

Cordeiro em pele de lobo: um caso clínico

Sheep in wolf's clothing: a case report

Cordero con piel de lobo: un caso clínico

Andreia Soares Teles Ribeiro¹, Gonçalo Freire², Ricardo Simões de Araújo¹

¹ USF Descobertas, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ARS Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.

² Serviço de Radiologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal.

Resumo

Introdução: Quando um utente recorre a uma consulta médica, este já tem uma ideia pré-definida do seu problema de saúde. Esta advém da sua experiência anterior, da cultura local e da sua estrutura de apoio. **Apresentação do Caso:** Mulher de 48 anos, ex-fumadora. Antecedentes pessoais de excisão de leiomioma uterino há 18 anos. Recorreu à médica de família por tosse há quatro meses. Fez uma tomografia computadorizada tórax, onde se individualizavam formações nodulares dispersas, sugestivas de metastização. Referenciou-se de urgência para consulta de pneumologia, onde lhe foi pedida biópsia, a qual a doente recusou. Após breve avaliação familiar, a própria utente compreendeu que o seu medo era gerado pela sua experiência prévia de vida. A utente acabou por realizar biópsia que revelou padrão de leiomioma. Admitiu-se leiomiomatose benigna metastizante secundária à excisão de miomas uterinos. **Conclusão:** A “dolência” compreendida pelos utentes vai influenciar o modo como vão gerir a sua doença e a sua dolência. Na consulta existe a gestão entre os medos do doente e as incertezas diagnósticas por parte do médico. Nestes casos, o médico de família não deve assumir uma posição paternalista de decisão, mas sim capacitar os utentes para uma escolha consciente e informada.

Palavras-chave: Leiomiomatose; Nódulos Pulmonares Múltiplos; Atenção Primária à Saúde

Autor correspondente:

Andreia Soares Teles Ribeiro.

E-mail: andreiateles@campus.ul.pt

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

Assinado pelos pacientes.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 19/07/2019.

Aprovado em: 05/10/2020.

Como citar: Ribeiro AST, Freire G, Araújo RS. Cordeiro em pele de lobo: um caso clínico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2645. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2645](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2645)



Abstract

Introduction: When a patient has a medical appointment, they already have a pre-defined idea of their health problem. This idea is influenced by their previous experience, local culture and family support. **Case Description:** 48-year-old female, former smoker. She reveals a personal history of uterine leiomyoma excision 18 years ago. She turns to her doctor complaining of cough for the last four months. A chest computed tomography was ordered, in which nodular formations were identified, suggestive of metastasis. An urgent referral was made to a pulmonology consultation, where a biopsy was requested, which the patient refused to perform. After a family assessment, the patient realized that her previous life experience generated her fear. The patient ended up performing the biopsy that revealed a leiomyoma pattern. The diagnosis of benign metastatic leiomyomatosis secondary to uterine fibroid excision was made. **Conclusion:** The “illness” understood by patients will influence how they will manage their disease and their malaise. In the consultation there is a confrontation between the patient’s fears and the diagnostic uncertainties of the physician. In such cases, the family doctor should not assume a paternalistic position of decision, but should empower patients to make a conscious and informed choice.

Keywords: Leiomyomatosis; Multiple Pulmonary Nodules; Primary Health Care

Resumen

Introducción: Cuando un paciente tiene una cita médica, ya tiene una idea predefinida de su problema de salud. Esta idea está influenciada por su experiencia previa, cultura local y apoyo familiar. **Presentación del caso:** Mujer de 48 años, exfumadora. Ella revela una historia personal de escisión de leiomioma uterino hace 18 años. Ella recurre a su médico quejándose de tos durante los últimos cuatro meses. Se ordenó una Tomografía computarizada de tórax, en la que se identificaron formaciones nodulares, sugestivas de metástasis. Se hizo una referencia urgente a una consulta de neumología, donde se solicitó una biopsia, que el paciente se negó a realizar. Después de una evaluación familiar, la paciente se dio cuenta de que su experiencia de vida anterior generaba miedo. Se realizó el diagnóstico de leiomiomatosis benigna metastatizante secundaria a escisión de fibromas uterinos. **Conclusión:** La “enfermedad” entendida por los pacientes influirá en cómo manejarán su enfermedad y su malestar. En la consulta existe una confrontación entre los temores del paciente y las incertidumbres diagnósticas del médico. En tales casos, el médico de familia no debe asumir una posición paternalista de decisión, sino que debe capacitar a los pacientes para que tomen una decisión consciente e informada.

Palabras clave: Leiomiomatosis; Nódulos Pulmonares Múltiples; Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

Quando um utente recorre a uma consulta médica, este já tem uma ideia pré-definida do seu problema de saúde, que advém da sua experiência anterior, da cultura local e da sua estrutura de apoio. A pesquisa prévia na internet, faz da consulta médica uma procura de confirmação a um autodiagnóstico previamente realizado. Para se compreenderem as decisões e desejos de um utente, torna-se essencial para o médico de família incorporar o utente no seu contexto, olhando para esta como uma peça de um quebra-cabeça que só pode ser compreendida após a avaliação do desenho completo. Assim, os instrumentos de avaliação familiar vêm facilitar esta compreensão, ajudando a entender o seu contexto. Quando se compreendem os motivos que suportam determinadas escolhas, o médico consegue desenvolver um maior sentimento de empatia, permitindo assim um melhor aconselhamento.

Para se atingir este entendimento, devemos deixar de lado o método de avaliação biomédico, em que o que move o médico é a doença, e ter especial atenção ao método clínico centrado no paciente (MCCP).¹ O médico que procura aplicar na sua prática o MCCP valoriza o processo lógico que conduz a um diagnóstico e ao seu tratamento, mas também valoriza a compreensão do significado, expectativas, sentimentos e medos que a doença tem para o doente e do impacto que esta tem na sua vida familiar e na comunidade. Assim, torna-se importante para o médico diferenciar e compreender os conceitos de doença ou “*disease*” e de doença ou “*illness*”. Esta última é a experiência pessoal de sofrimento que cada paciente terá em relação à sua doença e a forma como irá vivê-la. Por conseguinte, é importante relembrar

que o que leva o paciente a procurar o seu médico não é o sintoma que apresenta, mas sim aquilo que o paciente pensa sobre o seu sintoma.²

Com este caso clínico os autores pretendem realçar:

- A importância de uma história clínica completa, com antecedentes pessoais e cirúrgicos que podem desvendar explicações etiológicas para os problemas atuais;
- O papel do médico de família como pedra basilar de uma relação de confiança para se realizar investigação etiológica de patologias que, de início, assustam os pacientes, como as neoplasias;
- A compreensão do utente como um todo, em que os antecedentes familiares podem refletir-se nos seus medos e nas suas decisões, enfatizando a importância dos cuidados de saúde primários no conhecimento do utente e do contexto em que se encontra.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Apresenta-se o caso de mulher de 48 anos, leucodérmica, 12 anos de escolaridade, técnica de arquivo. Pertence à família nuclear na fase V do ciclo de Duvall.³ Classe social média, de acordo com a classificação de Graffar (1958).⁴ Como destaque aos seguintes antecedentes pessoais: ex-fumadora dos 15 aos 35 anos, com carga tabágica estimada de 10UMAs. Nega outros consumos toxifílicos, nomeadamente álcool ou drogas ilícitas. Realizou excisão de leiomioma uterino 18 anos antes, sem outros antecedentes pessoais relevantes.

Antecedentes familiares de pai que faleceu com cancro do pulmão aos 53 anos, 31 anos antes, quando a paciente tinha 17 anos e mãe com diagnóstico de depressão maior desde o falecimento do marido.

Recorreu à médica de família por tosse irritativa há 4 meses. Negava fatores de agravamento ou de melhoria, sem predomínio em nenhum momento do dia. Negava infeção respiratória prévia, dispneia ou outras queixas respiratórias, febre ou toma de medicação, com exame objetivo irrelevante. Foi solicitada radiografia de tórax que apresentava a nível da base do hemitórax direito uma opacidade nodular, com cerca de 3cm, coexistindo no hemitórax esquerdo, no terço inferior, uma outra opacidade nodular, com cerca de 1cm (Figura 1). Para melhor esclarecimento destas lesões, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) do tórax. Na TC individualizavam-se várias formações nodulares arredondadas, de contornos regulares, a maior no lobo inferior direito, medindo 2,4cm no plano axial, individualizando-se outras de menores dimensões, nomeadamente no segmento basal externo do lobo inferior esquerdo com 8mm e 5mm, e ainda outras milimétricas dispersas bilateralmente, sugestivas de depósitos secundários (Figura 2).

Dados os achados foi feita referência de urgência para consulta de pneumologia. A consulta ocorreu duas semanas após a referência e a utente foi informada que teria de realizar biópsia do nódulo de maiores dimensões e que seria agendada.

Uma semana depois da consulta de pneumologia, a utente recorreu à sua médica onde pediu uma consulta no dia. Nessa consulta, a utente apresenta-se muito ansiosa insistindo saber que apresentava uma “doença grave” no pulmão e que não queria fazer a biópsia. Ao tentar perceber melhor os receios da utente, esta começou a chorar e a falar da sua família referindo “sei o enorme peso que será para a minha família e não quero que tenham de passar pelo mesmo”.

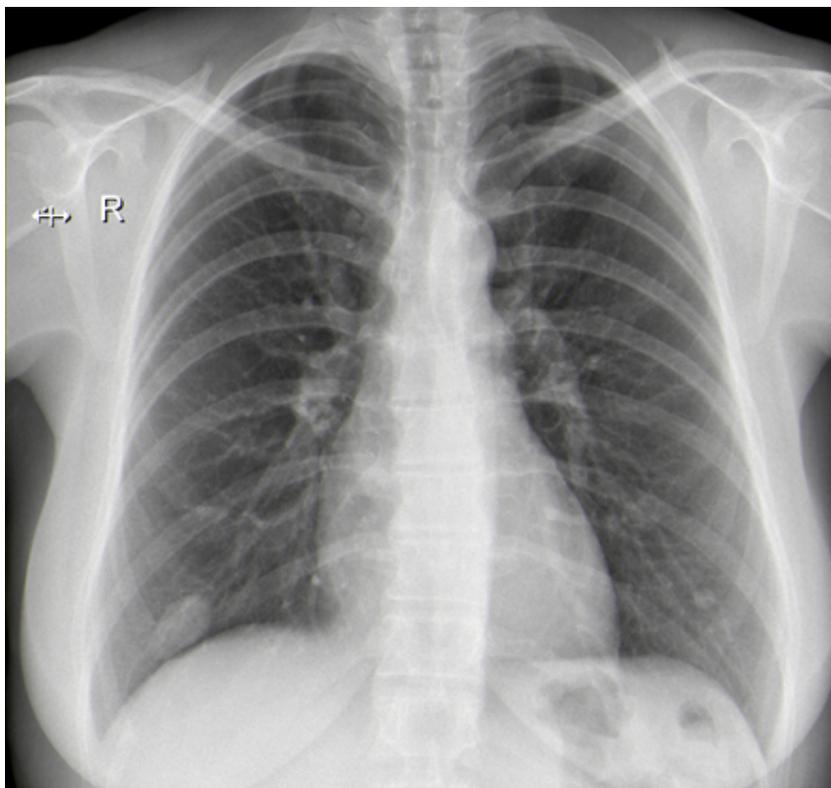


Figura 1. Radiografia de tórax: na base do hemitórax direito identifica-se uma opacidade nodular, com cerca de 3cm. Coexiste no hemitórax esquerdo, no terço inferior, uma outra opacidade nodular, com cerca de 1cm. Estas traduzem prováveis lesões parenquimatosas, justificando-se avaliação adicional por tomografia computadorizada.

