



---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 14/03/2022**

**Auditório Dr Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Prof. Sandro Bichara Mendonça**

**Relator: Gustavo de Araújo Neto (R2)**

**Debatedor: Gabriel Maciel de Salles Sardinha (R1)**

---

---

**ID:** homem, 43 anos, branco, divorciado, auxiliar de construção civil, natural e residente em São João da Barra.

**QP** = “dor nas costas, tosse e febre”

**HDA** = Há cerca de 08 meses iniciou quadro de dor salvia leve (HT E > D) atribuída aos esforços da profissão. Evoluindo com episódios de tosse secas e posteriormente secretivas (ocasionais hemoptóicos); febres noturnas (não aferidas) associadas à sudoreses; dor tipo pontadas no gradil costal anterior esquerdo, que piorava com os acessos de tosse. Negou outros sinais e sintomas. Procurou avaliação médica, sendo internado no HGG para investigação diagnóstica e tratamento; posteriormente transferido para a CM do HEAA.

**HPP** – nega comorbidades; nega emagrecimento; nega alergias medicamentosas. Tomou 02 doses da vcn contra a COVID-19 (AZ); ainda não teria tomado a dose de reforço. Não teve COVID-19.

**HF** – negativo para malignidades ou outras comorbidades.

**HS** – nega etilismo; nega tabagismo ou uso de drogas ilícitas; auxiliar de construção civil; razoáveis condições de habitação em área urbana.

---

**Exame Físico:** bom nível de consciência; aceitando bem dieta oral; eutrófico; normocorado; anictérico; eupneico em AA; referindo acessos de tosse produtivas, no momento: sem hemoptóicos; dor tipo pontadas em gradil costal anterior esquerdo que piora durante os acessos de tosse e melhorava com repouso; afebril ao toque; hemodinamicamente estável; deambulando.

**AR** = FTV ↑ em base HT E; roncos + ECs em Base HT E; FR 16 irpm; Sat O<sub>2</sub> 94% AA; doloroso a palpação em gradil costal anterior esquerdo

**ACV** = RCR 2T BNF SS // Δ PAS/PAD = 120/110 x 80/70 mmHg Δ FC = 78/82 bpm

**ABD** = plano; peristalse presente; traube livre; sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal; boa diurese e função intestinal; sem lesão por pressão.

**MMII** = sem edemas; panturrilhas livres; pulsos pediosos bilateralmente presentes

Variáveis	04/12	17/12	08/01
Hb / Ht	11,8 / 33,9%	11,2 / 31,6%	10,1 / 30,3%
VCM / HCM	78,0 / 27,3	77,4 / 28,2	76,2 / 27,8
Leucócitos	19870	14620	11460
Bastões	8%	6%	3%
Segmentados	78%	64%	66%
Lfcts	21%	16%	09%
Plqts	221000	329000	448000

<b>variáveis</b>	<b>04/12</b>	<b>17/12</b>	<b>08/01</b>
<b>Ur</b>	48	42	34
<b>Creat</b>	1,3	1,1	0,9
<b>Glicose</b>	99	87	82
<b>TGO</b> /	19 / 32	24 / 39	27 / 41
<b>TGP</b>			
<b>FA /GGT</b>	<b>259</b> / 98	<b>268</b> / 92	<b>262</b> / 89
<b>Albumina</b>	3,3	3,1	<b>2,4</b>
<b>PCR</b>	<b>72</b>	<b>79</b>	<b>87</b>
<b>LDH</b>	<b>268</b>	<b>259</b>	<b>291</b>

## TC DE TÓRAX SEM CONTRASTE VENOSO

**Consolidações parenquimatosas em ambos hemitóraxes; a maior irregular com cavitação central e formação de nível hidroaéreo localizada no segmento lingular inferior. Há também imagens nodulares esparsas em ambos hemitóraxes de tamanhos variados; algumas de contornos irregulares; a maior no LM medindo 2,9/1,8 cm; ausência de derrame pleural; aorta torácica de calibre normal; coração de volume normal.**

**# Discutir HDs e Condutas #**

## # Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada?

### - Diagnóstico

Em que pese a seu alto custo e alta exposição à radiação, a utilização de TC de Tórax para investigação diagnóstica de pacientes com história clínica e exame físico fortemente sugestivos de PACs, **proporcionou 16% de diagnósticos ou achados alternativos**, como tromboembolismo pulmonar e neoplasias. E em 8% deles, houve diagnóstico de tuberculose pulmonar.

J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-425

# # Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada?

## - Diagnóstico

A ultrassonografia à beira do leito realizada por clínicos no serviço de emergência médica apresenta uma **sensibilidade<sup>1</sup> de 95% contra 60% da radiografia de tórax e um valor preditivo negativo de 67% contra 25% da radiografia para PAC. A especificidade<sup>2</sup> é semelhante para os dois métodos diagnósticos.**

1 – sensibilidade = capacidade de um exame / teste ter laudo alterado numa pessoa doente

2 – especificidade = capacidade de um exame / teste ter laudo negativo numa pessoa não doente

J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-425



---

**# Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada?**

**# Tuberculose?**

**# HDA = dor torácica / tosse seca + produtiva / hemoptóicos / febre e sudorese**

**# Tc Tórax = imagens nodulares esparsas em ambos hemitóraces**

Realizado exame de escarro investigando bactérias gram positivas / negativas, anaeróbias, fungos e micobactérias =

**- 03 amostras de BAAR / HEAA = (14/12;15/12;16/12 = negativos)**

**# Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada.**

**HD = considerada!**

---

# # Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada?

## # Tratamento



Tratamento de pacientes internados em enfermaria	
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou ampicilina/sulbactam + um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina) ou	7-10
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou amoxicilina + ácido clavulânico ou	7-10
Levofloxacino ou moxifloxacino ou gemifloxacino em monoterapia	5-7
Tratamento de pacientes internados em UTI	
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou ampicilina/sulbactam + um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina) ou	7-14
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) + quinolona respiratória	
Terapia alvo-específica	
Pneumococo resistente à penicilina	
Não grave: B-lactâmico em alta dose (amoxicilina 3 g/dia ou amoxicilina + ácido clavulânico 4 g/dia; alternativas: ceftriaxona, cefotaxima, cefepima ou ceftarolina) + macrolídeo ou fluoroquinolona respiratória	5-7
Grave: ceftriaxona, cefotaxima, cefepima ou ceftarolina	7-10
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina: adquirida na comunidade	
Clindamicina ou linezolida ou vancomicina	7-21
<i>S. aureus</i> resistente a meticilina	
Linezolida ou vancomicina	7-21
Enterobactérias produtoras de betalactamase de espectro estendido	
Ertapenem	7-14
<i>Pseudomonas</i> spp.	
Fluoroquinolonas antipseudomonas, piperacilina/tazobactam, meropenem, polimixina B (monoterapia ou terapia combinada)	10-14
Pacientes com suspeita de pneumonia aspirativa	
Pneumonia aspirativa: quinolonas ou cefalosporina de 3ª geração	7-10
Aspiração de conteúdo gástrico, pneumonia necrosante, abscesso pulmonar ou doença periodontal grave:	
B-lactâmico + inibidor de betalactamase, piperacilina-tazobactam, clindamicina ou moxifloxacina	7-21

---

**# Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada?**

**# Tratamento**

**História clínica + Exame Físico + Exame de Imagem + Exame de escarro **negativo** para BAAR (03 amostras):**

**E1 = Ceftriaxona 1 G IV 12/12 h + Claritromicina 500 mg IV 12/12 h [D1/D10]**

**E2 = Pipe/Tazo 4,5 G IV 6/6 h + Meropenem 1G IV 8/8 h [D1/D10]**



---

**# Descartado TB Pulmonar**

**# Pneumonia Comunitária cavitada e abscedada**

Após segundo esquema de antibióticos, o paciente apresentou resposta clínica parcial por exame físico, de sangue e imagem (TC de Tórax contrastada comparada com a anterior) < 30%.

Iniciou perda ponderal; mantendo tosse produtiva (sem hemoptóicos); febre (38,3C); mantendo dor tipo pontadas em gradil costal anterior esquerdo; anemia normo/normo; leucocitose; trombocitose; LDH e PCR alterados.

**# Nova HD = Câncer de Pulmão?**



---

**# Câncer de Pulmão?**

**# Parecer da Cirurgia Torácica =**

**# Realizado BX incisional em região costal anterior esquerda**

---

---

## # Neoplasia Pulmonar

Para o Brasil, estimam-se, para cada ano do triênio 2020-2022, 17.760 casos novos de câncer de pulmão em homens e 12.440 em mulheres.

Cerca de 25% dos carcinomas pulmonares são assintomáticos, sendo detectados incidentalmente com exames de imagem do tórax.

---

---

## **PARECER DA CIRURGIA TORÁCICA :**

- Realizado BX incisional em região costal anterior esquerda**

Idade: 43a 10m 20d  
Convênio: SUS - AMBULATORIO

Data Liberação: 14/01/2022  
Data Emissão : 17/01/2022

Médico Solicitante : JOSE CLAUDIO DA SILVA MANHAES

### **EXAME ANATOMOPATOLÓGICO**

Número exame: AP21-202757 / 1161444289

#### **1 Exame macroscópico:**

Material recebido para exame em formalina consta de fragmento irregular de pulmão, medindo 4,0 x 3,2 x 2,0 cm, apresentando superfície recoberta por pleura lisa e acinzentada. Aos cortes, o parênquima é esponjoso e acinzentado, tendo de permeio tecido firme e esbranquiçado. Parte do material foi submetido ao processo histológico:

1A a 1D: (4 bloco(s) / 6 fragmento(s)).

#### **Exame microscópico:**

Cortes histológicos de parênquima pulmonar com perda da arquitetura habitual, extensas áreas necróticas circundadas por macrófagos e linfócitos difusamente distribuídos, por vezes esboçando tubérculos granulomatosos não caseosos. Alvéolos preenchidos por grupos de histiócitos mal delimitados, com citoplasma eosinofílico e núcleo basofílico arredondado, com cromatina frouxa e nucléolo evidente. Presença de células isoladas aumentadas de tamanho, mono e binucleadas, com nucléolo eosinofílico evidente (Reed-Sternberg-símiles), em meio ao infiltrado linfo-histiocitário, e, de focos com pequenos agregados linfóides. Parênquima pulmonar adjacente com exsudato seroso alveolar. Bronquíolos com macrófagos no lúmen. Brônquio com infiltrado linfocitário parietal. Hifas e/ou esporos fúngicos, pesquisados através de coloração especial (Grocott), não visualizados. Bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), pesquisados através de coloração especial (Faraco), não visualizados.

**Topografia: biópsia pulmonar esquerda**

#### **DIAGNÓSTICO:**

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM EXTENSAS ÁREAS NECRÓTICAS CIRCUNDADAS POR DIFUSO INFILTRADO LINFO-HISTIOCITÁRIO (VER NOTA 1).
- PARÊNQUIMA PULMONAR ADJACENTE COM ALTERAÇÕES SIMILARES A PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA.

**Nota 01:** sugere-se realização de estudo imunoistoquímico complementar, para pesquisa de bacilos e micobactéria e melhor avaliação das células Reed-Sternberg-símiles, a fim de afastar neoplasia linfoproliferativa.

**Nota 02:** foi utilizado a coloração especial de Faraco.

**Nota 03:** foi utilizado a coloração especial de Grocott.

Laudo finalizado por: Dr. Cláudio Santos Meneses CRM 103797  
Laudo liberado por: Dr. Cláudio Santos Meneses CRM 103797

Método.: HISTOLOGIA

\* Atenção para nova metodologia a partir de 28/07/2021.

Coletado em (16/12/2021 12:42)

Assinado eletronicamente em (14/01/2022 06:31)  
por Dr. Cláudio Santos Meneses - CRM-SP: 103.797

Exame realizado no DB Diagnósticos do Brasil



Idade: 43a 11m 5d  
Convênio:SUS - AMBULATORIO

Data Liberação:31/01/2022  
Data Emissão:02/02/2022

Médico Solicitante:MARIA AUXILIADORA P. PEÇANHA

1-A Bloco de Parafina	EBV	CS.1-4	Positivo nas células de interesse	
-----------------------	-----	--------	-----------------------------------	--

### CONCLUSÃO:

- O CONJUNTO DOS ACHADOS IMUNO-MORFOLÓGICOS SÃO COMPATÍVEIS COM LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO DO TIPO esclerose nodular em parênquima pulmonar (WHO, 2016)



### Nota:

- Recomenda-se correlação com dados clínicos e laboratoriais. Parecer estabelecido sem dados detalhados. Somente a integração com esses dados valida hipótese diagnóstica e opções terapêuticas.
- Recomendamos estudo de Hibridização in situ para o EBV.
- Recomendamos estudo molecular para a expressão do PD-L1 para fins prognósticos e terapêuticos.

Obs: Laudo em conformidade com as diretrizes do Colégio Americano de Patologia.

### Referências:

- Swerdlow, S. H., Campo, E., Pileri, S. A., Harris, N. L., Stein, H., Siebert, R., Advani, R., Ghielmini, M., Salles, G. A., Zelenetz, A. D., & Jaffe, E. S. (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood, 127(20), 2375-2390. Accessed August 11, 2018.
- Gatalica, Z., Bilalovic, N., Vranic, S., Arguello, D., Reddy, S., & Ghosh, N. (2015). PD-L1 and PD1 Expression in Lymphomas. Blood, 126(23), 3899.
- Greaves, P., Clear, A. J., Owen, A., Wilson, A., Matthews, J., Calaminici, M., & Gribben, J. G. (2011). The PD1/PD-L1 Axis in the Classical Hodgkin Lymphoma Microenvironment: PD-1 Is Rarely Expressed but Identifies Patients with High-Risk Disease. Blood, 118(21), 1560.

Laudo finalizado por: Dr. Éber Emanuel Mayoral CRM 156.047

Laudo liberado por: Dr. Éber Emanuel Mayoral CRM 156.047

---

Paciente registrado no UNACON / HEAA.

Alta hospitalar em condições clínicas estáveis;  
encaminhado ao Serviço de Hemato-Oncologia  
Clínica / HEAA para tratamento especializado.

# DOENÇA DE HODGKIN

- Doença de Hodgkin é um tipo de câncer que se origina no sistema linfático.
- A doença pode ocorrer em qualquer faixa etária;
- Mais comum entre adolescentes e adultos jovens (15 a 29 anos), adultos (30 a 39 anos) e idosos (75 anos ou mais).



## DOENÇA DE HODGKIN

- linfócito, se transforma em uma célula maligna, capaz de multiplicar-se descontroladamente e disseminar-se.
- A doença origina-se com maior frequência na região do pescoço e mediastino
- Com o passar do tempo, essas células podem se disseminar para tecidos próximos.



## SINAIS E SINTOMAS

- Caso se desenvolva em linfonodos superficiais do pescoço, axilas e virilha, formam-se ínguas indolores nesses locais.
- Região do tórax : tosse, dispneia e dor torácica.



## SINAIS E SINTOMAS

-Pelve ou no abdômen: desconforto e distensão abdominal.

-Sinais de alerta são : Febre, suor noturno, perda de peso e prurido no corpo.

## DIAGNÓSTICO

Biópsia da região afetada. A biópsia consiste na retirada de uma pequena parte ou de todo o linfonodo, que posteriormente é enviado para exame patológico.



## CLASSIFICAÇÃO DO LINFOMA DE HODGKIN

Classificado em dois subgrupos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS): linfoma de Hodgkin clássico e o linfoma de Hodgkin com predomínio linfocitário nodular.

-O linfoma de Hodgkin clássico é subdividido em quatro subtipos:

-Esclerose nodular

-Celularidade mista

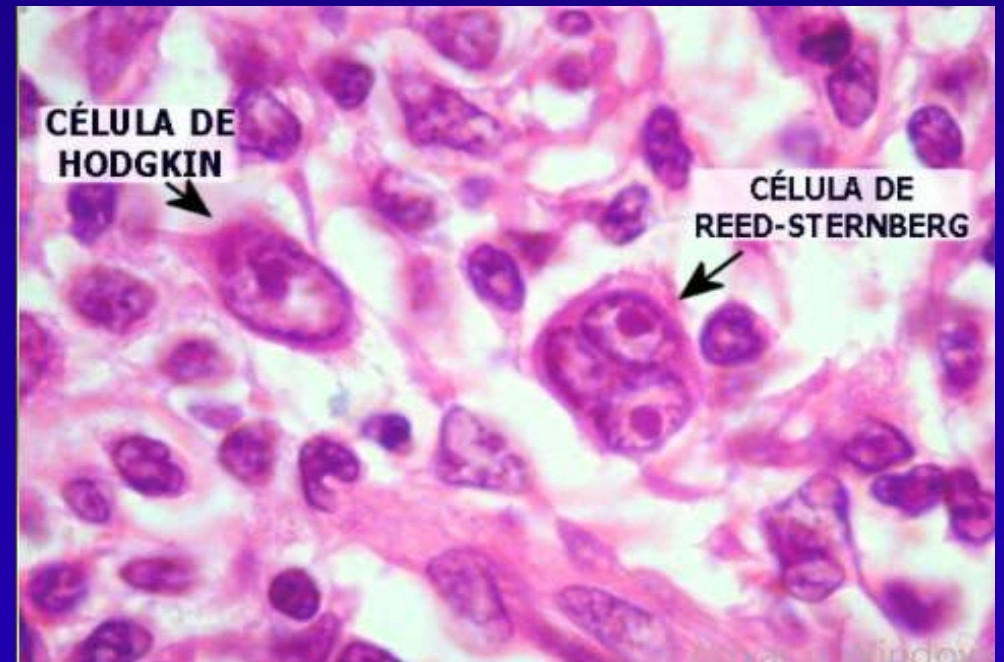
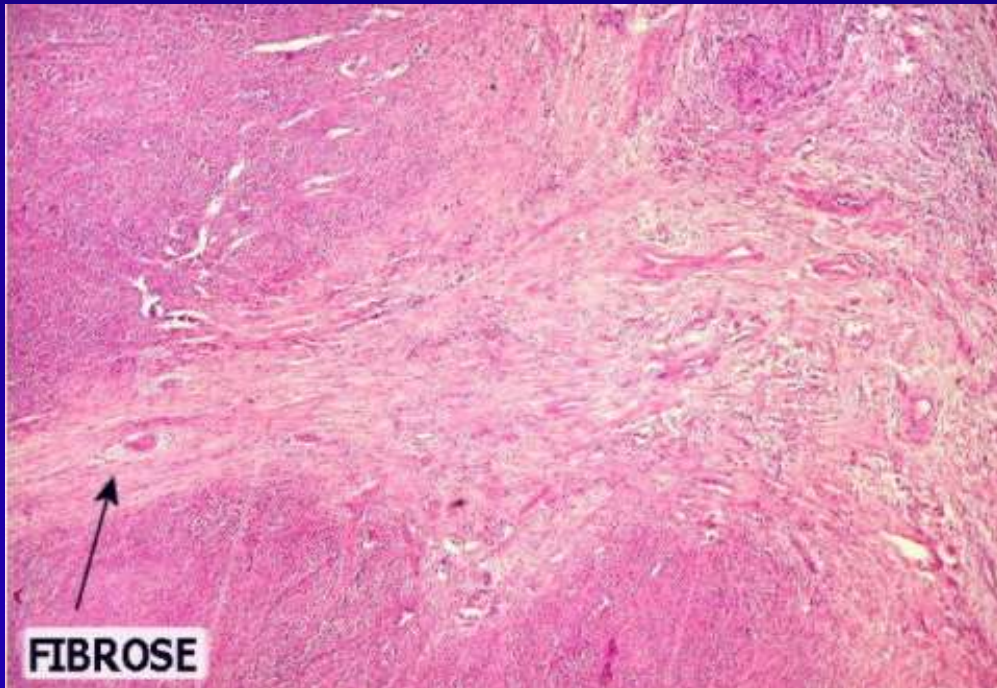
-Depleção linfocitária

-Rico em linfócitos



## DIAGNÓSTICO

- O paciente do caso clínico apresenta o linfoma de Hodgkin clássico do Subtipo esclerose nodular que é o mais comum (60% a 80% dos casos.)
- Os gânglios ou nódulos linfáticos afetados pelo subtipo esclerose nodular têm áreas com células normais, com células de Reed-Stenberg e áreas com fibrose.



## TRATAMENTO

-O tratamento clássico é a poliquimioterapia, quimioterapia com múltiplas drogas, com ou sem radioterapia associada.

-O esquema utilizado de rotina no INCA é denominado ABVD.

Obs: A de “Adriamicina”, B de “Bleomicina”, V de “Vimblastina” e D de “Dacarbazina”.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/linfoma-de-hodgkin>.
- <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/tipos-de-cancer/linfoma-de-hodgkin>