua evolução clínica. Introduzida sonda nasogástrica devido à dificuldade de deglutir, com ingestão baixa de nutrientes, e ao emagrecimento progressivo e intenso.

Inicia-se em 05/10/2023 a observação de movimentos anormais, com mutismo, FC 144 bpmín, FR 24 irpmín, SatO₂ 94%, temperatura axilar 38,6°C; e iniciada a administração de Amicacina Etambutol e Levofloxacino. A fosfatase alcalina e a gamaglutamiltranspeptidase atingem valores em torno 1900 UI. Surgiu redução do sensório, de forma persistente, com episódios de agitação psicomotora, e tremor leve e rigidez nas extremidades.

Em 09/10/2023, inicia-se a prescrição de Penicilina G cristalina 4 milhões UI, 4/4 horas por 10 dias, devido possibilidade de sífilis cerebral. A Ressonância Nuclear Magnética mostrou discreta redução volumétrica encefálica.

Cerca de uma semana após as enzimas hepáticas começam a reduzir, e a diarreia persiste, surgindo natremia de 124 mEq/L). A FC mantinha-se entre 130-150 bpmín.

Em 22/10, mantendo-se febre e diarreia, surge dor anal, com exteriorização de veias da mucosa anal, sem trombose, grau 3~além de lesões vesico-ulceradas na região perianal. Foi iniciada a administração de Aciclovir.

Em 24/10, mantinha a FC acima de 130 bpmín, e tendência à redução da PA abaixo de 9/6 cmHg, com pulso periférico fino. Essas alterações foram revertidas com a infusão de volume e antibioticoterapia.

Em 01/11, foi identificada a presença de atrito pericárdico. O ecocardiograma transtorácico revela derrame pericárdio moderado a importante circundando todo o miocárdio, predominando na adjacência da parede posterior do VE, sem colabamento diastólico do VD; com variação ventilatória do fluxo mitral de 12% e a do fluxo tricúspide de 50%. A veia cava apresentava calibre de 18 mm e boa variabilidade com a ventilação. Observou-se o surgimento de úlcera em região de contato com o leito grau I sacral, e lateral esquerda do tórax de 1,5-3,0 cm. Iniciada a administração de Mitarzapina.

Foi realizada, uma semana após, a drenagem pericárdica. O dreno permaneceu na cavidade pericárdica por 48 horas. O swab nasal e perianal mostrou a presença de *Acinetobacter bawmani* resistente à Meropenam e Vancomicina. Permaneceu em CTI por 48 horas, após a drenagem pericárdica, e retorno à enfermaria. A carga viral foi identificada em 62400/mL, e o CD4 de 102/mm³.

Em 14/11, foi iniciada a reposição de ferro intravenoso; e três dias após reintroduzida a administração de Rifampicina.

Em 20/11 observou-se deiscência de sutura da drenagem pericárdica, com eliminação de secreção purulenta. Realizada nova abordagem cirúrgica, com o encontro de *A. bawmani* resistente a aminoglicosídeos, carbapenêmicos, quinolonas, sulfas, polimixina, tigeciclina, sem sinais de coleção em mediastino. Foi iniciada antibioticoterapia com Meropenam, Ampicilina-Sulbactam; reintroduzida a Isoniazida. E suspensa a dexametasona. A Ressonância Nuclear Magnética da coluna mostrou osso hipodenso, sem outros sinais patológicos.

Em 01/12 a reintrodução do esquema RIPE foi completada; e iniciada a administração de Tigeciclina. O lavado broncoalveolar evidenciou macrófagos espumosos e células inflamatórias mono e polimorfonucleares sem células atípicas. A cultura de espécime clínico obtido por intermédio do lavado broncoalveolar foi negativa para a presença de fungos.

A Tigeciclina foi suspensa duas semanas após, com o desaparecimento do processo inflamatório na ferida da pericardiocentese.

Em 29/12 foi identificada a presença nas fezes de *Clostridium* (toxina A e B), e iniciada a administração de Vancomicina.

No mês de janeiro de 2024, manteve a diarreia, sendo administrado zinco, pela via venosa, e de *Saccharomyces boulardii* via sonda nasoentérica. A antibioticoterapia continuava com: Amicacina, Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Claritromicina.

Em 17/01, surgiu-lhe eritema endureado e doloroso em trajeto de veia periférica, sendo iniciada a administração de Meropenam e Vancomicina. A temperatura mantinha-se em torno de 38,5-39,5°C. Iniciada a administração de levotiroxina. Cerca de seis dias após, apresentou instabilidade pressórica, aumento da frequência cardíaca e respiratória, sendo infundido volume e acrescentado Polimixina B aos antibióticos, com recuperação da hemodinâmica.

Em 19/03, foi observado aumento de volume cervical esquerda, nas regiões 3 e 4, dolorosa. Foi reintroduzida Vancomicina.

A alta hospitalar foi possível em duas semanas após.

