

heaa

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 13/03/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Sandro Bichara Mendonça

Relator: (R2) Dr. Gabriel Maciel de Sales Sardinha

Debatedora: (R1) Dr^a. Marina Siqueira Teixeira

Caso clínico

Caso clínico

- ✓ **Identificação:** Homem, 86 anos, afrodescendente; casado (02 filhos); ensino fundamental incompleto; evangélico; natural e residente em Carapebus.
- ✓ **QP:** “febre; dor das costas; emagrecimento”
- ✓ **HDA:** Paciente relata vir sentindo há 04 meses lombalgia esquerda intermitente, tipo pontadas; dor irradiada para flanco esquerdo e hipogástrico; associada à hematúria; evoluindo com tosse seca persistente, dores torácicas associadas aos acessos de tosse; ocasionais hemoptoicos (SIC); emagrecimento sem quantificar e prostração (acamado); sendo levado por familiares para avaliação médica; internado no hospital de Carapebus e transferido para o HEAA em 21/01/2023.

Caso clínico

- ✓ **HPP: HAS (Hidralazina 50 mg 8/8H; Anlodipino 10 mg dia; Losartana 50 mg 12/12h; Hidroclorotiazida 25 mg dia) / DM II (Metformina 850 mg 3 x dia) / Nega alergia medicamentosa / Tomou 02 vacinas contra a COVID-19 / Não teve COVID-19**
- ✓ **História familiar: Negativa para câncer; Pai falecidos por causas desconhecidas.**
- ✓ **História social: Ex Tabagista (84 anos maço) / Ex etilista (destilados) / trabalhador rural aposentado / reside em área rural (Carapebus)**

Caso clínico

- ✓ Exame Físico: (admissional)
- ✓ Emagrecido; acamado; interagindo pouco com examinador; aceitando pouco dieta oral; pirético (38,2C); dispneico; hipocorado (++/4+); anictérico; desidratado; referindo lombalgia E; hematúria (CVD).
- ✓ - AR: MV rude / ECs e sibilos esparsos bilateralmente FR 24 irpm Sat O2 AA 89%
- ✓ - ACV: RCR 2T BNF S/S PA = 160 x 100 mmHg FC 84 bpm
- ✓ - ABD: plano; peristalse difusamente diminuída; pouco depressível; sem sinais de irritação peritoneal; doloroso em hipogástrio (aparente massa palpável em hipogástrio); Giordano positivo à Esquerda; CVD com hematúria; traube livre; ausência de lesão por pressão
- ✓ - MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos bilateralmente presentes

EXAMES LABORATORIAIS

Sangue		Valores de referência
Hemoglobina	8,2 g/dL	12 - 16 g/dL
Hematócrito	24,6%	35 - 46%
Leucócitos	12600/mm ³	3600 - 11000/mm ³
Bastões	4%	0/5% 0/550 / mm ³
Segmentados	79%	40/70% // 1550/6800 / mm ³
Linfócitos	21%	20/50% // 1000/3800 / mm ³
Plaquetas	321.000/mm ³	150000 - 450000/mm ³
Uréia	65 mg/dL	17 - 43 mg/dL
Creatinina	1,4 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
TGO	32	5 – 40 UI/L
TGP	39	7 – 56 UI/L
FA	139	40 – 150 U/L
GGT	78	7 – 60 U/L
Albumina	1.9	3,5 – 5,2 g/dl
PCR	83,6 mg/dL	< 6 mg/dL
LDH	388 U/L	125/220 U/L
Sódio	141 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potássio	3.8 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
Cálcio	8,9	8,4/10,5mg/dl
Magnésio	1,6	1,6/2,6 mg/dl

EXAMES LABORATORIAIS		Valores de referência
EAS		
Vol	60 ml	
Densidade	1015	
Cor	Alaranjado	
pH	6,0	
Proteínas	++	
Hemoglobinas	++	
Nitrito	+	
Leucócitos	80/Cpo	
Bactérias	+++	
Leveduras	Ausentes	
Baciloscopia		
03 amostras de escarros matinais	Negativas	

– Discutir hipóteses
diagnósticas e condutas –

DADOS IMPORTANTES

- Anamnese

- ✓ Homem, 86 anos, afrodescendente;
- ✓ Lombalgia esquerda intermitente com irradiação para flanco esquerdo e hipogástrio com início há 4 meses;
- ✓ Tosse seca persistente + dor torácica + hemoptoicos ocasionais;
- ✓ Emagrecimento + prostração
- ✓ Ex-tabagista (84 anos/maço); ex-etilista; trabalhador rural;
- ✓ HAS, DM2.

DADOS IMPORTANTES

- Exame físico

- ✓ Febre (38,2°C);
- ✓ AR: MV rude EC e sibilos esparsos bilateralmente;
- ✓ ABD: peristalse diminuída, doloroso em hipogástrio, aparente massa em hipogástrio; Giordano + à esquerda;
- ✓ Hematúria no CVD.

LABORATÓRIO

SANGUE		VALORES DE REFERÊNCIA
HEMOGLOBINA	8,2 g/dL	12 - 16 g/dL
HEMATÓCRITO	24,6%	35 - 46%
LEUCÓCITOS	12600/mm³	3600 - 11000/mm ³
BASTÕES	4% / 504	0/5% 0/550 / mm ³
SEGMENTADOS	79% / 9954	40/70% // 1550/6800 / mm ³
LINFÓCITOS	21% / 2646	20/50% // 1000/3800 / mm ³
PLAQUETAS	321.000/m ³	150000 - 450000/mm ³
UREIA	65 mg/dL	17 - 43 mg/dL
CREATININA	1,4 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
TGO	32 UI/L	5 - 40 UI/L
TGP	39 UI/L	7 - 56 UI/L
FA	139 U/L	40 - 150 U/L
GGT	78 U/L	7 - 60 U/L

SANGUE		VALORES DE REFERÊNCIA
ALBUMINA	1.9 g/dl	3,5 - 5,2 g/dl
PCR	83,6 mg/dL	< 6 mg/dL
LDH	388 U/L	125/220 U/L
SÓDIO	141 mEq/L	135 - 145 mEq/L
POTÁSSIO	3.8 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
CÁLCIO	8,9 (C: 10,58)	8,4/10,5mg/dl
MAGNÉSIO	1,6	1,6/2,6 mg/dl

EAS	
Vol	60 ml
Densidade	1015
Cor	Alaranjado
pH	6,0
Proteínas	++
Hemoglobina	++
Nitrito	+
Leucócitos	80/Cpo
Bactérias	+++
Leveduras	Ausentes

BACILOSCOPIA	
03 amostras de escarros matinais	Negativas

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



NEFROLITÍASE + PIELONEFRITE

(PONTOS A FAVOR)

- ✓ Idoso, sexo masculino;
- ✓ Lombalgia esq. c/ irradiação p/ FE e HG;
- ✓ Hematúria + piúria + bacteriúria + nitrito+;
- ✓ Febre + leucocitose;
- ✓ Giordano + à esq..



NEFROLITÍASE + PIELONEFRITE

(PONTOS CONTRA)

- ✓ Sintomas respiratórios;
- ✓ Massa dolorosa em hipogástrio;
- ✓ Emagrecimento;
- ✓ Menor incidência de litíase em > 70 anos;
- ✓ Sem história prévia de litíase.



DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE (PONTOS A FAVOR)

- ✓ Dor lombar irradiando para FE;
- ✓ Hematúria macro e microscópica;
- ✓ ITU pode ser secundária;
- ✓ Proteinúria;
- ✓ Aumento de escórias urinárias;
- ✓ Pode complicar com carcinoma de células renais.



DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE (PONTOS CONTRA)

- ✓ Sem história familiar +;
- ✓ Sintomas respiratórios;
- ✓ Massa dolorosa em hipogástrio;
- ✓ Emagrecimento.



TUBERCULOSE

(PONTOS A FAVOR)

- ✓ Tosse seca persistente + hemoptoicos + dor torácica;
- ✓ Febre + emagrecimento;
- ✓ AR: MV rude com EC e sibilos;
- ✓ PCR e LDH aumentados + leucocitose;
- ✓ Hematúria + dor abdominal + lombalgia;
- ✓ Idoso.



TUBERCULOSE

(PONTOS CONTRA)

- ✓ Massa dolorosa em hipogástrio;
- ✓ 3 baciloscopias negativas;
- ✓ Lombalgia c/ irradiação para FE e HG;
- ✓ EAS costuma ter piúria estéril.



TUMOR METASTÁTICO

(PRINCIPAL)

- ✓ Massa dolorosa em hipogástrio;
- ✓ Idoso, ex-tabagista (84 anos/maço);
- ✓ Dor lombar;
- ✓ Hematúria;
- ✓ Emagrecimento + prostração + febre + anemia;
- ✓ Piúria + bacteriúria + nitrito+;
- ✓ Tosse + hemoptoicos + dor torácica;



CONDUTAS

✓ Exames complementares:

- Citologia urinária;
- Cistoscopia;
- Urotomografia;
- TC de tórax.

✓ Tratamento:

- De acordo com estadiamento do tumor.

REFERÊNCIAS

- ✓ JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.
- ✓ GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012. 2 v.

CONDUTAS

✓ Exames complementares:

- Citologia urinária;
- Cistoscopia;
- Urotomografia;
- TC de tórax.

✓ Tratamento:

- De acordo com estadiamento do tumor.

Conduatas

Dados da anamnese e exame físico:

- ✓ - homem, 86 anos; natural de Carapebus [difícil acesso aos serviços de saúde]
- ✓ - lombalgia esquerda acompanhada de hematúria; febre; emagrecimento
- ✓ - tosse seca; dores torácicas; febre; emagrecimento
- ✓ - ex tabagista (84 anos maço)
- ✓ - trabalhador rural aposentado (exposição solar; agrotóxicos)

Exames complementares do hospital de origem:

- ✓ TC de Tórax contrastado (16/01/23; hospital de origem) – nódulos de aspecto residuais em ambos pulmões; não podendo ser descartada a hipótese de implantes secundários; o estudo tomográfico não evidenciou outras anormalidades significativas; sugiro seguimento para melhor elucidação diagnóstica. [baciloscopia negativa]
- ✓ TC de Abdome e Pelve contrastados (16/01/23; hospital de origem) – nefrectomia total à direita; rim esquerdo sem alterações ao método; infiltrando e eliminando o contraste venoso de forma usual; pequenos cálculos calicianos à esquerda; espessamento parietal da bexiga à direita sem comprometimento do óstio ureteral esquerdo; exibindo conteúdo heterogêneo podendo corresponder a coágulos sanguíneos. Sugere-se RM para seguimento de investigação diagnóstica.

✓ **Por que a nefrectomia direita?**



Avançando na busca de novas informações -

- ✓ familiares presentes informaram ter sido o paciente submetido a procedimento urológico no Heaa em Março/22 e outra em Julho/22;
- ✓ - O paciente foi submetido à nefrectomia direita em 05/03/2022; laudo do anatomopatológico:
 - ✓ - carcinoma urotelial de alto grau da pelve renal
 - ✓ - neoplasia mede 3,7 cm no maior eixo e infiltra tecido adiposo perirrenal
 - ✓ - invasão vascular presente
 - ✓ - margens e vasos hilares livres de neoplasia
 - ✓ - pT3pNxpMx

Procedimento urológico em Julho/22:

- ✓ RTU = 05/07/22
- ✓ Vários fragmentos irregulares de tecido pardos elásticos
- ✓ **Microscopia e conclusão:**
- ✓ Carcinoma urotelial papilífero invasivo de Alto Grau; infiltrando profundamente em tecido muscular liso
- ✓ pT2a

Altas hospitalares sem seguimento urológico / oncológico?



Seguimento do caso:

- ✓ D 8 IH = Exame físico
- ✓ - Progressiva queda de performance status
- ✓ - Progressiva queda do padrão cardiorrespiratório; hemodinâmico
- ✓ - TVP MIE
- ✓ - tratamentos clínicos multidisciplinares ajustados conforme exame físico e complementares diários
- ✓ - solicitado parecer à Oncologia Clínica
- ✓ - reestadiamento oncológico com exames complementares?
- ✓ - elegível para quimioterapia paliativa?
- ✓ - elegível para Cuidados Paliativos exclusivos?

Seguimento do caso:

- ✓ **Consenso entre médicos e familiares: Cuidados Paliativos exclusivos.**
- ✓ **Desfecho óbito.**

Plano de Alta

✓ O que é?

Planejamento iniciado precocemente durante a internação visando garantir a alta no tempo apropriado e serviços pós-alta adequados

The Joint Commission Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

✓ Qual importância?

↓ modestamente tempo de internação,

↓ 13% readmissão

↑ satisfação do paciente

Cochrane Database of Syst Rev 2016, Issue 1. Art. No.: CD000313.



Elementos do Processo de Alta

- Plano de alta
- Reconciliação medicamentosa
- Sumário de alta
- Instruções de alta ao pt / família
- Checklist de alta

Obrigado!