

hea

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 16/10/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Dr. Paulo Gustavo Araujo

Relatora: (R2) Dra. Mariana Pinheiro Gomes

Debatedora: (R1) Dr. Otávio Defanti Ramos

CASO CLÍNICO

Identificação: Mulher, branca, 70 anos, do lar, residente de Campos dos Goytacazes.

Queixa Principal: “Engasgo, emagrecimento e tosse”

HDA: Paciente apresenta quadro de disfagia progressiva, principalmente para alimentos líquidos, que se intensificou nas últimas 02 semanas, relatando episódios esparsos de “engasgos” de longa data, associado a perda ponderal não quantificada nessas últimas semanas. Atendida no PU e encaminhada para o HFM, para elucidação diagnóstica e tratamento, quando foi diagnosticada com pneumonia por broncoaspiração e iniciada terapia antimicrobiana (Ceftriaxona e Clindamicina), hidratação parenteral e nutrição enteral. Evoluiu com episódios febris e sialorréia intensa. Ocorrendo paroxismos de dispnéia com dessaturação.

CASO CLÍNICO

HPP: Paciente com hipertensão arterial sistêmica e artrite reumatóide.

Medicações em uso: Em uso de Candesartana + Hidroclorotiazida, Prednisona, Metotrexate (suspenso há 2 meses pelo reumatologista por elevação de transaminases).

História social: Nega tabagismo, etilismo e prática de exercício físico. Alimentação saudável.

História familiar: Mãe diabética.

CASO CLÍNICO

Ao exame físico: Regular estado geral, lúcida, bem orientada no tempo e espaço, eupneica em aa, afebril, acianótica, hipocorada +/4+, anictérica e hipohidratada. Uso de cateter nasoentérico.

ACV: RCR 2T BNF sem sopros / PA=130X80mmHg / FC=85bpm

AR: MV diminuído em bases sem RA.

ABD: Flácido, depressível, indolor a palpação superficial e profunda. Sem visceromegalias e peristalse presente.

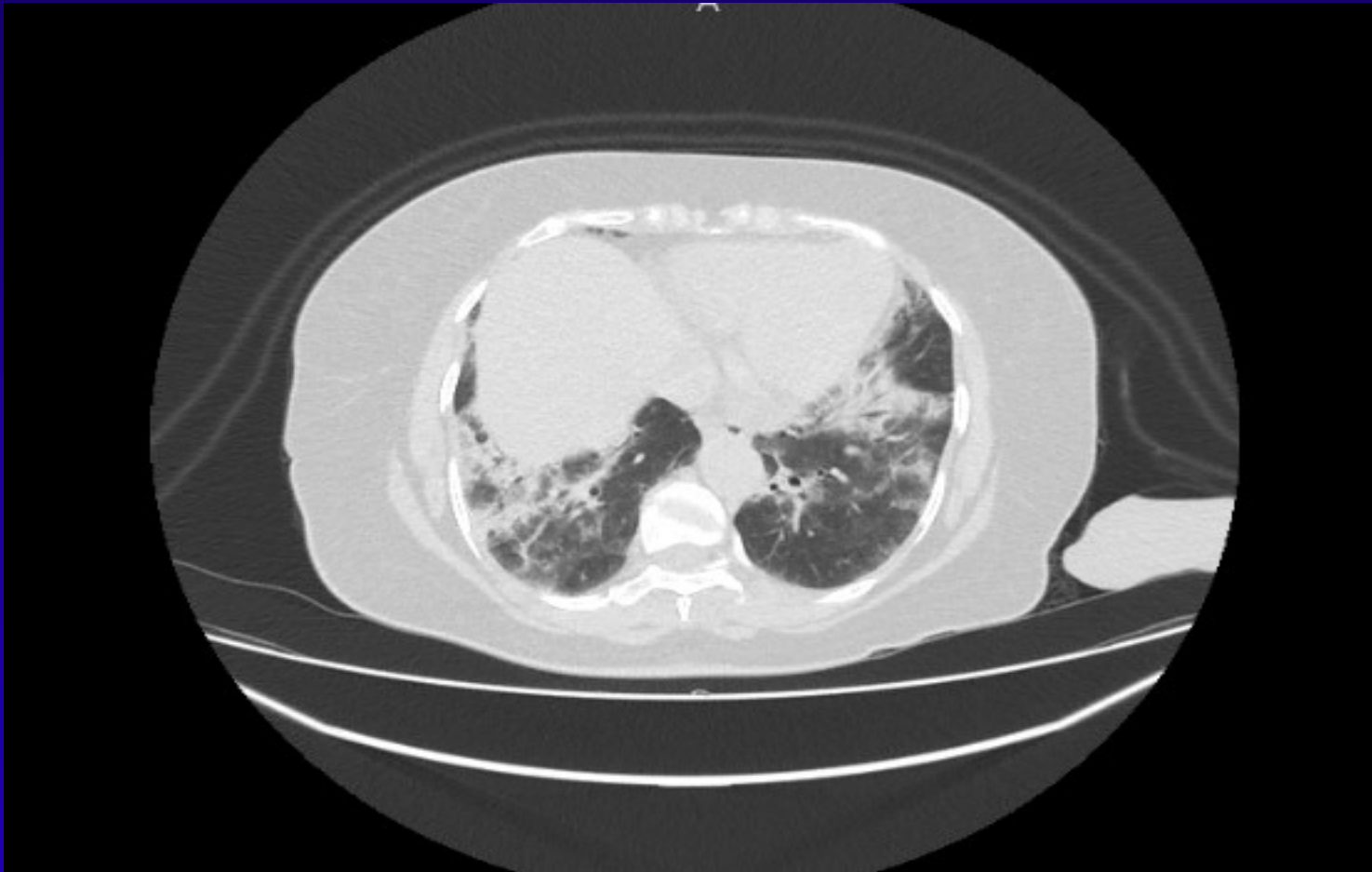
MMII: Sem edema, panturrilhas livres, pulsos amplos e palpáveis.

