



Coordenação

Alberto Mello e Silva

MEDICINA INTERNA

Casos Clínicos



ÍNDICE

Autores	VII
Introdução	XIII
Siglas e Acrónimos	XV
Caso Clínico 1 – Síndrome Confusional Aguda como Manifestação Inaugural de Síndrome Serotoninérgica – Quando os Calmantes Agitam.. <i>Nuno Cercas Pinheiro, Ana Pãosinho, Tomás Lamas, António João Pereira, Alberto Mello e Silva</i>	1
Caso Clínico 2 – Nem Tudo o que é Isquemia é Cérebro ou Coração..... <i>Filipa Moleiro, Graça Lérias, Alberto Mello e Silva</i>	11
Caso Clínico 3 – Hipopituitarismo por Quisto da Bolsa de Rathke – Quando o infrequente e o raro se associam ... <i>Marta Catarina Manso, Simão C. Rodeia, Diogo Paixão Marques, Raquel Domingos</i>	17
Caso Clínico 4 – Linfoma Difuso de Grandes Células B – Da Subtileza Clínica à Exuberância Imagiológica..... <i>Ana Rita Terra, Ana Cristina Nunes, Teresa Romão, Alberto Mello e Silva</i>	23
Caso Clínico 5 – Colite Microscópica Linfocítica – Poderá a Doença Advir da Cura?..... <i>Inês Mourato Nunes, Ana C. Lopes, Maria Joana Alvarenga, Alberto Mello e Silva</i>	31
Caso Clínico 6 – Amiloidose Gastrointestinal – Uma Causa Incomum de Diarreia Crónica..... <i>Inês Esteves Cruz, Daniel Nascimento Matos, Joyce Chivia, Francisco da Silva, Alberto Mello e Silva</i>	39
Caso Clínico 7 – Ascite aos 89 anos – Nem Sempre a Causa é a Mais Óbvia <i>Sofia Marques Santos, Eunice Oliveira, Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, Francisco da Silva, Alberto Mello e Silva</i>	45
Caso Clínico 8 – Ileos Biliar – Causa Involgar de Oclusão Intestinal <i>Andrea Castanheira, Inês Carrilho de Oliveira, Helena Victorino, Manuela Zita Veiga, Alberto Mello e Silva</i>	51
Caso Clínico 9 – Massa Anexial, Torção Uterina e Colite Isquémica – Associação Improvável?..... <i>Ana Sofia Carvalho, Filipa Brás Monteiro, Rita Mendes</i>	59
Caso Clínico 10 – Cirurgia Cardíaca e Derrame Pleural – Uma Associação Involgar num Serviço de Medicina..... <i>Eunice Oliveira, Sofia Marques Santos, Nuno Ferreira Monteiro, Maria Manuela Soares, Francisco da Silva, Alberto Mello e Silva</i>	67

Caso Clínico 11	– Púrpura de Henoch-Schönlein – De Banal a Quase Fatal	75
	<i>Rita Ivo, Rita Reis, Alberto Mello e Silva</i>	
Caso Clínico 12	– A Clínica em Primeiro Lugar.....	85
	<i>Filipa Brás Monteiro, Ana Sofia Carvalho, Rita Mendes</i>	
Caso Clínico 13	– Febre e Hipercalemia Incidental – Desmontar a Matriosca ..	95
	<i>Margarida R. Fonseca, Sara Augusto, João Lopes Delgado, Isabel Madruga, Alberto Mello e Silva</i>	
Caso Clínico 14	– O Poder da Mente	103
	<i>Miguel Oliva Teles, Joana Carvalho, Pedro R. Santos</i>	
Caso Clínico 15	– Massa no Hipogastro em Mulher Histerectomizada – Quando o Passado está no Presente	109
	<i>Daniel Botelho, Ana Catarina Bispo, Carlos Nascimento, Judite Henriques, Alberto Mello e Silva</i>	
Caso Clínico 16	– Encefalite Herpética – Quando a Confusão Persiste com Cefaleia e Febre.....	115
	<i>Catarina Zilhão, Manuel Nisa Pinheiro, Célia Duarte Gonçalves, Francisco da Silva</i>	

Coordenador/Autor

Alberto Mello e Silva

Médico Especialista em Medicina Interna e Cardiologia; Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Professor Auxiliar Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

Autores

Ana C. Lopes

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ana Catarina Bispo

Médica Interna de Formação Específica em Ortopedia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ana Cristina Nunes

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ana Pãosinho

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ana Rita Terra

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ana Sofia Carvalho

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Andrea Castanheira

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Carlos Nascimento

Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Catarina Zilhão

Médica Especialista em Medicina Interna.

Célia Duarte Gonçalves

Diretora Clínica na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Maria José Nogueira Pinto.

Daniel Botelho

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Daniel Nascimento Matos

Médico Interno de Formação Específica em Cardiologia – Hospital Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Diogo Paixão Marques

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Eunice Oliveira

Médica Especialista de Medicina Interna – Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Filipa Brás Monteiro

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Filipa Moleiro

Médica Especialista em Medicina Interna no Hospital dos Lusíadas, Lisboa.

Francisco da Silva

Assistente Graduado de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Graça Lérias

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Helena Victorino

Médica Especialista em Medicina Interna no Hospital dos Lusíadas, Lisboa.

