

RCG 323- Sistema Respiratório

Caso Clínico – 7

ANAMNESE

Identificação: Paciente masculino, 45 anos, mulato, natural e procedente de Ribeirão Preto, casado, auxiliar de escritório.

Queixa e Duração: Dispnéia há dois dias.

HMA: O paciente refere que seu quadro clínico atual iniciou há três semanas quando, após estado gripal, permaneceu com tosse seca e mal-estar geral que perduram até o hoje. Teve episódios de dor na base do hemitórax esquerdo que se acentuava com a respiração profunda e produzia sensação de falta de ar, mas aliviava com uso de dipirona gotas. Usou antibiótico por cinco dias por prescrição médica. Em várias ocasiões a temperatura axilar aferida no final da tarde evidenciou valores de 37,5°C a 38°C acompanhada de indisposição acentuada. Nesse período ficou anorético e passou a alimentar-se de forma irregular e em pequenas quantidades e observou perda de 6 kg de peso corporal. Atualmente apresenta também, escassa quantidade de expectoração mucopurulenta e dispnéia que se acentuou há dois dias.

IDA:

Pele: sem queixas.

Cabeça: refere tontura matinal.

Olhos: sem queixas.

Nariz: sem queixas.

Ouvidos: sem queixas.

Garganta: sem queixas.

Sistema respiratório: nega sibilância e ronco.

Sistema cardiovascular: nega dispnéia súbita noturna e ortopneia, palpitação ou edemas.

Sistema digestório: sem queixas. Hábito intestinal normal

Sistema geniturinário: já teve poliúria e polaciúria, mas atualmente não refere alterações.

Sistema linfo-hematopoiético: sem queixas.

Sistema endocrinometabólico: refere anorexia de surgimento recente e perda de peso; nega ou outras queixas.

Neuropsíquico: refere sentir medo do possível diagnóstico em face do seu histórico familiar.

Sistema locomotor: sem queixas

HMP:

Estado geral de saúde: sempre exibiu boa saúde.

Doenças da infância: recebeu vacinação para as viroses comuns da infância.

Doenças da idade adulta: é diabético e faz uso regular de insulina há 15 anos

Tratamentos medicamentosos passados e atuais: usa 40 mg de furosemida (1 comprimido) diariamente pela manhã e insulina.

Tratamentos alternativos: nega.

Hospitalizações, acidentes, traumatismos e cirurgias: internou uma vez, há 4 anos, em decorrência de pneumonia.

Doenças mentais: nega.

Antecedentes reprodutivos: teve dois filhos saudáveis.

Imunizações: tomou vacinas na infância e tomou a vacina anti pneumocócica há 2 anos.

Consultas periódicas e check-ups: vai ao médico periodicamente para controle do diabetes e da função renal.

História Familiar:

Pai faleceu de acidente vascular cerebral há 11 anos. Mãe viva, sofre de diabetes mellitus e insuficiência renal. Não tem irmãos. Não sabe informar sobre outras doenças na família.

História Ambiental e Social:

Procedência remota: nasceu em São Caetano (ABC paulista) e mudou-se para Ribeirão Preto há 20 anos.

Condições de vida: reside com a mãe, a esposa e uma filha em casa de alvenaria, com dois quartos, sala, cozinha e banheiro.

Fatores de risco para doenças endêmicas e epidêmicas: diabetes.

Viagens recentes: nega.

História ocupacional: sempre trabalhou em espaço fechado, como auxiliar de escritório.

Atividades de lazer: gosta de sair para pescar nos fins de semana.

Hábitos e vícios: foi fumante de 10 cigarros/dia dos 17 aos 25 anos; faz uso ocasional de álcool.

Nível de estresse: se considera uma pessoa tranquila.

Humor: nega depressão.

Vida doméstica: costuma ajudar a esposa nas lidas domésticas e nos cuidados com a mãe.

Vida sexual: mantém relações sexuais porém esporádicas, com a esposa.

Espiritualidade e crenças religiosas: católico, mas raramente vai à igreja.

Fidedignidade: Bom informante; informações confiáveis.

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

EXAME FÍSICO

Geral: Regular estado geral, T: 37,5°C, Peso: 58 kg; Altura: 165 cm IMC: 21,3 kg/m², consciente e orientado, atitude ativa eletiva adotando no leito o decúbito lateral esquerdo preferencialmente, hidratado.

Turgor e elasticidade da pele diminuídos; sem edemas ou lesões dermatológicas relevantes.

Mucosas descoradas (++)/4; acianótico, anictérico. SaO₂ com oxímetro de pulso, em ar ambiente=93%

Gânglios periféricos não palpáveis.

Cabeça e Pescoço:

Mucosa oral integra e rosada; língua rosada, úmida, com fina camada de saburra branca, sem marcas dentárias e sem fissuras.

Ausência de estase jugular e de pulsações anormais

Aparelho Respiratório:

Inspeção estática: tórax sem deformidades.

Inspeção dinâmica: FR: 28 ipm; presença de abaulamentos expiratórios nos espaços intercostais inferiores lateroposteriores à esquerda; ausência de tiragem.

Palpação: sem pontos dolorosos; redução da expansibilidade do hemitórax esquerdo; frêmito toracovocal abolido no 1/3 inferior desse hemitórax; ausência de frêmito pleural.

Percussão: macicez na metade inferior do hemitórax esquerdo inclusive sobre a coluna vertebral (sinal de Signorelli).

Ausculta: murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax esquerdo; presença de sibilos discretos e estertores finos na região anterosuperior do mesmo hemitórax.

Aparelho Cardiovascular:

FC: 90 bpm; PA: 125/80 mmHg

Inspeção: sem anormalidades

Palpação: pulso radial simétrico, cheio, regular; pulsos femoral e pedioso simétricos; boa perfusão periférica; ictus palpável no quinto espaço intercostal esquerdo, sobre a linha hemiclavicular, com extensão de duas polpas digitais. Ausência de frêmitos.

Ausculta: Bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros.

Abdome:

Inspeção: abdome plano, simétrico, sem cicatrizes cirúrgicas ou traumáticas.

Ausculta: ruídos hidroaéreos com características normais.

Percussão: timpanismo difuso.

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

Exame do fígado: não palpável.

Baço: não percutível e não palpável

Sensibilidade renal: Giordano negativo.

Pesquisa de ascite: negativa.

Exame Locomotor: Sem deformidades ósseas ou articulares.

Exame Neurológico: Sem anormalidades

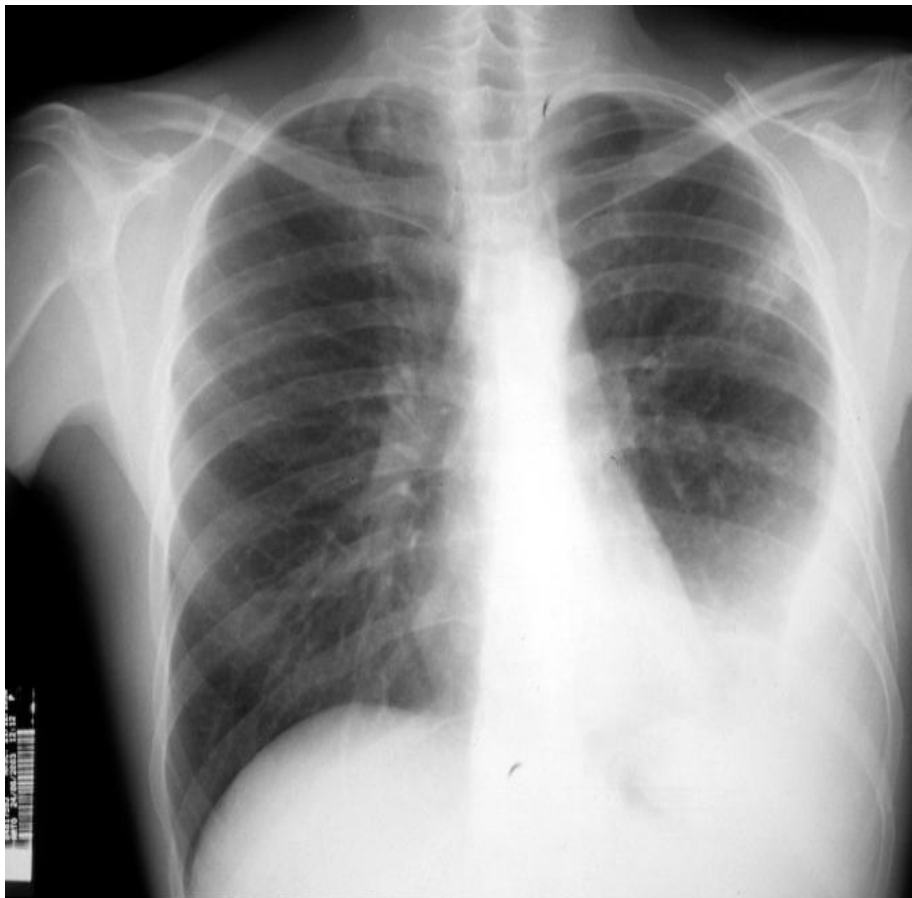
Questão 2. Os achados de exame físico são compatíveis com que tipo (s) de síndrome respiratória?

Questão 3: Liste todas as possibilidades diagnósticas etiológicas para o quadro respiratório atual salientando qual o mais provável agente.

Questão 4: Que exames subsidiários você pediria para confirmar suas hipóteses diagnósticas?

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A radiografia simples de tórax em PA evidenciava:



Hemograma

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

Hb: 11,1 g/dl (13,5-17,5)

Ht: 37% (39-50)

VCM: 75 fL (81-95)

HCM: 22 pg (26-34)

CHCM: 30 % (31-36)

Glóbulos Brancos: 10.000/ μL (3.500-10.500)

Metamielócitos: 0% (0%) [0]

Bastonetes: 230 (2,3%) [0]

Neutrófilos segmentados: 7.330 (73,3%) [1.500-8.000]

Linfócitos: 1.740 (17,4%) [900-2.900]

Monócitos: 350 (3,5%) [50-500]

Eosinófilos: 150 (1,5%) [0-100]

Basófilos: 271 (2,0%) [150-450]

Plaquetas: 353.000 [$150-450 \times 10^3/\mu\text{L}$]

Velocidade de Hemossedimentação: 52 mm/1ª hora (≤ 15)

Proteína C reativa: 98 mg/dl ($\leq 0,5$)

Na: 137 mMol/l (135-145)

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

Uréia: 48 mg/L (10-50)

Creatinina: 1,4 mg/L (0,7-1,5)

O paciente sofreu um procedimento inicial e em seguida realizou uma radiografia de tórax de controle em PA que mostrou uma alteração em relação ao exame inicial.



Questão 5: Descreva as alterações observadas na radiografia em PA de tórax após o procedimento e mencione a possível causa?

Questão 6: Quais procedimentos foram possivelmente realizado e quais os resultados esperados?

Estudos bioquímicos do derrame pleural:

pH: 7,35

Proteína total: 2,8 gr/dl

DHL: 310 U/dl

Glicose: 22 mg/dl

Adenosina deaminase (ADA): 62 U/L

Estudos bioquímicos plasmáticos:

Proteína total: 3,5 gr/dl

DHL: 420 U/dl

Glicemia: 110 mg/dl

Citologia do líquido pleural:

Células mesoteliais: 5%

Linfócitos: 80%

Neutrófilos: 15%

Eosinófilos: 0%

Biópsia pleural:

Processo inflamatório granulomatoso crônico com necrose caseosa. Pesquisa de BAAR no tecido pleural foi negativa.

Pesquisa de BAAR no escarro:

Positivo (+)

Questão 7: Qual o tratamento que deve ser aplicado a este paciente?

Questão 8: Qual a resposta clínica e radiológica nas primeiras duas semanas?

Questão 9: Qual a resposta esperada com 30 dias de tratamento?

Questão 10: Quanto tempo deve durar o tratamento completo?

Questão 11: Quais os critérios de cura desse processo?

Questão 12: Quais as possíveis sequelas que podem ser observadas após o tratamento?

TB pleural

A cultura associada ao exame histopatológico do fragmento pleural retirado por biópsia da pleura parietal, permite o diagnóstico em até 90% dos casos. Granulomas de células gigantes de Langhans podem conter o bacilo e necrose caseosa, achados de grande valor diagnóstico na análise do fragmento histológico. A determinação da ADA é o método acessório principal e faz parte de um conjunto de parâmetros que autorizam o início do tratamento: exsudato com mais de 75% de linfócitos, ADA > 40 U/L e ausência de células neoplásicas. Deve ser utilizado o método de Giusti ou outro método validado para a dosagem de ADA. A determinação do IFN- γ tem boa evidência, mas seu custo é muito alto. Entre os métodos moleculares, o teste molecular rápido tem utilidade para uso clínico. O escarro induzido em indivíduos HIV negativos tem cultura positiva em 50% dos casos, mesmo quando a radiografia de tórax não apresenta outra alteração além do derrame pleural, chegando a 75% em pacientes HIV positivos.

CARACTERÍSTICAS DO LÍQUIDO PLEURAL TUBERCULOSO

- Cor amarelo citrino
- Nível de proteína entre 4 e 5 g/dl
- Adenosina deaminase (ADA) maior que 40 U/L
- Linfocitose na contagem diferencial de células
- Neutrofilia nas duas primeiras semanas
- pH menor que 7,2

TORACOCENTESE: punção da cavidade pleural para remoção de líquido

Complicações:

- Pneumotórax
- Dor
- Sangramento
- Infecção do espaço pleural
- Punção de órgão
- Edema pulmonar

Novas técnicas de diagnóstico da TB

Métodos moleculares (Teste Rápido Molecular – TRM)

Tratamento da tuberculose – Esquema básico para tratamento da doença no Brasil

Esquema	Fármacos	Peso	Dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE	Até 20 kg	R: 10 mg/kg/dia	2
			H: 10 mg/kg/dia	
			Z: 35 mg/kg/dia	
			E: 25 mg/kg/dia	
		20-35 kg	2 comprimidos	
		36-50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH ^a Fase de manutenção	RH	Até 20 kg	R: 10 mg/kg/dia	4
			H: 10 mg/kg/dia	
		20-35 kg	2 comprimidos	
		36-50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	

O número antecedendo a sigla indica o número de meses de tratamento; dose por comprimido: R = 150 mg; H = 75 mg; Z = 400 mg; E = 275 mg. ^aNos primeiros meses de implantação do novo esquema, a fase de manutenção continuará sob a forma de cápsulas.

J Bras Pneumol. 2009;35(10):1018-1048

DOENÇAS QUE MAIS CAUSAM DERRAME PLEURAL

- **Insuficiência cardíaca**
- **Tuberculose**
- **Pneumonias**
- **Neoplasias**
- **Tromboembolia pulmonar**

CARACTERÍSTICAS DO TRANSUDATO

- **Límpido**
- **Incolor**
- **Baixa concentração de proteínas (1,5 g/dL)**
- **Cerca de 1500 células/ μ l**
- **++++ monócitos**
- **+ linfócitos, macrófagos, células mesoteliais e polimorfonucleares**
- **Não há hemáceas**
- **pH = 7,46**

CRITÉRIOS DE LIGHT PARA DEFINIÇÃO DE EXSUDATO E TRANSUDATO

Proteína total e/ou desidrogenase láctica (DHL) são medidas no líquido pleural e no plasma e interpretadas assim:

- Proteína do liq pleural ≥ 3 g/dl e/ou Relação pleura/plasma $> 0,5$ = Exsudato
- Proteína do liq pleural $\leq 2,5$ g/dl e/ou Relação pleura/plasma $< 0,5$ = Transudato
- DHL Valor absoluto > 200 UI/L ou Relação pleura/plasma $> 0,6$ = Exsudato

Referências

- 1) Derrames pleurais: fisiopatologia e diagnóstico. Geruza Alves da Silva.
- 2) III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. 2009;35(10):1018-1048
- 3) Doenças da pleura. Antonio Chibante e Simone Miranda. Atheneu. Ribeirão Preto, 2002.