****

 **FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

 **Departamento de Clínica Médica**

###  REUNIÃO CLÍNICA

**ANO 2016** **Número 23**

**Dia:** 16.09.2016 **Local:** Anfiteatro do CEAPS

**Horário:** 7H30 **Modalidade**: Discussão de Caso Clínico

 **RelatorsO 2007 Número 1lha - Prof.2-2006/01-2007.EUA.:** Dra Paula Condé Lamparelli Elias

**08/07/2016 – 45º dia internação**

**PI ENDOCRINOLOGIA**

**IDENTIFICAÇÃO:** Paciente masculino, 34 anos, presidiário

**QD:** internado desde 24/05/2016 para tratamento de paracoccidioidomicose, apresentando hiponatremia por suspeita de insuficiência adrenal primária.

**HMA:** Paciente refere há cerca de 6 meses dor abdominal mal definida, picos febris diários de 38-39°C. Notou aparecimento de lesões cutâneas ulcero-vegetativas e adenomegalia difusa com perda ponderal de aproximadamente 10kg no período. Referia tosse preferencialmente pela manhã, com expectoração clara e raias de sangue. Relata no período astenia intensa, dispneia e aumento de volume abdominal. No 10º dia da internação evoluiu com piora do estado geral, com suspeita de sepse (PA 130 x 80, FC: 96 bpm). Iniciado Vancomicina e Cefepime, trocados posteriormente após resultado de cultura e piora da função renal (hemocultura positiva para *s. aureus* – sensível ao Bactrim). No 20º dia de internação apresentou nova piora clínica tendo sido iniciado Meropenem por sepse a esclarecer. Estava em tratamento com fluconazol para paracoccidioidomicose, sendo trocado nesta ocasião por Anfotericina B lisossomal buscando melhora do quadro.

**AP:** Tratamento recente para sífilis - tratado com benzetacil. Contato com paciente portador de tuberculose pulmonar. Trabalhou na lavoura há 8 anos.

Paciente tabagista, ex-etilista, parou há 2 anos, e com relato de uso de crack.

Nega cirurgias prévias.

Relata uso de medicação tópica em lesões antes da internação, porém não sabe informar qual

**Exame Físico:**

Peso: 55,5 kg

REG, muito emagrecido, hipocorado +/4, levemente desidratado, orientado, consciente e comunicativo.

Presença de hiperpigmentação cutânea.

Gânglios: presença de adenomegalia em diversas cadeias

Ap respiratório: MV + bilateral, crepitantes em bases

Ap. circulatório: ausculta BRNF 2T sem sopros; pulsos filiformes

PA de difícil aferição – palpável sistólica em decúbito = 120 mmHg e ortostase = 100mmHg

Abdome: globoso, ascítico, com esplenomegalia palpável

MMII: edema compressível ++/4 (inicio no 24º dia de internação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Exames** |  | **Exames**  | **(08/07/2016):** |
| Cultura escarro | negativas | Sódio:  | 126,6 mmol/L |
| Baciloscopia | negativa | Potássio:  | 5,2 mmol/L |
| TRM-TB | negativa | Creat:  | 1,38 mg/dl |
|  |  | Uréia:  | 63 mg/dl |
|  |  | TGO:  | 14 U/L |
| CIE Pbmicose | Reagente até 1/512 | TGP:  | 5 U/L |
|  |  | GT:  | 649 U/L |
| Biópsia lesões | Quadro sugestivo de infecção fúngica por *Paracoccidioides sp* | Albumina:  | 2,5 g/dl |
| INR:  | 1,2 |
| Relação P/C:  | 1,44 |

**US abdome:** hepatoesplenomegalia, confirmada na RM, que também mostrou adenomegalia abdominal e lesões esplênicas sugestivas de processo infeccioso.