EXAMES COMPLEMENTARES

	11/07	Valor de Referência
HB (g/dL)	12.17	12.00 – 16.00
HT (%)	36.1	36.00 – 46.00
Bastão (%)	5%	
Plaquetas (mil/mm³)	369000	150000 a 450000
TGO (U/L)	214	Até 50
TGP (U/L)	203	7 a 52
Ureia (mg/dL)	33	10 - 45
Creatinina (mg/dL)	0.5	0.6 - 1.2
Proteínas totais (g/dL)	5.7	6 - 8
Albumina (g/dL)	2.6	3.5 - 5.2
Globulina (g/dL)	3.1	1.5 - 3.5

EXAMES COMPLEMENTARES

TC de Tórax



EXAMES COMPLEMENTARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TÉCNICA DO EXAME: Exame realizado em aparelho multislice, sem injeção de contraste.

RESULTADO: Os vários cortes realizados mostram:

Pequenos focos de consolidação dos espaços aéreos no segmento posteriores dos lobos inferiores.

Superfícies pleurais lisas.

Hilos pulmonares de configuração anatômica.

Não há lesões evidentes em traqueia e brônquios fonte.

Ausência de linfonomegalias.

Traqueia centrada, de calibre normal.

Estruturas vasculares mediastinais sem alterações.

Dimensões cardíacas normais.

Obs: Rarefação ossea em T7 e L2. Correlacionar.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

TÉCNICA DO EXAME: Exame realizado em aparelho multislice, sem injeção de contraste.

RESULTADO: Os vários cortes realizados mostram:

Fígado e baço isodensos, de dimensões e contornos normais.

Não há dilatação das vias biliares.

Leito vesicular de conteúdo homogêneo.

Pâncreas anatômico.

Rins tópicos de dimensões e contornos normais.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Aorta e veia inferior de calibre e contornos normais, sem evidências de linfonomegalia ao redor.

Bexiga repleta de conteúdo homogêneo.

EXAMES COMPLEMENTARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica de dados em aparelho *multislice*, sem injeção de contraste venoso. Exame realizado em caráter de urgência, com ênfase para caráter traumático.

Análise:

Parênquima cerebral de morfologia e atenuação habitual.

Não há sinais tomográficos detectáveis no presente tempo do estudo de injúria isquêmica recente (ASPECTS 5).

Redução leve do volume do parênquima cerebral com proeminência compensatória do espaço liquórico subaracnoide, usualmente observado na faixa etária.

Corpo caloso e regiões nucleocapsulares sem particularidades.

Cavidades ventriculares supratentoriais de morfologia e amplitude normal.

Não há desvio da linha média.

Parênquima cerebelar e do tronco cerebral de morfologia e atenuação habitual.

IV ventrículo centrado e de amplitude usual.

