

Caso Clínico

Junho 2011

Preparado por
Dra. Carolina Ribeiro de
Miranda

Caso Clínico 1

- Paciente WJTS, 7 anos
- Sexo masculino
- Data da admissão: 13/05/11
- Natural de Itaguara, procedente de Entre Rios de Minas.

História Moléstia Atual

- Há 5 dias quadro de febre elevada, tosse e vômitos. Internado em Entre Rios de Minas em 11/05/11, encaminha ao CGP devido à suspeita de PNM com derrame pleural.

História Pregressa

- Submetido à appendicectomia na cidade de Entre Rios de Minas 20 dias antes da internação.
- Nega antecedentes mórbidos ou outras internações.
- Paciente institucionalizado desde os 4 anos de idade.

Exame Físico Inicial

- **Inspecção:** Criança prostrada, hidratada, hipocorada leve.
- **AR:** Murmúrio vesicular diminuído em HTX direito, crepitações grosseiras à direita. FR: 40 IRPM. Tiragem subdiafragmática. Sat O₂ 95% em ar ambiente.
- **ACV:** BNRNF, ausência de sopros sistólicos. FC: 128 bpm.
Pulsos amplos e simétricos.
Perfusão periférica imediata.
- **AD:** Abdome plano, normotenso, doloroso à palpação profunda.

