

**heaa**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA**

**Sessão Clínica - 28/10/2024**

**Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Prof. Dr. Alcino Hauaji**

**Relator: Dr. Otávio Defanti Ramos**

**Debatedora : Dr<sup>a</sup> Luiza Branco Lopes Côrte Real**

---

---

# Caso Clínico

---

- ✓ **Identificação:** masculino, 44 anos, branco, casado, pedreiro, natural e residente em Campos dos Goytacazes-RJ
- ✓ **Queixa principal:** “ dor na barriga “
- ✓ **HDA:** Paciente procura atendimento médico de urgência devido quadro de dor abdominal de forte intensidade, difusa, irradiando para dorso com piora há 2 dias, associada a náuseas e vômitos. Fez uso de sintomáticos em domicílio sem melhora. Refere que há cerca de 6 meses vem apresentando quadro de dor em quadrante inferior do abdome irradiando para região dorsal que motivou várias idas ao pronto atendimento onde foi feito analgesia e a dor atribuída a discopatia degenerativa prévia. Ao longo desse período apresentou emagrecimento de aproximadamente 16 quilos evoluindo com inapetência e queda do estado geral progressiva. Internado para investigação etiológica e analgesia.

- ✓ **Sintomas referentes a outros aparelhos:** Nega febre. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais, urinários ou cutâneos. Dor lombar recorrente, aos esforços, diagnosticado com discopatia.
- ✓ **HPP:** nega comorbidades. Discopatia degenerativa.
- ✓ **Medicações de uso contínuo:** nega.
- ✓ **Nega cirurgias prévias. Nega internações prévias.**
- ✓ **Nega Alergias.**
  
- ✓ **História familiar:** Mãe falecida por causa desconhecida, pai vivo com hipertensão. Irmã com câncer de mama.
- ✓ **História social:** Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento.
- ✓ **Ex-etilista, nega tabagista. Nega uso de drogas ilícitas.**

## ✓ Exame Físico:

- ✓ Paciente emagrecido, acordado, lúcido, orientado no tempo-espaço, regular estado geral, hipocorado +/-4+, hidratado, anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente. Queixando-se de dor abdominal no momento do exame. Neurológico: sem alterações.
- ✓ ACV: RCR 2T BNF sem sopros. PA: 100x70 mmhg FC: 88 bpm
- ✓ AR: MV + s/ ruídos adventícios. SatO2: 96% AA
- ✓ ABD: flácido, depressível, doloroso à palpação profunda difusamente, principalmente em quadrantes inferior esquerdo, onde observa-se volumosa massa que ocupa região da fossa ilíaca esquerda, hipogástrio e mesogastro de consistência endurecida e com pouca mobilidade, sem pulsatilidade, peristalse presente, sem sinal de irritação peritoneal, espaço de Traube maciço.
- ✓ MMII: edema assimétrico maior a esquerda, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.
- ✓ MID: edema ++/4 / MIE: edema +++/4

---

# Exames Complementares

---

**-- Exames Laboratoriais:**

Hemácias: 3,56 milhões/mm<sup>3</sup>

Hemoglobina: 9,6 g/dL

Hematócrito: 28,9%

VCM: 81,1 fL

HCM: 26,9 pg

CHCM: 33,2 g/dL

Leucócitos: 11.600 /mm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 6

Bastões: 2

Segmentados: 81

Plaquetas: 416.000 /mm<sup>3</sup>

Creatinina: 0,4 mg/dL

Uréia: 20 mg/dL

Bilirrubina Total: 0,5 mg/dL

Bilirrubina Direta: 0,2 mg/dL

Bilirrubina Indireta: 0,3 mg/dL

Proteínas: 5,6 g/dL

Albumina: 2,4 g/dL

Globulinas: 3,2 g/dL

TGO: 39 mg/dL

TGP: 69 mg/dL

PCR: 37,4 MG/L

INR 1,45

PTT 31,0s

HBSAg negativo

Anti-HBs negativo

Anti-HCV negativo

Anti-HIV negativo

VDRL: negativo

Na: 130 mEq/l

K: 4,5 mEq/l

Ca: 5,3 mg/dL

Fosforo: 7,1 mg/dL

Mg: 1,8 mg/dL

PTH: 25 pg/ml

LDH: 3.407 U/L

GGT: 223U/L

FA: 252 U/L

Alfafetoproteína: 1,8 ng/mL

IgG4: 3440

- ✓ **TC ABDOME C/ CONTRASTE:** Presença de extensa massa hipodensa heterogênea na região retroperitoneal, com perda parcial dos planos de clivagem com a aorta, veia cava inferior, pâncreas e músculos psoas, associado à linfonodos aumentados de tamanho e número na região para-aórtica toracoabdominal. Após a administração do meio de contraste venoso, observa-se impregnação heterogênea e periférica da massa, com áreas hipodensas no interior. Hepatomegalia reacional a processo inflamatório específico e ou expansivo(?). Presença de dilatação piélica e ureteral proximal a esquerda, obstrução distal pelo complexo linfonodal.