Exames Complementares

27/09/2023:

TC tórax: múltiplos e pequenos nódulos pulmonares bilaterais com atenuação em vidro fosco, comprometendo difusamente o parênquima, de distribuição homogênea, menores de 3 mm, com padrão miliar, por vezes confluentes com aspecto de “árvore em brotamento”, linfonodos mediastinais com centro necrótico; TC abdômen: esplenomegalia, com múltiplas e diminutas imagens ovaladas hipoatenuantes de até 4 mm, sugestivas de micro-abscessos, adenomegalias retroperitoneais e pélvicas, alguns or vezes agrupados, o maior com 15 mm em seu eixo axial, em cadeia para-aórtica esquerda. com centro necrótico; TC crânio: atrofia encefálica global, sem predomínio lobar, captação leptomenígea em giro frontal médio à esquerda e impressão de captação em giro pré-central esquerdo o que pode corresponder a artefato ou imagem vascular;

Hb 10,8g%; Leucócitos global 6050/mm³, neutrófilos 3790/mm³; linfócitos 620/mm³; contagem de plaquetas 319000/mm³; PCR: 44, creatininemia: 0,7 mg%, uremia: 15 mg%, bilirrubina direta: 0,36 mg%, potassemia: 4,04 mEq/L, natremia: 138 mEq/L, calcemia: 4,8 mg%, cloremia: 105 mEq/L;

Líquor: pressão de abertura 21 cmH₂O, glicemia sérica 98 mg% e líquórica 41, proteínas totais 82,3, citometria hemácias 301, células nucleadas 0, neutrófilos 0%, linfócitos 82%, monócitos 18%, macrófagos 0%, eosinófilos 0%, teste rápido para *Cryptococcus* negativo;

Hemoculturas: sem crescimento;

Sorologias: VLTH, VDRL (1:8), VHA, VHC, VHB negativos; IgG + Toxoplasmose, anticorpos anti-*T. pallidum* positivo, Anticorpo anti-*T. cruzi* negativo, IGRA indeterminado;

Em 29/09/2023:

Clostridium: Toxina A e B negativas, antígeno Glutamato Desidrogenase (GDH) negativo, GLA negativa, crioaglutininas negativo. LDH: 1102 UI; pesquisa de *Clostridium* nas fezes, negativa;

Em 02/10/2023:

Uremia 18 mg%, creatininemia: 0,67 mg%, bilirrubina total 1,14 mg%, bilirrubina indireta 0,52 mg%, lactato 0,7, potassemia: 4 mEq/L, natremia: 133 mEq/L, PCR 84,7, calcemia: 4,8 mg%, cloremia: 115 mEq/L, magnesemia 3,92 mg%, fosfatemia 3,92, ALT 374, AST 763, leucócitos 4270/mm³, contagem de plaquetas 87000/m³;

EDA: pangastrite enantematosa, esôfago normal, CD4 189; Carga Viral 833 cópias;

Em 09/10/2023:

Carga viral 833 cópias; vitamina D menor de 8, albumina 3,3 globulina 4,6 reticulócitos 6,1%, EEG desorganização da atividade de base;

Em 14/10/2024:

Cultura para micobactérias em meio líquido positiva; hemoculturas (3 amostras) negativas; E com desorganização da atividade de base. LDH: 941, HPT: 5,79, TSH: 1,45; US abdominal: hepatoesplenomegalia, múltiplos nódulos hipocogênicos no parênquima esplênico, sem sinais obstrutivos em vias biliares, moderado derrame pericárdico (2,1 cm), e pequeno derrame pleural; PNB: 847 pg/mL (normal 0-70 pg/mL);

Em 25/10: ECG: taquicardia sinusal;

Em 27/10: Sódio urinário 34,4 mmol/24 horas

Em 1/11:

Ecocardiograma transtorácico: Ao 32, AE 35, VD 53, VE 35, SIV 8, PP 9, FE 44%, VE: hipocinesia difusa de todas as paredes e segmentos, taquicardia importante, VD: tamanho e contratilidade normais, Pericárdio: aspecto normal derrame pericárdio moderado a importante circundando todo o miocárdio, predominando na adjacência da parede posterior do VE, sem colabamento diastólico do VD. Variação ventilatória do fluxo mitral foi de 12% e a do fluxo tricúspide de 50%. A veia cava apresentava calibre de 18 mm e boa variabilidade com a ventilação. Surgimento de úlcera em região de contato com o leito grau I sacral, lateral esquerda do tórax de 1,5-3,0 cm ;

Em 20/11/2023:

Hb: 7,7 g%, VCM 84,6, HCM: 28,2, IPR: 1,8; IST: 24%; TIBC 229; Fe 56; ferritina acima de 1000. Ácido fólico 2,91; Vitamina B12 366;

AST: 129 (26/09), 374 (02/10), 235 (05/10), 185 (06/10), 163 (08/10); ALT: 191, 763, 236, 170, 183; GGT 1325 15/10, 2145 30/10, fa 1765 26/10, amilase e lipase normais;

Em 08/01 colonoscopia: normal

Antibióticoterapia: Levofloxacino 25/09 – 26/09; Amoxicilina-Ácido Clavulânico 26/09 – 01/10; Piperacilina-Tazobactam 01/10 – 02/10; Meropenam 20/11 – 04/12; vancomicina 20/11 – 27/12; SMT-TMP 29/11 – 27/12; Tigeciclina 01/12 – 13/12; Ampicilina 23/11 – 13/12;

