



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Mestrado Integrado em Medicina

Relatório Final do Estágio do 6º Ano

Ano Letivo: 2013/2014

Ana Catarina Cabrita da Silva Gaspar
Número de aluna: 2008007

1. ÍNDICE

1. Índice	2
2. Introdução	3
3. Corpo de Trabalho	4
• Estágio de Pediatria	4
• Estágio de Ginecologia e Obstetrícia	5
• Estágio de Saúde Mental	5
• Estágio de Medicina Geral e Familiar	6
• Estágio de Medicina.....	7
• Estágio de Cirurgia.....	8
4. Reflexão Crítica Final	9
Anexos	11

2. INTRODUÇÃO

O 6º ano do Mestrado Integrado Medicina, constitui um ano profissionalizante no qual se pretende que os alunos de medicina, através do ensino tutelado, adquiram autonomia, que ponham em prática os conhecimentos teóricos adquiridos nos 5 anos anteriores e que desenvolvam competências teóricas, práticas, sociais e éticas na abordagem dos doentes.

Deste modo o plano de estudos do Estágio do 6º ano, divide-se em 6 estágios parcelares, fundamentais na formação de médica e que incluem: Medicina, Cirurgia, Medicina Geral e Familiar, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental.

Com o presente relatório pretendo fazer uma breve descrição das atividades que desenvolvi ao longo deste ano, concluindo com uma reflexão crítica sobre as mesmas. Como tal, este divide-se em *Introdução*, *Corpo de Trabalho* em que é feita uma síntese dos elementos que considere mais relevantes em cada estágio parcelar e por último, a *Reflexão Crítica Final* em que é feito o balanço do ano letivo.

Anexo a este relatório incluo dois artigos sobre casos clínicos que considere relevantes e que não foram objeto de avaliação: o artigo “Episódio convulsivo em mulher de 40 anos”, que elaborei para o concurso de casos clínicos dos Estágios Peclicuf no 5º ano e no qual fiquei em primeiro lugar (anexo 1) e um artigo intitulado de “Um pequeno Grande pormenor”, sobre o diagnóstico de um tumor neuroendócrino do recto, que elaborarei com as minhas colegas Mafalda Crisóstomo e Kátia Lourenço, posteriormente ao Mini-Congresso de Cirurgia do Hospital Beatriz Ângelo (anexo 2). Incluo também em anexo, um certificado de participação nas “Jornadas de Cirurgia do Hospital Beatriz Ângelo” (anexo 3) e um Certificado de um “Curto Estágio Médico de Verão” (CEMEF) em Anestesiologia que realizei antes do início do presente ano letivo (anexo 4).

3. CORPO DE TRABALHO

Tendo em conta os objetivos do estágio profissionalizante do 6º ano, estabeleci como principais objetivos pessoais, transversais a todos os estágios parcelares: adquirir autonomia no desempenho de competências médicas (em cuidados de saúde primários e em meio hospitalar); desenvolver as minhas aptidões no trabalho de equipa, tendo sempre em conta a minha experiência e limitações; aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos últimos 5 anos; por em prática técnicas de exame objetivo e outros procedimentos práticos, inerentes a cada especialidade e desenvolver competências no que diz respeito à relação médico doente. Outros objetivos que estabeleci e que serão uma mais-valia para a minha formação incluem: melhorar as capacidades de comunicação e exposição oral e ganhar experiência em ambientes em que a capacidade de gerir várias solicitações em simultâneo é exigida, como no Serviço de Urgência.

Seguidamente e por ordem cronológica apresento os estágios que realizei e uma breve síntese do seu conteúdo.

ESTÁGIO DE PEDIATRIA (16/09/2013 – 11/10/2013)

Regente: Prof. Doutor Luís Varandas

O estágio parcelar de pediatria decorreu no Serviço de Pediatria Médica 5.1 do Hospital Dona Estefânia (Centro Hospitalar de Lisboa Central).

Durante as 4 semanas do estágio acompanhei a minha tutora, Dra. Rita Machado, nas atividades diárias da enfermaria, onde tive a oportunidade de elaborar duas histórias clínicas, sobre pielonefrite e febre sem foco. Frequentei também com a minha tutora a consulta do viajante e o Serviço de Urgência Pediátrico do Hospital Dona Estefânia. Por último, assisti ainda a consultas de Pediatria Geral e de Imunoalergologia e realizei um pequeno estágio opcional de 2 dias, no serviço de Neuropediatria.

Para além das atividades práticas, assisti ainda a períodos formativos, que incluíram aulas de Imunoalergologia e sessões hospitalares semanais, que foram enriquecedoras para a minha aprendizagem. No final deste estágio apresentei o caso clínico “Doença Celíaca – Caso clínico” .

ESTÁGIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (14/10/2013-08/11/2013)

Regente: Prof.^a Doutora Fátima Serrano

O estágio decorreu no Hospital CUF Descobertas e teve 4 semanas de duração. Durante este estágio acompanhei a minha tutora Dra. Sofia Alegria no serviço de urgência, onde assisti a partos (por via vaginais e por cesariana) e a urgências ginecológicas (ex: rutura de gravidez extra uterina). Tive ainda a possibilidade de instrumentar em cesarianas.

No decorrer do estágio, passei por várias áreas da especialidade a cargo de diferentes assistentes. Assisti a consultas de Ginecologia, de Obstetrícia, de Trombofilas e de Mama. Presenciei à realização de ecografia ginecológica e obstétrica e de exames complementares de diagnóstico e terapêutico (ex: colposcopia, histeroscopia). No bloco operatório de ginecologia, tive também a oportunidade de auxiliar em alguns procedimentos cirúrgicos.

ESTÁGIO DE SAÚDE MENTAL (11/11/2013 – 6/12/2013)

Regente: Professor Doutor Miguel Xavier

Neste estágio parcelar fiquei colocada no Hospital Júlio de Matos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). O estágio teve início com um seminário lecionado pelo regente, sobre situações que podem surgir no serviço de urgência de psiquiatria e sobre a importância do exame neurológico na exclusão de patologia orgânica. Nas duas semanas iniciais, acompanhei a minha tutora, Dra. Rita Mateiro, no Serviço de Estabilização e Triagem de Agudos (SETA) e no Serviço de Urgência no Hospital de São

José, onde contactei com vários doentes em fase aguda da sua patologia psiquiátrica (ex: psicose, tentativas de suicídio). Tive a oportunidade de colher e escrever uma história clínica psiquiátrica de um doente com Perturbação Delirante. Acompanhei ainda a minha tutora nas consultas de psiquiatria geral, onde é feito o seguimento em ambulatório de doentes com patologia crónica.

