

Caso Clínico

Prof. Dr. Ismar Alberto Pereira Bahia¹

Identificação: J.L.S. de 57 anos, masculino, casado, brasileiro, natural de Petrópolis-RJ, mestre de obras, reside no mesmo município, católico.

Queixa e duração: Fraqueza crescente, anorexia e tosse produtiva há três semanas.

HDA: Informa o paciente ao dar entrada no setor de emergência, história de etilismo crônico, há pelo menos 40 anos e que há três semanas, após ingestão de bebida alcoólica, teve várias crises de vômitos, começou com fraqueza intensa, dificuldade de caminhar, passava o dia acamado, relata inapetência, nas duas últimas semanas surgiu uma tosse produtiva, que não melhorou com medicamentos habituais, decidiu procurar a emergência.

Antecedentes:

Pessoais: Informa doenças comuns da infância, uma fratura de punho direito aos 14 anos, hipertensão arterial moderada com uso irregular de medicamentos (anlodipina e atenolol), nega tratamento cirúrgico e internações.

Familiares: Pai falecido de doença cardíaca, mãe apresenta diabetes mellitus compensada, dois irmãos com hipertensão arterial.

Sócios culturais: Possui 1º grau completo, reside em casa com boas condições de higiene.

Informações complementares: Paciente emagrecido, dispneico, orientado no tempo e espaço, pele e mucosas hipocoradas, turgor diminuído. Frequência cardíaca de 80 bpm e pressão arterial de 130/75 mmHg, caindo para 120/65 quando colocado em pé. Coração rítmico, com presença de terceira bulha, sopro sistólico de 2+/6 em foco mitral. Estertores crepitantes no hemitorax direito. Discreto edema nos pés e tornozelos.

Palpação: ausência de linfonodos palpáveis em região cervical, axilar ou inguinal, cabeça e pescoço sem alterações, tórax globoso, sem retrações ou abaulamentos, abdômen flácido, fígado palpável a três dedos do rebordo costal direito, baço não palpável, região pélvica com pequena hérnia inguinal direita redutível, região dorsal sem alterações, presença de sinais de insuficiência venosa crônica em ambos os membros inferiores.

Exames laboratoriais:

| Exames | Dia da internação | 4º dia | 5º dia |
|-------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Hemácias | 3,2 milhões | 3,4 milhões | 3,2 milhões |
| Hematócrito | 34% | 35% | 34% |
| Hemoglobina | 12mg/dL | 11mg/dL | 12mg/dL |
| Leucócitos | 10.000/ mm ³ | 9.000/ mm ³ | 10.000/ mm ³ |
| Glicemia | 120mg/dL | 140mg/dL | 110mg/dL |
| Uréia | 12mg/dL | 12mg/dL | 12mg/dL |
| Creatinina | 1,2 mg% | 1,0 mg% | 1,0 mg% |
| Sódio | 136 mEq/L | 128 mEq/L | 122 mEq/L |
| Potássio | 3,6 mEq/L | 3,4 mEq/L | 3,6 mEq/L |
| Cloreto | 100 mEq/L | 96 mEq/L | 92 mEq/L |

¹ Prof. Dr. Em cirurgia. Chefe do Departamento de Cirurgia da Escola de Medicina Souza Marques

| | | | |
|---------------------|----------|-----------|-----------|
| Bicarbonato | 22 mEq/L | 20 mEq/L | 24 mEq/L |
| Ácido úrico | | 3 mg/dL | 3,5mg/dL |
| Sódio urinário | | 110 mEq/L | 120 mEq/L |
| Potássio urinário | | 40mEq/L | 45mEq/L |
| Creatinina urinária | | 85mg/dL | 90mg/dL |

Foi solicitado uma tele radiografia de tórax

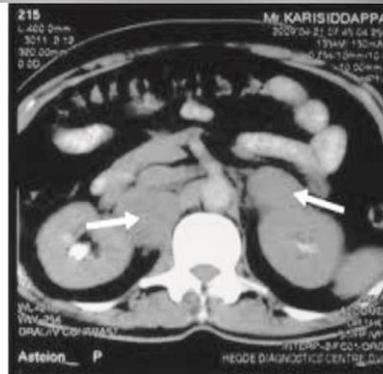
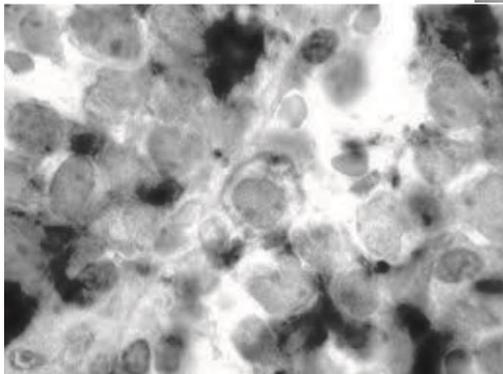
Cardiomegalia com derrame pleural a

- Após a hospitalização é iniciada administração venosa de soro fisiológico 100 mL/h e solicitado broncoscopia com biópsia



radiografia de pleural a

administração mL/h e solicitado



Resultado histopatológico: Carcinoma de pequenas células. Solicitar CT de abdômen Rins normais. Massas adrenais bilaterais.

Comentários:

A causa da hiponatremia deste paciente provavelmente é uma síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH), que pode ser clinicamente imperceptível até que o paciente receba fluidos intravenosos. Mesmo o paciente recebendo solução salina normal, sua concentração sérica de sódio cai porque seus rins excretam rapidamente os eletrólitos e retém água livre de eletrólitos diluindo o sódio, portanto fazendo hiponatremia. Quando a concentração de sódio cai rapidamente para menos de 120 mEq/L, podem ocorrer náuseas, vômitos, irritabilidade, confusão mental e convulsões. Uma redução aguda abaixo de 110 mEq/L pode resultar em coma e morte. O câncer de pulmão de pequenas células é o tumor que se espalha de forma mais rápida pelo pulmão. Aproximadamente 15% de todos os casos de câncer de pulmão são de pequenas células, sendo mais comum em homens do que mulheres. É a forma mais agressiva de câncer de pulmão, iniciando geralmente nos brônquios e com alto potencial metastático. O hipotireoidismo e a deficiência de cortisol podem produzir hiponatremia com volume normal e precisam ser descartados antes do diagnóstico de SIADH. As massas adrenais bilateralmente, possivelmente são decorrentes de metástases e o paciente geralmente não desenvolve doença de Addison. Nesse caso a baixa concentração de potássio fala contra doença de Addison.

A concentração sérica de ácido úrico ajuda a diferenciar as síndromes hiponatrêmicas, sua concentração está elevada quando o LEC está contraído ou o volume arterial está reduzido em pacientes com cirrose ou insuficiência cardíaca congestiva e reduzida quando o volume extracelular está aumentado, como em pacientes com SIADH. O alto valor do sódio urinário (110 mEq/L) fala contra uma depressão de volume decorrente do estado clínico, da falência cardíaca e da falência hepática como causas da hiponatremia. A maioria dos sintomas de câncer de pulmão de células pequenas demora em se manifestar. Quando o paciente nota algum desconforto, em muitos casos o tumor já se disseminou e pode ter metástase. Os principais sintomas são: tosse, dor no peito, rouquidão, perda de apetite e peso, falta de ar, fadiga, tosse com expectoração de mucosa, tosse com sangue, infecções pulmonares recorrentes. Entre os exames, destacam-se a tomografia computadorizada, cintilografia óssea, broncoscopia com biópsia, tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC), estes podem auxiliar no diagnóstico precoce, avaliar a extensão da doença, a eficácia de um tratamento, assim como no planejamento da radioterapia. Em alguns casos, pode-se até evitar procedimentos invasivos. As principais formas de tratamento disponíveis são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e outros métodos paliativos. Elas podem ser utilizadas de forma individual ou de forma combinada, dependendo do tipo de tumor e nível de evolução. As opções de tratamento devem ser discutidas com a equipe médica que irá definir a melhor opção para cada organismo.