

RCG 323- Sistema Respiratório

Caso Clínico 6

ANAMNESE

Identificação

AR, 53 anos, masculino, branco, natural de Ribeirão Preto, procedente de Ribeirão Preto, casado, administrador de empresas.

Queixa e Duração:

Nódulo pulmonar descoberto há duas semanas.

HMA:

O paciente informa que desde a juventude apresentava cefaleia holocraniana leve e esporádica mas, há cerca de um mês, apresentou cefaleia nuchal de moderada intensidade, com início em período vespertino quase que diariamente. Fazia uso de analgésicos comuns, com remissão temporária e parcial do sintoma. Tal quadro perdurou desta forma por mais ou menos uma semana, quando começou a apresentar tonturas leves e turvação visual. Com esses sintomas, procurou médico que constatou hipertensão arterial, (170 x 110 mmHg) e imediatamente prescreveu anti-hipertensivos. Com a utilização desses medicamentos, refere que houve melhora progressiva dos sintomas e 5 dias após, estava completamente assintomático. Dando continuidade às orientações de seu médico, realizou exames de sangue, eletrocardiograma e Raio X de tórax. No retorno, foi informado que apresentava ligeira elevação dos níveis de colesterol plasmático (215 mg/dl) e os demais exames não apresentavam alterações, exceto o Raio X de tórax. O paciente foi informado que o exame de imagem mostrou um nódulo no campo pulmonar direito, de aproximadamente 2 cm de diâmetro, e sem outras alterações. O médico, além das medidas já adotadas para controle da hipertensão arterial, recomendou dieta para controle da hipercolesterolemia e o encaminhou para consulta com pneumologista.

IDA:

Pele: sem queixas.

Cabeça: cefaleia ocasional leve, nega tonturas, senão no episódio descrito acima

Olhos: sem turvação visual ou outras queixas, exceto como descrito acima

Nariz: sem queixas.

Ouvidos: sem queixas.

Garganta: sem queixas.

Sistema respiratório: nega dispneia; nega tosse, nega sibilância, dor torácica ou outras queixas

Sistema cardiovascular: nega dor precordial, palpitação ou edemas.

Sistema digestório: nega dor epigástrica, evacua uma a duas vezes ao dia, fezes normais, nega dores abdominais.

Sistema geniturinário: sem queixas.

Sistema linfo-hematopoiético: sem queixas.

Sistema endocrinometabólico: nega polifagia, polidipsia ou outras queixas.

Neuropsíquico: nega nervosismo, nega convulsões ou outras queixas.

Sistema locomotor: sem queixas.

HMP:

Estado geral de saúde: sempre exibiu boa saúde.

Doenças da infância: não sabe referir.

Doenças da idade adulta: fratura de antebraço direito por queda ao solo

Tratamentos medicamentosos passados e atuais: nega outros tratamentos medicamentosos; uso de dipirona gotas ocasional para cefaleia esporádica.

Tratamentos alternativos: nega.

Hospitalizações, acidentes, traumatismos e cirurgias: apendicectomia aos 22 anos, fratura do antebraço direito por queda ao solo aos 32 anos.

Doenças mentais: nega.

Antecedentes reprodutivos: um filho de 30 anos e duas filhas de 27 e 24 anos saudáveis.

Alergias: não sabe referir.

Imunizações: tomou vacinas apenas na infância.

Consultas periódicas e check-ups: visitas ao médico a cada 2 anos, aproximadamente.

História Familiar:

Pai falecido por câncer de próstata aos 79 anos. Mãe falecida por complicações de diabetes e hipertensão. Apenas uma irmã de 49 anos portadora de hipertensão arterial.

História Ambiental e Social:

Procedência remota: morou na zona rural de Ribeirão Preto até os 17 anos; estudou e trabalhou em São Paulo (SP) dos 18 aos 38 anos, região urbana, e mora em Ribeirão Preto faz 15 anos.

Condições de vida: casado, mora com esposa em apartamento, região urbana, sem mofo.

Fatores de risco para doenças endêmicas e epidêmicas: nenhum.

Viagens recentes: esteve por 6 meses realizando um curso para aperfeiçoamento profissional na Finlândia, no inverno do ano anterior.

História ocupacional: sempre trabalhou em escritório próprio e imobiliárias.

Atividades de lazer: leitura e cinema.

Hábitos: atividade física leve.

Vícios: etilista social; bebe cerveja e vinho; tabagista de 30 anos/maço, cigarro de papel (1 maço de cigarro por dia)

Nível de estresse: se considera um pouco “tenso” com as atividades profissionais.

Humor: descreve-se como uma pessoa bem humorada.

Vida sexual: normal para a idade.

Espiritualidade e crenças religiosas: católico

Fidedignidade: Bom informante; informações aparentemente confiáveis.

EXAME FÍSICO

Geral:

Bom estado geral, T: 36,9°C, Peso: 82 kg; Altura: 170 cm

Fácies corada, consciente e orientado, atitude ativa sem decúbito preferencial, hidratado.

Turgor e elasticidade da pele normais, sem edemas ou lesões dermatológicas relevantes.

Mucosas coradas, acianótico, anictérico.

Sem deformidades ósseas ou articulares.

Gânglios submandibulares palpáveis, máximo de 1 cm de diâmetro, fibroelástico, indolores, não aderidos aos planos profundos, sem sinais inflamatórios.

Cabeça e Pescoço:

Dentes em bom estado geral; hálito incharacterístico.

Sem estase jugular

Aparelho Respiratório:

Inspeção estática: sem particularidades.

Inspeção dinâmica: FR: 18 ipm; eupneico; sem abaulamento expiratório ou tiragem.

Palpação: sem pontos dolorosos; boa expansibilidade e simétrica, frêmito toracovocal normal, sem frêmitos patológicos.

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

Ausculata: murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular:

FC: 80 bpm; PA: 130 X 80 mmHg

Inspeção: sem anormalidades

Palpação: pulso radial simétrico; 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, sem sopros.

Abdome:

Inspeção: abdome plano.

Ausculta: ruídos hidroaéreos com características normais.

Percussão: timpanismo difuso.

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

Exame do fígado: palpável junto ao rebordo costal na linha hemiclavicular, borda romba, superfície lisa, indolor.

Baço: não percutível e não palpável

Sensibilidade renal: Giordano negativo.

Pesquisa de ascite: negativa.

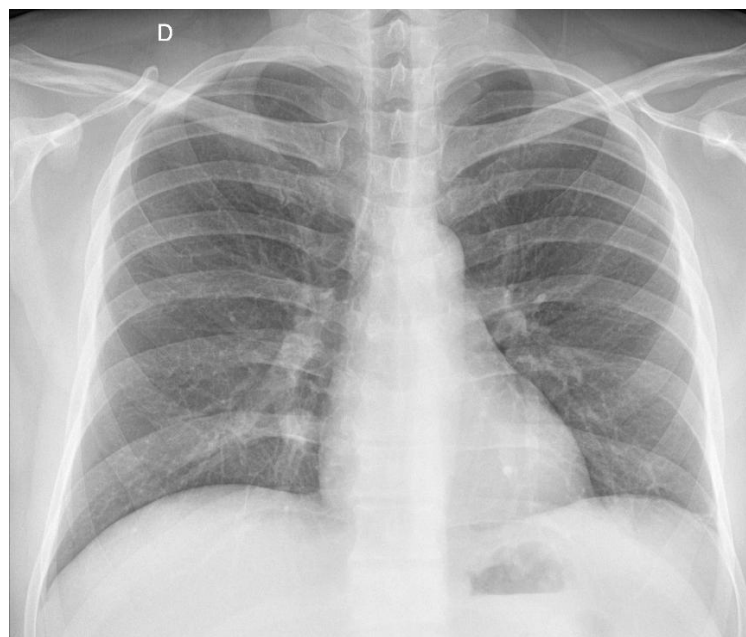
Exame Locomotor:

Sem anormalidades

Exame Neurológico:

Sem anormalidades

Trouxe o seguinte Raio X de tórax





Questão 1: Diante desse paciente com um nódulo solitário de pulmão, quais as hipóteses diagnósticas possíveis?

