

heaa

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 12/06/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Ricardo Gomes de Vasconcellos

Relator: Dr Gabriel Maciel de Sales Sardinha

Debatedor: Dr Victor Cunha Ribeiro

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO: Feminina, 40 anos, parda, do lar, casada, natural e residente em Campos dos Goytacazes, RJ.

QUEIXA PRINCIPAL: “ dor na garganta ”

HDA: Paciente relata que há 4 meses, iniciou desconforto/dor na garganta, de início súbito e piora progressiva. Observou dificuldade na deglutição de alimentos sólidos e posteriormente líquidos (disfagia). Semanas depois, dor á deglutição (odinofagia) concomitante. Buscou atendimento médico à nível ambulatorial, sendo solicitados exames complementares. Houve retardo na realização dos mesmos, assim como no retorno à consulta médica. Há 15 dias, é atendida no HEAA (ambulatório). Em razão de seu estado geral debilitado, é indicada internação hospitalar para prosseguir investigação diagnóstica e tratamento.

HPP: Nega HAS, DM e outras comorbidades. Não faz uso de medicamentos. Sem histórico de alergias.

HISTÓRIA FISIOLÓGICA: Menarca aos 12 anos. G 0 P 0 A 0. Exame preventivo anualmente. Última avaliação em 2022.

HISTÓRIA FAMILIAR: Pai e mãe hipertensos.

HISTÓRIA SOCIAL: Razoáveis condições de moradia, higiene e nutrição. Tabagista desde os 12 anos, (carga tabágica : 28 ano/maço). Etilista desde os 15 anos com maior consumo aos finais de semana. Comportamento sexual presumivelmente não sendo de risco.

Exame Físico

- ✓ Estado geral comprometido. Facieis consumptiva. IMC 18 kg/m2.
- ✓ Lúcida e orientada no tempo e espaço, interagindo adequadamente com o examinador, TAX 36 C , hidratada, hipocorada 2+/4+, acianótica, anictérica. Cavidade oral: ausência completa de elementos dentários. Sem linfonomegalias periféricas palpáveis.
- ✓ Mamas atroficas.
- ✓ APARELHO RESPIRATÓRIO: MV audível bilateralmente, sem RA SATO2: 97 % o2 aa FR: 16 irpm.
- ✓ ACV: RCR 2T BNF sem sopros PA: 120-80 mmHG FC: 72 bpm
- ✓ ABDOME: Plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, peristalse normal
- ✓ MMI: sem edemas. panturrilhas livres
- ✓ Pele e fâneros sem alterações
- ✓ Exame neurológico sem anormalidades

EXAMES LABORATORIAIS DA ADMISSÃO:

- ✓ TGP 8 U/L, TGO 13 U/L, CA 10,9 MG/DL, MG 1,7 MG/DL, NA 134, CREAT 0,4 MG / DL, UREIA 30 MG/DL, HB 10,7 G/DL, HT 28,9 %, VCM 87, HCM 32 , LEUCOCITOS 8200, PTNS TOTAIS 5,3 MG/DL, ALB 2,8 MG/DL, GLOB 2,5 MG/DL.

Discutir hipóteses diagnósticas e
condutas

PONTOS IMPORTANTES

- **TABAGISMO + ETILISMO**
- **DISFAGIA PROGRESSIVA: SÓLIDOS > LÍQUIDOS**
- **ODINOFAGIA**
- **ESTADO GERAL RUIM + FÁCIAS CONSUMPTIVA**

SÍNDROME DISFÁGICA



- **DISFAGIA ALTA (TRANSMISSÃO OU OROFARÍNGEA)**
 - **DIFICULDADE DE INICIAR A DEGLUTIÇÃO**
 - **COMPROMETIMENTO DO CONTROLE VOLUNTÁRIO DA DEGLUTIÇÃO**
 - **ENGASGOS**
 - **TOSSE**
 - **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL**
 - **AVALIAÇÃO DE ESTRUTAS CERVICAIS (TIREÓIDE, LINFONODOMEGALIAS)**
 - **VIDEOFLUOROSCOPIA**

Tabla I. Causas de disfagia orofaríngea

Procesos neurológicos

- Accidentes cerebrovasculares
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Enfermedad de Parkinson
- Corea de Huntington
- Tumores del sistema nervioso
- Otras

Procesos musculares

- Miastenia grave
- Polimiositis
- Dermatomiositis
- Conectivopatías
- Otras

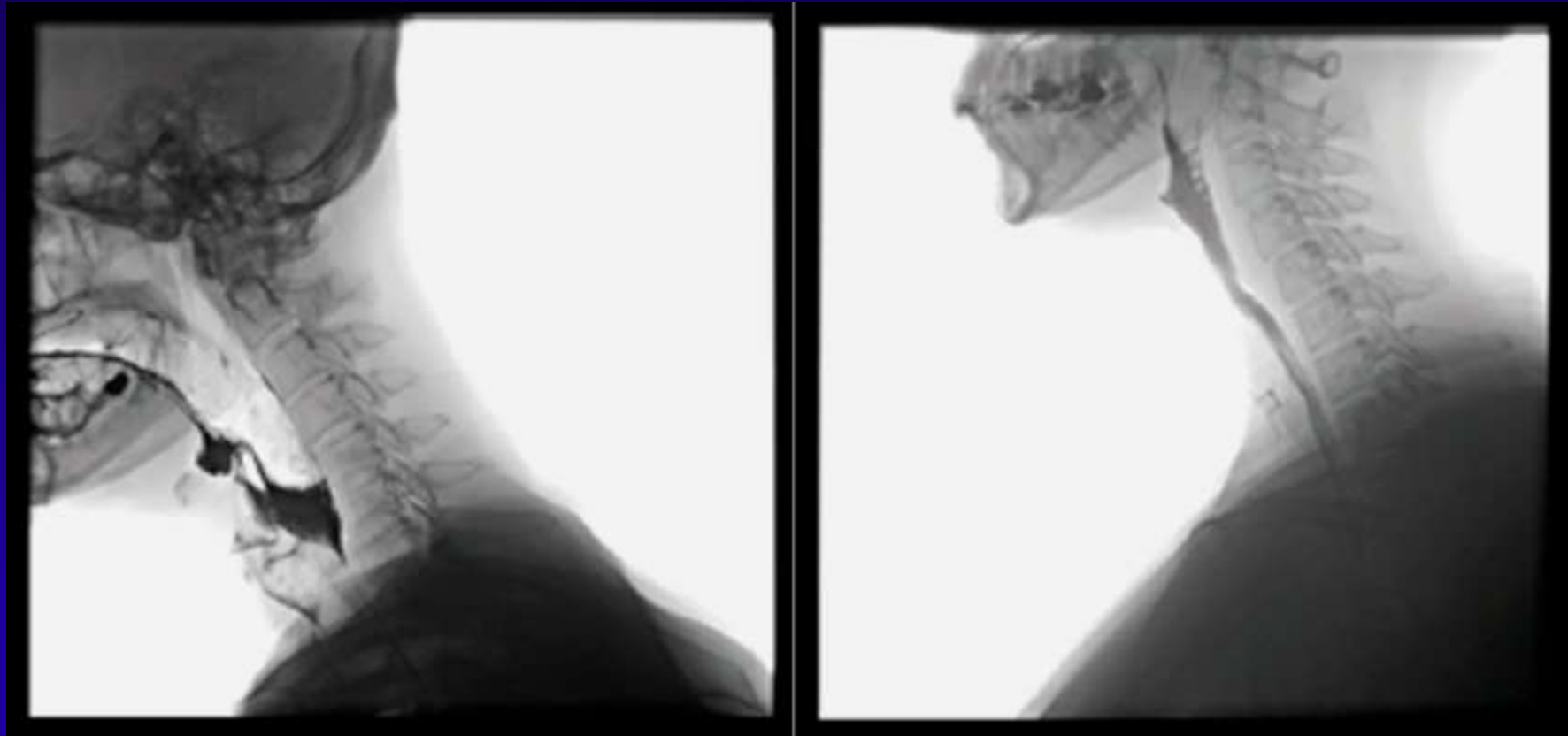
Procesos locales obstructivos

- Fibrosis postirradiación
- Tumores (boca, faringe, laringe, tiroides)
- Procesos inflamatorios (amigdalitis, faringitis, etc)
- Otras

Trastornos funcionales

- Alteraciones motoras del esfínter esofágico superior
- Incoordinación motora faringoesofágica
- Hipomotilidad faríngea

SÍNDROME DISFÁGICA



AVALIAÇÃO DINÂMICA DAS FASES DA DEGLUTIÇÃO E
ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

SÍNDROME DISFÁGICA

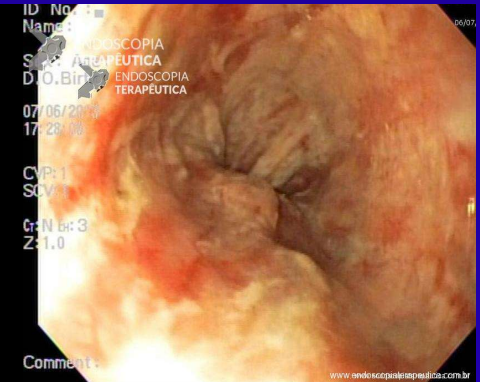
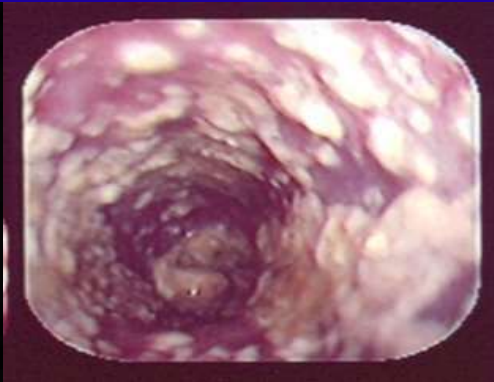
- **DISFAGIA BAIXA(CONDUÇÃO OU ESOFÁGICA)**
 - **ENTALOS**
 - **EVOLUÇÃO: AGUDA X INTERMITENTE X PROGRESSIVA**
 - **CONSISTÊNCIA ALIMENTAR: SÓLIDOS, LIQUÍDOS OU AMBOS**
 - **SINAIS DE ALARME: HEMATÊMESE, ANEMIA, PERDAL PONDERAL**
 - **FAIXA ETÁRIA**

ACHADOS CONCOMITANTES

- **AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA PRÉVIA E CONCOMITANTE**
 - **PIROSE, REGURGITAÇÃO ALIMENTAR**
 - **ODINOFAGIA**
- **SINAIS DE ALARME**
 - **PERDA PONDERAL**
 - **ANEMIA**
 - **HEMATÊMESE**
- **MOLÉSTIAS PRÉVIAS**
 - **DOENÇAS SISTÊMICAS(MIOPATIAS, NEUROPATIAS DEGENERATIVAS, AVE, DEMÊNCIAS)**
 - **IMUNODEPRESSÃO (NEOPLASIAS, USO DE MEDICAMENTOS, HIV)**
 - **DIABETES**

ODINOFAGIA

- **ESOFAGITES**
 - **EOSINOFÍLICA- HISTÓRIA DE ATOPIA**
 - **INFECCIOSAS: MONILÍASE(IMUNODEPRESSÃO, DIABETES)
HERPÉTICA
CMV**
 - **MEDICAMENTOSA: AINES**
 - **CÁUSTICA(QUÍMICA): SODA CAÚSTICA (BASE)- NECROSE POR LIQUEFAÇÃO**



POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

- DISFAGIA LÍQUIDA NO INÍCIO
- DOENÇAS NEUROMUSCULARES

DOR RETROESTERNAL: SEMELHANTE A ANGINA PECTORIS

ALTERAÇÕES CUTÂNEAS: ESPESSAMENTO DA PELE, FENÔMENO DE RAYNAUD, ARTRALGIAS



Neuromusculares

Transtornos do músculo liso

- Acalásia
- Espasmo esofágico difuso
- Esclerodermia

Transtornos do músculo estriado/liso

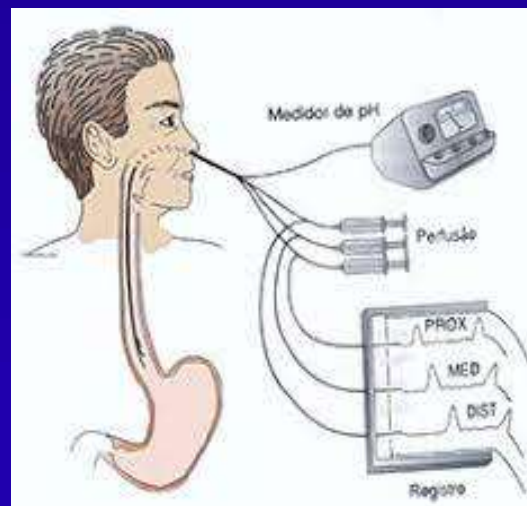
- Acalásia cricofaríngea
- Polimiosite

Transtornos neurológicos

- Doenças desmielinizantes

POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

- DISFAGIA SÓLIDA COM PROGRESSÃO PARA LÍQUIDA
- DISTÚRBO MOTOR ESOFAGIANO- ACALÁSIA
- OBSTRUÇÃO DA LUZ ESOFAGIANA- EXTRÍNSECA E INTRÍNSECA---
- TUMORES



Mecânicas

Intrinsecas

- Estenose péptica benigna
- Carcinoma
- Anel esofágico
- Tumores benignos
- Lesão cáustica
- Divertículo de Zenker

Extrinsecas

- Compressões extrínsecas tumorais
- Bócios mergulhantes
- Alterações anatômicas vasculares

COMO CONDUZIR A INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR?

- **ESOFAGOGRAMA?**
 - **MENOS INVASIVO**
- **MANOMETRIA?**
 - **PADRÃO-OURO PARA AVALIAÇÃO DE MOTILIDADE ESOFAGIANA E ESFINCTERIANA**
- **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?**
 - **VISUALIZAÇÃO DIRETA DA LUZ, LESÕES E ESTREITAMENTOS**
 - **BIÓPSIA**

LEMBRANDO:

- 40 ANOS
 - TABAGISMO+ ETILISMO
 - DISFAGIA BAIXA PROGRESSIVA
 - ODINOFAGIA (DOENÇA AVANÇADA)
 - SÍNDROME CONSUMPTIVA
 - ANEMIA
 - NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
-
- CÂNCER DE ESÔFAGO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + BIÓPSIA

CARCINOME EPIDERMÓIDE X ADENOCARCINOMA(DRGE)

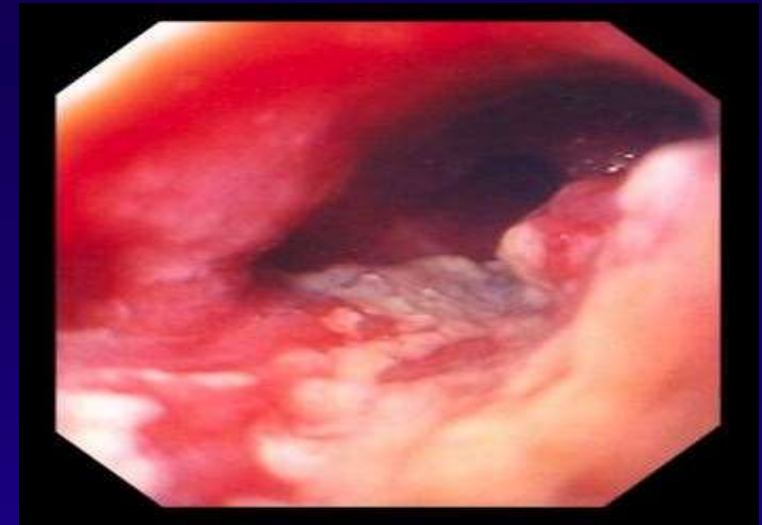
➤ **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + BIÓPSIA**

➤ **APORTE CALÓRICO**

➤ **AVALIAÇÃO DE MELHOR VIA ALIMENTAR(ORAL X ENTERAL X PARENTERAL)**

➤ **CORREÇÃO CIRÚRGICA CURATIVA X PALIATIVA**

➤ **ESTADIAMENTO (TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONTRASTADA)**



- ✓ Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento Esophageal Cancer: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. [place unknown: publisher unknown]; 2005.
- ✓ CUENCA Ronaldo Mafia CUENCA, Daniéle Toniolo MALAFAIA, Gleim Dias SOUZA, Luciana Rodrigues Queiroz de SOUZA, Vicente Paulo da MOTTA, Mariliz Regina Antunes LIMA, Cacilda Joyce Ferreira da Silva GARCIA, editor. SINDROME DISFÁGICA Dysphagic syndrome. [place unknown: publisher unknown]; 2007.
- ✓ Savarino E, Bhatia S, Roman S, Sifrim D, Tack J, Thompson SK, Gyawali CP. Achalasia. Nat Rev Dis Primers. 2022 May 5;8(1):28.

EVOLUÇÃO DO CASO

- ✓ - MULHER, 40 ANOS, SÍNDROME CONSUMPTIVA, 04 MESES DE EVOLUÇÃO
- ✓ - DISFAGIA E ODINOFAGIA
- ✓ - TABAGISMO/ ETILISMO



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- ✓ NEOPLASIA (TU DE ESÔFAGO)
- ✓ HIV (SIDA)
- ✓ TUBERCULOSE

EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:** Presença de extensa lesão ulcerada e vegetante no 1/3 inferior do esôfago. Realizada biópsia. Não foi possível a progressão do aparelho para análise das demais estruturas.

Foto 1

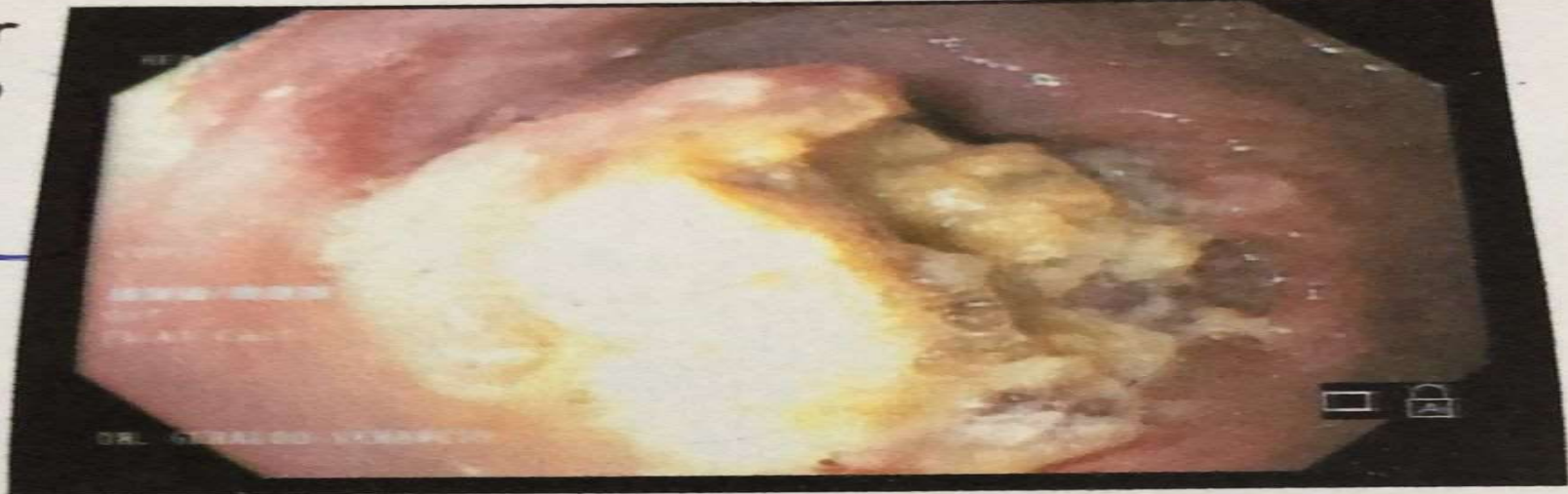
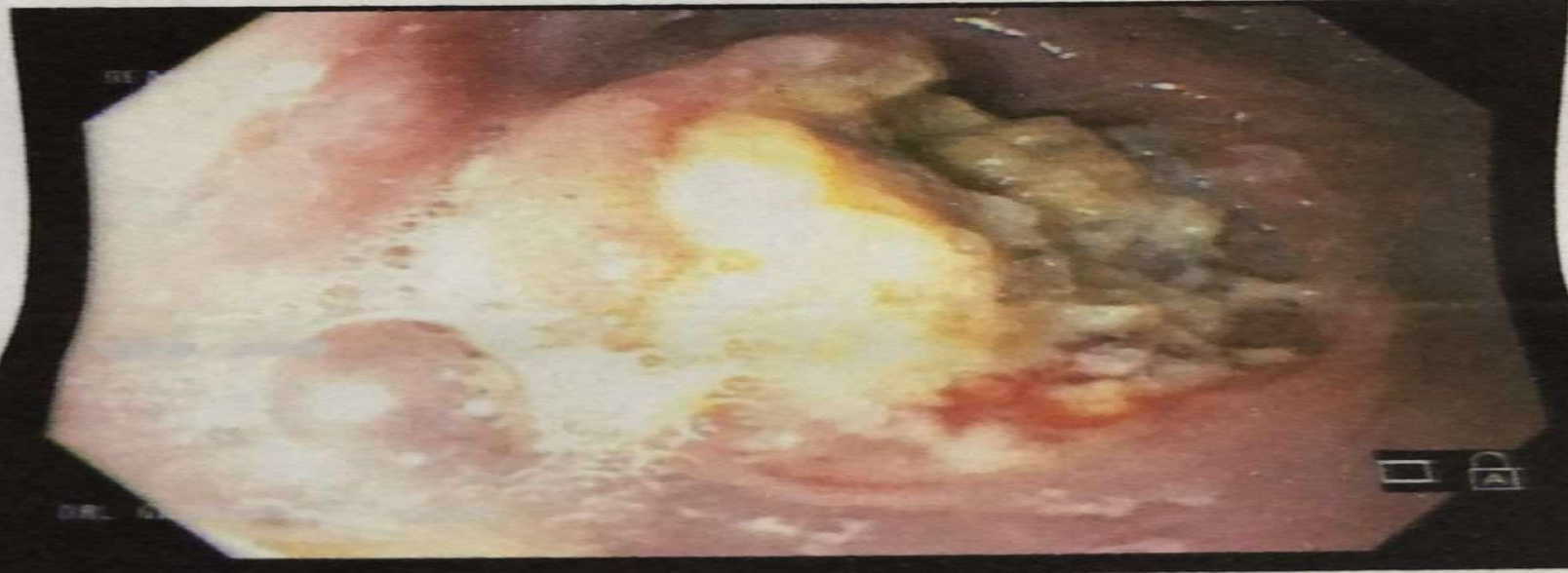


Foto 2



- ✓ **TC DE TÓRAX:** Importante espessamento parietal no terço médio do esôfago torácico, que se estende por aproximadamente 6,5 cm, reduzindo a luz esofageana, porém permitindo a passagem do contraste oral. Estão mantidos os planos de clivagem com as estruturas adjacentes à lesão.
- ✓ **Visualizados alguns linfonodos na janela aorto-pulmonar, os maiores medindo 0,75cm no seu menor eixo axial.**

- ✓ **TC DE ABDOME: Coleção líquida biloculada localizada abaixo do diafragma esquerdo e junto ao cárdia gástrico, medindo 1,57cm a 3,50 cm nos maiores eixos das loculações, em íntimo contato e sem planos de clivagem com a parede gástrica, podendo corresponder a implante secundário com degeneração cística/necrótica. Fígado com imagem nodular hipodensa e hipovascular no segmento 4b, junto a fissura do ligamento redondo, medindo 2,01 cm no seu maior eixo podendo corresponder a implantes secundários.**

- ✓ **PARECER DA ONCOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA.**
- ✓ **TRATAMENTO DE SUPORTE.**
- ✓ **INICIADA TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL.**
- ✓ **PS (PERFORMANCE STATUS): 3**

HISTOPATOLÓGICO

- ✓ **CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS
MODERADAMENTE DIFERENCIADO, EROSADO.**

- ✓ **ONCOLOGIA CLÍNICA: MELHORA DA CONDIÇÃO NUTRICIONAL (TNP).**
- ✓ **AVALIAR POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO QUIMIO E RADIOTERÁPICO.**
- ✓ **CIRURGIA ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO EM CONJUNTO COM A ONCOLOGIA CLÍNICA DE POSSÍVEL ABORDAGEM CIRÚRGICA.**

DIAGNÓSTICO FINAL

✓ **NEOPLASIA DE ESÔFAGO**

NEOPLASIA DE ESÔFAGO

FATORES DE RISCO:

ESCAMOSO: TABAGISMO + ETILISMO (SINERGISMO), ACALÁSIA, ESTENOSE CÁUSTICA E TILOSE .

ADENOCARCINOMA: DRGE, ESÔFAGO DE BARRET E OBESIDADE.

CLÍNICA

- ✓ **DISFAGIA PROGRESSIVA + SÍNDROME CONSUMPTIVA**

DIAGNÓSTICO

- ✓ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA

ESTADIAMENTO

- ✓ **T1A: MUCOSA**
- ✓ **T1B: SUBMUCOSA**
- ✓ **T2: MUSCULAR**
- ✓ **T3: ADVENTÍCIA**
- ✓ **T4A: ADJACENTES RESSECÁVEIS**
- ✓ **T4B: ADJACENTES IRRESSECÁVEIS**

✓ **T: USG ENDOSCÓPICO + BRONCOSCOPIA**

✓ **N: USG ENDOSCÓPICO COM PAAF + TC DE TÓRAX**

✓ **M: TC DE TÓRAX E ABDOME**

TRATAMENTO

- ✓ INICIAL: T1A = ENDOSCOPIA (MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA)
- ✓ T1B-T4A = CIRURGIA (ESOFAGECTOMIA + LINFADENECTOMIA) + QT E RT NEOADJUVANTE
- ✓ T4B-M1 = PALIAÇÃO

REFERÊNCIAS

- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ✓ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf