

# De síndrome gripal a arterite temporal

Catarina Fortunato<sup>1</sup>, Cláudia Palmeira<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Interna formação específica em MGF, USF Moliceiro – ACES Baixo Vouga

<sup>2</sup> Médica de Família, orientadora de formação, USF Moliceiro – ACES Baixo Vouga



## Enquadramento:

- A arterite temporal é comum nos **idosos**, constituindo a **principal causa de amaurose súbita**.
- **Sintomas mais comuns** (>50%): cefaleias e sensibilidade do couro cabeludo. **Queixas constitucionais** frequentemente presentes.
- O **Médico de Família** tem um papel fulcral na deteção e referenciação precoces desta entidade.



**Identificação:** Homem, 66 anos, reformado (construção civil)

**AP:** DM tipo 2; dislipidémia mista; patologia osteoarticular; artropatia gotosa; ex-fumador

**MH:** Metformina+Vildagliptina 1000/50mg 2id, Atorvastatina 10mg id, Alopurinol 100mg, Fenofibrato id

**Caracterização familiar:** Família nuclear, no estadio VIII do ciclo de vida de Duvall; Classificação de Graffar: classe III;

Apgar familiar: altamente funcional

CA (25/09/2017):

**S:** Cefaleia frontal,  
1 semana de evolução,  
sem febre ou vertigem  
associadas.

**O:** TA: 150/90 mmHg

**A:** Cefaleia

**P:** Vigiar sinais de alarme



CA (29/09/2017)

**S:** Cefaleia frontal, não pulsátil,  
**febre** e **tosse** produtiva mucosa.

**O:** AP: MV simétrico sem RA

**A:** Infecção respiratória alta

**P:** Acetilcisteína 600 mg;  
Ibuprofeno 600 mg; Paracetamol  
1000 mg; Desloratadina 5 mg

SU (01/10/2017):

Medicado com **Clavamox DT**,  
por suposta infecção  
respiratória.



CA (04/10/2017):

**S:** Febre (39°C) e cefaleia intensa

**O:** Pálido, **prostrado**, sudorético

AP: RT escassos

**A:** Síndrome gripal?

**Síndrome febril indeterminado?**

**P:** Referenciação para o hospital



SU (01/10/2017):

**HDA:** Febre, cefaleias fronto-temporais bilaterais, **mal-estar geral** e tosse pouco produtiva.

Nega dispneia ou dor pleurítica, dor torácica, queixas urinárias ou gastrointestinais. Sem contexto epidemiológico relevante.

**EO à admissão:** COC; Taur 38.8 °C; TA 173/85mmHg; FC 97bpm; Sat 96%; AP: MV audível e simétrico, sem RA; Sem sinais meníngeos.

**MCDs:** anemia NN, sem leucocitose, aumento parâmetros inflamatórios (**PCR 32.12** mg/dl, procalcitonina 0.7 e **VS 110** mm 1ªh).

Urina II sem critérios de ITU. RX tórax: “muito discreto infiltrado na base direita?”. Ecografia abdominal e TC-CE sem alterações relevantes.

Iniciou empiricamente **Ceftriaxone e Azitromicina**, foi **internado** para estudo de **síndrome febril indeterminado**.





### Internamento Serviço Infeciologia (04/10/2017 a 12/10/2017):

- Observação pela **Reumatologia**: nega perda ponderal, alterações visuais, claudicação mastigatória e queixas articulares. EO: sem alodinia do couro cabeludo, sem rigidez das cinturas, sem dor à palpação da artéria temporal bilateralmente. HC e UC negativas.
- **D4 mantém picos febris e cefaleias**, com resposta progressivamente mais escassa a antipiréticos/analgésicos. **Suspendeu ATB**, foi pedido doppler das artérias temporais (inconclusivo) e biópsia da artéria temporal, que não chegou a realizar.
- Iniciou **corticoterapia** (PDN 40+20mg) por **suspeita clínica de arterite temporal**. Pedida colaboração de **Endocrinologia**.
- **Evolução clínica** favorável, com melhoria significativa do estado geral, sem queixas. Descida PCR para 12 mg/dL; VS 110 mm 1ªh.
- **Alta** em D7, com seguimento em consulta externa de Reumatologia e Diabetologia.

### Discussão e conclusão:

- A **febre** e a **cefaleia** como sintomas inespecíficos que obrigam à exclusão de causas potencialmente graves, como a **arterite temporal**.
- A sua suspeita clínica constitui uma situação de **urgência** que deve ser reencaminhada para a **Reumatologia** e **Oftalmologia**.
- A **articulação** entre os diferentes níveis de cuidados constitui a pedra angular de uma boa prática clínica.

### “Red flags” Arterite temporal:

- ✓ Cefaleia temporal;
- ✓ Hiperestesia tátil da pele da região temporal;
- ✓ Claudicação mastigatória;
- ✓ Rigidez das cinturas escapular e pélvica.