

Adolescente de 12 anos, sexo feminino, previamente hígida iniciou quadro de febre alta, dores pelo corpo, cefaléia, dor de garganta há 4 dias. Há 1 dia houve aparecimento de exantema discreto em tronco e membros. Foi a um P>S para consulta e observou-se hiperemia amígdalas com exsudato esbranquiçado, linfonodomegalias cervicais e hepatoesplenomegalia. Quais diagnósticos diferenciais e conduta frente ao caso?

- Quadro típico de sd. Mono-like.
- Os principais agentes são EBV, CMV, HIV, toxo.
- Doença auto-limitada e que vai se resolver sozinha.
- Exames a serem pedidos:
- Sorologia IgM, IgG para os agentes acima citados (toxó, CMV, EBV).
- Apenas a toxó tem tratamento e a indicação é apenas se o paciente estiver muito sintomático.
- A indicação de tratamento não é comum.
- DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS DE LINFONODOMEGALIA?
- Linfoma, tuberculose, infecções fúngicas (histoplasmose, paracoco).
- Os gânglios do linfoma – endurecido, crescimento contínuo, doloroso, adere a planos profundos.
- Pedir sorologia e acompanhar o caso. Um linfoma pode começar dessa maneira (com esses sintomas) e ser um linfoma.
- GANGLIO DA TUBERCULOSE: crescimento progressivo, sinais flogísticos, endurecido, pode fistulizar. Associadas a emagrecimento, sintomas constitucionais.
- Pode não ser mono-like, deve acompanhar. Pedir sorologia, verificar se vai ou não piorar e ser acompanhada por outras coisas.
- MONONUCLEOSE – gânglios fibroelásticos, indolor, móvel, sem sinais flogísticos, raramente passam de 5 cm.
- EXSUDATO purulento: mais indicativo de bactéria.
- Amigdalite aguda: da exsudato, gânglio, febre. Se der atb o paciente melhora rapidamente.

- Não consigo diferenciar os agentes da síndrome mononucleose – apenas por sorologia. Consigo ver na clínica apenas a síndrome, mas pode ser por vários agentes.
- Depende da idade, da mãe, da pessoa, tirar a história para ver se pede ou não.
- Adenomegalia persistente é uma das características do HIV.
- Leucitose com desvio a esquerda – amigdalite.
- Monolike – linfocitose com linfócitos atípicos (transaminases elevadas).

- Pneumocistis jiroveci – fungo.

- A maioria das pessoas apresentam o fungo. Mas ele só causa doença em pessoas com baixa imunidade.
- INDICACAO DE TERAPIA ANTI-RETROVIRAL
- Quando o paciente tem AIDS.
- Quando ele tem doença oportunista ou $CD4 < 200$. Com ctz entrar.
- $CD4$ entre 200 e 350 considera o tratamento – vários estudos provam que se entrar com o anti-retroviral com esse tanto, é melhor. Mas o importante é a aderência. Se o paciente for tratar, é importante tratar.
- Mas a indicação formal é quando tem AIDS.
- Tem uma hora que mesmo dando o ARV o $CD4$ não sobe porque a medula não consegue mais produzir.
- Existem estudos que dizem que se começar antes de os $CD4$ s estiverem tão baixos, a medula vai conseguir produzir. Não esperar cair abaixo de 200.
- $Th1$ – começa a resposta imune, estimula lyT , $Th1$ – estimula $Il12$ e IFN -gama, estimula macrófagos e $CD8$ e NK para matarem a cel infectada. É utilizada para vírus, alguns fungos e micobacterias que ficam dentro das cels.
- $Th2$ – $Il4$, 6 que estimulam $lys B$ a formarem ACS. Anticorpo neutraliza o que esta fora da cel ou ajuda na opsonizacao.
- $Th3$ – iria pro $Th1$ ou $Th2$. Sempre que tenho um muito aumentado, há estímulo para inibir o outro.
- $CD4$ – resposta $Th1$. Para ter resposta $Th1$ precisa de $CD4$. Se o $CD4$ fica muito baixo, ele deixa de liberar IFn gama e $Il12$. Não faz resposta $Th1$ e com isso há resposta $Th2$ que produz ACS. Então há resposta $Th2$, mas devido a outro lyT .
- Praticamente todas as doenças oportunistas precisam de resposta imune celular e se não tiver essa resposta, eles se manifestam.
- HISTORIA DO HIV
- Paciente adquire o HIV, a carga viral fica muito alta e o $CD4$ alto, e há uma queda transitória nos primeiros 3 meses.
- O organismo cria ACS e resposta imune. Os ACS não são neutralizantes, há um equilíbrio entre carga viral e $CD4$.
- Quando o organismo criou o anticorpo, a carga viral cai e fica mais baixa e o $CD4$ aumenta, mas nunca chega aos 1000 novamente.
- A partir daí, entra no período de latência. Pode ir de 2 a 10 anos. Nesse período, há uma escada que vai descendo, o $CD4$ vai caindo e a carga viral vai aumentando. Chega um hr que o organismo não consegue mais ficar em equilíbrio.
- Nesse momento a carga viral aumenta muito e o $CD4$ cai, apresentando as doenças oportunistas, se não fizer nada, o paciente morre ou por HIV ou por doenças oportunistas.
- TRATAMENTO CONTRA INDICACOES OPORTUNISTAS
- Iniciar a profilaxia em pacientes com AIDS.
- Ou ele tem que ter uma manifestação oportunistas.
- Neurocripto – fazer profilaxia para toxo, pnemocistose, porque ele pode desenvolver.
- Abaixo de 200 – profilaxia para pneumocistose e abaixo de 100 para toxo.

- O paciente pode ter imúmeras coisas ao mesmo tempo.
- As mesmas indicações de terapia ARV são as de doenças oportunistas.

- LEPTOSPIROSE
- **Síndrome de Weill** - forma grave da leptospirose. Como todas as doenças infecciosas, é raro. É basicamente uma vasculite generalizada. Extravasa líquido, cai sangue dentro do alvéolo, há aumento da permeabilidade capilar, perde sangue, perde plaquetas, há manifestação de sangramento e o importante é IR, com icterícia e sangramento. TRIADE!!! Icterícia rubinica, IR e vasculite. O mais comum é o sangramento pulmonar, que mais leva a óbito.
- O paciente evolui muito rapidamente, então não tem 2 fases, não tem a fase de parasitemia.
- A maioria das doenças causam sintomas pelo nosso próprio organismo tentando combater a doença.
- Diagnostico clinico: iminentemente clinico.
- O paciente fica laranja e pode ter petequias associadas.
- CPK alta, com IR, potássio baixo, icterícia, dor na panturrilha → leptospirose.
- Posso fazer a sorologia para confirmar a doença depois.
- Dar penicilina cristalina, suporte – UTI, ventilação.
- Pedir sorologia pareada. pedir e depois de 7 dias.
- Hipocalemia – N. intersticial proximal. O normal é jogar o sódio para fora e puxar potássio. Se não faz isso porque tem problema, no TD há perda de potássio pra haver reabsorção de sódio.
- Há poliúria, hipocalemica. Única síndrome clinica com hipocalemia.
- Vai hidratando e não precisa de diálise quando não tem síndrome de Weill, nessa síndrome, faz diálise.
- TRATAMENTO DA IR → hidratar. Controlar o tanto que ele urina. Se não der soro, há insuficiência renal pré-renal e vai piorar. Dar o mesmo tanto que ele urinar, de soro.

- HEPATITES
- HEPATITE B – tem que ter lesão hepática, no mínimo transaminases acima de 2x o valor normal, carga viral positiva e indicio de replicação viral. Para indicar o tratamento. Tem que ter alteração no fígado e replicação viral.
- HEPATITE A
- A vacina só é fornecida para hepatopatas crônicos, transplantados e algumas doenças crônicas.
- HEPATITE B
- A vacina é capaz de induzir Lyt de memória. Significa que o paciente terá para o resto da vida o lyT de memória.
- Logo depois que vacinou o anti-Hbs esta muito alto. Com o tempo eles vão diminuindo e podem ate negativar, mas isso não significa que a vacina não esta valendo. Por isso que o ideal é fazer a sorologia ate 6 semanas depois que tomou.
- Se evoluiu para cura – anti-HBc vai estar positivo e no caso de vacina ele não vai estar positivo.

- O que diz se é crônico ou não é o antígeno. Se não tem antígeno ele curou ou vacinou.
 - O paciente pode ter anti-HBc e ser crônico, mas vai ter o HbsAg.
-
- DENGUE
 - Pode haver uma imunidade cruzada no início, mas geralmente não acontece isso.
 - Se pegar uma dengue depois de um tempo que já teve, depois de 3 anos, os ACS serão produzidos porque o organismo acha que vai poder curar, mas isso só piora o quadro. Há uma hiperacao do sistema imune e uma replicação viral muito gde.
 - E esse anticorpo ainda estimula os vírus a se replicarem mais.
-
- IMUNIDADE CRUZADA
 - O paciente pode ter Chagas e pode ter uma sorologia positiva para leishmaniose porque pode ter alguns ags positivos.
 - Não tem a doença mas as vezes o anticorpo pode ser positivo.
 - Fungos - histoplasmoze, paracoco podem se confundir.
 - Primeiro fazer um teste sensível e depois específico. O específico deixa de pegar alguns casos positivos.
-
- SINDROME DO CHOQUE DO DENGUE
 - Hemoconcentração é a parte mais importante.
 - Há alteração de permeabilidade capilar, as hemácias permanecem no vaso.
 - Há aumento da permeabilidade pulmonar, extravasamento, choque sinais de sangramento, plaquetopenia.
 - Colher hematócrito e colher 6 horas depois, se houver aumento, é dengue hemorrágica, o paciente pode morrer em 2 horas se não tratar.
 - SINAIS DE ALERTA → Hipotensão, alteração do estado mental, agitação ou letargia, dor abdominal, sinais de sangramento, oligúria, pressão convergente.
 - Mesmo dengue que não é hemorrágica pode ter plaqueta abaixo de 100 mil – isso não é diagnóstico de dengue hemorrágica.
 - Repouso, internação deve ser feito.
 - Abaixo de 50.000 pode haver gengivorragia, abaixo de 20 mil pode ter sangramentos espontâneos.
 - Geralmente dar plaquetas abaixo de 20 mil.
 - A plaqueta transfundida dura pouco tempo, então tem que ficar transfundindo por muito tempo e o paciente começa a criar resposta imune.
-
- HEPATITE B
 - Não há contra-indicação de aleitamento materno, transmite a doença, mas ele já tomou Ig e vacina.
-
- HEPATITE C
 - Praticamente não transmite pelo leite materno.

- PORTADOR INATIVO - Transmite, mas é baixa, porque não tem HbeAg positivo.
- Portador crônico:
- HbsAg positivo por mais de 6 meses – pode ser **inativo** (HbsAg positivo, transaminases normais, carga viral baixa, sem lesão hepática, convive com o vírus e não tem hepatite) ou ser **crônico** (replicação viral e hepatite com lesão hepática, transaminases elevadas).
- HbeAg indica replicação viral e a doença é mais grave. Se tiver positivo é porque o paciente tem hepatite.
- Anti Hbc – HbcAg - PTN que não conseguimos dosar no sangue, só fica no núcleo.
- Cura – antígeno negativo e anticorpo positivo (anti-Hbs).

DOENCAS TRANSMITIDAS DURANTE A GRAVIDEZ

- HIV – a criança nasce com o sistema imune alterado.
- Toxo – microcefalia, calcificações, hidrocefalia, hepatite.
- Espiramicina não trata.
- Alternar a cada 3 semanas espiramicina com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico.
- No primeiro trimestre não utilizar sulfa porque é tóxico ao bebê.
- Se o bebê nascer infectado, tratar por 1 ano com os 3 medicamentos.