

ANÁLISE DO LÍQUIDO ASCÍTICO COMO FATOR DEFLAGRANTE PARA DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE SOB APRESENTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO

Nicole Lira Melo Ferreira¹, Thayna Almeida Batista¹, Abdias Pereira Diniz Neto¹, Gabrielle Christine Rocha Souza¹, Rodrigo Coutinho Suassuna²

¹Médico (a) residente de Clínica Médica no Hospital Santo Amaro - Santa Casa da Misericórdia do Recife (PE)

²Médico gastroenterologista preceptor de Clínica Médica do Hospital Santo Amaro - Santa Casa da Misericórdia do Recife (PE)

Introdução: O câncer do apêndice é uma doença rara e de baixa incidência, representando cerca de 0,5% de todos os tumores do aparelho digestivo, sendo o adenocarcinoma seu subtipo mais predominante. É mais comum no sexo masculino, manifestando-se com quadro clínico inespecífico, podendo se apresentar através de dor abdominal progressiva, massa palpável em fossa ilíaca direita e apendicite aguda. **Objetivos:** Relatar um caso de apresentação atípica de adenocarcinoma de apêndice, investigado após análise de líquido ascítico sugestivo de etiologia neoplásica. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso, com análise de prontuário médico e revisão integrativa da literatura em artigos indexados pela base de dados MEDLINE, SciELO e LILACS. **Resultados:** Paciente, feminina, 70 anos, hipertensa, com quadro de aumento de volume abdominal e edema bilateral e simétrico em membros inferiores há cerca de dois meses. Apresentava ultrassonografia abdominal com ascite de grande volume, além de fígado de dimensões reduzidas, contornos irregulares e fibrose periportal. Foi submetida, assim, a uma paracentese diagnóstica e de alívio, com análise do gradiente albumina-soro de 0,3, desidrogenase láctica elevada (1778 U/L) e proteína total de 4,1 g/dL, bem como baixa celularidade e ADA normal. Diante da suspeita de ascite de provável etiologia neoplásica, iniciou-se investigação de sítio primário. A tomografia de abdome com contraste evidenciou presença de volumoso líquido ascítico na cavidade abdominal com nódulos e espessamentos aderidos em fáscia peritoneal. Endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia de tórax e ultrassonografia de região pélvica não evidenciaram foco primário, sendo assim, a paciente foi submetida a video laparotomia exploradora. Além dos nódulos, foi realizada também a retirada de apêndice, devido visualização de órgão com características tumorais. A análise histopatológica da peça evidenciou presença de adenocarcinoma metastática e o biópsia do apêndice ressecado evidenciou presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, comprometendo mesoapêndice, serosa e camada muscular própria do apêndice. A paciente então, foi encaminhada ao serviço de oncologia para seguimento. **Conclusão:** Observa-se que neoplasias malignas de apêndice dificilmente representam uma hipótese diagnóstica, frente a sua rara incidência e sintomatologia inespecífica, dessa forma, exames de imagem mostram-se como ferramentas de grande importância para o diagnóstico precoce de tal afecção.

Descritores: câncer do apêndice, ascite, adenocarcinoma.

TEP? ECO????

Evidenciam-se nódulos hipodensos em permeio ao parênquima, melhor identificados nas fases portais, indeterminados, assim localizados:

Segmento II medindo 0,6 cm

Segmento VIII, medindo 1,5 cm e 0 7 cm.

Segmento VIII medindo 0, 8 cm..

TC DE TÓRAX C/CONTRASTE(08/08/22):

Nas poucas imagens do tórax, nota-se falhas de enchimento nos ramos das artérias pulmonares, sugestivo de trombose. Convém correlacionar com estudo específico.

Volumoso líquido ascítico na cavidade abdominal associado a diminutas nodulações aderidas a fásia peritoneal

Fígado tóxico, de contornos lobulados, reduzido de tamanho, apresentando acentuação das fissuras hepáticas, achado compatível com hepatopatia crônica.

Evidenciam-se nódulos hipodensos em permeio ao parênquima, melhor identificados nas fases portais, indeterminados, assim localizados:

Segmento II medindo 0,6 cm

Segmento VIII, medindo 1,5 cm e 0 7 cm.

Segmento VIII medindo 0, 8 cm..

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9911/6176>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932010000300004&script=sci_arttext&lng=pt

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/DPr5X6gY7wb8jkzGzQT78Gc/>

TEP?

ECO?

NEGA DISPNEIA? URINA ESPUMOSA?

VALOR DE REFERENCIA?

ETILISMO:?

ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE METASTÁTICO

PACIENTE: BEATRIZ MARIA DA SILVA

Admissão: 30/07/2022

HDA:

PACIENTE RELATA QUE EM 05/2022 COMEÇOU APRESENTAR AUMENTO DE VOLUME ABDOMINAL, EDEMA DE MMII NO QUAL PROCUROU A UBS DE SEU MUNICÍPIO ONDE FORAM SOLICITADOS EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E POSTERIORMENTE USG ABDOME EVIDENCIANDO (HIPERCOGENICIDADE PERIportal DIFUSA, HEPATOPATIA PARENQUIMATOSA DIFUSA, ASCITE DIFUSA) DESSA MANEIRA, A UBS ENCAMINHOU AO ESPECIALISTA. PORÉM CONSEGUIU A CONSULTA MAS NÃO REALIZOU EXAMES SOLICITADOS. PORÉM NA QUARTA-FEIRA(24/07) EVOLUIU COM PIORA E EDEMA, DE AUMENTO DE VOLUME ABDOMINAL RECORRENDO A EMERGENCIA DO SEU MUNICÍPIO E SENDO ENCAMINHADA PARA O HOF, ONDE REALIZARAM UMA PARACENTESE(NÃO ANEXADA DO HOSPITAL DE ORIGEM) E UMA USG EVIDENCIANDO FÍGADO DE TOPOGRAFIA HABITUAL, COM DIMENSÕES REDUZIDAS, CONTORNOS IRREGULARES E ECOTEXTURA DIFUSAMENTE HETEROGÊNEA E VOLUMOSA ASCITE).