Inês Carrilho de Oliveira

Médica Interna do Internato de Pneumologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Inês Esteves Cruz

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Inês Mourato Nunes

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Isabel Madruga

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Joana Carvalho

Médica Interna de Formação Específica em Pneumologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

João Lopes Delgado

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Voluntário de Introdução à Prática Clínica – NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

João Pereira

Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Joyce Chivia

Médica Estagiária de Gastroenterologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Judite Henriques

Assistente Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Manuel Nisa Pinheiro

Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Manuela Zita Veiga

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Margarida R. Fonseca

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Voluntária de Introdução à Prática Clínica – NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Maria Joana Alvarenga

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Maria Manuela Soares

Assistente Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Marta Catarino Manso

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Serviço de Medicina, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Miguel Oliva Teles

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Nuno Cercas Pinheiro

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Nuno Ferreira Monteiro

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Pedro R. Santos

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Raquel Domingos

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Rita Ivo

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Rita Mendes

Assistente Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Rita Reis

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Sara Augusto

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Simão C. Rodeia

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Serviço de Urgência, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; Operacional médico das VMER SFX e AMD-STR.

Sofia Marques Santos

Médica Especialista em Medicina Interna no Hospital dos Lusíadas Lisboa.

Teresa Romão

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Assistente Convidada da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Tomás Lamas

Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Intensivista na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

INTRODUÇÃO

Vivemos no tempo do primado da tecnologia médica que se sobrepõe aos princípios da medicina hipocrática. O trabalho multidisciplinar é uma realidade e, neste contexto, a Medicina Interna ganha reconhecimento e protagonismo crescente inter pares, o que gera ainda maiores responsabilidades.

Nesta edição de *Medicina Interna – Casos Clínicos* relatamos vivências no Serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz, iniciadas com o Prof. Doutor Pedro Abecasis e continuadas pelo Doutor José Pimenta da Graça e por mim. Mas os Casos Clínicos só foram possíveis com o empenho e envolvimento de “corpo e alma” de todos os Assistentes Hospitalares do Serviço de Medicina, dos Internos em Formação Específica, não só de Medicina Interna mas de outras especialidades em estágio no Serviço, dos Internos de Ano Comum e dos alunos das disciplinas clínicas (4º e 6º anos) da NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Foram eles o verdadeiro motor desta edição!

No nosso Serviço, realizam-se quinzenalmente reuniões de Casos Clínicos e são elas que queremos partilhar.

Os 16 casos clínicos aqui apresentados são escritos e organizados por doentes e não por doenças. Incluem um *Resumo*, uma *Introdução*, o *Caso Clínico* propriamente dito, uma *Discussão* e a *Bibliografia*. Relatam vivências diversas, doenças comuns com apresentações “mascaradas”, que só a persistência e a argúcia clínica conduziram ao diagnóstico final e outras situações menos frequentes, em que a ajuda de outras especialidades médicas foi fundamental.

Os títulos são provocadores! Cada caso encerra com um conjunto de “mensagens finais”.

Queremos ajudar na metodologia do percurso pela anamnese, exame objetivo, exames complementares, diagnóstico(s) e respetiva terapêutica.

Um especial agradecimento a todos os colegas de outros Serviços e Especialidades que contribuíram para a ajuda diagnóstica e/ou terapêutica dos casos clínicos relatados e que partilham o dia a dia do nosso trabalho no Hospital de Egas Moniz.

Desejamos que esta publicação seja uma ajuda para todos os que tratam doentes, estudantes ou médicos em prática clínica, em instituições públicas ou privadas, para todos os que sentem o desafio diário da história clínica, da marcha diagnóstica e dos resultados terapêuticos.

É este o objetivo desta obra.

Esperamos que apreciem!

Alberto Mello e Silva

Coordenador

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICA – QUANDO OS CALMANTES AGITAM

■ RELEVÂNCIA CLÍNICA

O caso clínico ilustra como o doente idoso pode ser particularmente suscetível a mudanças no esquema de medicação, por vezes, já de base, complexo e difícil de cumprir. Apesar da sua raridade, a síndrome serotoninérgica (SS) deve ser incluída no diagnóstico diferencial da síndrome confusional aguda, a par de outras patologias mais comuns. Salienta-se o facto de alguns fármacos serotoninérgicos, como o citalopram, poderem induzir quadros clínicos potencialmente fatais em indivíduos suscetíveis, como o paciente idoso polimedicado, mimetizando frequentemente outras patologias do foro neurológico.

■ RESUMO

Doente do sexo masculino, caucasiano, 81 anos de idade, com várias comorbilidades, que inicia prescrição diária de citalopram e suspende abruptamente o uso crónico de benzodiazepinas quatro dias antes do internamento.

Admitido no serviço de urgência (SU) por síndrome confusional aguda com um dia de evolução, associada a alucinações visuais e movimentos tónico-clónicos dos membros inferiores. Ao exame físico apresentava-se febril, hipertenso, taquipneico e com sudorese profusa. O exame neurológico salientava desorientação temporo-espacial, midríase bilateral, tremor postural, aumento dos reflexos osteotendinosos e rigidez generalizada. Durante a permanência no SU, o doente teve episódio de crise convulsiva tónico-clónica generalizada, revertida com diazepam EV. A avaliação laboratorial evidenciou leucocitose neutrofílica, rabdomiólise, hipocaliemia e doseamentos tóxicos negativos. A punção lombar, tomografia computadorizada (TC) cerebral e eletroencefalograma não apresentavam alterações. A apresentação clínica, laboratorial e imagiológica do doente sugeriu o diagnóstico de SS, controlada após a suspensão de citalopram.

Os autores alertam para o aumento da prescrição de antidepressivos no idoso e para o risco de usar fármacos serotoninérgicos em indivíduos suscetíveis. É feita ainda uma breve revisão da SS, abordando a sua etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento.

■ CASO CLÍNICO

Homem de 81 anos de idade, caucasiano, autónomo, com múltiplas comorbilidades, admitido no SU por episódio inaugural de *delirium*. Apresentava antecedentes pessoais de doença renal crónica (DRC), hipertensão arterial essencial (HTA) medicada com perindopril e amlodipina, dislipidemia sob sinvastati-

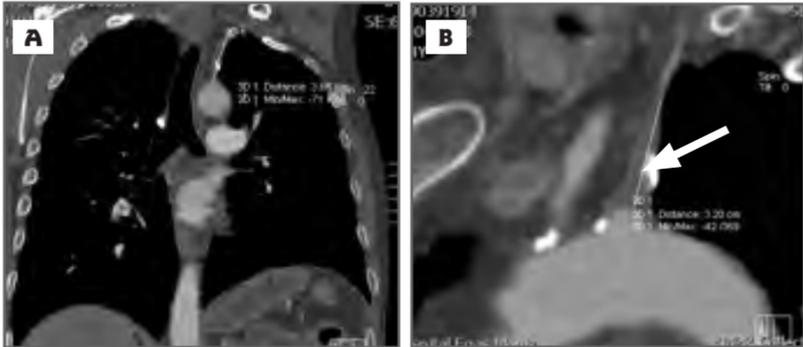


Figura 2.3 – A angio-TC torácica revelou oclusão da artéria subclávia esquerda por placa fibrocálcica (corte coronal [A] e imagem aproximada [B]).

■ DISCUSSÃO

A abordagem no SU de um doente com dor abdominal implica a exclusão de causas potencialmente fatais.

Perante um doente de 54 anos com dor abdominal epigástrica pós-prandial, tipo ardor, com cerca de três meses de evolução, associada a vômitos e perda de peso por evicção alimentar, as hipóteses de patologia ulcerosa péptica, doença de refluxo gastroesofágico, doença hepatobiliar e pancreática tornam-se mais prováveis do que outras como enfarte agudo do miocárdio, dissecação da aorta ou isquemia mesentérica.

A avaliação clínica, analítica, imagiológica e endoscópica permitiu excluir as patologias referidas como mais prováveis. A referência à perda de peso num doente na sexta década de vida obriga à exclusão de patologia neoplásica, pelo que se prosseguiu na investigação com a realização da TC abdominal. Além de excluir essa e outras hipóteses, este exame colocou em evidência a aterosclerose difusa da aorta abdominal. Interpretando a clínica deste quadro à luz deste achado imagiológico e dos vários fatores de risco deste doente para doença cérebro e cardiovascular, a hipótese de isquemia mesentérica, apesar de pouco frequente, foi considerada.

A classificação da isquemia intestinal está dependente dos ramos vasculares afetados e do tempo de instalação.^[2] No caso clínico apresentado, o doente refere aparecimento de dor abdominal episódica, sempre relacionada com o período pós-prandial, sugerindo fenómenos de sofrimento intestinal por hipoperfusão num território já pouco vascularizado. A angio-TC revelou oclusão do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior confirmando, deste modo, a hipótese de isquemia mesentérica crónica.

A isquemia mesentérica crónica é uma entidade clínica rara, descrita pela primeira vez em 1918, por Goodman, como “angina abdominal”.^[3] Estima-se que

de gadolínio. A glândula hipofisária encontrava-se na periferia da vertente inferior da lesão, com a haste pituitária desviada superiormente. Sem evidência de compressão do quiasma ótico. Os aspetos descritos eram compatíveis com quisto da bolsa de Rathke (**Figura 3.2**).

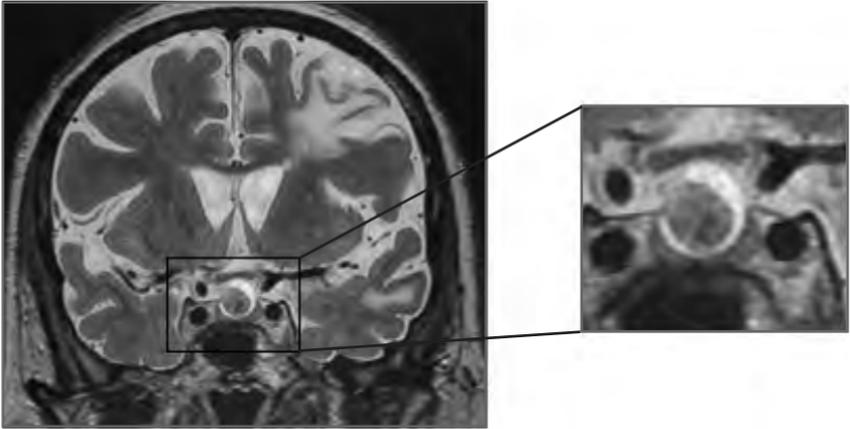


Figura 3.2 – RM cranoencefálica (ponderação T2) e pormenor do quisto da bolsa de Rathke.

■ TRATAMENTO, EVOLUÇÃO CLÍNICA E SEGUIMENTO

Instituiu-se terapêutica de suplementação com hidrocortisona (15 mg/dia) e levotiroxina (25 µg/dia), com melhoria sintomática, sem novos episódios de vômito ou dor abdominal e recuperação parcial da autonomia. Foi feita avaliação neuro-oftalmológica que não objetivou alterações visuais relevantes que motivassem intervenção cirúrgica. Dada a faixa etária da doente e a natureza da lesão (crescimento lento), optou-se por estratégia conservadora, com suplementação hormonal e vigilância regular clínica, neuroimagiológica e campimétrica. Apesar da melhoria inicial, a recuperação não foi completa, com episódios de agudização da insuficiência suprarrenal, por vezes em contexto infeccioso, com necessidade de ajuste de corticoterapia e readmissões hospitalares.

■ DISCUSSÃO

A insuficiência suprarrenal secundária é consequência de disfunção hipofisária, sendo na maioria dos casos causada por uma lesão ocupando espaço ou cirurgia hipofisária.^[1,2] A causa mais frequente de lesão ocupando espaço selar é o adenoma hipofisário. Nas restantes causas, difíceis de distinguir imagiológica-mente do adenoma, estão o aumento fisiológico da glândula e tumores benignos e malignos da mesma.

A imunofenotipagem no sangue periférico não detetou populações linfoides anormais. Dos marcadores tumorais salienta-se CA 15.3 de 39.9 (valor de referência <31,3 U/mL).

A tomografia cranioencefálica demonstrava leucoencefalopatia microangiopática, não apresentando lesões ocupando espaço.

A biópsia guiada por TC de um dos nódulos pulmonares revelou infiltração em toalha por população linfóide atípica constituída por células médias e grandes com núcleos vesiculosos e nucléolos evidentes (**Figura 4.3**). Esta população era positiva para CD-20, BCL-6, MUM-1 e CD-21 (focal) e era negativa para CD-10 e BCL-2. Não se documentava rede folicular dendrítica pelo CD-21 (**Figura 4.4A**). O índice proliferativo (Ki-67) é de cerca de 90% (**Figura 4.4B**). Dados compatíveis com infiltração pulmonar por linfoma difuso de grandes células B, variante imuno-histoquímica: não de centro germinativo.

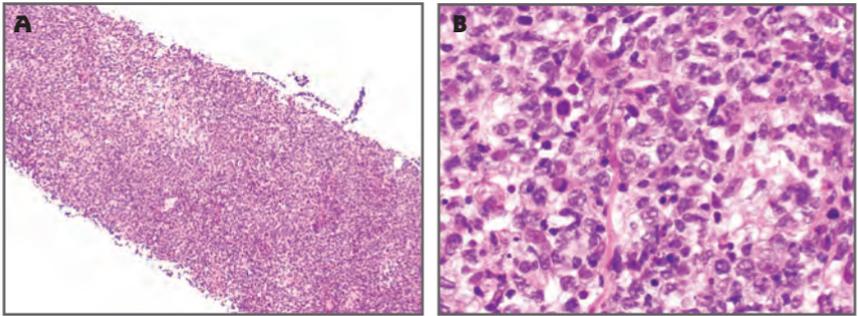


Figura 4.3 – (A e B) Neoplasia linfóide de padrão difuso, constituída por células grandes, com moderada anisocariose e numerosas mitoses dispersas.

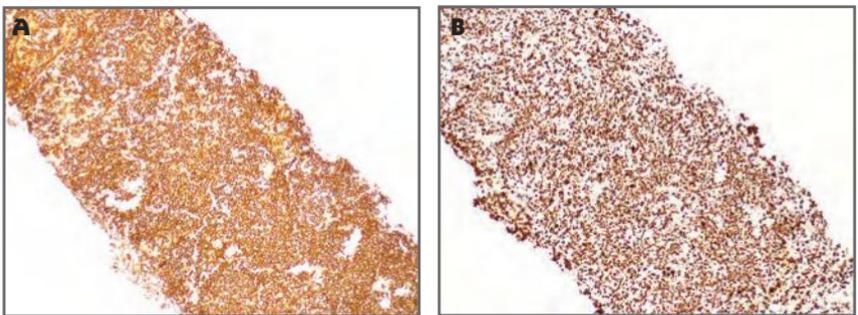


Figura 4.4 – (A) As células neoplásicas têm expressão para CD-20, compatível com células linfóides da linhagem B; (B) o índice de proliferação nuclear (Ki-67/MIB-1) é elevado: cerca de 90%.

de mau prognóstico, com elevada probabilidade de recidiva e baixa hipótese de sobrevivência, foi decidida terapêutica paliativa com corticoterapia.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância deste caso clínico deve-se ao modo de apresentação pouco frequente, que inicialmente nos fazia pensar num tumor renal com metastização pulmonar. Apesar da ausência de sintomatologia habitual nas recidivas de LNH, há que considerar este diagnóstico em doentes com LNH em remissão, mesmo que esta tenha ocorrido há vários anos. A recidiva de LNH folicular pode ocorrer sob a forma de linfomas mais agressivos como o difuso de grandes células, com pior prognóstico e sobrevida. Cabe, também, destacar a relevância do diagnóstico diferencial das lesões nodulares pulmonares em padrão de “largada de balões”, que, quando em localização periférica e com apoio da imagiologia, nos permitem chegar ao diagnóstico mais célere e com menos complicações.

Agradecimentos: ao Dr. Tiago Saldanha do Departamento de Imagiologia e Dr. António Galzerano do Serviço de Anatomia Patológica pela colaboração na abordagem deste caso quer na realização das biopsias quer na avaliação histológica e seleção de imagens.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Møller MB, Pedersen NT, Christensen BE. Diffuse large B-cell lymphoma: clinical implications of extranodal versus nodal presentation - a population based study of 1575 cases. *Br J Haematol.* 2004; 124:151.
- [2] Armitage JO, Weisenburger DD. New approach to classifying non-Hodgkin's lymphomas: clinical features of the major histologic subtypes. Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. *J Clin Oncol.* 1998; 16:2780.
- [3] Hui D, Proctor B, Donaldson J, *et al.* Prognostic implications of extranodal involvement in patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with rituximab and cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone. *Leuk Lymphoma.* 2010; 51:1658.
- [4] Weeks JC, Yeap BY, Canellos GP, Shipp MA. Value of follow-up procedures in patients with large-cell lymphoma who achieve a complete remission. *J Clin Oncol.* 1991; 9:1196.
- [5] Reed JC. *Chest Radiology: Plain Film Patterns and Differential Diagnoses.* 6th Edition, Elsevier, 2011; 337:344.

Tabela 5.2 – Associação a fármacos

Fármaco	Tipo de colite microscópica	
Anti-inflamatório não-esteróide (AINE)		CC
Lansoprazol	CL	CC
Ticlopidina	CL	
Cimetidina, ranitidina	CL	CC
Hesperidina + <i>Ruscus aculeatus</i> + ácido ascórbico (Cyclo 3®)	CL	
Carbamazepina	CL	
Alcaloides da vinca	CL	
Sulfato ferroso	CL	
Acarbose	CL	

CL: colite linfocítica; CC: colite colagenosa

A CL caracteriza-se por diarreia aquosa (4-10 dejeções por dia), que persiste durante a noite, com início insidioso (60%) ou subagudo (40%), urgência fecal, distensão e dor abdominal e perda ponderal. Cerca de metade dos doentes preenchem os critérios de Roma II^[2] para o diagnóstico de síndrome do cólon irritável, com predomínio de diarreia (**Quadro 5.1**).

Quadro 5.1 – Critérios de Roma II^[2]

Sintomas durante pelo menos 12 semanas, que não precisam ser consecutivas, nos últimos 12 meses, de desconforto ou dor abdominal que tem duas de três das seguintes características:

- Aliviada por defecação
- Início associado a alterações da frequência das fezes
- Início associado a alteração da forma das fezes

O exame objetivo, incluindo toque retal, não revela alterações, mas podem existir sinais de desnutrição e de desidratação.

Análiticamente pode haver elevação ligeira da velocidade de sedimentação (VS), anemia normocítica ligeira, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, presença de autoanticorpos (ANA, pANCA, fator reumatoide), aumento dos níveis de IgG, C3 ou C4 ou aumento do número de leucócitos fecais (55%). O exame microbiológico das fezes é negativo e os exames radiológicos e endoscópicos não revelam alterações.

O exame histológico confirma o diagnóstico, revelando infiltrado linfocitário na lâmina própria da mucosa cólica (>10 linfócitos por 100 células epiteliais); e, apenas na CC, há espessamento do colagéio subepitelial (>10 µm).

O curso da doença é flutuante, com períodos de remissão alternados com períodos de exacerbação, estando a remissão espontânea presente até 40% dos casos. O tratamento (**Figura 5.1**) inicia-se pela suspensão do fármaco potencialmente

uma dieta equilibrada, baseada na ingestão de peixe e grelhados, leite e derivados de forma irregular. Sem diarreia noturna, tenesmo, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre, calafrios, ou outra sintomatologia relevante. Objetivamente destacava-se sopro sistólico grau II em VI com intensidade máxima no foco aórtico e abdómen ligeiramente doloroso à palpação profunda na região do epigastro, sem reação peritoneal, sem massas ou organomegalias palpáveis.

Do estudo complementar da consulta destacava-se hemoglobina 11,6 g/dL, VGM 98,7 fL, HGM 31,7 pg, ferro 45 µg/dL, ferritina 16,7 ng/mL, CTFF 332 µg/dL, saturação transferrina 14%, ácido fólico 5,52 nmol/L, vitamina B12 185 pmol/L, sem outras alterações analíticas. Na eletroforese de proteínas identificou-se um pico monoclonal IgG capa de 7 g/dL (**Figura 6.1**).

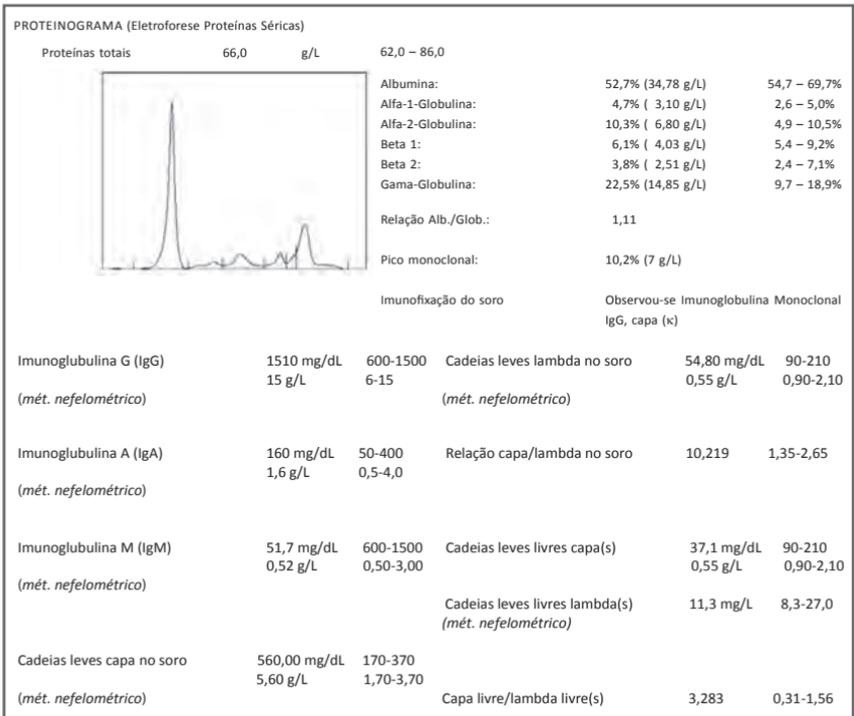


Figura 6.1 – Eletroforese de proteínas e imunofixação.

Os exames bacteriológico, parasitológico e pesquisa de toxinas A e B de *Clostridium difficile* nas fezes foram negativos. No exame sumário de urina destacavam-se muitos cristais de oxalato de cálcio, sem outras alterações. Sem alterações em radiografia do tórax e eletrocardiograma. A doente foi internada para estudo do quadro de diarreia crónica, anemia macrocítica normocrómica e pico monoclonal IgG capa (κ).

No internamento, analiticamente destacava-se hipotireoidismo subclínico (TSH 5,32 μ U/mL, T4 livre 12,4 pmol/L), anticorpo (Ac) antitransglutaminase IgA e Ac. anti gliadina desaminada IgG negativos, Ac anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) e anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) negativos. Na investigação do pico monoclonal IgG κ procedeu-se a pesquisa de cadeias leves livres monoclonais na urina, revelando Bence-Jones negativa. Considerando a hipótese diagnóstica de amiloidose, procedeu-se a biópsia de gordura abdominal. Dada a perda ponderal associada à diarreia crónica e anemia, realizou-se colonoscopia, apresentando uma lesão vegetante no reto proximal, entre os 8 e os 15 cm da margem anal, ocupando toda a circunferência, e uma lesão plana com cerca de 15 mm aos 40 cm da margem anal (**Figura 6.2**). A biópsia da lesão vegetante revelou um adenocarcinoma bem diferenciado.

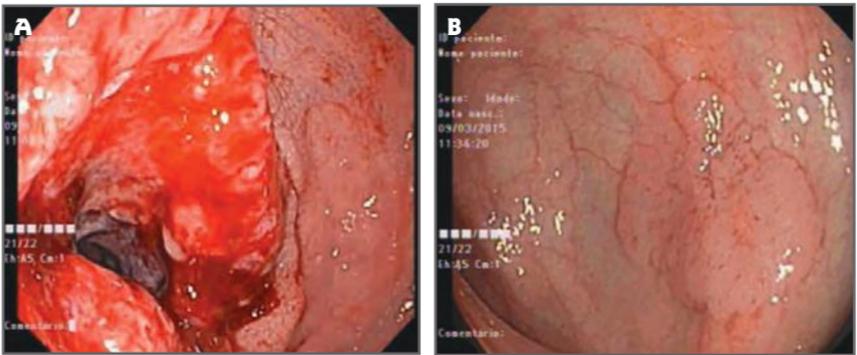


Figura 6.2 – Lesão do reto (A) e lesão plana da sigmoide (B).

Concomitantemente, o resultado anatomopatológico da biópsia de gordura abdominal foi positiva para substância amiloide, com coloração por vermelho de Congo (**Figura 6.3**). Não foi possível realizar análise imunohistoquímica da amostra, que possibilitaria a identificação do tipo de substância amiloide.

Após alta, foi realizada ressonância magnética abdominopélvica para estadiamento da neoplasia, destacando-se um tumor do reto médio/alto a cerca de 4 cm da margem anal, com uma extensão de 6,5 cm, com infiltração da gordura mesorretal, mas sem atingimento da fáscia mesorretal, sendo classificado como T3, apresentando concomitantemente cinco gânglios suspeitos na gordura mesorretal. Em equipa multidisciplinar foi decidida a realização de radioterapia neoadjuvante, tendo sido submetida posteriormente a resseção anterior do reto.

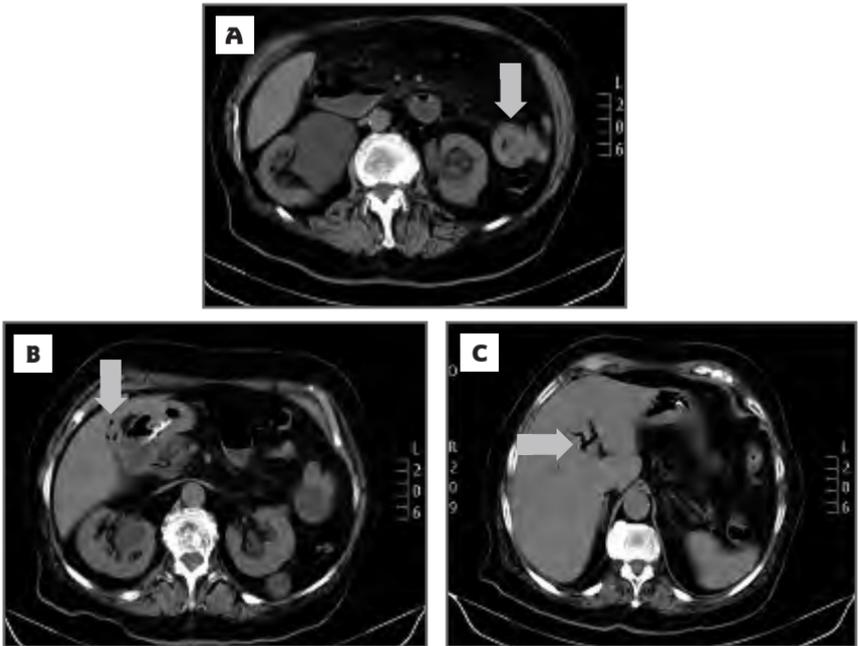


Figura 8.3 – (A) Ansa de delgado espessada; (B) aerobilia; (C) dilatação das vias biliares intra-hepáticas.

Foi então submetida a laparotomia exploradora de urgência, que revelou “oclusão do jejuno primeira ansa por corpo intraluminal com cerca de 4 cm de extensão. Procedeu-se a enterotomia exteriorizando-se cálculo biliar (intestino viável). Local de vesícula selado com epíploon. Sem líquido livre”.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências no Serviço de Cirurgia tendo a doente iniciado alimentação oral ao terceiro dia, com boa tolerância. Teve alta oito dias após a cirurgia a tolerar dieta e com trânsito intestinal mantido.

■ DISCUSSÃO

Na primeira ida ao Serviço de Urgência a doente apresentava-se com um quadro clínico, com oito dias de evolução, de vômitos de início súbito e dor abdominal ligeira a moderada.

As náuseas e vômitos podem ter diversas etiologias, incluindo infecciosas, iatrogênicas, tóxicas, doenças gastrointestinais, doenças do sistema nervoso central, ou psiquiátricas.

Perante o quadro clínico, exame físico e resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados foi assumido o diagnóstico de gastroenterite. A hipocaliemia foi interpretada no contexto dos vômitos.

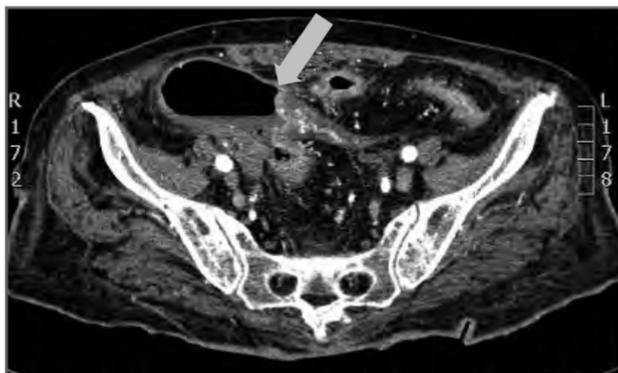


Figura 9.4 – Angio-TC de reavaliação com evidência de lesão à direita com nível hidroaéreo.



Figura 9.5 – Peça cirúrgica: quisto anexial fistulizado para o cólon sigmoide e terço superior do reto.

A avaliação da peça pela Anatomia Patológica revelou lesões de colorretite isquêmica com extensas ulcerações da mucosa e fistulização a cistadenoma seroso do ovário com processo inflamatório crônico com intensa atividade. A evolução no pós-operatório foi desfavorável, por abscesso da parede abdominal (evisceração contida e necrose parcial da parede abdominal). Foi novamente submetida a laparotomia exploradora, tendo sido realizado desbridamento cirúrgico de tecidos necrosados da parede e encerramento parcial da parede. Permaneceu internada no Serviço de Cirurgia Geral após estabilização clínica na Unidade de Cuidados Intensivos. Realizou terapêutica antibiótica com ciprofloxacina. Observou-se melhoria clínica e laboratorial, com estabilidade

Recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar quadro com dois dias de evolução de lesões cutâneas purpúricas pruriginosas, que teriam surgido inicialmente nos membros inferiores e de seguida nos membros superiores e tórax (**Figura 11.1**). Referia também náuseas e vómitos desde o dia anterior, bem como dor abdominal inespecífica nos quadrantes inferiores. Mencionava adicionalmente febre (não quantificada) e sensação de calafrio assim como gonalgia bilateral (mais intensa à esquerda) e artralgia no punho esquerdo. Salientava quadro gripal com uma semana de evolução. Negava hematúria, disúria, diminuição do débito urinário, cefaleia, ingestão de alimentos diferentes da sua alimentação habitual ou de novos fármacos.

Ao exame físico apresentava-se eupneico em repouso, hemodinamicamente estável (SaO_2 98% em ar ambiente; TA 168/76 mmHg; FC 95 bpm) e febril (38,8 °C). Sem alterações na auscultação cardiopulmonar e com o abdómen livre e indolor à palpação. Observavam-se lesões maculopapulares, purpúricas, pruriginosas, que não desapareciam à digitopressão, presentes sobretudo nos membros inferiores, mas também algumas dispersas no abdómen e membros superiores (**Figura 11.1**). Ambos os joelhos e punho esquerdo se encontravam ligeiramente edemaciados, com dor à mobilização ativa e passiva, sem outros sinais inflamatórios.

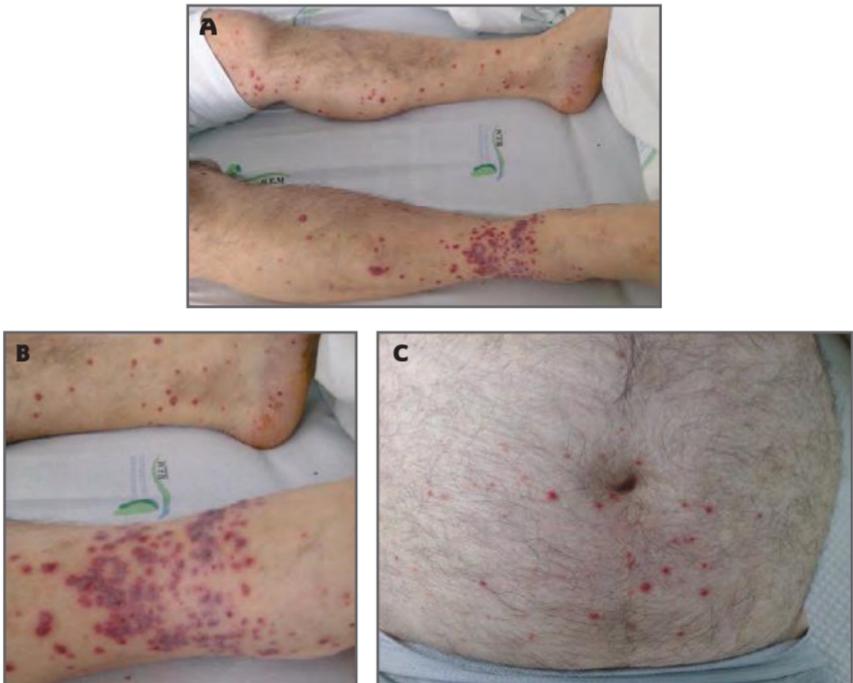


Figura 11.1 – (A) Lesões purpúricas nos membros inferiores; (B) lesões purpúricas ao redor dos tornozelos; (C) escassas lesões purpúricas no abdómen.

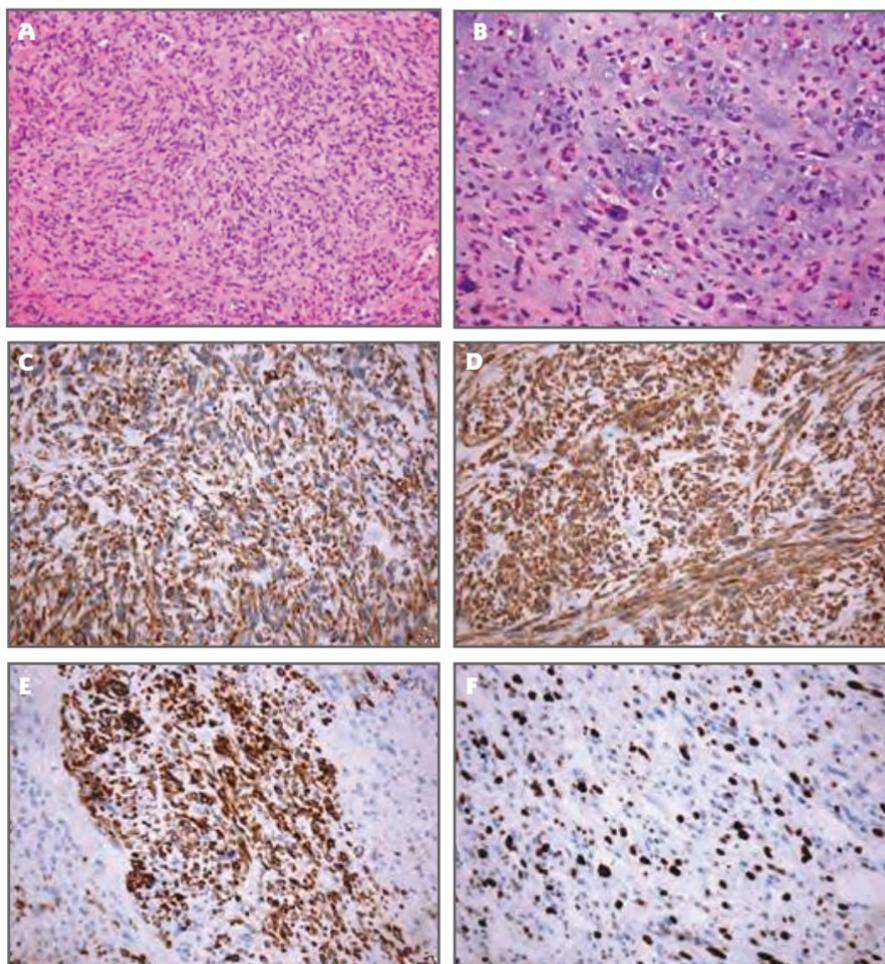


Figura 15.2 – (A) Neoplasia (hematoxilina eosina 100x); (B) área de diferenciação condroide (hematoxilina eosina 200x); (C) vimentina; (D) actina do músculo liso; (E) desmina; (F) Ki-67.

comum nas mulheres.^[7] Algumas variantes dos leiomiomas incluem lesões com extensão extrauterina ou até mesmo disseminação na cavidade pélvica, o que por si só não confere malignidade à lesão.^[7] Não existe um protocolo uniformizado de seguimento a longo prazo de mulheres hysterectomizadas.

Estudos citogenéticos têm apurado que os sarcomas se originam independentemente dos leiomiomas,^[8] estando documentada possibilidade de transformação sarcomatosa em 0,13-0,81% dos casos.^[9] Existem também raras descrições de progressão, nomeadamente relativas a um subgrupo de leiomiomas com determinada histologia celular ou atípica.^[7]

Este novo título da coleção Casos Clínicos relata vivências no Serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz (CHLO, EPE), contadas pelas diferentes equipas médicas na sua atividade assistencial diária. Os 16 casos aqui apresentados transmitem experiências diversas e descrevem a marcha diagnóstica, desde a “porta de entrada” do Serviço Nacional de Saúde – o Banco de Urgência – até à transferência para a “tira” na Enfermaria, que permite realizar o(s) diagnóstico(s) final(ais) para a prestação de cuidados de saúde centrados no doente.

Cada caso clínico inclui um *Resumo*, uma *Introdução*, o *Caso Clínico* propriamente dito, uma *Discussão* e uma *Bibliografia*; sendo casos reais, estão organizados por doentes e não por doenças.

Desejamos que esta publicação seja útil para todos os que tratam doentes, estudantes ou médicos em prática clínica, em instituições públicas ou privadas.

Alberto Mello e Silva

Médico Especialista em Medicina Interna e Cardiologia; Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; Professor Auxiliar Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