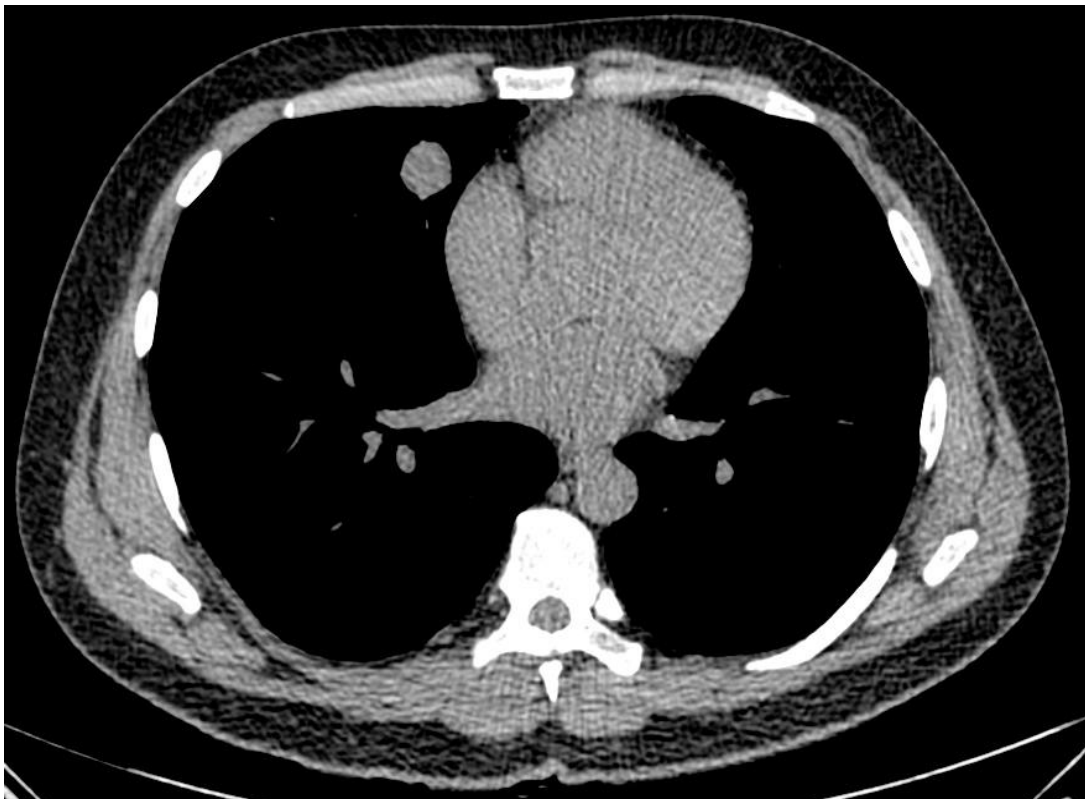
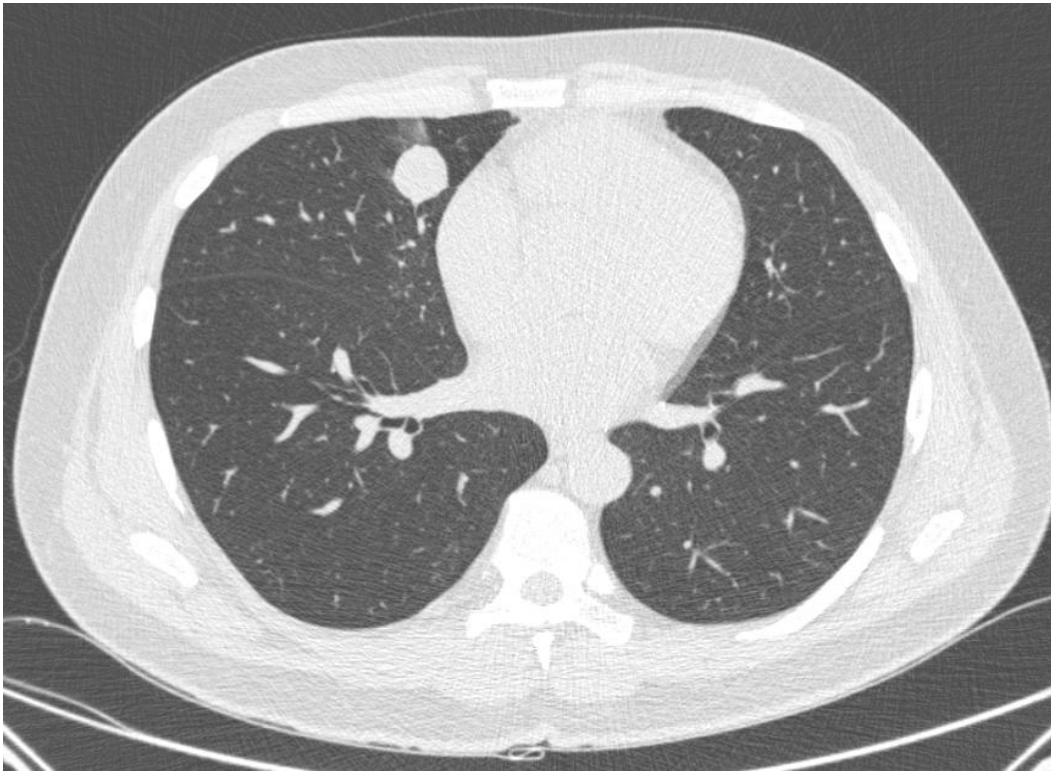
Questão 2: Os achados do exame físico são compatíveis com quadro clínico do paciente?