Exames Laboratoriais

- **Hemograma:**

Hemáceas: 3,71

Hematórito: 31,1

Hemoglobina: 10,0

Plaquetas: 647.000

Global Leucócitos: 16.800

Segmentados: 60%

Bastonetes: 16%

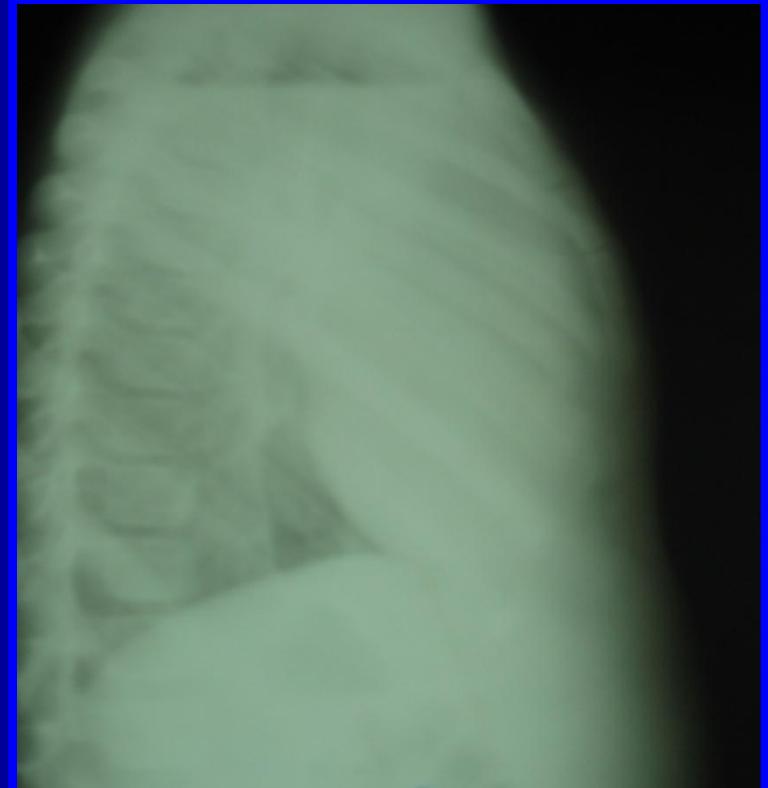
Linfócitos: 17%

Monócitos: 5%

Eosinófilos: 2%

- **PCR :** 322,6

Rx tórax à admissão

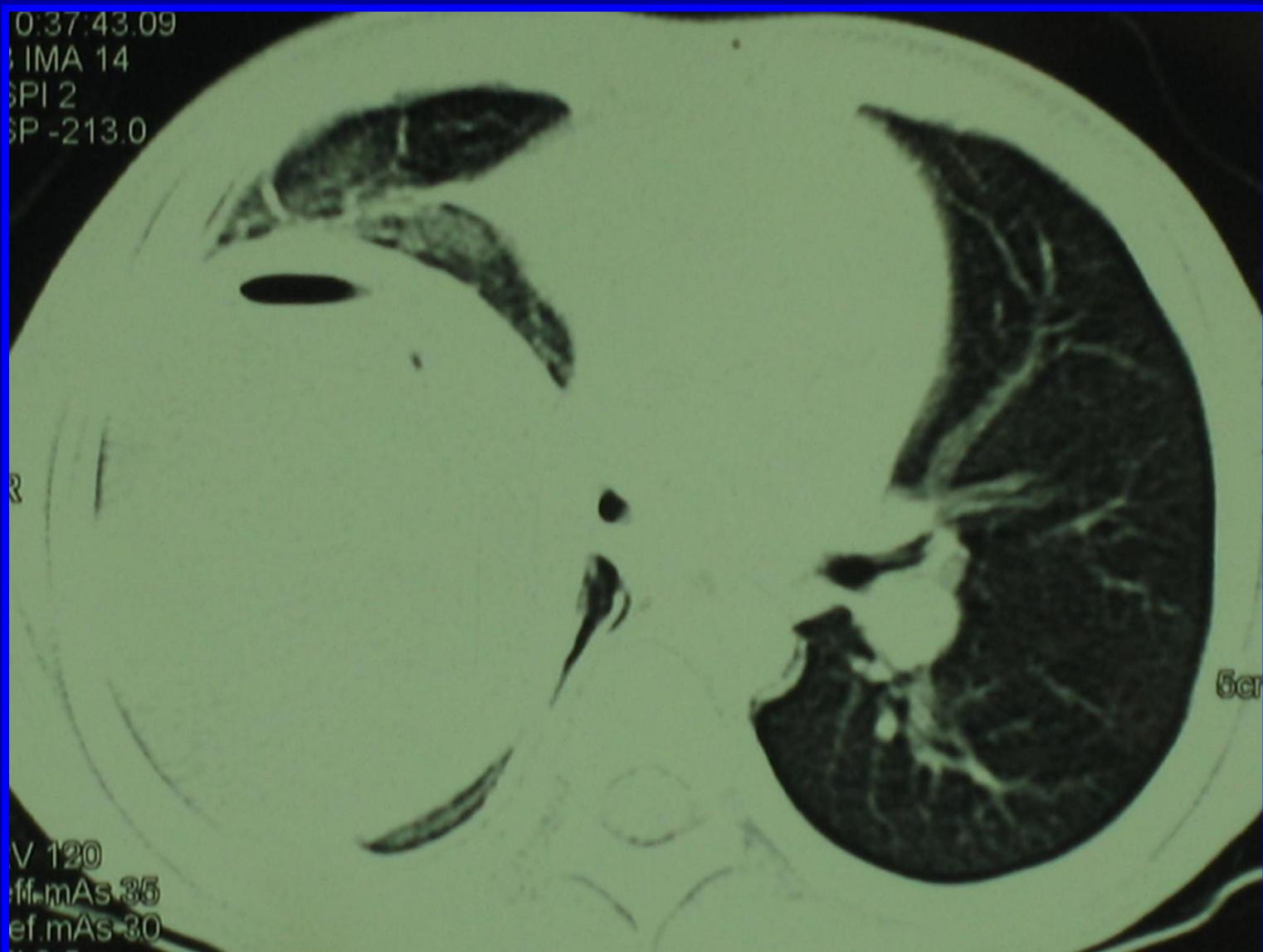


Ultra-som de Tórax:

- Grande acúmulo de líquido aparentemente espesso e sem septos, comprimindo o pulmão adjacente.

Qual
o
Diagnóstico

TC de Tórax:14/05/2011



Diagnóstico: Abscesso pulmonar

Evolução Clínica

- À admissão, devido à suspeita de abscesso pulmonar, optado por iniciar esquema antibiótico composto por clindamicina e gentamicina.
- Durante primeira semana de evolução, paciente manteve episódios constantes de vômico, com eliminação de grande quantidade secreção fétida.

Propedêutica Específica

- Submetido à toracocentese à admissão em 14/05/2011, 2 tentativas, sem saída de líquidos.
- Nova tentativa de toracocentese em 20/05/2011, com saída de 490 ml de secreção extremamente fétida, aspecto francamente purulento, líquido espesso.

Líquido Pleural

- **Aspecto:** Purulento
- **Glicose:** 48
- **Proteínas:** 3,1
- **LDH:** 2326
- **pH:** Não realizado
- **Citologia e citometria:** Células em alto grau de degeneração, prejudicando a identificação das mesmas.
- **Gram:** Presença de cocos gram + aos pares e em cadeias curtas. Grande depósito de leucócitos.
- **Cultura:** Negativa.

Evolução Clínica

- Optado pela NÃO colocação de dreno torácico e realização de toracocenteses de alívio:
 - Dia 22/05: saída de 350 ml secreção ainda purulenta, porém melhora na intensidade do odor.
 - 27/05: Retirada 70 ml secreção inodora.

Evolução Clínica

- Paciente evolui com melhora lenta, porém progressiva, com diminuição na freqüência de vômitas e picos febris.
- No 14º dia de ATB venoso, tratamento sequencial com Amoxicilina+ clavulanato, dose 100 mg/ Kg dia, mantido por mais 21 dias.

Reavaliação 3 semanas Pós Alta Hospitalar



Abscesso Pulmonar

- Aspiração: distúrbios de deglutição, RGE, anestesia geral, convulsões ,etc. são fatores predisponentes
- Podem ocorrer também por disseminação hematogênica ou após pneumonias;
- Maior risco em portadores de doença periodônticas
- Menor incidência em crianças.

Manifestações Clínicas

- Início insidioso dos sintomas.
- Tosse, febre, taquipnéia, dispnéia, dor torácica, perda de peso e hemoptise.
- Vômica:Tosse com expectoração de escarro purulento e odor fétido, que sugere etiologia anaeróbia.

Tratamento

- Tratamento conservador é recomendado.
- Anaeróbicos, *S. aureus* e grans negativos são os agentes mais frequentes.
- Em 1/3 a etiologia é mista.
- Curso de 2 a 3 semanas de ATB parenterais para os casos não-complicados, seguidos por ATB oral por um total de 4 a 6 semanas.
- Cobertura contra *S. aureus* e anaeróbios, tais como clindamicina ou amoxacilina/ácido clavulânico, penicilina, metronidazol, etc
- Se há suspeita de bactérias Gram negativas, associar aminiglicosídeos.

