

hea

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica – 03/06/2024

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Alcino Sahid Facó Hauaji

Relator: (R2) Dr^a Maria Clara Eccard Faria

Debatedor: (R1) João Victor Barcelo Durce

Caso clínico

- ✓ **Identificação:** 20 anos, branco, sexo masculino, natural de Campos dos Goytacazes, solteiro.
- ✓ **Queixa principal:** “Falta de ar e emagrecimento”
- ✓ **HDA:** Paciente refere que, há 2 meses, iniciou tosse seca que piorava ao decúbito, dispneia progressiva, perda ponderal não quantificada e sudorese noturna. Nega febre e sangramentos. Procurou atendimento médico, sendo diagnosticado com pneumonia bacteriana e internado. Foi transferido para o HEAA para investigação.

Caso clínico

- ✓ **HPP: Nega comorbidades. Nega uso de medicações contínuas.**
- ✓ **HPS: Tabagista (6 maços-ano) / Etilista social.**
- ✓ **História familiar: Mãe hipertensa.**

Caso clinico

Ao exame :

✓ **Paciente em regular estado geral, lúcido, orientado no tempo-espaco, normocorado, hidratado, anictérico, acianótico, levemente taquipneico em AA. Apresenta turgência jugular bilateral e pletora facial.**

ACV: RCR 2T BNF com sopro sistólico em foco aórtico e pulmonar 3+/6+ PA:130x90 mmHg

FC: 105 bpm

AR: MV+ S/ RA Spo2 96%

ABD: flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, fígado palpável a 1 cm do RCD, s/ massas palpáveis, peristalse +, s/ sinal de irritação peritoneal

MMII: S/ edema, panturrilhas livres, pulsos presentes

MMSS: MSE c/ edema 3+/4+

Exames complementares

Hematócrito	35,10
Hemoglobina	11,9
VCM	83
Leucograma	14400
Linfócitos	10
Segmentados	84
Eosinófilos	0
Plaquetas	180.000
Ureia	44
Creatinina	0,6
Na+	139
K+	3,6
Mg++	1,6
PCR	15,4
Proteínas Totais	5,7
Albumina	3,2
HBsAg	Não reagente
Anti-HBs	Reagente
Anti-HBc Total	Não reagente
Anti-HCV	Não reagente
VDRL	Não reagente
HIV	Não reagente

Exames complementares

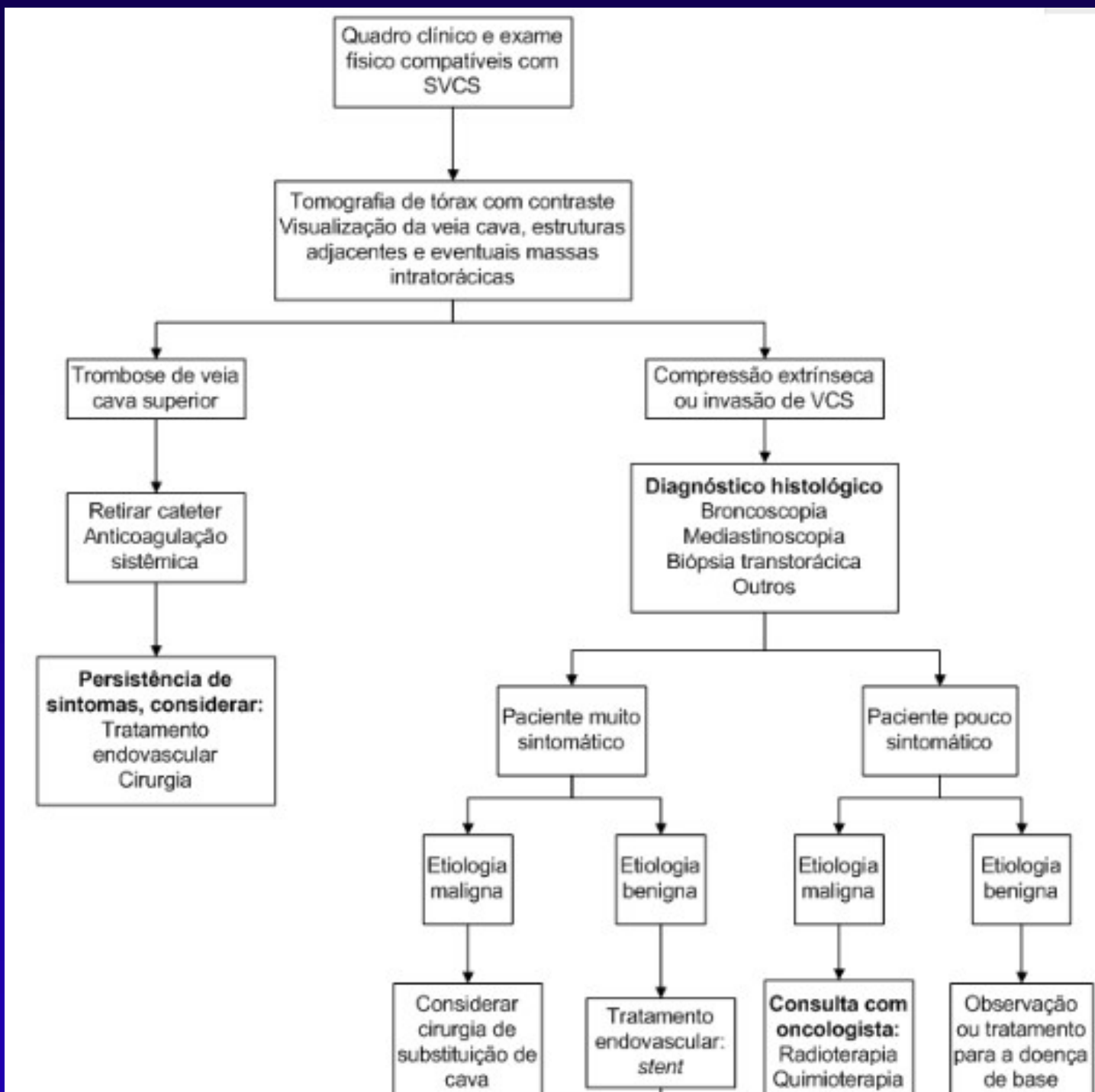
- ✓ **ECOTT (16/02/24): AO: 38 / AE: 20 / VD: 37 / DDF: 47 / DSF :31 / SIV: 8 / PP: 8 /FEVE :63 (relato de prontuáriooc-laudo incompleto): sobrecarga volumétrica de ventrículo direito insuficiência tricúspide, derrame pericárdico de grau moderado.**
- ✓ **USG com doppler de MSE (27/02/2024): presença de trombose e fluxo de vascularização nas veias jugular, subclávia e axilar.**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