Nas duas últimas semanas passei por vários serviços e estruturas do CHPL, criados para apoiar os doentes nas várias etapas da sua patologia. Permitiu-me compreender como está estruturado o trabalho multidisciplinar na Área da Saúde Mental que inclui valências como a Psicologia, Terapia ocupacional e Assistência Social. Estas estruturas pelas quais passei incluíram o Hospital de dia, Serviço de Reabilitação e a Estrutura Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas onde participei em algumas visitas domiciliárias e em atividades de reabilitação como a terapia da dança e do movimento e o atelier de trabalhos manuais. Durante o estágio foi ainda possível assistir a sessões formativas dos internos da especialidade.

ESTÁGIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (09/12/2013-17/01/2014)

Regente: Prof. Doutora Isabel Santos

No estágio de Medicina Geral e Familiar, optei por realizar duas semanas de estágio rural e duas de estágio urbano, para ganhar perspectiva sobre as diferenças entre a prestação dos cuidados de saúde nos dois meios. No estágio rural, fiquei Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja com o tutor Dr. José Gaspar Caetano no período de 09/12/2013 a 20/12/2013 e no estágio urbano na Unidade de Saúde Familiar São Julião, em Oeiras, com a Dra. Teresa Libório no período de 06/01/2014 até 17/01/2014.

Durante o período de estágio, tive a possibilidade de participar ativamente em diferentes consultas, que incluíram consultas de doença aguda/intersubstituição, de adultos, de Saúde Infantil, de Saúde Materna e de Planeamento familiar. No estágio rural

participei em visitas domiciliárias. Tive também a possibilidade de realizar 9 consultas autonomamente.

ESTÁGIO DE MEDICINA (27/01/2014 – 21/03/2013)

Regente: Prof. Doutor Fernando Nolasco

O estágio parcelar de Medicina decorreu no Serviço de Medicina 1b do Hospital Egas Moniz do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), tendo-me sido atribuído como tutor, o Dr. Pedro Ribeiro dos Santos.

No decorrer das 8 semanas, integrei as atividades da equipa em que estive inserida. Diariamente ficava responsável por um a dois doentes, os quais observava e fazia os registos clínicos, como diários, notas de entrada e notas de alta, sempre com supervisão do meu tutor e com posterior discussão em equipa e em reunião de serviço. Tendo em conta a faixa etária dos doentes abrangidos por esta especialidade, ganhei perspetiva sobre problemas comuns a estes doentes durante a sua permanência no internamento (obstipação, úlceras de pressão, etc.) que podem ser antecipados e geridos para melhorar a sua qualidade de vida. Semanalmente, acompanhei o meu tutor no Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco de Xavier. No internamento e Serviço de Urgência, observei a realização de várias técnicas como, colocação de cateter venoso central, entubação nasogástrica e toracocentese, entre outras. Pude também executar técnicas como a colheita de sangue arterial e sangue venoso e realização de EGC.

Neste estágio tive a oportunidade de contactar com a abordagem multidisciplinar dos doentes e de participar em diversas reuniões com outras especialidades, com a enfermagem, com a Assistência Social e com as famílias dos doentes.

Durante as oito semanas assisti ainda a sessões hospitalares, sessões de internos, Journal club e 6 aulas teórico-práticas, que foram uma mais-valia para a minha

aprendizagem teórica. Na última semana apresentei um trabalho de grupo intitulado “Endocardite Infecciosa”, para o serviço de Medicina 1.

ESTÁGIO DE CIRURGIA (24/03/2014 – 23/05/2014)

Regente: Professor Doutor Rui Maio

O último estágio decorreu no Hospital Beatriz Ângelo onde tive a Dra. Rita Garrido como tutora. Durante 6 semanas participei em todas as atividades da equipa que me permitiu compreender de um modo abrangente as especificidades do doente cirúrgico. Na enfermaria, tive diariamente um a dois doentes à minha responsabilidade e sobre os quais era encarregue de escrever os registos clínicos. No bloco operatório, adquiri competências sobre a conduta seguir, sobre a técnica de desinfeção, de vestir a bata e as luvas cirúrgica. Assisti a vários procedimentos cirúrgicos, em alguns dos quais pude participar. Acompanhei a minha tutora em consultas de cirurgia geral, onde pude executar técnicas de exame objetivo (como toque rectal) e fazer remoção de pontos e agrafos. No serviço de urgência, passei pela pequena cirurgia onde observei a execução de técnicas como a realização de suturas, drenagem de abscessos, remoção de trombos hemorroidários, entre outros.

Duas semanas do estágio foram dedicadas a um estágio opcional. Optei Gastroenterologia por considerar que se tratava da especialidade médica que melhor complementava os meus conhecimentos sobre Cirurgia Geral. Assisti a vários procedimentos endoscópicos, bem como a diversas modalidades de consulta, nomeadamente consulta de gastroenterologia geral, hepatologia e proctologia.

Para além da formação prática, foram muitas as atividades formativas com aulas teóricas e teórico-práticas que contribuíram para complementar os meus conhecimentos teóricos. No Mini-Congresso de Cirurgia o caso clínico “Um pequeno Grande pormenor”, sobre o diagnóstico de um tumor neuroendócrino do recto.

4. REFLEXÃO CRÍTICA FINAL

Com esta reflexão pretendo fazer uma análise sobre o este ano letivo e sobre os objetivos a que me propus.

A oportunidade de integrar equipas de trabalho, de forma tutelada, com autonomia crescente e de acordo com os estágios, foi bastante importante no meu percurso. Desenvolvi autoconfiança na abordagem e observação dos doentes, na proposta de hipóteses de diagnóstico e de terapêutica e na realização de registos clínicos.

Outros factores transversais a todos estágios e que enriqueceram a minha formação foram a oportunidade que tive de acompanhar os meus tutores no Serviço de Urgência e que me permitiram ganhar experiência neste meio, e de contactar equipas multidisciplinares na prestação de cuidados de saúde completos, quer no tratamento, quer na orientação dos doentes após alta, com a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e outros apoios (cuidados continuados, lares e apoio domiciliário). Acrescento que o contacto com os Cuidados Primários de Saúde revelou-me uma nova perspetiva sobre os cuidados do doente integrados pelo seu médico de família e não dispersos pelas especialidades hospitalares.

