

RCG 323- Sistema Respiratório

Caso Clínico 2

ANAMNESE

Identificação

BGN, 43 anos, masculino, mulato, natural de Cravinhos, procedente de Ribeirão Preto, solteiro, frentista de posto de gasolina.

Queixa e Duração:

Tosse e febre há duas semanas.

HMA:

Paciente refere que aproximadamente há duas semanas começou com tosse, de início seca, mas que logo foi acompanhada por expectoração amarelada. A tosse não tinha horário preferencial, vinha na forma de “ataques” principalmente após a respiração profunda e melhorava quando ele chupava balas de hortelã. No início do quadro também sentiu dor em pontada, localizada na base do pulmão direito, de fraca intensidade, que também piorava com a inspiração. Acompanhava o quadro sensação de mal estar generalizado e calafrios, o que o obrigou a ficar de cama por pelo menos três dias. Iniciou então “tratamento” com dipirona gotas quatro vezes ao dia, tendo melhorado dos calafrios e da dor torácica. Contudo, a tosse persistiu e há quatro dias notou manchas de sangue no meio do catarro expectorado. Há três dias apresentou uma crise de tosse muita intensa, que durou uns dez minutos, tendo expectorado volume grande de secreção amarelo-esverdeada e de cheiro pútrido. Nessa ocasião ouviu chiado no peito e sentiu sensação de falta de ar “angustiosa”, mas agora não tem mais esses sintomas. No momento ainda com tosse produtiva, com expectoração esverdeada, às vezes com laivos de sangue. Estima que o volume de expectoração chegue a encher pouco mais de meio copo americano ao dia. Acredita que perdeu peso desde o início da doença, mas não sabe quantificar um valor.

IDA:

Pele: sem queixas.

Cabeça: dor de cabeça, holocraniana, “como se martelasse”, quando sentia febre e que melhorava com dipirona..

Olhos: sem queixas.

Nariz: sem queixas.

Ouvidos: sem queixas.

Garganta: refere rouquidão atribuída a tosse intensa.

Sistema respiratório: nega dispneia no momento; não sabe referir sobre roncos noturnos. Tosse já referida.

Sistema cardiovascular: nega elevação de decúbito, palpitação ou edemas.

Sistema digestório: dor epigástrica esporádica, em queimação, quando come frituras ou comida de bar; evacua uma a duas vezes ao dia, fezes enegrecidas, brilhantes, às vezes com restos de alimentos não digeridos. Vômitos esporádicos quando bebe álcool em excesso; nega icterícia.

Sistema geniturinário: sem queixas.

Sistema linfo-hematopoiético: sem queixas.

Sistema endocrinometabólico: nega polifagia, polidipsia ou outras queixas; formigamento na planta dos pés esporadicamente.

Neuropsíquico: refere ser pessoa nervosa, facilmente irritável; nega convulsões mas refere que às vezes chega a “desmaiar” de tanto beber.

Sistema locomotor: sem queixas.

HMP:

Estado geral de saúde: sempre exibiu boa saúde.

Doenças da infância: não sabe referir.

Doenças da idade adulta: gonorreia por duas ocasiões tratada com injeções e comprimidos.

Tratamentos medicamentosos passados e atuais: nega outros tratamentos medicamentosos; em uso de dipirona gotas.

Tratamentos alternativos: nega.

Hospitalizações, acidentes, traumatismos e cirurgias: quebrou o braço direito há 12 anos após cair da motocicleta.

Doenças mentais: nega.

Antecedentes reprodutivos: um filho de aproximadamente 15 anos que não vê há anos.

Alergias: não sabe referir.

Imunizações: tomou vacinas apenas na infância, não sabe referir quais.

Consultas periódicas e check-ups: raramente vai ao médico.

História Familiar:

Pai faleceu de acidente automobilístico há 21 anos. Mãe viva, sofre de hipertensão arterial. Irmã de 35 anos com saúde. Não sabe informar sobre outras doenças na família.

História Ambiental e Social:

Procedência remota: morou em Cravinhos até os 33 anos; em Ribeirão Preto faz dez anos.

Condições de vida: mora sozinho em quarto com banheiro localizado nos fundos do posto de gasolina onde trabalha.

Fatores de risco para doenças endêmicas e epidêmicas: nenhum.

Viagens recentes: nega.

História ocupacional: engraxate dos 12 aos 18 anos; balconista de loja de material de construção dos 18 aos 30 anos; frentista em diversos postos de gasolina há 13 anos.
Atividades de lazer: futebol de várzea aos domingos.

Hábitos: nada relevante.

Vícios: etilista desde a juventude; bebe cerveja e cachaça; ultimamente vinha tomando perto de meia garrafa de pinga todos os dias. Chega a “desmaiar” de tanto beber. Nega tabagismo.