RESUMO

- ✓ **HPS: tabagismo e etilismo**
- ✓ **Síndrome consumptiva e sudorese noturna**
- ✓ **Diagnóstico de Pneumonia**
- ✓ **Trombose de MSE (AVP? SVCS?)**
- ✓ **ECO-TT com sobrecarga de VD + IT + derrame pericardico**



Mediastinite fibrosante

- ✓ **A mediastinite fibrosante é uma doença rara, caracterizada pela proliferação de fibrose localmente invasiva no mediastino.**
- ✓ **Em até 80% dos casos, há relação com a histoplasmose pulmonar.**
- ✓ **Outras causas são tuberculose e doenças autoimunes (LES, Doença de Behçet e artrite reumatoide)**
- ✓ **Manifestações importantes incluem síndrome da veia cava superior, obstrução de vasos pulmonares e obstrução das vias aéreas.**

Neoplasia de pulmão

- ✓ **Tabagismo aumenta o risco de todos os principais tipos de câncer de pulmão;**
- ✓ **O câncer de pulmão é raro em pessoas com menos de 40 anos;**
- ✓ **Clínica: Tosse, Perda de peso, Dispneia, Dor torácica, Hemoptise, Dor óssea, Baqueteamento digital, Febre, Fraqueza, Obstrução da veia cava superior, Disfagia, Sibilos e estridor.**
- ✓ **Responsável por 70% entre as causas malignas de síndrome de veia cava;**
- ✓ **Cânceres de pulmão epiteliais são divididos em quatro tipos principais de células: câncer de pulmão de pequenas células (CPPC), adenocarcinoma, carcinoma escamoso e carcinoma de grandes células.**

Linfoma Não Hodgkin

- ✓ Mais de 30 subtipos // Ampla variabilidade
- ✓ Maior predomínio em homens, brancos, após os 40 anos;
- ✓ Estados de imunodeficiência primária ou secundária têm predisposição ao desenvolvimento;
- ✓ Sintomas B (febre, sudorese noturna ou perda de peso inexplicável);
- ✓ Corresponde de 5 a 15% das causas de SVCS.

Conduatas:

- ✓ TC de torax com contraste // Angio –TC
- ✓ Mediastinoscopia, broncoscopia, bipsia transtorácica
- ✓ Igra // BAAR por LBA
- ✓ Sorologia para histoplasmose // cultura para fungos no LBA
- ✓ FAN, FR, Sorologia EBV, HTLV
- ✓ BMO? // TC de abdome e pelve?
- ✓ AC plena

