

.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica - 03/04/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. João Tadeu Damian Souto Filho

Relatora: R2 Victória de Almeida Carrara

Debatedor: R1 Victor Cunha Ribeiro

Identificação: 41 anos, sexo feminino, branca, casada, residente em Campos dos Goytacazes-RJ

Queixa principal: Aumento dos gânglios no pescoço

HDA: Refere ter sido encaminhada por hematologista do Rio de Janeiro para prosseguir investigação. Relata quadro de dor em articulação em joelho esquerdo, com limitação de movimentos, sem sinais flogísticos, iniciada em 10/2022. Avaliada por ortopedista que indicou exame de ressonância magnética de joelho esquerdo (descrito abaixo) e após o resultado encaminhou ao hematologista. Fez repouso e uso de analgésicos com melhora parcial. Após dois meses, apresentou febre entre os dias 15 e 21/12/2022, com temperatura entre 38-39°C, astenia e mialgia. Esse quadro foi acompanhado de aparecimento de linfonodos cervicais bilaterais e dolorosos à palpação. Também relatava aumento de amígdalas e odinofagia. Fez uso de analgésicos e antitérmicos, não fez uso de antibióticos, evoluiu com melhora da febre. Procurou consulta com hematologista no Rio de Janeiro que iniciou investigação com exames laboratoriais, solicitou PET CT Scan (descrito abaixo) e encaminhou para acompanhamento em Campos dos Goytacazes. Compareceu ao consultório em 03/02/2023, sem relato de novos episódios de febre, odinofagia, astenia ou outros sintomas, persistindo somente as dores em joelho esquerdo aos esforços.

Sintomas referentes a outros aparelhos: Alimenta-se bem. Nega emagrecimento, sintomas respiratórios, gastrointestinais ou urinários. Nega sangramentos. Fluxo menstrual regular.

HPP: HAS em uso de losartana, hidroclorotiazida e atenolol. Alergia a dipirona, diclofenaco, AAS e outros AINEs.

História familiar: Sem doenças dignas de nota. Sem familiares com sintomas semelhantes.

História social: Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas.

Exame Físico (03/02/2023): Bom estado geral, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica, afebril, IMC: 50 kg/m²

-ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros, PA 140x90 mmHg, FC 76 bpm.

-AR: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios. FR: 16 irpm. SpO₂: 98%.

-ABD: Flácido e indolor a palpação, peristalse audível, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis, panículo adiposo aumentado dificultando a palpação. -

Membros inferiores: sem edema, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.

-Múltiplos pequenos linfonodos em região cervical bilateral com cerca de 1 a 2 cm, levemente dolorosos, móveis e de consistência elástica. Também palpáveis linfonodos inguinais bilaterais indolores de cerca de 2 cm.

-Amígdalas de tamanho pouco aumentado.

-Exame neurológico sem alterações dignas de nota.

Exames laboratoriais (18/12/2022, período de febre)

Hemácias: 5,22 milhões/mm³

Hemoglobina: 13,6 g/dL

Hematócrito: 42,5 %

VCM: 81,4 fL

2346 (46%)

HCM: 26,0 pg
(36%)

CHCM: 31,2 g/dL
(12%)

Plaquetas: 239.000 /mm³

PCR 26 mg/L

LDH: 231 U/L

Leucócitos: 5.100 /mm³

Eosinófilos: 306 (06%)

Bastões: 0 (00%)

Segmentados:

Linfócitos: 1836

Monócitos: 612

Exames laboratoriais (12/01/2023)

Hemácias: 4,9 milhões/mm³

Hemoglobina: 13 g/dL

Hematócrito: 40,4 %

VCM: 82,1 fL

HCM: 26,5 pg

CHCM: 32,2 g/dL

Plaquetas: 269.000 /mm³

PCR 1,37 mg/L

Bilirrubina Total: 0,7 mg/dL

FA: 63 mg/dL

Bilirrubina Direta: 0,4 mg/dL

Creatinina: 0,64 mg/dL

Bilirrubina Indireta: 0,3 mg/dL

22 mg/dL

LDH: 217 U/L

Ácido úrico: 5,3 mg/dL

Ferro: 20 mcg/dL

TSH: 3,12 mU/L

Ferritina: 46,6 ng/mL

0,9 ng/dL

FAN negativo

Glucose: 102 mg/dL

Leucócitos: 7.700 /mm³

Eosinófilos: 253 (03%)

Bastões: 0 (00%)

Segmentados: 4211 (55%)

Linfócitos: 2479 (33%)

Monócitos: 757 (09%)

VHS: 36 mm

GGT: 81 mg/dL

TGO: 42 mg/dL

TGP: 53 mg/dL

Uréia:

Proteínas: 7,4 g/dL

Albumina: 3,8 g/dL

Globulinas: 3,6 g/dL

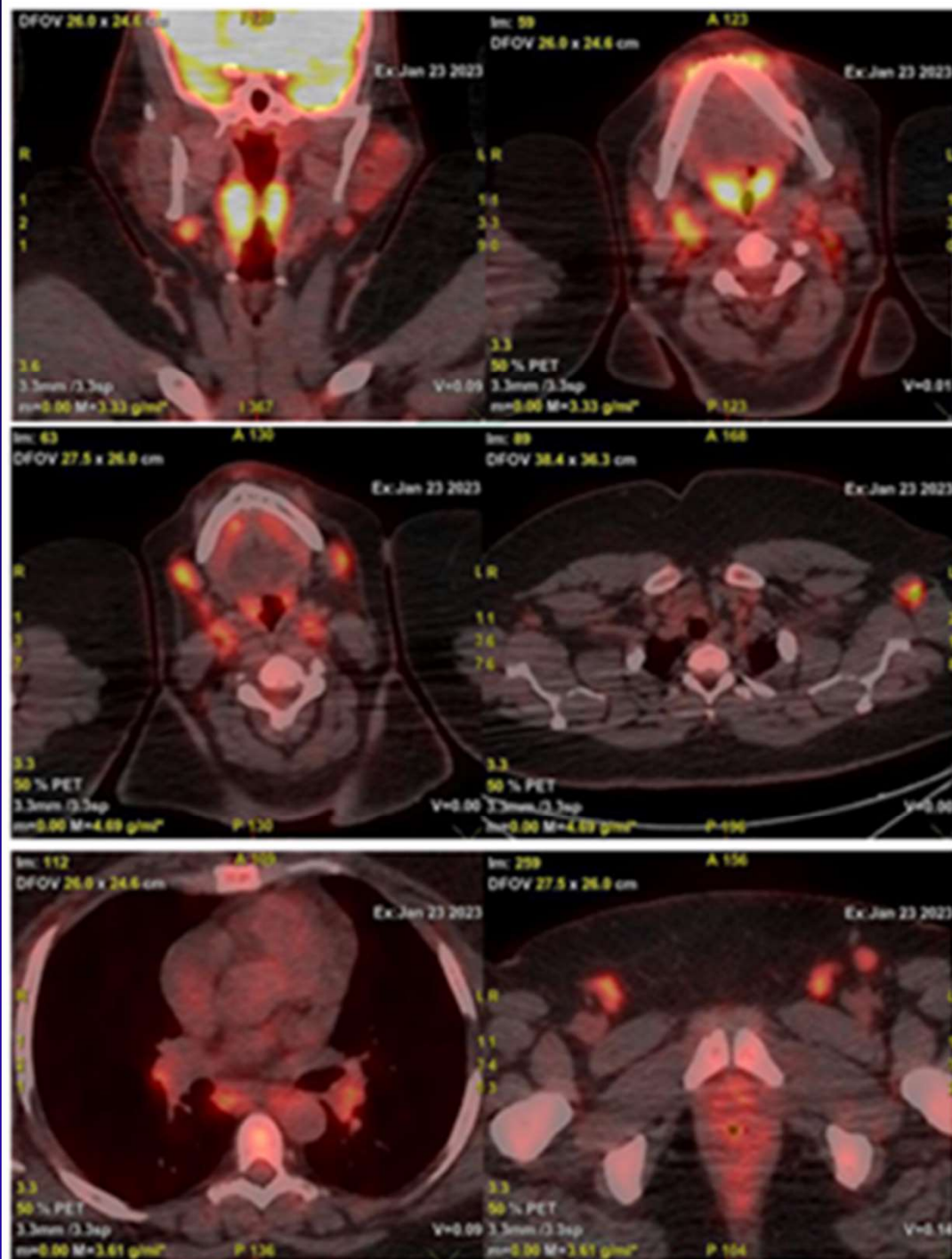
T4 livre:

FR: negativo

RM joelho esquerdo (01/11/2022): Condropatia caracterizada por aumento do sinal da superfície condral de revestimento, notadamente na articulação femoropatelar, onde se destaca irregularidade e afilamento, sobretudo na patela, onde se observam alguns focos de erosões / fissura profunda, sem aparente acometimento da medular. Também proeminentes são os sinais de condropatia na face posterior de ambos os côndilos e no compartimento femorotibial medial, onde há afilamento e irregularidade condral a custo de aparente erosões no compartimento médio / profundo no terço médio / anterior das suas faces articulares. Alteração de sinal, de caráter degenerativo no corpo e transição com os cornos do menisco medial. Tendinopatia na origem do gastrocnêmio medial e no tendão patelar. Proeminência de medula vermelha, não habitual para presente faixa etária.

PET CT Scan (23/01/2023): Aumento volumétrico das tonsilas palatinas, notadamente à direita, determinando leve redução da coluna aérea da orofaringe (SUVmáx de 11,7); Linfonodos e linfonodomegalias nas cadeias intraparotídeas bilateralmente (SUVmáx de 5,6), níveis cervicais I-B, II-A/II-B, III e IV bilateralmente (SUVmáx de 10,0), supra e infraclaviculares bilateralmente (SUVmáx de 6,7), axilares bilateralmente (SUVmáx de 11,9), paratraqueais superiores e inferiores (SUVmáx de 5,8), infracarinal (SUVmáx de 7,7), hilar pulmonar bilateralmente (SUVmáx de 6,1), hilar hepática (SUVmáx de 6,1), intercavoportal (SUVmáx de 5,9), ilíacas externas bilateralmente (SUVmáx de 5,3) e inguinais bilateralmente (SUVmáx de 8,6), o maior deles na cadeia inguinal direita, medindo cerca de 32 x 19 mm. Discreto aumento difuso do metabolismo glicolítico na medula óssea, com SUVmáx de 6,0. Impressão: Hipermetabolismo glicolítico nas tonsilas palatinas e em linfonodos/linfonodomegalias supra e infradiafragmáticos.

Imagers PET CT Scan:



Discutir hipóteses diagnósticas e conduta

Discussão de Hipóteses

Pontos a destacar:

- 41 anos
- IMC:50 kg/m²
- Artralgia em joelho esquerdo sem sinais flogísticos, limitação de movimentos em 10\22
- RNM de joelho com sinais de sobrecarga, desgaste articular e aumento da medula óssea incompatível com faixa etária (motivação do encaminhamento ao hematologista).
- Em 15\12\22 (antes de consulta com Hematologista) apresentou: febre alta, astenia, mialgias, odinofagia, aumento de amígdalas com melhora dos sintomas em 6 dias apenas usando analgésicos. Houve ainda surgimento de linfonodos cervicais bilaterais dolorosos a palpação. Não fez uso de antibióticos no período

Pet-CT em 21\01\23: Hipermetabolismo glicolítico nas tonsilas palatinas e em linfonodos/linfonodomegalias supra e infradiafragmáticos.

Em consulta com segundo Hematologista:

- **Não apresentou mais os sintomas referidos em 15\12\23**
- **Nega emagrecimentos, sangramentos anormais, nega sintomas respiratórios, gastrointestinais e urinários.**
- **Linfonodos cervicais bilaterais dolorosos, móveis e de consistência elástica**
- **Linfonodos inguinais bilaterais indolores de cerca de 2 cm**
- **Amígdalas aumentadas**

✓ **Linfonodomegalia**

- **Consistência(endurecido x fibroelástico)**
- **Mobilidade (fixo x Móvel)**
- **Sensibilidade(indolor x doloroso)**
- **Tempo de aparecimento**
- **Localização (cadeias acometidas)**
- **Simetria(Unilaterais x Bilaterias)**

Malignidade - Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin

- Linfonodomegalia assimétrica, indolor. ✘
- Sintomas B: emagrecimento, febre recorrente no ultimo mês, sudorese noturna ✘
- Trombocitopenia ✘
- LDH aumentado ✘
- Anemia ✘
- Imunosupressão ✘

✓ Síndrome da Mononucleose Infecciosa

- Sintomas com duração média 10-14 dias

- Astenia ★

- Febre alta(39-40°C) ★

- Mialgias ★

- Faringoamigdalite ★

- Melhora dos sintomas normalmente dentro de 14 dias ★

- Linfonomegalia cervical bilateral dolorosa, móvel, acometimento de outras cadeias(comumente submandibular, axilar), podendo chegar a 4cm. ★

- Linfadenopatias podem durar em torno de 3 semanas ★

- Hepatoesplenomegalia ✗

✓ FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia – 5a Edição
Revista e Atualizada

ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. Tratado
de Hematologia

O QUE O DOUTOR
ESTA' PROCURANDO
NESTES EXAMES?

O PACIENTE





“Medicina é uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade”.
Sir William Osler

“Ouça o seu paciente. Ele está lhe dizendo o diagnóstico”.
Sir William Osler

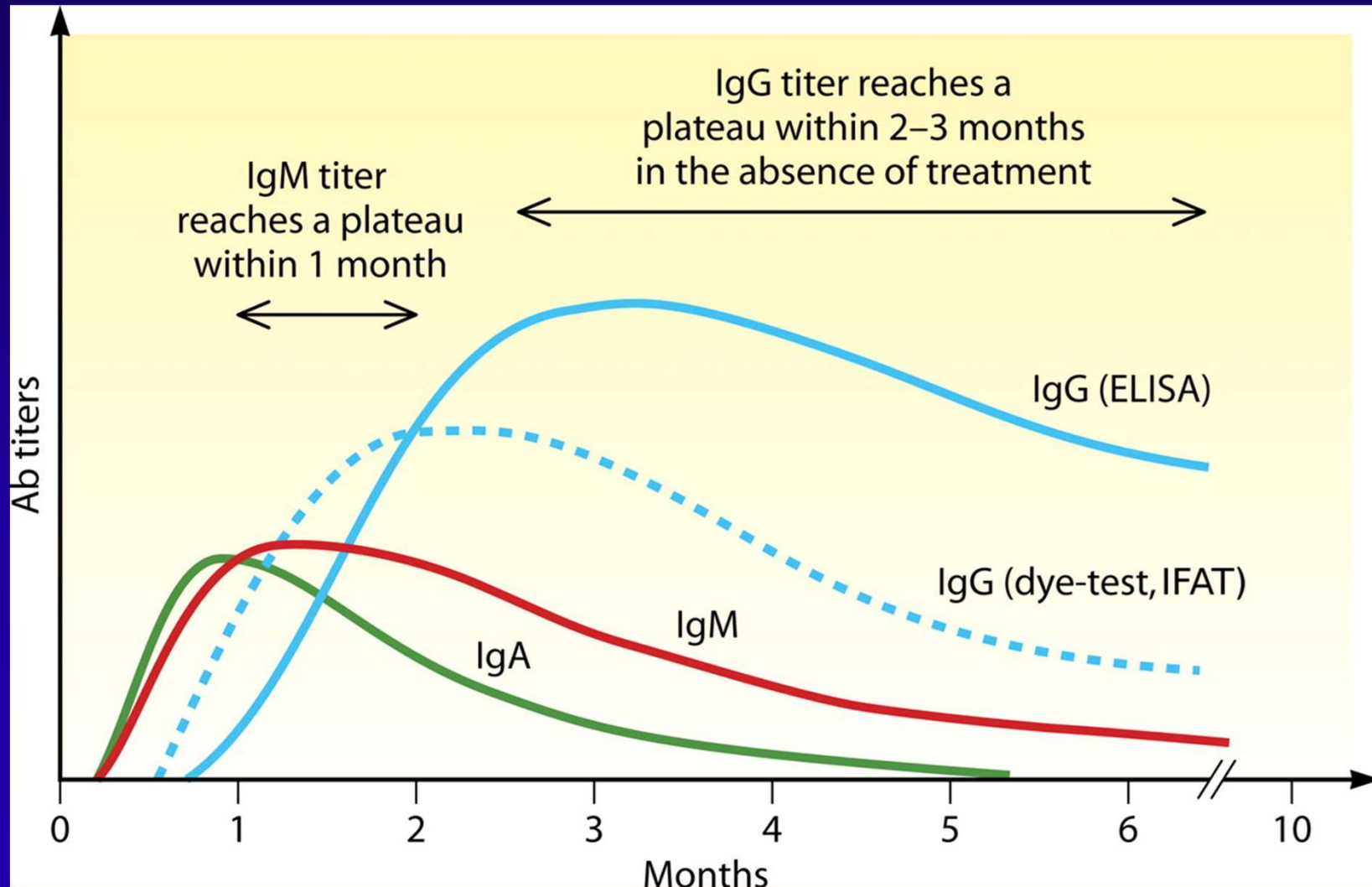
Investigação

- **USG cervical (17/02/2023):** linfonodomegalias cervicais de aspecto habitual, com preservação do hilo central, nos níveis IIA, III e IV bilaterais, intraparotídeos e supraclaviculares, a maior com 1,8 cm, que podem ser de aspecto reacional, não se podendo descartar outras etiologias.

- **Sorologias:**

– CVM		IgG 112,6	IgM 0,37
– EBV		IgG 69,14	IgM 0,05
– Herpes simples	IgG 14,2	IgM 0,63	
– Toxoplasmose	IgG 1222,6	IgM 53,48	

Curva Sorológica Toxoplasmose



Diagnósticos diferenciais de adenomegalias

- **Infecções virais**
 - mononucleose (EBV, CMV)
 - HIV, rubéola, herpes, varicela, sarampo,
- **Infecções bacterianas**
 - Streptococcus, Staphylococcus, Salmonella, Brucella, Listeria, doença da arranhadura do gato, tuberculose, sífilis, clamídia
- **Infecções por parasitas**
 - toxoplasmose, leishmaniose
- **Infecções fúngicas**
 - Paracoccidioidomicose, histoplasmose
- **Câncer metastático**
 - mama, TGI, cabeça e pescoço, pulmão, próstata, testículo, melanoma, sarcoma
- **Doenças imunológicas**
 - Artrite reumatóide
 - Lúpus eritematoso sistêmico
 - Dermatomiosite
 - Hipersensibilidade a drogas
- **Outras condições**
 - Lesões odontológicas
 - Linfadenite dermatopática
 - picada de inseto, tinea, dermatite
 - Amiloidose
 - Sarcoidose

Table 1. MIAMI Mnemonic for Differential Diagnosis of Lymphadenopathy

Malignancies

Kaposi sarcoma, leukemias, lymphomas, metastases, skin neoplasms

Infections

Bacterial: brucellosis, cat-scratch disease (*Bartonella*), chancroid, cutaneous infections (staphylococcal or streptococcal), lymphogranuloma venereum, primary and secondary syphilis, tuberculosis, tularemia, typhoid fever

Granulomatous: berylliosis, coccidioidomycosis, cryptococcosis, histoplasmosis, silicosis

Viral: adenovirus, cytomegalovirus, hepatitis, herpes zoster, human immunodeficiency virus, infectious mononucleosis (Epstein-Barr virus), rubella

Other: fungal, helminthic, Lyme disease, rickettsial, scrub typhus, toxoplasmosis

Autoimmune disorders

Dermatomyositis, rheumatoid arthritis, Sjögren syndrome, Still disease, systemic lupus erythematosus

Miscellaneous/unusual conditions

Angiofollicular lymph node hyperplasia (Castleman disease), histiocytosis, Kawasaki disease, Kikuchi lymphadenitis, Kimura disease, sarcoidosis

Iatrogenic causes

Medications, serum sickness

Information from references 2 and 3.

Grande desafio: conseguir diferenciar doenças benignas/autolimitadas de doenças mais graves

Na **anamnese**, atentar-se para pontos chaves:

Há sinais ou sintomas localizatórios que sugiram infecção ou neoplasia em um sítio específico? Há sintomas constitucionais? Há pistas epidemiológicas? Há uso de medicações? Os sintomas são agudos ou crônicos?

-No **exame físico:**

Linfonodomegalia

- extensão:
 - localizada
 - generalizada

- tamanho:
 - submandibulares de 0,5cm
 - inguinais de até 2,0 cm } podem ser normal

- localização:
 - cabeça e do pescoço > benigna
 - supraclaviculares: 90% neoplasia - Linfonodo de Virchow

Benignos:

- simétricos, elásticos, dolorosos ou não

Metástases ou linfomas agressivos:

- duros, fixos e não-dolorosos

Esplenomegalia ou Hepatomegalia; Cavidade oral

Avaliação clínica da linfadenopatia

✓ Tamanho do linfonodo

- Menor que 1,0 cm
- De 1,0 até 1,5 cm
- Maior que 1,5 cm

Incidência de câncer

0%

8%

38%

Quando suspeitar de linfoma?

✓ Linfonodomegalia com:

- > 2 cm de diâmetro
- Firme
- Indolor
- Não associado a processo infeccioso
- Que persiste por mais de 4 semanas

Referências bibliográficas:

FERRER, R. Lymphadenopathy: Differential Diagnosis and Evaluation. Am Fam Physician 1998; 58(6): 1313-20.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. Saunders Elsevier, 2012.

GADDEY, Heidi L.; RIEGEL, Angela M. Unexplained lymphadenopathy: evaluation and differential diagnosis. American family physician, v. 94, n. 11, p. 896-903, 2016.

Manual do residente de clínica médica/Milton de Arruda Martins [editor]. - Barueri, SP: Manole, 2015.