ENCONTRO PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA CLINICO E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE BAIXO DÉBITO, UM POUCO LENTIFICADA, MAS SEM SINAIS DE ENCEFALOPATIA, SEM FLAPPING, COM ASCITE E SINAL DE PIPAROTE PRESENTE, NÃO REFERINDO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO.

-NEGA ETILISMO

#ANTECEDENTES PESSOAIS:

-HAS

-RELATA PRÉ DM2

-NEGA INTERNAÇÕES

-NEGA CIRURGIAS

- EPIDEMIOLOGIA: HANSENIASE (-) // LEISHMANIOSE (-) // ESQUISTOSSOMOSE (+) // CHAGAS (-) //TB(-)

USG HOF(28/07/22) :

Fígado topografia habitual, com dimensões reduzidas, contornos irregulares e ecotextura difusamente heterogênea, não sendo observado nódulo bem definido ao método. Não identifico sinais de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

Veia porta de calibre preservado, Vesícula biliar tópica, normodistendida, de paredes finas, conteúdo anecóico, sem cálculos no seu interior.

Pâncreas de dimensões e textura habituais para a faixa etária.

Baço de tamanho e ecotextura preservados.

Rins tópicos, de forma e dimensões normais, com ecogenicidade e diferenciação córtico-medular preservadas. Ausência de sinais de hidronefrose, lesões expansivas ou litíase. Ressalto a limitação do método para avaliação de cálculos menores que 0,5 cm.

Aorta abdominal e veia cava inferior de trajeto e calibre conservados nos segmentos passíveis de avaliação. Volumosa ascite.

Bexiga urinária de forma, volume e contornos normais, com paredes finas e regulares. Conteúdo anecóico homogêneo sem cálculos em seu interior. Presença de sonda vesical de demora (SVD) no seu interior

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL (13/07/22)

- Fígado apresenta forma, dimensões e contornos normais. Textura acústica heterogênea. A veia porta

apresenta-se de calibre preservado medindo 0.80 cm, apresentando hiperecogenicidade peri-portal difusa.

Veias hepáticas e vias biliares intra e extra-hepáticas de trajeto e calibre conservados nos segmentos

visualizados.

- Hepatocolédoco de calibre normal.

- Vesícula biliar tópica, fisiologicamente distendida, com paredes lisas e regulares, sem imagens de

cálculos em seu interior.

- Pâncreas de espessura e ecogenicidade normais.

- Rins de topografia usual, forma e volume normais, com contornos regulares e textura sônica preservada.

Espessura do parênquima renal e relação córtico-medular preservadas. Ausência de sinais de

hidronefrose, cálculos ou lesões expansivas focais.

Medidas (maior diâmetro longitudinal):

Rim direito: 9.8 x 4.2 cm

Rim esquerdo: 9.9x 5.6 cm

Baço de textura homogênea e dimensões normais, medindo 6.6x 2.3 cm.

X

- Presença de volumosa quantidade de líquido na cavidade abdominal.

- Bexiga com repleção hídrica adequada, de forma e capacidade normais, com paredes regulares.

Conteúdo vesical anecóico, sem cálculos em seu interior.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Hiperecogenicidade periportal difusa, achado comumente observado em fibrose periportal.

- Hepatopatia parenquimatosa difusa.

- Ascite difusa

01/08/22: RealizaDA paracentese de alvío hoje (01/08) com envio de líquido ascítico para estudo

Solicito USG de abdome superior com Doppler de veias hepáticas

- AGUARDO REALIZAÇÃO DE USG de abdome superior com Doppler de veias hepáticas.

-AGUARDO CITOLOGIA ONCÓTICA E ADA DE LIQUIDO ASCITICO (01/08)

-RESGATO EXAMES LABORATORIAIS E DE LÍQUIDO ASCITICO

-SOLICITO TC DE ABDOME SUPERIOR E INFERIOR COM CONTRASTE , POIS EM ANÁLISE DE LÍQUIDO ASCITO APRESENTAVA GASA 0,3 E DHL 1778(ELEVADO) PARA INVESTIGAR CAUSA NEOPLÁSICA

- SOLICITO USG TRANSVAGINAL POIS EM ANÁLISE DE LÍQUIDO ASCITO APRESENTAVA GASA 0,3 E DHL 1778(ELEVADO) PARA INVESTIGAR CAUSA NEOPLÁSICA

-SOLICITO ECO TRANSTORÁCICO PARA EXCLUIR CAUSA CARDÍACA DE ASCITE

LAB 31/07: Hb 12,5 | Ht 39,6 | Leuco 6.500 | Plaq 251.000; Ur 58; Cr 1,7; Na 134; K 3,8; Glicose 128; Cl 96; Ptn total 5,51; Albumina 2,6; TP 101; INR 1; SU - pH 6, densidade 1010, sem ptn ou glicose, nitrito negativo, 8 piócitos/campo; 03 hemácias/campo

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(01/08): PROT T 4,1/ ALB 2,3/ GLOBU 1,8/ GLIC 81/ DHL 1778/ LEUCO 0,1 / ASPECTO LÍMPICO/ CULTURA(FALTA)/ CITOLOGIA ONCÓTICA(FALTA)/ ADA(FALTA)

- 1) ASCITE DE ETIOLOGIA A/E: IC? Neoplásica? Síndrome nefrótica?
- 2) DHC
- 3) HAS
- 4) DM tipo II

EM USO:

- Furosemida 40mg, 01 cp, VO
- Espironolactona 100 mg, 01 cp/dia, VO.
- Heparina 5.000 UI, SC, 12/12h.

SOLICITO USG DE MAMAS E AXILAS, PARA INVESTIGAÇÃO DE SITÍO PRIMÁRIO DE ASCITE DE PROVÁVEL ETIOLOGIA NEOPLÁSICO

ECOTT (02/08):

DDVE: 38 mm (= 52) DDVE/SC: 23,6 Mm/m² (= 31) AO: 29 mm
(= 36) Massa do VE: 78,8 g (= 162)
DSVE: 25 mm (= 35) DSVE/SC: 15,5 Mm/m² (= 21) AE: 30 mm
(=) Índice de Massa: 49,0 g/m² (= 95)
Fração de Ejeção: 64,0 % (Teichholz) SIV: 8 mm (= 9) Vol
AE: 36 ml (=) PVCP: 11,1162162162 mmHg (<12)
E. Relativa: 0,37 (< 0,42) PP: 7 mm (= 9) Vol AE/SC:
22,4 ml/m² (= 34)
TAPSE: 18 mm (= 17)

Qualidade do Exame: Exame realizado com paciente em ritmo cardíaco regular e prejudicado por janela acústica limitada.

Ventrículo Esquerdo: Cavidade de dimensões normais. Paredes com espessura diastólica normal. Contratilidade miocárdica global e segmentar preservada. Função sistólica preservada. Padrão diastólico normal.

Átrio Esquerdo: Cavidade com volume normal.

Câmaras Direitas: Átrio direito de dimensões normais. Ventrículo direito com dimensões e contratilidade normais.

Aorta: Raiz da aorta (ao nível dos Seios de Valsalva) e demais segmentos da aorta de dimensões normais.

Válvula Aórtica: Trivalvular. Válvulas delgadas, com abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Ausência de refluxos.

Válvula Mitral: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Ausência de refluxos.

Válvula Tricúspide: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo discreto. Gradiente VD-AD máximo: 26mmHg.

V. e Artéria Pulmonar: Valva pulmonar com válvulas delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Ausência de refluxos. Artéria Pulmonar de dimensões normais.

Pericárdio: Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal. Ausência de derrame pericárdico.

Situs, Conexões, Septos e Alterações Congênitas: Situs solitus, levocardia. Conexões AV e VA concordantes.

Observações: Ausência de sinais de Hipertensão Arterial Pulmonar. VCI medindo < 2,1cm, com colabamento inspiratório > 50%. PAD estimada em 3mmHg.

Conclusões: - Câmaras cardíacas de dimensões normais.

- Função sistólica biventricular normal.
- Padrão diastólico do VE normal.
- Geometria ventricular normal.
- Insuficiência tricúspide de grau discreto.

HD: - ASCITE DE ETIOLOGIA A/E: IC? Neoplásica? Síndrome nefrótica?

- DHC (USG externa evidenciando fígado de dimensões reduzidas e contorno heterogêneo, sem dilatação em veia porta)
- HAS
- DM tipo II (hb1AC 6,8% e GJ 126)

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL 03/08 :

- Útero em ante-verso-flexão, medindo 7,5 x 5,4 x 4,1 cm nos seus maiores diâmetros (Volume uterino 88 cm³), com contornos regulares e ecotextura sólida heterogênea, devido a presença de formação nodular hipocogênica em perimeio ao seu parênquima, ecograficamente compatível com mioma, localizado na parede posterior, intramural, medindo 3,4 x 2,9 cm em seus maiores eixos. Observa-se ainda imagens ecogênicas em topografia vascular da região fúndica e corpo, compatíveis com calcificações de artérias arqueadas, sem significado clínico/patológico.

- Eco endometrial levemente heterogêneo, medindo 1,2 cm.
- Ovários não caracterizados.
- Presença de líquido livre em região pélvica e em fundo de saco posterior(ascite).

SOLICITO USG DE TIREOIDE, PARA INVESTIGAÇÃO DE SITÍO PRIMÁRIO DE ASCITE DE PROVÁVEL ETIOLOGIA NEOPLÁSICO

SUSPENDO DIURETICOTERAPIA, VISTO ASCITE NÃO TER ETIOLOGIA DE HIPERTENSÃO PORTAL

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(01/08): PROT T 4,1/ ALB 2,3/ GLOBU 1,8/ GLIC 81/ DHL 1778/ LEUCO 0,1 / ASPECTO LÍMPICO/ CULTURA NEG / CITOLOGIA ONCÓTICA(FALTA)/ ADA 35.4

SOLICITO TC DE TÓRAX SME CONTRASTE, PENSANDO EM ETIOLOGIA NEOPLÁSICA PARA ASCITE.

ASCITE DE ETIOLOGIA A/E: Neoplásica? Síndrome nefrótica?

- GASA = 0,3 PT 4, 1 (01/08)
- DHC (USG externa evidenciando fígado de dimensões reduzidas e contorno heterogêneo, sem dilatação em veia porta)
- HAS
- DM tipo II (hb1AC 6,8% e GJ 126)

-AGUARDO RESULTADO CITOLOGIA ONCÓTICA DE LIQUIDO ASCÍTICO (01/08)

-AGUARDO RESULTADO TC DE ABDOME SUPERIOR E INFERIOR COM CONTRASTE (REALIZADO 08/08)

- AGUARDO USG DE TIREOIDE E DE MAMAS BILATERAIS, PARA INVESTIGAÇÃO DE SITÍO PRIMÁRIO DE ASCITE DE PROVÁVEL ETIOLOGIA NEOPLÁSICO

10/08 - USG TIREOIDE

Tireóide tópica, de contornos regulares, textura heterogênea, apresentando as seguintes imagens nodulares:

Lobo Direito

Nódulos sólidos, isoecoicos, bem definidos, situados em terço superior, medindo 0,8 x 0,6 cm e no terço inferior medindo 1,0 x 0,7 cm - ACR TIRADS 3.

Lobo Esquerdo

Nódulo sólido, isoecoico, bem definido, situado em terço superior, medindo 0,7 x 0,3 cm - ACR TIRADS 3.

Cisto coloide no terço superior medindo 0,3 cm no maior eixo e sem interesse clínico - ACR TIRADS 1.

MEDIDAS DOS LOBOS TIREOIDEANOS:

Lobo direito mede: 2,9 x 1,5 x 1,1 cm (Volume: 2,6 cm³).

Lobo esquerdo mede: 3,0 x 0,8 x 1,4 cm (Volume: 1,4 cm³).

Volume dos lobos no total: 4,0 cm³ (VN de 6,0 cm³ até 18,0 cm³).

Istmo com características ecográficas semelhantes ao restante da glândula, medindo 0,2 cm.

Traquéia centrada.

Ausência de linfonodomegalias ou linfonodos atípicos nas cadeias cervicais individualizadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Tireoide de volume reduzido, apresentando as imagens nodulares citadas acima, com as localizações e classificações ACR- TIRADS. Correlacionar com dados clínicos e laboratoriais.

10/08 - USG MAMAS E AXILAS

MAMA DIREITA

Ausência de imagens nodulares sólidas ou císticas detectáveis.

MAMA ESQUERDA:

Ausência de imagens nodulares sólidas ou císticas detectáveis.

AXILAS:

Regiões axilares sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Mamas e regiões axilares sem alterações ecográficas.

COMPARAÇÃO COM EXAMES ANTERIORES:

Nega exames anteriores de imagem mama.

A avaliação isolada da ultrassonografia, sem o método mamográfico, reduz a sensibilidade do método em pacientes acima de 40 anos. O CBR recomenda em tal faixa etária para fins de rastreio de neoplasias mamárias, avaliação anual com mamografia, seguida de ultrassonografia como método complementar diagnóstico.

BIRADS: 1 - Exame negativo

-DEVIDO NOVO ESTUDO DE LIQUIDO ASCITICO(9/10/08), COM PRESENÇA LEUCO DE 1000, COM PRESENÇA PMN 78%, OPTO POR INICIAR TRATAMENTO PARA PBE E COMO PACIENTE ESTÁ EM INTERNAMENTO HOSPITALAR HÁ 1 SEMANA OPTO POR INICIAR TAZOCIN

-ENCAMINHO ESTUDO DE LÍQUIDO PARA LACEN, PARA REALIZAÇÃO DE GENEXPERT, PARA MELHOR ELUCIDAÇÃO DE ETIOLOGIA DE LIQUIDO ASCITO.

-RESGATO RESULTADO TC DE ABDOME SUPERIOR E INFERIOR COM CONTRASTE (REALIZADO 08/08)

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCITICO(01/08): PROT T 4,1/ ALB 2,3/ GLOBU 1,8/ GLIC 81/ DHL 1778/ LEUCO 0,1 / ASPECTO LÍMPICO/ CULTURA NEG / CITOLOGIA ONCÓTICA(FALTA)/ ADA 35.4

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(10/08): PROT T 4,0/ ALB 2,1/ GLOB 1,9/ LEUCO 1000(PMN 78%; CEL MESO 10%; MONO 22%)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX(09/08/22)

INDICAÇÃO: Rastreio de neoplasia.

TÉCNICA DE EXAME: Foram obtidas aquisições volumétricas do tórax em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

COMPARAÇÃO: Não disponível.

ANÁLISE:

Pulmões hipoinflados com elevação da cúpula diafragmática direita.

Opacidades atelectásicas nas bases pulmonares.

Discreto espessamento pleuroapical bilateral.

Ausência de nódulos pulmonares suspeitos ou consolidações parenquimatosas.

Não há lesão no interstício pulmonar detectável pelo método.

Mediastino centrado, sem evidências de linfonomegalias.

Traquéia, brônquios fontes e lobares com configuração anatômica.

Câmaras cardíacas com dimensões normais.

Aorta torácica e artérias pulmonares de calibre preservado.

Ateromatose calcificada incipiente da aorta torácica.

Ausência de derrame pleural.

Hérnia hiatal por deslizamento.

Espondilose dorsal com acentuação da cifose.

Nos cortes superiores do abdome, observa-se acentuada ascite.

ULTRASSONOGRRAFIA DAS MAMAS E AXILAS(10/08/22):

METODOLOGIA: Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ACHADOS:

MAMA DIREITA:

Ausência de imagens nodulares sólidas ou císticas detectáveis.

MAMA ESQUERDA:

Ausência de imagens nodulares sólidas ou císticas detectáveis.

AXILAS:

Regiões axilares sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Mamas e regiões axilares sem alterações ecográficas.

COMPARAÇÃO COM EXAMES ANTERIORES:

Nega exames anteriores de imagem mama.

A avaliação isolada da ultrassonografia, sem o método mamográfico, reduz a sensibilidade do método em pacientes acima de 40 anos. O CBR recomenda em tal faixa etária para fins de rastreio de neoplasias mamárias, avaliação anual com mamografia, seguida de ultrassonografia como método complementar diagnóstico.

BIRADS: 1 - Exame negativo

ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREÓIDE(10/08/22)

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear matricial multifrequencial.

ANÁLISE:

Tireóide tópica, de contornos regulares, textura heterogênea, apresentando as seguintes imagens nodulares:

Lobo Direito

Nódulos sólidos, isoecoicos, bem definidos, situados em terço superior, medindo 0,8 x 0,6 cm e no terço inferior medindo 1,0 x 0,7 cm - ACR TIRADS 3.

Lobo Esquerdo

Nódulo sólido, isoecoico, bem definido, situado em terço superior, medindo 0,7 x 0,3 cm - ACR TIRADS 3.

Cisto colóide no terço superior medindo 0,3 cm no maior eixo e sem interesse clínico - ACR TIRADS 1.

MEDIDAS DOS LOBOS TIREOIDEANOS:

Lobo direito mede: 2,9 x 1,5 x 1,1 cm (Volume: 2,6 cm³).

Lobo esquerdo mede: 3,0 x 0,8 x 1,4 cm (Volume: 1,4 cm³).

Volume dos lobos no total: 4,0 cm³ (VN de 6,0 cm³ até 18,0 cm³).

Istmo com características ecográficas semelhantes ao restante da glândula, medindo 0,2 cm.

Traquéia centrada.

Ausência de linfonomegalias ou linfonodos atípicos nas cadeias cervicais individualizadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Tireoide de volume reduzido, apresentando as imagens nodulares citadas acima, com as localizações e classificações ACR- TIRADS. Correlacionar com dados clínicos e laboratoriais.

TC DE TÓRAX C/CONTRASTE(08/08/22):

Nas poucas imagens do tórax, nota-se falhas de enchimento nos ramos das artérias pulmonares, sugestivo de trombose. Convém correlacionar com estudo específico.

Volumoso líquido ascítico na cavidade abdominal associado a diminutas nodulações aderidas a fásia peritoneal Fígado tóxico, de contornos lobulados, reduzido de tamanho, apresentando acentuação das fissuras hepáticas, achado compatível com hepatopatia crônica.

Evidenciam-se nódulos hipodensos em permeio ao parênquima, melhor identificados nas fases portais, indeterminados, assim localizados:

Segmento II medindo 0,6 cm

Segmento VIII, medindo 1,5 cm e 0,7 cm.

Segmento VIII medindo 0,8 cm..

Vesícula biliar tóxica, com conteúdo heterogêneo hiperdenso, sugestivo de microcálculos / lama biliar Ausência de dilatação das vias biliares.

Baço de situação, dimensões, forma e coeficientes de atenuação normais.

Pâncreas de topografia, contornos, dimensões e textura conservados.

Adrenais simétricas.

Veia cava inferior e aorta abdominal com aspecto normal. Não há evidências de linfonomegalias.

Rins tóxicos, de dimensões, forma e contornos conservados, com eliminação pronta e simétrica do contraste. Ureteres com livre trânsito.

Bexiga tóxica, de contornos e paredes conservadas, com conteúdo homogêneo, sem falhas de enchimento em seu interior.

Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas. Alças intestinais agrupadas na região central do abdome, pouco distendidas.

Útero de contornos regulares, apresentando imagem nodular parcialmente calcificada no fundo uterino, medindo 3,3 cm, compatível com mioma.

-LAB 30/06: LDL 120,35/ TRIG 108,32/ AU 5,12/ FA 54,15/ AMIL 49,39/ ALB 3,14/ 25OH VITD 11,12/ HBA1C 6,8%

BAAR NR/ SANGUE OCULTO NEG/ PARASITOLÓGICO FEZES NR/

HD: - ASCITE DE ETIOLOGIA A/E: Neoplásica? TB PERITONEAL?(s/necessidade de isolamento)

- GASA = 0,3 PT 4, 1 (01/08)
- DHC (USG externa evidenciando fígado de dimensões reduzidas e contorno heterogêneo, sem dilatação em veia porta)
- HAS
- DM tipo II (hb1AC 6,8% e GJ 126)

-AGUARDAR ENCAMINHAMENTO DE LÍQUIDO PARA LACEN, PARA REALIZAÇÃO DE GENEXPERT, PARA MELHOR ELUCIDAÇÃO DE ETIOLOGIA DE LÍQUIDO ASCÍTICO.

-SOLICITO EDA E COLONOSCOPIA , PARA PROSSEGUIMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE CARCINOMATOSE PERITONEAL.

SOLICITO PARECER DA CIRURGIA GERAL, PARA CONSIDERAR BIÓPSIA DE NÓDULOS HEPÁTICOS OU NODULAÇÕES ADERIDAS A FASCIA ABDOMINAL

PACIENTE FOI REALIZAR TC DE TORAX C/ CONTRASTE COM PROTOCOLO DE TEP

EDA 15/08

ESÔFAGO:

Introdução do aparelho sob visão direta, observando-se órgão de calibre e motilidade conservados. Mucosa normal em toda extensão do órgão . Junção esôfagogástrica ao nível do pinçamento diafragmático. Cárdia permeável.

ESTÔMAGO:

Dinâmica e distensibilidade preservadas. Lago mucoso claro e em quantidade habitual. À retrovisão não observamos anormalidade em fórnix e a tonicidade do cárdia está preservada. Mucosa de corpo e antro com áreas de hiperemia moderada. Incisura angularis em posição anatômica . Píloro centrado e permeável.

DUODENO:

Bulbo com morfologia e dinâmica preservadas. Mucosa de aspecto endoscópico normal. Segunda porção sem anormalidades .

OBS: Realizadas biópsias da mucosa de corpo e antro para pesquisa de H.pylori pelo exame histopatológico.

Início anticoagulação plena com clexane, visto TEP em tc de tórax com contraste realizada ontem

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX(09/08/22)

INDICAÇÃO: Rastreio de neoplasia.

TÉCNICA DE EXAME: Foram obtidas aquisições volumétricas do tórax em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

COMPARAÇÃO: Não disponível.

ANÁLISE:

Pulmões hipoinflados com elevação da cúpula diafragmática direita.

Opacidades atelectásicas nas bases pulmonares.

Discreto espessamento pleuroapical bilateral.

Ausência de nódulos pulmonares suspeitos ou consolidações parenquimatosas.

Não há lesão no interstício pulmonar detectável pelo método.

Mediastino centrado, sem evidências de linfonomegalias.

Traquéia, brônquios centrais e lobares com configuração anatômica normal.
Câmaras cardíacas com dimensões normais.

Aorta torácica e artérias pulmonares de calibre preservado.

Ateromatose calcificada incipiente da aorta torácica.

Ausência de derrame pleural.

Hérnia hiatal por deslizamento.

Espondilose dorsal com acentuação da cifose.

Nos cortes superiores do abdome, observa-se acentuada ascite.

TC DE TÓRAX C/CONTRASTE(08/08/22):

Nas poucas imagens do tórax, nota-se falhas de enchimento nos ramos das artérias pulmonares, sugestivo de trombose. Convém correlacionar com estudo específico.

Volumoso líquido ascítico na cavidade abdominal associado a diminutas nodulações aderidas a fâscia peritoneal

Fígado tóxico, de contornos lobulados, reduzido de tamanho, apresentando acentuação das fissuras hepáticas, achado compatível com hepatopatia crônica.

Evidenciam-se nódulos hipodensos em paralelo ao parênquima, melhor identificados nas fases portais, indeterminados, assim localizados:

Segmento II medindo 0,6 cm

Segmento VIII, medindo 1,5 cm e 0 7 cm.

Segmento VIII medindo 0, 8 cm..

Vesícula biliar tóxica, com conteúdo heterogêneo hiperdenso, sugestivo de microcálculos / lama biliar Ausência de dilatação das vias biliares.

Baço de situação, dimensões, forma e coeficientes de atenuação normais.

Pâncreas de topografia, contornos, dimensões e textura conservados.

Adrenais simétricas.

Veia cava inferior e aorta abdominal com aspecto normal. Não há evidências de linfonomegalias.

Rins tóxicos, de dimensões, forma e contornos conservados, com eliminação pronta e simétrica do contraste. Ureteres com livre trânsito.

Bexiga tópica, de contornos e paredes conservadas, com conteúdo homogêneo, sem falhas de enchimento em seu interior.

Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas. Alças intestinais agrupadas na região central do abdome, pouco distendidas.

Útero de contornos regulares, apresentando imagem nodular parcialmente calcificada no fundo uterino, medindo 3,3 cm, compatível com mioma.

P CIRURGIA

D: 1- AGUARDAR COLONOSCOPIA E SOLICITAR MARCADORES TUMORAIS

2- EM CASO DE AUSÊNCIA DE EVIDÊNCIAS DE FOCO PRIMÁRIO, INDICADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA BIÓPSIA DE LESÃO. DEIXO SOLICITADO P. CARDIO E LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO.

HD: - ASCITE DE ETIOLOGIA A/E: Neoplásica? TB PERITONEAL?(s/necessidade de isolamento)

- GASA = 0,3 PT 4, 1 (01/08)

- DHC (USG externa evidenciando fígado de dimensões reduzidas e contorno heterogêneo, sem dilatação em veia porta)

-TEP

- HAS

- DM tipo II (hb1AC 6,8% e GJ 126)

-MANTENHO ANTICOAGULAÇÃO PLENA COM CLEXANE(60MG- SC 12/12H), VISTO TEP EM TC DE TORAX

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(01/08): PROT T 4,1/ ALB 2,3/ GLOBU 1,8/ GLIC 81/ DHL 1778/ LEUCO 0,1 / ASPECTO LÍMPICO/ CULTURA NEG / ADA 35.4

CITOLOGIA ONCÓTICA: ESFREGAÇOS CONSTITUÍDOS POR CÉLULAS ATÍPICAS NEOPLÁSICAS DE LINHAGEM EPITELIAL GLANDULAR, AGRUPADOS OU ISOLADOS, AÉM DE CÉLULAS MESOTELIAIS, HISTIÓCITOS E LEUCÓCITOS , EM MEIO À HEMÁCIAS.

QUADRO CITOLÓGICO POSITIVO PARA MALIGNIDADE(ADENOCARCINOMA)

USG DOPPLER DE MEMBROS INFERIORES(17/08/22):

Direito:

Sistema profundo: Fluxo espontâneo e fásico conforme variação respiratória nas veias femoral comum, femoral superficial, porção proximal da profunda, Poplítea, tibiais posteriores e fibulares. Não evidenciando processos obstrutivos (trombos). As veias do plexo muscular (soleares e gastrocnemias) apresentam-se pérvias até sua desembocadura. Veias safenas magna e parva se mostram com diâmetro normal e pérvias.

Esquerdo:

Sistema profundo: Fluxo espontâneo e fásico conforme variação respiratória nas veias femoral comum, femoral superficial, porção proximal da profunda, Poplítea, tibiais posteriores e fibulares. Não evidenciando processos obstrutivos (trombos). As veias do plexo muscular (soleares e gastrocnemias) apresentam-se pérvias até sua desembocadura. Veias safenas magna e parva se mostram com diâmetro normal e pérvias.

CONCLUSÃO:

Ausência de imagens sugestivas de TVP.

TC DE TÓRAX C/CONTRASTE(15/08/22):

SINAIS DE TROMBO EMBOLISMO PULMONAR NO RAMO PRINCIPAL DA ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA E RAMOS SEGMENTARES DAS ARTÉRIAS PULMONARES DIREITA E ESQUERDA.

FAIXAS ATELECTÁSICAS EM SEGMENTOS BASAIS POSTERIORES DE AMBOS OS PULMÕES. TRAQUEIA CENTRADA, COM CALIBRE CONSERVADO. CARINA E BRONQUIOS FONTES PÉRVIOS. NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS, DETECTÁVEIS AO MÉTODO.

NÃO HÁ SINAIS DE DERRAME PLEURAL. ESTRUTURAS VASCULARES MEDIASTINAIS DE MORFOLOGIA E CALIBRE NORMAIS. PLACAS ATEROMATOSAS CALCIFICADAS EM AORTA. CORAÇÃO COM ASPECTO TOMOGRÁFICO NORMAL. ARCABOUÇO COSTAL TOMOGRÁFICO NORMAL COMO ACHADO ADICIONAL EVIDENCIA-SE VOLUMOSA ASCITE NA CAVIDADE ABDOMINAL.

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(10/08): PROT T 4,0/ ALB 2,1/ GLOB 1,9/ LEUCO 1000(PMN 78%; CEL MESO 10%; MONO 22%) / ADA: 29,3/ CULTURA: NEG/ CITOLOGIA ONCÓTICA: (FALTA)

AGUARDO REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA , PARA PROSSEGUIMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE CARCINOMATOSE PERITONEAL.(PROGRAMAÇÃO PARA REALIZAÇÃO 23/08 às 14h)

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(01/08): PROT T 4,1/ ALB 2,3/ GLOB 1,8/ GLIC 81/ DHL 1778/ LEUCO 0,1 / ASPECTO LÍMPICO/ CULTURA NEG / ADA 35.4

CITOLOGIA ONCÓTICA: ESFREGAÇOS CONSTITUÍDOS POR CÉLULAS ATÍPICAS NEOPLÁSICAS DE LINHAGEM EPITELIAL GLANDULAR, AGRUPADOS OU ISOLADOS, AÉM DE CÉLULAS MESOTELIAIS, HISTIÓCITOS E LEUCÓCITOS , EM MEIO À HEMÁCIAS.

QUADRO CITOLOGICO POSITIVO PARA MALIGNIDADE(ADENOCARCINOMA)

ESTUDO DO LÍQUIDO ASCÍTICO(10/08): PROT T 4,0/ ALB 2,1/ GLOB 1,9/ LEUCO 1000(PMN 78%; CEL MESO 10%; MONO 22%) / ADA: 29,3/ CULTURA: NEG/ CITOLOGIA ONCÓTICA: (FALTA)

EAS 17/08: PH 6/ PROT -/ HEMOG 2+/ NIT -/ PIOC 10-12P/CAMPO/ HEMACIAS 16-18P/ CAMPO/ CA 125: 935/ CEA: < 0,5

COLONOSCOPIA (23/08):

Retto: Mucosa conservada. Ampola retal com distensibilidade preservada, ampla. Válvulas retais anatômicas.

Sigmoide: Mucosa de padrão habitual. Transição retodigmoidea ultrapassada sem dificuldades. Não observado pólipos ou divertículos.

Cólon: Ascendente, transversal e descendente recobertos por mucosa normal. Haustorações presentes. Trama vascular subepitelial identificável e sem alterações.

Ceco: Mucosa e trama vascular sem alterações. Ceco e válvula íleo-cecal anatômicos.

OLETIM OPERATÓRIO

Recife, 25/08/2022-17:57

NOME: BEATRIZ MARIA DA SILVA

IDADE: 70 ANOS

PRONTUÁRIO: 1242609

CIRURGIAO: DR. BERNADO WELKOVIC

1ºAUX. : MR PAULO SALES

2ºAUX: MR EWADSON PEDROSA

ANESTESISTA: DRA ADRIANA

CIRURGIA: LAPROTOMIA EXPLORADORA + APENDICECTOMIA + BIÓPSIA

CODIGO: 0407040161 // 04.07.02.003-9 //

DIAGNOSTICO: CARCINOMATOSE PERITONEAL

ANESTESIA: RAQUI + SEDAÇÃO

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

- PACIENTE DECÚBITO DORSAL, SOB RAQUI ANESTESIA
 - DEGERMAÇÃO COM CLOREXIDINA
 - ANTISSEPSIA + ASEPSIA COM COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 - REALIZADO INCISÃO MEDIANA INFRAUMBILICAL.
 - ACHADOS:
 - * LIQUÍDO ASCÍTICO HEMÁTICO
 - * INÚMEROS IMPLANTES EM TODA A CAVIDADE (PERITÔNIO, ALÇAS, PELVE)
 - * OVÁRIOS VISUALIZADOS SEM CARACTERÍSTICA MALIGNA
 - * APÊNDICE COM CARACTERÍSTICA TUMORAL
 - REALIZADO:
 - * APENDICECTOMIA, COM LIGADURA DO MESO COM ALGODÃO 0. E LIGADURA DO COTO COM ALGODÃO 0
 - * BIÓPSIA PERITONEAL COM REGIÃO DE GOTEIRAPARIETOCÓLICA DIREITA E PELVE ESQUERDA
 - REVISÃO DA HEMOSTASIA.
 - FECHAMENTO POR PLANOS COM VICRYL 1 E PELE COM NYLON 3-0 .
 - CURATIVO
- ** PEÇA ENVIADA A ANATOMOPATOLÓGICO.

POI DE LAPAROTOMIA COM IDENTIFICAÇÃO DE CARCINOMATOSE PERITONEAL E APÊNDICE DE CARACTERÍSTICA NEOPLÁSICA - REALIZADAS MÚLTIPLAS BIÓPSIAS PERITONEAIS E APENDICECTOMIA

- ASCITE SEC A CARCINOMATOSE PERITONEAL
- DHC (USG externa evidenciando fígado de dimensões reduzidas e contorno heterogêneo, sem dilatação em veia porta)
- TEP
- HAS
- DM tipo II (hb1AC 6,8% e GJ 126)

EM USO:

- ROCEFIM + METRONIDAZOL PROFILÁTICO

HDA: PACIENTE EM INVESTIGAÇÃO DE ASCITE + NÓDULOS PERITONEAIS + ASCITE, SEM FOCO PRIMÁRIO DEFINIDO, SUBMETIDA A LE PARA BIÓPSIA PERITONEAL E APENDICECTOMIA.

HD:

1. Aumento de volume abdominal sec a: ascite
2. Ascite sec a: carcinomatose peritoneal
3. Neoplasia de sítio primário desconhecido
4. 1º DPO de LE + biópsias
5. HAS
6. TEP
7. DRC agudizada x LRA - hepatorenal?
8. DHC?

HD:

1. CA de sítio primário oculto com MTX em peritônio e fígado
2. Síndrome hepatorenal
3. TEP
4. HAS
5. DM2
6. PO de LE + apendicectomia e biópsia peritoneal (26/08/22)

HD: 1- PO LE + APENDICECTOMIA + BIÓPSIAS DE PERITÔNIO 25/08

2- CARCINOMATOSE PERITONEAL + NÓDULOS HEPÁTICOS + ASCITE: NEOPLASIA METASTÁTICA

3- P2: ADENOCARCINOMA DE APENDICE

4- LRA: SD HEPATORRENAL? PRÉ-RENAL? - SUPERADA

5- ÍLEO ADINÂMICO

6- TEP?

7- DM + HAS

TC ABDOME:

Fígado de dimensões levemente reduzidas, de contornos suavemente lobulados e com atenuação parenquimatosa finamente heterogênea (hepatopatia crônica?). Correlacionar com a história clínica e os dados laboratoriais.

Não se observa dilatação significativa das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Vesícula biliar tópica, distendida fisiologicamente, de paredes finas e regulares, contendo imagens sugestivas de microcálculos em seu interior (0,3 cm em média)/ lama biliar. Correlacionar inicialmente com a ecografia, caso julgar necessário.

Baço de volume normal, contornos regulares e com densidade homogênea.

Baço acessório subcentimétrico – variante anatômica.

Pâncreas de volume normal para o grupo etário e com densidade parenquimatosa característica.

Adrenais de volume e contornos normais.

Rins em topografia habitual, de volume normal, contornos regulares, com espessura parenquimatosa conservada, com imagens sugestivas de microcálculos aglomerados no grupamento calicinal superior direito, inferiores a 2,0 mm de diâmetro, de avaliação densitométrica limitada em virtude de suas exíguas dimensões.

Não se observa hidronefrose.

Aorta abdominal e veia cava inferior de calibres normais.

Nódulo sólido miometrial parcialmente calcificado situado na região corporal uterina, intramural, medindo 3,6 cm no maior eixo (nódulo miomatoso).

Regiões anexiais livres ao método.

Alças intestinais de calibre preservado, sem sinais objetivos de obstruções, quase todas aglomeradas na região central do abdome.

Apendice vermiforme não caracterizado neste exame.

Densificação da tela subcutânea da parede abdominal anterior, com estriações na linha alba, decorrentes de procedimento cirúrgico/edema. Averiguar os antecedentes cirúrgicos.

Acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal (ascite), com loculações e nódulos e espessamentos omentais/peritoneais/de parede (carcinomatose peritoneal). Há massas aglomeradas no flanco direito, a maior delas medindo 7,0 x 6,5 cm, nos maiores eixos axiais (bolo omental).

Planos gordurosos pélvicos conservados.

Discutível pequena hérnia gástrica hiatal por deslizamento.

Alterações degenerativas da coluna lombar, sem sinais inequívocos de lesões agressivas e com indícios de desmineralização óssea.

Nos poucos cortes tomográficos obtidos do tórax, nota-se leve derrame pleural direito e faixas atelectásicas laminares nas bases pulmonares.

HD:

1. Adenocarcinoma de apêndice metastático - moderadamente diferenciado
2. Pós op de LE + biópsias (26/08)
3. HAS
4. TEP
5. DRC agudizada x LRA - hepatorenal? - tto conservador, de alta da nefro
6. DHC?
7. Sacramento vaginal - superado
8. Ausência de evacuações + distensão abdominal de etiologia a/e - íleo?
9. Paracentese de alívio em 01/09 >> SANGUE

PACIENTE ESTAVA EM ENFERMARIA EM INVESTIGAÇÃO DE ETIOLOGIA DE ASCITE QUANDO FOI VISTO EM TAC LESÃO EM INTESTINO E OPTADO POR REALIZAÇÃO DE LE PARA BX DE LESÃO. EM CIRURGIA FORAM VISTAS DIVERSAS IMPLANTAÇÕES EM PERITÔNIO, ALÉM DE ASCITE COM CONTEUDO DE SANGUE E MASSA EM APENDICE, QUE TEVE COMO BX : ADENOCA DE APENDICE METASTATICO POUCO DIFERENCIADO. EM UTI TEVE NECESSIDADE DE REALIZAR ALBUMINA PELA RETIRADA DE GRANDE QUANTIDADE DE LIQUIDO ASCITICO. EVOLUIU COM MELHORA DE FUNÇÃO RENAL TENDO ALTA DA NEFROLOGIA E SEM NOVOS SANGRAMENTOS.

TC ABDOME(05/09):

Fígado de dimensões levemente reduzidas, de contornos suavemente lobulados e com atenuação parenquimatosa finamente heterogênea (hepatopatia crônica?). Correlacionar com a história clínica e os dados laboratoriais.

Não se observa dilatação significativa das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Vesícula biliar tópica, distendida fisiologicamente, de paredes finas e regulares, contendo imagens sugestivas de microcálculos em seu interior (0,3 cm em média)/ lama biliar. Correlacionar inicialmente com a ecografia, caso julgar necessário.

Baço de volume normal, contornos regulares e com densidade homogênea.

Baço acessório subcentimétrico – variante anatômica.

Pâncreas de volume normal para o grupo etário e com densidade parenquimatosa característica.

Adrenais de volume e contornos normais.

Rins em topografia habitual, de volume normal, contornos regulares, com espessura parenquimatosa conservada, com imagens sugestivas de microcálculos aglomerados no grupamento calicinal superior direito, inferiores a 2,0 mm de diâmetro, de avaliação densitométrica limitada em virtude de suas exíguas dimensões.

Não se observa hidronefrose.

Aorta abdominal e veia cava inferior de calibres normais.

Nódulo sólido miometrial parcialmente calcificado situado na região corporal uterina, intramural, medindo 3,6 cm no maior eixo (nódulo miomatoso).

Regiões anexiais livres ao método.

Alças intestinais de calibre preservado, sem sinais objetivos de obstruções, quase todas aglomeradas na região central do abdome.

Apendice vermiforme não caracterizado neste exame.

Densificação da tela subcutânea da parede abdominal anterior, com estriações na linha alba, decorrentes de procedimento cirúrgico/edema. Averiguar os antecedentes cirúrgicos.

Acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal (ascite), com loculações e nódulos e espessamentos omentais/peritoneais/de parede (carcinomatose peritoneal). Há massas aglomeradas no flanco direito, a maior delas medindo 7,0 x 6,5 cm, nos maiores eixos axiais (bolo omental).

Planos gordurosos pélvicos conservados.

Discutível pequena hérnia gástrica hiatal por deslizamento.

ALTA 19/09/22