Nível de estresse: se considera um pouco “nervoso”.

Humor: relata episódios frequentes de “tristeza”.

Vida doméstica: mora sozinho.

Vida sexual: perda da libido em anos recentes; sem parceira ou parceiro fixos

Espiritualidade e crenças religiosas: foi batizado na Igreja Católica; não pratica nenhuma religião.

Fidedignidade: Bom informante; informações aparentemente confiáveis.

Questão 1: Quais hipóteses diagnósticas podem ser levantadas a partir dessa história clínica?

EXAME FÍSICO

Geral:

Regular estado geral, T: 37,9°C, Peso: 51 kg; Altura: 170 cm IMC: 17,6 kg/m²

Fácies emagrecida, consciente e orientado, atitude ativa sem decúbito preferencial, desidratado +/-++++.

Turgor e elasticidade da pele diminuídos; Teleangectasias no dorso e face anterior do tórax, sem edemas ou lesões dermatológicas relevantes.

Mucosas descoradas +/-++++; acianótico, anictérico.

Sem deformidades ósseas ou articulares.

Gânglios submandibulares palpáveis, de 1 a 1,5 cm de diâmetro, pouco endurecidos, indolores, não aderidos aos planos profundos, sem sinais inflamatórios.

Cabeça e Pescoço:

Algumas falhas dentárias; dentes em mal estado geral com cáries; hálito fétido. Sem estase jugular

Aparelho Respiratório:

Inspeção estática: tórax delgado.

Inspeção dinâmica: FR: 26 ipm; taquipneico; sem abaulamento expiratório ou tiragem.

Palpação: sem pontos dolorosos; redução da expansibilidade da base direita; frêmito toracovocal reduzido no terço anteroinferior do hemitórax direito; sem frêmitos patológicos.

Percussão: som claro pulmonar à percussão difusamente; percussão da coluna com som claro pulmonar.

Ausculta: murmúrio vesicular reduzido na face anteroinferior do hemitórax direito, sem ruídos adventícios; redução da ressonância vocal na região anteroinferior do hemitórax direito.

Aparelho Cardiovascular:

FC: 128 bpm; PA: 110 X 60 mmHg

Inspeção: sem anormalidades

Palpação: pulso radial simétrico, acelerado e de amplitude reduzida; pulsos femoral e pedioso simétricos; boa perfusão periférica; ictus palpável no quinto espaço intercostal esquerdo, para dentro da linha hemiclavicular, extensão de duas polpas digitais, impulsivo. Sem frêmitos.

Percussão: sem anormalidades

Ausculta: Bulhas rítmicas, normofonéticas, com sopro proto e mesosistólico de foco aórtico, suave, ++/++++++.

Abdome:

Inspeção: abdome ligeiramente escavado.

Ausculta: ruídos hidroaéreos com características normais.

Percussão: timpanismo difuso.

Palpação: abdome flácido e indolor tanto na palpação superficial como profunda.

Exame do fígado: palpável a 3 cm do rebordo intercostal na linha hemiclavicular, borda romba, superfície lisa, pouco doloroso.

Baço: não percutível e não palpável

Sensibilidade renal: Giordano negativo. *Pesquisa de ascite:* negativa.

Exame Locomotor:

Sem anormalidades

Exame Neurológico:

Sem anormalidades

Questão 2. Os achados de exame físico são compatíveis com derrame pleural?

Questão 3: Os achados de exame físico são compatíveis com uma síndrome de condensação pulmonar?

Questão 4: Liste todas as hipóteses diagnósticas passíveis de serem levantadas para esse caso clínico.

Questão 5: Que exames subsidiários você pediria para confirmar suas hipóteses diagnósticas?

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Radiografia simples de tórax PA e perfil



Hemograma

Glóbulos Vermelhos: $3,1 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4,3 – 5,7) Hb: 10,1 g/dl (13,5-17,5)

Ht: 31% (39-50)

VCM: 75 fL (81-95)

HCM: 23 pg (26-34)

CHCM: 29 % (31-36)

Glóbulos Brancos: 16.600/ μL (3.500-

10.500) Metamielócitos: 300 (1,8%) [0]

Bastonetes: 527 (3,2%) [0]

Neutrófilos segmentados: 11.200 (67,55) [1.500-8.000]

Linfócitos: 3.400 (20,5%) [900-2.900]

Monócitos: 800 (4,8%) [50-500]

Eosinófilos: 0 (0%) [0-100]

Basófilos: 373 (2,2%) [150-450]

Plaquetas: 473.000 [$150-450 \times 10^3/\mu\text{L}$]

Velocidade de Hemossedimentação: 45 mm/1^a hora (≤ 15)

Proteína C reativa: 5,2 mg/dl ($\leq 0,5$)

Na: 137 mMol/l (135-145)

K: 3,7 mMol/L (3,5-4,5)

Uréia: 70 mg/L (10-50)

Creatinina: 1,1 mg/L (0,7-1,5)

TGO: 76 U/L (≤ 38)

TGP: 45 U/L (≤ 41)

γ GT: 53 U/L (11-50)

BT: BD: BI:

INR: 1,4 (0,9-1,2)

Ultrassom abdominal: hepatomegalia discreta; fígado de aspecto esteatótico.

