

Figura 1. Colangiografia por ressonância magnética, plano coronal, evidenciando dilatação do colédoco, sem evidência de obstrução.

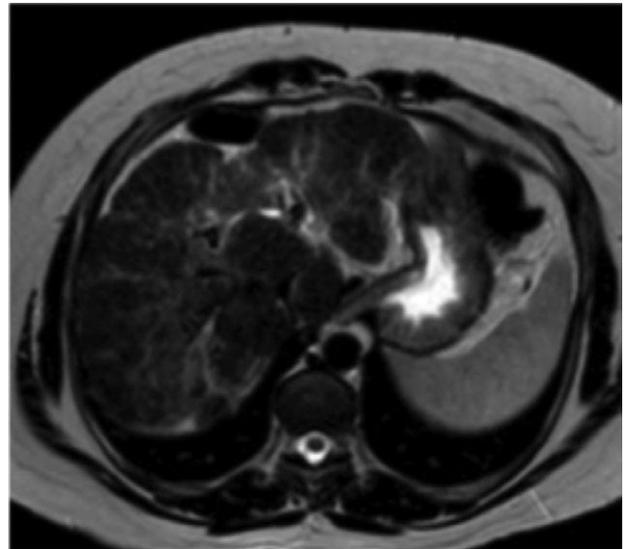


Figura 2. Sequência ponderada em T2, plano axial, evidenciando sinais de hepatopatia crônica e edema peri-portal.

católica. Queixase duração: "coceira, olhos amarelos e dor abdominal" flutuante, há 8 meses. Ao exame físico bom estado geral, icterícia +++/4, flapping negativo; aparelho cardio-vascular e pulmonar sem alterações; abdome: sem dor a palpação, sem visceromegalias, macicez móvel ausente. Frente ao caso foi feita a hipótese de síndrome colestática. Proseguiu-se a investigação com exames laboratoriais e de imagem. Descreve-se os exames laboratoriais alterados: AST: 1911; ALT: 899; FA: 1460; DHL: 788; GGT: 97; ALB: 2,8; BT: 34,4 (BD: 16,1/ BI: 18,3); TP: 21,3 (INR: 1,62); TTPA: 43,4; Ferritina: 1019; Fe: 200; capacidade total de ligação da transferrina: 78; eletroforese de proteínas com pico em gama-globulina. Foram feitas sorologias para Hepatite A, B e C; HIV; toxoplasmose; citomegalovírus; Epstein-Barr; rubéola; sífilis não reagentes, bem

como foram feitos a pesquisa de auto-anticorpos que também foram não reagentes (anticorpo anti-nuclear -ANA; anti-mitochondria - AMA; anti-musculoliso; anti-LKM);. Continuou-se o rastreio através de exames de imagens. Ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome: sinais de hepatopatia crônica associada a dilatação do colédoco sem a caracterização do fator obstrutivo, pesquisa férrica negativa; Ecoendoscopia: sem microcálculos. Realizada a biópsia hepática cujo anatomo-patológico evidenciou CBP, estágio 2. Tratamento proposto: ácido urso desoxicólico.

Discussão: O caso relatado de CBP tratava-se de uma mulher, parda de 47 anos. O sexo e a idade corroboram com os dados da literatura. Em relação aos sintomas, o prurido cutâneo é sintoma mais característico da CBP - 50% dos pacientes ao diagnóstico. No diagnóstico de CBP, citado acima, observou-se negatividade de auto-anticorpos, com elucidação diagnóstica por exames de imagem e histopatologia, caracterizan-

do uma excessão na literatura. O diagnóstico de CBP na maioria dos doentes se dá pela presença do AMA positivo (90%) e ANA positivo (70%) associado a uma síndrome colestática. Em apenas 10% dos casos, o AMA é negativo.

Bibliografia consultada:

- Kaplan MM. Primary biliary cirrhosis. N Engl J Med. 1996; 335:1570-80.
- Kumagi T, Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. Orphanet J Rare Dis. 2008; 3:1-17.
- Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R, Bergasa NV, Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. Hepatology. 2009; 50:291-308.
- Muratori L, Granito A, Muratori P, Pappas G, Bianchi FB. Antimitochondrial antibodies and other antibodies in primary biliary cirrhosis: diagnostic and prognostic value. Clin Liver Dis. 2008; 12:261-76.

CRIOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Thais Chang Valente, Priscilla Nunes Ortiz, Amanda Hiromi Abe, Renata Diniz Jacques Gonçalves, Tomás Zecchini Barrese, Karine Simone Polonio, Maria Elisa Rufollo Magliari, Joaquim Antonio da Fonseca Almeida

Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Fundamentos: A criptococose pode aparecer como primeira infecção oportunista nos pacientes com SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), ocorrendo em 4,4% dos casos no Brasil.

O agente apresenta tropismo pelo sistema nervoso central sendo este o local mais acometido, seguido

pelopulmão. Raramente observam-se lesões cutâneas, apenas em cerca de 5 a 15% dos casos e geralmente é um marcador de doença disseminada. Nesses casos, diversas manifestações clínicas podem ocorrer. Dentre estas têm sido observado com frequência, lesões que podem se assemelhar às do molusco contagioso, apresentando uma lesão papulosa ou maculopapular com centro umbilicado ou ulcerado.

Motivo da Comunicação: O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de criptococose disseminada com apresentação cutânea exuberante como manifestação inicial de paciente com SIDA previamente não diagnosticada.

Relato de Caso: C.F.S., 40 anos, natural e procedente de São Paulo, casada. Apresentava lesões de pele pruriginosas em face, dorso, membros inferiores e superiores de aparecimento há um ano e meio, associado a adinofagia, queda do estado geral e febre. Refere história de contato com pombos e duas internações por pneumonia no mesmo período. As lesões caracterizavam-se por pápulas eritematosas, algumas umbilicadas e com centro necrótico (FIGURAS 1 e 2).

Além das lesões, a paciente apresentava monilíase oral e linfonodomegalia generalizada, leve taquipnéia, sem alterações da ausculta pulmonar e cardíaca. Ao exame micológico direto evidenciou-se estrutura fúngica leveduriforme sugestiva de criptococo. Constatou-se HIV positivo com CD4 de 1 e látex positivo para criptococose. Foi internada para investigar criptococose disseminada e iniciar tratamento com Anfotericina B e fluconazol, pela indisponibilidade de fluocitosina no Brasil.

Evidenciou-se acometimento pulmonar, através de TC de tórax (FIGURA 3) e broncoscopia com biópsia, sem acometimento de SNC. A paciente evoluiu com insuficiência renal como complicação do tratamento, e acabou apresentando dispnéia súbita, indo a óbito por Edema Agudo de Pulmão Hipertensivo. À necrop-

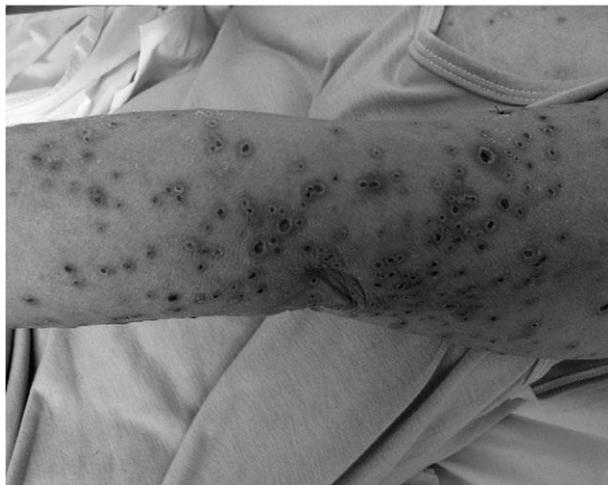


Figura 1. Lesões cutâneas em membro superior esquerdo.



Figura 2. Lesões cutâneas em membros superiores, tronco e face.

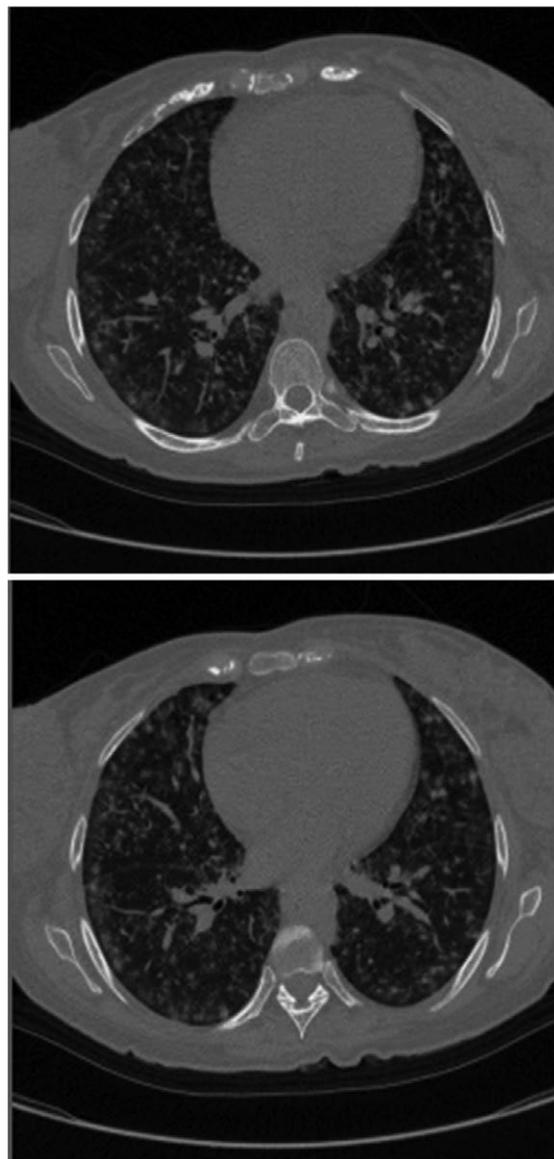


Figura 3.

sia evidenciou-se também acometimento esplênico e confirmado a ausência de comprometimento do SNC.

Discussão: Criptococose disseminada é definida pelo acometimento de pelo menos dois sítios não contíguos ou evidência de carga elevada de fungo determinada por títulos de antígenos de criptococo.

Geralmente a presença de criptococose disseminada cutânea esta associado com a forma disseminada da doença, sendo recomendada a investigação de outros sítios acometidos assim como realizado com a paciente.

Curiosamente, apesar da presença de lesões cutâneas de grande exuberância, não se evidenciou acometimento de SNC, o que costuma ocorrer nos casos de criptococose disseminada.

O tratamento de escolha para a Criptococose disseminada é a Anfotericina B associada a fluocitosina, no entanto, no Brasil essa medicação não está disponível. Preferiu-se então associar fluconazol, devido à ausência da medicação de escolha.

Bibliografia consultada:

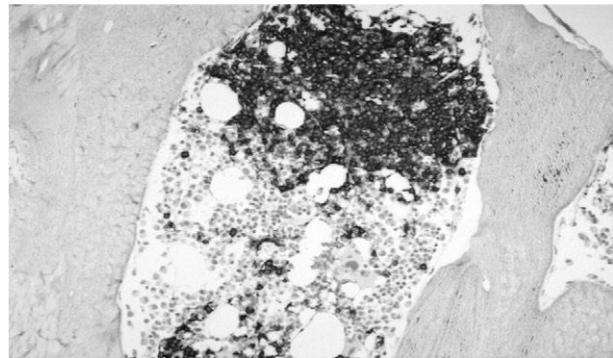
- Dinato SLM, Dinato MM, Nakanishi CP, Almeida JRP, Romiti N. Disseminated cutaneous cryptococcosis in a patient with AIDS. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2006; 48:353-8.
- Grupo do Consenso em Criptococose. Consenso em criptococose. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41:524-44.
- Pappalardo MCSM, Melhem MSC. Cryptococcosis: a review of the Brazilian experience for the disease. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2003; 45:299-305.
- Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010; 50:291-322.

ESPLENOMEGALIA COM LINFOCITOSE: LINFOMA ESPLÊNICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

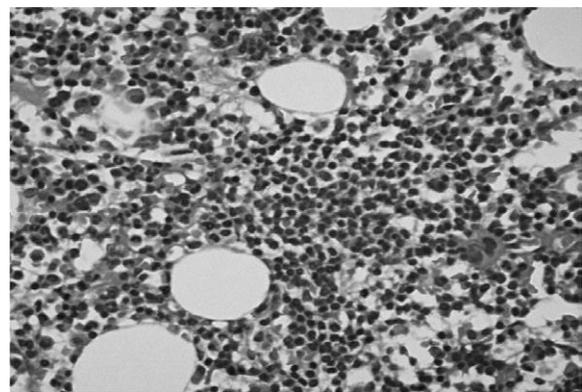
Larissa Novaes Paganini, Suzana de França R. Gonzaga, Ivan Rondelli, José Henrique de Carvalho Basilio, Renato Moraes Alves Fabbri
Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Descrição do caso: Paciente feminina, 30 anos, sem antecedentes, com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há cerca de 10 dias da entrada e surgimento de massa palpável no hipocôndrio esquerdo, associado a um episódio de febre e emagrecimento de 4 Kg em dois meses. Ao exame físico, apresentava baço palpável até fossa ilíaca esquerda. Não apresentava linfonodomegalias periféricas. Exames de admissão revelavam: Hb 10,7, leucocitose de 26010, com 86% de linfócitos, plaquetas 127000. USG abdome: linfonodomegalias peripancreáticas e em hilo hepático, bem como esplenomegalia. Sorologias EBV +, HCV +. TC abdome e tórax: linfonodomegalias difusas,

hepatogástrica, periportal, peripancreática, periesplênica, portocaval, sendo a maior delas com 7,1x5,1 cm. Índice esplênico de 2300. Optado por realizar biópsia de medula óssea, que demonstrou infiltração linfocitária, com marcadores CD20 e CD45 positivos, CD3, CD23, CD5 e ciclina D1 negativos.



Reação imuno-histoquímica demonstrando linfócitos B-CD20+



Medula óssea hipercelular com linfocitose intercelular

Discussão: Esplenomegalia é um achado importante ao exame físico, e quando associado ao quadro clínico, abre um leque de diagnósticos diferenciais que devem ser considerados. A hiperplasia esplênica pode ocorrer em casos de anemias, (Falciforme, Esferocitose, Talassemias) seja por intensa atividade hemolítica ou devido eritropoiese extramedular. Infecções geram estímulo antigênico, levando a esplenomegalia. Portanto, não podemos deixar de pesquisar causas como infecção pelo EBV (síndrome de mononucleose) e as síndromes mono-like. O HIV+ e até mesmo a Endocardite podem ser causas de esplenomegalia. Ainda devido à hiperplasia imune, temos a Malária, doença aguda febril regional. Outras duas causas importantes no Brasil e com epidemiologia clara, são a Leishmaniose visceral (Calazar) e a Esquistossomose. Hipertensão portal e suas causas levam à esplenomegalia por congestão. Outros diagnósticos diferenciais de esplenomegalia incluem as infiltrações esplênicas: tumores primários e metastáticos do baço, doenças

de depósito e as neoplasias hematológicas. Diante de tantas possibilidades, o achado de linfocitose no exame laboratorial nos chama atenção para algumas entidades e a história clínica da paciente em questão nos remete a um quadro hematológico. As Leucemias mais associadas a esplenomegalia de grande monta são a LMC e a tricoleucemia. Policitemia Vera, Metaplasia Mielóide Agnôgena e trombocitemia essencial são síndromes mieloproliferativas também associadas. Os linfomas são um grupo heterogêneo de doenças causadas por linfócitos malignos que usualmente se acumulam nos linfonodos e ocasionalmente podem invadir o sangue periférico ou infiltrar órgãos. O linfoma esplênico da zona marginal (LEZM) é uma neoplasia de células B que envolve o manto e a zona marginal no baço, linfonodos do hilo esplênico, medula óssea e sangue periférico. Em adultos, corresponde a menos

de 2% dos Linfomas não Hodgkin, (LNH) havendo uma clara relação com o estímulo antigênico pelo vírus HCV. A clínica compreende esplenomegalia, sem linfonodomegalias periféricas, associa-se a linfocitose e sintomas gerais são infrequentes. É um diagnóstico de exclusão frente aos LNH mais comuns, não havendo marcadores específicos, porém são CD5, CD10, CD23 e ciclina D1 negativos.

Bibliografia consultada:

- Armitage JO, Mauch PM, Harris NL, Coiffier B, Dalla-Favera R. Non-Hodgkin lymphomas. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 672p.
- Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman's Cecil medicine. 24th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. 2672p.
- Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA/CLÍNICA MÉDICA EM 2013

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA / CLÍNICA MÉDICA EM 2013

DM NA ASSISTÊNCIA

- Organograma



UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Números de Leitos		
UM1	27	Feminino
UM2	22	Misto
UM3	37	Masculino
UTI Clínica	4	Misto
Total	90	

Estatística de Internação do Departamento de Medicina 2013

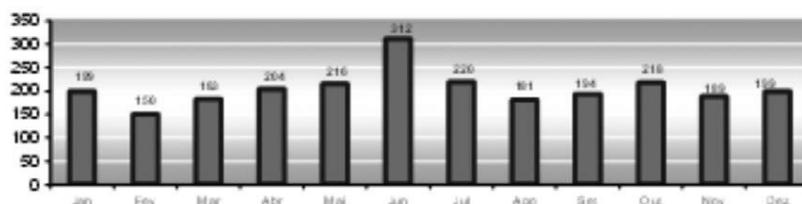
ÁREAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CM - Área I	39	31	38	36	21	21	36	32	27	30	35	24	370
CM - Área II	29	28	31	21	36	34	29	27	38	44	16	38	371
CM - Área III	33	23	46	35	47	43	38	37	42	36	24	28	432
CM - Área IV	37	25	38	42	24	35	36	29	26	39	41	29	401
Reumatologia	6	7	5	9	3	5	3	4	1	0	0	4	47
Nefrologia	10	5	12	11	7	4	9	13	7	9	10	10	107
Hematologia	17	15	14	10	18	11	21	21	16	29	29	18	219
Gastro	14	7	14	8	13	8	11	15	8	11	10	11	130
Neurologia	21	17	15	16	12	19	18	16	15	17	10	7	183
Endocrinologia	9	6	3	8	7	5	8	8	4	1	3	3	65
Cardiologia	23	13	17	9	24	15	22	21	19	20	14	17	214
Pneumologia	6	5	2	7	3	5	8	8	4	2	2	3	55
Dermatologia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	01
Total	244	182	235	212	237	206	233	231	207	253	210	215	2535

Fonte: Sistema IN

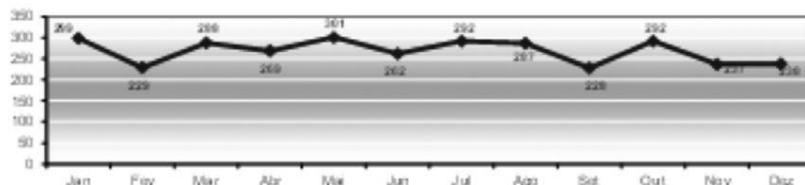
PROCEDIMENTOS MAIS REALIZADOS POR CÓDIGO SUS

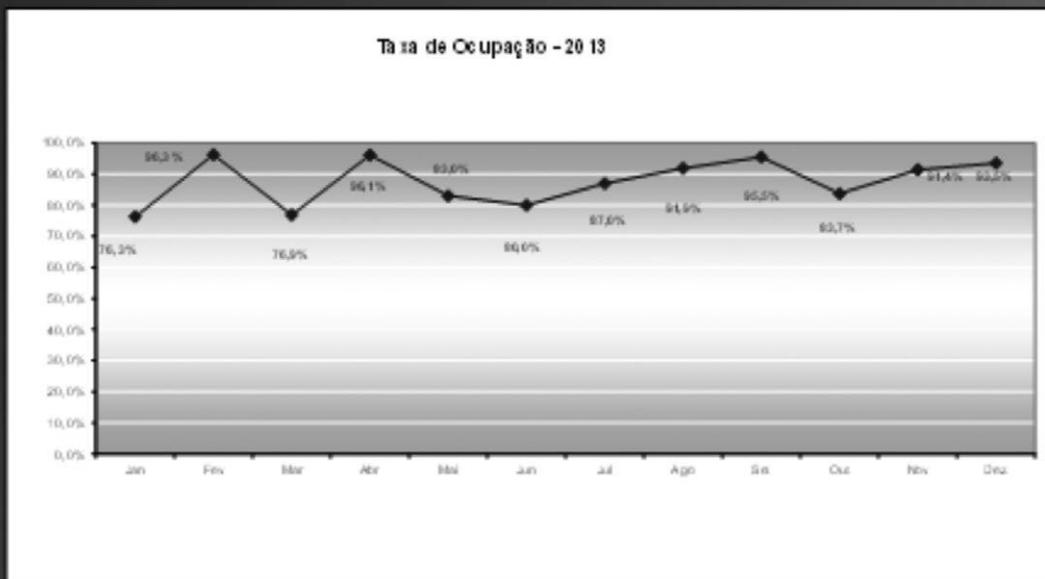
Código SUS	Descrição	Média/ Mês
303010037	Tratamento de doenças bacterianas	17
304100013	Tratamento de intercorrência clínica em oncologia	10
303140151	Tratamento de pneumonias	11
303060212	Tratamento de insuficiência cardíaca	11

Procedimentos Faturado UES Medicina - 2013



Pacientes Internados - 2013





INDICADORES HOSPITALARES

- Taxa de Ocupação → 87,6 %
- Taxa Média de Permanência → 11 dias