



COLETÂNEA CIENTÍFICA
PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
Relatos de Casos em Saúde

2ª EDIÇÃO
Volume III



 @itpacporto  @itpacportooficial

COLETÂNEA CIENTÍFICA PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS: RELATOS DE CASO EM SAÚDE

SEGUNDA EDIÇÃO

VOLUME III

ANO: 2020

ORGANIZADORES

FELIPE CAMARGO MUNHOZ
VANESSA REGINA MACIEL UZAN DE MORAES
EDINAURA RIOS CUNHA
SÉRGIO RICARDO RAFACHO ESTEVES
ANDRÉ MOREIRA ROCHA
RONYERE OLEGÁRIO DE ARAÚJO
THOMPSON OLIVEIRA TURÍBIO
NELZIR MARTINS COSTA
WARLEY RIBEIRO DA SILVA

APOIO:

NEPO - NÚCLEO DE ENSINO, EXTENSÃO E PESQUISA ODONTOLÓGICA DO ITPAC/PORTO
CPA – COMISSÃO PRÓPRIA DE AVALIAÇÃO
INNOVATIVE – NÚCLEO DE INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS
DISCIPLINA DE TCC DO CURSO DE MEDICINA
DISCIPLINA DE TCC DO CURSO DE ODONTOLOGIA

2020©ITPAC Porto Nacional

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte.

**COLETÂNEA CIENTÍFICA PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS: Relatos de casos em saúde.
Volume 3 2ª edição**

Publicação

FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

Diretoria Geral

Edison Pimentel da Silva
edison.pimentel@itpacporto.edu.br

Medicina

José Maria Sinimbu de Lima Filho
medicina@itpacporto.com.br

Odontologia

Sérgio Ricardo Rafacho Esteves
odontologia@itpacporto.com.br

CoPPEX

Larissa Jacome Barros Silvestre
larissa.silvestre@itpacporto.edu.br

Biblioteca

Raquel Modesto
raquel.modesto@itpacporto.edu.br

Diretoria Acadêmica

Maria Dilce Wania R. de Almeida Nascimento
dilce.nascimento@itpacporto.edu.br

Enfermagem

Karine Kummer Gemelli
enfermagem@itpacporto.com.br

Clínica Odontológica

Alcides Gomes De Oliveira
alcides.oliveira@itpacporto.edu.br

Ambulatório

Bruna Mirelly Simões Vieira
bruna.vieira@itpacporto.edu.br

Rua 02, Quadra07, S/N, Jardim dos Ipês
CEP: 77500-Porto Nacional - TO
Tel.: (63) 3363-9600 E-mail: www.itpacporto.edu.br

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca FAPAC – ITPAC Porto Nacional**

C694 Coletânea científica Presidente Antônio Carlos: relatos de casos em saúde - volume 3/
Organizadores Felipe Camargo Munhoz et al. -2. ed.- Porto Nacional –To: FAPAC- Itpac Porto:
2020.

34p. il.

ISBN 978-85-69629-65-8 (obra completa)
ISBN 978-85-69629-64-1 (v.3)

1. Saúde - relatos de caso 2. Coletânea I. MUNHOZ, Felipe Camargo.

CDD 610.72

**Responsável:
Bibliotecária: Raquel Modesto CRB_2/1285**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	5
RELATO DE CASO - UMA MANCHA CAFÉ COM LEITE, UM NEUROFIBROMA CALCIFICADO, NENHUM NÓDULO DE LISCH. SERÁ NEUROFIBROMATOSE?.....	5
CAPÍTULO 2.....	7
RELATO DE CASO - FIBROMIALGIA.....	7
CAPÍTULO 3.....	9
RELATO DE CASO - O DESAFIO DA GESTAÇÃO EM UMA PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	9
CAPÍTULO 4.....	11
RELATO DE CASO - HEPATOCARCINOMA: UM DESAFIO NA ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	11
CAPÍTULO 5.....	12
RELATO DE CASO - LESÕES EM TRATO DIGESTIVO ALTO CAUSADAS POR 1,1'-DIMETIL-4,4'-BIPYRIDILO	12
CAPÍTULO 6.....	14
RELATO DE CASO – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE HASHIMOTO.....	14
CAPÍTULO 7	16
RELATO DE CASO - A FIBRILAÇÃO ATRIAL COMO CONSEQUÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	16
CAPÍTULO 8.....	18
RELATO DE CASO - O DIAGNÓSTICO ASSOCIADO DE SÍNDROME DE SJÖGREN E ARTRITE REUMATÓIDE.....	18
CAPÍTULO 9.....	20
RELATO DE CASO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ABSCESSO EM PACIENTE DE RISCO	20
CAPÍTULO 10.....	22
RELATO DE CASO - GASTROPATIA HIPERTENSIVA CORRELACIONADA A CIRROSE HEPÁTICA.....	22
CAPÍTULO 11	24
RELATO DE CASO - A IMPORTÂNCIA DA ARTROCENTESE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE	24
CAPÍTULO 12.....	26
RELATO DE CASO - DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS QUE ANDAM ACOMPANHADAS : TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E SÍNDROME DO PÂNICO	26
CAPÍTULO 13.....	27
RELATO DE CASO - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COMPLICADA..	27
CAPÍTULO 14.....	29
RELATO DE CASO - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA DE FORMA TUBERCULÓIDE CRÔNICA	29

CAPÍTULO 15.....	31
RELATO DE CASO - USO PROLONGADO DE FENOBARBITAL EM PACIENTE COM CRITÉRIO DE CURA PARA EPILEPSIA.....	31
RELATO DE CASO - A DOENÇA DE CROHN E A SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA COMPLEXA.....	33
CAPÍTULO 17.....	35
RELATO DE CASO CLÍNICO - HIDRADENITE.....	35
CAPÍTULO 18.....	36
RELATO DE CASO - ALCOOLISMO E CIRROSE HEPÁTICA.....	36
CAPÍTULO 19.....	38
RELATO DE CASO - ARTRITES SECUNDÁRIAS ÀS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.....	38
CAPÍTULO 20.....	40
RELATO DE CASO - LES: NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO E FASE ATIVA DA DOENÇA.....	40
CAPÍTULO 21.....	42
ARTRITE REUMATÓIDE ATÍPICA, ASSOCIADA À SÍNDROME CONSUPTIVA.....	42

CAPÍTULO 1

RELATO DE CASO - UMA MANCHA CAFÉ COM LEITE, UM NEUROFIBROMA CALCIFICADO, NENHUM NÓDULO DE LISCH. SERÁ NEUROFIBROMATOSE?

Daiany Pereira de Castro¹

Patrícia Vieira Pires¹

Asterio Souza Magalhaes Filho²

Nelzir Martins Costa²

José Maria Sinimbu de Lima Filho²

Danilo Felix Daud²

Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: As neurofibromatoses correspondem a um grupo de diferentes doenças genéticas com vários aspectos em comum, As duas principais são a doença de Von Recklinghausen, que corresponde a neurofibromatose tipo 1 (NF-1), representando 90% dos casos, e a neurofibromatose tipo 2 (NF-2), que corresponde a neurofibromatose acústica bilateral. A NF-1 é uma doença genética das mais frequentes, que se caracteriza clinicamente por lesões cutâneas peculiares (manchas café – au- lait, efélides em dobras, neurofibromas múltiplos) e lesões hamartomatosas em ossos, olhos, glândulas e SNC. **Relato de caso:** Paciente E.N, sexo feminino, 28 anos, procedente de Luzimangues-To, procurou o Centro de Especialidades Médicas de Porto Nacional – To, devido aumento progressivo de volume e dor na região halux esquerda, com queixa de parestesia no membro correspondente, há cerca de seis meses. Foi realizada uma biópsia incisional na região, e o material foi enviado para análise histopatológica, que revelou fibras delgadas, onduladas, levemente eosinofílicas, formando feixes frouxos que se estendem em diversas direções. São entremeadas por grande quantidade de células de núcleos oval ou fusiforme, de aspecto uniforme e não encapsulado, quadro histológico condizente com neurofibroma. Diante desse quadro foi levantado a hipótese do diagnóstico de neurofibromatose tipo 1, sendo assim a paciente foi encaminhada para a realização de uma avaliação multidisciplinar, compreendida por dermatologista, oftalmologista e neurologista. Estando presentes apenas essa lesão no pé esquerdo, uma mancha café com leite na perna direita e bastante queixa de déficit de aprendizagem, distúrbio da visão e formigamento várias vezes ao dia. **Discussão/Conclusões:** O caso relatado apresenta achados clínicos e histológicos característicos da lesão. Apesar de se tratar de uma lesão comum, não temos encontrado, com frequência, esse tipo de lesão no nosso exercício profissional, excetuando-se nos casos associados à neurofibromatose ou doença de Von Recklinghausen. Diante do diagnóstico de neurofibroma, é indispensável à investigação de neurofibromatose.

Palavras chave: Neurofibroma; neurofibromatose; nódulo

REFERÊNCIAS

Souza JF, Toledo LL, Ferreira MCM, Rodrigues LOC, Rezende NA. Neurofibromatose tipo 1: mais comum e mais grave do que se imagina. Rev Assoc Med Bras. 2009.

Ritz Filho GM, Batti HTB, Viçeti NC, Roça GB, Pintarelli G. Neurofi-broma plexiforme gigante de dorso: relato de caso. Rev Bras Cir Plást. 2009.

CAPÍTULO 2

RELATO DE CASO - FIBROMIALGIA

Júlia Cunha David¹
 Villena Tavares de Souza¹
 Asterio Souza Magalhaes Filho²
 Nelzir Martins Costa²
 Danilo Felix Daud²
 José Maria Sinimbu de Lima Filho²
 Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A fibromialgia é uma síndrome dolorosa musculoesquelética, não inflamatória, de etiologia desconhecida. O quadro doloroso precisa estar presente por no mínimo 3 meses para configurar suspeita da doença, podendo aparecer após um evento traumático e geralmente acompanhado de sono não reparador, fadiga, cefaleia, ansiedade, depressão e acomete principalmente mulheres entre 30 e 60 anos de idade. Seu diagnóstico é clínico, não possuindo alteração em exames laboratoriais e compromete a qualidade de vida do paciente. **Relato de caso:** Paciente G.F.L.O., 43 anos, sexo feminino, professora, encaminhada para avaliação com suspeita de fibromialgia. Iniciou quadro algico após atropelamento há 5 anos, onde sofreu fraturas de MSD, MID e coluna lombar. Há um ano e meio, houve piora do quadro, após falecimento do pai. Queixa-se de desanimo, ansiedade, choro fácil, interferência no sono, fonofobia e fobia social. Em uso de antidepressivo, ansiolítico e analgésico. Ao exame físico, teste de Lasègue positivo, rotação de quadril interna e externa dolorosa bilateralmente, pressão plantar dolorosa bilateralmente, palpação maleolar dolorosa bilateralmente, palpação dolorosa em bursa trocantérica direita, manobra de Phalen positivo, teste de Jobe positivo e sensibilidade de 18/18 tender points. VHS, PCR, FR, TSH e T4 livre dentro dos padrões de normalidade. **Conclusão:** O quadro de algia da paciente em questão, demonstra estar intimamente relacionado à evento traumático prévio, resultando em alterações psicoemocionais e dessa maneira, perfazendo uma clínica que é clássica da doença em questão. Diante do diagnóstico de fibromialgia, faz-se necessário realizar um tratamento combinado entre psicoterapia, fisioterapia e farmacoterapia, abrangendo amplamente as queixas do paciente, pois nenhuma delas é eficaz se realizadas de maneira isolada.

Palavras-chave: Dor. Fibromialgia. Reumatologia. Depressão.

REFERÊNCIAS

PROVENZA, JR et al. Fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 443-449, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600008>.

HELFENSTEIN JUNIOR, Milton; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César Augusto Fávaro. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>.

CAPÍTULO 3

RELATO DE CASO - O DESAFIO DA GESTAÇÃO EM UMA PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Daniella Ferreira Aguiar¹
Fernanda Holanda Aguiar¹
Asterio Souza Magalhaes Filho²
Danilo Felix Daud²
Thompson de Oliveira Turibio²
Talita Rocha Cardoso²
Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A artrite reumatoide caracteriza-se como uma inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações. É uma doença inflamatória, autoimune e crônica que atinge com mais frequência mulheres. Na gestação não parece estar associada ao aborto, mas está associada a diversas complicações, incluindo parto prematuro, e cesarianas. **Descrição do caso:** B.C.A.S, 34 anos, feminino, negra, doméstica, hipertensa, gestante de 33 semanas, apresentou no Ambulatório ITPAC- Porto relatando dor em articulação do punho esquerdo de intensidade 8/10, que piora na madrugada e melhora com imobilização. Associada a parestesia e miastenia no punho esquerdo. Relata ainda rigidez matinal que melhora após 1 hora. Ao exame físico de membros inferiores, edema com cacifo 2+/4+ em perna direita com dor a palpação em tornozelo direito e aumento de temperatura, ao membro esquerdo apresenta cacifo 1+/4+ , sem dor a palpação, e temperatura sem alteração. Punho esquerdo com manobra de Phalen positiva, dor a rotação externa, edema e aumento de temperatura. Laboratório evidenciou Fator Reumatoide positivo (16UI/ml), FAN 1/640, VHS 70mm/h, PCR 6ml/L, Glicemia capilar 123mg/dL. À ultrassonografia do punho esquerdo evidenciou articulações intercarvais com contornos irregulares e com aumento do fluxo vascular junto às suas cartilagens articulares. Medicada com prednisona 5mg, metildopa 500mg, sulfato ferroso e cálcio. **Discussão:** A paciente hipertensa e com Artrite Reumatoide diagnosticada há 6 anos enfrenta as circunstância da doença metabólica e autoimune durante a gestação. A gestação pode alterar o estado imune que pode ter um impacto no curso de toda a doença autoimune (Artrite Reumatoide). Nos estados avançados de gravidez pode haver uma lombalgia e um edema dos pés. Se uma crise ocorrer durante a gestação, ela é tratada com prednisona (um corticosteroide), que é o utilizado pela paciente. Caso a prednisona seja ineficaz, é possível que um medicamento que suprime o sistema imunológico (imunossupressor) seja utilizado. A hipertensão é uma doença comum em gestantes (5-10%), cuja incidência está crescendo, em parte relacionada com obesidade, gravidez em idade avançada e em mulheres com comorbidades.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Gravidez. Prednisona.

REFERÊNCIAS

ALAMANOS, Y.; VOULGARI, P. V.; DROSOS, A. A. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*, v. 36, p. 182-8, 2006.

CAPPUZZO, K. A. Diagnosis and treatment of early active rheumatoid arthritis. *Consult Pharm*, v. 23, n. 12, p. 956-61, 2008.

CAPÍTULO 4

RELATO DE CASO - HEPATOCARCINOMA: UM DESAFIO NA ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Magalene Pires Slongo¹
 Patrícia Camponogara Fontana¹
 Asterio Souza Magalhaes Filho²
 Danilo Felix Daud²
 Larissa Jácome Barros Silvestre²
 Jose Lopes Soares Neto²
 Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: O hepatocarcinoma é a terceira causa de morte relacionada ao câncer, representa mais de 90% das neoplasias hepáticas primárias, com uma incidência progressiva ao avançar da idade, atingindo um pico em 70 anos. Entre as causas, o HCC está associado a fatores de risco como cirrose por álcool, hepatites virais crônicas e doenças metabólicas hereditárias. **Descrição do caso:** D.M., 71 a, fem., procedente de Porto Nacional, chegou à Unidade Básica de Saúde com queixa de astenia, inapetência e perda ponderal de mais ou menos 10Kg em 30 dias. Relata que, neste período, apresentava episódios diários de sudorese noturna, prurido intenso no corpo e icterícia ocular há 8 dias. Paciente portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 há 2 anos, faz uso de Metformina 500mg 2 vezes ao dia. Relatou colúria e constipação há 3 dias. Nega consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Exame Físico: regular estado geral, lúcida, orientada, icterícia 4+/4+, acianótica, sinais vitais estáveis. ABD: Flácido, globoso, ruídos hidroaéreos presentes, referindo dor a palpação profunda em hipocôndrio direito e massa palpável na mesma região, apresentando hepatomegalia a cerca de 8 cm do rebordo costal, sinal de Cullen (+). Exames laboratoriais: leucocitose e alteração da função hepática, AST 183 U/L e ALT 77 U/L, FA: 386 U/L, GGT: 249,2 U/L, BT: 3,06 mg/dL, BD: 2,71 mg/dL, albumina: 3,3 g/dL. Diante do quadro foi solicitado TC de abdômen e diagnosticado CA de Fígado com metástase em vários órgãos abdominais, tornando o procedimento cirúrgico inviável e a decisão por tratamentos paliativos. **Discussão:** No tratamento do HCC, a cirurgia é preferível se o tumor for ressecável. Pode optar-se pela quimioterapia que, se bem sucedida, permitirá a ressecção ou técnicas paliativas para alívio de sintomas e melhora da sobrevida. No caso relatado, foi realizado tratamento paliativo devido ao estado avançado da doença.

Palavras-chave: Hepatocarcinoma. Atenção Básica. Tratamento Paliativo.

REFERÊNCIAS

Gomes, M.A.; Priolli, D.G.; Tralhão, J.G.; Botelho, M.F. Carcinoma hepatocelular: epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2013.

CAPÍTULO 5

RELATO DE CASO - LESÕES EM TRATO DIGESTIVO ALTO CAUSADAS POR 1,1'-DIMETIL-4,4'-BIPIRIDILO

Mateus Gomes da Silva Filho¹
 Anderson de Oliveira Ireno¹
 Asterio Souza Magalhaes Filho²
 Danilo Felix Daud²
 Larissa Jácome Barros Silvestre²
 Jose Lopes Soares Neto²
 Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: 1,1'-dimetil-4,4'-bipiridilo é um herbicida utilizado na agricultura, principalmente, soja, arroz e feijão. Comercializado como Paraquat®, Gramoxone®, Gramocil®, Agroquat®, Gramuron®, Paraquol®. O agente destaca-se pelo alto índice de intoxicação e potencial fatalidade. No Brasil há um aumento progressivo, com um caso agudo a cada oito trabalhadores agrícolas examinados, estima-se que 2% dos brasileiros sejam contaminados anualmente por praguicidas. O índice de mortalidade pela substância, varia de 50-90%, isso deve-se à falta de antídoto para reverter o quadro clinicotóxicológico. O herbicida afeta principalmente o pulmão, que evolui com fibrose, mucosa gastrointestinal, rins e coração. **Relato do caso:** I.M.S, 36 anos, sexo feminino. Paciente relata ingestão suicida de Gramoxone®, informa disfagia e pirose. PA: 130 x 90 mmHg, FC: 80 bpm. Ao exame da cavidade oral evidenciou-se hiperemia extensa, recobrando o dorso da língua e orofaringe. Sistema cardiovascular e respiratório sem alterações, abdome plano, flácido e indolor às palpações, saturação de O₂ 97%. Paciente evoluiu com hematêmese no segundo dia de internação, foi solicitado Endoscopia Digestiva Alta (EDA). O laudo endoscópico explicita, língua hiperemiada com aspecto de abrasão química, hipofaringe e esôfago distal com hiperemia, sangramento em porejamento e abrasão química, gastrite de antro enantematosa de leve intensidade, duodenite enantematosa de moderada intensidade. Estabelecida a terapêutica adequada, paciente evoluiu sem complicações clínicas, recebeu alta após o quarto dia de internação. **Discussão:** Estudos indicam que as lesões do TGI por herbicida é fator de mau prognóstico, destacando-se injúrias da mucosa que desenvolve pirose, vômitos, diarreia, úlceras e raramente perfuração esofágica. Concomitantemente, a EDA deve ser realizada nas primeiras 24 horas da ingestão do herbicida, para avaliar intensidade das lesões cáusticas. **Conclusão:** O caso relatado e publicações levantadas demonstram a relevância dos efeitos tóxicos da substância, e traz à tona novos padrões de lesões gastrotóxicas ainda não descritas na literatura.

Palavras-chave: Paraquat. Herbicida. Intoxicação.

REFERÊNCIAS

LÓPEZ, Glenda Viales. Intoxicación por Paraquat. Medicina Legal da Costa Rica, v. 31, n. 2, jul. 2014.

NEVES, Fábio Fernandes; SOUSA, Romualdo Barroso; FILHO, Antônio Pazin et al. Intoxicação grave por paraquat: achados clínicos e radiológicos em um sobrevivente. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.36, n. 4, p. 513-516, março. 2010.

SCHMITT, Gabriela Cristina; PANIZ, Clóvis; GROTTTO, Denise et al. Aspectos gerais e diagnóstico clinicolaboratorial da intoxicação por paraquat. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 42, n. 4, p. 235-243, agosto. 2016.

CAPÍTULO 6

RELATO DE CASO – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE HASHIMOTO

Fernanda Martins Concer¹Thaynara Araujo e Silva¹Asterio Souza Magalhaes Filho²Denise Ramos Costa²Larissa Jácome Barros Silvestre²Jose Lopes Soares Neto²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: Na Doença de Hashimoto ou Tireoidite autoimune crônica os anticorpos produzidos pelo próprio organismo acabam atacando e destruindo as células tireoidianas. Os pacientes apresentam aumento da Tireoide, cansaço, títulos elevados de Anti – TPO e Anti – TG e em geral evoluem com um Hipotireoidismo subclínico. **Descrição do caso:** F.M.C., 31 anos, feminino, branca, estudante, apresentando leve cansaço, sem outros sintomas, apresenta TSH 7,73 microUI/mL e T4 livre 0,91 ng/dL. Realizado exame físico, foi observado nódulo em lobo direito da tireoide. Exames laboratoriais com TSH 5,10 microUI/mL, Anti-TPO 4,00 UI/mL, Anti-TG 69 UI/mL, T4 livre 0,85 ng/dL, no exame de imagem evidenciou nódulo no lobo direito da tireoide e presença de sinais tireiodeopatia crônica, na biopsia por PAAF-UG revelou atipias de significado indeterminado (ASCUS). Medicada com levotiroxina de 25mg e orientada quanto a necessidade de repetir os exames em 3 meses. **Discussão:** Paciente jovem apresenta alterações em exames da função tireoidiana que confirmou a hipótese de Tireoidite de Hashimoto e nódulo em lobo direito. A doença de Hashimoto, atualmente, é considerada a patologia autoimune mais frequente, com ação órgão-específica. Essa resulta de incapacidade dos linfócitos T supressores de destruir clones de linfócitos sensibilizados pelo antígeno tireoidiano, assim produzindo anticorpos contra componentes da tireoide, podendo acarretar em variados graus de disfunção, bócio ou atrofia da glândula. O nódulo tireoidiano é mais frequente em mulheres, quando sua citologia revela atipia de significado indeterminado recomenda-se a repetição da PAAF-UG com intervalo de 3-6 meses, caso o resultado persista, a cirurgia é indicado em alta suspeita clínica ou nódulo maior de 2 cm. O nódulo tireoidiano é uma patologia frequente em mulheres, aproximadamente 4% a 7%, apresentando-se na maioria das vezes de forma benigna.

Palavras-chave: Doença de Hashimoto, Nódulo tireoidiano, Hipotireoidismo.

REFERÊNCIAS

COSTA, C. C. B. MEDEIRO, M. Tireoidite de Hashimoto pode estar associada a um subgrupo de pacientes de esclerose sistêmica com hipertensão pulmonar. Paraná, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n5/0482-5004-rbr-54-05-0366.pdf>. Acesso em maio de 2019.

LOPES, Antônio Carlos: Tratado de Clínica Médica, Rio de Janeiro, v. 2, 3ª edição, p. 2493-2494, 2016.

ROSÁRIO, P. W. WARD, L. S. CARVALHO, G. A. GRAF, H. MACIEL, R. M. B. MACIEL, L. M. Z. MAIA, A. L. VAISMAN, M. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt_02.pdf. Acesso em maio de 2019.

CAPÍTULO 7

RELATO DE CASO - A FIBRILAÇÃO ATRIAL COMO CONSEQUÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

Júlia Schneider¹Sophia Machado Ayres Sardinha¹Asterio Souza Magalhaes Filho²Denise Ramos Costa²Larissa Jácome Barros Silvestre²Jose Lopes Soares Neto²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A Fibrilação Atrial (FA) ocorre quando anormalidades eletrofisiológicas alteram o tecido atrial e promovem formação/propagação anormal do impulso elétrico. Muitos fatores de risco clínicos estão associados ao aumento no risco de FA, tais como hipertensão (HAS), diabetes (DM), insuficiência cardíaca (IC), dentre outros. **Descrição do caso:** M.C.A, 81 anos, masculino, compareceu ao ambulatório médico do ITPAC/PORTO com queixa de dispneia iniciada há 02 anos, que piorou há 04 meses. Relata dispneia limitante, associada a episódios de dispneia paroxística noturna (DPN). Nega angina e relata palpitação esporádica. Hipocorado, acianótico e com dispneia leve. Bulhas arritmicas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial (PA) de 180/90 mmHg, SpO2 de 97% e frequência cardíaca de 65 bpm. Membros inferiores edemaciados (++/4+). Foi receitado Espironolactona 25 mg (1-0-0), Rivaroxabana 10 mg (0-0-1), trocou-se o Atenolol por Carvedilol 12,5 mg (1-0-1) e manteve a medicação em uso para HAS e DM. Foi solicitado eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico. Após 14 dias, paciente retorna com melhora clínica. ETT: fração de ejeção de 47%, Fibrilação. ECG: FA, alteração de repolarização do VE.

Discussão: O paciente idoso, homem, é muitas vezes difícil de conduzir/tratar, visto que demoram a ir ao serviço de saúde e são céticos em relação à terapêutica, tornando-se um desafio. Nossas primeiras hipóteses para o caso foram IC e HAS descompensada. Através do exame clínico, observamos que o paciente está congesto, com dispneia aos esforços e descontrole pressórico, o que indica uma IC, sendo sua possível causa a PA descompensada. Após investigações com exames complementares, identificou-se FA, que também pode causar dispneia, além das palpitações relatadas. A IC e HAS são as principais responsáveis pela FA nesse caso, o que evidencia a necessidade de orientar o paciente sobre o tratamento dessas condições, que estão extremamente interligadas, para que evitar novas complicações orgânicas.

Palavras-Chave: Fibrilação Atrial, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão.

REFERÊNCIAS

MAGALHAES, LP et al . II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 106, n. 4, supl. 2, p. 1-22, Apr. 2016.

ZIMERMAN LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2009.

CAPÍTULO 8

RELATO DE CASO - O DIAGNÓSTICO ASSOCIADO DE SÍNDROME DE SJÖGREN E ARTRITE REUMATÓIDE

Antonia Alyne Gomes Costa¹Fernanda De Menezes¹Cristiano da Silva Granadier²Denise Ramos Costa²Larissa Jácome Barros Silvestre²Jose Lopes Soares Neto²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A síndrome de Sjögren é uma doença sistêmica inflamatória crônica, de provável etiologia auto-imune, as glândulas lacrimais e salivares são os principais órgãos afetados pela infiltração linfoplasmocitária. A artrite reumatoide é uma doença autoimune de etiologia não esclarecida, caracterizada por inflamação sinovial e erosão óssea e em alguns casos, com manifestações extra-articulares. Descrição do caso: M.A.T, 25 anos, masculino, pardo, desempregado, ex etilista, apresentando ardência e prurido em ambos os olhos, edema, dor, rubor e calor em articulações em padrão poliarticular, caráter migratório e rigidez matinal. Olhos ressecados com eritema bilateral. Mãos, punhos, metatarsofalangeanas e joelhos apresentam dor, edema, aumento da temperatura, derrame articular bilaterais. Laboratório evidenciou VHS, PCR, FR aumentados em altos títulos, FAN pontilhado fino denso 1:160, Anti-RO e Anti-LA inferiores a 7 U/ml, HEP 2: placas metafásica cromossômica e núcleo reagente 1:160 e Anti-CCP: 5,1 U/ml. Medicado com Tecnonet 2,5mg, Reuquinol 400mg, Ácido fólico 5mg, Naproxeno 500mg e Colírio lubrificante.

Discussão: O paciente de origem rural no norte do Brasil, ex etilista, com quadro inflamatório é um desafio diagnóstico. A primeira hipótese diagnóstica confirmada para o caso foi a Síndrome de Sjögren mediante a clínica apresentada, entre inflamações articulares, mialgia e xeroftalmia. Não se obteve melhora significativa dos sintomas, o que levou a execução de novos exames para excluir outras causas associadas como Lúpus e Artrite Reumatóide. Mialgia, inchaço, edema em membros e derrame articular são manifestações encontradas no quadro de Artrite Reumatóide e outras doenças inflamatórias. As patologias autoimunes de caráter inflamatório estão intimamente associadas, o que dificulta um diagnóstico preciso e único. Com base na anamnese clínica e exames laboratoriais como marcadores anti-inflamatórios foi confirmado Artrite Reumatóide, correlacionando com a Síndrome de Sjögren.

Palavras-chave: Artrite Reumatoide; Síndrome de Sjögren; Doença Crônica.

REFERÊNCIAS

MOTAI, L.M.H. et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. Rev. Bras. Reumatol. vol.52 n.2. São Paulo Mar./Apr. 2012

FELBERG, S; DANTAS, P.E.C.Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. Arq Bras Oftalmol. 2006;v.69, n.6. p. 59-63. São Paulo. 2006.

CAPÍTULO 9

RELATO DE CASO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ABSCESSO EM PACIENTE DE RISCO

Leiany Coelho de Carvalho¹Manoel do Vale Morgado¹Cristiano da Silva Granadier²Denise Ramos Costa²Jose Lopes Soares Neto²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: As lesões por pressão (LPP) decorrem da isquemia devido a prolongada compressão extrínseca da pele, tecidos adjacentes e ossos, sendo um problema de saúde comum em pacientes acamados ou com alguma deficiência na mobilidade. Um estudo de 2010 evidenciou, em ulcerações infectadas de pacientes com lesão raquimedular traumática, prevalência do microrganismo (MO) *Staphylococcus aureus* em 85% dos casos. **Descrição do caso:** M.F.M.N., masculino, 52 anos, obeso, paraplégico há 7 anos e com LPP não classificável em região posterior da coxa esquerda há 3 anos. Relatou quadro de febre com calafrios há 2 dias, iniciando tratamento empírico com Nitrofurantoína 100mg. Exames laboratoriais: PCR (12,79 mg/dl) e EAS (glicosúria). Dois dias após o início de ATB apresentou piora, persistindo a febre alta (39°C) e calafrios, associado a falta de apetite e dor dorsal, trocando o antibiótico para Fosfomicina. Após a 2ª dose, apresentou sinais flogísticos em coxa esquerda, quando foi solicitado USG, RNM e raio X da região. Fez-se então o reajuste do antibiótico para o Ciprofloxacino 500mg. Após o 3º comprimido, notou-se saída de secreção purulenta pela LPP. Foi realizado uma coleta do material para cultura e exames de sangue, com PCR de 324,91 mg/L e cultura com identificação do MO: *Streptococcus agalactiae* (antibiograma com sensibilidade ao Cipro), mantendo o tratamento por 14 dias. **Discussão:** O paciente paraplégico com febre, sintoma inespecífico, possui um difícil diagnóstico. Por realizar auto sondagem vesical diária, as primeiras hipóteses diagnósticas transitaram entre uma cistite ou uma pielonefrite. Todavia a não melhora com os antibióticos e o aparecimento dos sinais flogísticos na coxa, possibilitou uma melhor investigação e mudança das hipóteses diagnósticas para uma infecção (com acúmulo de secreção) e porta de entrada através da LPP, sendo confirmado o abscesso através dos exames.

Palavras-chave: Abscesso; Fístula; Paraplegia

REFERÊNCIAS

DE OMENA BOMFIM, Emiliana et al. Úlceras por pressão em pacientes com lesão medular traumática: subsídios na identificação microbiológica. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, p. 747-758, 2014.

LUZ, Sheila Rampazzo et al. Úlceras de pressão. Geriatria & gerontologia, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010.

CAPÍTULO 10

RELATO DE CASO - GASTROPATIA HIPERTENSIVA CORRELACIONADA A CIRROSE HEPÁTICA

Cristiano da Silva Granadier²Jose Lopes Soares Neto²Denise Ramos Costa²Larissa Jácome Barros Silvestre²Talita Rocha Cardoso²Danilo Garcia Ruiz²²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A gastropatia hipertensiva portal é uma condição secundária associada ao sistema porta-hepático. Suas alterações de fluxo podem estar ligadas a doenças hepáticas, entre elas, a cirrose. Esta se refere a um processo de fibrose e conversão do parênquima em nódulos anormais, sendo o etilismo crônico sua principal etiologia. Como consequência tem-se a hipertensão portal (HP), pelo aumento da resistência do fluxo e elevação do influxo venoso portal pela deposição de tecido fibroso com compressão e vasoconstrição. Assim, a formação de colaterais portossistêmicos resulta em circulação hiperdinâmica, provocando dilatação e crescimento de varizes gastroesofágicas, responsáveis por lesões na mucosa característica da gastropatia alcoólica. Na Endoscopia Digestiva Alta (EDA), o padrão é mucosa em “mosaico” em fundo, corpo e antro gástrico que são pequenas áreas poligonais, levemente protusas no centro, circundadas por borda branco-amarelada. **Relato de caso:** P.R.F, sexo masculino, 46 anos, etilista crônico, com história de perda ponderal (média de 13 Kg em 2 meses). Há um mês apresentou icterícia, escarro com sangue e inapetência. Na admissão hospitalar apresentava: dor abdominal difusa, ausência de massa palpável, vômitos recorrentes, astenia, febre, letargia, insônia e prurido cutâneo. Alegava diurese escura e defecação diária. Ao exame físico (EF), regular estado geral, icterico (4+/4+). Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Os exames laboratoriais evidenciaram alterações na bilirrubina total, bilirrubina direta, fosfatase alcalina, gama GT, TGO, TGP, sódio, potássio, albumina e não reagente para hepatite C. Na ultrassonografia de abdome apresentou hepatomegalia heterogênea. EDA realizada para investigação de possível hipertensão portal. **Discussão:** A icterícia é a coloração amarelada do globo ocular, mucosas e pele e se dá devido ao aumento da produção de bilirrubina ou diminuição da sua depuração, elevando seus níveis no organismo (>2,0 mg/dL). No EF é ideal investigar hepatoesplenomegalia dolorosa, superfície do fígado nodular à palpação, aranhas vasculares, eritema palmar, atrofia muscular, ginecomastia, ascite e veias periumbilicais dilatadas associados à história de alcoolismo sugerindo diagnóstico de cirrose hepática. **Conclusão:** O quadro clínico somado aos exames realizados evidencia uma disfunção hepática causada pela HP. Baseando-se nas observações expostas, percebe-se o etilismo crônico como principal preceptor das etiologias.

REFERÊNCIAS

GONÇALVES JORGE, Stéfano. Gastropatia Hipertensiva Portal. Disponível em:
http://www.hepcentro.com.br/gastropatia_hipertensiva_portal.htm

POLLI, Camila Aparecida, et al. A importância da semiologia no diagnóstico diferencial das icterícias aliada a exames complementares. Disponível em:
<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/412>

FERREIRA, Lincoln Eduardo Villela Vieira de Castro. Gastropatia Hipertensiva Portal. Disponível em:
<http://www.ufjf.br/hurevista/files/2016/11/81-100-PB.pdf>

CAPÍTULO 11

RELATO DE CASO - A IMPORTÂNCIA DA ARTROCENTESE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE
PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDEGeovane Souza Pereira¹Sabriny Noletto Kasburg¹Cristiano da Silva Granadier²Jose Lopes Soares Neto²Denise Ramos Costa²Talita Rocha Cadoso²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica e de etiologia desconhecida. A doença está associada a alterações imunológicas sistêmicas que afeta as articulações sinoviais. O sexo feminino é o mais acometido e pode ocorrer em qualquer faixa etária, geralmente entre a 4ª e 6ª décadas (GEVAERD, 2017). **Descrição do caso:** F.P.S, 70 anos, masculino, pardo, casado, aposentado, ocupação anterior como lavrador, queixa “muita dor no joelho esquerdo há um mês”. Em uso de Adalimumabe 40 mg e Enalapril 10mg. No exame físico, edema 3+/4+, aumento de temperatura, sinal da tecla positivo e diminuição da função motora do joelho esquerdo (E); desvio metacarofalangiana da mão direita (D) e E.Laboratório evidenciou PCR 48 e VHS 12. Foi realizada Artrocentese no Joelho E, puncionado 13 ml de líquido sinovial de coloração turva, sem aspecto purulento coletado e encaminhado para análise laboratorial, após a punção notou-se redução do edema. Prescrito Dipirona e Adalimumabe. **Discussão:** Paciente com quadro de artropatia dolorosa com a presença de sinais localizatórios de inflamação no joelho E. As primeiras hipóteses para o caso transitaram em agudização da AR, artrite reativa, artrite séptica e artrite induzida por cristais. A dor, edema, o aumento de temperatura e perda de função articular são sintomas que podem se manifestar nessas enfermidades. A análise laboratorial do líquido sinovial (LS) é determinante na distinção entre artrite séptica e artrite induzida por cristais. O uso de imunobiológicos pode levar o paciente a imunossupressão e deixar o paciente mais suscetível a infecções. O líquido puncionado (figura 1) na artrocentese será examinado: contagem de neutrófilos, presença de cristais, exame bacteriológico e cultura. Analisando a cor, viscosidade e o doseamento da glicose, será possível nortear uma hipótese de artrite de acordo com a sua origem: não inflamatória, inflamatória de origem imunológica, inflamatória induzida por cristais, séptica e hemorrágica.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; Artropatia; Artrocentese.

REFERÊNCIAS

GEVAERD, Monique da Silva et al. Avaliação da amplitude de movimento na Artrite Reumatoide: uma revisão de literatura. Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos, v. 25, n. 2, p. 387-400, maio 2017.

VENSON, Rafael, et al. Avaliação econômica das anticitocinasadalimumabe, etanercepte e infliximabe no tratamento da artrite reumatoide no Estado do Paraná. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 359-376, 2011.

LARANJEIRA, Paulo, and Maria Rosário Barros. "Identificação de Cristais de Urato Monossódico no Líquido Sinovial." *Acta Farmacêutica Portuguesa*, v. 5.1, p. 57-67, 2016.

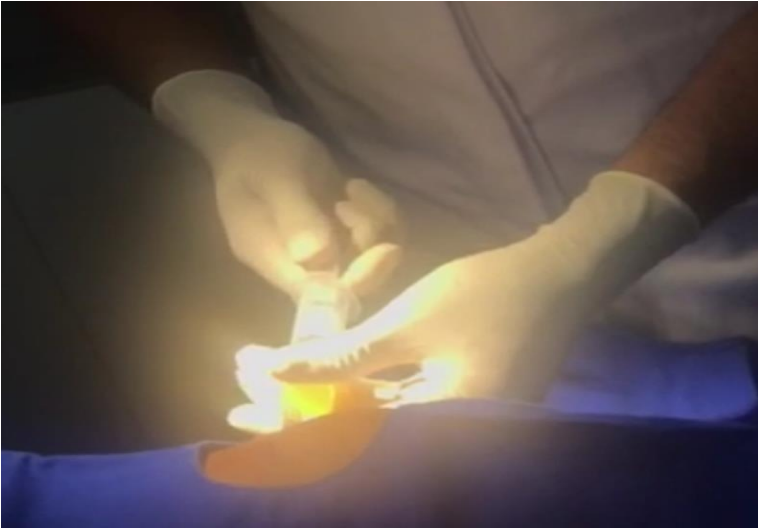


Figura 1 - Artrocentese de Joelho

CAPÍTULO 12

RELATO DE CASO - DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS QUE ANDAM ACOMPANHADAS: TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E SÍNDROME DO PÂNICO

Cristiano da Silva Granadier²Denise Ramos Costa²Jose Lopes Soares Neto²Tayara Augusta Fernandes²João Felliipe Borges Bento²Danilo Garcia Ruiz²²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: Transtorno depressivo maior (TDM) é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz alteração do humor caracterizada por tristeza profunda e forte, associada a outros sintomas como amargura, descanto, baixa autoestima, distúrbios do sono e apetite. Associada a depressão pode ocorrer transtornos do pânico, que caracteriza por episódios abruptos de medo e desespero, associados a sintomas como taquicardia, dispneia e sudorese. **Descrição do caso:** F.S.R. 46 anos, feminina, branca, professora de dança, sem comorbidades, nega etilismo, tabagismo e outros tipos de drogas. Apresentou – se ao ambulatório de psiquiatria do ITPAC – PORTO, relatando uma tristeza que iniciou há 02 meses, logo após o descobrimento de uma colecistite. Ainda alega vontade de ficar sozinha, de ter medo de certas pessoas decorrente da falsidade das mesmas e medo pelo marido não ter um salário fixo, pois os mesmo é autônomo. Afirma que apresentou alguns episódios de ansiedade levando a um quadro típico de síndrome do pânico, com sintomas de taquicardia, sudorese e falta de ar. A mesma ainda vem queixando-se de insônia. **Discussão:** paciente casada, mãe de três filhos, sem comorbidades, apresenta um quadro clássico de depressão, com sintomas de tristeza profunda, cabis baixa, estresse, fadiga e alteração do sono. Juntamente com a depressão, apresenta episódios de ansiedade exacerbada levando a crises de transtorno de pânico. Ambas doenças estão tendo um aumento significativo em suas prevalências na sociedade, sendo que hoje a depressão afeta de 10 a 15% da população e a síndrome do pânico 4%. Mesmo sendo patologias de fácil diagnóstico, muitas vezes são negligenciadas pelos profissionais da área da saúde.

Palavras chave: depressão, síndrome do pânico, tristeza.

REFERÊNCIAS

PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina. Manual de Psiquiatria Clínica. Editora Roca, Rio de Janeiro – RJ, 2016.

CAPÍTULO 13

RELATO DE CASO - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COMPLICADA

Monalisa Marques Gervásio¹Cristiano da Silva Granadier²Keila Vinhadelli Gouveia²Denise Ramos Costa²João Fellipe Borges Bento²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução crônica e progressiva do fluxo expiratório, associada a uma resposta inflamatória exacerbada das vias aéreas a partículas potencialmente agressoras. No Brasil é considerado um problema de saúde pública, representando a sexta causa de mortes por ano. **Descrição do caso:** J.C.T., masculino, 89 anos, morador atual em zona urbana, mas de longa data em zona rural, acompanhado da filha, internado em hospital regional com queixa de tosse seca há 11 dias, sem fator de melhora e com piora no período da noite, acompanhada de dor torácica moderada e febre não termometrada em dois episódios anteriores à internação. Apresentou decaimento intenso e progressivo do estado geral a partir do 6º dia de internação, comprometendo deambulação e fala. Histórico de internação por pneumonia e portador de comorbidades, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao exame físico mau estado geral, hipocorado, agitado no leito, não verbalizando, em posição antálgica, tórax em tonel, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, em padrão de Cheyne Stokes, presença de tiragem intercostal e afundamento de fúrcula retroesternal. Em uso de cateter nasal de O₂ 2L/min, nebulização com soro fisiológico e broncodilatador, levofloxacino, hidrocortisona, beta 2 agonista de curta duração e corticoide inalatório, além de outras medicações de suporte. Confirmação diagnóstica de DPOC infectada. **Discussão:** A associação de comorbidades, queda importante e progressiva do estado geral pós internação e idade avançada é sinal de alerta. As hipóteses foram DPOC, asma, pneumonia e insuficiência cardíaca congestiva. A provável exacerbção da DPOC por infecção respiratória constitui a principal causa de agudização e características típicas de infecção pulmonar nem sempre estão presentes e não são imprescindíveis para o início da antibioticoterapia. A falha no tratamento, presença de comorbidades e idade avançada resultam na complicação e na infecção secundária associada à DPOC. **Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica, exacerbção dos sintomas, serviços de saúde para idosos.

REFERÊNCIAS

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, v.30, n.5, nov. 2004.

PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. *Semiologia Médica* 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CAPÍTULO 14

RELATO DE CASO - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA DE FORMA TUBERCULÓIDE CRÔNICA

Alexandre Moreira Rissate¹
 Lucas Monteiro da Rocha¹
 Cristiano da Silva Granadier²
 Keila Vinhadelli Gouveia²
 Denise Ramos Costa²
 João Fellipe Borges Bento²
 Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A leishmaniose é uma doença infecto-parasitária que acomete o homem, causada por várias espécies de *Leishmania* (GONTIJO; CARVALHO, 2003), transmitida por picada de flebótomos acomete pele, vísceras ou áreas muco-cutâneas. A *Leishmania* é um protozoário pertencente à família Trypanosomatidae, parasito intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear, com duas formas principais: uma promastigota e outra amastigota (no homem). No Brasil, é uma doença com diversidade de agentes, de reservatórios e de vetores com diferentes padrões de transmissão (BRASIL, 2013). O estado do Tocantins está em uma região endêmica em que ocorre a infecção frequente na população. **Descrição do caso:** A.M.S., masculino, 50 anos, procedente de Pium-TO, Foi atendido no Ambulatório de Clínica Médica do ITPAC – Porto Nacional, no dia 09/09/2019, com queixa principal de ferida (figura 1) em MIE há 10 anos, de evolução progressiva, prurido, odor e algia que o impede de trabalhar. Ao exame clínico o paciente apresentava-se REG, deambulando, consciente, anictérico, eupnéico, hidratado e afebril. Na panturrilha do membro inferior esquerdo observou-se lesão ulcerada, medindo 17cm x 10cm, com bordas irregulares e elevadas. Foi iniciada antibioticoterapia para infecção secundária bacteriana com Cefalexina 500mg por 7 dias. Solicitada cultura fúngica e biópsia para exame histopatológico, para esclarecer a hipótese de cromomicose. No dia 08/11/19 o paciente retornou com os resultados apresentando cultura negativa para fungos e histopatológico favorecendo proposição clínica para leishmaniose. Foi levantada a hipótese da forma tuberculóide da doença e solicitado exames complementares: TGO, TGP, Hemograma, Uréria, Creatinina, eletrocardiograma. O odor da lesão não apresentou melhora e foi prescrito Amoxicilina (875mg) e Clavulanato (125mg) por 7 dias.

Discussão/Conclusões: Foi proposto a prova terapêutica para fechar o diagnóstico, visto que a cronicidade da lesão inviabiliza a observação direta do parasita. O paciente encontra-se em idade limítrofe entre tratamento ambulatorial e hospitalar e os exames complementares deverão esclarecer o manejo do tratamento do paciente.

Palavras-chave: Leishmaniose. Tuberculóide, Crônica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância da leishmaniose tegumentar americana. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2013.**

GONTIJO B., CARVALHO M. L. R. Leishmaniose Tegumentar Americana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 36(1) 71-80. Jan/fev. 2003.



Figura 1

CAPÍTULO 15

RELATO DE CASO - USO PROLONGADO DE FENOBARBITAL EM PACIENTE COM CRITÉRIO DE CURA PARA EPILEPSIA

Anna Paula Silva Nogueira¹Samira Géssica Ferreira dos Santos¹Cristiano da Silva Granadier²Keila Vinhadelli Gouveia²Nelzir Martins Costa²João Fellipe Borges Bento²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A epilepsia é uma doença neurológica crônica causada por alteração temporária e reversível do cérebro, que não tenha sido causada por febre, distúrbios metabólicos ou drogas. O Fenobarbital é a droga de escolha para o tratamento, pois é um anticonvulsivante efetivo e de baixo custo. Porém, deve ser usada sobre supervisão do médico para evitar uso prolongado, que se feito, acarreta em diversos efeitos adversos. Descrição do Caso: N.C.A, 78 anos, utilizando fenobarbital (FBT) por 31 anos desde o diagnóstico de epilepsia, compareceu ao ambulatório do ITPAC apresentando vertigem intensa, cefaleia, náuseas, vômitos e fraqueza generalizada. Após diversas tentativas de tratamento da vertigem com uso de Labirin, o paciente foi encaminhado para o ambulatório de neurologia, onde foi realizado exames neurológicos que detectaram diminuição da audição, zumbidos e desequilíbrio. A conduta foi iniciar o desmame do FBT devido efeitos adversos e sinais de cura. O paciente referiu melhora dos sintomas na última consulta do dia 9 de outubro de 2019. **Discussão:** Paciente idoso de origem humilde e morador da zona rural, com anseio de que a falta do FBT causará crises epiléticas, postergou o uso do fármaco, ainda que não houvesse mais remissões das crises por mais de 10 anos. O FBT é um barbitúrico utilizado como anticonvulsivante e sedativo, seu uso é descontinuado após critério de resolução da epilepsia considerado quando não há crises por pelo menos 10 anos, sem uso de antiepiléticos nos últimos 5 anos. Pacientes idosos, geralmente, possuem função hepática e renal reduzida, por isso tendem a ser mais suscetíveis a apresentar reações indesejáveis, como alterações da coordenação e do equilíbrio. Portanto, a conduta tomada foi explicada para o paciente, mostrando a importância do desmame de FBT (1/4 do comprimido por 30 dias) feito para evitar a recorrência de crises ou estado de mal epilético.

Palavras-chave: Epilepsia; Fenobarbital; Efeitos adversos; Idosos; Suscetíveis

REFERÊNCIAS

PASTORE, Marcela Elisa; OFUCHI, Alessandra Satie; NISHIYAMA, Paula. Monitorização terapêutica de fenobarbital. Acta Scientiarum. Health Sciences, 2007, 29.2: 125-131.

LBE-UCB. Liga Brasileira de Epilepsia, 2019. Disponível em: < <http://epilepsia.org.br/>>. Acesso em: 05 de outubro de 2019

CAPÍTULO 16

RELATO DE CASO - A DOENÇA DE CROHN E A SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA COMPLEXA

Cristiano da Silva Granadier²Nelzir Martins Costa²Keila Vinhadelli Gouveia²Taynara Augusta Fernandes²Talita Rocha Cardoso²Danilo Garcia Ruiz²²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A doença de crohn (DC) é caracterizada por uma inflamação crônica, transmural do trato gastrointestinal de causa desconhecida. É uma das principais causas da Doença Inflamatória Intestinal (DII) envolvendo o trato gastrintestinal. Podendo apresentar manifestações extraintestinais como articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares e vasculares, que podem preceder, acompanhar ou suceder a doença intestinal. **Descrição do caso:** R.R.R. 38 anos, sexo feminino, parda, do lar, zona rural, com queixas de artralgia em punhos bilateral, após duas semanas iniciou edema em mãos, pés e joelhos. A dor é contínua, sem período de aparecimento, intensidade 10/10, piora com movimento e melhora com uso de medicações, mas retorna a dor após o efeito da medicação. Relata rigidez nas articulações, dificuldade de movimentação na região interfalângiana proximal e aumento de volume na interfalângiana distal e nódulos. Paciente tem diagnóstico de DC há seis anos e em tratamento com infliximabe, refere ser hipertensa em uso de neblock 5mg. Apresentou exame laboratorial VHS: 36 e PCR:16,30. Ao exame físico, mão direita sem alteração de temperatura, aumento de volume de punho, 1º quirodáctilo apresenta nódulo palpável doloroso, 4º quirodáctilo com aumento de volume em articulação interfalângiana proximal, 5º quirodáctilo com aumento de volume em interfalângiana distal. Na mão esquerda apresentou aumento de volume da articulação interfalângiana distal no 1º quirodáctilo, no 2º observou um nódulo doloroso e no 3º aumento de volume da articulação interfalângiana proximal. Nos pés observou fenômeno de Reynaud. **Discussão:** a DC é a uma doença de evolução crônica podendo estar presente com a associação com artrite periférica. Uma vez que o envolvimento axial pode preceder o início da doença intestinal em anos, o que nesse caso não ocorre. Outro fator importante é que a artrite periférica do tipo II, é uma poliartrite assimétrica que acomete 5 ou mais articulações, e que podem durar meses ou anos, não reflete a atividade da doença intestinal e raramente precede o seu diagnóstico.

Palavras-chave: Artrite, doenças inflamatórias intestinais, doença de crohn.

REFERÊNCIAS

LANNA, Cristina Costa Duarte et al . Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 45-51, jun. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000700008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000700008>.

COURTNEY, Townsend et al. Sabiston tratado de cirurgia. Elsevier, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1247, 2015.

CAPÍTULO 17

RELATO DE CASO CLÍNICO - HIDRADENITE

João Pedro Santos De Assis¹Cristiano da Silva Granadier²Nelzir Martins Costa²Keila Vinhadelli Gouveia²Taynara Augusta Fernandes²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A hidradenite supurativa é uma doença de pele crônica inflamatória, mais frequente em mulheres, e após a puberdade, que acomete preferencialmente algumas áreas da pele como as axilas, a região das mamas, a virilha, a região genital e a região glútea. A pele destas áreas é mais rica em um tipo de glândula, a sudorípara apócrina. Julgava-se que a hidradenite supurativa representava uma inflamação, ou infecção, destas glândulas. (BRASIL, 2013). **Descrição do caso:** V.M.R, masculino, pardo 24 anos, natural de Porto Nacional – TO relata caroços em região axilar, com 2 meses de início, apresentando dor, do tipo pontada, sem irradiação, de intensidade 5/10, sem prurido, não apresenta secreção, relata ter tomado medicamento Penicilina benzatina em pronto socorro para tentar melhorar o quadro. Não apresenta sintomas associados. Nega comorbidades e cartão de vacina em dia; afirma etilismo e tabagismo; exame físico: BEG, LOTE, CHAAA PA: 130/90 mmHg; respiratório: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios; cardiovascular: BNF em 2T, sem sopros Exame dermatológico: Lesão 1: manchas escurecidas, cicatrizadas, na região axilar direita, de proximamente 1 a 1,5 cm; lesão 2: nódulo endurecido em região axilar direita, com presença a palpação; lesão 3: pequenas vesículas em região axilar esquerda; Conduta: Higiene local, compressa morna, controlar o uso de bebida alcoólica, cessar tabagismo, praticar atividade física, perda de peso. Cetoprofeno 100 mg (tomar um comprimido por dia durante 5 dias). **Discussão/Conclusões:** Foi proposto a prova terapêutica para fechar o diagnóstico, visto que as lesões apresentam processo inflamatório e sinais flogísticos evidentes.

Palavras-chave: Hidroadenite, Higiene, Sinais flogísticos

REFERÊNCIAS

<https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hidradenite-supurativa/28/>

CAPÍTULO 18

RELATO DE CASO - ALCOOLISMO E CIRROSE HEPÁTICA

Dhiécya Carvalho da Silva¹Yngrid Souza Luz¹Nelzir Martins Costa²Danilo Felix Daud²Keila Vinhadelli Gouveia²Talitha Rocha Cardoso²Danilo Garcia Ruiz²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: As doenças hepáticas alcoólicas podem cursar com complicações como, hipertensão portal de etiologia cirrótica, no qual, manifesta-se pelo aumento da resistência vascular ao fluxo portal, levando à formação de varizes esofágicas. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, laboratoriais, achados ultrassonográficos e endoscópicos. Relato de caso: L.C.P.B, 50 anos, sexo masculino, pardo, procedente do município de Porto Nacional, Tocantins. Paciente alcoolista crônico, encaminhado para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) com diagnóstico de cirrose hepática há 3 meses, no qual, relatava história progressiva de aumento do volume abdominal no mesmo período. Fez uso de Aldactone, diurético poupador de potássio, relatando melhoras em 20 dias. Previamente hígido, exames ultrassonográficos relatavam hepatopatia crônica. Em palpação superficial e profunda, hepatomegalia indolor, irregular e endurecida em lobo esquerdo. Após realização da EDA, foi possível observar alterações endoscópicas na mucosa esofágica, presença de varizes calibrosas, como também, edema da mucosa gástrica, e pequenas manchas avermelhadas com aspecto em mosaico. Além disso, foi possível visualizar lesão polipóide de aspecto neoplásico. Todas as lesões endoscópicas foram biopsiadas. Paciente encontra-se em aguardo dos resultados para início da terapêutica. **Discussão:** A cirrose é o estado mais avançado em pacientes alcoolistas crônicos, levando a um espectro amplo de manifestações clínicas características, condições como insuficiência hepática e hipertensão portal. Vale ressaltar que a ascite é uma das complicações mais frequente em pacientes cirróticos, afetando diretamente a qualidade de vida e o aumento de infecções bacterianas. Usualmente, paciente com manifestações de ascite (grau 2), são tratados com diuréticos poupadores de potássio. Dos achados relatados, a mucosa gástrica de pacientes com hipertensão portal assume aspecto em mosaico, com ou sem manchas vermelhas. Estudos afirmam que, a prevalência situa-se entre 50% e 98%, estando responsável por 8% das hemorragias digestivas altas dos cirróticos. Neoplasias malignas são fatores de risco encontrados em pacientes cirróticos descompensados.

Palavras-chave: Alcoolismo; cirrose hepática; hipertensão portal.

REFERÊNCIAS

COSTA, J. K. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém – PA. GED gastroenterol. endosc. dig. V. 5, n. 1, p. 18, 2016.

VECCHI, I. C. et al. Hipertensão Portal uma Revisão de Literatura. BrazilianJournalofSurgeryandClinicalResearch– BJSCR. Ipatinga - MG, 2014.

CAPÍTULO 19

RELATO DE CASO - ARTRITES SECUNDÁRIAS ÀS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Bárbara Menns Augusto Pereira¹
 Milla Nepomuceno Rocha Lopes Aires¹
 Nelzir Martins Costa²
 Danilo Felix Daud²
 Keila Vinhadelli Gouveia²
 Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) corresponde a qualquer processo inflamatório envolvendo o trato gastrointestinal, seja ele agudo ou crônico. A Doença de Crohn representa uma das principais formas de apresentação da DII de causa desconhecida. Em seu curso clínico está presente a diarreia, dor abdominal e sangramento retal, associando as manifestações extra intestinais o sistema osteomuscular é o mais acometido, precedendo, acompanhando ou sucedendo a doença intestinal. **Descrição do caso:** R.R.R, 38 anos, feminino, diagnosticada com Doença de Crohn há 6 anos, tratada com infliximabe. Relata artralgia em ambos os punhos e edema em mãos que evolui para os pés e joelhos. Afirma melhora com uso de AINES e piora ao movimentar as articulações. Ao exame físico osteoarticular mão direita com alteração em 5° articulação IFD, aumento da 4° articulação IFP. Em mão esquerda comprometimento da 1° e 3° articulação IFD e IFP respectivamente, e Fenômeno de Reynaud nos pés. Foram solicitados exames laboratoriais e prescritos sintomáticos ao final da primeira consulta. Laboratório evidenciou: FR 8,9 UI/ml; PCR 27,7 mg/dL; VHS 54 mm/h. Medicada com Tecomet 2,5 mg, dois comprimidos a cada 12 horas, uma vez por semana e Ácido Fólico 5 mg, um comprimido no dia seguinte após o Tecomet. Diagnosticada com Artrite secundária a Doença de Crohn. Orientado o retorno à reumatologia para o acompanhamento de transaminase. **Discussão:** O curso clínico extra intestinal como a artrite é frequente na Doença de Crohn. O padrão ouro para diagnóstico da artrite é o Anti CCP, o exame laboratorial foi solicitado porém não apresentado no momento da consulta. Desta forma, o diagnóstico foi estabelecido a partir da clínica e do fator reumatóide positivo. Os agentes biológicos e o metotrexato como tratamento vieram alterar drasticamente o curso natural da doença, logo reconhecer precoce propicia um melhor tratamento e evita sequelas.

Palavras-chave: Doença de crohn, Artrite, Artralgia.

REFERÊNCIAS

LANNA, Cristina Costa Duarte et al. Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Rev Bras Reumatol, v. 46, n. S1, p. 45-51, 2006.

SÁ, Ana et al. Impacto dos Agentes Biológicos em Doentes com Artrite Reumatóide.

Medicina Interna, v. 25, n. 3, p. 201-207, 2018.

SILVA, L. T., DUARTE, K. C. R., PAVAN, T. B., & Tjeng, R. (2006). Doença inflamatória intestinal: manifestações extra-intestinais. *Perspectivas médicas*, 17, 23-25.

CAPÍTULO 20

RELATO DE CASO - LES: NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO E FASE ATIVA DA DOENÇA

Hugo Felipe Silva Oliveira¹Vitor Hugo Guimarães Dezuani¹Danilo Felix Daud²José Maria Sinimbu de Lima Filho²Keila Vinhadelli Gouveia²Danilo Garcia Ruiz²Joaão Fellipe Borges Bento²¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença multissistêmica de origem autoimune que acomete preferencialmente mulheres. Apresenta diversas manifestações clínicas como, lesões de pele, articulares, comprometimento renal e alterações neurológicas. **Descrição do caso:** M.F.S, 54 anos, sexo feminino, residente em Porto Nacional, atendida no dia 12/02/2019, queixando-se de lesões avermelhadas na pele espalhadas pelo corpo. Paciente menciona lesões exantemáticas iniciadas a um mês, de características exacerbadas e generalizadas, principalmente em dorso, abdome e MMSS, com manifestações concomitantes de dor e prurido. Refere que já teve tais lesões após diagnóstico de LES. Como fatores atenuantes relata banho e uso de medicamentos (prednisona, hidroxicloroquina) e como agravante exposição solar. Afirma que os sintomas se agravaram do seu início até o dia da consulta. Antecedentes pessoais patológicos, diagnóstico de LES aos 34 anos. Nega DM e HAS, estava em uso de prednisona 20 mg e hidroxicloroquina 400 mg ambos 1x/dia para tratamento de LES, mas refere dificuldades em adesão devido condições financeiras precárias. Refuta etilismo, tabagismo e alergias, é sedentária e possui dieta deficiente. Exames analisados: hemograma e transaminases normais; VHS 60 mm/h; PCR 6 mg/L. Alega mãe com LES. Exame físico: REG, normocorada e hidratada. PA: 130 x 80 mmHg, FC: 78 bpm. ACV e AR sem alterações. Presença de nódulos pelo corpo e teste com sensibilidade diminuída nos pés. Conduta: encaminhamento para internação devido quadro agudo e incapacidade em seguir tratamento. **Discussão:** O tratamento do LES deve ser individualizado e depende das manifestações clínicas. Devido as dificuldades em adesão ao tratamento a paciente não conseguiu prosseguir a terapêutica adequada, acarretando a fase ativa da doença com surgimento de lesões exacerbadas e generalizadas. **Conclusão:** A não adesão ao tratamento pode gerar recidivas e remissões, levando a paciente ao quadro agudo com agravamento dos sintomas.

Palavras-chave: Fase ativa. LES. Lesões. Lúpus. Tratamento.

REFERÊNCIAS

IMBODEN, John B.; STONE, John H. CURRENT: Reumatologia-: Diagnóstico e Tratamento. AMGH Editora, 2014;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Cartilha Lúpus, p.1-21, 2011.

CAPÍTULO 21

ARTRITE REUMATÓIDE ATÍPICA, ASSOCIADA À SÍNDROME CONSUPTIVA

Camilla Bandeira Oliveira Coelho¹

Lígia Vilela Almeida Reis¹

José Maria Sinimbu de Lima Filho²

Danilo Felix Daud²

Keila Vinhadelli Gouveia²

Danilo Garcia Ruiz²

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

²Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica, simétrica, afeta a membrana sinovial e cartilagem articular, com predomínio em mulheres de 25-55 anos, sendo o tabagismo um fator de risco importante inclusive se associado a FR+ eAnti-CCP+. O Metotrexato é a medicação de primeira escolha no tratamento. **Relato de Caso:** MAS, 70 anos, 38 kg, masculino, aposentado, natural e residente no Município de Porto Nacional, branco, ex tabagista, ex etilista. Apresentando síndrome consuptiva, artralgia em joelhos e tornozelos de início há 4 meses, ao exame físico aumento de volume e dor a palpação nas articulações citadas, sinovite em 2º e 3º metacarpofalangeana à direita, teste de squeeze +. Laboratório evidenciou discreta anemia, FR +, anti-CCP +, PCR e VHS elevados, sangue oculto nas fezes, ausência de alterações radiológicas. Colonoscopia com presença de pólipos em cólon descendente, retirados com polipectomia. Medicado com prednisona 10mg, segue aguardando resultado de novos exames laboratoriais para em caso de normalidade iniciar uso de metotrexato. **Discussão/Conclusão:** A artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica caracterizada especialmente pelo acometimento de pequena articulações das mãos e pés. Muitos autores demonstraram que a maior prevalência dos pacientes com AR são no sexo feminino. A síndrome consuptiva está associada a AR uma vez que ela causa perda da massa celular, diminuição da atividade física e acelerada degradação de proteínas, isso significa que essa perda degrada mais rapidamente o quadro do paciente. Observamos que a evolução da AR deste paciente ocorreu de forma atípica, porque embora acometa o sexo feminino em sua grande maioria, esse caso ocorreu no sexo masculino de meia idade. Verificou-se uma escassez de trabalhos que abordam a incidência dos casos de AR com início do quadro em grandes articulações. Alguns trabalhos relatam ser raro o acometimento inicial de grandes articulações.

Palavras chave: artrite reumatóide; doença inflamatória; reumatologia.

REFERÊNCIAS

NOVACK, Luiz Fernando. Artrite reumatóide: a utilização dos exercícios de força no tratamento dos sintomas da Artrite Reumatóide.

MOTA, Licia Maria Henrique da et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol, v. 51, n. 3, p. 199-219, 2011.