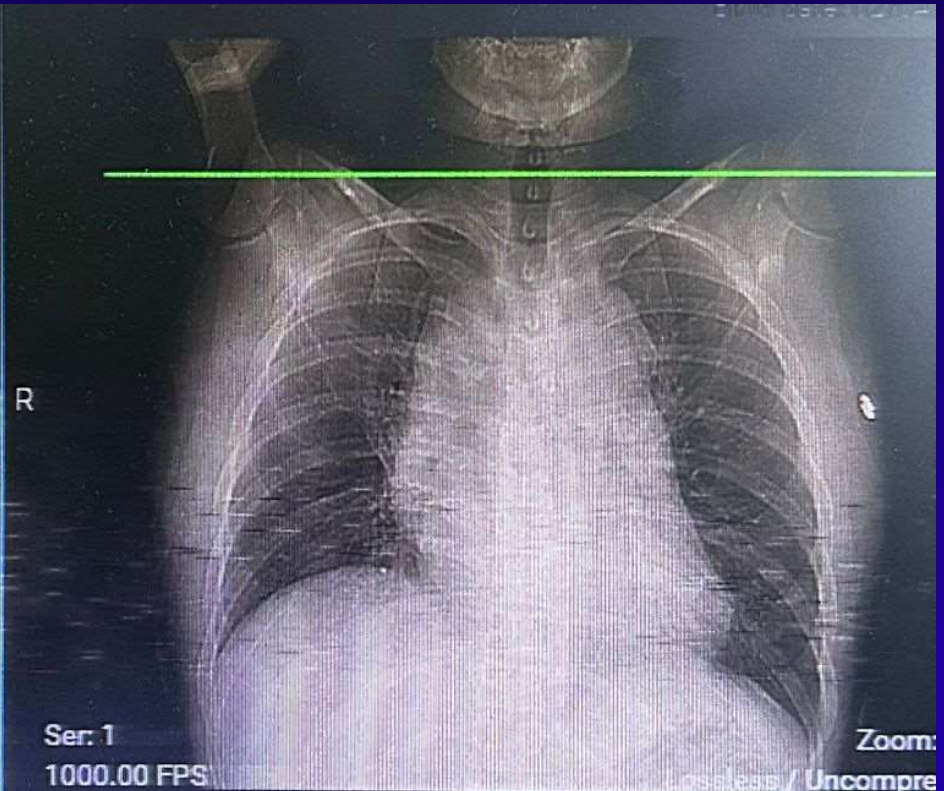
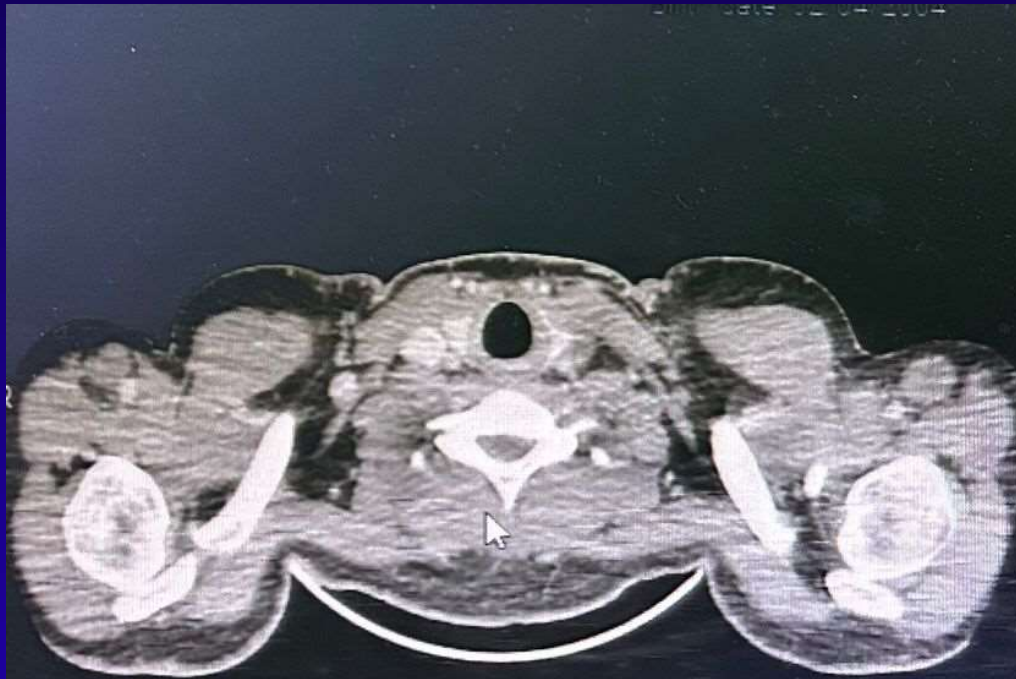
REFERÊNCIAS

- ✓ JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.
- ✓ Goldman, Lee e Andrew I. Schafer. *Goldman-Cecil Medicina*. Disponível em: Minha Biblioteca, (26^a edição). Grupo GEN, 2022.

Seguimento do caso

EVOLUÇÃO

- Solicito tomografia de tórax, abdome e pelve de urgência → Evidenciando Síndrome de veia cava superior e compressão de traqueia.
- ✓ Tc de tórax (23/02/2024) : Volumosa massa heterogênea, com realce ao meio de contraste, localizada no mediastino anterior, medindo 15,63 cm x 10,13 cm nos maiores eixos axiais perpendiculares, determinando importante compressão da veia cava superior e do terço médio da traqueia. Linfonodo aumentado na cadeia axilar esquerda medindo 1,43 cm no menor eixo axial. Espessamento dos septos interlobulares em ambos os pulmões, notadamente nas bases, formando linhas b e c de kerley, associado a discretas opacidades em vidro fosco, compatível com pulmões congestos. Derrame pleural laminar bilateral.
- ✓ Tc de abdome e da pelve (23/02/2024): Fígado de volume normal e contornos regulares, com coeficientes normais de atenuação. Baço de volume normal e densidade preservada. Não se individualizam adenomegalias retroperitoniais.
- ✓ Tc de tórax (04/03/2023): volumosa massa heterogênea, com realce ao meio de contraste, localizada no mediastino anterior, medindo 12,21 cm x 7,53 cm (media 15,63 cm x 10,13 cm) nos maiores eixos axiais perpendiculares, ainda determinando importante compressão da veia cava superior, com alívio da compressão sobre o terço médio da traqueia. Linfonodo na cadeia axilar esquerda medindo 0,84 cm (media 1,43 cm) no menor eixo axial.



