

Fonte: paciente e esposa

ID: AFJ, 59a, natural e procedente de Itapajé, católico, agricultor, casado.

QP: “dor na perna esquerda”

HDA: Paciente era previamente hígido até que há cerca de 2 meses começou a sentir uma dor no joelho esquerdo de moderada intensidade que irradiava para a raiz da coxa com características de queimação e aperto que melhorava com analgésico e piorava quando andava, nega rigidez de joelho ou coxofemural esq. A dor foi progredindo de intensidade até lhe impedir de caminhar. Aproximadamente 5 dias após a dor no joelho, sentiu uma dor torácica retroesternal de moderada intensidade que irradiava para as costas, não relacionada a esforços, com características de queimação e aperto, negou dispnéia, náusea, tosse e hemoptise sem fatores de melhora ou piora, fazendo-o procurar AM em sua cidade sendo encaminhado para Fortaleza para realização de exames. Alguns dias depois, associou-se ao quadro uma cefaléia de moderada intensidade, predominante em região occipital e temporal esquerda, com características de aperto que piorava com a movimentação do pescoço que ficou um pouco rígido. Vem em uso de analgésicos com controle da cefaléia e da dor torácica e com pouco controle da dor na coxa. Nega febre.

Hábitos: fumante desde os 15 anos 1 maço/dia, etilista social.

HPP: Refere VPI's, nega HAS, DM, TB, pneumo, cardio, hepato ou nefropatias prévias. Refere cirurgia na coluna por hérnia de disco há 16 anos, nega transfusões, TCE, internações prévias com exceção da cirurgia e alergias.

HF: Mãe viva com HAS, pai falecido de IAM, uma tia com Ca de mama, irmão falecido com tumor cerebral.

IOA:

Geral: nega febre, sudorese, insônia, adinamia, síncope, tonturas. Refere hiporexia e perda de 4kg (60 para 56kg) nesse período.

Cabeça: vide HDA

Olhos: refere turvação visual esporádica

Ouvido: zumbido em ouvido esquerdo há algumas semanas e diminuição da audição também a esquerda.

Nariz: sem queixas

Boca: sem queixas

Sistema respiratório: nega tosse, hemoptise e dispnéia. Refere dor torácica vide HDA.

Sistema cardiovascular: refere dor torácica vide HDA. Nega DPN, palpitações e edema de mmii.

TGI: Nega disfagia, odinofagia, náuseas, vômitos, hematêmese, dor abdominal, diarréia, hematoquesia ou melena. Refere constipação há 7 dias.

TGU: Nega disúria, hesitação, incontinência, urina espumosa e colúria

Pele: nega alterações de cor ou aparecimento de manchas ou nódulos.

Músculo-Esquelético: refere rigidez no peçoço e dor em joelho e coxa E (vide HDA) sem queixas de fraqueza muscular, dor, edema ou rubor em outras articulações

Neurológicos: nega paresia ou parestesias em tronco e membros. Refere não fechar o olho esquerdo.

Exame Físico

Geral: EGB, eupnéico, aaa, hidratado, normocorado, cooperativo, orientado

Crânio: indolor à palpação, sem retrações ou abaulamentos

Olhos: normais, sem icterícia ou hiperemia

Nariz: septo centrado, mucosa normocorada, conchas normotróficas, ausência de secreções

Boca: ausência de alguns dentes, os demais em mau estado de conservação. Sem lesões.

Ouvidos: sem alterações externas.

Pescoço: linfonodo supra clavicular E palpável de aproximadamente 1cm, móvel, indolor, fibroelástico. Ausência de turgência jugular, tireóide impalpável.

Pulmões: sem retrações ou abaulamentos à inspeção, FTV presente e simétrico, som claro pulmonar à percussão, MVU +, sem RA, 16 irpm

AC: RCR, 2T, BNF, sem sopros

Abdome: plano, simétrico, indolor à palpação superficial e profunda, sem fígado, baço, massas ou visceromegalias palpáveis. Traube livre, abd timpânico à percussão. RHA +.

Extremidades: ppp, coloração e temperatura preservadas. Dor à palpação de coxa esquerda

Exame neurológico: paralisia periférica da hemiface E. Diminuição da acuidade auditiva E.

Exames complementares

Data

26/10

28/10

07/11

Hb

11,7

11,5

10,8

Ht

34%

34%

30%

VCM / HCM

86/29,7

87/29

84/28

RDW

12,6

14

13,8

Leucócitos

12000

9450

18600

Segmentados

83%

75%

79%

Linfócitos

12%

14%

18%

Monócitos

3%

8%

8%

Eos/Bas

2/0%

2/1%

1/0%

Plaquetas

285.000

295000

VHS/PCR

78/18,7

100/15

Ur

52

27

Cr

1,1

0,8

Na

136

137

K

4,5

3,7

Ca total

10,3

9

8,9

Mg

1,8

1,5

FA/GGT

81/76

BT

0,49

TGO

16

TGP

20

Prot. Totais

6,3

Albumina

3,1

Globulina

3,2

SU: normal

TC de tórax: lesão expansiva no hilo pulmonar direito com linfonodo megalia mediastinal. Nódulos pulmonares não calcificados à direita. Alterações fibrocicatriciais pulmonares bilaterais. Bolhas subpleurais bilaterais. Nódulos hepáticos indeterminados ao método.

TC de crânio: Lesão nodular captante ao lobo temporal esquerdo compatível com implante secundário dentro do contexto clínico. Destruição óssea permeativa do osso temporal esquerdo e da primeira vértebra cervical.

Relatório de patologia cirúrgica: Massa LID + linfonodomegalia mediastinal. Positivo para células neoplásicas. Adenocarcinoma de pulmão.

Diagnóstico: Adenocarcinoma de Pulmão

