

Relatório clínico (neste documento, as cores identificam os sintomas não pertinentes, diagnóstico provável, doença anterior e outras susceptibilidades)

Dogma, 65 anos, restaurador, reformado.

Introdução e queixa principal: O Sr. Dogma é um homem de 65 anos com história de diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crónica, úlcera péptica e esplenectomia, que se apresenta com história de agravamento da dispneia e da tosse nos últimos dois dias.

HD: Mantinha o seu estado habitual de saúde até há uma semana, quando notou o aparecimento de rinorreia e ligeira odinofagia. Não tinha febre nem notou mudança de características na sua tosse. Nos 4-5 dias seguintes esta situação manteve-se estável, excepto no que se refere ao desenvolvimento gradual de fadiga e mal estar geral.

Um dia antes do internamento, a tosse, que anteriormente era matinal escassa e mucosa, tornou-se mais abundante e persistiu durante todo o dia (passou também a acordá-lo durante a noite). A expectoração tornou-se espessa e a coloração amarelo-esverdeada. Não teve hemoptises. Associado a esta mudança da tosse, refere agravamento da dispneia. Normalmente, refere o doente, tem dispneia quando sobe dois lanços de escadas mas, nos últimos dias torna-se rapidamente dispneico quando se desloca em terreno plano (até à caixa do correia de sua casa).

Salienta-se que esta manhã tinha febre (38.8°) e arrepios. Notou também agravamento da hiperglicemia; apesar da diminuição do apetite, os valores de glicemia (auto-avaliada) subiram para “200” em vez dos “100” que normalmente registava.

Nega ortopneia, dispneia paroxística noturna ou edemas, e desconhece doença cardíaca. Nega também pieira ou dor torácica associadas ao agravamento da dispneia.

Tem exacerbações periódicas da sua doença pulmonar crónica obstrutiva, em geral, uma vez por ano, mas pensa que a doença actual é diferente devido à febre, maior dispneia e mudança de características do esputo.

Nega sintomas de coriza, cefaleias, rigidez do pescoço, fotofobia, dor abdominal, vómitos ou diarreia, rash cutâneo e disuria.

Faz, regularmente, vacinação pneumocócica. Não fez, recentemente, viagens para o estrangeiro. Nega perda de consciência, abuso de álcool e não contactou, nos últimos meses, com animais domésticos.

AP:

- Diabetes mellitus – diagnosticada há onze anos. Complicações tardias: nefropatia (proteinúria e creatinina sérica elevada), retinopatia (último exame oftalmológico há 2 anos) e neuropatia (adormecimento nos pés).

Hipoglicemia (palpitações, suores e mal estar) 1-2/mês. Faz auto-avaliação (em geral valores entre “120-150”). Medicado inicialmente com antidiabéticos orais e com Insulina nos últimos 5 anos.

- DPOC – diagnosticada há dezasseis anos. Fuma 2,5 maços por dia, desde há 40 anos. Hospitalizações por exacerbações em “84” e “88”.

- Úlcera gástrica, diagnosticada há 4 anos e tratada com Ranitidina (cura documentada em endoscopias repetidas).

- Eczema crónico dos membros inferiores

- Esplenectomia após acidente de viação em 1954.

- Apendicectomia pelos 20 anos.

-Manutenção da saúde: desconhece os níveis de colesterol, não se recorda da vacinação mas não fez reforço tetânico nos últimos 10 anos, a ultima pesquisa se sangue nas fezes realizou-se há 10 anos e nunca fez sigmoidoscopia.

Não tem história de doença cardíaca, hepática, tiroideia, ou vascular periférica.

MED:

Insulina (35+15 unid.) antes das refeições.

Beclametasona, 2 inalações por dias.

Salbutamol, 2 inalações por dia.

Multivitaminico, 1 drageia por dia

Reacções adversas: diarreia grave induzida pela Eritromicina.

AF:

Pai faleceu aos 68 anos, por diabetes. Mãe faleceu aos 69 anos por cancro do ovário, artrite. Irmã de 63 anos, diabética. 1 filha com 25 anos, saudável.

História Social:

Restaurador, reformado, sem exposição profissional a poluentes gasosos e tóxicos. Casado, vive com a esposa e uma filha.

Fuma 2-3 maços de tabaco por dia, desde há 40 anos. Bebe álcool apenas em ocasiões festivas. Dieta com 1800Kcal.

Revisão de sistemas:

(Exemplo 1: com os **não pertinentes positivos** e os **negativos relevantes** (ver também o exemplo 2 *))

Gerais: + fadiga geral, febre e arrepios (ver H.D.), sem alterações do peso e do apetite.

Pele: sem eritema, massas, prurido, icterícia ou feridas.

COONG (cabeça, olhos nariz e garganta): sem cefaleias, diplopia, visão turva, tinido, epistáxis, dor de garganta ou rouquidão.

Músculo-esquelético: Sem artralguas ou mialgias excepto ocasionalmente na região lombar ao levantar objectos pesados.

Endócrino: sem poliúria, polidipsia, alteração da voz, intolerância ao calor, mudança do aspecto da face.

Pulmonar (ver H.D.)

Cardiovascular: sem palpitações ou claudicação intermitente (ver também H.D.)

Gastrointestinal: + ligeiras náuseas e obstipação ocasionais, sem dor abdominal, vômitos, diarreia, melenas, hematoquésia.

Génito-urinário: sem hematúria, disúria, corrimento uretral, frequência, urgência, gotejo, incontínência, ou disfunção eréctil.

Neurológico: + entorpecimento distal dos pés bilateralmente, sem depressão, vertigem, fraqueza focal, convulsões, alterações visuais, sincope.

(*) Exemplo 2: com os **não pertinentes positivos relevantes**

A revisão dos sintomas foi positiva para obstipação não frequente e, ocasionalmente, dores lombares ao levantar objectos pesados, para além dos sintomas referidos na HD

(é muito frequente não haver nada a referir nesta altura. Na história descreveram-se os sintomas não pertinentes positivos e negativos relevantes necessários para o diagnóstico diferencial).

E.O.

Geral: Envelhecido, bem nutrido, sentado no leito. Dispneico (embora capaz de falar frases completas).

S.Vitais: T=38.8°, P=116, R=24, TA= 135/88 mmHg

Pele: Sem eritema, rashes. + Cicatriz na linha média abdominal.

Gânglios: sem linfadenopatias, cervical, axilar, epitroclear e inguinal.

Cabeça: Crânio normal, audição dentro de limite normais, canais auditivos externos normais, membranas do tímpano sem alterações, movimentos extra-oculares intactos, pupilas iguais (3mm), reactivas à luz, escleróticas anictéricas, conjuntivas rosadas, + retinopatia diabética bilateral, sem dor à pressão nos seios nasais, nem hiperemia da mucosa nasal, cavidade oral sem alterações, excepto dentição em mau estado, várias obstruções, sem candidíase.

Pescoço: Flexível, sem alterações da tiróide nem desvio da traqueia,. Sem turgescência das jugulares.

Tórax: Tórax em barril. Sem ginecomastia. Ligeira a moderada taquipneia. Expansão simétrica. Frémito e precursão normais. Auscultação: diminuição difusa dos sons respiratórios e crepitação na face posterior da base do pulmão esquerdo durante a inspiração. Sem egofonia ou broncofonia, nem sibilos ou atritos.

A.I.M.: não deslocada, ritmo regular, sem sopros, extra-sons, nem atritos.

Abdómen: Obesidade. Sons abdominais presentes. Sem dor, nem massas ou organomegalias. Macicez hepática com 9 cm de altura à percussão, linha médio-clavicular.

Dorso: sem dor à pressão e à percussão nos flancos e na região vertebral.

Vascular: todos os pulsos normais (2+). + Sopro carotídeo à direita.

Génito-urinário: Órgãos genitais normais.

Rectal: Tonus normal, sem dor, próstata lisa e ligeiramente aumentada.

Neurológico: Estado mental: alerta, orientado, com respostas adequadas.

Nervos cranianos: II-XII intactos.

Motora: Tónus muscular normal. Força normal.

Sensibilidade: Diminuição das sensibilidades dolorosa (picada) distal, nos pés, bilateralmente, próprioceptiva e vibratória no dedo grande, bilateralmente.

Reflexos vivos e simétricos. Sem Babinski.

Sem disdiadococinésia. Dedo-nariz e calcanhar-joelho normais. Sem Romberg.

Exames laboratoriais:

Htc. 35%, VGM 82%, Leucócitos 18K (80% segms, 11% bs.), Plts 300K.

Ionograma normal.

Ureia/creatinina: 25/1,3. Glicose 235. Gás. arterial: Sat. O2 88%, P02 55, pC02 44, pH 7,38.

Urina: proteína 2+; exame microscópico normal (sem leucócitos, eritrócitos e cilindros).

ECG – ritmo sinusal (100/min). Alta voltagem.

Rx pulmonar: infiltrado no lobo inferior esquerdo.

Expectoração (Gram): numerosos diplococci gram + e raros bacilos Gram -

Problemas (ou diagnósticos):

- 1 – Dispneia, agravamento da tosse, febre, leucocitose, infiltrado no Rx, hipoxemia (pneumonia)
- 2 – Diabetes mellitus com complicações microvasculares.
- 3 – DPOC
- 4 - Anemia
- 5 - Sopros carotídeos
- 6 – Esplenectomia

Plano de avaliação:

Sumário:

O Sr. Dogma, de 65 anos, tem história de diabetes mellitus, DPOC, úlcera péptica e esplenectomia e apresenta queixas de dispneia e agravamento da tosse mucosa e espessa. Tem febre, crepitações na base do pulmão esquerdo e infiltrado esquerdo no Rx pulmonar, assim como leucocitose (18 mil) com desvio para a esquerda. O exame da expectoração mostra numerosos neutrófilos, muitos Diplococci Gram+ e raros bacilos Gram- e a gasimetria arterial revela hipoxemia moderada (pO₂ 55mmHg).

Discussão dos problemas e diagnósticos:

1 – **Tosse e dispneia.** Estes são os sintomas principais. O diagnóstico diferencial para estes sintomas é extenso e inclui pneumonia, exacerbação de DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar intersticial e cancro do pulmão. Destes a pneumonia parece o mais provável, pela febre, alteração do esputo, agravamento do controlo da glicose, leucocitose com desvio para a esquerda, agravamento da hipoxemia e infiltrado no Rx pulmonar. As infecções como a pneumonia podem causar exacerbação da DPOC pelo que parece possível que esta última contribua, de alguma forma, para a dispneia e tosse. No entanto a ausência de pieira e de expiração prolongada no exame objectivo sugere que a DPOC não se agravou significativamente em relação ao estado basal.

A insuficiência cardíaca congestiva é muito pouco provável. Não há história de doença cardíaca prévia, não há ortopneia nem dispneia paroxística nocturna, ondas Q no electrocardiograma, o exame objectivo cardíaco é normal, não há turgescência das jugulares, nem crepitações pulmonares bilaterais ou edemas periféricos. O Rx também não mostra cardiomegalia ou redistribuição pulmonar.

Não há também razões para implicar doença do interstício pulmonar, dada a natureza da doença e a imagem radiológica. Não há história de exposição que predisponha à doença pulmonar intersticial.

A neoplasia pulmonar deve considerar-se em todos os indivíduos com hábitos tabágicos deste tipo. Não existe porém hemoptises, perda de peso, “clubbing” digital e o Rx não mostra nódulos ou massas. Pode, no entanto, o infiltrado pulmonar ocultar a neoplasia, podendo a pneumonia ser de natureza pós-obstrutiva (infecção secundária e atelectasia brônquica). Será, portanto, sensato repetir o Rx após o tratamento da pneumonia. A falta de resposta ao antibiótico deve fazer prosseguir a investigação (TAC e/ou broncoscopia).

A etiologia mais provável da pneumonia é pneumocócica. O pneumococcus é a causa mais frequente de pneumonia no idoso e esplenectomia aumenta o risco desta infecção apesar da vacinação regular que o doente fazia para este agente bacteriano.

A coloração de Gram, que mostra diplococcus gram+, é fortemente sugestiva desta infecção. O pneumococcus responde sempre à terapêutica com Penicilina e seria razoável a escolha deste fármaco. No entanto, por se observar alguns bacilos Gram-, e por se tratar de um doente esplenectomizado e com DPOC, com risco de infecção por Haemophilus influenza, será mais prudente medicar com um agente microbiano de maior espectro até o resultado da hemocultura e do antibiograma da expectoração.

A Levofloxacina parece uma boa escolha pois cobre a maioria dos gram +, incluindo o pneumococcus, assim como os Gram-, incluindo o Haemophilus e as bactérias intracelulares (Micoplasma, Clamídia e Legionela).

O Sr. Dogma também necessita de oxigénio suplementar devido à hipoxemia (PO2 55 e PCO2 44). Será prudente iniciar a oxigénioterapia com misturas ligeiramente enriquecidas (28% de O2 ou 1 litro/min. por sonda nasal) e repetir a gasimetria 30 minutos mais tarde para assegurar que não se agrava a retenção de CO2.

Plano:

- 1- Levofloxacina 500g, Oral, de 24 em 24 horas.
- 2- Hemoculturas
- 3- Oxigénio: 1 l/min com repetição da gasimetria arterial.

2- **Diabetes mellitus.** O Sr. Dogma tem uma história típica de diabetes tipo 2 que responde inicialmente aos antidiabéticos orais mas que se torna refractária e requer a administração de insulina. O seu controlo parece satisfatório, com níveis séricos de glicose inferiores a 150 mg/100 e A1C de 7%. Fica hipoglicémico aproximadamente 2 vezes por mês pelo que não será sensato aumentar a dose de insulina em ambulatório. O recente agravamento dos níveis de glicose é consistente com a infecção e requer ajuste da dose de insulina durante o internamento (a hiperglicemia altera a função dos neutrófilos em face da infecção mas o risco de hipoglicemia aumenta com doses elevadas de insulina pelo que os níveis de 150 a 250 são aceitáveis).

O Sr. Dogma desenvolveu 3 complicações major da diabetes (nefropatia, neuropatia e retinopatia) embora de grau ligeiro.

Deverá fazer uma determinação da proteinúria nas 24horas.

Parece também ser um candidato para um inibidor do enzima de conversão ou ARA II, com a finalidade de atrasar a evolução da nefropatia e da proteinuria.

Deve também fazer exame oftalmológico.

Plano:

- 1- Continuar insulina na dose habitual
- 2- Ajuste suplementar da insulina para níveis de glicemia > a 250)
- 3- Urina de 24 horas para doseamento de proteína e depuração de creatinina
- 4- Consulta oftalmológica
- 5- Captopril após tratamento da infecção pulmonar.

- 3- **DPOC.** O Sr. Dogma continua a fumar. O exame objectivo não revela pieira nem prolongamento expiratório. *A gasimetria mostra hipoxemia e tendência a hiperapnia.*

Plano:

- 1- Continuar regime com fármacos por inalação.
- 2- Aconselhamento para a suspensão do tabaco ou envio a consulta especializada.

4- **Anemia.** O Sr. Dogma tem uma ligeira anemia com um hematócrito de 35% e VGM 82 o que define a anemia como marginalmente normocítica ou microcítica. O diagnóstico diferencial é vasto e inclui deficiência de ferro, invasão medular, doença hepática ou da tiróide, insuficiência renal, perda de sangue, hemólise, etc. A ulcera péptica é um factor de risco para a perda de sangue mas não existem sintomas. Após revisão do esfregaço, poder-se-á determinar se o Ferro, a Ferritina e os reticulócitos. Parece melhor aguardar até a resolução da pneumonia.

Plano:

- 1- Rever o esfregaço sanguíneo
- 2- Monitorizar o hematócrito de 3 em 3 dias
- 3- Fe sérico, ferritina, capacidade de transporte do Fe, taxa de reticulócitos.
- 4- Pesquisa de sangue nas fezes.

5- **Sopro carotídeo** à direita. O Sr. Dogma não tem história de AVC nem sintomas que surgiram AIT. A historia natural do sopro carotídeo assintomático não é conhecida , mas este sopro sugere a possibilidade de doença aterosclerótica (factores de risco conhecidos diabetes e tabagismo).

Deve medir-se o colesterol sérico e suspender o fumo do tabaco.

Uma aspirina diária parece ser útil na prevenção dos acidentes cardíacos e cerebrais isquémicos.

Plano:

- 1- Doseamento do colesterol sérico
- 2- Aspirina (1 comprimido dia após o almoço)

6- **Ulcera péptica.** Não há sintomas sugestivos de recorrência. A anemia, no caso de deficiência de ferro, obriga ao estudo do sistema gastrointestinal como causa mais provável de hemorragia. De momento não há indicação para intervir.

7- Manutenção

Plano

- 1- Vacina tetânica

2- Sigmoidoscopia (rastreamento).

8- Prognóstico:

O Sr. Dogma tem elevada probabilidade de novas intercorrências respiratórias, principalmente nos meses de inverno. O controlo metabólico eficaz poderá atrasar significativamente a progressão das diversas disfunções relacionadas com a Diabetes Mellitus tipo 2.