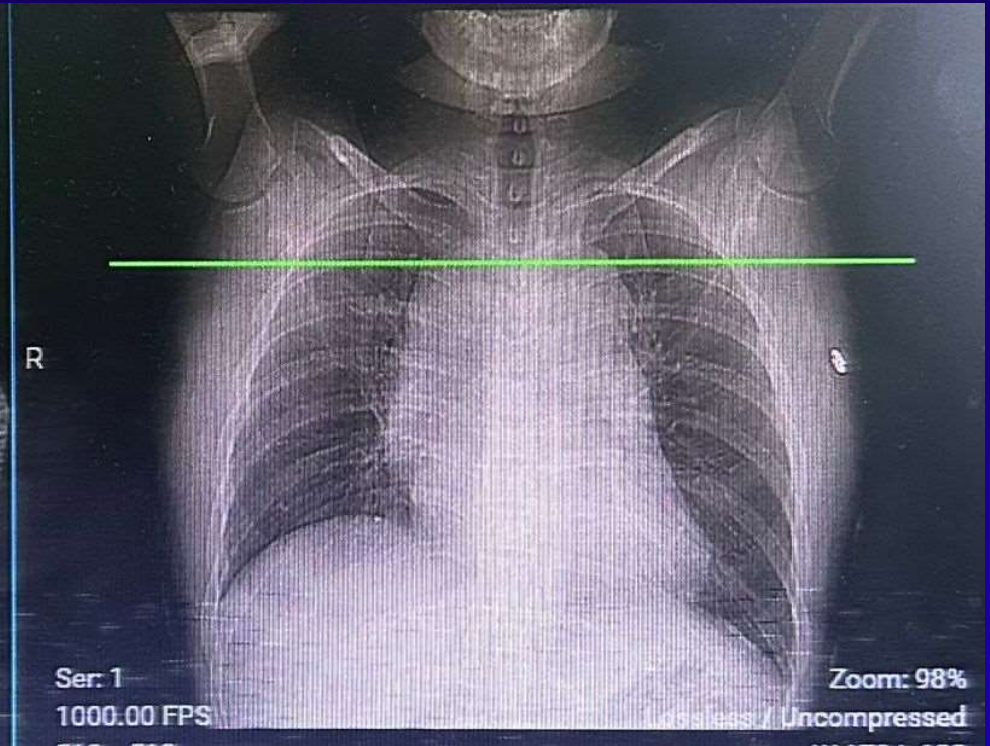
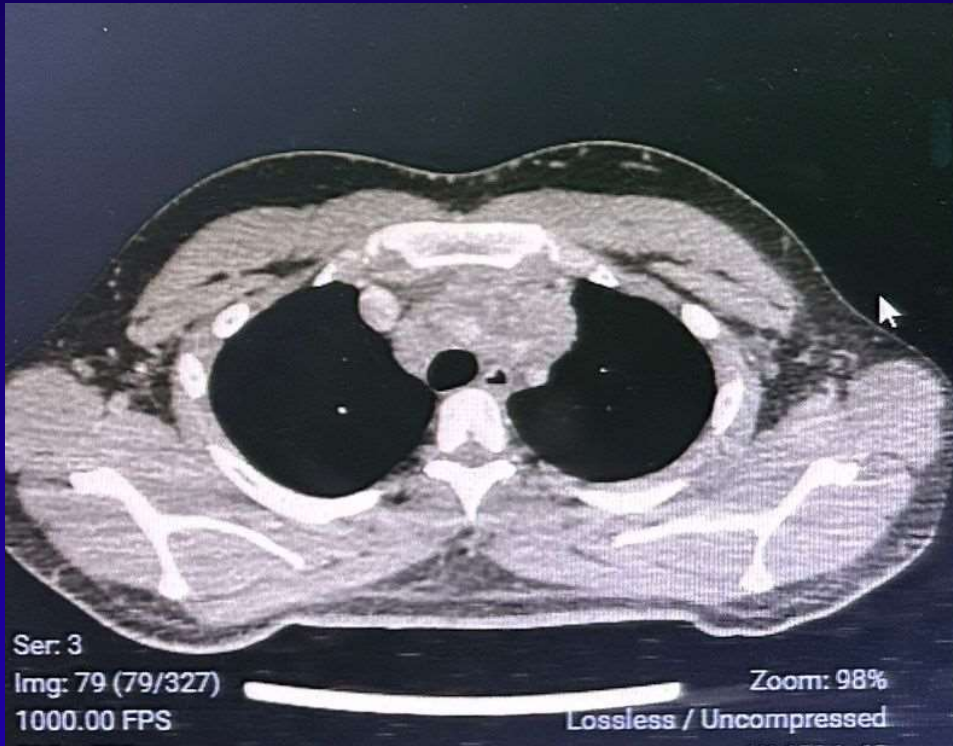
R

