

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

Neoplasia do pulmão

Lung neoplasm

LUISA BOAL

Serviço de Pneumologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa

IDENTIFICAÇÃO

J.M.A., raça caucasiana, sexo masculino, 76 anos, natural e residente em Lisboa, casado, contabilista reformado.

DATA E MOTIVO DE INTERNAMENTO

1998/06/18 . Dispneia.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Início insidioso há cerca de dois anos e meio de tosse, expectoração mucosa, pieira e dispneia de esforço de agravamento progressivo. Melhoria sob terapêutica inalatória com agonista β_2 de acção longa, brometo de ipratrópio e budesonido. Três meses antes do internamento agravamento das queixas com dispneia de grau 3 e aparecimento de trepopneia e

toracalgia direita, mialgias e emagrecimento de 5 Kg. Sem melhoria após antibioterapia (Minociclina, Claritromicina), mucolítico (N-acetilcisteína) e anti-inflamatório proteolítico.

Relativamente a outros órgãos e sistemas o doente referia: cólicas abdominais desde os 65 anos tendo-lhe sido diagnosticado diverticulose e medicado com anti-espasmódico de acção prolongada (mebeverina) e laxante de contacto; síndrome de barragem vesical desde os 70 anos medicado com anti-androgénio/anti-inflamatório (extracto de *Serenoa repens*) desde os 71 anos e bloqueador α_1 (tamsulin) há cerca de um ano e meio; diminuição progressiva da acuidade visual tendo-lhe sido diagnosticado glaucoma crónico e medicado com Timolol tópico.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Fumador até aos 54 anos de 70 UMA;
- Sem hábitos alcoólicos;

- Pleuresia à direita aos 19 anos;
- Crise palustre aos 29 anos;
- Colectomia por "litíase" aos 64 anos;

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Pai falecido por doença respiratória;
- Irmão falecido por carcinoma do pulmão
- Irmã com reumatismo articular agudo aos 50 anos;

EXAME OBJECTIVO (dados mais relevantes)

- Razoável estado geral (Altura 1,69., Peso 65 Kg.);
- Não dispneico em repouso, não cianosado;
- Hemodinamicamente dentro da normalidade;
- Apirético, corado, hidratado;
- Mobilização activa dificultada pelas mialgias a nível das coxas;
- AP: sopro tubário na face posterior do HTD e crepitações na 1/2 inferior desse HT e na base esquerda; alguns ronos dispersos e discretos sibilos;
- Palpação dolorosa da região médio-dorsal e lombar da coluna.

EXAMES COMPLEMENTARES PRESENTES À ENTRADA

- LABORATÓRIO:- Ausência de anemia e/ou leucocitose mas PCR positiva;
- Aumento da ureia com creatinina e potássio normais;
 - Ionograma normal;

RAD. TÓRAX PA (3/3/98): retracção do campo pulmonar direito com pequena imagem nodular calcificada no 1/3 médio, heterogeneidade da base d^{ta}. Com apagamento da respectiva hemicúpula; infiltrado

retículo-nodular no 1/3 inferior do campo pulmonar esquerdo. Com zona de confluência que determina apagamento do contorno esquerdo da silhueta cardíaca; ectasia e desenrolamento do arco aórtico (Fig. 1).

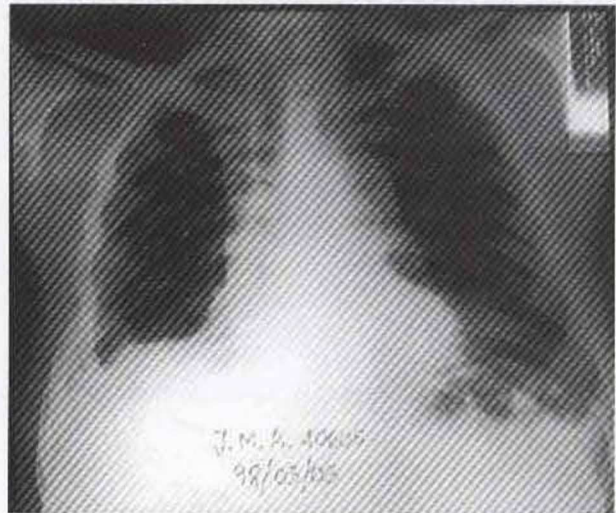


Fig. 1

TAC TORÁCICA (4/4/98: retração do HTD^{to} sobretudo dos andares médio e inferior e à d^{ta} (espessamento dos septos interlobulares, algumas linhas subpleurais e fibrose evoluida com bronquiectasias de tracção e favo de mel na pirâmide basal d^{ta} a que se associam uma ou outra bolha de enfisema menores de 3 cm; os mesmos aspectos fibróticos mas em menor grau são também evidentes na língula e no segmento posterior do LIE; à esq. envolvendo parcialmente o LM e a quase totalidade da pirâmide basal d^{ta} existem imagens de condensação com broncograma e alveolograma aéreos; existem ainda pequenos focos de consensação periféricos esparsos no LSD e no segmento anterior do LSE e língula; densificação e espessamento pleural parcialmente calcificado a nível da goteira costo-vertebral esq. De carácter residual; adenopatia paratraqueal d^{ta} de ± 1cm, adenopatias subcarinais preenchendo o recesso ázigo-esofágico ≤3 cm, adenopatia calcificada residual subcarinal; calcificações ateromatosas da aorta que se apresenta desenrolada e sinuosa; no abdómen superior apenas

existe pequena hérnia trans-hiatal gástrica (Figs. 2 e 3).

RAD. TÓRAX PA (18/6/98): aumento das lesões com opacificação heterogênea de quase todo o campo pulmonar direito e infiltrado à esq. de predomínio reticular ocupando agora já quase a totalidade da 1/2 inferior dos campo pulmonar esquerdo (Fig.4).

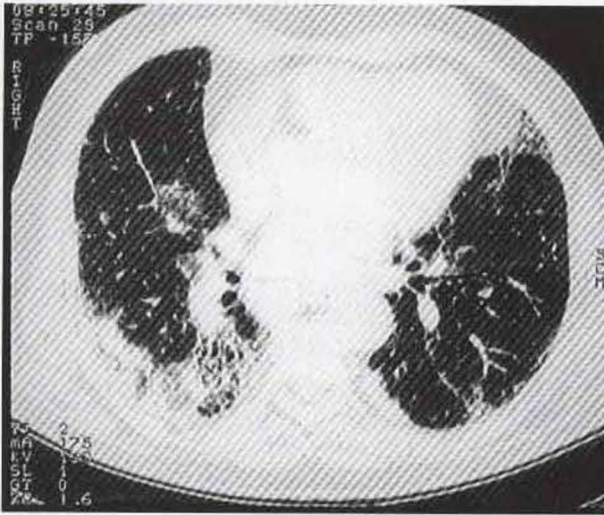


Fig. 2

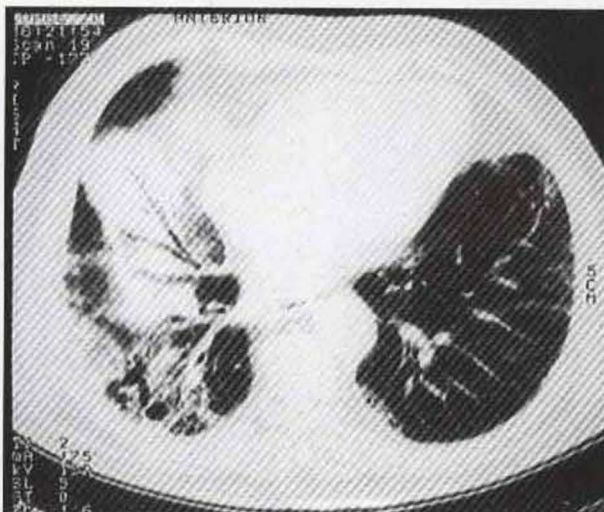


Fig. 3

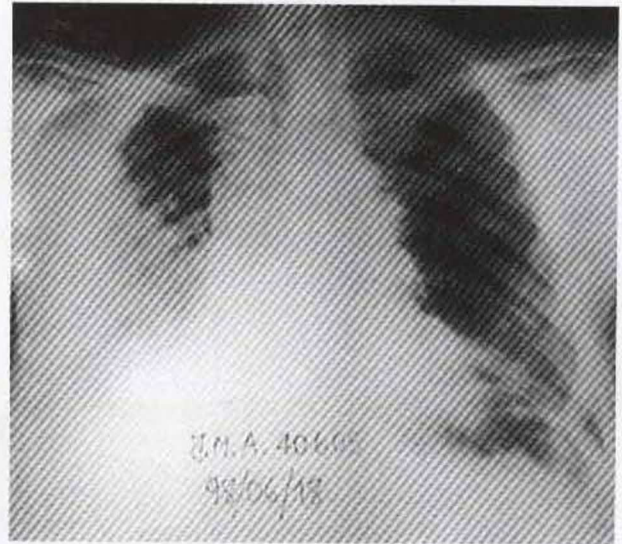


Fig. 4

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO

- Carcinoma bronquiolo-alveolar;
- Colagenose;
- Tuberculose

EXAMES COMPLEMENTARES EM INTERNAMENTO

BRONCOFIBROSCOPIA sob anestesia geral (aspectos alterados): no BI começam a ver-se pregas muito "gordas" esbranquiçadas condicionando alargamento dos esporões e redução dos segmentos estendendo-se pela pirâmide basal - biópsias; LBA no LM;

ECOGRAFIA RENAL E VESICO-PROSTÁTICA: quisto renal simples à d^{ta}. Com 6,5 cm; bexiga de esforço; hipertrofia da próstata aparentemente benigna; múltiplos nódulos hepáticos sólidos;

MARCADORES TUMORAIS: - ↑ CYFRA21-1 (362 mg/ml).

- ↑ CEA, NSE, CA 125, PSA e β² Microglobulina.

EXAMES CITOLÓGICOS: 3 expectorações POSITI-

VAS para células neoplásicas: 2 com carcinoma que não de pequenas células – provável carcinoma epidermoide e 1 com carcinoma epidermoide;

LBA: – positivo para células neoplásicas, carcinoma não pequenas células, provável carcinoma epidermoide (Figs. 5 e 6).

– secreções brônquicas: POSITIVO para células neoplásicas provável carcinoma epidermoide;

BIÓPSIA BRÔNQUICA: carcinoma não de pequenas células provavelmente de tipo epidermoide pouco diferenciado.

EVOLUÇÃO

Agravamento progressivo das queixas tendo falecido ao 16º dia de internamento em insuficiência respiratória.

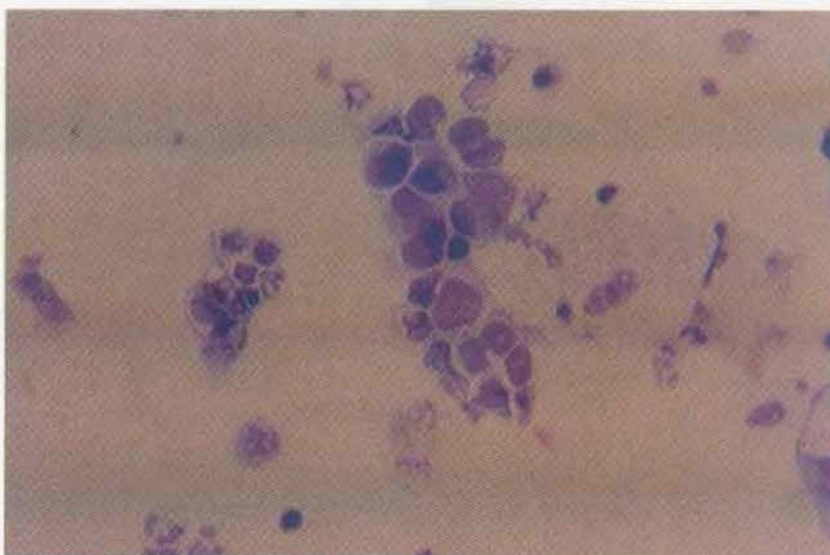


Fig. 5

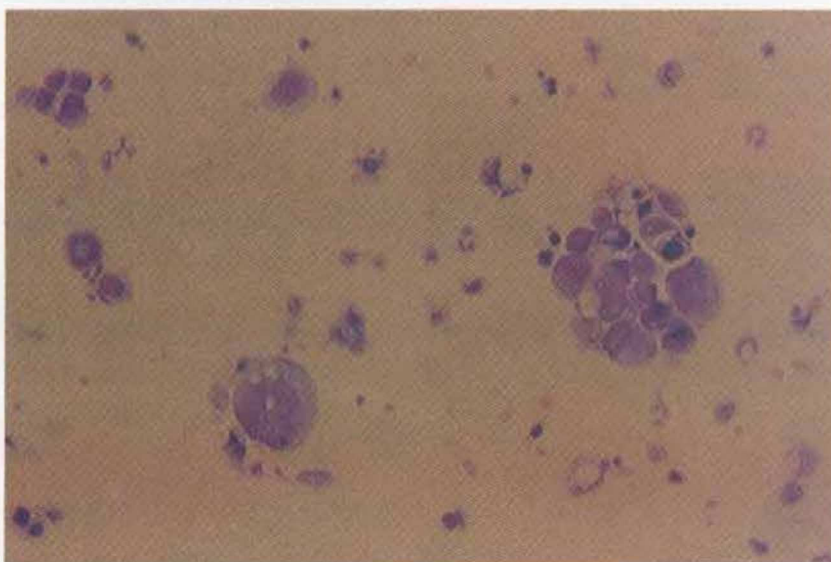


Fig. 6

Figs. 5 e 6 – LBA positivo para células neoplásicas: carcinoma não de pequenas células