

Nota da autora

As histórias que conto aqui são verdadeiras. Para respeitar a privacidade dos pacientes que tiveram a gentileza de dividir suas histórias comigo, alterei seus nomes. Em alguns casos, alterei também certos pormenores que poderiam identificá-los. Os médicos apresentados nestas páginas descreveram em detalhes alguns de seus diagnósticos mais difíceis — com os erros e tudo. Eles não se distinguem por seus erros, e sim pela disposição em discuti-los. Ninguém deve ser punido simplesmente por ser sincero, por isso troquei os nomes desses corajosos médicos.

Introdução

O pesadelo de todo paciente

BARBARA LESSING FITOU A JANELA COM O OLHAR PERDIDO, relanceando o campo nevado atrás do hospital. O céu da tarde estava escuro, e ainda viria mais neve. Observou a figura magra sobre a cama. Sua filha Crystal, que acabava de completar 22 anos e sempre fora saudável, agora, ela não sabia como, estava morrendo. A jovem encontrava-se internada na UTI do Centro Médico da Universidade de Nassau havia dois dias; passara por dezenas de médicos e fizera bateladas de exames, mas ninguém parecia ter a menor ideia sobre o que a estava matando.

Tudo começara um mês antes, no consultório do dentista. Crystal arrancou dois dentes de siso inclusos, mas a dor persistiu após a extração. A mãe morava longe, do outro lado do estado, e a filha lhe telefonava todos os dias para se queixar. “Ligue para o dentista”, insistiu ela com a filha. Crystal obedeceu. Finalmente.

O dentista receitou antibióticos por uma semana, e por mais outra. Depois disso, a boca já não a incomodava mais – porém ela ainda não se sentia bem. Estava cansada. Tinha dores. Na semana seguinte, foi como se estivesse ficando doente. Então começou a ter diarreia com sangue. E depois febre. “Por que você não foi logo ao médico?”, perguntou mentalmente aquela mulher esbelta, de meia-idade, repreendendo a filha em silêncio.

Barbara havia recebido, na noite anterior, a ligação de um médico do pronto-socorro daquele hospital, que ficava nos arredores da cidade. Sua filha estava doente, dissera-lhe o médico. Mortalmente doente. Barbara dirigiu até Syracuse, pegou o primeiro voo para Nova York e guiou de novo até o enorme centro médico acadêmico de Long Island. Na UTI, o dr. Daniel Wagoner, que estava no segundo ano da residência médica, conduziu-a até o quarto para que visse a filha. Crystal dormia, com o cabelo preto

cacheado emaranhado sobre o travesseiro. Ela parecia muito magra. O mais aterrorizante, porém, era sua cor amarela. Um amarelo de marcador de texto.

PARADO AO LADO DA CAMA, Daniel Wagoner sentiu o coração acelerar ao ver a jovem ali deitada, imóvel e ictérica, um fiapo de gente. A pele dela, de um amarelo vívido, antinatural, brilhava de suor. Crystal tinha febre de quase 39,5°. Seu pulso estava acelerado, difícil de medir, e a jovem respirava muito mais rápido que o normal, apesar do oxigênio que lhe entrava por um tubo no nariz. Ela agora dormia quase o tempo todo e, quando acordava, ficava confusa, não sabia onde estava nem como havia chegado ali.

Para um médico, nada é mais aterrorizante que ver um paciente morrer diante de seus olhos. A morte é parte da rotina regular de uma UTI e pode vir a ser um alívio providencial para o paciente ou para sua família. Talvez até o médico a considere aceitável no caso de um paciente cuja vida não possa mais ser prolongada. Mas não no de uma jovem que estava saudável duas semanas antes. Os médicos que a atenderam fizeram tudo o que conseguiram pensar, mas ainda restava o medo – um medo razoável – de terem deixado passar alguma pista que fizesse a diferença entre a vida e a morte para aquela jovem. Ela não devia morrer, mas o jovem residente e todos os médicos que cuidavam dela sabiam que isso poderia acontecer.

O fino prontuário de Crystal estava repleto de números que atestavam a gravidade de sua doença. Daniel já havia lido e relido aquelas folhas dezenas de vezes. Praticamente todos os exames realizados estavam anormais. A contagem de leucócitos (também chamados glóbulos brancos, as células de defesa do organismo) estava muito alta, o que sugeria uma infecção. E a contagem de hemácias (ou glóbulos vermelhos) estava baixa – ela não tinha nem a metade do sangue que deveria ter. Crystal havia recebido uma transfusão no pronto-socorro e mais uma ao ser transferida para a UTI, mas sua contagem de células sanguíneas não se alterou. Os rins não funcionavam. O sistema de coagulação também não. Crystal tinha a pele amarela repleta de manchas roxas, e a urina era de tom vermelho escuro.

Às vezes, quando nos esforçamos o bastante para manter um paciente vivo – mantendo o sangue circulando, os pulmões oxigenando o organismo, a pressão arterial suficientemente alta –, o corpo consegue sobreviver até a uma doença grave. Esses são os milagres produzidos pelos avanços tecnológicos. Às vezes, mas não desta vez. A equipe da UTI transfundiu uma bolsa de sangue atrás da outra; fizeram o melhor possível para amparar o abalado sistema de coagulação de Crystal; ela recebeu vasopressores (medicamentos para elevar a pressão arterial) e soro intravenoso para facilitar o trabalho dos rins. Estava tomando vários antibióticos de amplo espectro, capazes de matar muitas bactérias diferentes. Mas nada disso foi suficiente. Ela precisava de um diagnóstico. De fato, um diagnóstico era uma necessidade vital para Crystal naquele momento.

ESTE LIVRO É SOBRE O PROCESSO que leva a esse diagnóstico, a qualquer diagnóstico. Esse ponto central da medicina muitas vezes passa despercebido, ou nem é descrito; ainda assim, pode ser o componente mais difícil e importante do trabalho de um médico. Embora a medicina esteja se tornando algo cada vez mais presente na vida moderna, esse processo continua a ser algo fundamentalmente oculto, com frequência incompreendido e às vezes encarado com desconfiança. Em filmes e romances, geralmente o encontramos num comentário sagaz que separa sintomas fascinantes do início de uma terapia salvadora. Na televisão, é a versão contemporânea do *tricorder* do dr. McCoy (*Jornada nas estrelas*), o aparelho mágico que tudo vê, tudo revela. Mas, na vida real, a história de um diagnóstico é a mais complexa e empolgante que um médico pode contar.

E essas são as histórias que os médicos contam. Os detetives Sherlock Holmes, Nick Charles (o herói das histórias de mistério *Thin Man*) e Gil Grissom (*CSI*) sentem um grande prazer em explicar o crime para as vítimas e os colegas; da mesma forma, os médicos gostam de contar as histórias dos diagnósticos complexos que fizeram, histórias nas quais cada sintoma estranho e cada descoberta inesperada, cada reviravolta desconcertante e pista quase negligenciada finalmente se encontram da

maneira perfeita, revelando o diagnóstico. Neste livro, vou levar você para dentro dessas conversas, para as frentes de batalha onde esses mistérios médicos modernos são resolvidos – ou, às vezes, não.

APENAS CEM ANOS ATRÁS, o jornalista e afiado crítico social Ambrose Bierce definiu a palavra “diagnóstico” em seu *Dicionário do diabo* como “previsão que um médico faz sobre a doença de um paciente ao tomar seu pulso e seu bolso”. E isso foi verdade durante a maior parte da história humana. Até bem pouco tempo atrás, o diagnóstico era muito mais uma arte que uma ciência.

Porém, desde que Bierce embainhou sua pena afiada, ocorreu uma revolução em nossa capacidade de identificar as causas dos sintomas e compreender a patologia por trás deles. Na era em que Bierce escrevia suas crônicas, sir William Osler, considerado por muitos o pai da medicina moderna nos Estados Unidos, escreveu um sumário completo de todas as doenças conhecidas em sua obra-mestra de 1.100 páginas, *Os princípios e prática da medicina*. Hoje, poderíamos escrever o mesmo número de páginas sobre cada subramo da medicina com seus conhecimentos superespecializados.

Quando a medicina nasceu, milênios atrás, o diagnóstico (a identificação da doença do paciente) e o prognóstico (a compreensão do curso e desfecho provável da doença) eram as ferramentas mais eficazes que um médico podia levar ao leito de um paciente. Mas, para além disso, não havia muito que pudesse ser feito para confirmar um diagnóstico ou alterar a progressão da enfermidade. Dada essa impotência diante da doença, as consequências de um diagnóstico incorreto eram mínimas. A verdadeira causa do mal costumava ser enterrada com o paciente.

Na história mais recente, a tecnologia médica transformou nossa capacidade de identificar e tratar doenças. O exame físico – inventado essencialmente durante o século XIX – foi o ponto de partida. As informações indiretas obtidas pelo médico ao tocar, escutar e observar o corpo lhe indicavam o diagnóstico escondido por baixo da pele. Posteriormente, a radiografia, criada no início do século XX, deu aos médicos a capacidade

de observar o que antes só era possível imaginar. Esse primeiro olhar através da pele, para as estruturas internas do corpo vivo, preparou o terreno para a tomografia axial computadorizada (TC), inventada nos anos 1970, e para a ressonância magnética, nos anos 1990. Os exames de sangue cresceram enormemente em número e precisão, dando aos médicos ferramentas para realizar diagnósticos definitivos em todo um alfabeto de doenças, de anemias a zoonoses.

Diagnósticos melhores levaram a terapias melhores. Durante séculos, os médicos tiveram pouco mais que a compaixão como ferramenta para auxiliar os pacientes a se recuperar de suas doenças. O surgimento do estudo controlado e randomizado e outras ferramentas estatísticas nos permitiram distinguir as terapias que funcionavam das que não se mostravam melhores que a própria capacidade de recuperação do organismo. A medicina entrou no século XXI equipada com uma farmacopeia de ferramentas potentes e eficazes, capazes de tratar uma ampla gama de doenças.

Boa parte das pesquisas realizadas nas últimas décadas investigaram quais terapias devemos utilizar e como. Que medicamento, que dose e por quanto tempo? Que procedimento? Qual o benefício? Essas são perguntas que nos fazemos com frequência e que agora conseguimos responder com confiança. Protocolos de tratamento para muitas doenças são publicados, distribuídos e utilizados de maneira regular. E, apesar das preocupações e queixas sobre esses “livros de receitas médicas”, tais protocolos, baseados num corpo de evidências que cresce depressa, têm salvado vidas.¹ A medicina baseada em evidências permite que os pacientes se beneficiem da aplicação criteriosa de tratamentos que se mostraram os mais eficazes.

No entanto, a terapia eficaz depende de um diagnóstico preciso. Temos hoje à nossa disposição uma grande variedade de ferramentas – novas e velhas – que nos permitem fazer diagnósticos oportunos e precisos. E, à medida que o tratamento vai se tornando mais padronizado, as decisões mais complexas e importantes passam a ocorrer no plano do diagnóstico.

O diagnóstico muitas vezes é bastante direto. A história e o exame físico do paciente sugerem um suspeito provável, e a tecnologia diagnóstica confirma a impressão. Um senhor idoso com febre e tosse tem uma

radiografia que revela uma grave pneumonia. Um homem na faixa dos 50 anos apresenta dor torácica que se irradia pelo braço esquerdo e sobe para a mandíbula, e então um ECG (eletrocardiograma) ou exame de sangue confirma a suspeita de que ele está tendo um ataque cardíaco. Uma adolescente em uso de anticoncepcional se queixa de falta de ar e uma perna inchada, e uma TC demonstra a presença de um grande êmbolo pulmonar. Esse é o feijão com arroz do diagnóstico médico – casos nos quais a causa e o efeito se encaixam ordenadamente, permitindo que o médico explique quase de imediato ao paciente e à família quem é o culpado, como, e às vezes até por quê.

Mas também existem os outros casos: pacientes com histórias ou antecedentes médicos complicados; casos em que os sintomas são menos sugestivos, em que o exame físico é menos revelador e os exames complementares são enganadores. Casos em que a narrativa da doença se desvia do trajeto esperado, em que todos os suspeitos habituais parecem ter álbis e o diagnóstico é evasivo. Nesses casos, o médico deve vestir sua boina inglesa, acender o cachimbo e resolver o mistério. Essas são as situações em que a medicina pode se elevar novamente ao plano de uma arte, obrigando o médico-detetive a separar as diferentes manifestações de uma doença, entender que perguntas deverão ser feitas, reconhecer achados físicos sutis e identificar quais exames poderão levar, finalmente, ao diagnóstico correto.

PARA OS MÉDICOS QUE CUIDAVAM DE CRYSTAL LESSING, não estava claro se o mistério de sua doença seria resolvido a tempo de lhe salvar a vida. Certamente não faltavam dados diagnósticos. Havia tantas anormalidades que era difícil distinguir entre o processo patológico primário e as consequências posteriores da doença. Os médicos do pronto-socorro haviam se concentrado no sangramento descontrolado. Por que o sangue dela não coagulava? Seria um caso de coagulação intravascular disseminada (CID) – um transtorno misterioso que muitas vezes acompanha infecções mais graves? Nessa doença, os feixes fibrosos que formam os coágulos

são produzidos sem controle dentro dos vasos sanguíneos. Esses feixes rompem as hemácias que correm pela artéria, liberando seu conteúdo (que realiza o transporte de oxigênio) e espalhando fragmentos de células pela circulação. Ainda assim, o exame cuidadoso do sangue de Crystal não revelou nenhum desses fragmentos. Portanto não era CID.

E por que ela estava amarela? Hepatite é a causa mais comum de icterícia numa pessoa jovem. Mas o médico do pronto-socorro não encontrou indícios de nenhum dos vários vírus que podem causar hepatite. Além disso, os exames de sangue realizados para verificar o funcionamento do fígado foram quase normais. Portanto, concluiu-se que o problema não estava no fígado.

Quando Crystal foi transferida para a UTI, os médicos do setor se concentraram na diarreia sangüinolenta. Ela já havia tomado dois antibióticos potentes contra uma infecção dentária antes do início da diarreia e da febre. Isso correspondia às características de uma infecção cada vez mais comum causada por uma bactéria chamada *Clostridium difficile*. O uso de antibióticos pode preparar o terreno para essa infecção bacteriana no cólon, que causa uma diarreia devastadora e uma doença sistêmica grave, por vezes fatal.

A equipe da UTI procurou a perigosa toxina produzida pelo *Clostridium difficile*, mas não conseguiu encontrá-la. Ainda assim, o exame pode deixar passar despercebidos até 10% dos casos. De fato, é prática comum repetir três vezes a pesquisa da toxina bacteriana antes de descartar esse diagnóstico quando a suspeita é alta. De qualquer maneira, a equipe da UTI passou a dar antibióticos a Crystal para tratar uma possível infecção por *Clostridium difficile* – a história de uso de antibióticos seguido de diarreia fazia com que este fosse o diagnóstico mais provável.

Mas o dr. Wagoner, o residente que cuidava de Crystal, não estava satisfeito. Muitas peças pareciam não se encaixar. Os antibióticos e a diarreia faziam sentido, mas o diagnóstico não explicava muitos outros sintomas.

Naquela tarde de sexta-feira – 48 horas após a internação de Crystal –, Daniel fez o que os médicos tantas vezes fazem ao se depararem com um

caso complexo: buscou a ajuda de um médico mais experiente. Apesar de toda a tecnologia disponível, as ferramentas em que os médicos se apoiam frequentemente são as mais antiquadas – um telefone, um colega respeitado, um mentor ou amigo.

O dr. Tom Manis era um dos médicos mais conceituados do hospital. Ele foi chamado por ser nefrologista, já que Crystal apresentava insuficiência renal. Mas quando Daniel apresentou a paciente ao médico mais velho, ficou evidente que ele esperava a ajuda de Manis para desvendar questões ligadas não apenas aos rins.

Ao ler o prontuário, Manis também ficou alarmado. Daniel estava certo – aquele diagnóstico não parecia nada adequado. Em primeiro lugar, a colite por *Clostridium difficile* geralmente acomete pessoas enfermas ou idosas. A paciente era jovem e sempre fora saudável. O mais importante, porém, era que o *Clostridium difficile* não explicaria a icterícia intensa e a anemia, que persistiam apesar de múltiplas transfusões. Assim, Manis fez o mesmo que o residente – “liguei para todos os bons médicos que eu conhecia” –, usando mais uma vez essas ferramentas insubstituíveis, um telefone e um amigo. Um desses amigos era o dr. Steven Walerstein, chefe do Departamento de Medicina do hospital.

Quando Walerstein pôde ver a paciente, já era o início da noite. Preferiu não ler o prontuário. Não queria ser influenciado pelo pensamento dos médicos que já haviam visto a paciente. Em casos difíceis como aquele, é muito comum que algo tenha passado despercebido ou sido mal-interpretado. Mesmo que aqueles médicos houvessem reunido todas as peças, claramente haviam formulado a história da doença de maneira incorreta.

Não, Walerstein foi diretamente ao leito da paciente.

Apresentou-se à jovem e à mãe dela. Puxou uma cadeira e se sentou. Seria essencial colher a história completa da paciente, mas isso podia levar algum tempo. “Você pode me contar o que aconteceu, desde o início?”, perguntou à moça doente. Como o clássico detetive de um romance de mistério, Walerstein pediu à vítima que voltasse à cena do crime. “Já contei essa história tantas vezes”, protestou Crystal. A jovem tinha a voz pesada de cansaço, as palavras se arrastavam. Ele não poderia simplesmente ler o

prontuário? Não, respondeu Walerstein suavemente, mas com firmeza. Ele precisava ouvir a história da boca da paciente, precisava juntar ele próprio as peças. Lentamente, a menina começou a contar sua história mais uma vez. A mãe assumia a tarefa quando a jovem ficava muito confusa ou não conseguia se lembrar.

Quando as duas terminaram de narrar os eventos que as levaram à UTI, Walerstein pediu à mãe que lhe desse mais algumas informações sobre a filha. Crystal havia acabado de se formar na faculdade, contou ela. Estava trabalhando como babá enquanto pensava no que queria fazer da própria vida. Não fumava, não bebia nem usava drogas. Nunca estivera doente. Nunca. Barbara esfregou desajeitadamente os olhos para limpar as lágrimas enquanto descrevia a filha para aquele amável médico de meia-idade. Walerstein assentiu, demonstrando compreensão. Ele também tinha uma filha.

O médico se voltou então para a jovem deitada na cama. Sua pele amarela agora estava quente e seca. A menina tinha os lábios ressecados e rachados. Seu abdome estava distendido e macio, mas ele pôde sentir a borda firme do fígado, normalmente oculta, que sobressaía alguns centímetros abaixo da caixa torácica. Crystal gemeu novamente quando ele aplicou pressão sobre o órgão aumentado e dolorido.

Só então Walerstein se permitiu examinar o prontuário. Pulou a seção de observações e se afundou na enorme quantidade de resultados de exames anormais coletados durante os dois dias que ela passara na Unidade de Terapia Intensiva.

Walerstein era clínico geral, admirado por seus amplos conhecimentos médicos e sua perspicácia clínica. Quando não tinha a resposta na ponta da língua, sabia fazer as perguntas que levariam a ela; era famoso por isso. E aquela jovem precisava de uma resposta, caso contrário morreria. Tendo examinado minuciosamente a paciente e seu prontuário, parou um momento para pensar e buscar alguma espécie de lógica oculta naquele caos de números e exames.

Os médicos da UTI haviam se concentrado na diarreia com sangue, mas isso não os levava a parte alguma. De fato, embora a menina relatasse

ter visto sangue nas fezes em casa, depois de chegar ao hospital ela tivera muito pouca diarreia. Para Walerstein, esse sintoma não parecia ser o mais importante. Em vez de se concentrar nele, o médico retornou à característica marcante que chamara a atenção do médico do pronto-socorro: o sangue de Crystal não coagulava.

O fígado produz a maior parte das proteínas que provocam a coagulação do sangue. Seria possível que o fígado houvesse deixado de produzir essas proteínas? *Seria possível que o fígado tivesse deixado completamente de funcionar?* Isso explicaria tanto o sangramento como a icterícia. Mas a insuficiência hepática geralmente é marcada por elevações drásticas de certas enzimas liberadas quando as células do fígado são destruídas, e essas enzimas haviam se mantido praticamente normais desde a chegada de Crystal ao hospital. Com isso, seus médicos consideraram que o fígado não estava envolvido naquele processo letal.

Mas e se o fígado já houvesse sido destruído antes de Crystal chegar ao hospital? E se os marcadores de lesão hepática (chamados transaminases) não estivessem elevados porque não havia mais células hepáticas que pudessem ser lesadas, pois todas já tinham sido destruídas? Nenhum dos médicos do pronto-socorro nem da UTI havia dado esse salto. Mas olhando-se para a situação do modo como Walerstein olhou, tudo fazia perfeito sentido. Tudo se encaixava.

Walerstein voltou então sua atenção para a anemia profunda de Crystal, que fora notada desde o início. Apesar de múltiplas transfusões, a jovem ainda tinha somente a metade do sangue que deveria ter. Ela estava sangrando – sua urina tingida de vermelho demonstrava isso –, mas não era um sangramento tão intenso. Estava claro que as hemácias eram destruídas dentro de seu corpo. No final do prontuário havia um exame que demonstrava isso, mas Walerstein notou que a equipe responsável por Crystal não considerara essa informação ao buscar o diagnóstico.

Muitas vezes, informações que de início não compreendemos são simplesmente deixadas de lado, em especial quando há tantas informações. Walerstein compreendia bem esse fenômeno. Uma vez ignorados, esses dados são frequentemente esquecidos. Isso acontece o tempo todo.

Mas ele também sabia que, num caso difícil como aquele, a chave para o diagnóstico muitas vezes estava nos dados já desdenhados.

Portanto, Crystal tinha insuficiência hepática e destruição de hemácias. Essa combinação despertou algo muito profundo na memória de Walerstein. Ele sentia que as peças lentamente se encaixavam, como as engrenagens de uma velha máquina. E de repente se deu conta do que estava acontecendo.

O médico correu para a biblioteca a fim de verificar seu palpite. Sim! Ele estava certo. Aquela combinação era uma manifestação incomum de uma doença hereditária incomum: a doença de Wilson.

Na doença de Wilson, o fígado não possui a maquinaria necessária para regular o cobre, um mineral essencial encontrado na dieta. Sem essas ferramentas químicas, o cobre em excesso se acumula no fígado e em outros órgãos, destruindo-os lenta e insidiosamente. Esse processo em geral ocorre ao longo de décadas, mas às vezes, por razões ainda não compreendidas (ainda que isso esteja com frequência associado ao uso de antibióticos, como no caso de Crystal), o cobre é expelido do fígado – destruindo o órgão no processo –, e as reservas do mineral, acumuladas no decorrer de toda a vida, inundam a corrente sanguínea. Uma vez ali, a situação sai do controle: o cobre devasta as hemácias ao entrar em contato com elas. Os rins trabalham mais intensamente para eliminar os fragmentos de células da circulação, mas com isso sofrem graves lesões. Enquanto isso, os altos níveis de cobre na corrente sanguínea atacam quase todos os órgãos do corpo. Nessa forma, a doença é rápida e fatal, a menos que o paciente receba a única cura possível: um novo fígado para substituir o que foi destruído pelo derramamento do cobre, um fígado que possua a maquinaria necessária para metabolizar o material em excesso. Se aquele era de fato um caso de doença de Wilson, a paciente precisava de um transplante urgente.

Mas antes, Walerstein precisava confirmar o diagnóstico. Já era tarde da noite de uma sexta-feira, portanto seria impossível medir a quantidade de cobre no sangue de Crystal – de todo modo, o laboratório daquele hospital sequer fazia esse exame. Mas havia outra maneira de diagnosticar a

doença. Os pacientes com doença de Wilson muitas vezes têm acúmulos de cobre nos olhos – um anel dourado castanho na borda mais externa da íris. Walerstein correu de volta à UTI. Examinou cuidadosamente os olhos da menina. Nada. Ele não conseguia ver os anéis, mas um oftalmologista, com seus equipamentos especializados, talvez conseguisse. “Não é muito comum chamarmos um oftalmologista às nove da noite de uma sexta-feira para fazer um exame de emergência”, contou-me Walerstein. Ele descreveu a história da menina mais uma vez – agora acompanhada por um diagnóstico provável, se ao menos o pudesse confirmar. “O oftalmologista certamente pensou que eu fosse doido, até que viu os anéis.” Assim que obtive o resultado, Walerstein correu ao quarto da paciente para contar à jovem e à mãe o que eles haviam descoberto.

Crystal Lessing foi transferida de helicóptero naquela mesma noite para o Hospital Presbiteriano de Nova York. Os pacientes com maior urgência têm prioridade na fila de transplantes. Se não recebesse um fígado novo, Crystal morreria em poucos dias, e isso a colocou na frente da fila. A jovem recebeu um órgão na semana seguinte e sobreviveu.

A HISTÓRIA DE CRYSTAL é o pesadelo de todo paciente: estar doente, ou até morrendo, e ver que um médico após o outro é incapaz de descobrir o motivo. Receber um diagnóstico errado, ou diagnóstico nenhum, e ficar sofrendo com uma doença sem poder confiar em nada além da própria resistência e de uma terapia baseada no melhor palpite do médico. Viver ou morrer num hospital moderno, cheio de promessas de tratamento, mas sem um diagnóstico para guiar sua aplicação.

E como Walerstein conseguiu finalmente fechar o diagnóstico depois que tantos outros médicos falharam? Como os médicos fazem esses diagnósticos difíceis? Walerstein é humilde quanto a seu papel no caso. “Acho que só tive a sorte de conhecer a forma rara dessa doença rara. Ninguém pode saber tudo na medicina. Calhou de eu saber disso”, disse-me ele. Às vezes este é um processo misterioso – até para os próprios médicos. “Uma luz acendeu, e a conexão foi feita”, contou-me Walerstein. “É tudo o que sei.”