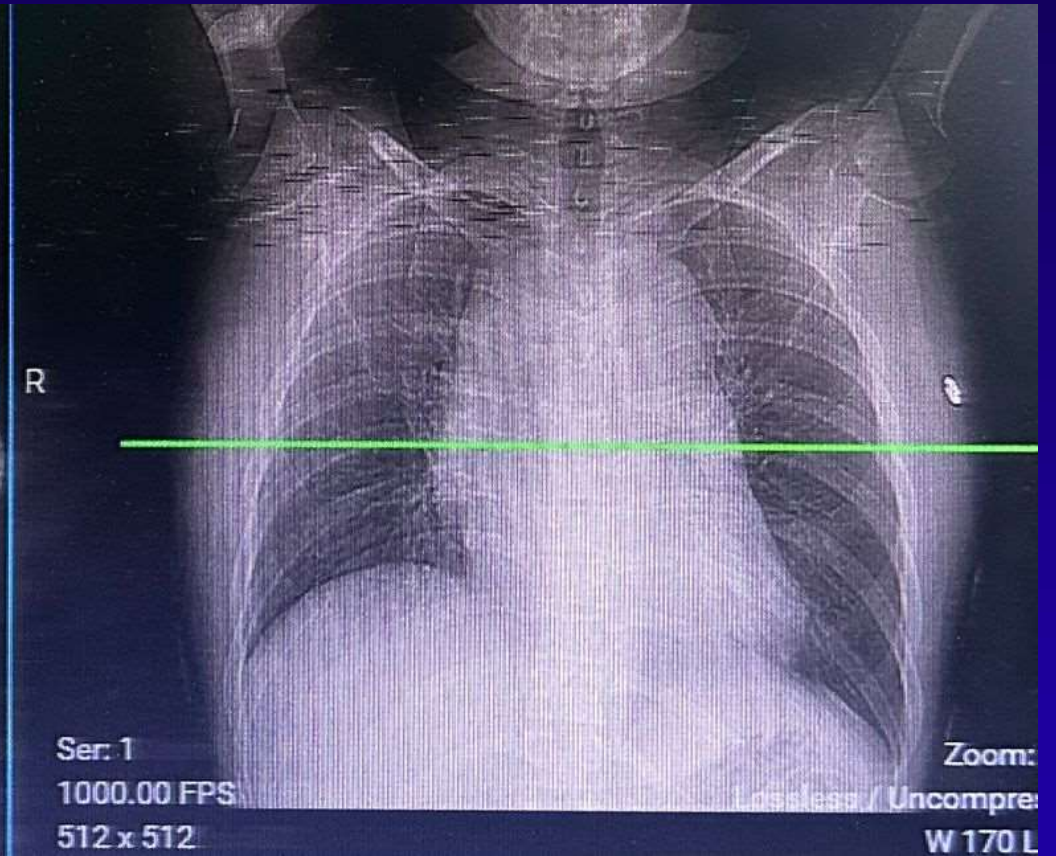
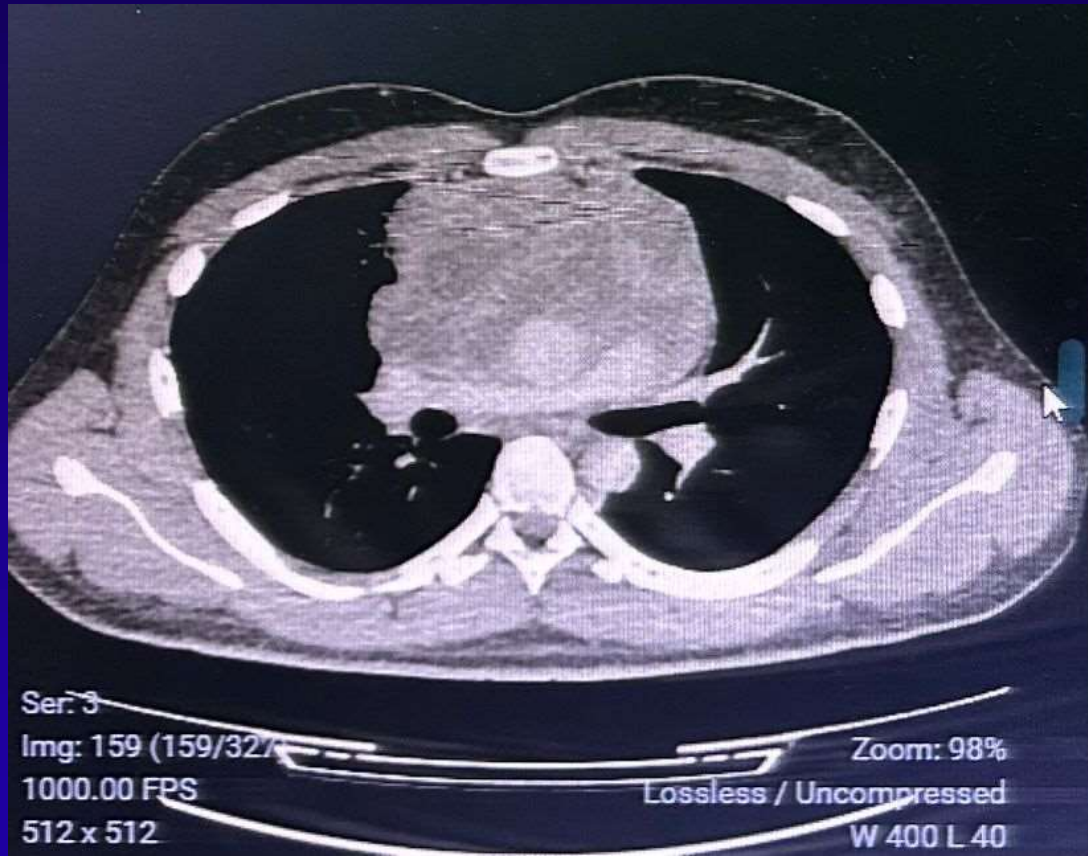
Ser: 3
Img: 14 (14/327)
1000.00 FPS
512 x 512
Thick: 1.00 mm

