

Caso Clínico

Prof. Dr. Fernando Antonio Pinto Nas

*cimento*¹

Identificação:

M.T.S.N., 46 anos, feminino, parda, casada, doméstica aposentada e evangélica. Nasceu no Rio Grande do Sul, mas reside no Rio de Janeiro desde os 17 anos no bairro do Grajaú.

Queixa e duração:

“Dificuldade para andar e engolir” há alguns anos.

História da doença atual:

A paciente refere início dos sintomas há aproximadamente quatro anos, quando começou a apresentar episódios de febre (37,8 a 38°C), intermitente, tosse seca, astenia e hiporexia.

Os sintomas evoluíram com fadiga, fraqueza muscular dos membros inferiores associada a dificuldade para andar e subir degraus, palpitações e queda de cabelos. Há três anos houve exacerbação de alguns sintomas como piora da fadiga, dificuldade maior para andar e início de fraqueza da musculatura da cintura escapular, com diminuição da força para pentear os cabelos e perda de peso.

Faz um ano do início de disfagia alta para alimentos sólidos, engasgando com facilidade, alteração da cor das partes dos dedos das mãos principalmente no frio, além de manchas hipercrômicas nas regiões periorbitárias, com maior intensidade na direita e dor em algumas articulações: mãos, punhos e ombros. Nessa ocasião, foi internada no serviço hospitalar do município, porém, com pouca melhora dos sintomas.

Procurou o serviço ambulatorial de clínica médica da Santa Casa para esclarecimento diagnóstico e melhora de seu estado geral.

Antecedentes:

- **História Patológica Progressiva:** VCI (sarampo, catapora). É hipertensa há 5 nos e faz tratamento específico desde o diagnóstico realizado. Nega alergias, diabetes mellitus, cirurgias, DST e neoplasias. Marcadores para hepatites A, B e C negativos.

Fez hemotransfusão há mais de 30 anos e laqueadura tubária há 10 anos.

- **História Fisiológica:** nascida de parto eutócico, a termo, em domicílio. Desenvolvimento psicomotor normal. Menarca aos 16 anos. Menarca aos 16 anos. G3 P3 N1.

- **História Familiar:** mãe viva com hipertensão arterial sistêmica. Desconhece causa da morte do pai. Tem 2 filhos hígidos.

- **História Social:** boas condições de moradia, casa de alvenaria com água encanada e saneamento básico (rede de esgoto). Alimentação quantitativamente e qualitativamente satisfatória. Nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas.

Informações Complementares:

¹ Professor de Clínica Médica da Escola de Medicina da FTESM. Chefe do Depto. de Clínica Médica da FTESM

Após alta hospitalar, deu continuidade ao uso dos seguintes medicamentos: omeprazol 20mg/dia, nifedipina 20mg de 12/12horas, hidroclorotizida 25mg/dia, prednisona 10mg/dia, metotrexato 2,5mg /4 comprimidos 1 vez/semana e ácido fólico 5mg/dia, menos no dia do uso do MTX.

Na 1ª consulta ambulatorial foi constatado o seguinte no exame físico:

Peso: 60 kg; altura: 1,58; PA: 140x90 mmHg; FC: 86bpm; FN: 22irpm e temperatura axilar: 36,2°C.

Estava lúcida, orientada no tempo e espaço, hidratada, anictérica e acianótica. Apresentava marcha “anserina”.

Regiões de Corpo:

Cabeça: fácies atípica, porém, com “mancha” violácea bipalpebral. Palidez cutânea – mucosa (1+/4+). Cabelos finos e quebradiços, sem alopecia. (Figura 16). *Figura colorida na página 227.*



Fig. 16

Pescoço: ausência de turgência jugular e batimentos arteriais. Traquéia centrada. Sem linfonodos palpáveis. Tireóide impalpável.

Tórax: atípico; expansibilidade e elasticidade normais. FTV presente; som claro atimpânico; murmúrio vesicular audível em ambos os hemitoraces. Sem ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular: Ictus cordis invisível e palpável no 4º EIE na linha hemiclavicular, uma polpa digital. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos. Bulhas hipofonéticas. Ausência de sopros ou extrassístoles.

Abdômen: atípico; flácido e indolor à palpação superficial e profunda. Peristalse presente. Som timpânico à percussão. Fígado impalpável. Traube livre. Ausência de massas ou visceromegalias.

Membros Superiores e Inferiores:

Não foi observado edema nos membros inferiores, as panturrilhas estavam livres, pulsos presentes e nenhuma alteração das articulações dos joelhos, tornozelos e pés.

Nos membros superiores, observou-se edema e calor nas articulações dos punhos. As articulações das mãos, cotovelos e ombros normais.

O exame da Força Muscular revelou:

Membros superiores



Abdução dos braços (grau 3)
Flexores dos braços (grau 4)

Membros inferiores



Flexores das coxas (grau 2)
Extensões das coxas (grau 2)

| | |
|---|--|
| Extensores dos braços (grau 4) | Abdutores das coxas (grau 4) |
| Adutores dos braços (grau 4) | Adutores das coxas (grau 1) |
| Flexores dos antebraços e mãos (grau5) | Flexores das pernas (grau 5) |
| Extensores dos antebraços e mãos (grau5) | Extensores das pernas (grau 2) |
| Pronação e supinação dos antebraços (grau 5) | Flexores dos pés (grau 5) |
| Flexão e extensão dos dedos das mãos (grau 5) | Extensores dos pés (grau 5) |
| Flexores e extensores do pescoço (grau 5) | Músculos da inversão e da eversão dos pés (grau 5) |

A paciente apresentou acometimento mais acentuado da força muscular dos membros inferiores do que dos membros superiores, apresentado pela manobra de Barré e Mingazzini, diminuição da força muscular bilateralmente com maior intensidade no lado esquerdo. Exame de coordenação ficou prejudicado pela fraqueza muscular tanto dos membros superiores quanto inferiores. Reflexos profundos normais nos membros superiores e diminuindo nos membros inferiores. A sensibilidade cutânea era normal.

Através da história e do exame físico, cuja queixa predominante era a fraqueza muscular associada ao comprometimento da musculatura faríngea (disfagia alta) e lesão periorbitária (heliotropo), constatou-se uma miopatia inflamatória cujas características citadas, eram compatíveis com a dermatomiosite.

A paciente foi submetida aos exames complementares de rotina, esofagomanometria e eletroneuromiografia.

As enzimas musculares estavam elevadas: CPK = 4488; TGO = 160; LDH = 1148

Apresentava a velocidade de hemossedimentação elevada 1ª hora = 80mm e uma anemia normocítica e normocrômica. Por dificuldade financeira, não foram realizados os exames imunológicos.

A esofagomanometria demonstrou: grave disfunção da musculatura estriada, compatível com o diagnóstico de polimiosite. Não foi evidenciado nenhuma alteração do EEI (esfíncter esofágico inferior).

A ERM (eletroneuromiografia) foi sugestiva de acometimento miopático inflamatório difuso, complementando o nosso diagnóstico. O tratamento estipulado foi:

- 1 - Medidas comportamentais: não se expor a luz solar; dieta líquido-pastosa;
- 2 - Tratamento medicamentoso: prednisona 40mg/dia e metotrexato (MTX) 2,5mg por comprimido, totalizando 06 (seis) comprimido/semana (15mg) e ácido fólico 5mg/dia, com exceção no dia do uso do MTX.

Além do tratamento citado, foi mantido o específico para a hipertensão arterial sistêmica com losartana 50mg/dia associada a hidroclorotiazida 25mg/dia e protetor da mucosa gástrica: omeprazol 20mg em jejum diariamente.

- 3 - Tratamento fisioterápico (2 vezes/ semana)

Evolução e acompanhamento clínico:

A paciente tem mantido o acompanhamento ambulatorial, apresentando melhora do quadro clínico, porém, com diminuição da força muscular principalmente dos membros inferiores.

Referências bibliográficas

- ANDRIOLO, A. **Imunologia das doenças auto-imunes**. 2. ed. Manole, 2008.
- AZULAY, D. R.. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 983 p.
- DUBOIS, E. L. **Lupus erythematosus**. London: McGraw-Hill, 1966.
- EISENBERG, R. L. **Diagnóstico diferencial por imagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. 1465 p.
- FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L.S. **Sleisenger and Fonstran'S Gastrointestinal and Liver Disease**. 8 th. Philadelphia; Saunders Elsevier, 2010. 2v.

- FRIES, J. F.; HOLMAN, H. R. **Systemic lupus erythematosus: a clinical analysis**. Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1975. Vlv.
- GIUGGIOLI, D. et al. Platelet gel in the treatment of severe scleroderma skin ulcers. **Rheumatol Int.** v. 32, p. 2029-2032, 2012.
- HABIF, T. P. **Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1034 p.
- HAMBURGER, J. **Introduction au langage de La médecine**. França: Flammarion Médecine - Sciences, 1982.
- HUMPHREY, J. H.; WHITE, R. G. **Imunologia médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1970.
- IMBODEN, J.; HELLMAN, D.; STONE, J. **Currente diagnostic e tratamento - reumatologia**. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2008.
- KLIPPEL, J. H.; DIEPPE, P. A. **Rheumatology**. 2 th. Philadelphia: Mosby. 1999.
- LIMA, D. R. **Terapêutica, clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MILLER, O. **O laboratório e os métodos de imagem para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MIRANDA, A. A. M. et al. Síndrome de Erasmus: silicose e esclerose sistêmica. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 310-313, jun. 2013.
- MOTA, L. M. H. et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 158-183, abr. 2013.
- MORAES, J. **Manifestações orais de doenças sistêmicas**. 1970. 234p. Tese (Mestrado em gastroenterologia). - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1970.
- MOREIRA, C.; PINHEIRO, G. R. C.; NETO, J. F. M. **Reumatologia essencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- NASI, A.; MICHELSON, N. H. **Avaliação funcional do esôfago: manometria e ph-metria esofágicas**. São Paulo: Roca, 2001.
- NASCIMENTO, F. A. P. **Classificação das Doenças do Esôfago - Temas de Atualização em Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2002, p. 127-31.
- NASCIMENTO, F. A. P. et al. Esplenomegalia em paciente com manifestações vasculares. **Conduta Médica**, Rio de Janeiro, ano X, n. 40, p.4-9, abr-jun. 2009. NICOLL, D. et al. **Manual de exames diagnósticos**. 4. Ed. São Paulo: Artmed, 2006.
- PAPADAKIS, M. A.; PHEE, S. J.; RABOW, M. W. **Current medicina: diagnostic e tratamento**. 53. ed. Mc Graw-Hill, 2015.
- RODNAN, G. P.; BENEDEK, T. G. **An historical account of the study of progressive systemic sclerosis (diffuse scleroderma)** In: SNYDERMAN, R.; HAYNES, B. F. **Clinicas Médicas da América do Norte**. Progressos em Reumatologia. Rio de Janeiro: Interlivros. 1997.
- SAMARA, A. M. **Reumatologia**. São Paulo: Sarvier, 1985.
- SAMPAIO-BARROS, P. D. et al. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da esclerose sistêmica. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 258-275, jun. 2013.
- SKARE, T. L. **Reumatologia: princípios e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 335 p.
- SNYDERMAN, R.; HAYNES, B. F. **Clinicas médicas da América do Norte**. Progressos em reumatologia. Rio de Janeiro: Interlivros. 1997. v.1.
- SOUZA, E. J. R.; NEIVA, C.; MADUREIRA, P.. Esclerose sistêmica: envolvimento pulmonar, fenômeno de Raynaud e úlceras digitais. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 57-60, fev. 2007.
- VILAN, M. J. P. et al. Métodos de avaliação radiográfica em artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo. v. 37, p. 93-96, 1997.

Imagens coloridas



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Figs. 6 e 7



Figs. 7



Fig. 8

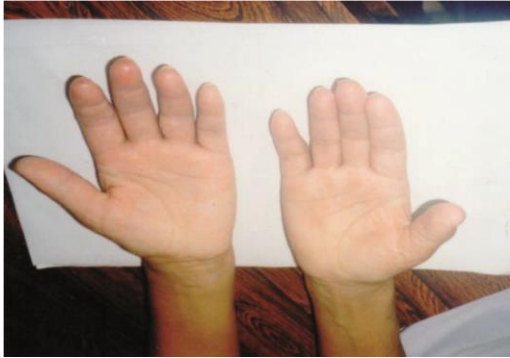


Fig. 9 - 1ª fase do Raynaud

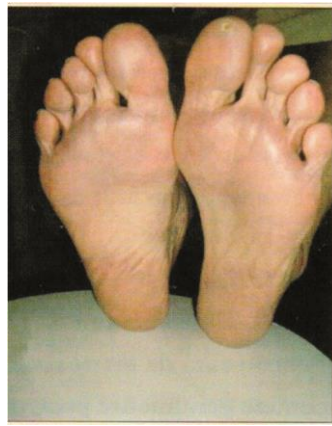


Fig. 10 - 2ª fase do Raynaud



Fig.11

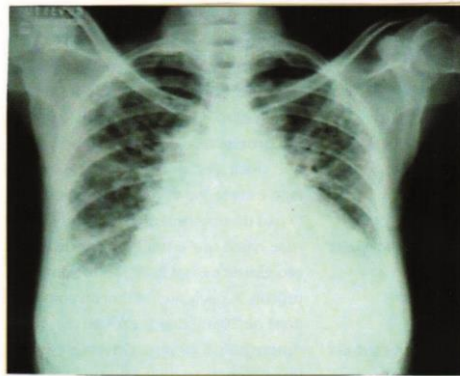


Fig.12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 16

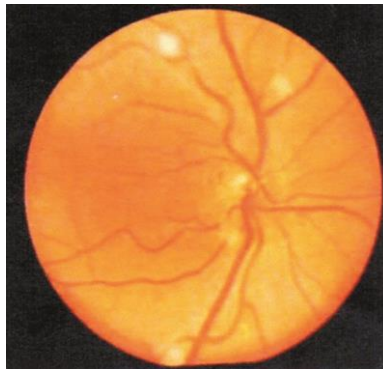


Fig.15