Questão 6: Qual o diagnóstico diferencial radiológico da lesão detectada?

Questão 7: O que é vômica e quais suas causas potenciais?

Questão 8: Como explicar todas alterações laboratoriais encontradas?

Questão 9: Que exames podem ser utilizados para tentar a identificação de um agente etiológico para o processo?

Questão 10: Quais são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de abscesso pulmonar?

Questão 11: Quais são os agentes infecciosos mais frequentemente envolvidos no estabelecimento dos abscessos pulmonares?

Questão 12: Qual o tratamento mais adequado para esse paciente?

Questão 13: Qual a evolução esperada para esse paciente?

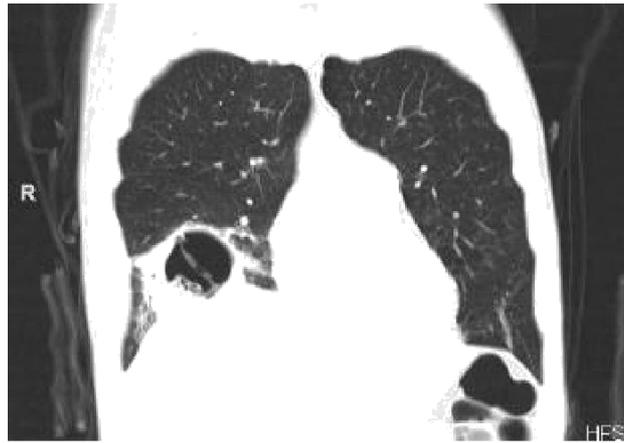
Questão 14: Que antibióticos podem ser utilizados para pacientes com abscesso pulmonar?

Questão 15: Quando está indicada broncoscopia em um paciente com abscesso pulmonar?

Questão 16: Qual a diferença de um abscesso pulmonar agudo e um crônico?

Questão 16: Quando está indicado tratamento cirúrgico em um abscesso pulmonar?

Questão 16: Quais são os diagnósticos finais desse paciente?



PRESCRIÇÃO INICIAL

1. Dieta geral.
2. Clindamicina 600 mg diluída em soro fisiológico 100 ml, EV em 20 minutos, de 6/6 hs.
3. SF 5 ml + salbutamol 6 gotas: aerossol com ar comprimido de 6/6 hs
4. Dipirona 30 gotas VO se febre ou dor.
5. Metoclopramida 1 amp IM se vômito.
6. Fisioterapia torácica.
7. Drenagem postural
8. Cuidados e controles gerais.

10 dias de tratamento



Um mês após término do tratamento de 4 semanas



- Definição

Abscesso pulmonar: lesão caracterizada por infecção, liquefação, necrose e formação de cavidade com supuração no parênquima pulmonar, com extensão variável.

- Fisiopatologia

- A partir de foco infeccioso bacteriano no parênquima pulmonar há liberação de mediadores inflamatórios que levam a isquemia e necrose local. A evolução para o abscesso ocorre em período médio entre uma a duas semanas.

- Vias de formação:

- ✓ Aspirativa (Tabela 1)
- ✓ Obstrutiva: corpo estranho, tumores, adenomegalias
- ✓ Embólica: geralmente múltiplos

- Classificação

- Agudos: < 8 semanas; Crônicos: ≥ 8 semanas

Tabela 1. Fatores de risco para abscessos pulmonares aspirativos. Baseado nas Refs. 1 e 2

- <u>Alterações do nível da consciência</u> Alcoolismo, convulsões, traumatismo craniano, anestesia geral, overdose de drogas
- <u>Dentes em mal estado e gengivites</u>
- <u>Doenças neurológicas</u> AVCs, esclerose múltipla, doença de Parkinson, miastenia gravis, etc.
- <u>Alterações mecânicas dos mecanismos de defesa</u> Sondas nasogástricas, endoscopias digestivas e respiratória, traqueostomia, entubação traqueal.
- <u>Distúrbios esofágicos</u> Estenoses, neoplasias, divertículos, fístulas traqueobrônquicas, acalasia, etc.

Tabela 2. Retirado da Ref. 3

Abscesso pulmonar de aspiração. Dados clínicos

	Nº	%
Tosse	252	100,0
Expectoração	252	100,0
Febre	252	100,0
Estado geral comprometido	246	97,6
Dentes mal-conservados	208	82,5
Perda de consciência*	198	78,6
Estertores pulmonares	193	76,6
Odor fétido	170	67,5
Dor torácica	161	64,0
Hipocratismo digital	76	30,2

Síntomas presentes por mais de quatro semanas em 35% dos pacientes. * Em 89,4% das vezes o episódio de perda de consciência esteve relacionado a alcoolismo; outras causas detectadas foram epilepsia, trauma cranioencefálico, acidente vascular cerebral, hipoglicemia e anestesia.

Tabela 3: Bacteriologia do abscesso pulmonar. Baseado na Ref. 2

- Organismos

Bactérias aeróbicas somente: 11%
Bactérias anaeróbicas somente: 46%
Flora mista anaeróbicos e aeróbicos: 43%

- Anaeróbicos mais comuns

Peptostreptococcus: 12%
Fusobacterium nucleatum: 5%
Prevotella: 1%

- Aeróbios mais comuns

Staphylococcus aureus: 4%
Escherichia coli: 3% *Klebsiella pneumoniae*: 3%
Pseudomonas aeruginosa: 1%
Streptococcus pneumoniae: 1%

**Tabela 4: Antibioticoterapia para abscesso pulmonar sem etiologia definida*
Baseado na Ref. 2**

- Preferenciais

Clindamicina ou beta-lactâmico associado a inibidor de beta-lactamase

- Drogas com eficácia estabelecida por estudos clínicos

Penicilina cristalina, tetraciclina (dados de 1950 a 1970)
Associação penicilina e metronidazol (dados de 1980 a 1990)

- Drogas com boa atividade in vitro contra germes anaeróbicos mas com poucas evidências clínicas de eficácia

Cloranfenicol, ceftoxetina, moxifloxacina, piperacilina, imipenem, meropenem

* Tratamento de duração prolongada em função da resposta radiológica (pelo menos 21 dias)

Tabela 5: Indicações cirúrgicas do abscesso pulmonar. Baseado na Ref.4

- Ausência de resposta ao tratamento clínico depois de 8 semanas
- Sinais radiológicos de aumento da parede do abscesso ou desenvolvimento de bronquiectasias
- Hemoptise recorrente e significativa
- Abscesso maior de 6 cm com grave repercussão clínica e sem resposta ao tratamento clínico.

Tabela 6: Complicações potenciais do abscesso pulmonar. Baseado na Ref.4

- Hemoptise grave. - Empiemas. - Pio-Pneumotórax.

Tabela 7: Diagnóstico diferencial de cavitações pulmonares. Baseado na Ref. 2

- Infecciosas
 - Bactérias anaeróbicas !!!
 - Outras bactérias:
Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Legionella, Nocardia, Actinomyces, Haemophilus influenzae tipo B, Streptococcus pneumoniae.
 - Micobactérias:
Mycobacterium tuberculosis, avium, kansasii
 - Fungos:
Aspergillus, Histoplasma, Cryptococcus, Mucor, Coccidioides, Pneumocystis carinii
- Não infecciosas
 - Neoplasia
 - Vasculites
 - Embolia com infarto
 - Bolhas ou cistos
 - Sequestro pulmonar
 - Empiema com nível hidroaéreo
 - Bronquiectasias

Tabela 8: Síndromes aspirativas pulmonares. Baseado na Ref. 1 e 5

- Agudas
 - Pneumonite química: síndrome de Mendelson
 - Pneumonia aspirativa bacteriana
- Sub-agudas
 - Abscesso pulmonar
 - Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP)
 - Bronquiolite obliterante
 - Granulomas de corpo estranho
- Crônicas
 - Bronquiectasias
 - Doença intersticial fibrosante??

REFERÊNCIAS

1. Nalleto MA, Gomes M. Síndromes aspirativas pulmonares. In: Gomes M, Afiune JB. Infecções Pulmonares. SPPT. Atualização e Reciclagem em Pneumologia Volume 5. 2014, Atheneu, p.45-62.
2. Bartlett JG. Lung Abscess. UpToDate 2014, www.uptodate.com
3. Moreira JS, Camargo JJP, Felicetti JC et al. Abscesso pulmonar de aspiração: análise de 252 casos consecutivos estudados de 1968 a 2004. J Bras Pneumol 2006; 32:136-43.
4. Nascimento AO, Jardim JR, de Souza AH, Rodrigues JEG. Bronquiectasias não fibrocísticas e abscesso pulmonar. In: Faresin SM, Santoro IL, Llarges CM. Perfeito JAJ. Pneumologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP. 2^o Ed, Manole, 2014, p.289-304.
5. Bartlett JG. Aspiration pneumonia in adults. UpToDate 2014, www.uptodate.com