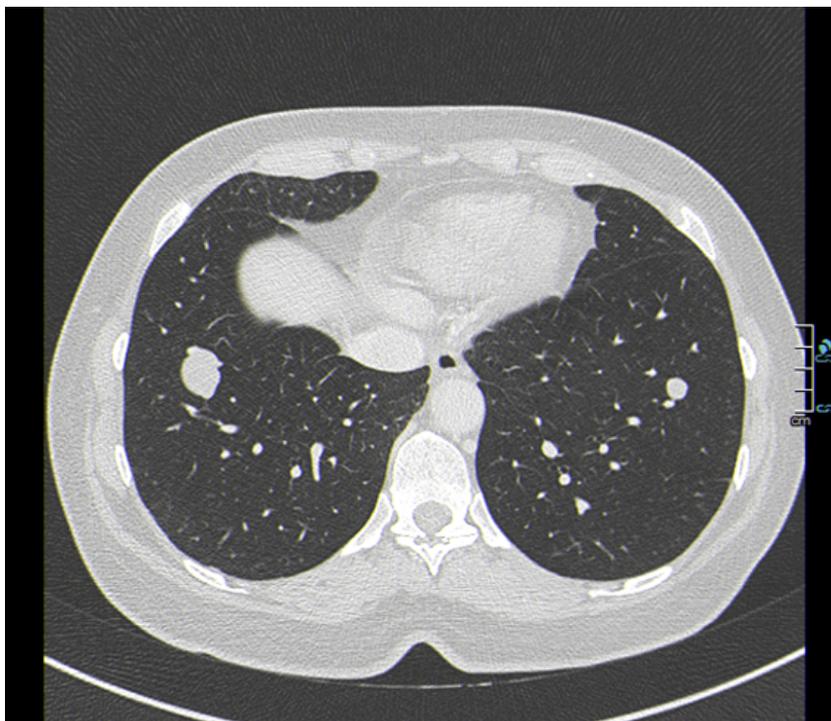


Figura 2. Tomografia computadorizada tórax: árvore traqueobrônquica permeável até a sua divisão subsegmentar. Na avaliação do parênquima pulmonar, individualizam-se formações nodulares arredondadas, de contorno regular, a maior no lobo inferior direito, medindo 2,4cm no plano axial, individualizando-se outras de menores dimensões, nomeadamente no segmento basal externo do lobo inferior esquerdo com 8mm e 5mm, e ainda outras milimétricas dispersas bilateralmente. Os aspectos sugerem depósitos secundários.

Abordagem pelo médico de família e comunidade (MFC)

Realizaram-se algumas questões para se tentar compreender melhor a dinâmica desta família bem como compreender os medos da utente. Para tal, começou-se pela realização de um genograma (Figura 3),⁵ seguido de uma psicofigura de Mitchell.³ Nesta avaliação, averiguamos que a utente era filha única, tendo o pai morrido com neoplasia do pulmão quando esta tinha 17 anos e passou a viver somente com a mãe. Falava deste momento da sua vida com grande tristeza, revelando que sofreram muito com a doença do pai e que foi uma carga muito pesada com a que teve de conviver após o diagnóstico. Nesse mesmo momento a mãe fora diagnosticada com uma depressão maior, com uma tentativa de suicídio da mãe logo após o falecimento do pai.

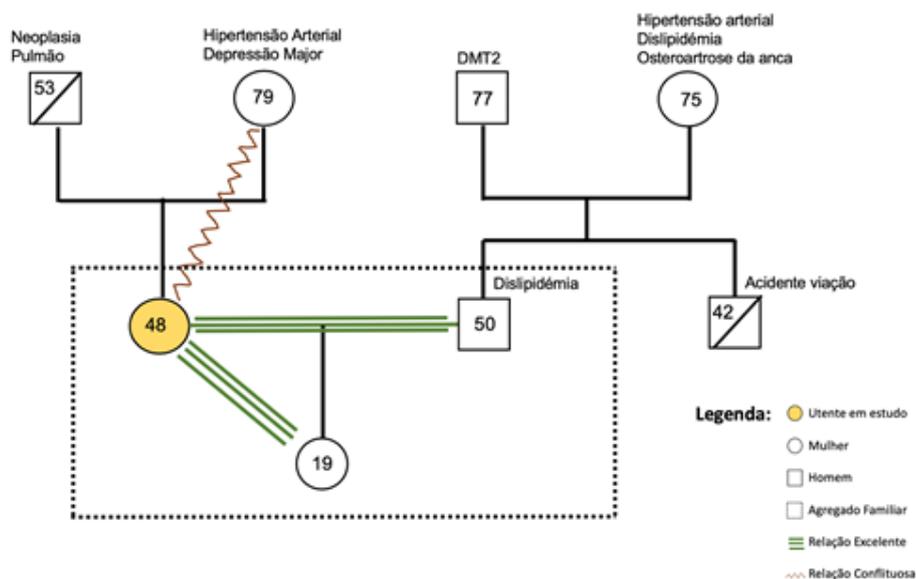


Figura 3. Genograma e psicofigura de Mitchell.

Atualmente vive com o marido, casada há 22 anos, com quem sente ter uma boa relação e com a filha de 19 anos. Ao ser questionada responde “*não vou permitir que a minha filha e o meu marido sofram como sofri com o diagnóstico do meu pai*”, e ainda acrescenta “*a minha mãe já vai fazer 80 anos. Não posso voltar a fazer com que ela passe por tudo de novo*”.

Para aprofundar melhor o conhecimento sobre estas relações e sobre o contexto da utente, foi solicitado que desenhasse um círculo de Thrower (Figura 4).⁶ A utente começou a desenhar no centro do círculo o “*cancro do pulmão*” como uma entidade isolada. Entrelaçado a este círculo colocou a mãe e o pai, quase como se fizessem parte de um todo referindo: “*O cancro esteve sempre central na minha vida. Primeiro no diagnóstico do meu pai, depois durante o tempo que durou a doença, quando ele morreu, quando a minha mãe ficou com a depressão. Agora volta a aparecer como um fantasma na minha vida*”; depois desenhou a si mesma, junto do marido (“*Filipe*”) e da filha (“*Carla*”), quase como se estivesse separando-os do cancro.

Após este desabafo, a utente perguntou diretamente à médica de família: “*Preciso que me diga a verdade, eu tenho cancro, não tenho?*”.

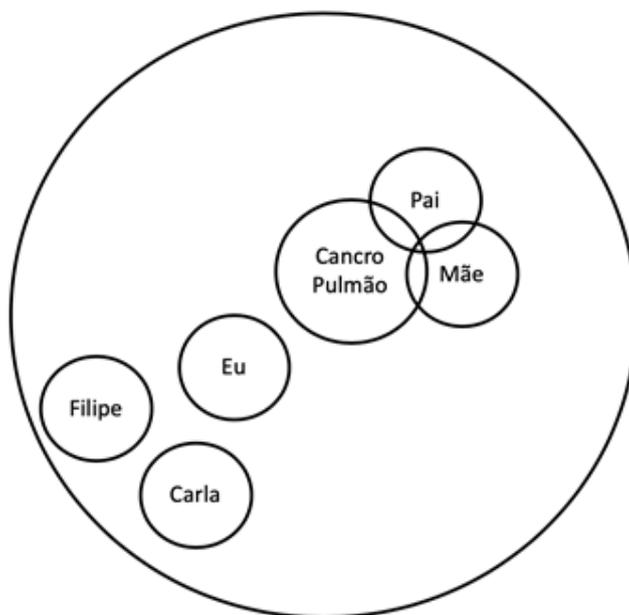


Figura 4. Círculo de Thrower.

Foi explicado o grau de incerteza, uma vez que sem a realização da biópsia não seria possível saber o seu diagnóstico. Demonstrou-se que era impossível excluir ou afirmar se tinha uma neoplasia maligna, explicando que as imagens presentes na TC poderiam ser metástases neoplásicas malignas, mas que existiam várias outras doenças que poderiam surgir com o mesmo aspeto, reforçando a importância da biópsia pulmonar.

Nesse momento, a utente mostrou-se aliviada, desabafando o medo de um possível encobrimento do diagnóstico e que tinha dificuldade em confiar no médico que só tinha visto uma vez no hospital.

Dada a disponibilidade da utente nesse momento, foi decidido em conjunto escrever uma folha com as vantagens e desvantagens de se realizar a biópsia pulmonar.

A utente optou por começar pelas desvantagens, voltando a mencionar o peso que um possível diagnóstico de neoplasia teria sobre ela, bem como os efeitos que este diagnóstico teria na sua família, apresentando o receio de prejudicar a formação da filha. Como a utente só conseguia descrever os pontos negativos, a médica de família optou por descrever as possíveis vantagens: a possibilidade de ter um diagnóstico etiológico que até ao momento, era desconhecido; o poder de decisão final (se desejava ou não contar à sua família, quais outros exames ou tratamentos desejaria realizar). Nesse momento, a folha tinha se tornado quase uma representação de uma balança, colocando o peso de vantagens e desvantagens. A utente levou consigo a folha, para poder refletir sobre o que tinha sido falado.

Passados três dias a utente acabou por realizar a biópsia da lesão com maiores dimensões (Figura 5).

O resultado da biópsia, sugeriu um padrão de leiomioma (Figura 6), que ao se ter em conta a existência de múltiplas lesões deste tipo e a história pessoal, seria diagnóstico de leiomiomatose benigna metastizante, secundária à excisão de miomas uterinos que decorreu 18 anos antes.

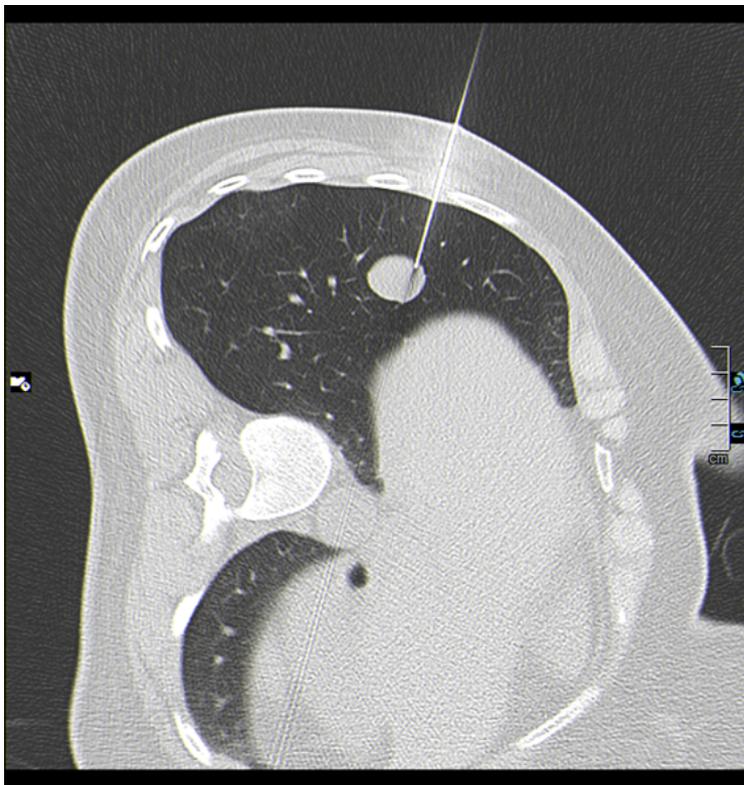


Figura 5. Realização de biópsia transtorácica através de controle por tomografia computadorizada.

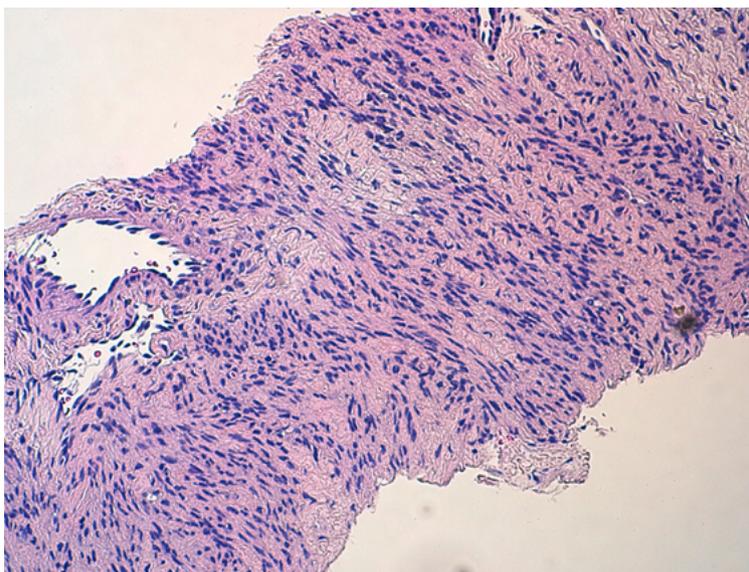


Figura 6. Histologia com ampliação 20x com coloração hematoxilina-eosina, observando-se feixes de células fusiformes com limites imprecisos sem atipia citológica. Os núcleos são pequenos, fusiformes e monomórficos. A rede vascular é evidente e não se observam outros elementos epiteliais. No estudo imunocitoquímico há positividade forte para actina do músculo liso e negatividade para AE1/AE3, CD34 e CD117. Não há tecido de neoplasia maligna. Este padrão é sugestivo de leiomioma e a existência de lesões múltiplas deste tipo representa uma leiomiomatose pulmonar, secundária à excisão de miomas uterinos.

Iniciou-se tratamento com análogo do hormônio liberador de gonadotropina (goserrelina - GnRH), com injeção subcutânea a cada 28 dias. Ao fim de 3 meses, houve redução volumétrica dos nódulos, com desaparecimento completo da sintomatologia.

Comentário

A leiomiomatose benigna metastizante é um tumor raro de células musculares lisas, com menos de 100 casos relatados na literatura.⁷ Afeta mulheres com história de leiomiomas uterinos, que metastizam para locais extrauterinos.⁸ A maioria foi submetida à miomectomia ou histerectomia, apesar da doença também ser possível ocorrer na ausência de cirurgia prévia,⁹ ocorrendo disseminação por via hematogênica (com embolização venosa das células musculares lisas durante a cirurgia).¹⁰ Os pulmões são o local mais frequente de metastização, mas pode também metastizar para nódulos linfáticos, coração, músculo e cavidade pélvica.^{9,11}

Trata-se de uma neoplasia hormonodependente, o que é sugerido pelo fato de estas metástases deixarem de crescer ou regredirem na menopausa ou após histerectomia com ooforectomia.¹²

A leiomiomatose benigna metastizante pulmonar geralmente não apresenta sintomas, descobrindo-a acidentalmente em radiografias de tórax. Se as massas forem de maiores dimensões e mais centrais, podem provocar sintomas como tosse, dispneia, hemoptises ou toracalgia, podendo provocar insuficiência respiratória dada a extensão das lesões, conduzindo à morte.¹³

A terapêutica da leiomiomatose benigna metastizante baseia-se no seu crescimento hormonodependente, podendo optar-se por ooforectomia ou administração de hormonoterapia como análogos das gonadotropinas, moduladores seletivos dos receptores de estrogênios (tamoxifeno ou raloxifeno) e inibidores da aromatase.¹² A utilização de análogos de hormônio liberador de gonadotropina (GnRH) têm demonstrado resultados na redução do tamanho das lesões ou até desaparecimento das mesmas, sendo que normalmente são uma alternativa à ooforectomia bilateral para controle da doença.¹⁴

Muitas vezes os utentes recorrem ao médico de família procurando ajuda na decisão de como lidar com a sua doença, tendo em conta a confiança que se cria nos cuidados continuados dos cuidados de saúde primários. Apesar de um utente já estar referenciado a uma consulta hospitalar, não devemos nunca descartar a responsabilidade de ajudar e aconselhar de acordo com o nosso conhecimento. Os cuidados primários têm a vantagem da proximidade aos utentes, devendo sempre estar disponíveis quando estes os procuram, permitindo uma melhor orientação. Estas características englobam as competências nucleares do MFC: gestão dos cuidados de saúde primários (funcionando como primeiro ponto de encontro com o sistema de saúde), abordagem centrada na pessoa (com prestação de cuidados longitudinais), orientação comunitária e uma visão holística.¹⁵ Estas qualidades presentes nos cuidados primários vão de encontro aos achados de Starfield, em 2005,¹⁶ que demonstrou que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários com MFC, prestam cuidados com maior efetividade, tanto a nível clínico como quanto aos custos, comparativamente com os cuidados de saúde pouco orientados para os cuidados primários.¹⁶

Na consulta existe a gestão entre os medos do utente e as incertezas diagnósticas por parte do médico. Em suma, a consulta é um encontro de medos das duas partes, vistas de diferentes perspectivas. O utente por um lado com o medo de um diagnóstico, do resultado das análises, de um tratamento; e, o médico por outro lado, com medo de não ter uma resposta segura para o utente, com dúvidas de como gerir cada caso. Torna-se essencial nestas situações o médico não tentar dar respostas precipitadas de modo a conseguir satisfazer as questões do paciente. É importante assumir a incerteza e as suas próprias dúvidas.

CONCLUSÃO

É dever do médico na sua prática compreender o utente como um todo, ajudando na resolução dos seus sintomas, mas também na gestão de como viver com a sua doença. O médico não deve assumir uma posição paternalista de decisão, mas sim capacitar os utentes para uma escolha consciente e informada. Nestes casos, o modo mais eficiente de conseguir é através de uma plataforma de cooperação entre o utente e o médico, em que as ideias de ambos são postas na mesa e avaliadas em conjunto.

Esta abordagem permitiu neste caso clínico, uma consciencialização por parte da utente do seu medo baseado nas suas experiências familiares passadas. Se a utente mantivesse o seu medo e a sua recusa num diagnóstico, a expansão das lesões teria continuado a ocorrer, com manutenção da sintomatologia e as suas consequências na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. McWhinney I, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
2. Mendes-Nunes J. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 2010.
3. Caeiro RT. Registos clínicos em medicina familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
4. Graffar M. Une méthode de classification d'achantillon de population. *Courrier*. 1958;6:455-78.
5. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(23):309-17.
6. Thrower SM, Bruce WE, Walton RF. The family circle method for integrating family systems concepts in family medicine. *J Fam Pract*. 1982 Set;15(3):451-7.
7. Khan M, Faisal A, Ibrahim H, Barnes T, VanOtteren GM. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report. *Respir Med Case Rep [Internet]*. 2018 Jan; [citado 2019 Jul 13]; 24:117-21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213007118300996#bbib2>
8. Bakkensen JB, Samore W, Bortoletto P, Morton CC, Anchan RM. Pelvic and pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report. *Case Rep Womens Health [Internet]*. 2018 Mar; [citado 2019 Mai 13]; 18:e00061. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29785389>
9. Pacheco-Rodríguez G, Silva AMT, Moss J. Benign metastasizing leiomyoma. *Clin Chest Med [Internet]*. 2016 Set; [citado 2019 Mai 13]; 37(3):589-95. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272523116300569>
10. Castelli P, Caronno R, Piffaretti G, Tozzi M. Intravenous uterine leiomyomatosis with right heart extension: successful two-stage surgical removal. *Ann Vasc Surg [Internet]*. 2006 Mai; [citado 2019 Mai 14]; 20(3):405-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16583249>
11. Chen S, Liu RM, Li T. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report and literature review. *J Thorac Dis [Internet]*. 2014 Jun; [citado 2019 Mai 13]; 6(6):E92-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24977035>
12. Moreira M, Pinto F, Oliveira N, Andrade L, Oliveira M. Benign metastasizing leiomyoma: literature review based on a case report. *Acta Obstet Ginecol Port [Internet]*. 2013; [citado 2019 Mai 14]; 7(2):131-5. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-caso_clinico_1.pdf
13. Cardoso AR, Pereira E. Leiomioma benigno metastazante: a propósito de um caso clínico. *Rev Soc Port Med Intern*. 2005 Out/Dez;12(4):230-3.
14. Rivera JA, Christopoulos S, Small D, Trifiro M. Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab [Internet]*. 2004 Jul; [citado 2019 Mai 14]; 89(7):3183-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15240591>
15. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). WONCA - The European definition of general practice/family medicine [Internet]. Europa: EURACT: 2011; [acesso em 2020 Set 20]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org>
16. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005 Set;83(3):457-502.