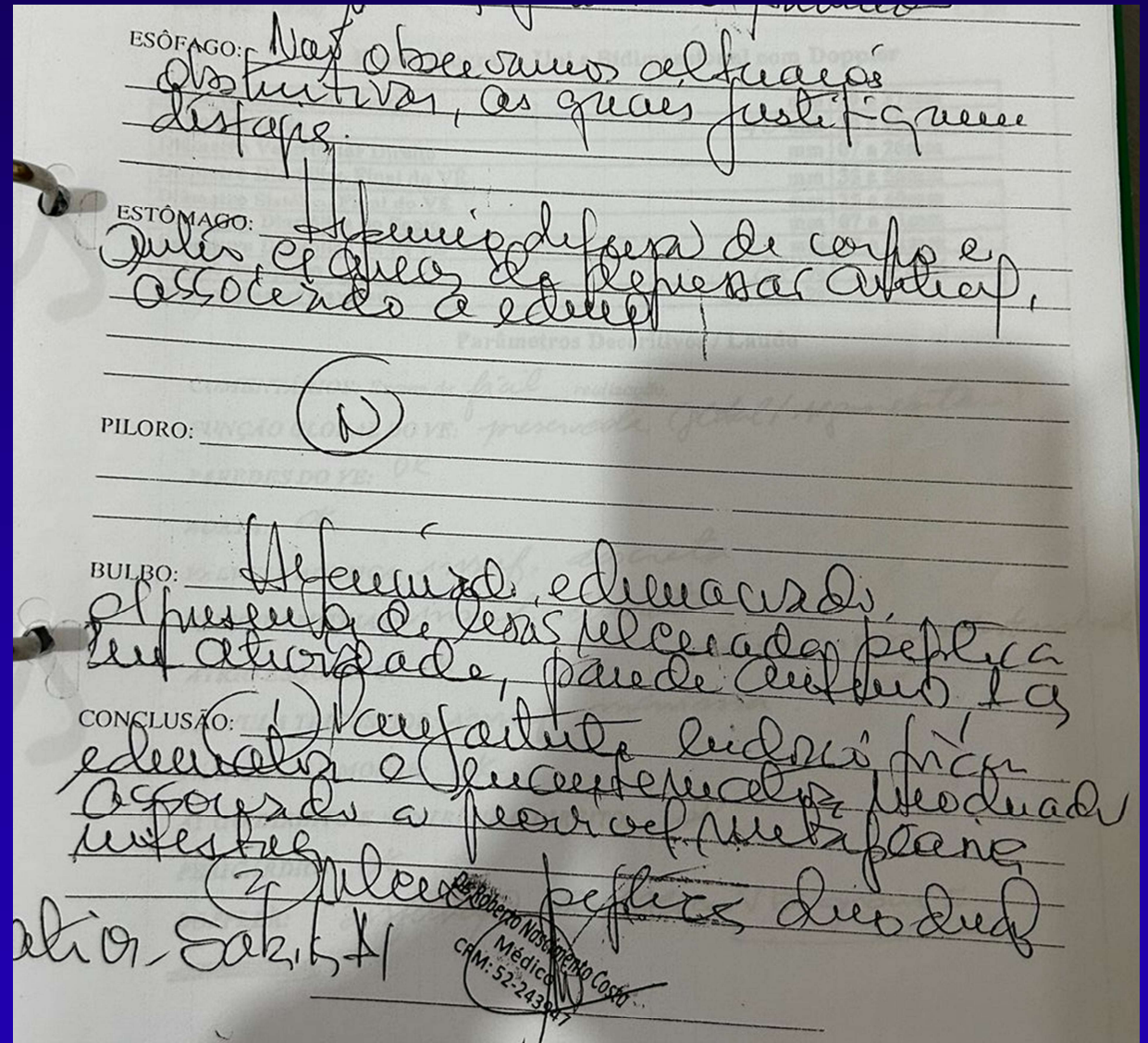
Cisternas basais sem alterações significativas.

Nota: a ausência de sinais tomográficos de evento isquêmico agudo no presente tempo não exclui completamente tal hipótese. Tal informação deve ser estritamente relacionado aos dados clínicos para adequada valorização.

EXAMES COMPLEMENTARES

Endoscopia:

- Pangastrite enantematosa moderada
- Úlcera péptica duodenal ativa (Sakita A1)



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



CASO CLÍNICO

- ✓ **Mulher, branca, 70 anos**
- ✓ **Engasgo, emagrecimento e tosse**
- ✓ **Disfagia progressiva, principalmente para alimentos líquidos**
- ✓ **Perda ponderal não quantificada**
- ✓ **Pneumonia por broncoaspiração**
- ✓ **Evoluiu com episódios febris e sialorréia intensa. Ocorrendo paroxismos de dispnéia com dessaturação.**
- ✓ **HAS e artrite reumatóide.**
- ✓ **Medicações em uso: Em uso de Candesartana + Hidroclorotiazida, Prednisona, Metotrexate (suspenso há 2 meses pelo reumatologista por elevação de transaminases).**
- ✓ **Nega tabagismo, etilismo e prática de exercício físico. Alimentação saudável.**

EXAME FÍSICO

- ✓ Hipocorada +/-4+. Uso de cateter nasoentérico.
- ✓ PA: 130 X 80mmHg / FC: 85 bpm
- ✓ AR: MV diminuído em bases sem RA.

EXAME COMPLEMENTAR

Exames Laboratoriais		Valores de referência
Hemoglobina	12,17 g/dL	12 - 16 g/dL
Hematócrito	36,1	37- 50
Bastões	5%	0-4
Leucócitos	15.180 mm ³	3600 - 11000/mm ³
Plaquetas	369.000mm ³	150000 - 450000/mm ³
Uréia	33 mg/dL	17 - 43 mg/dL
Creatinina	0,5 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
TGO	214	5 – 40 UI/L
TGP	213	7 – 56 UI/L
Proteínas Totais	5,7	6-8g/dl
Albumina	2,6	3,5 – 5,0 g/dl
Globulina	3,1	1,5-3,5g/dl

EXAME COMPLEMENTAR

- ✓ **TC DE TÓRAX:** Pequenos focos de consolidação dos espaços aéreos nos segmentos posteriores dos lobos inferiores.
- ✓ **TC DE ABDOME E PELVE:** Ausência de sinais tomográficos dignos de nota.
- ✓ **TC DE CRÂNIO:** Ausência de sinais tomográficos dignos de nota.
- ✓ **ENDOSCOPIA:** Pangastrite enantematosa moderada e úlcera péptica duodenal ativa (Sakita A1).

SÍNDROME DISFÁGICA

DISFAGIA
OROFARÍNGEA
(TRANSFERÊNCIA)

ENGASGO

IDOSOS

NEUROMUSCULARES

DISFAGIA
ESOFAGEANA
(TRANSPORTE)

ENTALO

ORGÂNICO

FUNCIONAL

CAUSAS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Iatrogênico

Efeitos colaterais de medicamentos (quimioterapia, neurolépticos, etc.)

Muscular pós-cirúrgico ou neurogênico

Radiação

Corrosivo (lesão por comprimido, intencional)

Miopática

Doença do tecido conjuntivo (síndrome de sobreposição)

Dermatomiosite

Miastenia grave

Distrofia miotônica

Distrofia oculofaríngea

Polimiosite

Sarcoidose

Síndromes paraneoplásicas

Infeccioso

Mucosite (herpes, citomegalovírus, Candida, etc.)

Difteria

Botulismo

Doença de Lyme

Sífilis

Metabólico

Amiloidose

Síndrome de Cushing

Tireotoxicose

Doença de Wilson

Estrutural

Barra cricofaríngea

Divertículo de Zenker

Teias cervicais

Tumores orofaríngeos

Osteófitos e anomalias esqueléticas

Congênita (fenda palatina, divertículos, bolsas, etc.)

Neurológico

Tumores do tronco cerebral

Trauma na cabeça

AVC

Paralisia cerebral

A síndrome de Guillain-Barré

doença de Huntington

Esclerose múltipla

Poliomielite

Síndrome pós-pólio

Discinesia tardia

Encefalopatias metabólicas

Esclerose lateral amiotrófica

doença de Parkinson

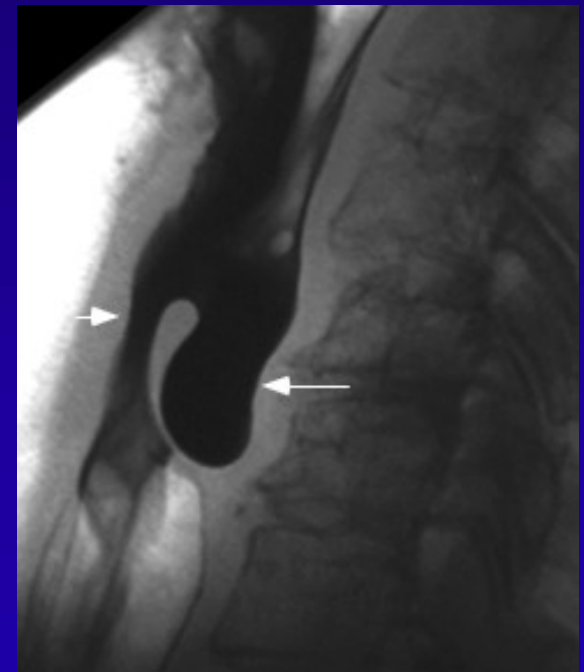
Demência

DIVERTÍCULO DE ZENKER

- ✓ Divertículo esofágico mais comum
 - ✓ Mais frequente em idosos (50-80 anos)
 - ✓ Maior ocorrência em homens (3:1)
 - ✓ A pneumonia aspirativa é a causa mais comum de óbito entre os pacientes idosos.
-
- ✓ **SINTOMAS:** inicialmente assintomáticos, disfagia intermitente e progressiva ao longo do dia, tosse, sialorreia, regurgitação de material fétido não digerido, halitose, infecções respiratórias, perda ponderal.

DIVERTÍCULO DE ZENKER

- ✓ **Complicações:** Aspiração (pneumonia ou abscesso pulmonar), malignização, desnutrição.
- ✓ **DIAGNÓSTICO:** Esofagografia baritada:
Demonstra o divertículo (protrusão sacular na parede posterior da faringe) preenchido por contraste lateralmente ao esôfago, no nível da cartilagem cricofaríngea.



POLIMIOSITE

- ✓ **2X mais comum em mulheres**
- ✓ **Incidência entre 40-50 anos de idade, podendo ocorrer em qualquer faixa etária**
- ✓ **CLÍNICA: fraqueza muscular proximal e simétrica, indolor, de instalação subaguda**
- ✓ **Pneumopatia intersticial, disfagia de transferência, poliartrite e sintomas constitucionais são comuns.**
- ✓ **Insuficiência respiratória pode ser consequência da fraqueza do diafragma e da musculatura da parede torácica.**

POLIMIOSITE

- ✓ Fraqueza da musculatura da orofaringe e do terço superior do esôfago causa disfagia de transferência, com conseqüente regurgitação nasal e/ou broncoaspiração.
- ✓ O envolvimento esofágico é mais comum em pacientes idosos e pode estar por trás do aumento da incidência de pneumonia bacteriana
- ✓ A CK é a enzima muscular mais sensível e deve ser testada e acompanhada em todos os pacientes com suspeita de PM.
- ✓ A AST e a ALT podem estar elevadas em pacientes com miosite.
- ✓ A detecção de autoanticorpos anti-Ro, anti-La ou anti-RNP em um paciente com miosite sugere um diagnóstico de miosite associada ou sobreposta a outra doença reumática sistêmica

CONDUÇÃO

- ✓ **DOSAGEM DE CK**
- ✓ **ANTI JO1**
- ✓ **ELETROMIOGRAFIA**
- ✓ **BIÓPSIA MUSCULAR – PADRÃO OURO**

REFERÊNCIAS

- ✓ Gastroenterologia Tratado de Gastroenterologia - Da Graduação à Pós-graduação, Schilioma Zaterka, Jayme Natan Eisig, eds. 2ª ed, São Paulo: Editora Atheneu, 2016.
- ✓ SABISTON JR. D. C., TOWNSEND, M. C. Tratado de Cirurgia. 16.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ✓ <https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis>

EVOLUÇÃO DO CASO

EVOLUÇÃO

- ✓ Durante a internação foi medicada com Omeprazol 80mg/dia, anti-hipertensivo e antimicrobianos.
- ✓ Paciente apresentou novos episódios de broncoaspiração por sialorréia abundante.
- ✓ Evidenciou-se diminuição de força muscular proximal.

EVOLUÇÃO

	19/07	09/08	16/08	Valor de Referência
Hemácias (milhões/mm ³)	4.13	4.26	3.92	4.00 – 16.00
HB (g/dL)	10.9	11.3	10.9	12.00 – 16.00
HT (%)	33.3	35.0	32.8	36.00 – 46.00
Leucócitos (cél/mm ³)	11930	11940	9220	4000 - 10000
Eosinófilos (cél/mm ³)	239	-----	92	50 - 500
Bastão (cél/mm ³)	597	-----	184	0 - 840
Segmentado (cél/mm ³)	8351	8372	6546	1700 – 8000
Linfócitos (cél/mm ³)	2028	2153	1936	900 - 2900
Monócitos (cél/mm ³)	716	1435	461	300 - 900
Plaquetas (mil/mm ³)	323	253	294	150 a 450
TGO (U/L)	377	89	52	Até 50
TGP (U/L)	249	148	80	7 a 52
CK-TOTAL (UI/L)	7950	1275	-----	Até 145

EXAMES COMPLEMENTARES

PROTEÍNA "C" REATIVA ULTRA SENSÍVEL

Material: Soro

Método: Quimioluminescência - Immulite 2000 (Siemens)

Coleta: 25/07/2025

Liberação: 25/07/25

Valor referencial: < ou = a 0,30 mg/dL

Para inflamações e infecções em geral

1,00 a 5,00 mg/dL Inflamações leves e infecções virais

5,10 a 20,00 mg/dL Inflamações graves e infecções bacterianas

> 20,0 mg/dL Infecções graves e politraumatismo.

Avaliação de Risco Cardiovascular

Risco Baixo: < 0,10 mg/dL

Risco Médio: de 0,10 a 0,30 mg/dL

Risco Alto: > 0,30 mg/dL

Nota: A interpretação clínica do resultado da Proteína C Reativa depende da finalidade com que ela foi solicitada. Mostra-se elevada em processos inflamatórios de qualquer natureza, incluindo doenças infecciosas e reumáticas. Recentemente demonstrou-se que indivíduos com doença aterosclerótica tem, com maior frequência, níveis de PCR superiores a 0,11 mg/dL e, desta forma, passou a ser utilizado como indicador de risco cardiovascular, em indivíduos que não apresentem processos inflamatórios crônicos ou agudos de qualquer natureza.

2,67 mg/dL

FERRITINA

Material: Soro

Método: CMIA - Architect (Abbott)

Coleta: 25/07/2025

Liberação: 26/07/25

Valor referencial: Mulheres Pré-menopausa 6.9 - 282.5 ng/mL

Mulheres Pós-menopausa 14.0 - 233.1 ng/mL

Observações: Resultado repetido e confirmado.

2.464,5 ng/mL

ALDOLASE

Material: Soro

Método: Enzimático

Coleta: 25/07/2025

Liberação: 28/07/25

Valor referencial: Até 7,6 U/L

Observações: Resultado conferido, repetido e liberado.

56,3 U/L

EXAMES COMPLEMENTARES

FATOR ANTI-NUCLEAR (FAN) - "PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENOS (PAAC)

Material: Soro
Método: Imunofluorescência Indireta - Substrato: Celulas HEp2
Coleta: 25/07/2023

Núcleo:	REAGENTE
Envelope Nuclear:	NÃO REAGENTE
Nucleolo:	NÃO REAGENTE
Citoplasma:	NÃO REAGENTE
Aparelho Mitótico:	NÃO REAGENTE
Placa Metafásica Cromossômica:	NÃO REAGENTE
Conclusão:	PADRÃO NUCLEAR PONTILHADO (AC-4/5/BAC-4)

Valor referencial: Não Reagente

TÍTULO 1:320

ANTICORPOS ANTI - RNP 1,00 Elia U/mL
Material: Soro
Método: Fluoroenzimaimunoensaio
Coleta: 25/07/2023 Liberação: 25/07/2023

Valor referencial: Negativo < 5,0 Elia U/ml
Clinicamente Duvidoso 5,0 a 10,0 Elia U/ml
Positivo > 10,0 Elia U/ml

ANTICORPOS ANTI JO1 205,0 Elia U/mL
Material: Soro
Método: Fluoroenzimaimunoensaio
Coleta: 25/07/2023 Liberação: 25/07/2023

Valor referencial: Negativo < 7,0 Elia U/ml
Clinicamente Duvidoso 7,0 a 10,0 Elia U/ml
Positivo > 10,0 Elia U/ml

MI-2 ANTICORPOS ANTI-SINTETASE 1,2 IU/mL
Material: Soro
Método: Fluoroenzimaimunoensaio
Coleta: 25/07/2023 Liberação: 25/07/2023

Resultado: 1,2 IU/mL

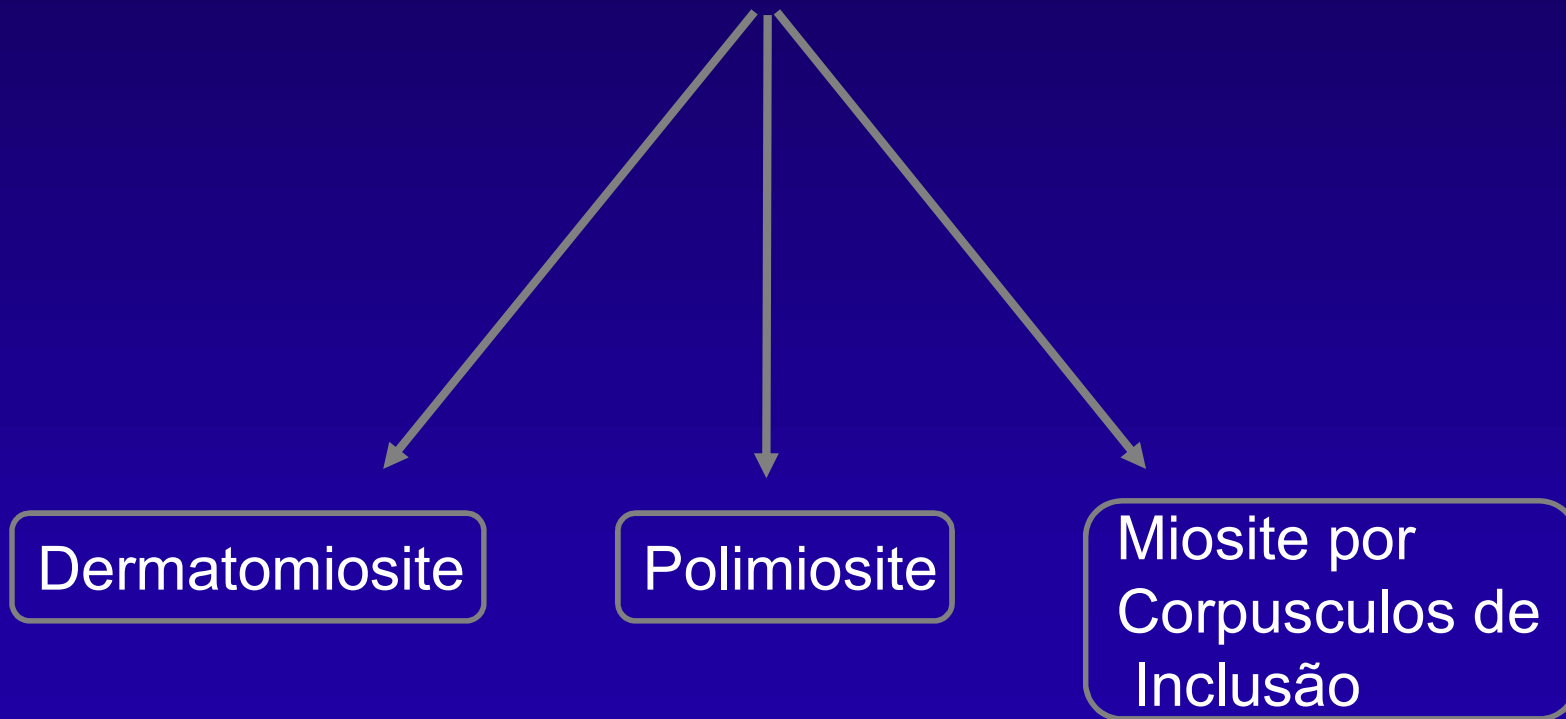
Valor referencial: Negativo < 4,0 IU/ml
Clinicamente Duvidoso 4,0 a 6,0 IU/ml
Positivo > 6,0 IU/ml

EVOLUÇÃO

- ✓ Realizado pulsoterapia com metilprednisolona
- ✓ Melhora progressiva da disfagia
- ✓ Reiniciado metotrexate por via subcutânea
- ✓ Alta hospitalar em 21/08/2023.
- ✓ Acompanhamento ambulatorial – Reumatologia.
- ✓ Estável clinicamente.



Miopatias inflamatórias idiopáticas



POLIMIOSITE

- ✓ Miopatia inflamatória idiopática
- ✓ Processo inflamatório não supurativo na musculatura esquelética
- ✓ Associação com neoplasia
- ✓ Incidência: 1:100.000 habitantes
- ✓ Distribuição bimodal; Maior prevalência no sexo Feminino

POLIMIOSITE (Quadro clínico)

- **Fraqueza muscular progressiva simétrica proximal**
 - Músculos da cintura escapular e pélvica → Musculatura proximal dos membros
 - Flexores do pescoço
 - Musculatura esquelética da parede posterior da faringe e do terço proximal do esôfago (disfagia de transferência)
 - Músculos da laringe (disfonia)
- **Hipersensibilidade muscular e mialgia**
- **Sintomas constitucionais**
- **Artralgias**
- **Comprometimento respiratório**
 - Diafragma e musculatura intercostal
- **Comprometimento cardíaco**

POLIMIOSITE (Diagnóstico)

- FAN (70%)
- ANTI JO-1
- CPK, ALDOLASE, LDH, ALT, AST
- ELETROMIOGRAFIA: Padrão miopático
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: Áreas de inflamação muscular, edema com miosite em atividade, fibrose e calcificação
- BIOPSIA MUSCULAR (padrão ouro): Expressão de MHC Classe I nos miócitos + infiltração por linfócitos TCD8+, inclusive em fibras musculares saudáveis. Ausência de complemento na parede muscular.

+

QUADRO CLINICO CARACTERISTICO + CK ELEVADO
BIOPSIA MUSCULAR POSITIVA = POLIMIOSITE

POLIMIOSITE (Diagnóstico)

Tab. 1: Principais anticorpos miosite-específicos.

AUTOANTICORPOS	PREVALÊNCIA NA DM E PM	ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS	PROGNÓSTICO (SOBREVIDA EM 5 ANOS)
Anti-Jo-1*	20% (mais comum na PM)	Doença pulmonar intersticial Artrite Fenômeno de Raynaud Mãos do mecânico	Ruim (~75%)
Anti-Mi-2	10% (somente na DM)	DM de início agudo com rash em forma de "V" e manta e com alterações em cutículas	Bom (>95%)
Anti-SRP	5%	Doença de início agudo, envolvimento cardíaco, fraqueza severa	Muito ruim (~35%)
Anti-PI-7*	5% (quase exclusivo da PM)	PM com doença pulmonar intersticial	
Anti-PI-12			

* Anticorpos antissíntetases.

POLIMIOSITE (Diagnóstico)

Tab. 2: Critérios utilizados para o diagnóstico das miopatias inflamatórias idiopáticas.

CRITÉRIO	DERMATOMIOSITE	POLIMIOSITE
Força Muscular	Padrão Miopático (*)	Padrão Miopático
Rash Cutâneo ou Calcinose	Presente e Diagnóstico	Ausente
Enzimas Musculares (CK)	Aumentada (até 10 vezes) ou Normal	Aumentada (até 100 vezes)
Achados à Biópsia	Deposição de complemento na parede dos vasos capilares. Atrofia perifascicular.	Expressão de MHC classe I nos miócitos + infiltração por linfócitos T CD8+, inclusive em fibras musculares saudáveis. Ausência de complemento na parede vascular.
Eletromiografia	Miopática	Miopática

(*) Fraqueza simétrica dos músculos das cinturas escapular, pélvica e dos flexores anteriores do pescoço, com ou sem disfagia. As alterações miopáticas subagudas devem poupar musculatura ocular e facial e ocorrer em um período de semanas a meses. É necessário excluirmos história familiar de doença neuromuscular, endocrinopatia, exposição a drogas miotóxicas e doença bioquímica do músculo (somente excluída na biópsia, pela análise histoquímica).

POLIMIOSITE (Tratamento)

- ✓ **Atividades físicas supervisionadas e personalizadas**
- ✓ **Corticoide sistêmico**

Prednisona 0.75mg a 1.2mg/kg/dia por um mínimo de 4 a 12 semanas) ou
Pulsoterapia de metilprednisolona (1g/dia iv por 3 dias)

- Pacientes sem sinais de pneumopatia intersticial: Associar azatioprina (2 mg/kg/dia) ou metotrexato (15-25 mg/kg/semana)
- Pacientes com pneumopatia intersticial: Associar ciclofosfamida (2mg/kg/dia) ou ciclosporina (3-5 mg/kg/dia) ou tacrolimus (0.075mg/kg/dia)
- Casos refratários: Micofenolato, Imunoglobulina Humana Intravenosa em altas doses, Rituximabe

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gastroenterologia Tratado de Gastroenterologia - Da Graduação à Pós-graduação, Schilioma Zaterka, Jayme Natan Eisig, eds. 2ª ed, São Paulo: Editora Atheneu, 2016.
- <https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis>