

DISPNEIA NUM FUMADOR – QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE

DYSYPNEA IN A SMOKER - NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS

Autores:

Ana Isabel Marinho¹, Marta Goes Freitas¹

RESUMO

Introdução: A dispneia é um sintoma frequente em Medicina Geral e Familiar (MGF), mas inespecífico, podendo ter múltiplas causas. O bócio subesternal (BS) é uma patologia rara, sendo a dispneia o sintoma obstrutivo mais comum. Pode ser diagnosticado através de uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados por exames de imagem. **Descrição do caso:** Homem de 77 anos que recorreu à consulta da sua médica de família (MF), com antecedentes pessoais de tabagismo (quatro unidades maço-ano), por queixas de cansaço e dispneia, para médios esforços com meses de evolução e agravamento progressivo. Havia sido medicado com budenosida + formoterol por “doença pulmonar” (sic) em consulta particular de Pneumologia, sem melhoria. Foi solicitado estudo complementar, de onde se salientava espirometria sem alterações, radiografia de tórax com alargamento do mediastino superior à direita, condicionando desvio da traqueia e tomografia computadorizada pulmonar mostrando patologia tiroideia a caracterizar. Realizou então ecografia da tiróide, onde se constatou BS, apresentando-se eutiroideu. Foi referenciado para a consulta de Endocrinologia e posteriormente submetido a lobectomia direita, com hipotiroidismo secundário (controlado com levotiroxina) e remissão total da sintomatologia inicial.

Comentário: Embora o MF se deva basear na epidemiologia das doenças para o processo diagnóstico, outras hipóteses devem ser consideradas, sobretudo quando a apresentação inicial é inespecífica e a clínica ou prova terapêutica não são concordantes – às vezes o nosso paciente é a exceção e não a regra. Este relato de caso visa, por isso, fomentar o espírito crítico do MF no processo diagnóstico diferencial. Dada a sua propensão para causar sintomas respiratórios agudos e risco de malignização do BS, o tratamento cirúrgico deve ser considerado na maioria das situações. Assim, este caso pretende ainda divulgar a patologia, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e tratamento adequados.

Palavras-chave: bócio; dispneia; relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: *Dyspnea is a common symptom in family medicine (FM), but non-specific for its multiple causes. Substernal goiter (SG) is a rare condition, with dyspnea being the most common obstructive symptom. It can be diagnosed through detailed medical history and physical examination, complemented with diagnostic imaging studies.*

Case description: *A 77-year-old man with a history of smoking (four pack year) visited his general practitioner (GP) with symptoms of tiredness and dyspnea for medium efforts with months of evolution and progressively worsening through time. He had been treated with budesonide + formoterol, for “pulmonary disease” (sic) in a Pulmonology appointment in the private healthcare system, with no improvement. A complementary study was requested, with spirometry showing no alterations, the chest x-ray showing superior mediastinal widening on the right with tracheal deviation and a computed tomography scan of lungs showing thyroid pathology, that should be better characterized. The SG was then revealed in thyroid ultrasound. The patient was referred to the Endocrinology department and underwent a right lobectomy, with total remission of the symptoms after surgery. The patient developed hypothyroidism secondary to surgery, currently controlled with levothyroxine with totally remission of the initial symptoms.*

Comment: *Even though GP should rely on disease epidemiology for the diagnostic process, other hypotheses must be considered, especially when the initial presentation is nonspecific and the clinical findings or treatment are inconsistent - sometimes our patient is the exception rather than the rule. This case report aims to foster the critical spirit of the GP in the differential diagnostic process.*

Given its propensity to cause acute respiratory symptoms and the risk of malignization of SG, surgical treatment should be considered in most situations. This case intends to disclose this pathology, reinforcing the importance of differential diagnosis and proper treatment.

Keywords: goiter; dyspnea; case report.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Cova da Piedade, ACeS Almada/Seixal

INTRODUÇÃO

O bócio multinodular é uma patologia relativamente comum, com uma prevalência entre 4 a 7% em todo o mundo,^{1,2} sendo cada vez mais diagnosticado devido à maior disponibilidade e acessibilidade da ecografia cervical.

O bócio subesternal é uma doença rara (estima-se que em 100 casos de bócio, apenas um é do tipo mergulhante),¹ caracterizada por um aumento do tamanho, peso e volume da tireoide que provoca uma invasão total ou parcial da cavidade torácica. Esta é uma patologia que acomete sobretudo mulheres a partir da quinta-sexta década de vida.^{1,3} Foi descrita pela primeira vez em 1749 e desde aí recebeu diferentes denominações: bócio retroesternal, subesternal, subclavicular, endotorácico, intratorácico, mediastínico, entre outras.^{4,5} A fisiopatologia do bócio subesternal ainda não está bem estabelecida, desconhecendo-se o mecanismo que leva à invasão da cavidade torácica pela glândula tiroideia.¹ A maioria dos casos de bócio subesternal corresponde a bócio multinodular atóxico.¹ Em pacientes com bócio subesternal é frequentemente observada compressão traqueoesofágica, podendo dar sintomas como dispneia, estridor, rouquidão ou disfagia e mais raramente, caso haja compressão vascular, hemorragias digestivas, síndrome da veia cava superior, acidentes isquêmicos transitórios e edema cerebral.²⁻⁷ A dispneia para esforços é o sintoma obstrutivo mais comum, estando presente em 30 a 60% dos casos.⁸ O risco de neoplasia maligna da tireoide é moderado, variando entre 2,5 a 15%.^{1,4,5}

Esta patologia pode ser diagnosticada através de uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados por exames de imagem como a radiografia simples do tórax, a ecografia e a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética.¹⁻⁸

Com este caso pretende-se sensibilizar o médico de família (MF) para a apresentação clínica, tratamento e prognóstico do bócio subesternal e pretende-se mostrar a importância de conhecer esta entidade como diagnóstico diferencial de dispneia, um dos sintomas inespecíficos mais frequentes em Medicina Geral e Familiar (MGF).

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente, do sexo masculino, 77 anos, caucasiano, casado, reformado de marinheiro mercante, com o quarto ano de escolaridade. Inserido numa família nuclear em fase VIII do ciclo de *Duvall, Graffar* III e APGAR familiar de nove. Utente independente para as

atividades da vida diária. Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso (índice de massa corporal 26,6 kg/m²), hiperplasia benigna de próstata, patologia osteoarticular e tabagismo (quatro unidades maço-ano). Sem consumos alcoólicos ou toxicofílicos. Medicado com lisinopril 20 mg, atorvastatina 20 mg e paracetamol em SOS. Sem antecedentes cirúrgicos, sem alergias medicamentosas e/ou alimentares conhecidas e sem antecedentes familiares de relevo.

Recorreu à consulta da sua MF por queixas de cansaço e dispneia, para médios esforços com oito meses de evolução e agravamento nos últimos dois. Negava traumatismo. Negava edema dos membros inferiores, ortopneia, taquicardia ou dispneia paroxística noturna. Negava tosse, febre, expectoração ou perda de peso, opressão torácica ou sibilos, disfagia ou disфонia, angor ou sudorese, dor pleurítica, ansiedade, palpitações, tonturas, síncope ou outra sintomatologia associada. O utente referia ser seguido em consulta particular de Pneumologia pelos sintomas descritos e tinha sido medicado com dispositivo inalatório pressurizado contendo budenosida + formoterol, que cumpria como prescrito há meses, mas sem melhoria. Quando testada a técnica inalatória não se detetaram erros críticos que justificassem a falta de eficácia do tratamento.

No exame objetivo não se objetivavam sinais de dificuldade respiratória, além disso, a auscultação pulmonar, palpação tiroideia, deglutição e inspeção dos membros inferiores também não revelavam alterações.

Foi suspensa a medicação inalatória e pedido estudo complementar, a salientar espirometria com função respiratória normal e radiografia de tórax com alargamento do mediastino superior à direita, condicionando desvio da traqueia. Da restante investigação, a tomografia computadorizada pulmonar mostrou massa cervico-torácica paratraqueal direita. O controlo analítico mostrou uma TSH de 2,5 mU/L e uma T4 livre de 1 ng/dL. A ecografia da tireoide apresentava aumento de volume da glândula tiroideia á custa do seu lobo direito (dimensões 4 x 5 x 7,5 cm) ocupado por formação nodular sólida heterogénea, com algumas áreas de degenerescência quística interior (7 cm de diâmetro máximo).

Foi referenciado para a consulta de Endocrinologia e posteriormente submetido a lobectomia direita (exame histológico revelou hiperplasia nodular da tireoide), com hipotireoidismo secundário à cirurgia (controlado com levotiroxina) e remissão total da sintomatologia inicial.

COMENTÁRIO

As causas mais comuns de dispneia progressiva são a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença pulmonar intersticial e obesidade. Contudo podem existir muitas outras causas que justificam a mesma.^{9,10}

No processo de tomada de decisões o MF, além de ter como base o seu conhecimento prático e teórico acerca da doença em questão, apoia-se na prevalência e incidência dessa doença na comunidade, tomando decisões com base nas probabilidades de doença para aquele indivíduo. Embora o MF se deva basear na epidemiologia das doenças para o processo diagnóstico, outras hipóteses devem ser consideradas, sobretudo quando a apresentação inicial é inespecífica e a clínica ou o resultado da terapêutica instituída não são concordantes. Por vezes o nosso paciente é a exceção e não a regra.

Uma das particularidades da MGF é a acumulação de conhecimento sobre os utentes ao longo do tempo, o que resulta em cuidados polivalentes e continuados sobre os doentes e as famílias.¹¹

A gestão dos cuidados de saúde é uma das competências do MF, que passa pela coordenação dos cuidados com outros níveis de saúde, mas também pela orientação da prestação dos mesmos e da utilização efetiva dos recursos de saúde.

Este caso clínico visa fomentar o espírito crítico do MF, que deve questionar um diagnóstico e terapêuticas prescritas em qualquer contexto, quando não se verifica melhoria da sintomatologia e está assegurada a aderência terapêutica.

Dada a propensão do bócio subesternal para causar sintomas agudos das vias aéreas e o risco de malignização, o tratamento cirúrgico deve ser considerado na maioria dos casos.^{1,2,3,5,7,8}

A divulgação deste caso clínico permitirá refletir acerca desta patologia, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e do tratamento adequado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- *Maia* FRF, Araújo RL. Bócio Mergulhante - Quando Operar?. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46(6):708-15.
- 2- *Day TA, Chu A, Hoang KG.* Multinodular goiter. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003;36(1):35-54.
- 3- *Singh B, Lucente FE, Shaha AR.* Substernal goiter: A clinical review. *Am J Otolaryngol.* 1994;15(6):409-16.
- 4- *Knobel M.* Etiopathology, clinical features, and treatment of diffuse and multinodular nontoxic goiters. *J Endocrinol Invest.* 2015;39(4):357-73.
- 5- *De Aguiar-Quevedo K, Cerón-Navarro J, Jordá-Aragón, C, Pastor-Martínez, E, Sales-Badia JG, García-Zarza A, et al.* Bocio intratorácico. Revisión de la literatura médica. *Cir Esp.* 2010;88(3):142-5.
- 6- *Banks CA, Ayers CM, Hornig JD, Lentsch EJ, Day TA, Nguyen SA, et al.* Thyroid disease and compressive symptoms. *Laryngoscope.* 2011;122(1):13-6.
- 7- *Brenet E, Dubernard X, Mérol JC, Louges MA, Labrousse M, Makeieff M.* Assessment and management of cervico-mediastinal goiter. *Eur Ann*

- 8- *Ross DS.* Clinical presentation and evaluation of goiter in adults; UpToDate [Internet]. Última atualização Jul 2021. [consultado em junho de 2022] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults?search=Clinical%20presentation%20and%20evaluation%20of%20goiter%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 9- *Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J.* The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113:834-45.
- 10- *Richard MS.* Approach to the patient with dyspnea; UpToDate [Internet]. Última atualização Março 2022. [consultado em junho de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea?search=causas%20dispneia&anchor=H3413264743&language=en-US&source=preview#H7>
- 11- *Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab, I, Ram P.* WONCA: Médicos de Família no Mundo. Cuidado das Pessoas. EUROPA. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica geral / Medicina familiar). EURACT, 2002. [consultado em junho de 2022] Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Isabel Leitão Marinho
ana.marinho.2@hotmail.com

RECEBIDO: 13 de abril de 2022 | ACEITE: 09 de abril de 2023