Zoom: 98%
Lossless / Uncompressed
W 400 L 40
Alexion

Ser: 1
1000.00 FPS
512 x 512
Thick: 2.00 mm

Zoom:
Lossless / Uncompressed
W 170 L
Al

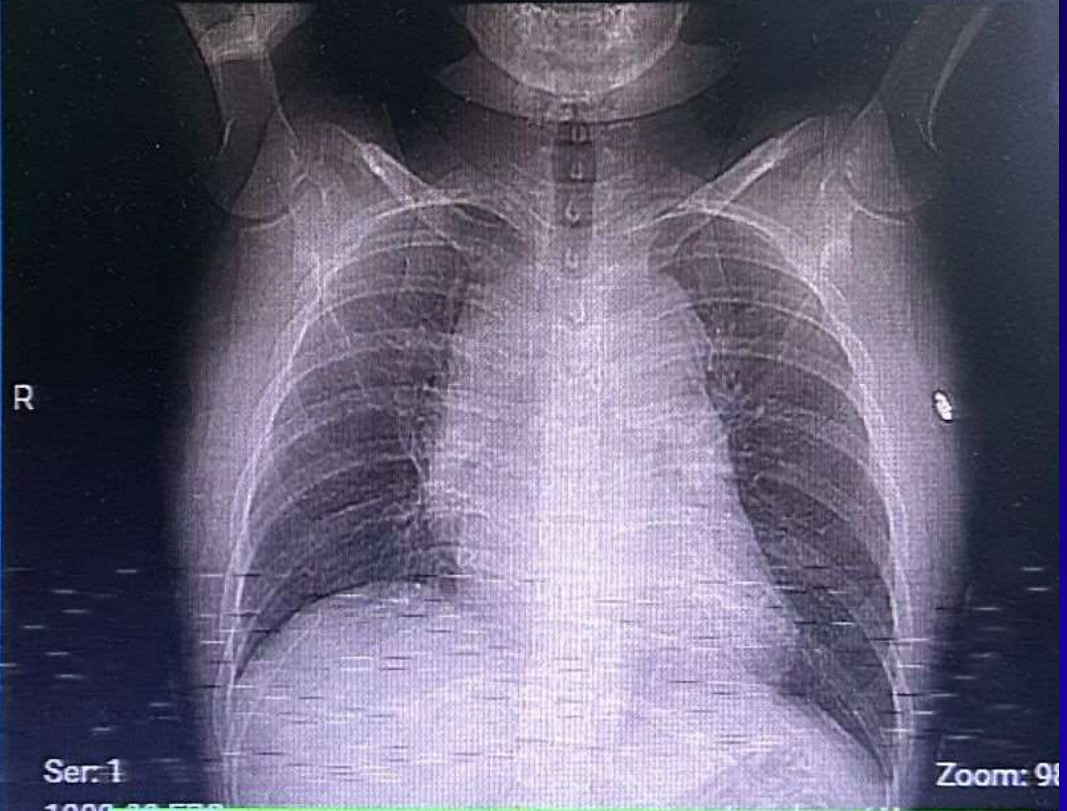






r:3
g: 320 (320/327)
00.00 FPS
2 x 512

Zoom: 98%
Lossless / Uncompressed
W 400 L 40

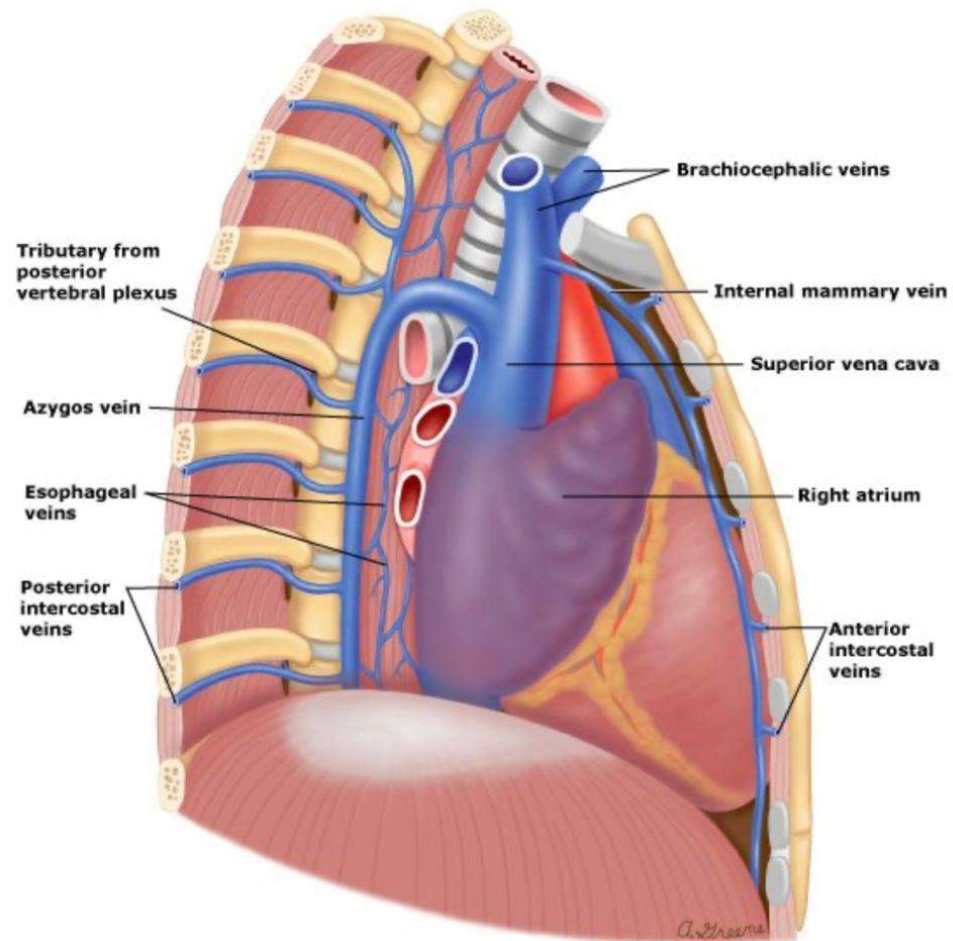


R

Ser: 1
1000.00 FPS
512 x 512

Zoom: 98%
Lossless / Uncompressed
W 170 L 1

Anatomy of the superior vena cava and veins of the mediastinum



Graphic 81142 Version 2.0

© 2024 UpToDate, Inc. All rights reserved.

EVOLUÇÃO

- ✓ Parecer para radioterapia: Paciente com indicação de radioterapia de urgência devido síndrome de veia cava e compressão da traqueia
- ✓ Realizado radioterapia em dose única de 7 gy sobre região mediastinal.
- ✓ Parecer de urgência para cirurgia torácica para avaliação de biopsia.
- ✓ Mantenho corticoide por ora (hidrocortisona 500 mg/ 8/8 horas).
- ✓ Iniciado albendazol e ivermectina -> não foram feitos no hospital de origem.
- ✓ Iniciado enoxaparina dose plena devido TVP.
- ✓ BHCG 2,5 / alfafetoproteína 3,1 / hiv: - / eps igg+/igm - / cmv igg+/igm - / vdrl neg / hcv neg / hbsag - / BAAR –

EVOLUÇÃO

- ✓ **Pleuroscopia + biópsia de massa mediastinal sem intercorrências - dreno selo d'água à direita.**



Diagnóstico anatomo-patológico: Lesão do mediastino: Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células - b, primário de mediastino

EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICO

Número exame: IM24-002640 / 1268233816

Especificação:

Foram recebidos 1 bloco(s) em parafina e 1 lâmina(s), designados como AP24-049087 1A, para a realização de marcadores para o tecido de MADIASTINO.

Descrição de metodologia:

Os cortes histológicos, junto com ensaios de controles positivos e negativos, foram submetidos ao exame imuno-histoquímico em sistema automatizado, onde a recuperação antigênica foi realizada no PT Link (Dako®), a incubação com os marcadores (anticorpos), a revelação (DAB) e contra-coloração no AutoStainer Link 48 (Dako®). Para realizar a incubação com os marcadores, utilizamos polímeros de alta sensibilidade e anticorpos prontos para uso e/ou diluídos.

Material	Marcador	Clone	Resultado	Uso
1-A Bloco de Parafina	CD30	Ber-H2	Positivo em torno de 50% na amostra com fraca intensidade	
1-A Bloco de Parafina	CD15	Carb-3	Negativo nas células neoplásicas (controle interno reagente)	
1-A Bloco de Parafina	PAX-5	Policlonal coelho	Positivo difuso	
1-A Bloco de Parafina	EBV	CS.1-4	Negativo	
1-A Bloco de Parafina	CD3	Policlonal coelho	Negativo nas células neoplásicas (controle interno reagente)	
1-A Bloco de Parafina	CD20	L26	Positivo difuso	
1-A Bloco de Parafina	KI-67	MIB-1	Positivo em torno de 90% nas células neoplásicas	

1-A Bloco de Parafina	CD45 LCA	2B11+PD7/26	Positivo difuso	
1-A Bloco de Parafina	TDT	EP266	Negativo	

CONCLUSÃO:

- O conjunto dos achados imunomorfológicos é de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, cujos aspectos favorecem o tipo primário mediastinal - ver nota.**

Nota: Necessário correlação com dados clínicos, laboratoriais e de imagem para validação diagnóstica. Somente a integração com esses dados valida hipótese diagnóstica e opções terapêuticas.

Referencia(s):

.WHO Classification of Tumours, Revised 4th Edition, Volume 2. Edited by Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, Thiele J. 2017.
. Swerdlow, S. H., Campo, E., Pileri, S. A., Harris, N. L., Stein, H., Siebert, R., Advani, R., Ghilmini, M., Salles, G. A., Zelenetz, A. D., & Jaffe, E. S. (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*, 127(20), 2375-2390.

Laudo finalizado por: Dr. Eber Emanuel Mayoral CRM 156.047

Laudo liberado por: Dr. Eber Emanuel Mayoral CRM 156.047

Laudo 1 de 1

O DB disponibiliza um canal exclusivo para facilitar a comunicação "de médico para médico", acesse o link abaixo sempre que precisar!
canalmedico.dbdiagnosticos.com.br

Método...: **IMUNO-HISTOQUÍMICA**

Coletado em (28/03/2024 18:25)

Assinado eletronicamente em: (04/04/2024 14:41)
por Dr. Eber Emanuel Mayoral - CQE: 63.049 CRM: 156.047 -
DB - CNES: 9193049

Evolução

- ✓ Acompanhamento no ambulatório de hematologia.
- ✓ Terapia atual : Segue RCHOP x
- ✓ Acompanhamento com oncologia.

Diagnósticos diferenciais da Síndrome de Veia Cava Superior

- ✓ Principais Diagnósticos Diferenciais:
- ✓ 1. Linfomas:
 - ✓ - Linfoma não Hodgkin (LNH)
 - ✓ - Linfoma de Hodgkin
- ✓ 2. Neoplasias Torácicas:
 - ✓ - Carcinoma Broncogênico (especialmente carcinoma de pequenas células)
 - ✓ - Tumores Timicos
 - ✓ - Tumores da Tireóide
- ✓ 3. Causas Infecciosas:
 - ✓ - Tuberculose
 - ✓ - Histoplasmosose
- ✓ 4. Patologias Vasculares:
 - ✓ - Trombose da Veia Cava Superior
 - ✓ - Aneurisma de Aorta Torácica
- ✓ 5. Outras Condições
 - ✓ - Fibrose Mediastinal (frequentemente secundária a infecção ou radioterapia)
 - ✓ - Doenças Autoimunes (como sarcoidose)

Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células - B, Primário de Mediastino

- ✓ **Definição:** O Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células B, Primário de Mediastino (LNH-DGCB-PM) é um subtipo raro de linfoma não Hodgkin.
- ✓ **Origem:** Deriva de células B do centro germinativo do mediastino, frequentemente associadas ao timo.
- ✓ **Epidemiologia:** Afeta principalmente mulheres jovens e adultos, geralmente na faixa dos 20-40 anos.
- ✓ **Importância:** Representa cerca de 2-3% de todos os linfomas não Hodgkin.

Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células - B, Primário de Mediastino

- ✓ **Sintomas:** Massa mediastinal volumosa (sintoma mais comum), tosse, dor torácica, dispneia, síndrome da veia cava superior.
- ✓ **Diagnóstico:** Imagem: Radiografia de tórax, TC e PET-CT para avaliar a extensão e características da massa.
- ✓ **Biópsia:** Confirmação histológica através de biópsia da massa mediastinal.

Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células - B, Primário de Mediastino

- ✓ **Tratamento:**
- ✓ **Quimioterapia:** Regimes como R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona).
- ✓ **Radioterapia:** Utilizada em casos de massa residual após quimioterapia.
- ✓ **Imunoterapia:** Em estudo, com inibidores de checkpoint como pembrolizumabe.
- ✓ **Prognóstico:** Geralmente favorável com tratamento adequado.
- ✓ **Taxa de sobrevida de 5 anos varia entre 70-90%, dependendo da resposta ao tratamento inicial.**

Indicações de Radioterapia de Urgência

- ✓ **1. Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS):**
- ✓ - Indicada quando há compressão significativa da veia cava superior por tumores como linfomas e carcinomas de pulmão
- ✓ **2. Compressão Medular:**
- ✓ - Indicada para aliviar a compressão da medula espinhal causada por metástases vertebrais ou tumores paravertebrais. Sintomas: dor lombar, fraqueza, perda de função sensorial e/ou motora, incontinência.
- ✓ **3. Hemorragia Tumoral:**
- ✓ - Indicada para controlar sangramentos significativos de tumores que não podem ser controlados por outros meios, como em cânceres de cabeça e pescoço, câncer de bexiga, e câncer de colo uterino.
- ✓ **4. Obstrução das Vias Aéreas:**
- ✓ - Indicada para desobstruir vias aéreas principais comprometidas por tumores pulmonares ou mediastinais. Sintomas: dispneia, tosse, estridor.
- ✓ **5. Metástases Cerebrais Sintomáticas:**
- ✓ - Indicada para reduzir edema cerebral e controlar sintomas neurológicos em pacientes com metástases cerebrais, como cefaleia, náuseas, vômitos e déficits neurológicos focais.

Referências

- ✓ Lutz, S., Berk, L., Chang, E., et al. (2011). "Palliative radiotherapy for bone metastases: An ASTRO evidence-based guideline." *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 79(4), 965-976.
- ✓ Tsao, M. N., Rades, D., Wirth, A., et al. (2012). "Radiotherapeutic and surgical management for newly diagnosed brain metastasis(es): An ASTRO evidence-based guideline." *Practical Radiation Oncology*, 2(3), 210-225.
- ✓ Wilson, L. D., Detterbeck, F. C., Yahalom, J. (2007). "Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes." *New England Journal of Medicine*, 356(18), 1862-1869.- Rice, T. W., Rodriguez, R. M., Light, R. W. (2006). "The superior vena cava syndrome:

