



Caso Clínico

Guilherme Brugiolo Muniz

4º período de Medicina

FAME/JF

20/04/2012

ANAMNESE

- **ID** : L N B, sexo feminino, 62 anos, branca, católica, casada, costureira aposentada há dez anos, nascida em Lagoinha (BA) e residente em Juiz de Fora desde os quatro anos.
- **QP**: “Sentia vontade de vomitar” e “falta de fome”.

ANAMNESE

- **HMA:** Paciente relatou inapetência e náuseas desde abril de 2011, quando foi ao gastroenterologista onde foi diagnosticada com acalasia de cárdia. Com o tratamento houve melhora dos sintomas, porém evoluiu com dor em hemitórax esquerdo, de intensidade moderada, em queimação, sem irradiação e sem fatores agravantes ou atenuantes, que ao estudo da biópsia foi diagnosticada com neoplasia de pulmão (carcinoma indiferenciado de pequenas células), com metástase hepática e cerebral. Referiu trabalho doméstico com uso de inseticidas desde a aposentadoria. Relatou perda ponderal de 15 kg desde o início dos sintomas.

ANAMNESE

- **HPP:** Relatou catapora e hepatite A quando criança. Desde 2009 diagnosticada com HAS e diabetes. Também relatou neurocisticercose há cinco anos. Sofreu amidalectomia. G2P2A0.
- **Antecedentes familiares:** Pai falecido aos 70 anos devido a cardiopatia (SIC). Mãe diabética e portadora de HAS, falecida aos 70 anos por TVP (SIC). Tinha dois irmãos diabéticos e um com mal de Alziheimer.
- **Hábitos e vícios:** Negava tabagismo e etilismo. Fazia uso de medicação anti-hipertensiva, ansiolítico benzodiazepínico e corticóide. Sedentária e trabalho laborioso (SIC).

ANAMNESE

- **Histórico fisiológico:** relatava insônia, urina com odor forte e concentrada com volume preservado, constipação intestinal, alimentação saudável e pouca ingesta hídrica.
- **Histórico biopsicossocial:** Aparentava ansiedade e mostrava-se esperançosa com relação ao tratamento. Satisfeita com a equipe e o tratamento dado a ela.

EXAME FÍSICO GERAL

- Paciente em REG, com fácies atípica, descorada $\pm$ 4, anictérica, acianótica, desidratada $\pm$ 4. TAX $36,7^{\circ}\text{C}$, pulso rítmico, filiforme com 82 PPM, PA aferida em MSE, deitada, 125 X 80 mmHg e sentada, 118 X 80 mmHg. Apresentava taquipnéia com 26 IRPM e circunferência abdominal de 88,5 cm.
- Ao exame radiológico percebeu-se derrame pleural à esquerda.

EVOLUÇÃO

- No dia 14/03/2012, foi levada ao Centro Cirúrgico para toracocentese de alívio. Em seguida foi encaminhada ao leito.
- Três dias depois, no dia 17/03/2012 retornou ao Centro Cirúrgico para toracotomia com pleurodese, quando foi drenado cerca de um litro e meio de líquido com aspecto hemorrágico. Em seguida à drenagem de tórax, foi realizado procedimento de pleurodese.
- No dia 18/03/2012 evoluiu com estertores à ausculta e foi encaminhada para RX e nebulização. Neste dia fazia uso de Tramal (morfina), corticóide e medicação anti-hipertensiva. Relatou boa noite de sono. Ao exame físico geral percebeu-se taquipnéia, 22 IRPM.

EVOLUÇÃO

- No dia 19/03/2012 foi encaminhada ao CTI devido piora em seu quadro respiratório que evoluiu com infecção, tosse e febre (SIC).
- Permaneceu no CTI no dia 20/03/2012.
- No dia 21/03/2012 retornou ao leito, porém estava sedada. Apresentava ritmo respiratório irregular, e estava novamente descorada, dessa vez ++/4.
- No dia 22/03/2012 foi transferida para leito particular onde evoluiu a óbito durante a noite.

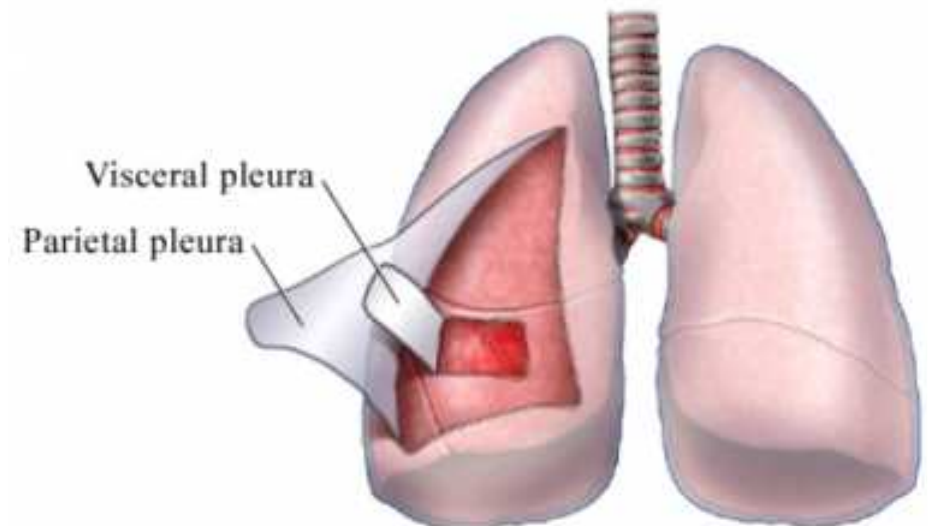
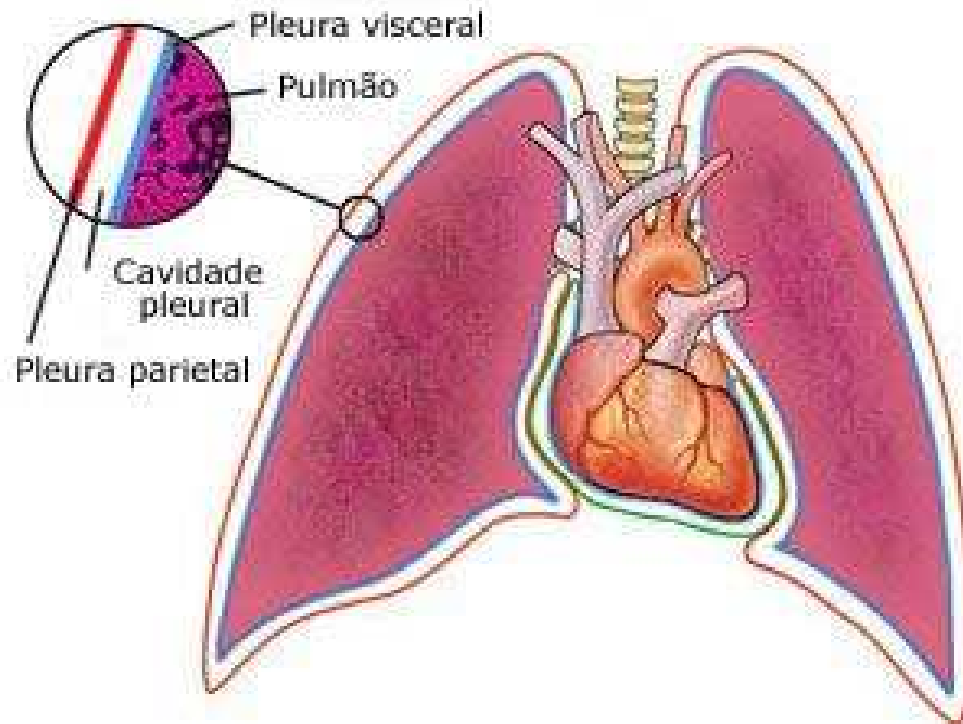
ACALÁSIA

- É uma doença rara do EEI → 1:100.000 da população geral;
- Apresenta-se como uma falha no relaxamento do EEI concomitante à alteração na motilidade estomacal e tem como sintomatologia estase alimentar em terço distal do esôfago, disfagia e pode evoluir para pneumonias aspirativas de repetição devido a refluxos gastroesofágicos.

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE PEQUENAS CÉLULAS

- Ocorre por mutações gênicas ou por ativação dos proto-oncogenes devido a exposição à agentes nocivos como tabaco e inseticidas dentre outros;
- Acomete principalmente brônquio principal na região hilar; pode comprometer linfáticos e vasos pulmonares facilitando sua disseminação;
- Seu prognóstico é ruim pois recidiva facilmente.

PLEURAS



DERRAME PLEURAL

- Acontece devido a um desequilíbrio entre a secreção e a drenagem de líquido entre as pleuras parietal e visceral. Pode ocorrer devido a:
 - Alteração nas forças de Starling;
 - Drenagem linfática diminuída ou interrompida.

DERRAME PLEURAL

- O derrame pleural pode ser:
 - Exudativo: quando há ruptura ou perda da integridade da pleura ou dos linfáticos;
 - Diagnosticado por exames laboratoriais de análise das relações entre o líquido pleural e o sangue:
 - Relação PTN do líquido pleural/ PTN sérica maior que 0,5;
 - Relação desidrogenase (DHL) láctica do líquido pleural/ DHL sérico $> 0,6$;
 - Relação DHL do líquido pleural 1,67 vezes a do soro normal.
 - Transudativo: quando há desequilíbrio dos líquidos no espaço pleural.

DERRAME PLEURAL

- Podem ainda ser classificados como:
 - Benignos: quando o conteúdo do líquido pleural é transudato*.
 - **Exemplos:** ICC, cirrose, síndrome nefrótica, condições hipoalbuminêmicas, retenção/sobrecarga de fluídos, embolia pulmonar, colapso lobar.

*acontece na maioria das casos

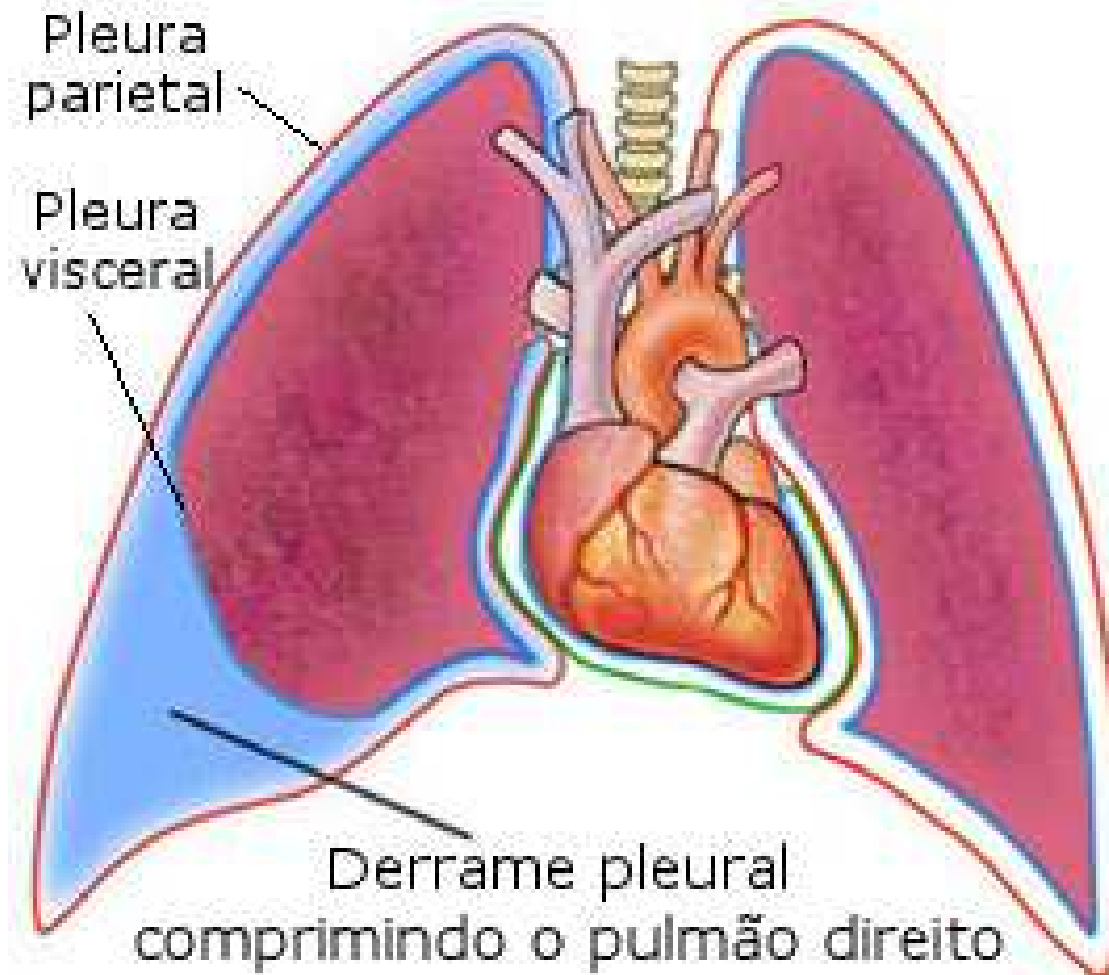
DERRAME PLEURAL

- Malignos: quando o conteúdo do líquido pleural é exudato*.
 - **Exemplos:** neoplasias malignas, infecções, derrame relacionado com doença vascular e doença do colágeno, derrame relacionados a doenças abdominais/gastrointestinais.

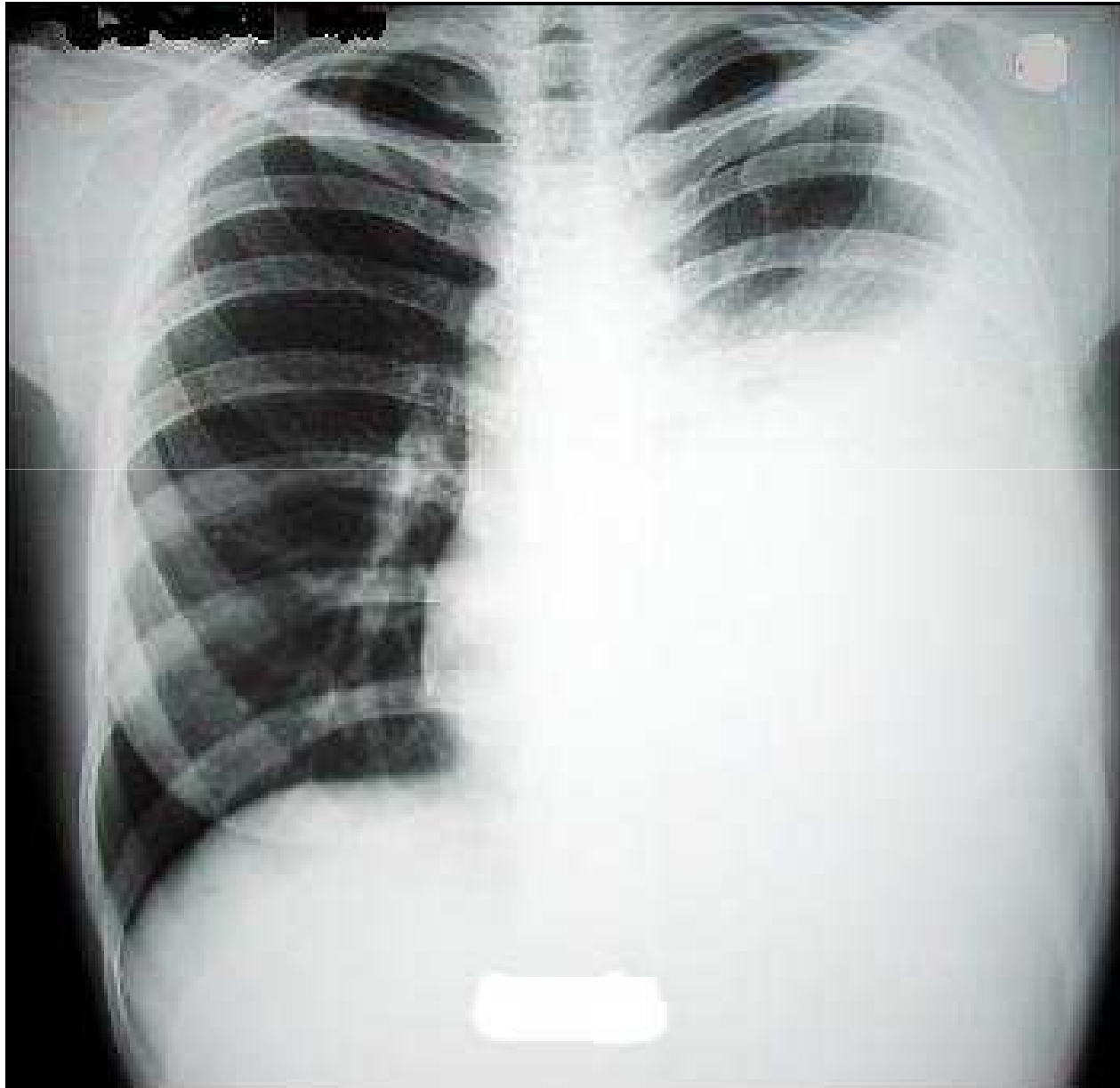
*acontece na maioria dos casos

DERRAME PLEURAL

- 300 mL de líquido = velamento do seio costofrênico;
- 500 mL = o derrame é percebido ao exame físico.



DERRAME PLEURAL



TORACOCENTESE

- É um procedimento cirúrgico no qual punciona-se o espaço pleural objetivando a drenagem do líquido proveniente do derrame pleural, devolvendo em parte ou totalmente a expansibilidade pulmonar.

TORACOCENTESE - materiais

Anti-sepsia e anestesia

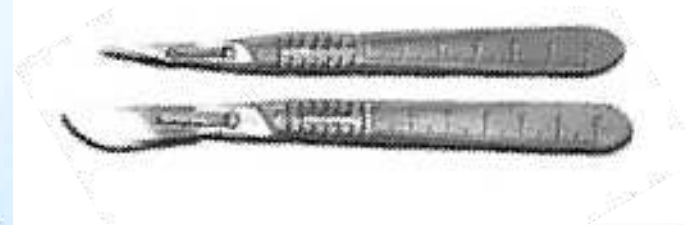


TORACOCENTESE - materiais

Punção, incisão e coleta



Aguilha de Cone - Biópsia Pleural



TORACOCENTESE - materiais

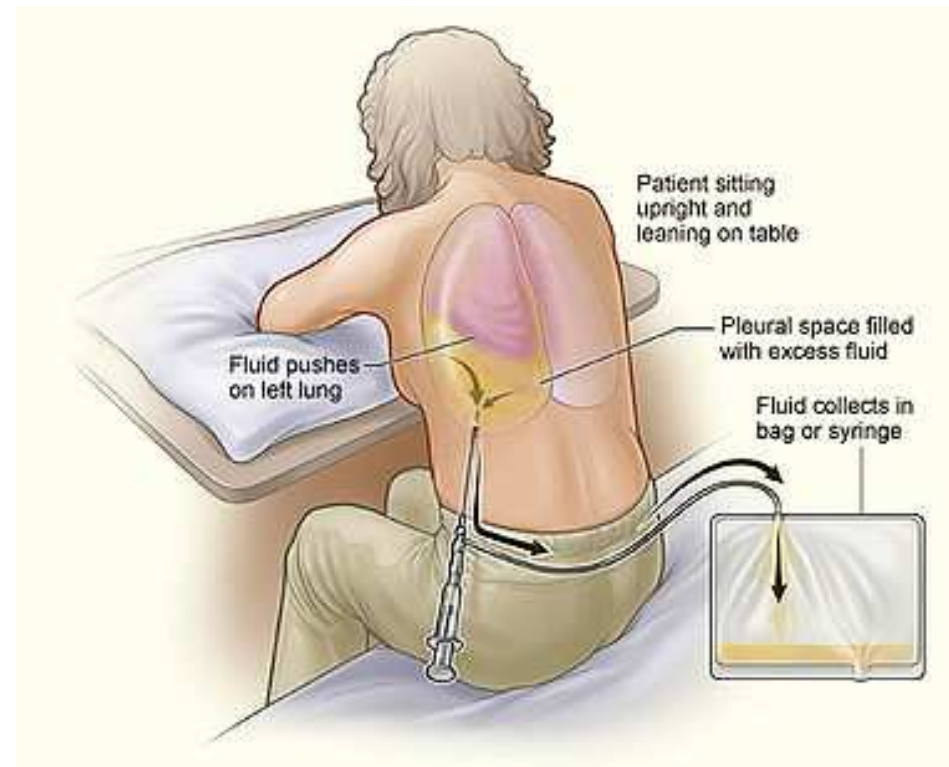
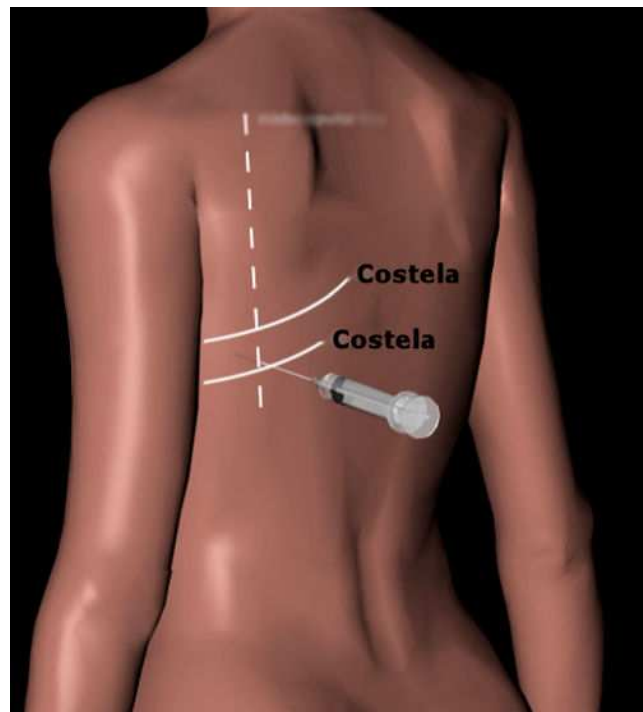
Sutura e curativo



TORACOCENTESE - procedimentos

- Coloca-se o paciente sentado na mesa cirúrgica, com os pés apoiados num banco ou escada, de forma a ficar confortável;
- O cirurgião se posiciona atrás do paciente, faz a assepsia no local a ser puncionado, utilizando gaze embebida em clorexidina degermante e pinça adequada;
- Anestesia-se local com lidocaína utilizando a seringa;
- Introduz-se uma agulha de Cope no 7º espaço intercostal, atravessando a parede torácica até atingir o espaço pleural, nesse momento há extravasamento do líquido pela agulha. Quando necessário faz-se uma incisão utilizado o bisturi;
- Fixa-se à agulha um equipo macrogotas de soro e coloca-se sua extremidade livre em um frasco para coleta do líquido, que está no chão;
- Quando parar de sair o líquido, retira-se a agulha e sutura-se a pele (quando necessário);
- Limpa-se o local utilizando compressa embebida em clorexidina e coloca-se um curativo, com gaze e micropore.

TORACOCENTESE



TORACOTOMIA

- É o procedimento no qual faz-se, cirurgicamente, uma abertura na cavidade torácica.

PLEURODESE

- É o procedimento no qual introduz-se uma substância no espaço pleural objetivando-se a aderência entre as pleuras parietal e visceral;
- Essa substância consiste em solução salina com talco estéril, misturados na proporção de 2 a 5 g de talco para cada 100 a 200 mL de solução. Essa mistura promove mudança no pH intratorácico que leva a alterações químicas nas superfícies pleurais promovendo aderência entre elas.

TORACOTOMIA COM PLEURODESE

Materiais:

- Os mesmos da toracocentese acrescentando o trocater, dreno torácico e talco estéril.



TORACOTOMIA COM PLEURODESE

• Procedimentos:

- Coloca-se o paciente deitado em decúbito dorsal na mesa cirúrgica com o braço, do lado a ser operado, acima da cabeça;
- O cirurgião se posiciona lateralmente ao paciente, próximo a parede torácica a ser puncionada, faz a anti-sepsia no local, utilizando gaze embebida em clorexidina degermante e pinça adequada;
- Anestesia-se local com lidocaína utilizando a seringa;
- Faz-se incisão no tórax utilizando o bisturi, na linha médio-axilar;
- Introduz-se o trocater pela incisão, atravessando a parede torácica até atingir o espaço pleural;
- Retira-se o trocater e insere-se o dreno de tórax, por onde é retirado o líquido extravasado;
- Injeta-se solução salina com o talco;
- Mobiliza-se o paciente de modo que a solução atinja toda a parede torácica;
- Drena-se a solução injetada, pelo tubo torácico;
- Fixa-se o dreno ao tórax utilizando fio de sutura e porta agulhas;
- Limpa-se o local com clorexidina e compressas;
- Faz-se o curativo com gaze e micropore.

IMPORTANTE!!!!

- O cirurgião e a equipe **sempre** devem realizar os procedimentos de **biossegurança**, como escovação das mãos e utilizar vestimenta adequada, como roupa do centro cirúrgico, capote, máscara, gorro e luvas.

REFERÊNCIAS

- SABISTON, Tratado de cirurgia. Rio de Janeiro: 2010. Editora Elsevier, 18ª edição, v.2
- FERNANDEZ, P. M. Acalásia de esôfago na infância. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº6, 2004
- Professor Orientador Dr. Wanderson Tassi de Paula.

OBRIGADO!