

# DA POLISEROSITE À METASTIZAÇÃO PLEURAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cindy Tribuna, Isabel Apolinário, Ana Daniela Marques, Cristina Ângela.

Serviço de Medicina – Hospital de Braga  
Director: Dr. Francisco Nunes Gonçalves

## INTRODUÇÃO

A poliserosite consiste na inflamação crónica das membranas serosas, resultando na sua fibrose e derrame para as cavidades pleural, peritoneal e pericárdica. As possíveis etiologias incluem processos auto-imunes, infecciosos, hereditários, iatrogénicos e neoplásicos. O diagnóstico diferencial bem como a abordagem terapêutica são diversos. O diagnóstico subjacente nem sempre é evidente pelo que é fundamental a integração dos diversos elementos clínicos. Deste modo, torna-se essencial uma abordagem diagnóstica individualizada e abrangente, bem como uma elevada suspeição clínica.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 54 anos de idade, caucasiana, autónoma, sem antecedentes patológicos de relevo e sem medicação habitual.

### Serviço de Urgência (SU) – Abril/2010

Motivo: toracalгия direita, dispneia progressiva para médios esforços, ortopneia e tosse seca com 10 dias de evolução.  
Radiografia do tórax: discreto derrame pleural (DP) direito.  
Estudo analítico: sem alterações de relevo.  
Orientação: realização de estudo etiológico de derrame pleural em ambulatório.

### SU – Maio/2010

Motivo: manutenção das queixas.  
Radiografia do tórax: DP bilateral.  
Estudo analítico: sem elevação dos parâmetros inflamatórios.  
Orientação: internada no Serviço de Pneumologia para estudo etiológico.

### Internamento no Serviço de Pneumologia

TC torácico: DP bilateral, de pequeno volume à direita e moderado à esquerda, sem adenopatias.  
Ecocardiograma: derrame pericárdico ligeiro, sem tamponamento ou constrição.  
Broncofibroscopia: aspirado e lavado brônquico sem alterações.  
1ª Toracocentese: líquido pleural (LP) exsudado, negativo para células neoplásicas; estudo microbiológico, pesquisa directa e cultural de BK negativos.  
1ª Biopsia pleural: pleurite, sem granulomas.



Fig. 1 – Radiografia do tórax

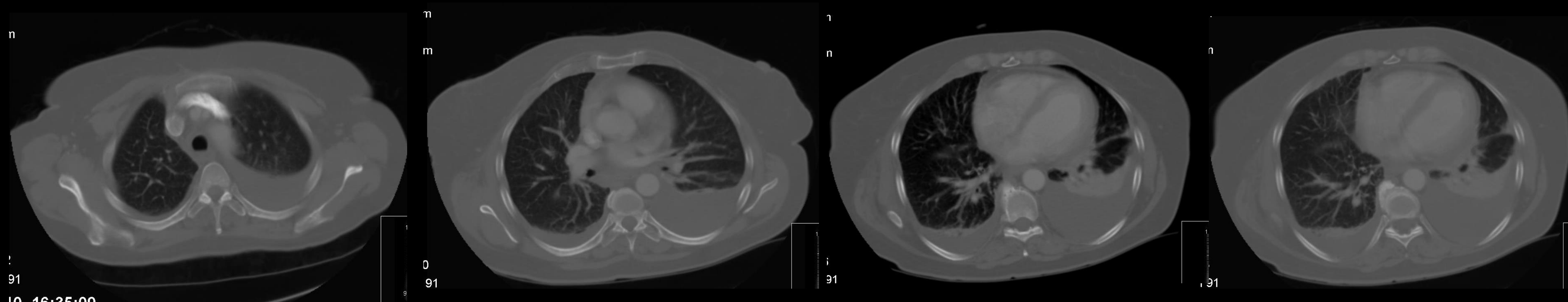


Fig. 2 – TC torácico

### LÍQUIDO PLEURAL

Glicose 91 mg/dl, Proteínas 4.9 g/dl, Amilase 38 UI/L, LDH 419 UI/L, Albumina 3.2 g/dl, ADA 15 UI/L, Eritrócitos 2000/uL, Células 1750/uL (linfócitos 27%, neutrófilos 6%, macrófagos 28%, eosinófilos 4%)

### Transferência para o Serviço de Medicina Interna - ESTUDO DE POLISEROSITE

Estudo auto-imune e serologias infecciosas: negativos.  
Marcadores tumorais: elevação do CA19.9, CA125 e CA72.4  
Mamografia e colonoscopia: sem alterações.  
Biopsia rectal: negativa para pesquisa de substância amilóide.  
Orientação: alta medicada e orientada para consulta externa.

### Internamento no Serviço de Medicina Interna – Junho/2010

Motivo: agravamento da dispneia para pequenos esforços.  
Radiografia do tórax: DP recidivante.  
2ª Toracocentese e biopsia pleural: sem alterações de novo.  
EDA: gastrite crónica atrofica com área irregular e hiperemiada.  
Biópsia: ADENOCARCINOMA DE TIPO DIFUSO COM CÉLULAS EM ANEL DE SINETE

### Internamento no Serviço de Cirurgia Geral – Agosto/2010

Motivo: Gastrectomia total.  
3ª Toracocentese: LP exsudado,  
Citologia do LP : METASTIZAÇÃO PLEURAL DE ADENOCARCINOMA  
Histologia da peça cirúrgica: adenocarcinoma pouco diferenciado com células em “anel de sinete”, difuso e infiltrativo, com invasão da subserosa, metastização linfática e envolvimento do anel esofágico.  
Orientação: pleurodese e quimioterapia paliativa.

HEMATOLOGIA	BIOQUIMICA
Hb 13.5 g/dl Hematócrito 41.4% VGM 85.4 fl CHGM 32.6 g/dl RDW 12.7%	Glicose 104 mg/dl Ureia 31 mg/dl Creatinina 0.6 mg/dl Ionograma (K+ 4.7 mEq/l, Na+ 139 mEq/l, Cl- 102 mEq/l)
Leucócitos 6800/uL Neutrófilos 62.2% Eosinófilos 3.3% Basófilos 0.6% Linfócitos 28.3% Monócitos 5.6% Plaquetas 296 000/uL	B2 Microglobulina 1625 ng/ml CEA 0.76 ng/ml CA 125 263.2 U/ml CA 19.9 391.6 U/ml CA 15.3 10.2 U/ml CA 72.4 23.78 U/ml Proteinúria de 24h 0.18 g/24h Cr na urina 1642 mg/24h Proteínas totais 8 g/dl Albumina 4.3 g/dl VS 57 mm/h
	Factor reumatoide <9 UI/ml ECA 13 U/l TSH 2.06 uUI/ml

## CONCLUSÃO

Apresenta-se o caso pela raridade da manifestação clínica inicial e pela dificuldade em detectar células malignas no líquido pleural. O envolvimento neoplásico secundário da pleura surge em geral após o diagnóstico da neoplasia primária, caracterizando uma complicação tardia e conferindo um pior prognóstico. O atingimento pleural secundário é mais frequente na neoplasia da mama, pulmão, leucemias e linfomas, tumores do ovário, somente depois gastrointestinais. A citologia é normalmente positiva em mais de 50% dos casos. Os adenocarcinomas gástricos tipo “anel de sinete” constituem um tipo especial de neoplasias gástricas, apresentando-se raramente do modo descrito, somente como derrame pleural recidivante, sem outros sintomas associados. Se detectados precocemente podem apresentar um bom prognóstico, no entanto, após disseminação à distância o prognóstico altera-se radicalmente. Na doente descrita foi suspeito, desde o início, o atingimento pleural secundário, todavia não foi possível comprovar esta suspeita com os estudos inicialmente efectuados. Assim, tornou-se necessário excluir outras possíveis patologias. Somente no pré-operatório imediato se conseguiu provar esse atingimento, o que conduziu a um novo estadiamento, orientação terapêutica e prognóstico. A diversidade de diagnósticos diferenciais a considerar em doentes com poliserosite é grande, o que reforça a necessidade de os abordar precocemente e de um modo sistematizado, com o intuito de definir o processo patológico subjacente.

## BIBLIOGRAFIA