

CASO CLÍNICO DO MÊS

Luciana Zignago Moreira dos Santos
Pneumologia e Alergologia Pediátrica

Março 2013

Caso Clínico do Mês Março 2012

HMA

- Nome: PHPDS Idade 9a19d Pront 108059
- Admissão: 22/02/2013
- Trata-se de criança 9 anos P 27Kg há 10 dias com quadro de miíase em couro cabeludo. Após 2 dias iniciado febre (duração 3 dias), vômitos, dor abdominal e em região cervical. Fez uso de amoxicilina por 2 dias.

Caso Clínico do Mês

HMA

- Internação em 18/02 (em Viçosa) com quadro de sepse, lesões impetiginosas disseminadas em todo o couro cabeludo, edema cervical acentuado e doloroso, linfadenomegalia e rebaixamento de fígado.

Caso Clínico do Mês

HMA

- Apresentava-se taquicárdico, taquidispnéico (70irpm) e com entrada de ar reduzida em hemitorax direito.
- Iniciado ceftriaxona + oxacilina. Recebeu uma dose de ivermectina em 21/02
- Solicitado vaga em CTI local e encaminhado ao serviço

Caso Clínico do Mês

HPP

- Nasceu termo sem intercorrências
- Nega alergias
- Nega uso regular de medicações
- Nega internações anteriores

HF

- Pai com HAS
- Mãe e 2 irmãs hípidas

Caso Clínico do Mês

ADMISSÃO NO CTI LOCAL

- Admissão no CTI local às 02h de 22/02 acompanhado de médico em O2 por máscara facial com reservatório, acesso venoso periférico, consciente, taquipnéico, estável hemodinamicamente.

ADMISSÃO NO CTI LOCAL

- EXAME FÍSICO À ADMISSÃO
 - Consciente, ativo, reativo, hipocorado, hidratado, pulsos cheios, perfusão capilar < 2seg
 - ACV: RCR FC 112bpm
 - AR: MV+ diminuído em HTX direito mais em base FR 80irpm, esforço leve Sat O2 100% em máscara com reservatório

