



Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 04/08/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Dr^a. Roberta Hespanhol de Menezes de Vasconcelos

Relator: Dr. Igor Silva Santos

Debatedora: Dr^a Raquel de Oliveira Castro

Caso Clínico

Identificação: Paciente do sexo masculino, 65 anos, branco, autônomo, natural e residente do Rio de Janeiro.

Queixa principal: “alteração no exame”.

HDA: Paciente assintomático, portador de cirrose hepática em acompanhamento com hepatologista, listado para transplante hepático. Realizou ultrassonografia de abdome total que demonstrou dilatação pielocaliciana à direita; foi solicitada tomografia de abdome total, que demonstrou nódulo no pulmão esquerdo. Paciente nega perda de peso e outros sintomas.

HPP:

Comorbidades:

Cirrose hepática alcoólica (portador de TIPS), diabetes mellitus (há 15 anos).

Nega Alergias, internações recentes e cirurgias.

Medicações de uso contínuo: Metformina 1 g/dia, dapaglifozina 10 mg/dia, sertralina, propranolol, insulina degludeca + liraglutida.

História familiar: Nega.

Exame Físico:

Paciente acordado, lúcido e orientado no tempo e espaço, normocorado, hidratado, anictérico, acianótico, eritema palmar, ginecomastia, telangiectasia em região dorsal, afebril, eupneico em ar ambiente. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficit motor, reflexos normais.

ACV: ritmo cardíaco regular 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros, FC: 72 bpm.
PA: 110x80 mmHg.

AR: MV+ sem ruídos adventícios, SatO₂: 99% em ar ambiente.

ABD: Flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, peristalse presente. Baço palpável cerca de 4 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, com consistência firme, superfície lisa, indolor à palpação.

MMII: Sem edemas, panturrilhas livres, pulsos presentes.

Exames Complementares:

Ultrassom de abdome total: Dilatação pielocaliciana à direita.

Tomografia de abdome total com contraste: Rins de topografia e dimensões normais, com nefrograma homogêneo, eliminando sob boa densidade a substância de contraste. Cistos simples nos rins, o maior no terço superior do rim esquerdo, medindo cerca de 0,9 cm. Cálculos calicianos em ambos os rins, o maior no terço inferior do rim esquerdo, medindo 0,5 cm. Cálculos no terço superior do ureter direito (três), medindo cerca de 0,3 cm, determinando dilatação do sistema coletor a montante, associado a espessamento parietal deste ureter e borramento da gordura adjacente, que pode estar associado a processo inflamatório/infeccioso.

Discreta estriação da gordura perirrenal bilateral.

Observa-se aspecto de roda moinho de vasos mesentéricos no nível da pelve, adjacente a alças ileais, sem determinando distensão destas alças, de aspecto pouco específico, Correlacionar com dados clínicos. Fígado de volume global preservado e contorno levemente irregular, com proeminência das fissuras, sugerindo hepatopatia crônica, com densidade e realce pelo meio de contraste normais. Não há evidência de lesões focais. Mínima ectasia focal de via biliar intra hepática no segmento VIII. Hepatocolédoco de calibre normal. Vesícula biliar parcialmente distendida. Ectasia do ramo principal da porta e das veias esplênica e mesentérica superior. Endoprótese portosistêmica (TIPS) pérvia.

Exames Complementares:

Tomografia de abdome total com contraste: Afilamento do ramo esquerdo da veia porta com circulação colateral proeminente circunjacente, assim como no hilo hepático, perigástrica e no hilo esplênico. Material de embolização em estruturas vasculares pericelíacas. Baço homogêneo, de dimensões aumentadas, medindo cerca de 14,3 x 12,4 x 6,2 cm (índice esplênico 1.099 - valor de referencia até 480). Pâncreas de aspecto anatômico. Adrenais definidas, de aspecto normal. Aorta e artérias ilíacas de calibre normal. Não há evidência de linfonodomegalias. Bexiga de capacidade normal, com paredes regulares. Gordura perivesical e das fossas isquiorretais com valores de atenuação normais. Discretas alterações degenerativas na coluna dorsal.

Nota: Opacidade nodular, de contornos irregulares, no segmento basal anterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 2,7 x 1,8 cm. Sugiro realizar estudo específico do tórax.

Exames Complementares:

Tomografia de tórax: Nódulo com densidade de partes moles, de contornos espiculados e parcialmente definido, com discreto realce pelo meio de contraste, medindo cerca de 2,6 x 2,1 cm, associado a discretas opacidades em vidro fosco circunjacentes, localizado no segmento lateral do lobo inferior esquerdo. Pequeno nódulo subpleural com densidade de partes moles, regular e definido, localizado no segmento basilar medial do lobo inferior esquerdo, medindo 0,8 cm. Opacidades reticulares subpleurais difusas em ambos os pulmões, associado a discreto espessamento liso dos septos, mais evidente nos lobos inferiores, podendo corresponder a pneumopatia intersticial crônica. Irregularidade pleuroapical bilateral, Traqueia e brônquios fontes sem alterações Aorta e artérias pulmonares de calibre normal. Linfonomegalia infracarinal medindo 2,3 x 1,8 cm. Há ainda outros linfonodos proeminentes mediastinais, limítrofes para caracterização de linfonomegalias. Sem evidência de derrame pleural. Hérnia de hiato.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



Anamnese + exame físico

- **Paciente masculino, 65 anos, cirrótico, assintomático, com achado incidental de nódulo pulmonar em investigação de dilatação pielocalicial.**
- **HPP: Cirrose hepática alcoólica com TIPS implantado e Diabetes Mellitus (há 15 anos).**
- **Ao exame físico: paciente lúcido, orientado, normocorado, sem icterícia ou estigmas de descompensação grave. Apresenta sinais periféricos de hepatopatia crônica como telangiectasias, ginecomastia e eritema palmar. Baço palpável a 4 cm do recordo costal, com consistência firme e indolor .**

Exames de Imagem

◆USG de abdome total: Dilatação pielocalicial à direita

◆TC de abdome: evidência de dilatação pielocalicial direita secundária à ureterolitíase com inflamação local. Há sinais evidentes de hipertensão portal (esplenomegalia de 14,3 cm, veia porta com afilamento e circulação colateral). O aspecto de 'roda moinho' de vasos mesentéricos é inespecífico.

◆TC de tórax: nódulo com densidade de partes moles, espiculado de 2,6 x 2,1 cm no lobo inferior esquerdo, com vidro fosco circunjacente, linfonodomegalia infracarinal e mediastinal, além de discreto padrão intersticial bilateral.

Hipóteses diagnósticas

- 1 ☐ Carcinomatose linfangítica pulmonar secundária a carcinoma hepatocelular (CHC):
- 2 ☐ Adenocarcinoma pulmonar primário
- 3 ☐ Tuberculose pulmonar infiltrativa ganglionar atípica (diagnóstico de exclusão)

Conduitas

- Exames laboratoriais: função renal, hepática...
- Avaliar função renal e urinária quanto à uropatia obstrutiva (urocultura, função renal).
- Dosagem de marcadores tumorais como alfafetoproteína.
- Biópsia pulmonar.
- RM hepática com contraste hepatobiliar

Referências

GARCIA-TSAO, Guadalupe; SANYAL, Arun J.; GRACE, Nancy D.; CAREY, Winston. Portal hypertension and variceal bleeding in cirrhosis: AASLD practice guidance. **Hepatology**, v. 65, n. 1, p. 310-335, 2017. DOI: 10.1002/hep.28906.

LLOVET, Josep M. et al. Hepatocellular carcinoma. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 7, n. 1, p. 1-28, 2021. DOI: 10.1038/s41572-021-00240-3.

GOULD, Michael K. et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**, v. 143, n. 5, suppl, p. e93S-e120S, 2013. DOI: 10.1378/chest.13-1351.

SHARMA, Surendra K.; MOHAN, Arvind. Extrapulmonary tuberculosis. **Indian Journal of Medical Research**, v. 120, n. 4, p. 316-353, 2004. PMID: 15188427.

TRAVIS, William D. et al. Idiopathic interstitial pneumonias: classification and diagnosis. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 1, n. 9, p. 726-736, 2013. DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70060-8.

TRAVIS, William D. et al. The 2021 WHO classification of lung tumors. **Journal of Thoracic Oncology**, v. 16, n. 5, p. 665-680, 2021. DOI: 10.1016/j.jtho.2021.01.022.

SEGUIMENTO DO CASO



Evolução

✓ Tomografia de abdome total:

Rins de topografia e dimensões normais, com nefrograma homogêneo, eliminando sob boa densidade a substância de contraste. Cistos simples nos rins, o maior no terço superior do rim esquerdo, medindo cerca de 0,9 cm. Cálculos calicianos em ambos os rins, o maior no terço inferior do rim esquerdo, medindo 0,5 cm. Cálculos no terço superior do ureter direito (três), medindo cerca de 0,3 cm, determinando dilatação do sistema coletor a montante, associado a espessamento parietal deste ureter e borramento da gordura adjacente, que pode estar associado a processo inflamatório/ infeccioso.

Discreta estriação da gordura perirrenal bilateral.

Observa-se aspecto de roda moinho de vasos mesentéricos no nível da pelve, adjacente a alças ileais, sem determinando distensão destas alças, de aspecto pouco específico, Correlacionar com dados clínicos. Fígado de volume global preservado e contorno levemente irregular, com proeminência das fissuras, sugerindo hepatopatia crônica, com densidade e realce pelo meio de contraste normais. Não há evidência de lesões focais. Mínima ectasia focal de via biliar intra hepática no segmento VIII. Hepatocolédoco de calibre normal. Vesícula biliar parcialmente distendida. Ectasia do ramo principal da porta e das veias esplênica e mesentérica superior. Endoprótese portosistêmica (TIPS) pérvia. Afilamento do ramo esquerdo da veia porta com circulação colateral proeminente circunjacente, assim como no hilo hepático, perigástrica e no hilo esplênico. Material de embolização em estruturas vasculares pericelíacas. Baço homogêneo, de dimensões aumentadas, medindo cerca de 14,3 x 12,4 x 6,2 cm (índice esplênico 1.099 - valor de referencia até 480).

Evolução

✓ Tomografia de abdome total:

Pâncreas de aspecto anatômico. Adrenais definidas, de aspecto normal. Aorta e artérias ilíacas de calibre normal. Não há evidência de linfonodomegalias. Bexiga de capacidade normal, com paredes regulares. Gordura perivesical e das fossas isquiorretais com valores de atenuação normais. Discretas alterações degenerativas na coluna dorsal.

Nota: Opacidade nodular, de contornos irregulares, no segmento basal anterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 2,7 x 1,8 cm. Sugiro realizar estudo específico do tórax.

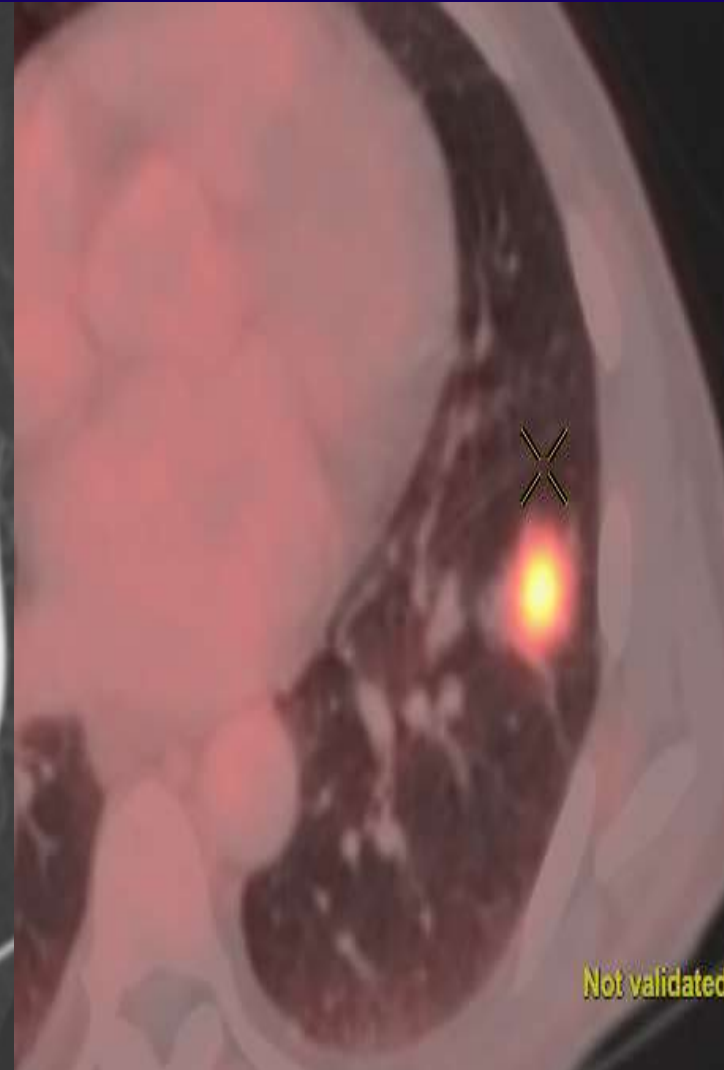
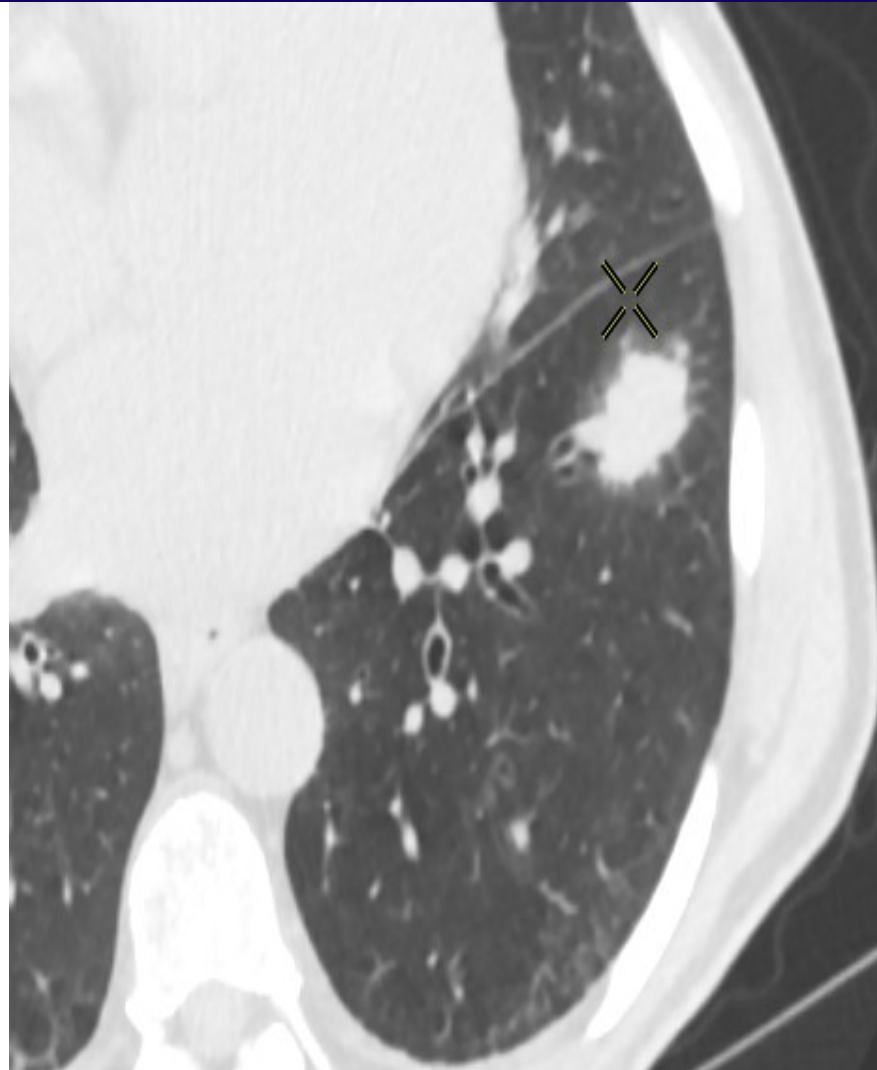
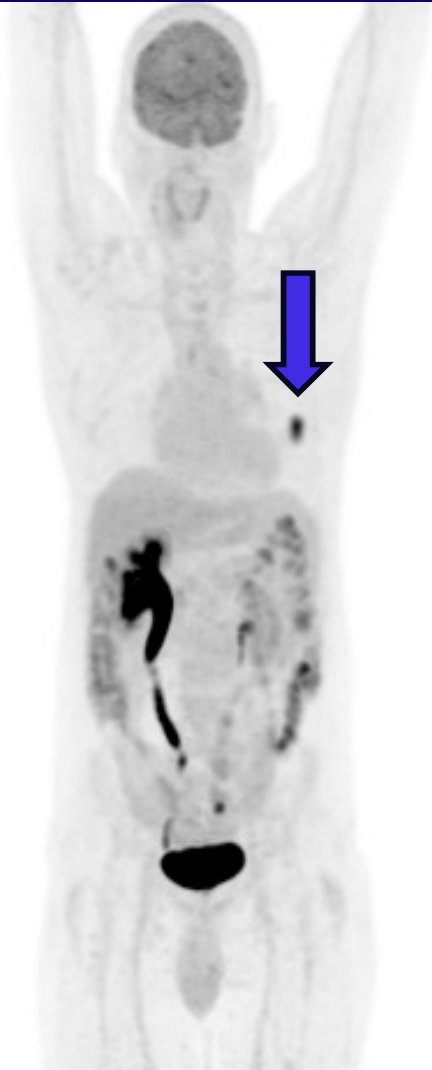
Evolução

✓ Tomografia de tórax:

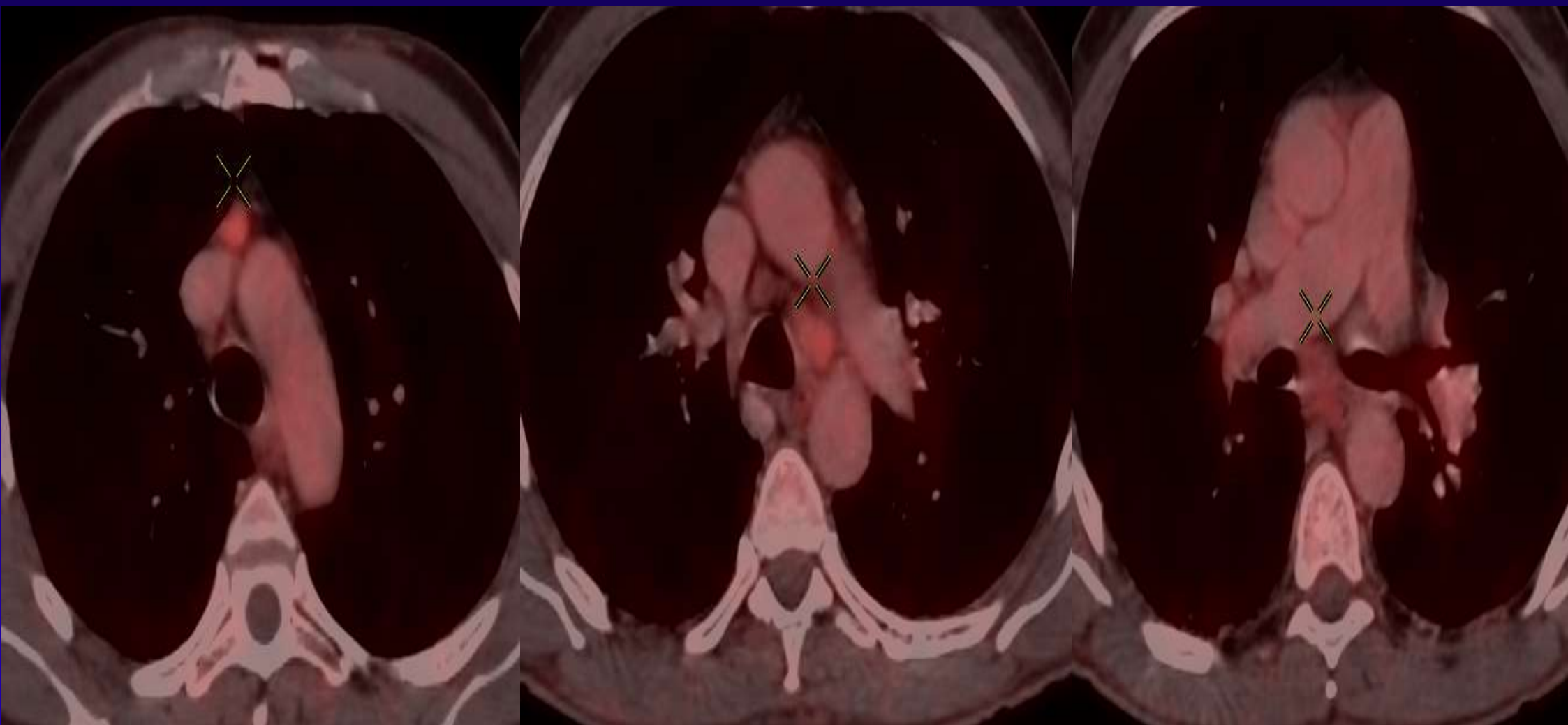
Nódulo com densidade de partes moles, de contornos espiculados e parcialmente definido, com discreto realce pelo meio de contraste, medindo cerca de 2,6 x 2,1 cm, associado a discretas opacidades em vidro fosco circunjacentes, localizado no segmento lateral do lobo inferior esquerdo. Pequeno nódulo subpleural com densidade de partes moles, regular e definido, localizado no segmento basilar medial do lobo inferior esquerdo, medindo 0,8 cm. Opacidades reticulares subpleurais difusas em ambos os pulmões, associado a discreto espessamento liso dos septos, mais evidente nos lobos inferiores, podendo corresponder a pneumopatia intersticial crônica. Irregularidade pleuroapical bilateral, Traqueia e brônquios fontes sem alterações Aorta e artérias pulmonares de calibre normal. Linfonomegalia infracarinal medindo 2,3 x 1,8 cm. Há ainda outros linfonodos proeminentes mediastinais, limítrofes para caracterização de linfonomegalias. Sem evidência de derrame pleural. Hérnia de hiato.

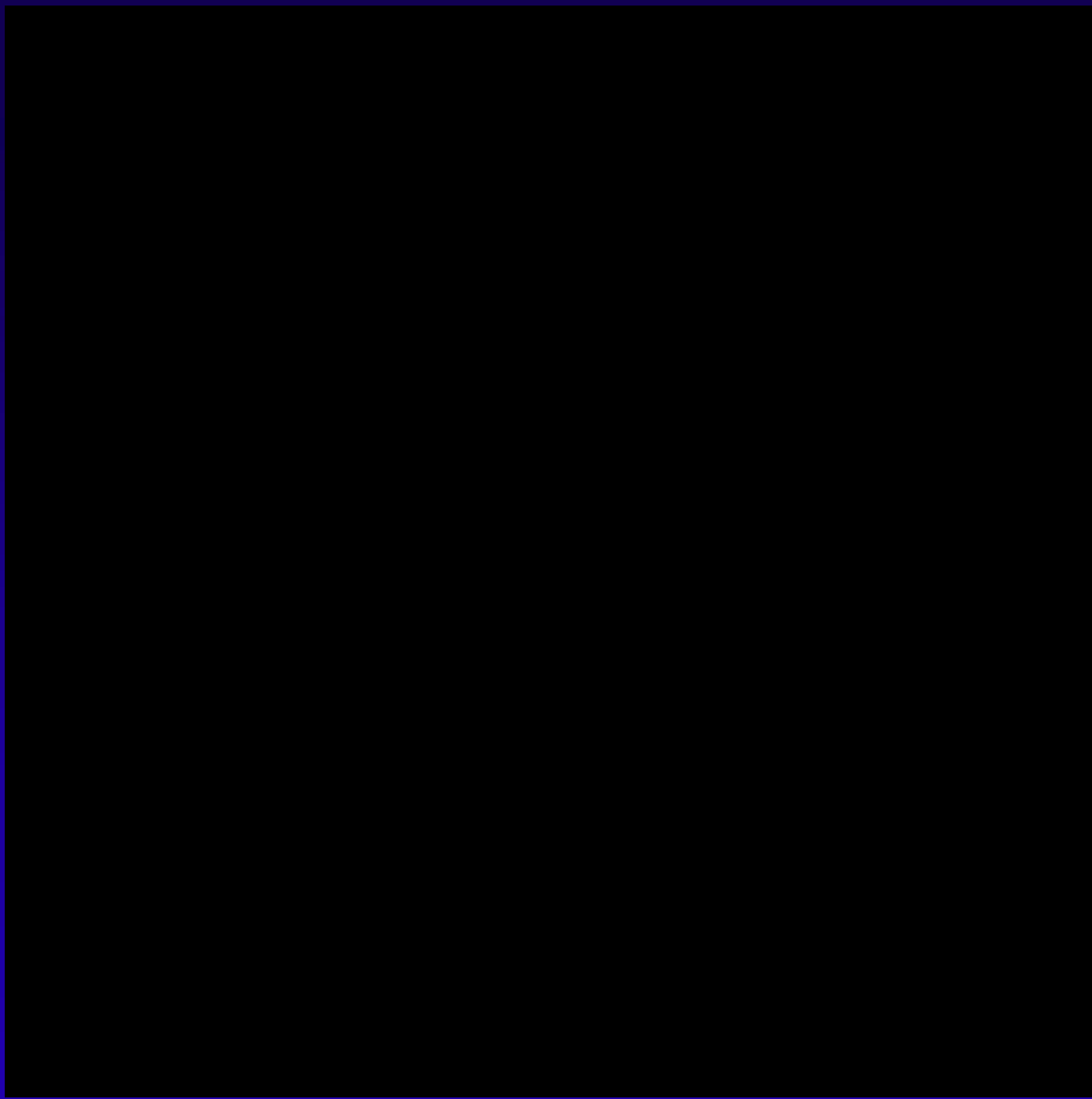
Evolução

✓ 65 ANOS, EM INVESTIGAÇÃO DE NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO



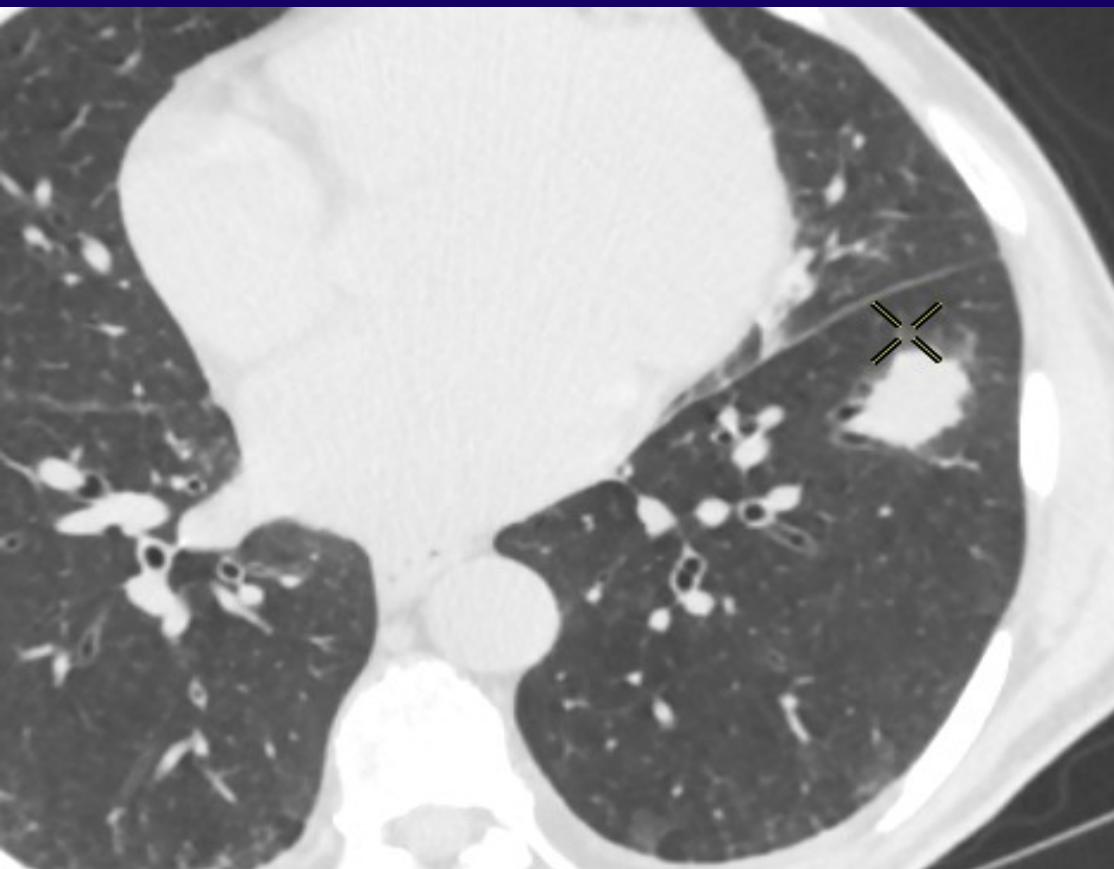
Evolução



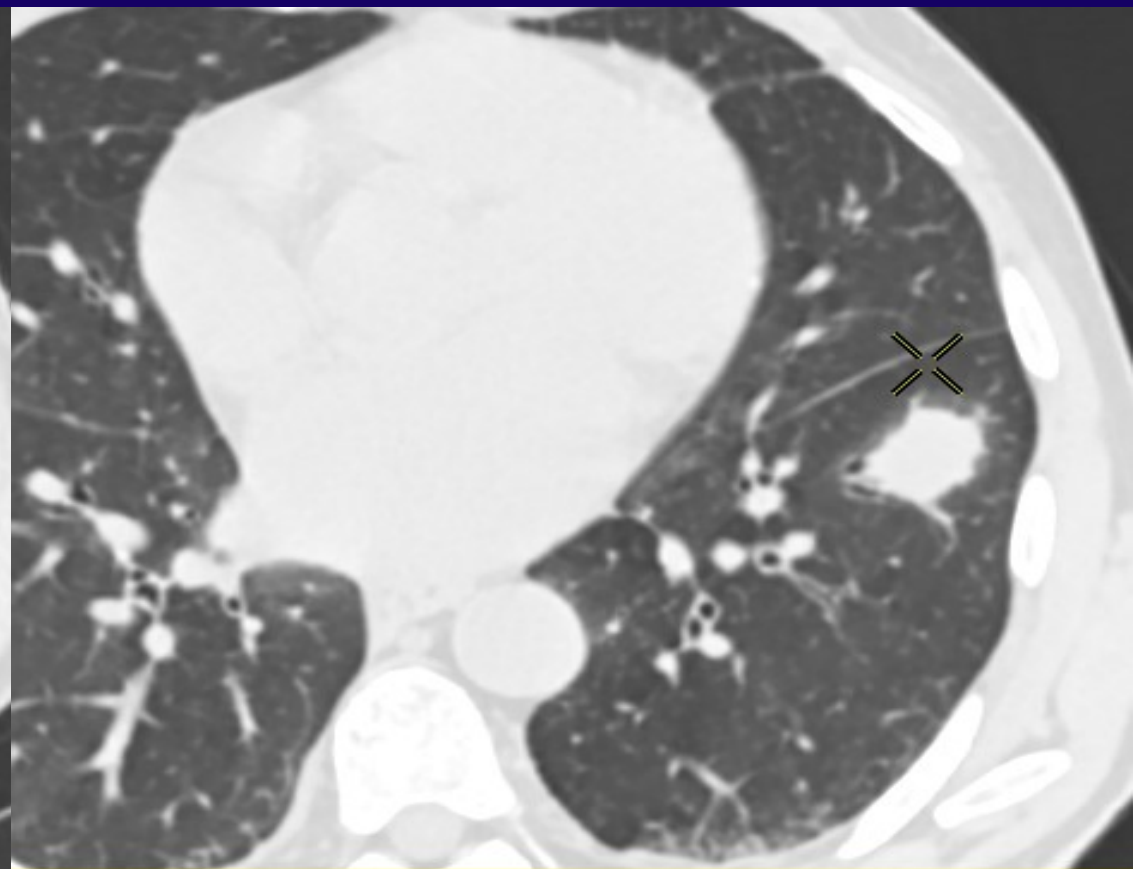


Evolução

PET-CT 06/06/2025



TC DE TÓRAX 30/05/2025



✓ PET/CT – tomografia com emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada:

Nódulo pulmonar, com densidade de partes moles e contorno irregular, associado a discreto infiltrado em vidro fosco adjacente, situado no segmento basal anterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 25 x 23 mm, com SUVMax de 9,2. Cabe ressaltar que a lesão permanece de dimensões semelhantes ao estudo anterior de tomografia computadorizada de tórax datada de 30/05/2025, realizada em outra instituição (medida anterior revisada: 25 x 23 mm).

Linfonodos mediastinais discretamente metabólicos pré-vascular, subaórticos, infracarinal, com SUVMax de até 3,4 e o maior medindo 27 x 17 mm.

✓ PET/CT – tomografia com emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada:

O restante deste estudo de PET/FDG mostra apenas distribuição fisiológica do radiotraçador para o sexo e faixa etária do paciente.

ACHADOS DA TC SEM EXPRESSÃO METABÓLICA E RELEVANTES NO CONTEXTO CLÍNICO:

- Obliteração completa por material com densidade de partes moles dos seios maxilares e esfenoidal esquerdo.
- Irregularidade pleuroparenquimatosa nos ápices pulmonares, de aspecto residual.
- Opacidade nodular, de contorno regular, subpleural no segmento basal posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 7 mm, sem aumento do metabolismo glicolítico.
- Discretas áreas de atenuação em vidro fosco, associado a espessamento septal, na periferia dos terços inferiores de ambos os pulmões, podendo corresponder a alterações intersticiais incipientes.
- Pulmões com densidade difusamente heterogênea, sugerindo perfusão em mosaico por provável aprisionamento aéreo, caracterizada por áreas de redução do coeficiente de atenuação e das marcas vasculares.
- Faixa atelectásica no segmento lingular inferior do lobo superior do pulmão esquerdo.

✓ PET/CT – tomografia com emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada:

- Espessamento difuso das paredes brônquicas.
- Sinais de hepatopatia crônica.
- Endoprótese vascular porto-sistêmica.
- Esplenomegalia homogênea.
- Cistos corticais no rim esquerdo.
- Nefrolitíase bilateral. Há cálculo no terço proximal do ureter direito, medindo cerca de 7 mm, determinando ectasia do sistema coletor a montante.
- Mínima quantidade de líquido livre na pelve.
- Tênuas calcificações ateromatosas vasculares.
- Discretas alterações degenerativas esparsas na coluna vertebral.

IMPRESSÃO: Nódulo pulmonar hipermetabólico, de aspecto indeterminado, não sendo possível excluir a hipótese de malignidade,

Evolução

Exame	Resultado	Valor de Referência
Data de Coleta/Recebimento: 17/06/2025		Hora Aproximada: 12:04 BRT
Congelação.		
		(Método: Avaliação intraoperatória)
Avaliação Transoperatória		
A) Biópsia pulmonar à esquerda por trucut:		
- Provável processo inflamatório.		
- Aguardar parafina para definição diagnóstica.		
Exame analisado por:	Dra. Monica Pureza de Almeida CRM-RJ 52611308	
		
	Assinado eletronicamente por Dra. Monica Pureza de Almeida CRM-RJ 52611308 (18/06/2025 10:30 BRT) 8506d1998967db209adba443b0fca3d0935eb062f3f6c6afe908f22f3afed6cf	
Anátomo Patológico		
(Código de Ordenação: IQ-25-10919)		(Método: Coloração por Hematoxilina e Eosina)
Relatório Macroscópico:		
Biópsia de pulmão esquerdo:		
O material é recebido em formalina e consiste de três fragmentos filiformes, medindo o menor 1,7 cm e o maior 1,9 cm de comprimento, constituídos por tecido previamente tingido de azul e elástico. Todo o material foi submetido a estudo histológico - 1B/3F.		
A1/3F/TI		
Diagnóstico:		
Biópsia de pulmão esquerda:		
- Processo inflamatório crônico granulomatoso com células gigantes multinucleadas do tipo Langhans e focos supurativos.		
- Realizada pesquisa de fungos pela coloração especial de Grocott resultou positiva revelando figuras fúngicas esféricas (vide nota).		
- Realizada pesquisa de micobactérias pela coloração de Ziehl-Neelsen que resultou negativa.		
- Não há sinais de malignidade		
Nota: o quadro histopatológico é sugestivo de infecção fúngica por Cryptococcus. É necessário correlação com dados clínicos e demais exames laboratoriais (cultura) para conclusão definitiva.		
Exame analisado por:	Dr. Jorge Logan Furtado Costa CRM DF 29649	

Evolução

- ✓ Paciente evoluiu com febre após biópsia, porém, com isolamento de bactérias no lavado broncoalveolar.
- ✓ Fez 14 dias de anfotericina B lipossomal e atualmente está em uso de fluconazol 400 mg.