Um dos aspetos que na minha opinião, mais contribuiu para o sucesso deste ano letivo, foi o facto de na maioria dos estágio ter sido atribuído um tutor a cada aluno o que permite desenvolver uma relação aluno/tutor mais próxima. O binómio aluno/tutor cria uma relação de maior proximidade com os doentes e confere mais oportunidades de aprendizagem prática. No caso do estágio de Cirurgia, em que a razão aluno/tutor era de 3:1, não tive as oportunidades que desejava de executar técnicas de pequena cirurgia, apesar do grande esforço da minha tutora para minorar estes problemas logísticos. Considero também que o domínio do exame objetivo ginecológico não foi atingido em parte pelo modelo de organização do estágio de Ginecologia e Obstetrícia no polo em que o

realizei, que passava pela atribuição de um assistente diferente em cada dia. Por um lado esta metodologia permitiu-me contactar com diversas áreas que de outro modo não teria sido possível, mas por outro não me permitiu criar uma relação de confiança com um tutor, indispensável para a aprendizagem destas técnicas. Apesar de tudo reconheço que um maior grau de iniciativa para realização destes procedimentos é um aspeto que tenho a melhorar no futuro. As diferentes metodologias de avaliação são outro aspeto que destaco pelas discrepâncias que podem originar na avaliação dos alunos.

Fazendo um balanço do Estágio do 6º ano, penso que este teve um impacto muito positivo na minha formação profissional. Procurei estabelecer os meus objetivos de forma empenhada e realista, tendo em conta a fase de formação em que me encontro e é com grande satisfação que posso afirmar que foram cumpridos quase na sua totalidade. Este ano também teve um grande contributo para o meu crescimento pessoal, em especial no que diz respeito a duas questões. A primeira, foi a possibilidade que tive de contactar com doentes psiquiátricos em fase aguda da sua patologia, que me permitiu perder o estigma que tinha em relação com estes doentes. A segunda foi contacto com doentes em fim de vida, em especial na especialidade de Medicina Interna, que me sensibilizou sobre a conduta a ter perante estes doentes e sobre o seu direito a uma morte digna.

Com a conclusão deste ano e com ele, do curso de Medicina, chega ao fim uma jornada fascinante. Ficarei para sempre agradecida pelo privilégio que tive de concretizar este sonho de longa data, de estudar um campo da ciência, que mais que qualquer outro, tem a capacidade de marcar a diferença na vida de cada pessoa. Com humildade posso afirmar que lição mais valiosa que levo deste ano é que ainda muito aprender e aguardo com grande expectativa a próxima etapa da minha vida. Agradeço a todos os professores, à minha família e amigos que à sua maneira me ajudaram neste percurso e que sem eles, não teria sido o mesmo!

Anexo 1

Episódio convulsivo em mulher fumadora com 40 anos

Ana Catarina Cabrita da Silva Gaspar

Estágio Peclicuf, Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Hospital Cuf Infante Santo; Serviço de Hemato-Oncologia

Apresentação do caso

Mulher de 40 anos, admitida no Serviço de Urgência por crise convulsiva inaugural em Maio de 2012, sem antecedentes de patologia neurológica. Como antecedentes pessoais há a referir úlcera péptica à qual foi operada, tendo a cirurgia sido curativa. Mantém terapêutica com inibidor de bomba de prótons. A doente refere uma pneumonia em Setembro de 2011, para a qual foi medicada com antibióticos que não sabe especificar. Após este episódio, inicia queixas de dispneia em repouso e dor na região torácica que agravavam em decúbito dorsal e que evoluíram progressivamente até à data do internamento. Concomitantemente com estes sintomas, salienta cefaleias intensas nas regiões occipital e temporal direitas, tonturas e desequilíbrio incapacitantes com agravamento noturno. Como sintomas constitucionais, menciona perda de peso de 6 kg em 9 meses, astenia e adinamia, mas nega anorexia e febre. Refere hábitos tabágicos desde há 20 anos, com consumo de 10 maços/ano, nos primeiros 10 anos e consumo posterior de 30 maços/ano. Refere ainda hábitos etílicos com consumo de bebidas destiladas, que não soube quantificar. Na história familiar tem uma irmã com tumor no útero, uma prima com "tumor na cabeça" sic. e duas tias com cancro da mama.

Ao exame objetivo a doente estava lúcida, consciente, colaborante e orientada no espaço e no tempo. Apresentava idade aparente superior à idade real, aspeto desnutrido (peso de 48 kg) e um exantema generalizado, não pruriginoso. Apresentava-se disfónica, com enoftalmia e miose da pupila do olho direito e ptose da pálpebra do olho homolateral. Na auscultação cardiopulmonar salienta-se a presença de roncos. Palpa-se

adenomegalias supraclaviculares, aderentes aos planos profundos e de consistência pétrea.

Os exames iniciais incluíram exames laboratoriais ao sangue que não revelaram alterações. Os exames imagiológicos incluíram TAC crânio-encefálica que revelou lesão volumosa no hemisfério direito do cerebelo, com efeito de massa sobre o 4º ventrículo e apagamento da cisterna ponto cerebelosa e hidrocefalia moderada sobre o 3º ventrículo e os cornos temporais dos ventrículos laterais. Para estudo mais detalhado foi requisitada RMN crânio-encefálica que revelou uma lesão expansiva cerebelosa direita, essencialmente quística com 3x4 cm de diâmetro (fig. 1 e 2) e uma lesão infracentrímetrica cortical frontal esquerda. O doseamento de marcadores tumorais revelou valores de 52,3 ng/mL para o CEA (valor de referência para fumadores $\leq 5,2$) e 20,9 ng/mL para o NSE (valor de referência 0-17). Posteriormente foram requisitados radiografia torácica, TAC toraco-abdomino-pélvica, broncofibroscopia e avaliação pelas especialidades de oncologia e neurocirurgia.



Figura 1: RMN crânio-encefálica em corte sagital

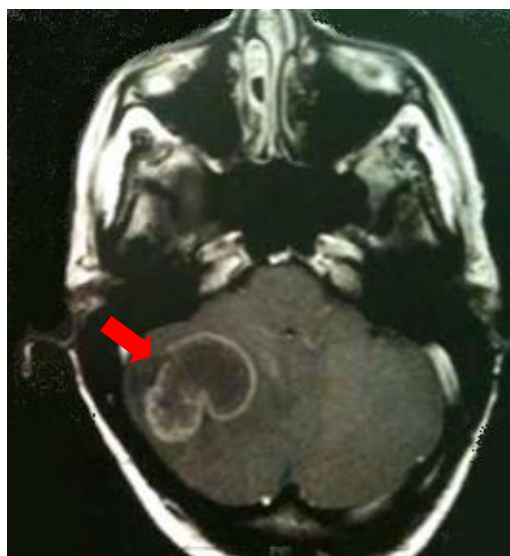


Figura 2: RMN crânio-encefálica em corte coronal

Hipóteses de diagnóstico

- A. Metastases encefálicas com origem em tumor primário pulmonar**
- B. Astrocitoma de baixo grau
- C. Glioblastoma multiforme
- D. Oligodendrioglioma

Discussão teórica

A radiografias torácicas revelaram uma opacidade nodular no lobo superior do pulmão direito, muito sugestiva de lesão tumoral (fig.3 e 4). A TAC torácica revelou uma massa para hilar com 55 mm de maior eixo, provável lesão primária associada a adenopatias com as mesmas características e inúmeras lesões nodulares do parênquima pulmonar de ambos os pulmões, compatíveis com metástases. A broncofibroscopia revelou uma massa obstruindo o brônquio do lobo superior do pulmão direito. Fez-se biópsia da massa, que confirmou tratar-se de adenocarcinoma do pulmão no exame anatomopatológico. As novas análises realizadas revelaram níveis aumentados de γ -GT e fosfatase alcalina. O diagnóstico final é então de adenocarcinoma do pulmão metastisado para a região cerebelosa direita e região frontal esquerda, que se enquadra em estágio IV, segundo a classificação TNM (1;2).

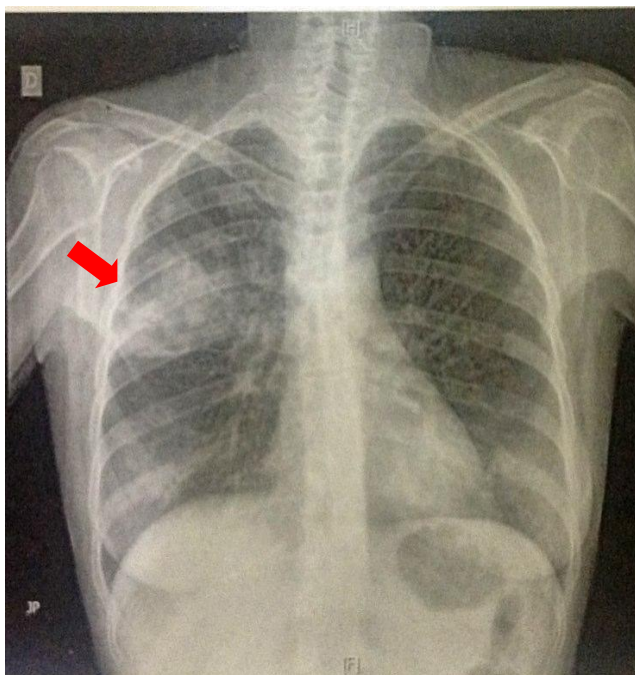


Figura 3: Radiografia de tórax pósterio-anterior

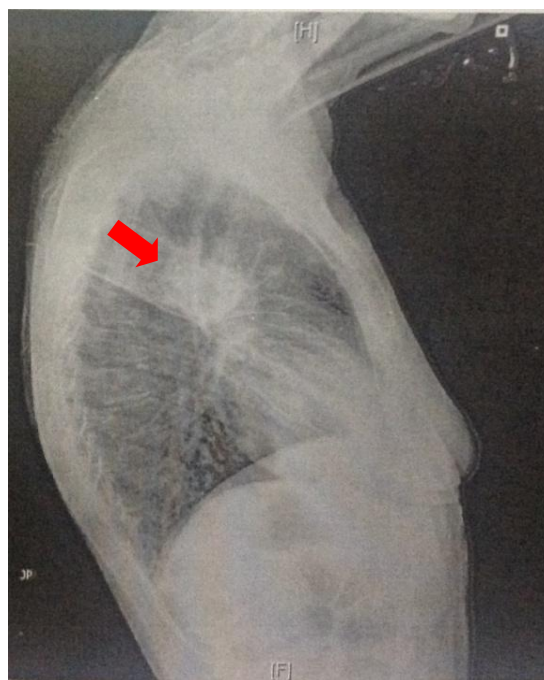


Figura 4: Radiografia tórax de perfil direito

As metástases constituem o tipo de tumor mais frequente a nível encefálico e ocorrem em cerca de 24-45% dos doentes oncológicos (3). 50% das metástases têm origem num tumor primário do pulmão, seguindo-se o melanoma, cancro da mama e tumores do TGI, entre outros. À data do diagnóstico cerca de um terço dos doentes com cancro pulmonar manifesta sintomas decorrentes da existência de metástases à distância, que podem ocorrer mais frequentemente a nível do cérebro, osso, fígado e glândulas supra-renais (3). A doente apresentava sintomas de metastização cerebral, incluindo

cefaleias (42% dos doentes) disfunção motora, (30% do doentes) e convulsão inaugural (21% dos doentes). Convulsões inaugurais em doentes com idade superior a 35 anos são altamente sugestivas de doença metastática ou primária a nível cerebral (3). Outros sintomas como náuseas, vômitos e papiledema podem estar presentes, em caso de hipertensão intracraniana. No contexto desta história, a presença de valores elevados de fosfatase alcalina e γ -GT também nos permite suspeitar de colestase por metástases hepáticas.

O cancro do pulmão é uma doença dos tempos modernos, já que antes de 1900 era extremamente rara. A partir da segunda metade do século XX, esta tornou-se a principal causa de morte por doença oncológica, em especial na América do Norte e Europa devendo-se sobretudo ao consumo de tabaco (1;2). A incidência desta doença acompanha os hábitos tabágicos das populações com um atraso de algumas décadas, sendo que esta se encontra em declínio nos países desenvolvidos com a diminuição do consumo de tabaco, e em ascensão nos países em desenvolvimento, em especial no sexo feminino. É uma doença mais prevalente na faixa etária dos 50-70 anos e no sexo masculino (2). O principal factor de risco para esta patologia é o consumo de tabaco, sendo que os fumadores têm um risco 10x superior em comparação com não fumadores (1) e apenas 25% dos tumores ocorrem em não fumadores (5). Ex fumadores, embora mantenham um risco superior aos não fumadores, têm um risco bastante inferior aos fumadores ativos. Apesar de ser a doença oncológica mais mortal, é a mais evitável. A cessação tabágica, é portanto essencial, já que diminui significativamente o risco de desenvolver cancro do pulmão, sendo de grande importância, em doentes já diagnosticados, pois está associada a maior sobrevivência, menores efeitos secundários decorrentes dos tratamentos e melhor qualidade de vida. Outros factores risco incluem exposição ocupacional a asbestos, arsénico e outros compostos, exposição a radiação ionizante e história de patologia pulmonar como enfisema, bronquite crónica e tuberculose.

A OMS, classifica os tumores segundo a sua histologia em quatro grandes grupos os tumores: os de pequenas células (SCLC) e os de não-pequenas células (NSCLC), que incluem os adenocarcinomas, carcinoma pavimentoso-celular e carcinoma de grandes células (1). Estes constituem 90% dos tumores pulmonares (1), sendo que os restantes são constituídos por carcinomas indiferenciados, tumores brônquicos glandulares e outros subtipos. A distinção entre SCLC e NSCLC é essencial para planeamento do tratamento e prognóstico, já que os tumores de pequenas células á data do diagnóstico estão disseminados e são raramente curáveis com ressecção cirúrgica, embora respondam

melhor aos agentes citotóxicos clássicos da quimioterapia enquanto os tumores de não-pequenas células são potencialmente curáveis com ressecção cirúrgica em 30% dos casos à data do diagnóstico. Estudo de mutações e alterações genéticas é essencial para individualizar a terapêutica para o doente em questão, já que estes tumores são intrinsecamente resistentes aos fármacos usados. Tradicionalmente o carcinoma de pequenas células e carcinoma pavimentoso-celular são os mais associados ao consumo de tabaco, porém com a diminuição do consumo de tabaco e alteração do fabrico dos filtros dos cigarros, estes tipos histológicos estão em declínio sendo então o adenocarcinoma o subtipo histológico mais frequente representando atualmente 35-40% dos tumores (2). Este é ainda o subtipo mais frequente em não fumadores e em mulheres e jovens adultos.

Mais de 50% dos doentes à data de diagnóstico apresentam doença em estágio avançado, razão pela qual esta doença apresenta uma mortalidade tão elevada (1). A existência de hábitos tabágicos, tosse persistente, DPOC com hemoptises ou de pneumonia que não resolve com antibióticos e com sintomas constitucionais constituem sinais de alarme. A maioria dos doentes apresenta sinais, sintomas ou alterações laboratoriais que se devem à lesão primária, de metástases à distância (com já foi referido anteriormente) ou de síndromes paraneoplásicas, estes últimos mais frequentes em tumores de pequenas células. No que diz respeito à localização, quando o tumor se encontra numa região mais central, como se observa nos tumores de pequenas células ou carcinoma pavimentoso-celular, os doentes apresentam sintomas como tosse, hemoptise, dispneia, estridor ou pneumonite pós-obstrutiva. Nos tumores mais periféricos, característico de adenocarcinomas ou carcinomas de grandes células os sintomas podem incluir dispneia e dor torácica. Por serem periféricos, os adenocarcinomas podem não provocar sintomas até desenvolverem metástases extratorácicas. Sintomas por invasão loco-regional incluem Síndrome de Horner, caracterizado pela paralisia do nervo simpático, em que o doente apresenta enftalmia, miose, ptose e anidrose da hemiface e disfonia por envolvimento do nervo laríngeo recorrente, como acontece na doente deste caso clínico. Destacam-se ainda sintomas como dispneia por envolvimento do nervo frénico e paralisia do hemidiafragma ou síndrome de Pancoast, com envolvimento do plexo braquial, entre muitos outros. A perda de peso é também um importante sintoma estando associada a mau prognóstico.

No que diz respeito ao prognóstico da doente, esta apresentava à data do diagnóstico doença disseminada, em estágio 4, que constitui contraindicação à ressecção

cirúrgica com intenção curativa. A taxa de sobrevida ao fim de 5 anos neste estágio é de 13% (1;6), com uma esperança de vida de cerca de 6 meses (6). Tendo em conta o mau prognóstico desta patologia, é importante frisar o papel fundamental dos médicos na prestação de cuidados paliativos, visando o conforto físico e psicológico do doente, conferindo um final de vida e morte com dignidade.

Bibliografia

1. LONGO *et al*; *Harrison's Principles of Internal Medicine*; 18ª edição, 2012, volume 1, capítulo 89; McGraw Hill
2. TAN, Winston W.; Non-Small cell lung cancer; Updated: 12/4/2012; Medscape
3. TSE, Victor; Brain metastasis; Updated: 7/10/2011; Medscape
4. PARMAR, Malvinder S.; Horner syndrome; Updated: 13/1/2012; Medscape
5. Lilly oncology team; *Practical considerations on diagnosis of non-small cell lung cancer from small samples*; 2012, Eli Lilly and Company
6. Calculate by QxMD General edition, Oncology, NSCLC staging



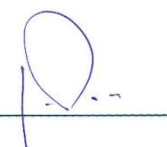
À aluna **Ana Catarina Cabrita da Silva Gaspar**,
estagiária PECLICUF de 23 de Julho a 3 de Agosto,
no Hospital CUF Infante Santo, foi atribuído o
primeiro lugar no concurso de casos clínicos para patologia médica
na categoria de autora do trabalho: Episódio convulsivo em mulher fumadora com 40 anos,
sob a orientação de Manuela Bernardo, médica especialista em hemato-oncologia
do Hospital CUF Infante Santo.



Diogo Cabral
Coordenador logístico



Ana Carlota Dias
Vice Presidente da AEFCLM



Prof. Doutor João Paço
Presidente do Júri

Anexo 2



Tumor neuroendócrino do recto “Um pequeno Grande pormenor”

Ana Catarina Gaspar, Kátia Lourenço, Mafalda Crisóstomo

¹Alunas do 6º ano da Faculdade de Ciências Médicas | Universidade Nova de Lisboa

Resumo

As autoras apresentam o caso clínico de uma doente de 70 anos de idade, do sexo feminino, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, cujo motivo de seguimento em consulta de cirurgia geral era uma tumefação inguinal que se revelou ser uma metástase de um tumor neuroendócrino de pequenas células do recto. Neste artigo são descritas as abordagens diagnósticas, de estadiamento e tratamento dos tumores neuroendócrinos do recto, num contexto multidisciplinar.

Introdução

Os tumores neuroendócrinos (NE) são neoplasias epiteliais com origem em células neuroendócrinas distribuídas por vários órgãos, e como tal, podem surgir em vários locais. O trato respiratório é a localização mais frequente (27,9%), seguido pelo trato gastrointestinal, onde se destaca o intestino delgado e o recto como as localizações mais frequentes.

Estas neoplasias caracterizam-se por expressarem um comportamento funcional e biológico já que na sua maioria são produtoras de substâncias ativas como a serotonina. Deste modo o prognóstico depende, não só da sua localização, mas também da sua capacidade secretora e das suas características histológicas. Em comum, têm o facto de todos expressarem os marcadores imunohistoquímicos cromogranina e sinaptofisina.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, de 70 anos, independente nas atividades da vida diária, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, complicada de retinopatia. Estava medicada com amlodipina 5mg, lisinopril 5mg, losartan 100mg + hidroclorotiazida, sitagliptina + metformina 50/1000mg, glimepirida 8mg, omeprazol 20mg, furosemida 40mg, AAS 150mg e sinvastatina 20mg. Negava hábitos etanólicos, tabágicos ou toxifílicos. Não se apresenta antecedentes familiares relevantes.

Seguida em consulta de Cirurgia Geral desde Fevereiro de 2014 por adenopatia inguinal esquerda em estudo, tendo sido submetida a cirurgia eletiva em Março de 2014. Intra-operatoriamente foi identificado um conglomerado adenopático e realizada biópsia excisional de gânglio linfático com 5 x 2,5 x 2,8 cm, para estudo anatomopatológico.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Beatriz Ângelo a 4 de Abril de 2014 com um quadro de rectorragias, dor perianal e emissão de fezes de consistência semilíquida. À observação apresentava aparente bom estado geral, e do exame objetivo destacava-se o toque rectal com introdução do dedo muito dolorosa e a palpação de uma massa às 7h.

No dia 10 de Abril de 2014, a doente dirigiu-se à consulta pós-operatória de Cirurgia Geral, tendo o exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelado uma metástase de carcinoma neuroendócrino.

Perante este resultado, foram solicitados vários exames complementares de diagnóstico para confirmação do tumor primário que incluíram uma colonoscopia com biópsia, tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica e doseamento de marcadores neuroendócrinos como, cromogranina A sérica e o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) em urina de 24 horas. À inspeção ano-rectal evidenciou-se um abaulamento perianal esquerdo, e ao toque rectal, a introdução do dedo muito dolorosa com palpação às 7 horas de tumefação fixa de consistência dura, contornos irregulares que se estende do canal anal ao 1/3 do recto com dedo de luva sem sangue, muco ou pus.



Fig. 1 Lesão do recto observada por colonoscopia.

A colonoscopia revelou uma volumosa lesão infiltrativa e ulcerada logo acima do canal anal que se prolongava por 6-7 cm no recto (Fig. 1). Foram efetuadas múltiplas biópsias que revelaram tratar-se de um carcinoma neuroendócrino de pequenas células. A imunohistoquímica foi positiva para cromogranina e sinaptofisina e o marcador de proliferação celular índice Ki67 foi superior a 60% (Fig. 2)

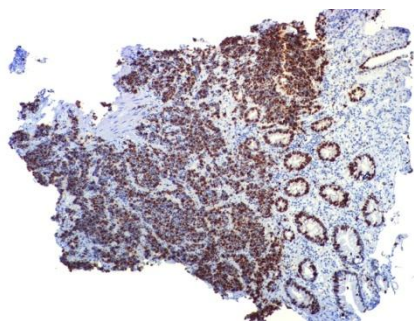


Fig. 2 – Índice Ki67 (marcador de proliferação celular) > 60%

Perante o resultado da colonoscopia, e quando questionada a doente refere que o quadro clínico teve início há cerca de 5 meses, com uma perda ponderal de 8 a 9 Kg (12,5%) acompanhada de incontinência de esfíncteres, e posteriormente, coincidindo com o aparecimento da tumefação inguinal, refere o início de rectorragias, dor perianal e fezes em fita com sensação de corpo estranho. No entanto, a doente nunca valorizou as queixas até se ter dirigido ao serviço de urgência em Abril de 2014.

A TC toraco-abdomino-pélvica (Fig. 3 e 4) revelou uma volumosa massa neoplasia pélvica com ponto de partida na parede lateral esquerda do recto, com extensão ao espaço meso-rectal, aderência à fáscia meso-rectal esquerda e ao septo recto-vaginal, bem como ao útero e anexo esquerdo. Descreve também um extenso componente adenopático ilíaco interno e externo e inguinal, bilateralmente, e ainda lombo-aórtico.



Fig. 3 – TC abdomino-pélvica (corte coronal).
Massa neoplasia delimitada a vermelho.
Útero delimitado a verde e anexos a amarelo



Fig. 4– TC pélvica (corte axial). Massa neoplasia delimitada a vermelho

O doseamento de cromogranina A sérica foi positivo com valor de 358 ng/ml (valor de referência <100 ng/ml) e o 5-HIAA normal com valor de 5,6 mg/24 horas (valor de referência <10 mg/24 horas).

Em reunião multidisciplinar de Tumores Neuroendócrinos do Hospital Beatriz Ângelo, com base no carácter irresecável e o estadiamento T₄N₁M₁, foi decidido iniciar tratamento de quimioterapia com cisplatina e ectoposido.

Discussão

Os tumores neuroendócrinos (NETS) do recto constituem o segundo grupo mais frequente de tumores neuroendócrinos gastrointestinais, representando cerca de 27% destes tumores e sendo apenas ultrapassado pelos NETs do intestino delgado. A idade média de diagnóstico destes tumores é de 56 anos.

A incidência destes tumores tem vindo a aumentar, algo que se pode justificar pelo aumento dos diagnósticos através de exames endoscópicos para rastreio de cancro colo-rectal, já que cerca de 40% dos diagnósticos são achados acidentais nestes exames. Geralmente são lesões polipoides localizadas na parede anterior ou lateral do recto, situados 4 a 20 cm acima da linha dentada.

Estes tumores são não funcionantes, ao contrário dos NETs do intestino delgado, ou seja, não são produtores de serotonina (responsável pelo típico síndrome carcinoide que se caracteriza por um quadro de diarreia e flushing). As manifestações são locais e incluem rectorragias, tenesmo dor perianal, entre outras.