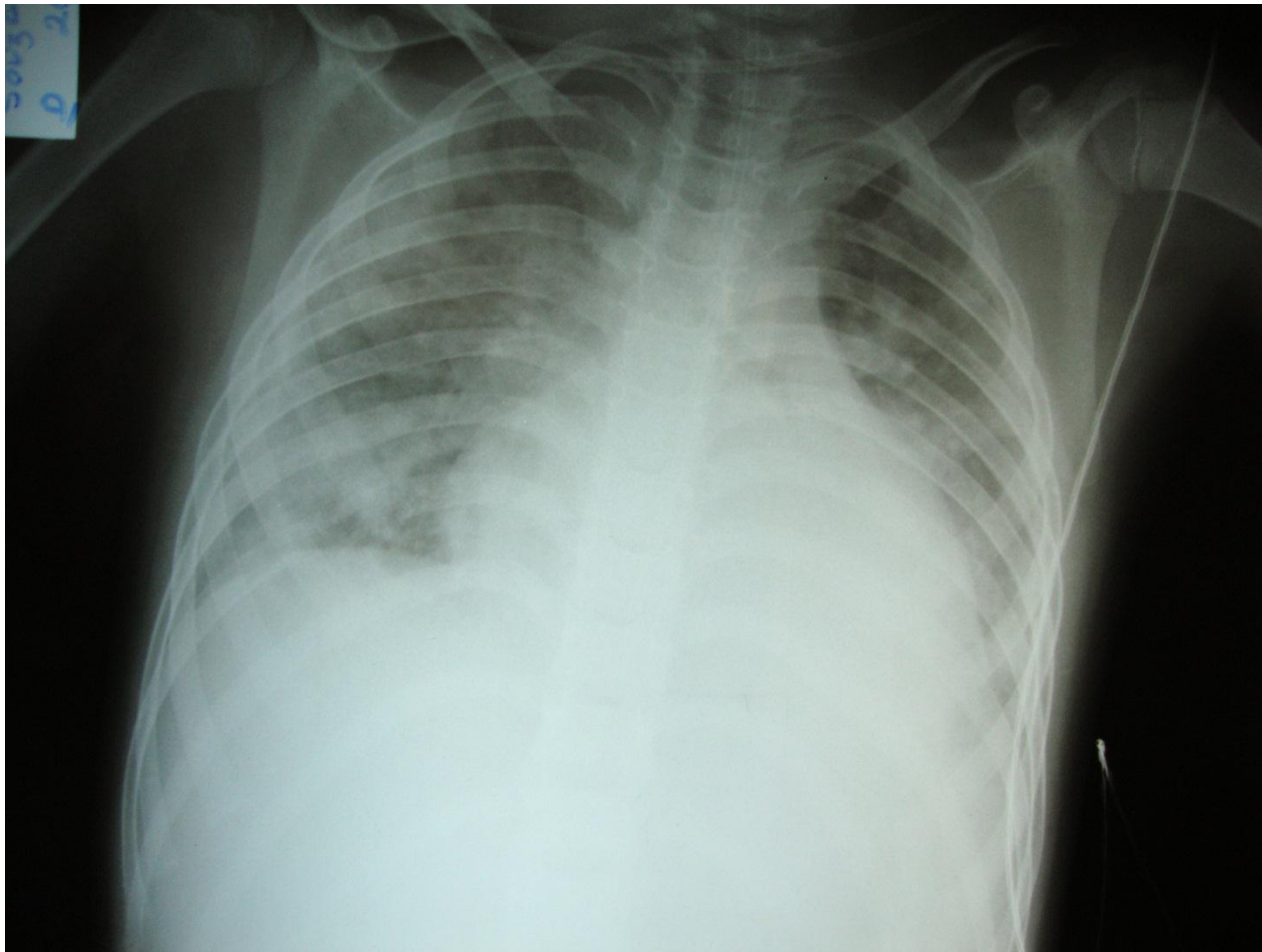
Caso Clínico do Mês

ADMISSÃO NO CTI LOCAL

- EXAME FÍSICO À ADMISSÃO
 - ABD: Fígado 4cm RCD, doloroso à palpação
 - Pele: Lesões pustulosas em couro cabeludo, edema cervical com dor à palpação

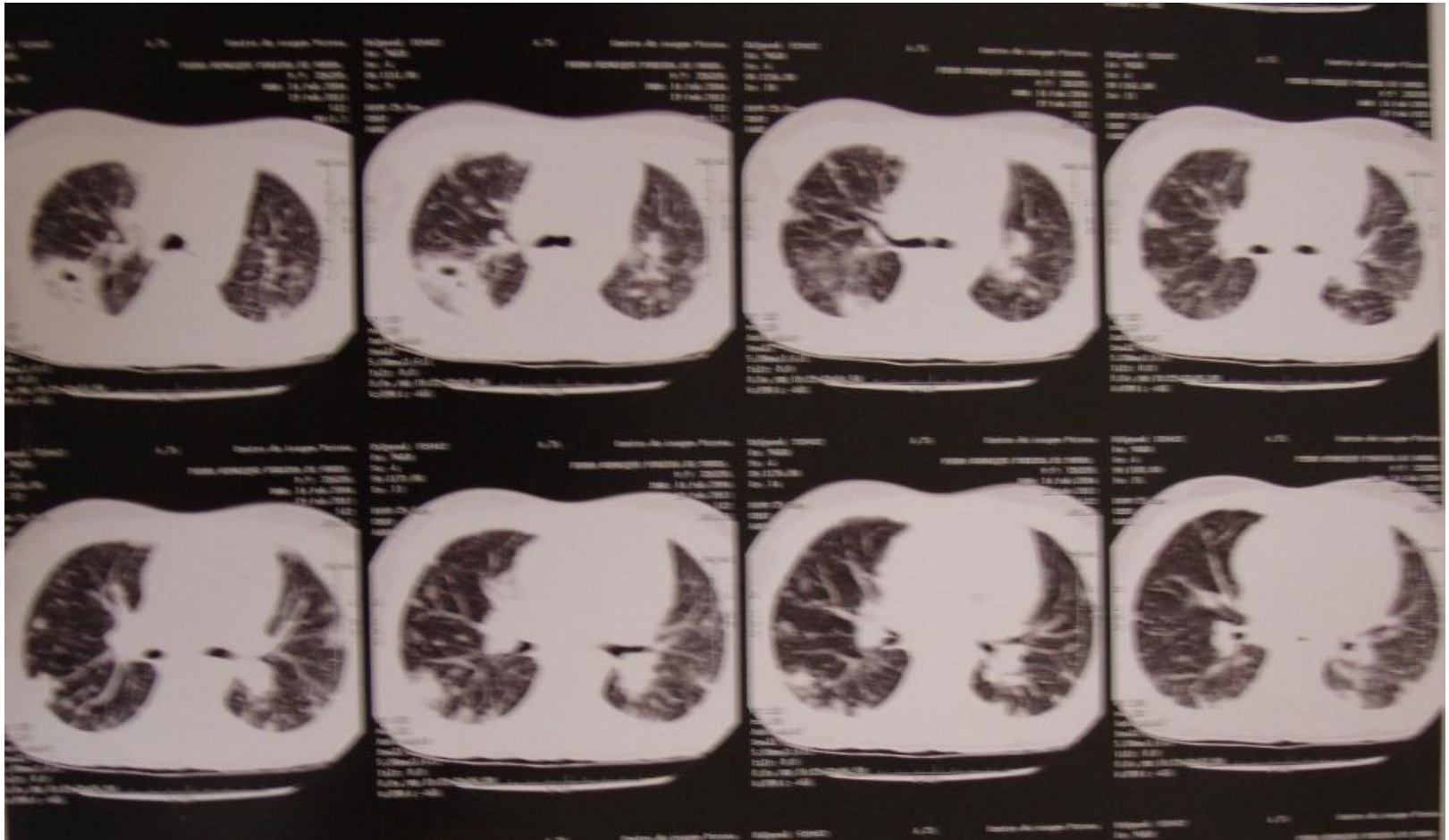
Caso Clínico do Mês

EXAMES



Caso Clínico do Mês

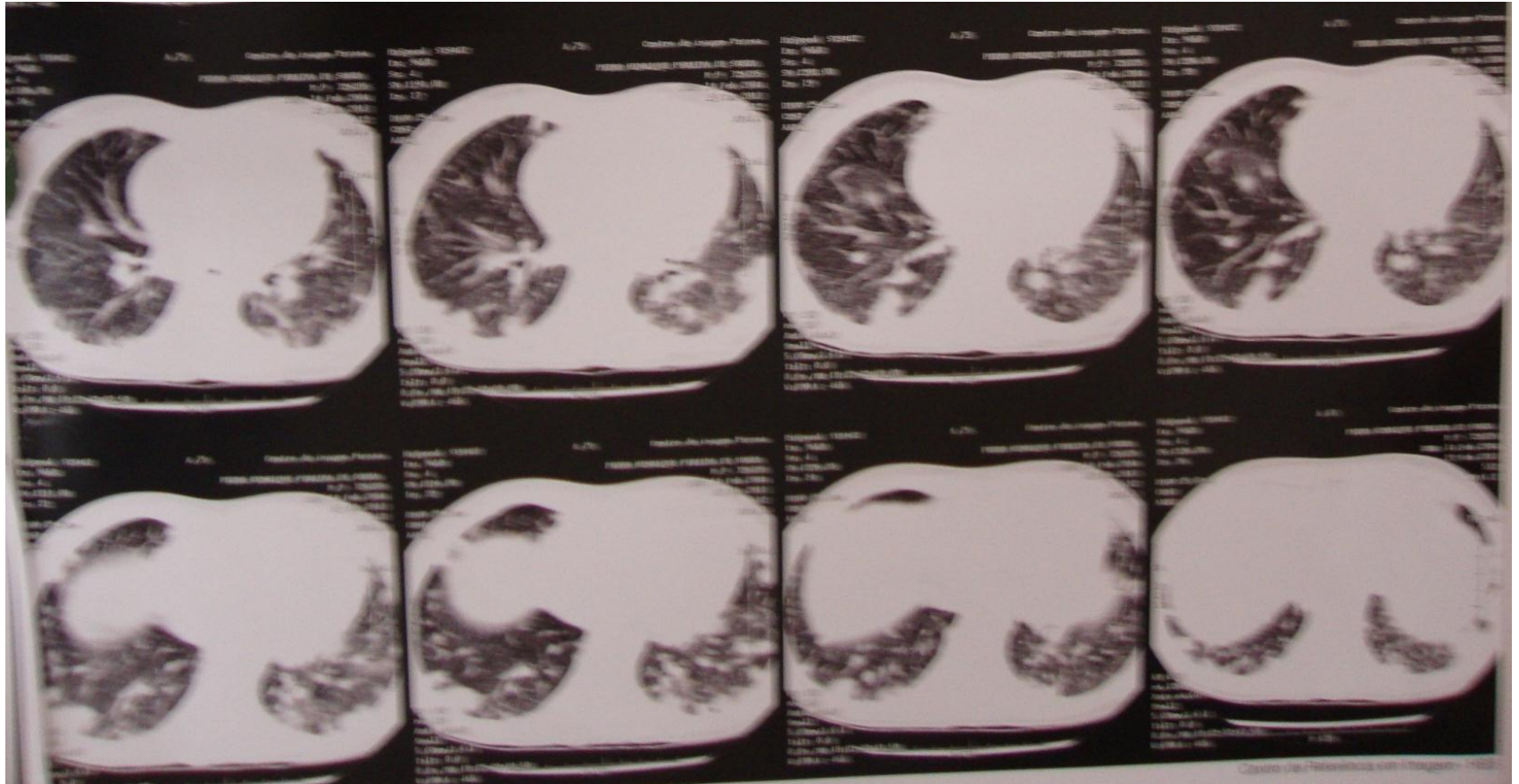
EXAMES



Tomografia de tórax 19/02/2013

Caso Clínico do Mês

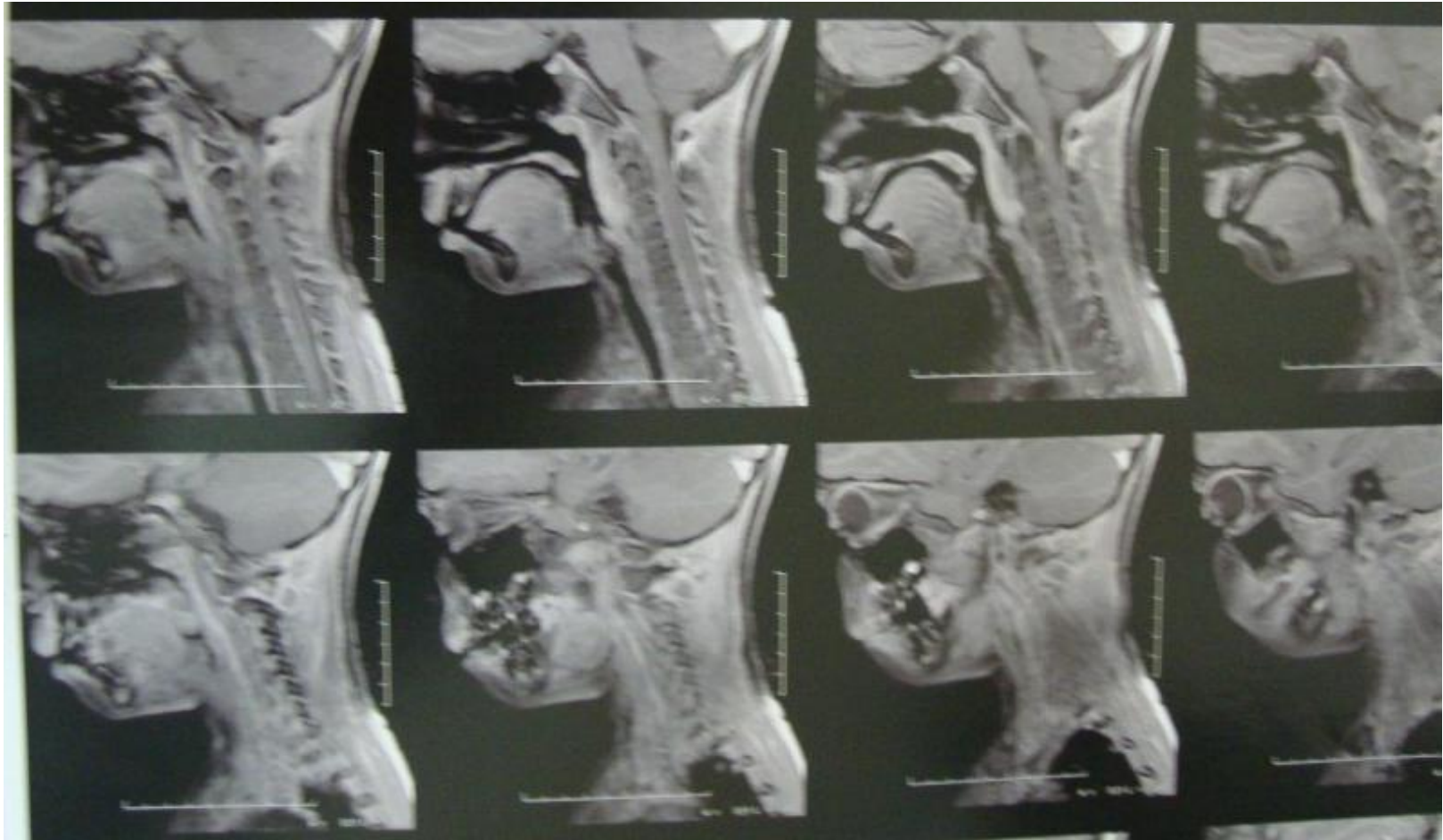
EXAMES



Tomografia de tórax 19/02/2013

Caso Clínico do Mês

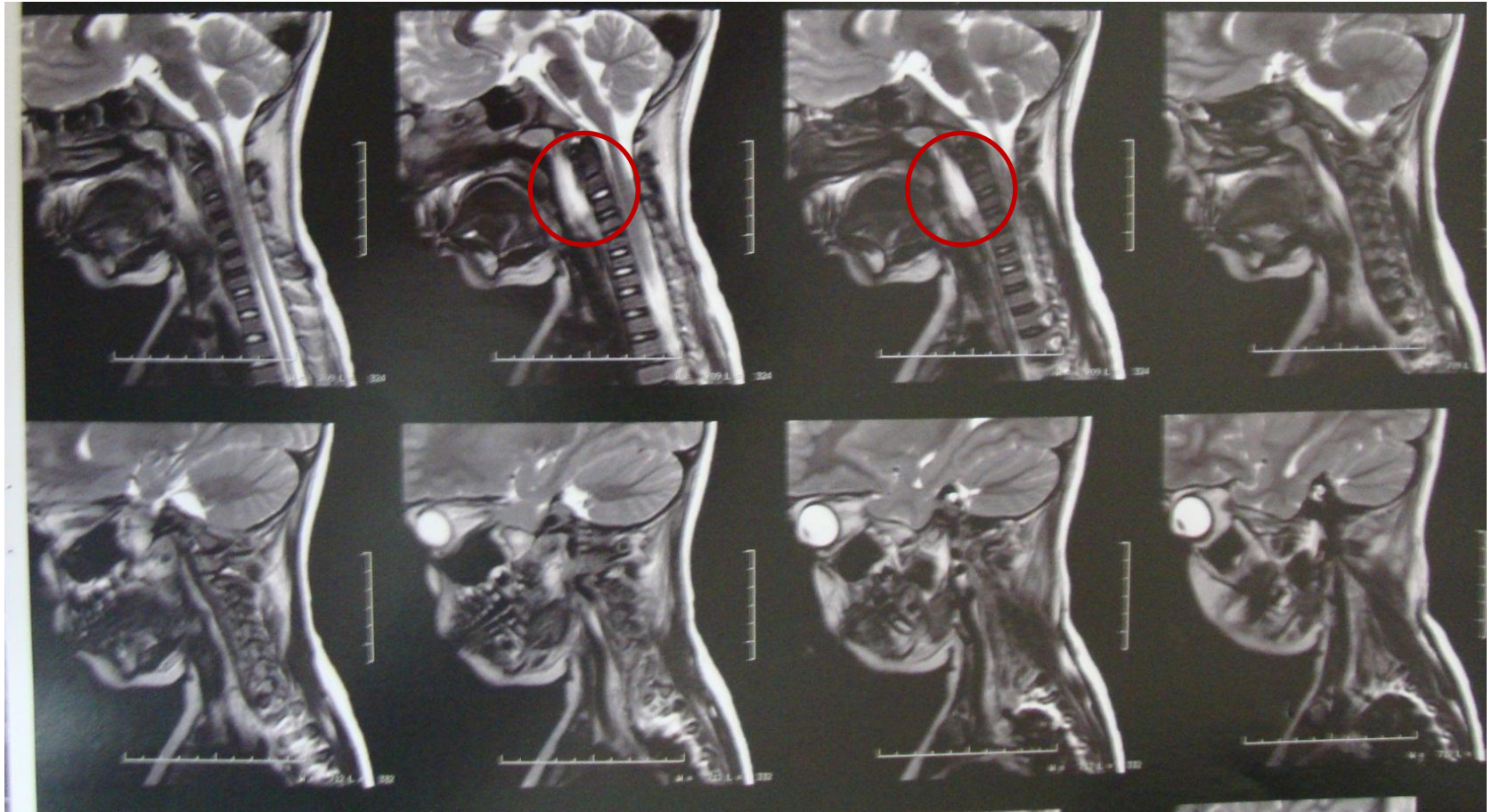
EXAMES



Ressonância de região cervical sem contraste 19/02/2013

Caso Clínico do Mês

EXAMES



Ressonância de região cervical com contraste 19/02/2013

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

??????????

EVOLUÇÃO

- Neurológico: sem intercorrências
- Respiratório: Necessitou de O₂ por máscara de Venturi 35% até 02/03 quando colocado em CN 1L/min. Em ar ambiente desde 06/03
- Hemodinâmico: sem intercorrências.
- Realizado Duplex de carótidas e jugular em 26/02

EVOLUÇÃO

- Nutricional: Iniciado dieta Nutrini em 23/02. Em uso de dieta oral desde 27/02 com boa tolerância.
- Metabólico: sem intercorrências.
- Infecioso: Iniciado clindamicina e cefepime à admissão. Em 25/02 discutido com CCIH optado por suspender cefepime (HC 22/02 S. aureus multissensível. Usou clindamicina venosa por 13 dias. Modificado para cefalexina em 06/03. Suspenso ATB em 08/03

Caso Clínico do Mês

EXAMES REALIZADOS NO HIJPII

- 22/02: Na 136 K 3,96 Cl 105 Ca 7,7 Creat 0,3
Ur 8,3
- 25/02: Hb 8,8 Htc 24,7 LG 30600
B8S73E1M3L15 Plaq 350000 PCR 266
- 26/02: Duplex de carótidas e jugular: sem
alterações
- 06/03: Hb 9,4 Htc 26,7 LG 9100
B2S49E3L41LA1 Plaq 765000 PCR 19,98
- HIV Neg

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

SÍNDROME DE LEMIERRE

Caso Clínico do Mês

Síndrome de Lemierre

- É uma doença rara
- Descrita pela primeira vez em 1936
- Apresenta morbimortalidade significativa
- Mais comum em adultos jovens

Caso Clínico do Mês

Síndrome de Lemierre

- Evento inicial é a faringite em geral associado ao envolvimento tonsilar e peritonsilar
- Agentes etiológicos: *Fusobacterium necrophorum*(81%), havendo casos descritos de infecção por *Staphylococcus aureus*, *Porphyromonas spp.* e *Streptococcus pyogenes*
- Infecção estende-se ao espaço parafaríngeo (podendo atingir veia jugular interna, artéria carótida, nervo vago e linfonodos)

Síndrome de Lemierre

- As manifestações clínicas incluem
 - febre ($> 39^{\circ}$ C) 82,5%,
 - calafrios,
 - prostração severa,
 - alterações respiratórias, podendo haver dor, hiperestesia, edema ou massa sobre o ângulo da mandíbula ou ao longo do esternocleidomastoideo
 - Edema ou rigidez no pescoço (53% em faringite recente)

Síndrome de Lemierre

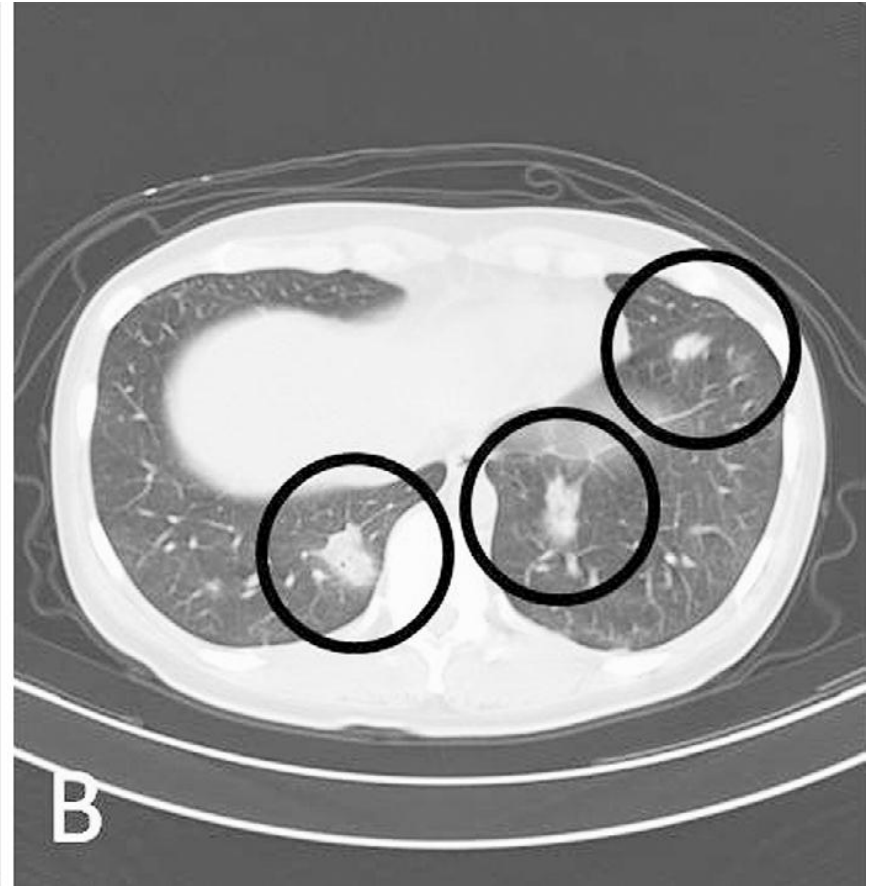
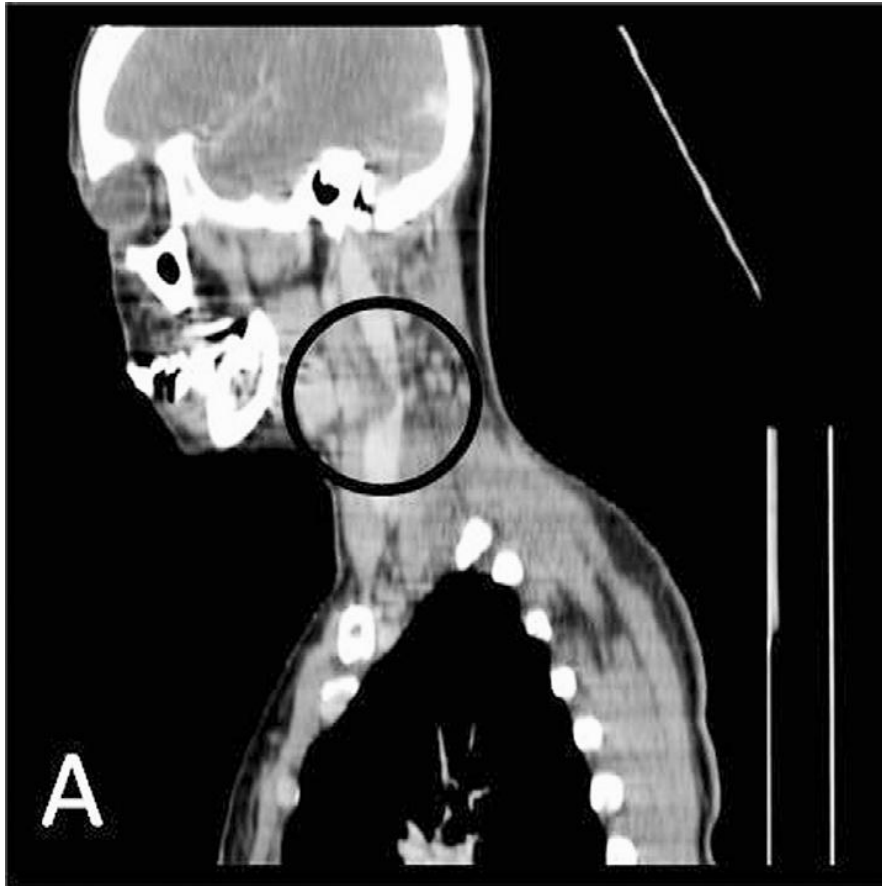
- As manifestações clínicas incluem
 - Êmbolos sépticos para o pulmão acontecem em 97% dos casos.
 - Pode evoluir para abscessos pulmonares e empiema.
 - Abscessos metastáticos podem ocorrer em outros lugares, gerando principalmente artrite séptica e osteomielite.

Síndrome de Lemierre

- Diagnóstico
 - O diagnóstico deve ser iniciado pela identificação do micro-organismo por hemocultura, aspiração da veia trombosada ou cultura direta da veia
 - O diagnóstico definitivo pode ser feito com tomografia computadorizada, flebografia, ecografia simples ou *duplex scan*

Caso Clínico do Mês

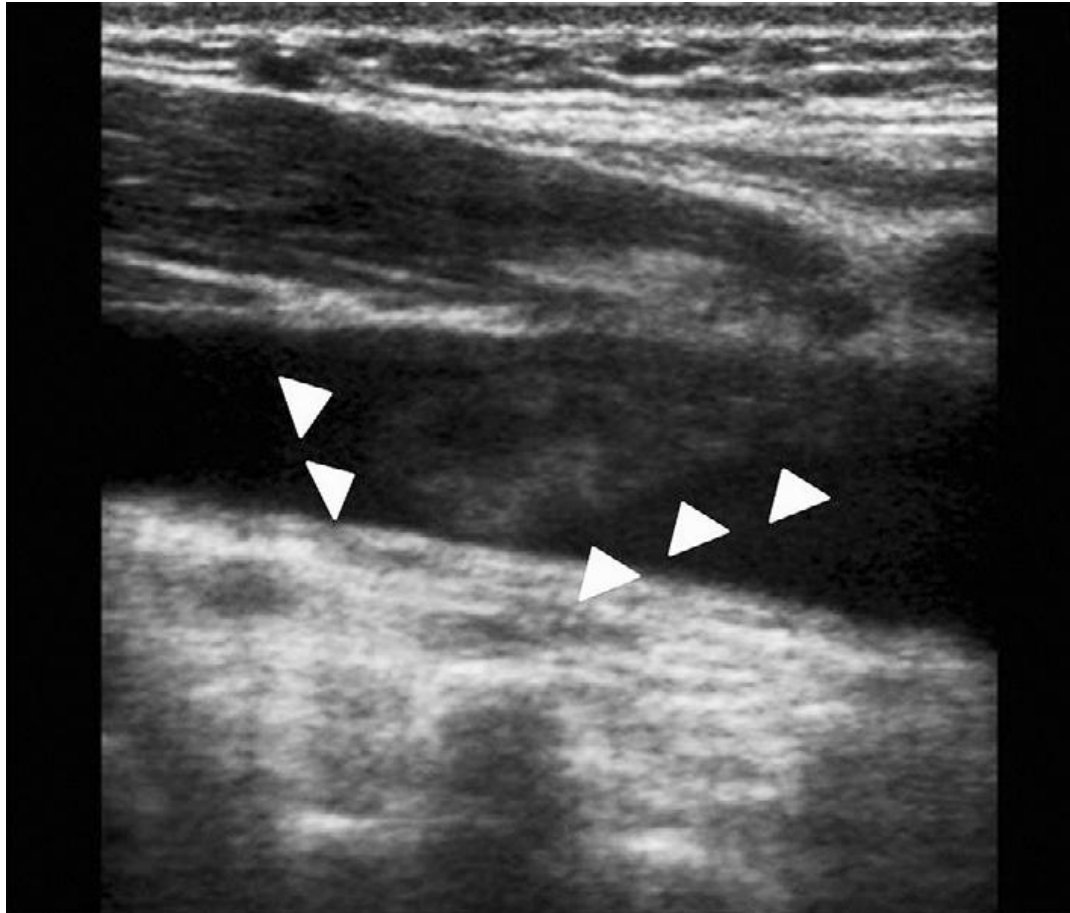
Síndrome de Lemierre



A: Trombose de veia jugular direita B: Vários nódulos pulmonares em TC tórax

Caso Clínico do Mês

Síndrome de Lemierre



Trombose veia jugular direita pela ultrassonografia

Síndrome de Lemierre

- Tratamento
 - Antibioticoterapia com cobertura para anaeróbios por 4 semanas ou até que abscessos pulmonares tenham desaparecido na TC
 - Ligadura e excisão da veia jugular interna (raramente necessária)
 - Drenagem de abscessos e empiemas pulmonares
 - Anticoagulação ?