

SÍNDROME DE BERNARD-HORNER ASSOCIADA AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM.

Autor relator: Renata Souza Felício¹

Coautores: Márcio Estevão Midon², Mylena Delamare Espindola¹, Rochelle Leite Costa¹, Yara Maria Teixeira Nepomuceno¹.

Residentes de Clínica Médica do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (HRMS)¹ e Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, especialista em clínica médica e nefrologia (HRMS)²

Introdução:

A síndrome de Bernard-Horner consiste em miose, ptose e anidrose ipsilateral associados ao acometimento da via simpática da inervação ocular, seja de origem central, pré ou pós-ganglionar.

Objetivos:

Esta síndrome tem como etiologia mais comum a forma pré-ganglionar, tendo esta uma correlação de cerca de 25% com a malignidade. Na literatura é mais prevalente a associação com o câncer de pulmão e mama. Dessa forma, este relato visa documentar uma associação de câncer primário incomum com estes achados.

Delineamento e Métodos:

Relato de Caso.

Descrição:

Paciente R.E.R, mulher, 39 anos de idade, encaminhada ao hospital terciário para investigação de síndrome consumptiva, febre e metrorragia. Ao exame físico apresentava massa cervical esquerda, anisocoria, anidrose e ptose ipsilateral. Foi realizado toque vaginal com colo uterino pétreo e sinais de infiltração de paramétrio. Tomografia computadorizada (TC) de tórax com imagens nodulares em partes moles, região subpleural e linfonomegalias mediastinais e paratraqueal. TC de pescoço com linfonomegalia coalescente em região supraclavicular esquerda e característica de necrose. TC de abdome com massa uterina heterogênea, sem nítido plano de clivagem com parede vesical e ureteres, associado à dilatação pielocalicinal bilateral. A urologia realizou cistoscopia e ressecção transuretral com coleta de anatomopatológico, onde

foi evidenciado tumoração vegetante e infiltrativa em todo assoalho vesical. No anatomopatológico: carcinoma urotelial papilífero invasivo de alto grau e invasão angio-
linfática. A imuno-histoquímica concluiu carcinoma de padrão morfológico de células gigantes, com diferenciação escamosa não queratinizante, infiltrativo em lamina própria de mucosa vesical com CK 5-6, p16, p40, p63 positivos. Resultado discutido com patologista, que, levando em consideração a clínica e epidemiologia, foi elencada hipótese de lesão secundária de bexiga por neoplasia de seguimento distal genital – reforçado pelos marcadores.

Considerações Finais:

A síndrome de Bernard-horner é muito documentada associada a malignidade, principalmente ao câncer de pulmão e mama, no entanto este relato mostra foco primário incomum. Diante disso, fica clara a importância da realização de um exame físico adequado, correlacionando com a clínica e epidemiologia, além de fazer uso da tecnologia possível para realização do diagnóstico e tratamento preconizado.

Palavras-chave:

Câncer de colo de útero; Síndrome de Bernard-Horner; Anatomopatológico; Imuno-histoquímica.