Nos últimos 20 anos, a terminologia destes tumores sofreu uma grande evolução, sendo que atualmente a Organização Mundial de Saúde considera dois grandes grupos (Tabela 1):

- **Tumores bem diferenciados** que por sua vez se subdividem em tumores neuroendócrinos de baixo grau ou grau 1 (G1) e de grau intermédio ou grau 2 (G2). Estes tumores eram anteriormente conhecidos como “carcinoides”, porém este termo está em desuso, já que não reflete o potencial maligno que estes tumores podem ter.
- **Tumores pouco diferenciados**, de alto grau ou de grau 3 (G3) que são considerados carcinomas neuroendócrinos (NEC)

Estas três subdivisões são obtidas através de marcadores de proliferação, como o índice Ki67 e o índice mitótico que são determinantes no prognóstico. O tumor descrito neste caso clínico apresentava um índice Ki67 > 60%, sendo por isso, inserindo no terceiro subtipo (G3) - carcinoma neuroendócrino (NEC), e com base no estudo histológico, de pequenas células.

Os carcinomas neuroendócrinos do recto são raros constituindo cerca de 0,1-3,9% dos tumores colorrectais. São neoplasias pouco diferenciadas com um elevado potencial de malignidade e um curso clínico muito rápido. Estas dividem-se em dois subtipos, com comportamento semelhante aos seus equivalentes pulmonares: carcinoma de grandes células e o carcinoma de pequenas células. O carcinoma de pequenas células representa apenas 25% dos NEC colorrectais e afeta predominantemente o colon descendente e recto, podendo atingir índices Ki 67 de 50-100%.

Para diagnóstico destes tumores está recomendada a realização de colonoscopia com biópsias e estudo anatomopatológico com marcadores de imunohistoquímica que incluem cromogranina,

sinaptofisina e Ki67. Histologicamente as células dos NECs de pequenas células são pequenas, com pouco citoplasma e núcleo redondo ou ovóide, com agregados de cromatina e nucléolos não visíveis.

Tabela 1 – Classificação dos Tumores Neuroendócrinos segundo a Organização Mundial de Saúde

Differentiation	Grade	Mitotic count	Ki-67 index	Traditional	ENETS/WHO
Well differentiated	Low grade (G1)	<2 per HPF	< 3%	Carcinoid, islet cell, pancreatic (neuro) endocrine tumor	Neuroendocrine tumor, Grade 1
	Intermediate (G2)	2-20 per HPF	3-20%	Carcinoid, atypical carcinoid, islet cell, pancreatic (neuro) endocrine tumor	Neuroendocrine tumor, Grade 2
Poorly differentiated	High grade (G3)	>20 per HPF	>20 %	Small cell carcinoma	Neuroendocrine carcinoma, Grade 3, small cell
				Large cell neuroendocrine carcinoma	Neuroendocrine carcinoma, Grade 3, large cell

Os exames laboratoriais incluem o doseamento sanguíneo de cromogranina A (V: 358 ng/mL), que está aumentada nestes tumores e se correlaciona com extensão do mesmo. O doseamento do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) na urina de 24 h (V: 5,6 mg/24h), como seria de esperar neste tipo de tumor é negativo, já que este é um metabolito da serotonina.

A Organização Mundial de Saúde considera que este tipo de tumores devem ser consideradas neoplasias malignas, devendo ser estadiadas segundo uma classificação TNM específica de local, neste caso do recto (Tabela 2). Para estadiamento está preconizada a realização de TC toraco-abdomino-pélvica.

Existe a opção de realizar nos tumores bem diferenciados que expressam recetores de somatostatina, exames que utilizam octriótido, um análogo deste recetor, como marcador para deteção de metástases (Indium-111 octriotide scannig ou PET com octriótido galium 68). Como no caso desta doente, os tumores pouco diferenciados não expressam recetores de somatostatina, teria que ser utilizada PET com FDG. Porém, esta hipótese não foi posta em prática no caso descrito, já que se tratava de um carcinoma em estágio 4, e a realização desse exame não alteraria a abordagem terapêutica e iria atrasar o início do tratamento. Para estadiamento local em tumores potencialmente ressecáveis está indicada ainda a realização de ecografia endorectal ou de RMN pélvica, mas dada as características do tumor apresentado, não houve indicação para a realização das mesmas nesta doente.

Tabela 2 – Estadiamento TNM dos Tumores Neuroendócrinos do recto

TNM	
T-primary tumor	
TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
T1	Tumor invades mucosa or submucosa T1a size <1 cm T1b size 1–2 cm
T2	Tumor invades muscularis propria or size >2 cm
T3	Tumor invades subserosa/pericolic/perirectal fat
T4	Tumor directly invades other organs/structures and/or perforates visceral peritoneum
For any T add (m) for multiple tumors	
N-regional lymph nodes	
NX	Regional lymph node status cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis
M-distant metastases (subspecification as in small bowel)	
MX	Distant metastasis cannot be assessed
M0	No distant metastases
M1 ^a	Distant metastasis

Stage	T-primary tumor	N-regional nodes	M-distant metastasis
Disease stages			
Stage IA	T1a	N0	M0
Stage IB	T1b	N0	M0
Stage IIA	T2	N0	M0
Stage IIB	T3	N0	M0
Stage IIIA	T4	N0	M0
Stage IIIB	Any T	N1	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

Relativamente às abordagens terapêuticas disponíveis para os tumores NE do recto, dividem-nos em dois grandes grupos: nos tumores ressecáveis e nos não ressecáveis ou que têm metástases à distância. Os tumores ressecáveis, têm normalmente dimensões inferiores a 2cm e o tratamento “Gold Standard” é a ressecção cirúrgica Ro/R1. Os tumores não ressecáveis ou metastáticos, não têm indicação cirúrgica, sendo o papel primordial atribuído aos tratamentos de quimioterapia. Esta terapêutica é também distinta, conforme se trata de um tumor bem diferenciado (G1/G2) ou pouco diferenciado (G3). Para os carcinomas NE, o tratamento atualmente preconizado baseia-se na utilização de cisplatina e etoposido, existindo, no entanto, novos fármacos em estudo que parecem apresentar uma ligeira melhoria da sobrevida relativamente ao primeiro. Se existir resposta à quimioterapia, pode considerar-se a ressecção cirúrgica destes tumores.

No entanto, de acordo com a literatura, o prognóstico dos tumores pouco diferenciados do recto é muito reservado, uma vez que, mesmo que exista alguma taxa de resposta à quimioterapia, a sobrevida livre de doença é muito pequena (8-9meses). No caso apresentado, pelo facto de se tratar de uma apresentação num estágio muito avançado, com dimensões muito consideráveis e com metástases à distância, o prognóstico é sombrio. Podem no entanto ser consideradas medidas paliativas, para alívio sintomático, como a radioterapia.

Considerações Finais

Os tumores neuroendócrinos pouco diferenciados do recto são raros. Este caso clínico é relevante dado o diagnóstico atípico de um tumor neuroendócrino com base numa metástase ganglionar. No entanto, neste caso concreto, uma anamnese cuidada, bem como um exame objetivo completo numa primeira fase, poderiam ter sido fortes indicadores do local primário. Embora, este facto, não alterasse a conduta diagnóstica, nem o início do tratamento, é revelador da importância de uma boa história clínica e de um exame objetivo completo.

O caso demonstra ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar com a intervenção de várias especialidades cirúrgicas, médicas e de técnicas de diagnóstico, mostrando a importância da formação destas equipas em todas as áreas da medicina.

Bibliografia

- Weinstock, B.; Ward, S.C.; Harpaz, N.; Warner, R.; Itzkowitz, S.; Kang Kim, M.; *Clinical and Prognostic Features of Rectal Neuroendocrine Tumors*; *Neuroendocrinology* 2013;98:180–187;
- Caplin, M.; Sundin, A.; Nillson, O.; Baum, R. P.; Klose, K.J.; Kelestimur, F.; Plöckinger, U.; Papotti, M.; Salazar, R.; Pascher, A.; *ENETS Consensus Guidelines for the Management of Patients with Digestive Neuroendocrine Neoplasms: Colorectal Neuroendocrine Neoplasms*; *Neuroendocrinology* 2012;95:88–97;
- Anthony, L.B.; Strosberg, J.R.; Klimstra, D.S.; Maples, W.J.; O'Dorisio, T. M.; Warner, R.R.P.; Wiseman, G.A.; Benson, A. B.; Pommier, R.F.; *The NANETS Consensus Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastrointestinal Neuroendocrine Tumors (NETs). Well-Differentiated NETs of the Distal Colon and Rectum. Pancreas*; Volume 39, Number 6, August 2010
- Chung, T.P.; Hunt, S.R. *Carcinoid and Neuroendocrine Tumors of the Colon and Rectum* *Clin Colon Rectal Surg* 2006;19:45–48;
- K.Oberg; U.Knigge; D.Kwekkeboom; A.Perren; “Neuroendocrine gastro-entero-pancreatic tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up”, *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii 124–viii30, 2012;
- Herder, W.; van der Lely, A.J.; Lamberts S. “Somatostatin analogue treatment of neuroendocrine tumours” *Postgrad Med J* 1996; 72: 403–408;
- Lai, C.; Wang, C.; Changchien, C.; Tang, R. Chiang, J.; You, Y.; Hsien, P.; Tsai, W.; Yuh Yeh, C.; Wang, J.; Chen, J.; *Neuroendocrine Carcinomas of the Colon and Rectum: Result of a 15-year Experience*; *J Soc Colon Rectal Surgeon (Taiwan)* September 2008.
- K. Öberg, L. Kvols, M. Caplin, G. Delle Fave, W. de Herder, G. Rindi, P. Ruszniewski, E. A. Woltering, B. Wiedenmann; *Consensus report on the use of somatostatin analogs for the management of neuroendocrine tumors of the gastroenteropancreatic system*; *Annals of Oncology* 15: 966–973, 2004.
- Goldfinger, S.E.; Strosberg, J.R.; *Treatment and surveillance of non-metastatic carcinoid tumors*; UpToDate 2014;
- Klimstra, D.S.; Yang, Z.; *Pathology, classification and grading of neuroendocrine tumors arising in the digestive system*; UpToDate 2014.

Anexo 3



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Catarina Cabrita Da Silva Gaspar, natural de Lisboa, nascido/a a 12/02/1990, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 13729912 emitido pelo Arquivo de Identificação de _____ em ____/____/____, participou no Curso de Formação Profissional Jornadas do Departamento de Cirurgia do HBA que decorreu de 16/05/2014 a 17/05/2014 no/a Hospital Beatriz Ângelo com a duração total de 14 horas.

Lisboa, 17 de Maio de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida

Associação para o
Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida
Teresa Gomes

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 1594/2014

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

HOSPITAL
BEATRIZ
ÂNGELO
Direção Clínica

17 de Maio



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef. 213 163 275 - Fax 213 530 292 - info@advita.pt
Instituição Particular de Solidariedade Social, registo nº 47502, a fl. 69 do Livro nº 6 das Associações de Solidariedade Social - Pessoa Colectiva nº 504 605 521

ADVITA/05_v02

Anexo 4



The certificate is titled "CEMEF's" in large blue letters. Below it, a yellow diamond-shaped sign contains silhouettes of a doctor, a patient, and a first aid kit. To the right, the ANEM logo is displayed with a DNA helix and the text "anem P O R M S I C". The main text reads: "CURTOS ESTÁGIOS MÉDICOS EM FÉRIAS". Below this, a declaration states: "A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) declara que Ana Carolina Cabral de Sousa Gaspar realizou um estágio clínico no Serviço de Anestesiologia do/a Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil de 29/7 a 9/8 de 2013, integrado nos Curtos Estágios Médicos em Férias, organizados pela ANEM." The text "EPE" is written in red at the end of the sentence. At the bottom, there are three signatures: Francisco Mourão (Presidente ANEM), Ana Rita Alves (Coordenadora de Projetos ANEM), and a Tutor from the Instituto Português de Oncologia de Lisboa, F. Gentil EPE, Serviço de Anestesiologia. To the right of the certificate, there are logos for MSD (Fique bem), alert student, alert (Paper-free healthcare. Anywhere.), cosmos, and ipdj (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil).

CEMEF's

anem
P O R M S I C

CURTOS
ESTÁGIOS MÉDICOS EM FÉRIAS

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) declara que Ana Carolina Cabral de Sousa Gaspar realizou um estágio clínico no Serviço de Anestesiologia do/a Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil de 29/7 a 9/8 de 2013, integrado nos Curtos Estágios Médicos em Férias, organizados pela ANEM. EPE.

Francisco Mourão
Presidente ANEM

Ana Rita Alves
Coordenadora de Projetos ANEM

Tutor
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, F. Gentil EPE
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

MSD
Fique bem

alert student

alert
Paper-free healthcare.
Anywhere.

cosmos

ipdj
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL