



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021

SÍNDROME DE PANCOAST E SIADH EM PACIENTES COM TUMOR DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS: RELATO DE CASO

Autor: Clara Celly Diniz Oliveira¹; Coautor 1: Juliana Russo Gomes Calabria Guimarães²; Coautor 2: Marcela dos Santos Arruda¹

Instituições: 1- INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP);
2- FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

Introdução/Fundamentos

O tumor de Pancoast é descrito como uma neoplasia localizada no sulco pulmonar superior, sendo em sua maioria do tipo histológico de não pequenas células. Tais lesões podem se apresentar com quadro algico em ombro devido à invasão do plexo braquial, costelas ou corpos vertebrais, e síndrome de Horner. Esta última consiste em ptose palpebral, miose, anidrose e enoftalmia. Neoplasias pulmonares comumente apresentam associação com síndromes paraneoplásicas, entre elas a secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH), a qual apresenta maior relação com a neoplasia de pequenas células.

Objetivos

Descrever os aspectos relacionados a um caso de SIADH e tumor de Pancoast em paciente com diagnóstico de neoplasia pulmonar maligna epitelióide.

Descrição do caso

IPB, 69 anos, sexo masculino, diabético, hipertenso, etilista e ex-tabagista, portador de adenocarcinoma de próstata, tratado anteriormente, deu entrada no serviço de urgência com quadro de astenia e episódios de tontura iniciados há 2 semanas, associado a queda da própria altura. Apresentava dor em ombro direito de forte intensidade, com irradiação para região torácica anterior e dorsal há 3 meses. Durante investigação, evidenciado hiponatremia (Na:111) hipotônica e euvolemica, excluídas outras causas, sendo então atribuído ao diagnóstico de exclusão: SIADH. Evoluiu com ptose e miose à direita, sendo investigado com tomografia de tórax com presença de massa sólida em ápice do hemitórax direito, envolvendo sulco pulmonar superior e invadindo parede torácica posterior, região supraclavicular direita, artéria subclávia e músculos escalenos, medindo 6,4x5,8x5,0 cm. Foi confirmado diagnóstico de síndrome de Pancoast e atribuído a SIADH ao provável tumor de pulmão.

Realizou biopsia percutânea da massa pulmonar e histopatológico confirmou neoplasia maligna epitelióide, imuno-histoquímica consistente com carcinoma não pequenas células. Realizado estadiamento, sem metástase a distância. Iniciado, então, tratamento com radioterapia e quimioterapia. Paciente evoluiu com óbito 6 meses após o diagnóstico, por progressão da doença.



Figura 1. TAC de tórax com massa sólida em ápice do hemitórax direito

Conclusões/Considerações Finais

A síndrome de Pancoast tem comumente diagnóstico tardio, pela sua confusão com doenças osteoarticulares do ombro, atrasando o início do seu tratamento. Além disso, SIADH é pouco descrita nesses pacientes. Dada sua gravidade e necessidade de grande suspeição diagnóstica, discutir tais casos auxiliam no diagnóstico precoce desses pacientes.

Referências Bibliográficas

CAMPO MATÍAS, F. del; GONZÁLEZ PELÁEZ, J. L.; MARTÍN SANTOS, J. Hombro doloroso y tumor de Pancoast. Medifam, v. 11, n. 6, p. 70-76, 2001.

KHOSRAVI SHAHI, P. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonar superior): revisión de la literatura. In: Anales de medicina interna. Arán Ediciones, SL, 2005. p. 44-46.

ANATOMOCLÍNICA, REUNIÓN. Síndrome Sihad que precede al diagnóstico de neoplasia pulmonar. MEDICINA (Buenos Aires), v. 76, n. 1, p. 58-62, 2016.



16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E ONLINE

Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021