

**hea**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica – 22/05/2023**

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

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Yonnara Cherene**

**Relatora: (R2) Dr<sup>a</sup> Mariana Pinheiro Gomes**

**Debatedor: (R1) Dr. Victor Cunha Ribeiro**

---

# CASO CLÍNICO

---

**IDENTIFICAÇÃO:** Masculino, 55 anos, branco, casado, policial militar aposentado, natural e residente em Campos dos Goytacazes.

**QUEIXA PRINCIPAL:** Perda de peso e sudorese.

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:** Paciente com queixa de perda ponderal importante (>10kg) associado a febre e sudorese noturna. Quadro teve início há cerca de 01 ano, com períodos de melhora, sem diagnóstico definido. Hoje busca novo atendimento médico por apresentar persistência do quadro, porém agora com surgimento de linfonodos, fadiga, astenia e episódios de febre noturna. Nega sangramentos. Nega alterações de trato gastrointestinal e genito-urinário.

**HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:** Sem comorbidades, sem uso de medicações.

**HISTÓRIA FAMILIAR:** Pai falecido por Acidente Vascular Isquêmico. Mãe falecida por sepse. Sem histórico oncológico. 6 irmãos saudáveis.

**HISTÓRIA SOCIAL:** nega etilismo e tabagismo.

# CASO CLÍNICO

---

## **EXAME FÍSICO:**

Regular estado geral, corado, acianótico, anictérico, hidratado, emagrecido, eupneico em ar ambiente.

Exame neurológico: sem anormalidades

Peso: 66 Kg Altura 1,75m

Orofaringe: sem alterações, dentes em bom estado de conservação

Cadeias linfonodais: Linfonodos pequenos, móveis, 1-2cm, indolores, palpáveis em região cervical e inguinal bilateral.

**ACV:** ritmo cardíaco regular 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros.

**AR:** murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios.

FR 18 ipm. Sat 97%

**ABDOME:** Flácido, depressível, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou massas, peristalse presente.

**MMI:** sem edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos palpáveis.

# CASO CLÍNICO

## EXAMES COMPLEMENTARES

### **Tomografia de Tórax 21/03/22**

Diminuto nódulo cálcico residual, com espessamento pleural adjacente, medindo 2.8mm, no segmento posterior do lobo inferior direito, e outro com as mesmas dimensões, na base do segmento anterior do lobo inferior esquerdo. Pequeno nódulo sólido de aspecto residual, medindo 4,8 mm, na base da língula do pulmão esquerdo. Restante do parênquima pulmonar com coeficientes normais de atenuação. Ausência de derrame pleural. Presença de algumas linfonomegalias mediastinais nas cadeias paratraqueais, as maiores medindo 1,2 e 1,3 cm, e na cadeia subcarinal, medindo 1,4 no menor eixo.

### **Tomografia de Abdome e Pelve Contrastada 14/03/22**

Fígado de volume normal e contorno regular, apresentando múltiplas lesões nodulares hipodensas difusas, sugestivas de implantes secundários. Vias biliares intra e extra hepáticas de calibre normal. Vesícula biliar sem alterações perceptíveis ao método. Baço de volume normal e densidade preservada. Pâncreas de aspecto anatômico. Rins tópicos de dimensões normais, sem evidências de lesões focais, com espessura do parênquima preservada. Presença de linfonomegalias retroperitoneais, localizadas nas cadeias do tronco celíaco, mesentérica superior e periaórtica esquerda, a maior medindo 2,8 x 2,6 cm, indissociável da glândula adrenal esquerda. Linfonodos inguiniais bilaterais. Prostata e vesículas seminais sem alterações, sem líquido livre.

# CASO CLÍNICO

---

## **Endoscopia Digestiva Alta 17/02/22**

Hérnia hiatal por deslizamento – 2cm

Gastrite endoscópica erosiva plana intensa

Bulbite enantematosa leve

Urease negativo

## **Colonoscopia 18/03/22**

Ileocolonoscopia dentro dos padrões da normalidade.

# CASO CLÍNICO

	17/03/22	VALOR DE REFERÊNCIA		17/03/22	VALOR DE REFERÊNCIA
HEMACIAS EM ILHÕES (M/mm <sup>3</sup> )	3860	4.300 – 6.000	Albumina (g/dL)	2.7	3.5 – 5.2
HG (g/dL)	10	13 – 16.9	TAP (%)	75.6	70 - 100
HT (%)	30,9 %	39.7 – 52	INR	1.26	0.8 – 1.0
VCM (fl)	80,1	80 – 100	Amilase (U/L)	55	25 – 115
RDW (%)	17,5%	32 – 36	Lipase (U/L)	21	13 – 60
LEUCÓCITOS (/mm <sup>3</sup> )	19,850	4000 – 10000	Ur (mg/dL)	60	10 – 45
SEGMENTADOS LINFÓCITOS	82% 8%		Cr (mg/dL)	1.1	0.6 – 1.2
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	302000	150000 – 450000	DHL (U/L)	365	120 – 246
Globulina (g/dL)	3.6	2 – 4	Alfa fetoproteína (ng/mL)	0.9	ATÉ 8.1
Bilirrubina Total (mg/dL)	0.2	0.2 – 1.2	Anti HIV	NR	NÃO REAGENTE
TGO (U/L)	24	5 – 40	Anti HTLV		
TGP (U/L)	22	7 – 56	VDRL		
FA (U/L)	149	40 – 150	ANTI HCV		
GGT (U/L)	149	12 – 64	Anti HBS HBSAg		
PCR (mg/L)	181.2	< 3	Anti HBC		
VHS (mm/h)	80	Até 15	TSH (mU/L)	4.5	0.4 – 4.5
Ferro (mcg/dL)	23	65 – 175	PSA Total (ng/mL)	0.45	< 4.0
Ferritina (ng/ml)	717.9	30 - 200	PSA Livre (ng/mL)	0.06	ATÉ 0.7
			Toxoplasmose	IGM – IGG +	NEG
			Citomegalovírus	IGM – IGG +	NEG
			Epstein Baar	IGM – IGG +	NEG
			FAN	NR	NÃO REAGENTE



# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---

## Pontos Importantes:

- Um ano de evolução
  - Linfonomegalia cervical e inguinal bilateral indolores e móveis.
  - Perda Ponderal >10kg
  - Febre
  - Sudorese Noturna
  - Sem comorbidades
-

---

## - Exames Complementares

- Anemia (Hb:10 Ht: 30,9%)

- Leucocitose(19.850) as custas de segmentados

- PCR:181 E VHS:80

- -FERRITINA:717.9

- LDH:365

- EBV IGG+ , TOXO IGG+, CMV IGG+

- SOROLOGIAS HIV, HTLV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HBS, HBSAg E ANTI HBC  
NEGATIVAS

---

## - Exames Complementares

- Tomografia de Tórax 21/03/22: Diminuto nódulo cálcico residual, com espessamento pleural adjacente, medindo 2.8mm, no segmento posterior do lobo inferior direito, e outro com as mesmas dimensões, na base do segmento anterior do lobo inferior esquerdo. Pequeno nódulo sólido de aspecto residual, medindo 4,8 mm, na base da língula do pulmão esquerdo. Presença de algumas linfonodomegalias mediastinais nas cadeias paratraqueais, as maiores medindo 1,2 e 1,3 cm, e na cadeia subcarinal, medindo 1,4 no menor eixo.
- Tomografia de Abdome e Pelve Contrastada 14/03/22: Fígado de volume normal e contorno regular, apresentando múltiplas lesões nodulares hipodensas difusas, sugestivas de implantes secundários.. Presença de linfonodomegalias retroperitoneais, localizadas nas cadeias do tronco celíaco, mesentérica superior e periaórtica esquerda, a maior medindo 2,8 x 2,6 cm, indissociável da glândula adrenal esquerda. Linfonodos inguinais bilaterais.

---

## - Exames Complementares

### - Endoscopia Digestiva Alta 17/02/22:

Hérnia hiatal por deslizamento – 2cm. Gastrite endoscópica erosiva plana intensa. Bulbite enantematosa leve. Urease negativo

### - Colonoscopia 18/03/22

leocolonoscopia dentro dos padrões da normalidade.

---

---

## - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- 1° - LINFOMA DE HOGKIN

- 2° - TUBERCULOSE GANGIOLAR( HIV)



## - CONDUTA

### - BIÓPSIA EXCISIONAL DE LINFONODO

### - HISTOPATOLÓGICO E IMUNO-HISTOQUÍMICA

### - CULTURA E BACILOSCOPIA

### - BIÓPSIA BILATERAL DE MEDULA ÓSSEA X PET CT - ESTADIAMENTO MEDIANTE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Classificação de Ann Arbor (Cotswolds modificado) <sup>10</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Estádio I:</b> acometimento de uma cadeia linfocelular ou estrutura linfóide (baço, timo, anel de Waldeyer) ou sítio extra linfático (IE);</li><li>▪ <b>Estádio II:</b> acometimento de duas ou mais cadeias linfocelulares localizadas no mesmo lado do diafragma, que pode ter contiguidade com um local extra linfático (III);</li><li>▪ <b>Estádio III:</b> acometimento de cadeias linfocelulares em ambos os lados do diafragma, que pode estar associado a um local extra linfático (IIIe) ou acometimento do baço (IIIb), ou ambos (IIIbS);</li><li>▪ <b>Estádio IV:</b> acometimento disseminado de um ou mais órgãos extra linfáticos, ou ainda acometimento de um local extra linfático com acometimento linfocelular a distância.</li></ul>
A: Ausência de sintomas sistêmicos.
B: Presença de sintomas sistêmicos (febre, sudorese noturna ou perda de peso).
S: Quando a massa linfocelular $\geq$ 10 cm ou ocupa um diâmetro superior a 1/3 do cáver torácico.

- **BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/GM nº 3.728, de 22 de dezembro de 2020. Inclui procedimentos, altera atributos de procedimentos e inclui compatibilidades na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 245, p. 111-116, 23 dez. 2020a.**
- **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta nº 24, de 29 de dezembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no Adulto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201230\\_PCDT\\_Linfoma-de-Hodgkin.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201230_PCDT_Linfoma-de-Hodgkin.pdf). Acesso em: 14 jan. 2020**
- Paes Andréa Luzia Vaz, Neto Frederico Jorge Rodrigues, Filho José Ribamar Trindade Sales. Tuberculose ganglionar periférica: aspectos clínico-epidemiológicos. Ver. Para. Med. [Internet]. 2006 Set [citado 2023 Maio 21] ; 20( 3 ): 33-37. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000300007&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000300007&lng=pt).



# CONDUÇÃO

# CONDUÇÃO



Perda Ponderal  
+  
Sudorese Noturna  
+  
Febre



SINTOMAS B



LINFONODOMEGALIAS



BIÓPSIA

NEOPLASIA

HIV

TUBERCULOSE



DOENÇAS  
INFECCIOSAS

# CONDUÇÃO

	17/03/22	VALOR DE REFERÊNCIA		17/03/22	VALOR DE REFERÊNCIA
HEMACIAS EM MILHÕES (M/mm <sup>3</sup> )	3860	4.300 – 6.000	Albumina (g/dL)	2.7	3.5 – 5.2
HG (g/dL)	10	13 – 16.9	TAP (%)	75.6	70 - 100
HT (%)	30,9 %	39.7 – 52	INR	1.26	0.8 – 1.0
VCM (fl)	80,1	80 – 100	Amilase (U/L)	55	25 – 115
RDW (%)	17,5%	32 – 36	Lipase (U/L)	21	13 – 60
LEUCÓCITOS (/mm <sup>3</sup> )	19,850	4000 – 10000	Ur (mg/dL)	60	10 – 45
SEGMENTADOS	82%		Cr (mg/dL)	1.1	0.6 – 1.2
LINFÓCITOS	8%		DHL (U/L)	365	120 – 246
			Alfa fetoproteína (ng/mL)	0.9	ATÉ 8.1
			Anti HIV	NR	NÃO REAGENTE
			Anti HTLV		
			VDRL		
			ANTI HCV		
			Anti HBS HBSAg		
			Anti HBC		
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	302000	150000 – 450000	TSH (mU/L)	4.5	0.4 – 4.5
Globulina (g/dL)	3.6	2 – 4	PSA Total (ng/mL)	0.45	< 4.0
Bilirrubina Total (mg/dL)	0.2	0.2 – 1.2	PSA Livre (ng/mL)	0.06	ATÉ 0.7
TGO (U/L)	24	5 – 40	Toxoplasmose	IGM –	NEG
TGP (U/L)	22	7 – 56		IGG +	
FA (U/L)	149	40 – 150	Citomegalovírus	IGM –	NEG
GGT (U/L)	149	12 – 64		IGG +	
PCR (mg/L)	181.2	< 3	Epstein Baar	IGM –	NEG
VHS (mm/h)	80	Até 15		IGG +	
Ferro (mcg/dL)	23	65 – 175	FAN	NR	NÃO REAGENTE
Ferritina (ng/ml)	717.9	30 - 200			

Abril/22 – Apresentou piora da condição clínica, com febre diária persistente;

Encaminhado para internação hospitalar;

Recebeu antibioticoterapia de largo espectro de forma empírica  
Culturas colhidas na admissão - Negativas

Solicitada biópsia excisional de urgência;

Pelo contexto de piora clínica, e alta suspeição para doença linfoproliferativa – Iniciado Prednisona 60mg/dia, com melhora parcial.

# CONDUÇÃO

- **Biópsia de Linfonodo Inguinal Direito 14/04/2022**

Linfadenopatia reacional; ausência de malignidade evidente na presente amostra.

- **PET/CT 13/05/2022**

Estudo de imagem molecular com 18F-FDG PET/CT evidenciou hipermetabolismo glicolítico nos achados nodais de alta suspeição para doença linfoproliferativa em atividade com possível acometimento extranodal da medula óssea. Considerando o padrão metabólico heterogêneo nas lesões nodais, sugerimos considerar para biópsia os linfonodos mais metabólicos nas cadeias supraclavicular direita e infracarinal. O espessamento nodular na adrenal esquerda é de aspecto indeterminado, sendo melhor avaliado por estudo de ressonância magnética

# CONDUÇÃO

---

- **Biópsia de Medula Óssea 02/06/2022**

Presença de um único diminuto agregado linfoide peritrabecular sugestivo, porém inconclusivo, de infiltração medular incipiente por linfoma, SOE. Ausência de mielofibrose - mf-0.

# CONDUÇÃO

---

- **Biópsia de linfonodos 07/06/2022**

- Linfonodo mediastinal subcarinal: linfonodo exibindo processo inflamatório crônico granulomatoso contendo áreas de necrose caseosa central, histiócitos epitelioides, células gigantes do tipo corpo estranho e linfócitos circundantes. BAAR +.
- Linfonodo mediastinal paratraqueal esquerdo: linfonodo mediastinal exibindo processo inflamatório crônico granulomatoso contendo áreas de necrose caseosa central, histiócitos epitelioides, células gigantes do tipo corpo estranho e linfócitos circundantes. BAAR +.

# CONDUÇÃO

---

- **Biópsia de linfonodos 11/07/2022**

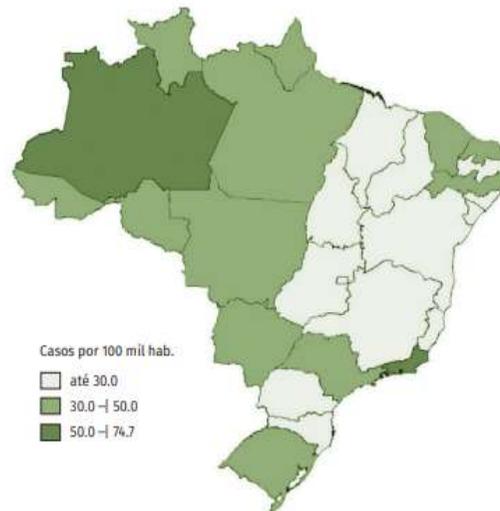
- Linfonodo mediastinal subcarinal e Linfonodo mediastinal paratraqueal esquerdo: Linfadenite granulomatosa. Ausência de malignidade evidente na presente amostra.

Após diagnóstico de Tuberculose – Forma Extrapulmonar/Ganglionar → encaminhado ao Centro de Referência de Tratamento da Tuberculose Municipal  
Iniciou Tratamento padrão com Esquema Padrão, com excelente resposta, e resolução dos sintomas.  
Hoje em acompanhamento clínico.

# TUBERCULOSE – Revisão

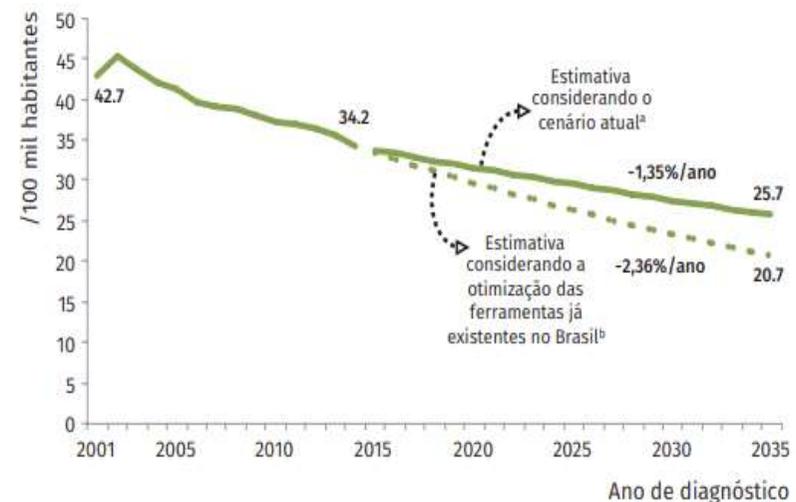
- Doença infectocontagiosa causada, na maioria das vezes, pela *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch)
- 70 mil novos casos e 4.6 mil mortes anuais
- Pulmonar (85%) x Extrapulmonar (15%)

FIGURA 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas, por Unidades Federadas, 2017



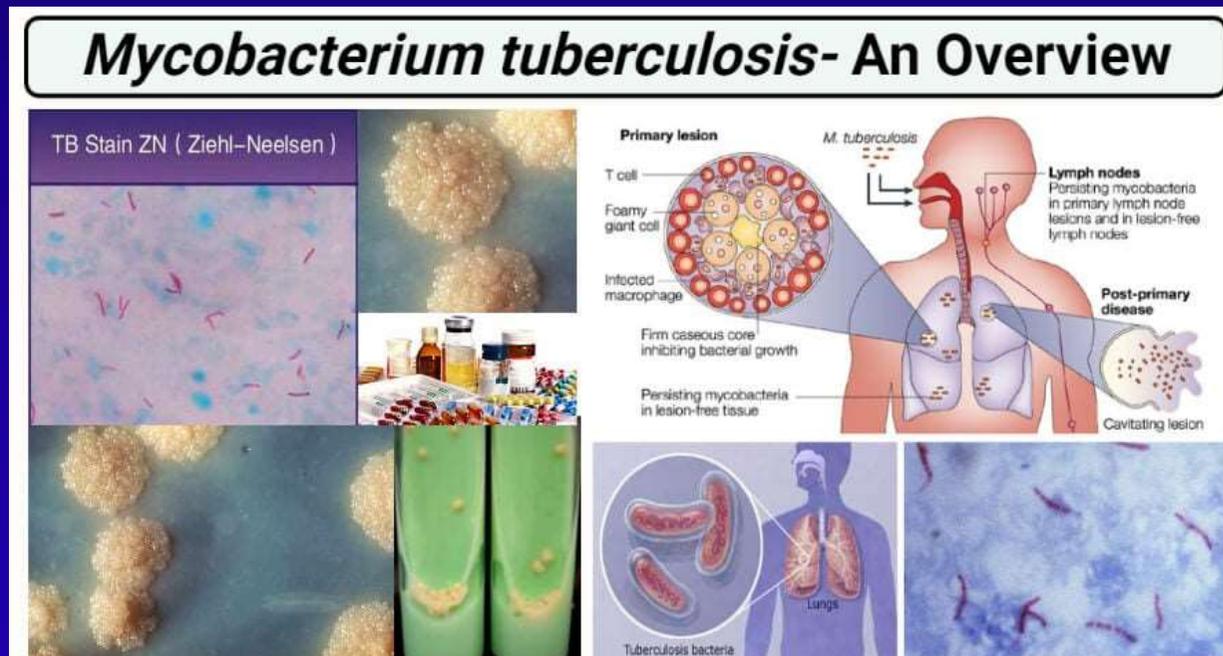
Fonte: SES/Sinan e IBGE, 2017.

FIGURA 4 – Coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil: valores observados de 2001 a 2014 e preditos para o período 2015 a 2035



# TUBERCULOSE GANGLIONAR

- Segundo tipo mais comum da tuberculose extrapulmonar
- Mais frequente em crianças e mulheres; mais comum em pacientes HIV
- Qualquer cadeia ganglionar pode ser afetada (cervical, submandibular, supraclavicular, axilar, inguinal, paratraqueal, mesentéricas, etc.)



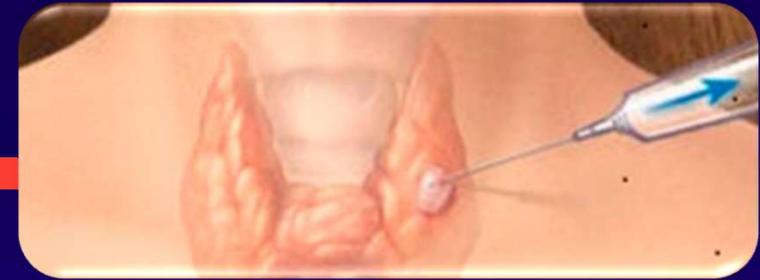
# TUBERCULOSE GANGLIONAR

## ➤ QUADRO CLÍNICO

- Linfonodomegalias
- Dor
- Perda do apetite
- Emagrecimento
- Palidez
- Febre baixa
- Sudorese noturna
- Cansaço excessivo



# TUBERCULOSE GANGLIONAR



## ➤ DIAGNÓSTICO

- Aspirado por punção por agulha ou ressecção ganglionar
- Cultura

Sensibilidade 80% Especificidade de 98%

- Testes Moleculares
- Ensaio de liberação do interferon-gama (Interferon-Gamma Release Assays – IGRA)
- Histopatológico

Granuloma com necrose caseosa e infiltrado histiocitário de células multinucleadas  
Baciloscopia

Em pacientes HIV soronegativos, a PT é forte reatora, a baciloscopia direta do aspirado do gânglio é positiva em 10- 25% dos casos, a cultura em 50-90% e a histopatologia do gânglio retirado conclusiva (granuloma com necrose de caseificação) em 90% dos casos. Em PVHIV com imunossupressão mais grave, o rendimento da baciloscopia aumenta significativamente

Na forma ganglionar, o diagnóstico diferencial da TB deve ser feito com doenças linfoproliferativas; outras micobactérias (*Complexo Mycobacterium avium-intracellulare*, *Mycobacterium scrofulaceum*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium haemophilum*); infecções bacterianas; infecções fúngicas, como histoplasmose e criptococose, especialmente em pacientes imunocomprometidos; toxoplasmose e sarcoidose

# TUBERCULOSE GANGLIONAR

## ➤ TRATAMENTO

QUADRO 20 – Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
<b>RHZE</b> 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
<b>RH</b> 300/150 mg <sup>1</sup> ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamína; E – Etambutol.

<sup>1</sup>A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Silva DR, Rabahi MF, Sant'Anna CC, Silva-Junior JLR, Capone D, Bombarda S, et al. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the Brazilian Thoracic Association. *J Bras Pneumol.* 2021;47(2):e20210054
- PAES, Andréa Luzia Vaz; NETO, Frederico Jorge Rodrigues; FILHO, José Ribamar Trindade Sales. Tuberculose ganglionar periférica: aspectos clínico-epidemiológicos. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 20, n. 3, p. 33-37, set. 2006 .
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. [s.l.] Ministério da Saúde Brasília, DF, 2007a.