- ✓ **RM DE ABDOME:** Pequeno derrame pleural posterior bilateral. Extensa formação nodular sólida em manto retroperitoneal de aspecto linfoproliferativo que se estende desde a região retrocural (maior à direita), inferiormente envolvendo a aorta, seus ramos, a região para-aórtica esquerda até a bifurcação das ilíacas, determinando deslocamento anterior do pâncreas, comprimindo as vias coletoras com obliteração do ureter em 1/3 médio esquerdo, medindo como um todo cerca de 22 x 11,7 x 6 cm (volume 803,1 cm). Moderada dilatação ureteral e pielocalicinal à esquerda. Lâmina de líquido livre peri-hepática, com extensão para goteira paracólica direita.

- ✓ -- **US DE TESTÍCULO COM DOPPLER:** Pele de espessura normal e simétrica; Testículos tópicos, com morfologia preservada, ecotextura homogênea e ecogenicidade usual; Testículo direito mede cerca de 40 x 17 mm. Testículo esquerdo mede cerca de 41 x 19 mm. Epidídimos de configuração anatômica; Cordão espermático de aspecto normal. Ao Doppler com normovascularização regional.

**-- Discutir hipóteses diagnósticas e condutas --**

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

SARCOMA

FIBROSE  
RETROPERITONEAL

LINFOMA  
NÃO - HODGKIN

TUMOR DE CÉLULAS  
GERMINATIVAS

# SARCOMA

---

- ✓ **Neoplasia maligna - tecido conjuntivo esquelético ou extraesquelético**
- ✓ **Sintomas decorrentes de compressão de estruturas adjacentes**
- ✓ **Diagnóstico: Biópsia**

# FIBROSE RETROPERITONEAL

## (Doença relacionada a IgG4)

---

- ✓ **Clínica: sintomas inespecíficos como lombalgia e dor abdominal**
- ✓ **Compressão da massa levando a uropatia obstrutiva é comum (hidronefrose)**
- ✓ **Elevação da IgG4 em 2/3 dos paciente**
- ✓ **Aumento de suspeita diagnóstica: ↑ IgG total e IgE, ↓ C3 e C4, e hipergamaglobulinemia**

# LINFOMA NÃO-HODGKIN

---

- ✓ **Agressivos X Indolentes**
- ✓ **Envolvimento de linfonodos retroperitoneais, mesentéricos e/ou pélvicos é comum na maioria dos subtipos**
- ✓ **Alterações laboratoriais: pancitopenia, hipercalcemia, hiperuricemia, ↑ LDH, Ig monoclonal**

# TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS (EXTRAGONADAIS)

---

- ✓ **Seminomas X Não – Seminomatoso**
- ✓ **Marcadores: Alfafetoproteína**
  - $\beta$  - HCG**
  - LDH**

# Seguimento do quadro

---

- Solicitar  $\beta$  - HCG
- Solicitar eletroforese de proteínas, IgG total e subclasses, IgE, C3, C4
- Solicitar TC de tórax
- Biópsia (Histopatológico)

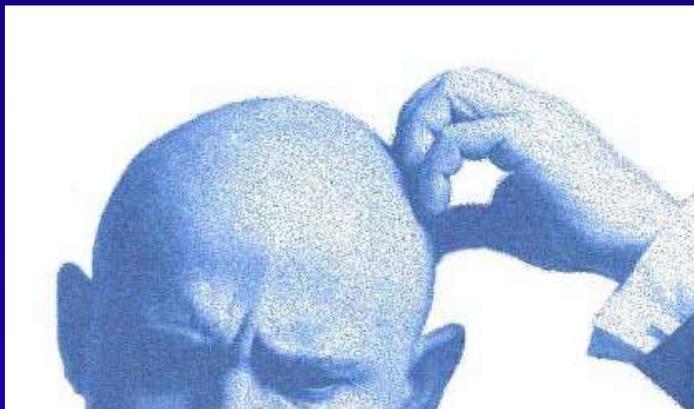
# REFERÊNCIAS

---

✓ UpToDate

---

# SEGUIMENTO DO CASO



# SEGUIMENTO

## H.C.G., BETA TOTAL

[DATA DA COLETA : 29/08/2024 08:30] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME

MÉTODO: QUIMIOLUMINESCÊNCIA (SIEMENS)

**RESULTADO:** 2,0 mUI/mL

### VALORES DE REFERÊNCIA:

MULHERES NÃO GRÁVIDAS PRÉ-MENOPAUSA: INFERIOR OU IGUAL A 6,0 mUI/mL

MULHERES PÓS-MENOPAUSA : INFERIOR OU IGUAL A 10,0 mUI/mL

HOMENS : INFERIOR OU IGUAL A 2,0 mUI/mL

## ECO COLOR DOPPLER DO SISTEMA VENOSO

### MEMBRO INFERIOR DIREITO E ESQUERDO

- Veias femorais comum, superficial e profunda com fluxo normal, sem sinais ecográficos de trombo no seu interior;
- Veias safenas magna e parva compressíveis, sem sinais de trombose;
- Veias poplítea compressíveis, com fluxo normal ao Doppler.
- Veias tibiais anteriores e posteriores compressíveis, sem sinais ecográficos de trombo no seu interior;
- Veias fibulares apresentando fluxo normal ao Doppler;
- Veias musculares compressíveis e com fluxo normal.

# SEGUIMENTO

---

- ✓ COLOCADO DUPLO J PELA UROLOGIA.
- ✓ BIÓPSIA MASSA RETROPERITONEAL PELA CIRURGIA ONCOLÓGICA.

# HISTOPATOLÓGICO

## Metodologia

Estudo imuno-histoquímico realizado através de metodologia automatizada em Autostainer Link 48 com recuperação antigênica pelo calor úmido (PT Link-Dako) e visualização através do sistema EnVision FLEX, além de metodologia automatizada Ventana BenchMark Ultra (Roche). Controles positivos (internos e/ou externos) confirmam a fidelidade do método. O exame microscópico revela os seguintes resultados dos antígenos pesquisados:

## Antígenos e Resultados

Sequência	Antígenos (clone)	Resultados
1	Citoqueratinas AE1/AE3 (AE1/AE3)	Positivo
2	OCT3/4 (N1NK)	Positivo
3	CD30 (Ber-H2)	Positivo
4	Alfa-1-fetoproteína (policlonal)	Negativo
5	HCG (gonadotrofina coriônica humana -β) (policlonal)	Negativo
6	Glypican- 3 (1G12)	Negativo
7	CD117 (c-kit) (policlonal)	Negativo
8	TTF1 (8G7G3/1)	Negativo
9	Sinaptofisina (DAK-SYNAP)	Negativo
10	PAX8 (MRQ-50)	Negativo
11	p40 (BC28)	Negativo
12	CD45 (2B11 + PD7/26)	Negativo
13	CDX2 (DAK-CDX2)	Negativo
	Citoqueratina 5/6 (CK 5/6) (D5/16 B4)	Negativo
14	Citoqueratina 20 (CK20) (Ks20.8)	Negativo
15	Citoqueratina 7 (CK7) (OV-TL 12/30)	Negativo

A análise do estudo imuno-histoquímico acima permite a seguinte conclusão:

## Conclusão

- O PRESENTE PERFIL IMUNO-HISTOQUÍMICO, ASSOCIADO AO QUADRO HISTOPATOLÓGICO, É COMPATÍVEL COM CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO..\*

# CONDUTA

---

- ✓ INICIADO ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO COM: BLEOMICINA + ETOPOSIDE E CISPLATINA.

---

# **CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO**

---

# CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO

---

- Classificados como extragonadais quando NÃO há evidência de um tumor primário nos testículos ou ovários.
- Mais comum acometer linha média (mediastino anterior, o retroperitônio e as regiões pineal e supraselar).
- Patogênese: indefinida.
- FR: Homens com síndrome de Klinefelter (47,XXY)

# CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO

---

## Clínica:

- Dor lombar (doença retroperitoneal volumosa envolvendo o músculo psoas ou as raízes nervosas).
- Massa no pescoço (metástase linfonodo supraclavicular)
- Tosse ou dispneia (metástases pulmonares)
- Anorexia, náusea, vômito ou hemorragia gastrointestinal (metástase retroduodenal)
- Dor óssea (metástase esquelética)
- Sintomas do sistema nervoso central ou periférico (envolvimento cerebral, medula espinhal ou envolvimento da raiz periférica)
- Edema unilateral ou bilateral da MMII (obstrução ou trombose venosa ilíaca ou caval).

# CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO

---

## Achados laboratoriais

- Alfafetoproteína e/ou beta-hCG estão elevados em 85% dos casos de TCGs não seminomatosos extragonadais.
- LDH elevado.

# CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO

---

## Diagnóstico:

- **Biópsia**
- **Ultrassonografia escrotal:** pode distinguir lesões testiculares intrínsecas de extrínsecas.

# CARCINOMA EMBRIONÁRIO METASTÁTICO

---

## Tratamento:

- Similar ao usado em pacientes que apresentam tumor testicular em estágio avançado
- Quimioterapia com:
- Bleomicina, etoposídeo e cisplatina
- Ifosfamida, etoposídeo e cisplatina

# REFERÊNCIAS

- ✓ Fabre E, Jira H, Izard V, Ferlicot S, Hammoudi Y, Theodore C, et al. 'Burned-Out' Primary Testicular Câncer. BJU international 2004; 94:74-78