



COMO FAZER TODOS OS DIAGNÓSTICOS

sanar

yellowbook



Um guia para Emergência e Clínica Médica

CLÍSTENES QUEIROZ





AUTOR

Clístenes Queiroz Oliveira

Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professor do Internato da Faculdade Salvador (Rede Laureate). Professor da Residência de Clínica médica do Hospital Santo Antônio - OSID. Mestrando em Medicina e Saúde pela EBMSP. Especialista em Clínica Médica e Especialista em Endocrinologia e Metabologia. Autor e editor da série de livros Yellowbook. Um dos criadores do aplicativo Yellowbook.



COLABORADORES

Adilson Júnior Pinto Galvão

Adriana Alves Rapp

Alessandra Oliveira de Santana

Alexandre Lins

Alice Fernandes de Almeida Oliveira

Amanda Peixoto Silva

Ana Elisa Brito

Ana Gabriela Melo

Ana Luísa Pedreira

Ana Teresa Caliman-Fontes

Bianca Lima Barretto

Bruna Pontes

Caio Perez

Camila Correia

Camille Lemaire

Carla Baleeiro

Cícero Rodrigues Veloso

Davi Hasselmann Barros

Ênio Vinícius de Lima Pereira

Érika Andrade

Eva Valadares

Felipe Sangiovanni

Fernanda Lima Paim

Filipe Seixas

Igor Esquivel Souza

Isla Miranda

Janaína Baggio

João Kleber Menezes

João Paulo Queiroz

João Vitor Souza Borges

José Adailto de Oliveira Neto

Juliana Magalhães

Laísa Caldas Fernandes

Leandro Anton

Lenno Anjos

Leonardo Oliveira Novaes

Leonardo Rabelo

Lucas Brandão Araujo da Silva

Lucas Ferreira Dupuy de Lôme

Lucas Gomes Souza

Lucca Vieira Tineli

Luís Eduardo Risério

Luiza Ramisia Silva França

Maiara Carneiro Fonseca

Malena Costa Hita

Marcel Henrique Silva Moraes

Marconi Cedro

Maria Gabriela Dezan



Mariana Brito Paixão

Mariana Muniz Monteiro

Marianne Jesus Souza

Marília Cruz

Marília Sampaio

Marjorie Maria Santana Lobo

Mayala Thayrine Santos Oliveira

Natália Walsh

Nathália Crusoé

Paula Baleeiro

Paula Meira

Paulo Lobo

Pedro Herrera

Pedro Macedo Britto

Pedro Ribeiro Marinho

Rafique Caroso Vaz Almeida

Raquel Luz

Raquel Paranaguá

Renata Cardoso Ribeiro

Renata Cerqueira

Renato Moraes Pereira Figueiredo

Roberta Menezes

Rodrigo Gomes dos Santos

Sabrina Rodrigues de Figueiredo

Sofia Fontes de Oliva Costa

Tamara Saba Schriek

Thiago Masashi Tamiguchi

Valmir Machado de Melo Filho

Virgínia Santos

Victor de Andrade Souza

Vitor Lobo Dantas

Vitor Mendes

Viviane Andrade

Viviane Torres





AGRADECIMENTOS

Durante três anos, a cidade de Salvador, na Bahia, foi o cenário de um projeto inovador de ensino-aprendizagem em Medicina, que ficou famoso como Batalha das Síndromes. Ocorrendo no auditório das Obras Sociais Irmã Dulce, era um mix de *storytelling*, aprendizagem baseado em times, gamificação e muita, muita pesquisa e estudo.

Criado e capitaneado por mim, com a participação de dezenas de médicos, nele fazíamos campeonatos de casos clínicos entre times de estudantes de Medicina do quinto e sexto ano. A Batalha das Síndromes foi um acontecimento tão inovador quanto grandioso e divertido, catalisando meus mais de 14 anos de docência e pesquisa. Toda essa energia está reunida neste livro, que é o tributo de uma vida e que levei 4 anos construindo, reunindo todas as milhares de informações e escrevendo-o.

Com uma saudade de professor, educador e amigo, queria destacar a generosidade de algumas pessoas que dedicaram um pedaço da sua vida na realização e planejamento das sessões que motivaram o início deste livro: Alexandre Lins, Camilla Correia, Filipe Seixas, Isla Andrade, João Kleber Menezes (você é um gênio louco, cara!), Leandro Anton, Leonardo Rabelo (viva você, Léo! Você é poesia no mundo!), Lenno Anjos (meu amigo e guru, quanto artigo massa você conseguiu para mim!), Luane Barreto, Lucas Brandão, Luis Henrique de Assis, Marconi Cedro (meu sócio e parceiro de sempre, quanto ajudou!), Paulo Góes (você é essencial em tudo, meu amigo! Suas gravações me ajudaram demais!) Paulo Lobo, Pedro Herrera (brilhante amigo, ainda quero as filmagens das sessões!), Raquel Luz, Raquel Paranaguá, Renata Cerqueira, Sabrina Figueiredo (como você me ajudou! Obrigado!) e Viviane Andrade.

Agradeço a Igor Esquivel, pela genialidade do traço e pela generosidade em ajudar a fazer este sonho ser realizado.

Agradeço a Dr. Carlos Geraldo Guerreiro de Moura, que me apresentou e fascinou ao pensamento diagnóstico.

Agradeço à minha esposa, Áurea Virgínia, que além de tanta ajuda nas madrugadas de estudo e escrita, neste tempo da feitura do livro, gerou e cuidou comigo dos meus tesouros: Léo e Tom.

E agradeço sempre à minha mãe, Maria Cleusa Silva Queiroz Oliveira, que multiplicou todo o cuidado comigo e com meus irmãos Danillo e Paulo Diogo, e estendeu este amor a todos os netos: Daniel, Kayala e aos meus filhos Tom e Leonardo.

Clístenes Queiroz Oliveira



SUMÁRIO

1. BASES PARA O RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO, 19

2. MÉTODO DE RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO, 51



3. SÍNDROME EDEMATOSA, 63

EDEMA DE ORIGEM CARDÍACA, 66

EDEMA HEPÁTICO, 76

EDEMA RENAL, 79

EDEMA ENTÉRICO, 83

EDEMAS LOCALIZADOS, 87

ASCITE, 88

BATALHA DAS SÍNDROMES, 91



4. DISPNEIA, 95

DISPNEIA AGUDA, 98

DISPNEIA CRÔNICA, 103

BATALHA DAS SÍNDROMES, 110



5. TOSSE, 113

TOSSE AGUDA, 117

TOSSE SUBAGUDA, 126

TOSSE CRÔNICA PRODUTIVA, 128

TOSSE CRÔNICA SECA, 133

BATALHA DAS SÍNDROMES, 146



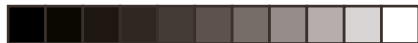
6. DOR TORÁCICA, 151

DOR TORÁCICA AGUDA, 154

DOR TORÁCICA CRÔNICA, 162

BATALHA DAS SÍNDROMES, 169





7. DISFAGIA, 173

DISFAGIA AGUDA, 176
DISFAGIA SUBAGUDA, 178
DISFAGIA RECORRENTE, 179
DISFAGIA CRÔNICA, 183
BATALHA DAS SÍNDROMES, 187



8. SOLUÇO, 193

SOLUÇO AGUDO, 196
SOLUÇO PERSISTENTE E INTRATÁVEL, 198
BATALHA DAS SÍNDROMES, 203



9. SÍNDROME CONSUMPTIVA, 209

AS ENDOCRINOPATIAS, 214
SÍNDROME CONSUMPTIVA + FEBRE, 218
DISTÚRBIOS ALIMENTARES, 222
DOR À ALIMENTAÇÃO, 223
BATALHA DAS SÍNDROMES, 226



10. HEPATOSPLENOMEGALIA, 231

HEPATOSPLENOMEGALIA AGUDA, 235
HEPATOSPLENOMEGALIA CRÔNICA, 239
HEPATOMEGALIA ISOLADA, 242
ESPLENOMEGALIA ISOLADA, 244
BATALHA DAS SÍNDROMES, 248



11. LINFADENOPATIA, 251

LINFADENOPATIA LOCALIZADA, 255
LINFADENOPATIA GENERALIZADA, 265
BATALHA DAS SÍNDROMES, 272



12. FEBRE PROLONGADA, 275

ETIOLOGIA INFECCIOSA, 278
ETIOLOGIA NÃO INFECCIOSA, 285
BATALHA DAS SÍNDROMES, 294





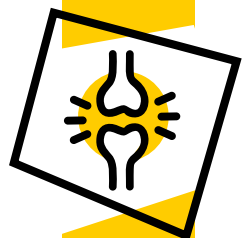
13. DIARREIA, 297

DIARREIA AGUDA, 300
DIARREIA CRÔNICA, 308
BATALHA DAS SÍNDROMES, 318



14. SANGRAMENTOS, 323

DISTÚRBIOS PLAQUETÁRIOS, 331
COAGULOPATIAS, 337
DISTÚRBIOS ESTRUTURAIS DOS VASOS, 344
BATALHA DAS SÍNDROMES, 347



15. ARTRITE, 351

MONOARTRITES, 355
POLIARTRITES SIMÉTRICAS, 364
POLIARTRITES ASSIMÉTRICAS, 373
BATALHA DAS SÍNDROMES, 377



16. LOMBALGIA, 381

LOMBALGIA MECÂNICA AGUDA, 385
LOMBALGIA MECÂNICA CRÔNICA, 392
LOMBALGIA INFLAMATÓRIA, 397
LOMBALGIA NÃO CINÉTICA, 399
BATALHA DAS SÍNDROMES, 405



17. FRAQUEZA, 413

MIOPATIAS, 417
NEUROPATIAS PERIFÉRICAS, 425
BATALHA DAS SÍNDROMES, 452



18. MIELOPATIAS, 457

MIELOPATIAS AGUDAS, 461
MIELOPATIAS SUBAGUDAS, 466
MIELOPATIAS CRÔNICAS, 471
BATALHA DAS SÍNDROMES, 483





19. DEMÊNCIA, 487

DEMÊNCIAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS, 497
DEMÊNCIAS RAPIDAMENTE PROGRESSIVAS, 499
DEMÊNCIAS DE EVOLUÇÃO INSIDIOSA, 505
DEMÊNCIAS PARKINSON-LIKE, 509
BATALHA DAS SÍNDROMES, 518



20. ESTADO CONFUSIONAL, 523

SÍNDROMES "TAQUIS", 528
SÍNDROMES "BRADIS", 538
SÍNDROMES PSICÓTICAS, 545
BATALHA DAS SÍNDROMES, 548



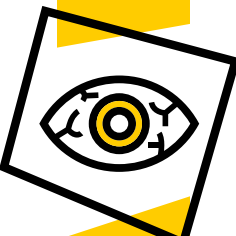
21. CEFALEIA, 553

CEFALEIA HIPERAGUDA, 560
CEFALEIA AGUDA, 566
CEFALEIA PERSISTENTE, 570
CEFALEIA CRÔNICA, 573
CEFALEIAS PRIMÁRIAS, 576
BATALHA DAS SÍNDROMES, 581



22. PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA, 585

SÍNCOPE, 589
BATALHA DAS SÍNDROMES, 596
CRISE CONVULSIVA, 601
BATALHA DAS SÍNDROMES, 609



23. OLHO VERMELHO, 615

OLHO VERMELHO COM SANGRAMENTO, 619
OLHO VERMELHO SEM SANGRAMENTO, 621
LESÕES CENTRAIS DO OLHO VERMELHO, 622
LESÕES PERIFÉRICAS DO OLHO VERMELHO, 628
UVEÍTE POSTERIOR, 630
BATALHA DAS SÍNDROMES, 632





24. ALOPECIA, 639

ALOPECIA CICATRICIAL, 642

ALOPECIA NÃO-CICATRICIAL, 648

BATALHA DAS SÍNDROMES, 654



25. ERITRODERMIA, 659

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS PRIMÁRIAS, 665

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS SECUNDÁRIAS, 671



26. LESÕES BOLHOSAS, 679

DOENÇAS BOLHOSAS LOCALIZADAS, 682

DOENÇAS BOLHOSAS GENERALIZADAS, 689

BATALHA DAS SÍNDROMES, 695



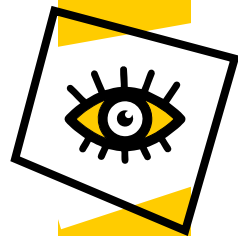
27. PRURIDO, 701

PRURIDO AGUDO, 705

PRURIDO CRÔNICO, 709

DERMATOSES DA GESTAÇÃO, 717

BATALHA DAS SÍNDROMES, 721



28. ICTERÍCIA, 723

ICTERÍCIA HEPÁTICA, 728

ICTERÍCIA BILIAR, 736

ICTERÍCIA INFECCIOSA, 740

ICTERÍCIA HEMOLÍTICA, 743

BATALHA DAS SÍNDROMES, 750



29. DOR ABDOMINAL, 753

DOR ABDOMINAL AGUDA, 757

DOR ABDOMINAL LOCALIZADA, 765

DOR ABDOMINAL EM CRISES, 773

DOR ABDOMINAL CRÔNICA, 776

BATALHA DAS SÍNDROMES, 780





COMO FAZER TODOS OS DIAGNÓSTICOS?

Fazer diagnósticos deverá sempre ser um processo árduo, humilde e generoso. Não há mágica na Medicina! Este verbo “fazer” tem também, e muito mais, o sentido de “construir” o processo diagnóstico: a partir do paciente, mas também “junto” com ele. A partir de um raciocínio que pressupõe estudo prévio, mas, por vezes, com ainda mais estudo e investigação diante de “encruzilhadas diagnósticas”, que nos levarão a redefinir perguntas a serem feitas ao paciente ou ao seu exame físico, e a pedir outros exames para verificação diagnóstica. Exames não para confirmar nossas suspeitas principais, mas para coloca-las à prova, para saber se se sustentam ou foram apenas construções retóricas.

Muitos diagnósticos são feitos em um lampejo de pensamento. Entretanto, por trás deste ato aparentemente mediúnico, na verdade, mesmo que não revelados, estão: a capacidade de relacionar o que foi visto e ouvido com padrões prévios e pensamentos elaborados, seguindo fluxos de decisões diagnósticas guardados na mente do médico.

Este livro propõe-se, humildemente, a lhe passar os padrões de doenças que conseguimos catalogar, buscando por eles em anos de prática médica, docência com médicos residentes, estudo e pesquisa sobre o assunto. E mais: ele divide com você fluxos diagnósticos das principais queixas e síndromes, que lhe norteiem a direção da anamnese e da investigação dos casos.

Preciso lhe dizer que fazer diagnósticos não significará acertar sempre ou saber tudo. Fazer diagnósticos é estar no caminho do mais provável, com um pensamento minimamente organizado, mas humilde e responsável, pois contempla o diferencial, aquela “outra doença” também possível e que deve ser lembrada e verificada com o exame físico, a anamnese ou exames laboratoriais e de imagem.

Os processos didáticos em espiral (os conceitos, em outros contextos) e em rede, a abordagem por problemas, as heurísticas, a aplicação da probabilidade e o respeito diante dos vieses: tudo isso você terá neste livro. Neste sentido, e desta forma, ele lhe mostra como fazer todos os diagnósticos.



COMO SE ORGANIZA O SEU LIVRO:

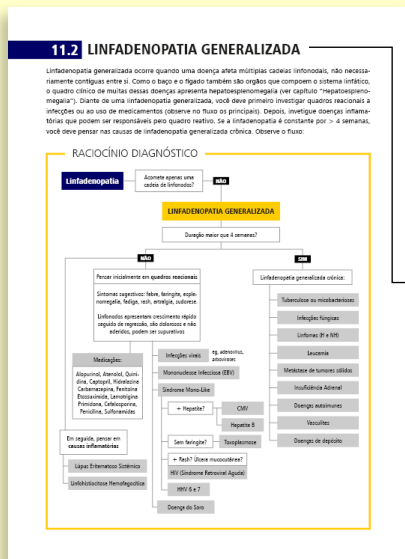
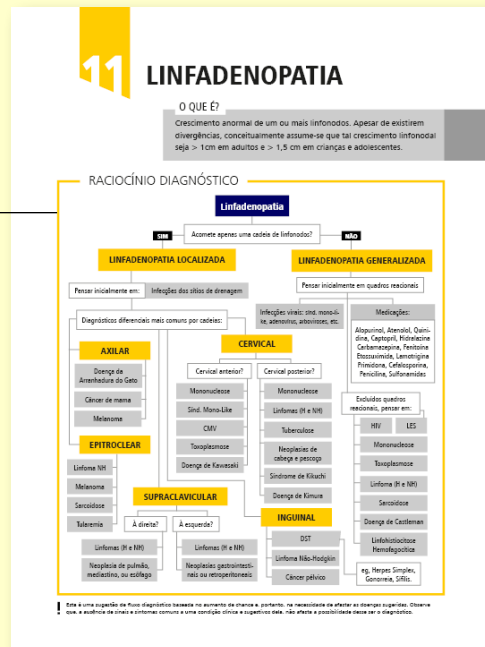
A ABORDAGEM EM SÍNDROMES

Nesse livro, o termo **síndrome** não será usado apenas no significado clássico de “um conjunto de sinais e sintomas”, mas também significará um sinal ou sintoma que possa motivar uma abordagem diagnóstica organizada e útil. Por exemplo: síndrome edematosa, febre prolongada, cefaleia crônica, dor torácica, olho vermelho, artrite aguda, dispneia. São dezenas de síndromes nos 27 capítulos sindrômicos gerais e em suas subdivisões.

OS FLUXOS DIAGNÓSTICOS

Cada capítulo é iniciado por um fluxo diagnóstico que apresenta, passo a passo, o caminho a ser seguido no raciocínio diagnóstico de cada queixa ou síndrome e na coleta de dados e exames.

- Síndrome principal
- Síndromes derivadas/específicas
- Perguntas/Direcionamentos
- Doenças/Etiologias



DESENVOLVIMENTO E SUBDIVISÕES

O conteúdo do capítulo é apresentado seguindo as subdivisões de síndromes derivadas/específicas. Acompanha esse desenvolvimento um fluxograma mais detalhado, complementando o fluxograma principal.



ENTENDENDO O PROBLEMA

O olho vermelho é o sinal ocular mais frequentemente encontrado nos serviços de pronto-atendimento não oftalmológicos. Suas causas mais comuns são relativamente benignas. Contudo, existem situações potencialmente graves e que demandam rápido encaminhamento para o especialista, além de diagnóstico e intervenção precoces.

Vamos apresentar aqui a ficha clínica de uma dessas emergências oftalmológicas:

AS CAUSAS MAIS TEMIDAS!

- P PAIN (lesões centrais com dor ocular intensa)
- P Pressão ocular aumentada (Glaucoma Agudo)
- P Perda súbita da visão (Vítelo Anterior/Posterior)
- P Petéquias, hemorragia (Endocardite infecciosa)

GLAUCOMA AGUDO

FICHA CLÍNICA

O QUE É?

Aumento súbito da pressão intraocular graças a dificuldade significativa na drenagem do humor aquoso. O glaucoma agudo (de ângulo fechado) ocorre quando essa drenagem é súbitamente bloqueada, promovendo elevação rápida da pressão intraocular, podendo culminar na neuropatia óptica se não diagnosticado e tratado.

COMO FAÇO O DIAGNÓSTICO?

Realizar exames oftalmológicos, tais como:
Tonometria (medida da pressão intraocular);
Fundo de Olho ou Oftalmoscopia, que avalia se há lesão no nervo óptico e a extensão da lesão;
Gonioscopia, avalia o ângulo de escoamento do olho, determinando o tipo de glaucoma;
Teste do Campo Visual, que avalia se há ou não perda no campo visual e a extensão dessa lesão.

EM QUEM OCORRE?

Mais comum na população negra e asiáticas.
Fatores de risco: DM, idade > 40 anos, história familiar positiva, pressão intraocular prévia elevada, e portadores de hipermetropia.

QUAIS SINAIS E SINTOMAS?

Visão turva, dor ocular intensa, olho vermelho, escotomas, cegueira, córnea edematosa e opaca, além de cefaleia, náuseas, vômitos. Na maioria dos casos, o glaucoma agudo é unilateral. É uma emergência oftalmológica, pois pode rapidamente progredir para cegueira irreversível.

QUAL DEVE SER A CONDUTA?

Posicionar paciente em decúbito dorsal, e usar:
Agentes hiperosmóticos: Manitol 20% IV (4,5 a 6 g/kg/dia) ou Glicerina 50% VO (4,5 g/kg/dia) + monitorização hemodinâmica + Acetazolamida (inibidor da anidrase carbônica) 1 g/dia VO + Pilocarpina 2%, colírio + Maleato de Timolol 0,5%, colírio, ou, em caso de contra-indicação, Tartarato de Brimonidina 0,15% ou 0,2%, colírio + colírio de corticosteróide.
Pode-se fazer depressão central da córnea, conduta reservada aos especialistas. Pode ser necessário tratamento cirúrgico.

PODE CAUSAR QUAIS SÍNDROMES?

CEFALÉIA - OLHO VERMELHO

DOENÇAS TEMIDAS

Seguindo-se a máxima de que “no início, deve-se afastar o grave e com risco de vida”, no começo do capítulo, apresentamos as condições mas “temidas” e como afastá-las.

MNEMÔNICOS

Esse livro usa e abusa da criação de mnemônicos que facilitem a memorização de doenças temidas, sinais de alarme e características das doenças. Aproveite!

FICHAS CLÍNICAS

Cada doença é apresentada com detalhes e dentro dos contextos clínicos nos quais elas aparecem, sempre com foco no diagnóstico e nas condutas principais. As fichas lhe mostram: o que é a doença, quais sinais e sintomas, em quem ocorre, como fazer o diagnóstico, qual deve ser a conduta e que outras síndromes desse livro podem ocorrer.

TOME CUIDADO!

Essa seção, representada por um “barril”, identifica uma situação que pode induzir o médico a uma erro diagnóstico, e indica como fugir dela.

PULO DO GATO

Aqui, nosso gato especialista em todas as áreas clínicas lhe contará uma dica especial e essencial para facilitar o diagnóstico.

QUAIS EXAMES EU PEÇO E QUANDO EU PEÇO?

Nesta seção, você encontrará informações sobre a solicitação racional de exames complementares, especificando a situação (eg, quadro clínico, epidemiologia do paciente) em que cada exame deve ser solicitado.



ENTENDENDO O PROBLEMA

A perda de peso involuntária é uma queixa comum no ambulatório e inicialmente inespecífica. A construção de uma história clínica detalhada corroborada com achados do exame físico, podem suscitar pistas e consequentemente resu-

lar na definição do diagnóstico. Neste capítulo, apresentaremos as fichas clínicas das principais doenças associadas à perda de peso importante e não intencional.

TOME CUIDADO!



Devemos sempre excluir o uso de medicações que podem contribuir com redução ponderal. Dentre essas, é importante destacar 3 principais mecanismos associada a redução de peso: (1) alteração do paladar, como exemplo, a Metformina, Propironeolol, Captopril e Carbamazepina; (2) alteração da deglutição, como exemplo, o Alendronato e Levodopa; (3) alteração do apetite, como a Digoxina.

PULO DO GATO



Na perda de peso importante, nunca pule para conclusões precipitadas, mas jamais esqueça a possibilidade de neoplasias! 15-40% dos pacientes com câncer apresentam síndrome consumptiva. E esse valor é maior no câncer gastrointestinal e pulmonar. Lembre também dos linfomas, câncer renal e próstata. Observe abaixo os rastros importantes:



QUAIS EXAMES EU PEÇO E QUANDO EU PEÇO?

Deve-se considerar a realização de rastreamento para câncer, conforme sexo e idade*. Lembre-se que marcadores tumorais não devem ser realizados para diagnóstico!

MULHERES

Rastreo de câncer de colo de útero:

Visão sexual ativa e/ou entre 25 e 65 anos: colposcopia e citologia oncológica (Papanicolaou) a cada 3 anos, se dois primeiros exames com intervalo de 1 ano forem negativos.

Rastreo de câncer de mama:

50 e 69 anos: mamografia a cada 2 anos.

*Recomendações do Ministério da Saúde do Brasil até a data de publicação do livro. Rastreo para neoplasia de próstata não recomendado. Para pacientes de alto risco (história familiar, história pessoal, predisposição genética conhecida), consultar recomendações específicas.

HOMENS E MULHERES

Rastreo de câncer de cólon retal:

Maiores que 50 anos: colonoscopia a cada 10 anos.

Caso exame alterado (lesões de baixo risco como adenomas sem displasia e/ou 1 cm ou de alto risco como adenoma > 1 cm, vitelo ou pólipos vilosos ou displasia de alto grau), indicar-se mudança do intervalo do rastreo.

TABAGISTAS

Rastreo de câncer de pulmão:

Maiores que 50 anos e menos de 15 anos de tabagismo, entre 55 e 75 anos: tomografia computadorizada de tórax de baixa dose.

DICA DO RADIO

Convidamos radiologistas para te ajudar a interpretar os principais exames de imagem, sempre focando nos padrões radiológicos mais relevantes para cada doença.

ENQUANTO ISSO, NO EXAME FÍSICO

Aqui você encontra dicas sobre a propedêutica das síndromes e doenças apresentadas, bem como aprende a interpretar os achados.



BATALHA DAS SÍNDROMES

confusão (s.f.)

1. ato ou efeito de confundir(-se). 2. estado do que é ou se encontra misturado. 3. ato ou efeito de tomar uma pessoa ou uma coisa por outra; equívoco; engano.

4. conflito entre duas ou mais pessoas por falta de concordância a respeito de algo; discórdia; desentendimento. 5. perturbação da ordem; desordem; tumulto; bofema. 6. mistura confusa, desordenada, de seres ou coisas; misturada.

CASO 1

"Quando passei com o caminhão em Juazeiro do Norte, o dia nem tinha amanhecido. Tomei café com conhaque e meu kit completo de "poções mágicas" para viagem com horário apertado. Lambro que, em Euclides da Cunha, eu repeti a dose. O empreiteiro cobrava demais. Depois foi só confusão.

Dor no peito, palpitação. Precisava lavar a carga pro porto de Salvador. E esse porto fica atrás da Igreja do Bomfim, não é? Com certeza que sim!



E esses homens todos querendo me impedir de atravessar minha carga?! Minha carga são ervas medicinais e ouro, diamantes e bonecas de porcelana. E todos querem me roubar! Não posso parar nem pra comer! É perigoso! Aliás, nem fume ao tanho!"

E lá vem o caminhão desgovernado, na contramão da Av. Bomfim. Empurrou um carro, subiu no calçamento. Foi uma gritaria sem precedentes!

1. Qual a causa mais provável da confusão mental deste caminhoneiro?

CASO 2

"Quando eu passei cambaleando no canal do bairro do Uruguai, acho que eram umas 10 horas. Não me sentia bem. Primeiro, foram umas manchinhas vermelhas em todo o corpo. Depois foram fazendo feridas, bem pequenas, centenas. Cogam muito! Ontem, não consegui andar direito. Quando vou andar, parece o tempo inteiro que vou cair. Abro bem as pernas para não cair no ego do canal do Uruguai. Não aparece um inteliç para me ajudar! Vou me arrastando para o Hospital Irmã Dulce, ver se me internam. Já com 22 anos e cheio de precha no corpo! Ninguém merece!

E o que é pior: febre, dor de cabeça e não consigo acertar com a mão em nada que miro! Tento segurar em um poste para atravessar a rua, e quase caio de novo. Não lembro direito que dia é hoje nem o que fiz. As ideias embaralharam na minha mente. Preciso atravessar a rua e chegar no Irmã Dulce! Que barulho é esse? Uma carreta?! Tá vindo bem em minha direção! JESUS!"

GABARITOS COMENTADOS

Calma! Sem desespero! Os casos apresentados são amplamente discutidos no gabaritos ao final do capítulo, úteis para fixação do conteúdo aprendido.

DICA DO RADIO

Tanto encefalite quanto meningite são causas de cefaleia – febre que são potencialmente muito ameaçadoras à vida do paciente. Por isso, quando pensamos nestas possibilidades, através do contexto clínico e laboratorial do paciente, é comum lançar mão de estudos de imagem. Apesar de poder ajudar muito em outras causas de cefaleia secundária, a TC não oferece muitas informações quando o suspeto é de causa infecciosa. Na maioria das vezes, tanto a meningite quanto a encefalite se apresentam com TC normal.

O exame ideal neste cenário é a RM do crânio com contraste.

Encefalite herpética: o achado clássico é que sempre deve fazer pensar nessa hipótese, até prova do contrário, é a presença de hipersinal no lobo temporal na sequência FLAIR, especialmente envolvendo a região hipocámpica, que a parte mais medial do lobo temporal. Este achado não é patognômico de encefalite herpética, mas se tem uma coisa importante de guardar, dentre todas as dicas que vou te passar nesse capítulo é: sempre que houver hipersinal nos lobos temporais em um paciente com quadro suspeto de encefalite (febre, cefaleia e alteração do nível de consciência), o diagnóstico PRESUNTIVO de encefalite herpética deve ser feito e o tratamento deve ser iniciado IMEDIATAMENTE, já que essa é uma patologia com altíssima morbimortalidade, e o início precoce do anti-viral é a melhor chance que esse paciente tem (Fig. 4).

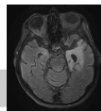


Fig. 4 - RM no plano axial, mostrando hipersinal na porção medial dos lobos temporais, mais rotável à esquerda, em um paciente com encefalite herpética.

Meningite: é bastante frequente que um paciente com meningite tenha exame de imagem completamente normal, mas quando ele está alterado o que podemos ver na RM é um sinal realce leptomeningeo. Tocando em miúdos, significa que haverá um maior "brilho" nos sulcos da convexidade, maior do que o esperado no paciente normal após a injeção do contraste porquê a pia-mater, inflamação, capta o contraste e passa a reagir. Se, contudo, o realce predomina nas cisternas da base, pode se tratar de meningite tuberculosa (Fig. 5).

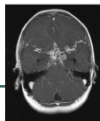


Fig. 5 - RM no plano axial mostrando realce difuso das cisternas basais em paciente com meningite tuberculosa.



SINAIS CLÍNICOS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA

Sinal de Kernig: impossibilidade de extensão passiva das pernas (articulação do joelho) com o paciente em decúbito dorsal. A articulação do quadril está semiflexada a 90° com o tronco.



BATALHA DAS SÍNDROMES

Aqui você experimenta um pouco das sessões que deram origem a esse livro: o projeto Batalha das Síndromes. Minicaseos e storytelling que te desafiarão a encontrar diagnósticos, ao mesmo tempo em que você se diverte.

CASO 9



Mulher conhecida por realizar números artísticos com fogos. Sua especialidade era queimar seus ombros e costas com velas e brasas. Referia não sentir prazer com isso. Nem mesmo dor. Faziam uma ressonância magnética cervical para estudar e não havia comprometimento nem protrusão das tonsilas cerebrais, apenas lesões escavas em medula.

1. Qual o diagnóstico de nosso paciente?

RESPOSTAS DOS CASOS

CASO 01: 1. Hemofilia. 2. Os sangramentos intramedulares, que apesar de raras podem acontecer associados a quadros clássicos de hemofilia. 3. As alterações neurológicas ocorreram devido a compressão da medula espinhal causada pelo sangramento medular.

CASO 02: As várias fraturas sofridas pelo paciente podem ter desencadeado uma embolia gordurosa, que causou obstrução da artéria espinhal anterior, levando a síndrome da artéria espinhal anterior.

CASO 03: 1. Síndrome da cauda equina. 2. Sarcoidose.

CASO 04: 1. Síndrome do Forame Magno. Nesse caso, chamou atenção a progressão da lesão com padrão "em relógio", além da dor suboccipital e presença de sinal de 1º neurônio motor (Babinski). 2. As principais causas dessa síndrome são espondilose cervical, neurinroma, astrocitoma (mais comum em crianças), meningioma, estenose múltipla, subluxação atlantoaxial e siringomielia. Se não havia lesão tumoral e a paciente é portadora de artrite reumatoide, tem-se que o diagnóstico mais provável é subluxação atlanto-axial.

CASO 05: A síndrome mais provável é a síndrome da propriocepção + 1º neurônio motor, caracterizada por alteração na marcha e no equilíbrio, perda da propriocepção e do sentido vibratório nas pernas, sinal de Romberg positivo, e com sensações de dor e temperatura malditas.

CASO 06: Síndrome do Cone Medular. Lembre-se que essa síndrome tem instalação rápida, a disfunção sexual é precoce, pode haver anestesia em sela simétrica e fraqueza muscular leve nas pernas, com sinais do neurônio motor superior ou inferior.

CASO 07: "toes dorsais", uma vez que esta doença é caracterizada por hipotonia de membros inferiores, sem fraqueza e com articulações hiperextensíveis, marcha atálica "baterdo os pés" que piora no escuro ou fechando os olhos, além de epíspulos lancinantes de dor em membros inferiores.

CASO 08: 1. Não. Trata-se de uma doença fatal (paralisia respiratória), embora o tratamento seja importante, contribuindo para a sobrevivência média de 3-6 anos. 2. Esclerose Lateral Amiotrofica. Observe os sinais de atrofia grefeosa na lesão do NMI e fascicila na lesão do NMS a nível cervical (mão direita) e bulbar (língua, distúrgia), espasticidade (NMS), com evidência de progressão da lesão e ausência de sinais sensitivos.

CASO 09: Síndrome da anestesia em colete. Essa síndrome se caracteriza por perda da sensação de dor e temperatura com distribuição em "colete" ou "gola", na região dos membros inferiores do pescoço e superior do tronco. O achado de lesões escavas em medula reforça a suspetta diagnóstica, uma vez que geralmente são lesões cavitárias na região central da medula, como siringomielia e tumores intramedulares.



BASES PARA O RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO



BASES PARA O RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

por Clístenes Queiroz Oliveira

Quando o israelense Daniel Kahneman elaborou a **"teoria do pensamento dual"**, que o levaria ao prêmio Nobel, ele não imaginava a aplicação dela ao pensamento médico e diagnóstico. Hoje, depois de tantos desdobramentos, sabemos que a teoria dual é tão genial e didática quanto é maravilhosamente simplista e imperfeita. Nas próximas páginas irei lhe provar porque.



Reconhecimento de padrões:
INTUIÇÃO

OS MÉDICOS PADRONIZAM AS DOENÇAS

O pensamento por padrões é rápido, automático, sem esforço e inconsciente.



Imagem: Wikimedia Commons (CC-BY 3.0)

Fig. 1 - Só de olhar, sabemos que é um cachorro bonzinho e fofinho.



Imagem: U.S. Air Force, by Josh Plueger

Fig. 2 - Mesmo uma olhada "de canto de olho" nos faria sair correndo!

O pensamento intuitivo não só reconhece em segundos que são cães, como consegue atribuir o rótulo de fofinho ou raivoso (me salve meu Deus!) e gerar uma ação, mesmo sem um "raciocínio elaborado".

Na Medicina, é igual. Se você já viu antes, sabe o que é:



Imagem: James Heilman, MD (CC-BY 3.0)

Fig. 3 - Paciente edemaciado.



Imagem: O. Celik, M. Nijazoglu, H. Soyju and P. Kadioglu (CC-BY 3.0)



Fig. 4 - Fácies de Cushing.



Fig. 5 - Oftalmopatia de Graves.

Imagem: Jonathan Trobe, M.D. (CC-BY 3.0)

Algumas vezes, até mesmo quem nunca viu, pode reconhecer:

Fig. 6 - Escápula alada.



Imagem: Pellegrino, Luciano Antonio Nassar et. al. (2008)

Causas de escápula alada:

- Distrofia Facioescapuloumeral
- Distrofia Muscular Cintura-Membro
- Emery-Dreifuss
- Síndromes Espulofibulares
- Miosite por Corpúsculos de Inclusão
- Atrofia Muscular Espinhal Distal tipo 4

ÀS VEZES, ROTULAR É COMPLEXO!

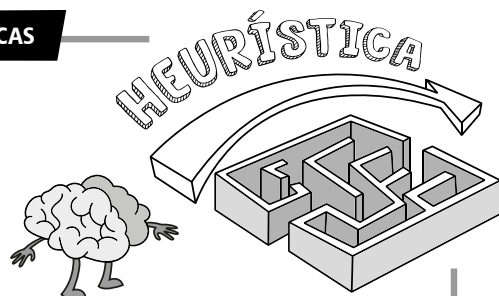
Como praticam muitos excelentes médicos e enfermeiros, todos os dias nas emergências, reconhecer um conjunto de padrões que fazem um doente parecer grave salva muitas vidas.

Os especialistas levam vantagem, por exemplo, por dominar um volume maior de padrões detalhados, para um número menor de possibilidades clínicas. Para mim, que sou endocrinologista, é imediato reconhecer uma fácies mixedematosa ou um paciente com hiperandrogenismo. Mesmo que, na verdade, o que acontece é uma comparação involuntária com a face de vários outros pacientes já diagnosticados ou com uma imagem padrão daquele velho e bom livro estudado.

AS PRIMAS DOS PADRÕES DE DOENÇAS: AS HEURÍSTICAS

Heurísticas são atalhos cognitivos empregados em decisões não racionais, sendo definidas como estratégias que ignoram parte da informação com o objetivo de tornar a escolha mais fácil e rápida.

Em geral, os estudantes e médicos residentes adoram, e com razão, ouvir atalhos cognitivos como estes:





"Homem com monoartrite em crises deve ser gota!"

"Eritema nodoso acima do joelho deve ser sarcoidose!"

"Edema de face sugere edema renal!"

"Hipertensão com perda de função renal sugere síndrome nefrítica."

"A diarreia que desperta o paciente deve ser de causa orgânica e não funcional!"

"A hematúria na nefropatia diabética sugere outra etiologia."

Este livro tem alguns desses, entre centenas de atalhos cognitivos. E eles são muito úteis para se economizar tempo na busca pelo diagnóstico, e para processar com agilidade mental algo que levaria horas ou dias. Mas, estas heurísticas podem ser perigosas... Veja como:

QUANDO O PADRÃO VIRA UM PROBLEMA: VIESES COGNITIVOS



Temos que ter bem claro que heurística e vieses são duas faces da mesma pessoa. Vieses cognitivos são tendências a pensar de certas maneiras, que podem levar a desvios sistemáticos de lógica e a decisões irracionais.

Quer exemplos?



Imagem: Yathin S. Krishnappa (CC-BY 3.0)

Fig. 8 - Parece um cachorro? Mas não é. É um mabeco. Aposto que você nem nunca ouviu falar.

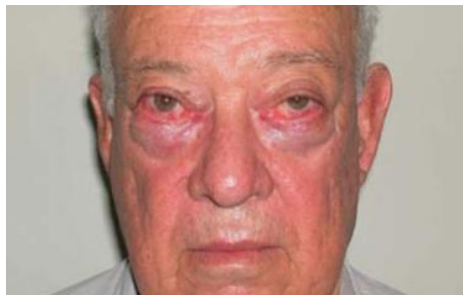


Imagem: Charles J. Sharp (CC-BY 4.0)

Fig. 7 - O que seria esse animal para você? Pois é, aqui não é lobo, nem raposa, nem "cachorro que parece lobo". É um coiote.



Imagem: Silva, Cristiane do Prado et. al. (2008).



Aqui vai um exemplo da Medicina:

Fig. 9 - Parece com algo que você já viu neste capítulo? Mas não é. Desta vez não foi Oftalmopatia de Graves, como se pensou, mas sim uma síndrome de veia cava superior simulando aquela condição.

O uso dos padrões, às vezes, leva ao mais comum dos vieses em medicina: o **fechamento prematuro**. Fazer um fechamento prematuro é “ser induzido a um erro, por chegar a uma conclusão diagnóstica sem considerar todos os dados que seriam relevantes”.

Lembra das heurísticas que apresentamos na página anterior? Vamos fazer uma análise crítica para elas:

O OUTRO LADO DAS HEURÍSTICAS

HEURÍSTICA	ANÁLISE
“Homem com monoartrite em crises deve ser gota!”	Será que desta vez não poderá ser uma monoartrite por pirofosfato de cálcio? Sim! Sobretudo se houver uma condrocalcinose não verificada, ou nos idosos, nos quais pseudogota é comum.
“Eritema nodoso acima do joelho deve ser sarcoidose!”	Eritema nodoso acima do joelho pode ser surto reacional han-sênico! Muito mais comum que Sarcoidose. Ou pode ser só uma síndrome de eritema nodoso primário mesmo, ou uma comum faringite estreptocócica.
“Edema de face sugere edema renal!”	Acredite: a causa mais comum de edema de face é Insuficiência Cardíaca! Além disso, há várias causas de edema de face que você verá no capítulo “Síndrome Edematosa”.
“Hipertensão com perda de função renal sugere sd. nefrítica.”	O paciente com hipertensão e perda de função renal pode estar com uma nefropatia hipertensiva aguda, ou pode estar hipervolêmico pela doença renal, ou simplesmente ter hipertensão essencial não tratada, associada a outra causa de lesão renal.
“A diarreia que desperta o paciente deve ser de causa orgânica e não funcional!”	Levante a mão quem já não foi acordado por uma diarreia aguda terrível, alimentar ou infecciosa, apenas!
“A hematúria na nefropatia diabética sugere outra etologia”	Na verdade, 40 % das nefropatias diabéticas tem hematúria. Parece que só o caráter dismórfico ou macroscópico da hematúria pode ter algum valor heurístico!

LÁ VEM O TAL VIÉS DE REPRESENTAÇÃO!

Homem, 26 anos, com relato de linfonodos cervicais volumosos em cadeia cervical, com cerca de 2 cm, há cerca de 3 semanas. Refere ainda dor nos linfonodos. Perguntado se a dor está relacionada à ingestão de álcool, e ele acredita que seja. Refere ainda dor faríngea. Ao exame: linfonodos cervicais bilaterais, axilares, epitrocleares e inguinais com igual tamanho e característica.

- I. Qual o diagnóstico mais provável?
 - a. Sífilis secundária
 - b. Linfoma
 - c. Reatividade viral
 - d. Seminoma de testículo





Quem não acertou pode ter sido, desta vez, atrapalhado por algumas heurísticas e alguns padrões que construíram a sua representação mental desta situação clínica. Frases como “linfonodo que dói quando se ingere bebida alcoólica sugere linfoma de Hodgkin” (verdade, mas rara e de baixa acurácia) ou que “linfonodo epitroclear sugere sífilis secundária” (verdade em uma época passada da medicina, na qual a probabilidade pré-teste de sífilis secundária era bem grande).

O comum é comuníssimo (para usar uma heurística geral e bem boa). Portanto, os quadros de reatividade às dezenas de vírus cotidianos recheiam a nossa prática clínica de apresentações “atípicas e comuns”, pelo grande número, de linfadenomegalias agudas generalizadas, rashes estranhos, artrites “simuladoras de tudo”, encefalites, síndrome de pernas inquietas, mielites transversas, hematórias, proteinúrias e muito mais! A resposta é a alternativa C.

Mas aí não poderia ser também um viés de disponibilidade, professor?

Sim, sim! Aquele aluno que sempre levanta a mão e faz aquela pergunta capciosa geralmente tem razão! Pois o **viés de disponibilidade** ocorre quando as “decisões são tomadas com base na facilidade com que casos ou resultados semelhantes são lembrados”.

Portanto, os casos de linfonodos aparentemente casuais que depois se demonstraram linfomas agressivos (tendo dor com bebida alcoólica ou não) influenciarão para sempre a percepção daquele jovem médico. E a dor lombar que era uma dissecação de aorta? E o micronódulo de tireoide que se revelou carcinoma e foi a própria paciente que pegou o pedido da punção com um vizinho médico contra sua orientação?

Será que vivências como estas terão o poder de nos fazer lembrar e pedir tomografia em todos os pacientes com dor lombar aguda? E punção em todos os milhões de micronódulos do Brasil?

E lá vai um toque para o “aluno-que-sempre-levanta-a-mão” sobre viés de disponibilidade: Não, calma! Esse caso não tem nada a ver com este outro paciente que você viu na outra enfermaria ou no outro estágio! Sua mente é que está “enviesada”!





BATALHA DAS SÍNDROMES

QUESTÃO 1



♦ Qual o sinal propedêutico observado e qual o seu significado clinicopatológico?

- a. Escápula alada / Alterações neuromusculares da cintura escapular
- b. Escápula alada / Doença do metabolismo do glicogênio
- c. Sinal de Gowers/ Lesão da musculatura proximal
- d. Sinal de Gowers/ Distrofia muscular de Duchenne

QUESTÃO 2



Imagem: Herbert L. Fred, MD and Hendrik A. van Dijk (CC-BY 2.0)



Imagem: Herbert L. Fred, MD and Hendrik A. van Dijk (CC-BY 2.0)

♦ No paciente no qual esses sinais estão presentes, isso significa:

- a. Eritema medicamentoso fixo
- b. Estrias violáceas da Síndrome de Cushing
- c. Hemorragia em subcutâneo
- d. Hemorragia retroperitoneal

QUESTÃO 3

Ao lado dela, um rapaz fazia musculação. Devia ter uns 25 anos. Gemendo mais que aquele áudio tenebroso do WhatsApp. Porém uma coisa chamou atenção: Ele estava todo inchado, anasarcado! Anos de experiência no hospital, aguçaram o instinto investigativo da nossa querida Helena.

- Ei, você aí! Você já reparou que tá todo inchado, não? Olha, eu trabalho em um hospital, falo com meu chefe e a gente arruma um leito lá pra você..

- Inchado o que, tia? Tá doida é? Aqui é pura massa muscular. Eu tomo creatina, Whey, albumina, BCAA, além de uns comprimidos de suplementos que meu ortomolecular me passou...

- Tá maluco é? E esse inchaço aí na cara? Isso aí, eu já sei o diagnóstico... Toma algum remédio? Sente algo no peito?





- No peito não sinto nada não. Nem falta de ar. Disposição total aqui! Remédio eu tomo Diclofenaco às vezes, quando pego pesado no exercício e fico com dor muscular... NO PAIN NO GAIN, TIA!

- ◆ *Qual o diagnóstico sintromico mais provável para o malhador?*

Quer conhecer essa história completa? Visite a Batalha das Síndromes do capítulo "Síndrome Edematosa".

QUESTÃO 4

Paciente do sexo feminino, 16 anos, com diarreia há 2 dias, cerca de 10 episódios por dia, que a incomoda bastante, impedindo suas atividades. Nega muco ou sangue. Com um episódio de febre, 38,3°. Chega à emergência por quadro de vômitos. Apresenta-se um pouco desidratada, PA: 120 x 80 mmHg, FC: 84 bpm. Apresenta melhora dos vômitos após uso de antiemético e hidratação.

- ◆ *Qual o diagnóstico sintromico e qual a sua decisão com relação à indicação de internar?*

QUESTÃO 5

Homem, 26 anos, com relato de linfonodos cervicais volumosos em cadeia cervicais, de cerca de 1 cm, há cerca de uma semana. Refere ainda dor nos linfonodos e dor faríngea. Ao exame: linfonodos cervicais bilaterais, axilares, epitrocleares e inguinais, com igual tamanho e característica.

- ◆ *Qual o diagnóstico mais provável?*
 - Sífilis secundária*
 - Doença de Hodgkin*
 - Síndrome da Mononucleose*
 - Tuberculose ganglionar*

QUESTÃO 6

FAP, 55 anos, masculino, afirma surgimento de linfonodomegalia generalizada há aproximadamente 7 dias. Relata que notou surgimento de nódulos em pescoço, axila e virilha. Ao ser questionado, afirma que apresentou poucos dias antes um rash cutâneo pruriginoso que melhorou após medicamento, não soube citar qual. Refere ainda artralgia em joelhos e tornozelos.

Comorbidades: HAS, em uso de captopril e atenolol há 10 anos.

Ao exame: BEG, lícido e orientado, mucosas hidratadas e coradas, eupneico. FC: 63 bpm, FR: 20 irpm, PA: 120x70 mmHg. Presença de linfonodos palpáveis em cadeias cervicais anteriores, axilar E e inguinais de aproximadamente 1,5 cm, fibroelásticos, móveis e indolores. Pele sem alterações. Ausência de artrite, artralgia em tornozelo D, joelhos e punho D.

- ◆ *Qual a melhor suspeita para o quadro articular do paciente?*





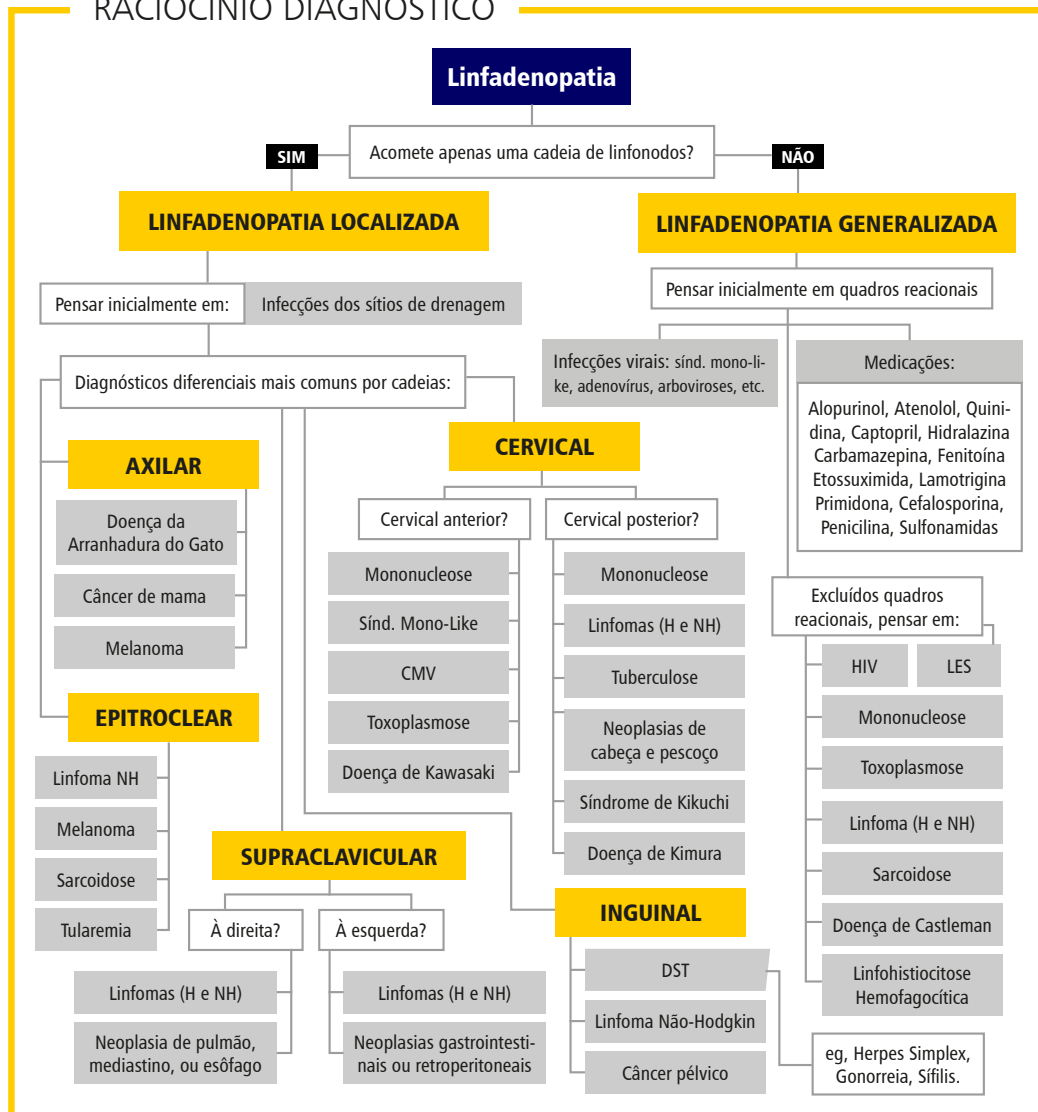
LINFADENOPATIA

LINFADENOPATIA

O QUE É?

Crescimento anormal de um ou mais linfonodos. Apesar de existirem divergências, conceitualmente assume-se que tal crescimento linfonodal seja > 1cm em adultos e > 1,5 cm em crianças e adolescentes.

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO



! Esta é uma sugestão de fluxo diagnóstico baseada no aumento de chance e, portanto, na necessidade de afastar as doenças sugeridas. Observe que, a ausência de sinais e sintomas comuns a uma condição clínica e sugestivos dela, não afasta a possibilidade desse ser o diagnóstico.



ENTENDENDO O PROBLEMA

A adenomegalia é um sinal rotineiramente encontrado na prática clínica. Quando a anamnese e o exame físico do paciente não direcionam o raciocínio para uma causa óbvia, alcançar o diagnóstico pode se tornar um dilema, principalmente pela quantidade de causas potenciais (ver mneumônico “Medicina”) Neste capítulo, apresentamos uma abordagem que terá como primeiro passo a divisão entre linfadenomegalia generalizada e localizada.

- M** METABÓLICA: Hipertrigliceridemia severa
E ENDÓCRINA: Insuf. Adrenal, Hipo/Hipertireoidismo
D DEPÓSITO: Doença de Gaucher, Fabry; Amiloidose
I INFLAMATÓRIA: LES, Doença de Still, Kawasaki
I INFECCIOSA: Vírus, bactéria, fungo e parasitas
C CONGÊNITA: Sífilis Congênita
I IATROGÊNICA: Medicamentos
N NEOPLÁSICA: Linfoma, Leucemias, metástases
A ALÉRGICA: Doença do Soro

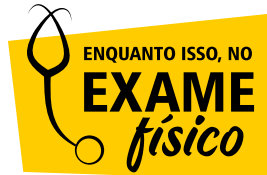
Na grande maioria dos casos, quando você encontrar uma linfadenopatia, vai estar diante de uma quadro reacional à infecções dos sítios de drenagem (no caso das localizadas), ou à infecções virais (no caso das generalizadas). Apesar disso, é importante ressaltar sinais sugestivos de causas com maior morbimortalidade, que requeiram um diagnóstico preciso precocemente (ver mneumônico “Atenção”). Sintomas associados à linfadenopatia que devem chamar sua atenção incluem: constitucionais (fadiga, perda ponderal, febre, sudorese), tosse, hemoptise, disfagia, dor abdominal, melena, hematúria e hematoquezia.

SINAIS DE ALARME DA LINFADENOPATIA

- A** “AGE”: idade > 50 anos
T Tamanho (> 2,25 cm²)
E Evolução (persistência ou aumento)
N “NÃO MÓVEL”: linfonodo fixo
C Consistência (linfonodo endurecido)
A Axilar, epitrocLEAR ou supraclavicular
O Outros sintomas (ver texto ao lado)

AVALIANDO LINFADENOPATIAS

Na avaliação de linfadenopatias, é importante diferenciar as características do gânglio para nortear as hipóteses diagnósticas:



CARACTERÍSTICAS DO LINFONODO	POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS
Drenagem (linfonodo aumentado liberando conteúdo, normalmente purulento)	Infecção bacteriana ou micobactérias
Doloroso	Causas infecciosas, causas inflamatórias Leucemias agudas, Síndrome de Kikuchi
Fistulização	Tuberculose, micobactérias atípicas Paracoccidiodomicose, Doença de Wegener
Endurecido	Metástase de órgãos sólidos (rim e testículo), Melanoma
Aumento progressivo ou persistência	Causas inflamatórias, causas neoplásicas: linfomas, leucemia (LLA, LLC, Tricoleucemia, Leucemia Prolinfocítica T, LMC em transformação), metástase de órgãos sólidos, melanoma



DICA DO RADIO

Caso o quadro clínico, história ou exame físico do paciente não sejam sugestivos de um diagnóstico claro, é comum solicitar, inicialmente, uma **ultrassonografia** da cadeia linfonodal. A USG pode fornecer pistas importantes para pensarmos em malignidades, principalmente:

- ◆ 3 ou mais linfonodos (>10mm) numa região;
- ◆ Forma arredondada (relação entre maior eixo e menor eixo < 2);
- ◆ Hipocogenicidade difusa com reforço acústico (sugere LNH);
- ◆ Disseminação extracapsular (bordas boceladas ou espiculadas);
- ◆ Ausência de hilo ou vascularização desorganizada;
- ◆ Alargamento excêntrico do córtex;
- ◆ Ecotextura heterogênea;
- ◆ Necrose;
- ◆ Microcalcificações.

Fig. 1 - Linfonodo de dimensão aumentada, morfologia globosa, exotextura heterogênea, com microcalcificações e sem hilo, em paciente com metástase de carcinoma papilífero.



Imagem: Chammas, M. C. et. al. (2004)

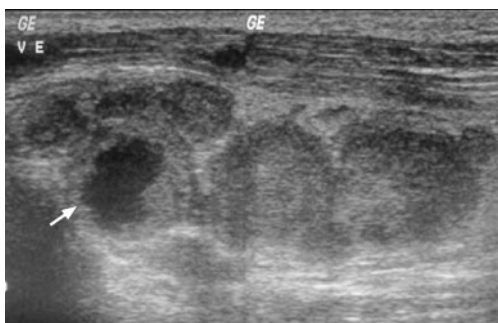


Imagem: Chammas, M. C. et. al. (2004)

Fig. 2 - Linfonodos de dimensão normal, arredondados, hipocogênicos, sem hilo, numerosos e agrupados, um deles apresentando necrose central (seta), em paciente com metástase de carcinoma espinocelular.

PULO DO GATO

Nos resultados da USG, **necrose cística** comumente sugere: Tuberculose, Linfoma Não Hodgkin, carcinomas de rinofaringe, metástase dos carcinomas espinocelulares e dos carcinomas papilíferos da tireoide. Já se o exame revelar **necrose hemorrágica**, geralmente estamos diante de carcinomas espinocelulares queratinizantes.



TOME CUIDADO!

Cuidado para não confundir! Apesar de altamente sugestivo, nem toda **necrose caseosa** é tuberculose. Esse tipo de achado histopatológico também é encontrado na brucelose e na doença da arranhadura do gato.



11.1 LINFADENOPATIA LOCALIZADA

As linfadenopatias localizadas apresentam crescimento anormal de linfonodos em uma região única do corpo. A primeira coisa que você deve lembrar ao ver uma linfadenopatia localizada é que linfonodos drenam regiões específicas do corpo, e o aumento deles pode refletir algum processo patológico na região drenada. Particularmente, lembre sempre de: **infecções** (causas mais comuns, podem ser em órgãos internos ou na própria pele da região drenada) e **neoplasias** (inclusive de pele, lembrar dos melanomas!). No caso das infecções, a associação com outros sintomas e um exame de pele detalhado devem sugerir a causa.

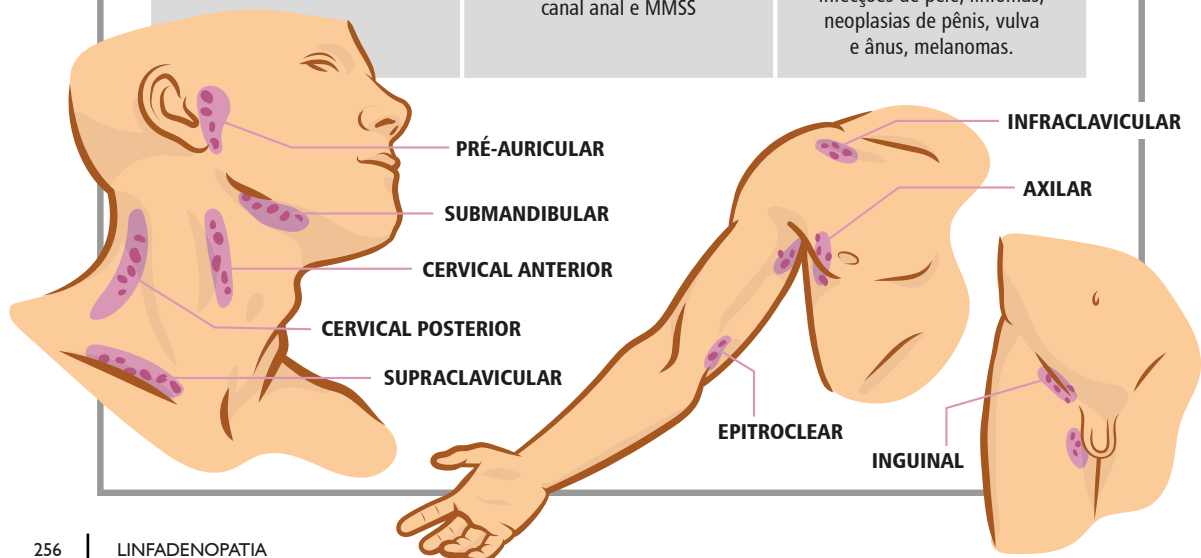




O QUE DRENA ESSA CADEIA?

Observe aqui as regiões drenadas pelas principais cadeias de linfonodos, e alguns diagnósticos diferenciais (pensando em infecções e neoplasias) para cada uma delas:

CADEIA	DRENAGEM	DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS
Pré-Auricular	Couro cabeludo e pele	Neoplasia da pele, linfomas, carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço
Submandibular	Cavidade oral	Mononucleose, síndrome Mono-Like, IVAS, doença dentária, carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço, linfomas.
Cervical anterior	Laringe, língua, orofaringe, pescoço	Mesmos da cadeia submandibular
Cervical posterior	Couro cabeludo, pescoço, pele do tórax superior	Mesmos da cadeia pré-auricular
Supraclavicular	Trato gastrointestinal, pulmonar e gênito-urinário	Neoplasias de abdome e tórax, doenças da tireoide e da laringe, infecções fúngicas e TB.
Infraclavicular	-	Suspeitar sempre de LNH
Axilar	Peitoral, mamas, MMII, parede torácica.	Infecções ou lesões de pele, neoplasias de mama e de pele, linfomas.
EpitrocLEAR	Antebraço, mão	Infecções ou lesões de pele, linfoma, melanomas
Inguinal	Abdome inferior, pelve, genitália, canal anal e MMSS	Geralmente, a linfadenopatia é benigna. Pode significar: ISTs, infecções de pele, linfomas, neoplasias de pênis, vulva e ânus, melanomas.





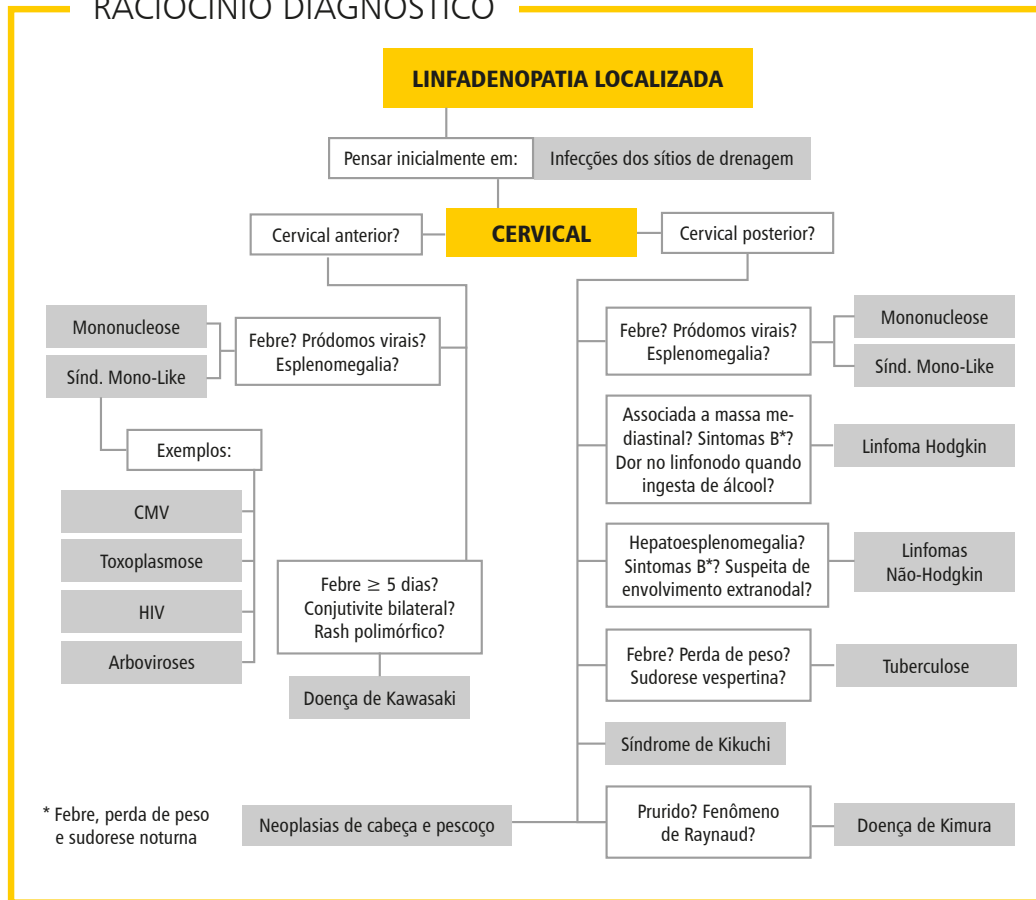
LINFADENOPATIA CERVICAL

A determinação anatômica da região cervical é determinada pelo músculo esternocleidomastóideo. A sua frente tem-se a região anterior e na borda posterior deste músculo temos o início da região posterior. A região anterior é subdividida em alta (que drena as vias digestivas superiores, nasofaringe, boca e orofaringe) ou baixa (que drena principalmente tireoide e esôfago) a depender da sua localização em relação ao osso hióide.



Fig. 3 - Paciente apresentando linfadenopatia de cadeia cervical posterior. Observe a relação com o músculo esternocleidomastóideo.

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO



PULO DO GATO

Outro raciocínio que você pode utilizar para linfadenopatia cervical, é a diferenciação entre bilateral e unilateral, observe:

UNILATERAL	BILATERAL
Tuberculose Ganglionar	IVAS
Micobacteriose (atípica)	Lesões orais e dentárias
Dç. da Arranhadura do Gato	Mononucleose e Sd. Mono-Like
Linfoma Não-Hodgkin	Linfoma Hodgkin
Metástase (cavidade oral)	Doença de Kikuchi





LINFADENOPATIA CERVICAL

Associada a massa mediastinal? Sintomas B?
Dor no linfonodo quando ingesta de álcool?

Linfoma Hodgkin

LINFOMA DE HODGKIN

FICHA CLÍNICA

O QUE É?

Neoplasia maligna do sistema linfático que surge das células B dos centros germinativos. Tem como característica histopatológica a **célula de Reed-Sternberg** em um fundo celular reativo.

EM QUEM OCORRE?

Pico bimodal em adultos jovens e idosos. Tem associação com infecção pelo **EBV**, principalmente em imunocomprometidos. Imunossupressão e histórico familiar são fatores de risco.

COMO FAÇO O DIAGNÓSTICO?

Biópsia excisional do linfonodo, com imunofenotipagem. O diagnóstico definitivo é dado pela presença da característica célula de Reed-Sternberg em um fundo celular reativo.

PODE CAUSAR QUAIS SÍNDROMES?

**LINFADENOPATIA - HEPATOSPLENOMEGALIA
DOR TORÁCICA - TOSSE - DISPNEIA**

QUAIS SINAIS E SINTOMAS?

A **linfadenopatia** clássica é indolor e fibroelástica, geralmente com comprometimento cervical. Os paciente podem apresentar **fadiga, hepatoesplenomegalia, lesões de pele e massa mediastinal** levando a dor torácica, tosse e dispneia.

Os **sintomas B** incluem febre, sudorese noturna e perda ponderal. A presença desses, ou de prurido são sinais de pior prognóstico.

QUAL DEVE SER A CONDUTA?

Deve ser feita pela Hematologia. Envolve a estratificação da doença + quimio e radioterapia. A maioria dos pacientes é curado com tratamento.

PULO DO GATO

Uma característica patognomônica do LH é a queixa de **dor no linfonodo** desencadeada por ingesta de **bebida alcoólica**.

Outra dica: Geralmente, no LH, o comprometimento linfonodal é contínuo. A doença se inicia de um único local no sistema linfático e sua **disseminação é por contiguidade**.



LINFADENOPATIA CERVICAL

Prurido? Fenômeno de Raynaud?

Doença de Kimura