Questão 3: Que exames seriam solicitados na sequência da investigação desse paciente?

Questão 4: Um exame de imagem de tórax anterior poderia ajudar na condução deste caso? Em que sentido?

Exames subsidiários

Tomografia de tórax



Questão 5: Que características do nódulo devem ser valorizadas?

Questão 6: Qual a importância dessas características?

Questão 7: Em se tratando de uma doença benigna, quais os principais diagnósticos diferenciais?

Questão 8: Em se tratando de uma doença infecciosa, quais os principais diagnósticos diferenciais?

Questão 9: Em se tratando de uma doença maligna, quais os principais diagnósticos diferenciais?

Exames Subsidiários

Hematológico: Hb: 15,2 mg/dl; GB: 7.000/mm³ (neutrófilos: 4.100/mm³);
Plaquetas: 240.000/mm³
Ureia: 34 mg/dl; Creatinina: 0,9 mg/dl; glicemia de jejum: 93 mg/dl
TGO: 23 U/l; TGP: 21 U/l;
Sorologia para fungos: não reagente (Pb micose, Aspergillus, Cândida e Histoplasma)

Questão 10: Qual o risco de nódulo ser uma neoplasia maligna?

Questão 11: Diante desse risco, qual a melhor conduta a ser adotada?

Questão 12: Quais as alternativas de abordagem desse nódulo para se obter material para diagnóstico definitivo de sua natureza?

O paciente foi submetido à broncoscopia com biópsia trans-brônquica. O resultado da citologia do aspirado foi de células de mucosa brônquica sem atipias, com alguns blocos de células alveolares e células atípicas de permeio – inconclusivo quanto à natureza da lesão.

Questão 13: Diante desse resultado, estaria indicado continuar observando esse nódulo com exames de imagem periódicos?

O paciente foi submetido à toracotomia e realizado nodulectomia e biópsia de congelação. Diante do resultado de malignidade, foi realizado lobectomia média no mesmo ato operatório. O resultado anátomo-patológico do nódulo confirmou Tumor Carcinóide Atípico.

Nódulo Solitário de Pulmão

Definição: lesão aproximadamente arredondada de até 3 cm de diâmetro, rodeada por parênquima pulmonar

Apresentação: geralmente por achado ocasional em exame de imagem solicitado por outros motivos. O principal objetivo da investigação é determinar a natureza da lesão, sobretudo o seu caráter de benignidade ou malignidade.

Causas (extraído da ref. 1)

Table 1. Causes of Solitary Pulmonary Nodule

Infectious

- Tuberculosis
- Fungal infections (aspergillosis, blastomycosis, cryptococcosis, histoplasmosis, coccidiomycosis)
- Atypical mycobacteria
- Nocardia
- Round pneumonia
- Septic emboli
- Lung abscess

Inflammatory

- Sarcoidosis
- Wegener's granulomatosis
- Microscopic polyangiitis
- Rheumatoid nodule
- Pulmonary amyloidosis

Neoplastic

- Lung cancer
- Solitary pulmonary metastasis
- Lymphoma
- Carcinoid tumors
- Teratoma
- Leiomyoma

- Benign
 - Hamartoma
 - Lipoma
 - Fibroma
 - Chondroma
 - Clear cell tumor
 - Sclerosing hemangioma
 - Neural tumor
 - Plasma cell granuloma
 - Endometriosis
 - Congenital**
 - Lung cyst
 - Bronchial atresia with mucoid impaction
 - Lung sequestration
 - Vascular**
 - Arteriovenous malformation
 - Pulmonary hematoma
 - Pulmonary infarct
 - Normal confluence of pulmonary veins
 - Intrapulmonary lymph node
 - Pulmonary scar
 - Rounded atelectasis
 - Infected bulla
 - Miscellaneous/mimics**
 - Nipple shadow
 - Cutaneous lesion (eg, wart, mole)
 - Rib fracture or other bone lesion
 - Vanishing pseudotumor (loculated pleural fluid)
-

Extraído da Ref. 2

Tabela 1 – Fatores preditivos da etiologia dos nódulos pulmonares solitários.

Causas benignas
Idade < 30 anos
Diâmetro da lesão < 1,5 cm
História negativa de tabagismo
Tempo de duplicação > 500 dias
Calcificações centrais
Calcificações laminadas (<i>bull's eye</i>)
Calcificações difusas
Calcificações do tipo pipoca
Biópsia inespecífica, mas com células benignas.
Achado radiológico prévio (inalterado por dois anos)
Causas malignas
Idade (> 48 anos, sobretudo > 65 anos)
Diâmetro da lesão > 1,5 cm
Tabagista atual (> 10-20 cigarros/dia)
Cessação do tabagismo < 4 anos
Tempo de duplicação entre 30 e 400 dias
Nódulo espiculado em coroa radiada
Calcificação de padrão indeterminado
Calcificação espiculada
Calcificação excêntrica
Ausência de calcificação
Doença maligna atual ou nos últimos cinco anos
Impregna�o da lesão pelo contraste
Radiografia prévia sem altera�o

Extraído da Ref. 2

Tabela 3 – Razões de probabilidades (RP) para algumas características clínicas e radiológicas de nódulos pulmonares solitários.

Características	RP
Margem espiculada	5,54
> 3 cm	5,23
> 70 anos de idade	4,16
Tabagista	2,27
< 1 cm	0,52
N�o tabagista	0,19
Calcifica�o benigna	0,01

Adaptado de Erasmus, McAdams e Connolly⁹.

Estratificação de Risco para Malignidade (extraído da ref. 1)

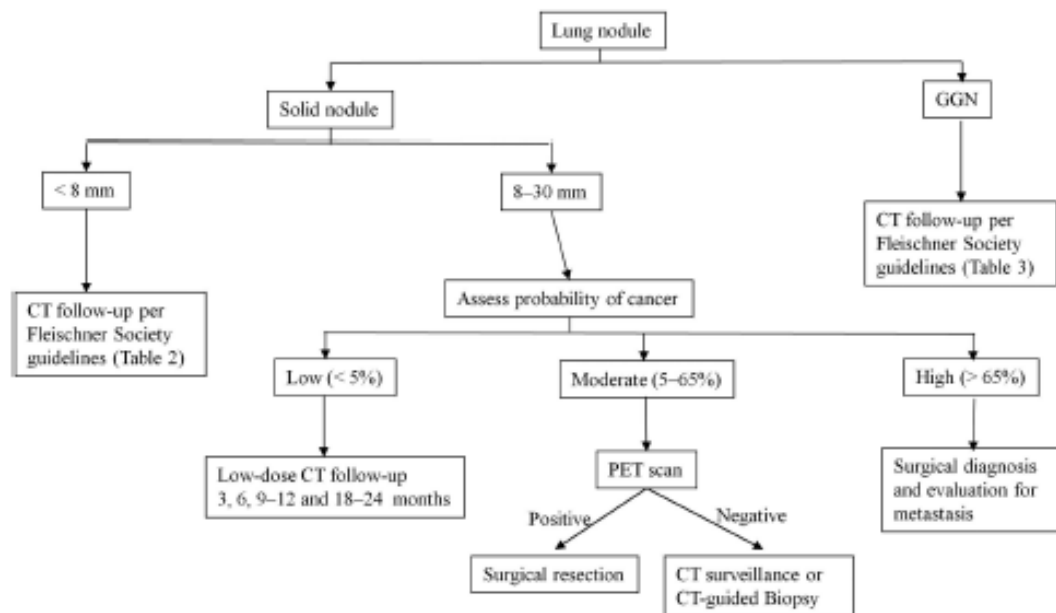
Table 2. Estimation of Pretest Probability by Using Clinical Risk Factors and Computer Tomography Characteristics

Risk Factors	Low Risk of Cancer	Moderate Risk of Cancer	High Risk of Cancer
Age	< 45 years	45–60 years	> 60 years
Smoking	Never smoked	Current smoker (< 1 pack per day)	Current smoker (≥ 1 pack per day)
Quit smoking	≥ 7 years ago or never smoked	< 7 years ago	Current smoker
Diameter of nodule	< 8 mm	8–20 mm	> 20 mm
Nodule margins	Smooth	Scalloped	Spiculated, corona radiata
Prior history of cancer	No	NA	Yes
Exposure to asbestos ⁴²	No	NA	Yes

Abbreviation: NA, not applicable.

Manejo dos Nódulos Pulmonares Solitários (extraído da ref. 1)

Figure 1. The Fleischner Society's clinical algorithm for the management of pure solitary and ground-glass nodule.



Abbreviations: CT, computed tomography; GGN, ground-glass nodule; PET, positron emission tomography.

REFERENCIAS

1. Asija A et al. *Pulmonary nodule: a comprehensive review and update*. Hosp Pract 2014 Aug;42(3):7-16
2. Silva DR, Baglio PT, Gazzana MB. *Nódulo pulmonar solitário* Rev Bras Clin Med, 2009;7:132-139
3. Yi-Xiang et al. Evidence based imaging strategies for solitary pulmonary nodule. J Thorac Dis 2014;6(7):872-887