

Abordagem de *pectus carinatum* na Atenção Primária e seu impacto na saúde emocional do paciente: relato de caso

Pectus carinatum approach in Primary Health care and its impact on the emotional health of the patient: case report

Abordaje del Pectus Carinatum en Atención Primaria y su impacto en la salud emocional del paciente: caso clínico

Luiza Carla Migliavacca Pian¹ , Laura Vitória Xavier¹ , Thais Caroline Fin¹ , Juliana Frighetto¹ , Hellany Karolliny Pinho Ribeiro² 

¹Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo (RS), Brasil.

²Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

Resumo

Introdução: O *pectus carinatum* (PC) é uma deformidade incomum da parede torácica, que geralmente surge na infância e se acentua na adolescência. Essa malformação pode levar a distúrbios estéticos e de autoestima, além de problemas respiratórios, que se devem à restrição da parede torácica. Existem poucos estudos brasileiros dedicados exclusivamente ao PC, e a maioria desses trabalhos direciona-se ao estudo do *pectus excavatum* (PE) ou de ambas as condições de forma conjunta. **Apresentação do caso:** Apresenta-se o caso de um paciente de 13 anos, masculino, que procura atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) por surgimento de tumefação em região paraesternal. Nega sintomas físicos, porém relata constrangimento e desconforto estético com a presença da proeminência. **Conclusões:** A abordagem multidisciplinar da deformidade torácica é fundamental na aceitação e no tratamento, tendo a APS um papel essencial. Toda a equipe deve auxiliar e proporcionar, por meio do tratamento, melhor qualidade de vida estética, física e emocional ao paciente, fatores estes que nos impulsionaram a documentar este caso.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Parede torácica; Pectus carinatum; Autoimagem.

Autor correspondente:

Luiza Carla Migliavacca Pian

E-mail: luizacarlapian@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

CAAE 25126719.8.0000.5342

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/07/2022.

Aprovado em: 11/10/2022.

Editor Associado:

Leonardo Ferreira Fontenelle

Como citar: Pian LCM, Xavier LV, Fin TC, Frighetto J, Ribeiro HKP. Abordagem de Pectus Carinatum na Atenção Primária e seu impacto na saúde emocional do paciente: relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3495. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3495](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3495)



Abstract

Introduction: Pectus carinatum (PC) is an unusual deformity of the chest wall that usually arises in childhood and becomes more pronounced in adolescence. This malformation can lead to aesthetic and self-esteem disorders, in addition to respiratory problems, due to the restriction of the chest wall. There are few Brazilian studies dedicated exclusively to PC, and most are directed at pectus excavatum or the investigation of both conditions jointly. **Presentation of the case:** In this case, a 13-year-old male sought medical attention in primary health care (PHC) because of the appearance of tumefaction in the parasternal region. He denied physical symptoms but reported embarrassment and aesthetic discomfort with the presence of the prominence. **Conclusions:** The multidisciplinary approach of thoracic deformity is fundamental in acceptance and treatment, with PHC playing an essential role, since all the team must assist and provide, through treatment, a better aesthetic, physical and emotional quality of life to the patient, and these factors led us to document this case.

Keywords: Primary health care; Thoracic wall; Pectus carinatum; Self-concept.

Resumen

Introducción: El pectus carinatum (PC) es una deformidad poco frecuente de la pared torácica, que suele surgir en la infancia y se acentúa en la adolescencia. Esta malformación puede provocar trastornos estéticos y de autoestima, así como problemas respiratorios, que se deben a la restricción de la pared torácica. Hay pocos estudios brasileños dedicados exclusivamente al CP, y la mayoría de los trabajos están dirigidos al estudio del Pectus Excavatum (PE) o al estudio de ambas condiciones conjuntamente. **Presentación del caso:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 13 años que acude a Atención Primaria de Salud (APS) por la aparición de una tumefacción en la región paraesternal. Niega síntomas físicos, pero refiere malestar y vergüenza estética con la presencia de prominencia. **Conclusiones:** El abordaje multidisciplinar de la deformidad torácica es fundamental para su aceptación y tratamiento, teniendo la APS un papel fundamental, ya que todo equipo debe asistir y proporcionar, a través del tratamiento, una mejor calidad de vida estética, física y emocional al paciente, factores que nos han llevado a documentar este caso.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Pared torácica; Pectus carinatum; Autoimagen.

INTRODUÇÃO

O *pectus carinatum* (PC), cuja forma clássica de apresentação é conhecida como “peito de pombo”, é uma deformidade rara da parede torácica, com incidência de um a cada 1.500 indivíduos e que afeta predominantemente o sexo masculino.¹ Trata-se de uma protusão da parede anterior do tórax, que surge ou se acentua durante a puberdade, fase em que todo o corpo está em crescimento, e geralmente atinge seu máximo aos 16 anos nas meninas e aos 18 anos nos meninos.²

Manifesta-se de forma oligossintomática e com crescimento progressivo na maioria dos casos, com procura de atendimento médico por implicações de ordem estética e emocional. Os sintomas são frequentemente decorrentes de doenças associadas ou perturbações psicológicas, que levam esses pacientes a ser introvertidos e retraídos.³ Podem estar presentes sintomas cardiorrespiratórios, como palpitações, dispneia e sibilos, relacionados à redução da circunferência da parede torácica por diminuição da dimensão lateral.⁴

Por ser aproximadamente cinco vezes menos prevalente que o *pectus excavatum* (PE), não tem recebido o mesmo grau de interesse, e a maioria dos relatos sobre o reparo combina pacientes com PC e PE, com pouca discussão específica sobre PC. Sua abordagem é desconhecida por grande parcela dos profissionais, o que resulta em menor número de pacientes encaminhados para tratamento.²

Assim, a escassez de relatos de pacientes brasileiros portadores dessa deformidade, sua implicação no bem-estar físico e emocional dos indivíduos acometidos e seu diagnóstico e acompanhamento multidisciplinar ainda na Atenção Primária constituíram a motivação para este trabalho. Apresenta-se a abordagem de um caso de PC em um paciente adolescente do sexo masculino, que procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) pelo surgimento e constrangimento estético com a deformidade.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Sexo masculino, 13 anos, raça branca, compareceu à triagem da enfermagem de nossa UBS em agosto de 2020 com queixa de surgimento de proeminência em região paraesternal à direita havia cerca de dez dias. Relatou nunca ter observado deformidade prévia na região torácica, negou dor local ou sintomas agudos. Ao exame físico, observou-se região torácica com acentuação da curvatura das costelas em hemitórax direito, sem alterações da pele ou flutuação local. O paciente foi encaminhado para avaliação médica.

Cerca de dez dias depois, na consulta com a médica de família e comunidade (MFC) da unidade, relatou elevação intermitente da temperatura local, sem demais sinais flogísticos na pele e fâneros locais. Negou limitação física para caminhar, dormir ou outras atividades. Negou também comorbidades prévias, medicações de uso contínuo e histórico familiar de patologias similares. A principal queixa relatada pelo paciente com relação à proeminência foi o desconforto/constrangimento estético com a presença da protrusão torácica, e a mãe do paciente mostrou-se preocupada com a situação. Ao exame físico, foi observada tumefação em região paraesternal, de consistência endurecida, fixa aos planos, sem sinais flogísticos, medindo aproximadamente 7–10 cm (Figuras 1 e 2). Foram solicitados exames laboratoriais e radiografia de tórax para investigação e diagnóstico.



Figura 1. *Pectus carinatum* em perfil.



Figura 2. Visão anterior do *pectus carinatum*.

Ao longo do acompanhamento do paciente na UBS, foi constatado que, com o surgimento da proeminência e o constrangimento estético decorrente, houve declínio em seu convívio social, principalmente no ambiente escolar, além do surgimento de conflitos internos. Esse quadro repercutiu em seu aprendizado. Iniciou-se então acompanhamento psicológico com base em psicoterapia humanista de Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), na unidade de saúde, em 12 sessões com psicóloga clínica. Não foram constatados sintomas ansiosos ou depressivos suficientes para encaminhamento psiquiátrico. Foi iniciado também um acompanhamento nutricional na unidade.

A mãe do paciente também utilizou do serviço de atendimento psicológico para ampliar sua capacidade de prestar suporte emocional ao filho, dada sua condição de família monoparental e divórcio complicado com o genitor do adolescente. Isso porque foi constatada a autocrítica dessa mãe com relação ao fato de não ter detectado a deformidade no filho antes e também ao fato de ela culpabilizar o pai

pela herança genética da PC. Concepções de autoconceito negativo, como “que azar o meu, tinha que acontecer justo com meu filho” foram trazidas espontaneamente por ela e manejadas de acordo com o embasamento humanista.

Após cerca de dois meses da primeira consulta médica, o paciente relatou aumento da proeminência. O laudo da radiografia realizada não demonstrou alterações significativas na anatomia torácica, porém o paciente foi encaminhado para o ortopedista para correção cirúrgica da deformidade, em decorrência dos problemas de ordem estética e emocional, apesar de ele negar desconforto físico relacionado.

Durante todo este período, o paciente foi e continua sendo acompanhado na UBS pela equipe multidisciplinar, composta de médico de família, enfermeira, psicóloga e nutricionista, com o intuito de manter o cuidado à saúde como um todo e manter o acompanhamento próximo ao paciente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, sob parecer número 3.761.832 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 25126719.8.0000.5342, de acordo com o preconizado na Resolução 466/2012, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela responsável do paciente em questão.

DISCUSSÃO

O PC consiste em um espectro de anomalias que variam em anatomia e gravidade, sendo a proeminência condrogladiolar/peito de pombo (projeção das porções média e inferior do esterno) o tipo mais comum, enquanto a proeminência condromanubrial (projeção da porção superior do esterno, com protusão do manúbrio) corresponde a apenas 5% dos casos.^{2,4} Apesar de ser considerada rara (5–10% de todas anomalias da parede torácica), é a segunda malformação mais frequente da parede torácica, e dados emergentes de clínicas de anomalias da parede torácica têm indicado que o PC é pelo menos tão comum quanto o PE.⁴

A deformidade anatômica do PC e do PE pode ser considerada como um crescimento desproporcional das cartilagens costais em comparação com o restante do esqueleto torácico ósseo, exercendo pressão sobre o esterno para causar protrusão, depressão ou uma combinação de ambos. Acomete mais frequentemente brancos e latinos, sendo incomum em negros e asiáticos, e a maioria dos pacientes com PC e PE tem *habitus* corporal astênico.^{4,5}

Pelo menos 25% dos pacientes com PC têm outro membro da família com alguma deformidade da parede torácica, suspeitando-se assim do papel genético da deformidade.⁵ As síndromes monogênicas mais associadas ao PC e ao PE são a síndrome de Marfan e a síndrome de Noonan, e a Síndrome de Turner é a principal cromossômica. Ainda não foi descrita nenhuma causa genética importante para PC ou PE não sindrômicos, sendo possível que todos ou a maioria dos casos familiares representem herança multifatorial.⁶ As doenças associadas mais comumente encontradas e responsáveis por sintomas respiratórios nesses pacientes são a asma e a bronquite crônica, que ocorrem em 16,4% dos casos.^{2,7}

Embora o surgimento do PC normalmente coincida com o início do estirão de crescimento na adolescência, a anomalia pode ser congênita e diagnosticada em recém-nascidos e menores de dez anos (<10% dos casos). Entretanto, como o PC é raramente notado ao nascimento, acredita-se que sua ocorrência seja mais adquirida do que congênita.^{2,4} Na maioria das crianças, a protrusão é menor e permanece estável durante a primeira década de vida, sendo o tratamento raramente indicado durante esse período, quando é feita apenas observação.⁴

O tratamento está principalmente associado à diminuição da incapacidade social, por melhorar a imagem corporal, a autoestima e a saúde mental.^{3,4} Atualmente, as opções de tratamento para PC,

em ordem crescente de invasividade, incluem observação, órteses, técnicas minimamente invasivas e o procedimento cirúrgico invasivo de Ravitch.^{4,7} A órtese é uma terapia não cirúrgica confiável, porém usá-la por um período prolongado não é simples para um adolescente, ocorrendo preocupações quanto ao conforto, às roupas e ao constrangimento. Já o reparo aberto, apesar de ser uma correção cirúrgica mais padronizada, cursa com a cicatriz torácica resultante.^{1,4}

A presença da deformidade pode refletir na escolha do vestuário ou na má postura corporal, além de restringir a prática de atividades sociais e esportes. Steinmann et al.³ concluíram, com base em um estudo caso-controle realizado com o total de 90 pacientes, todos do sexo masculino, 71 com PE e 19 com PC, que a qualidade de vida física é mais afetada em pacientes com PE pela presença de sintomas. Já a qualidade de vida mental e as atividades sociais apresentam maior impacto negativo em pacientes com PC, que são menos satisfeitos com sua aparência do que aqueles com PE. A imagem corporal, porém, é perturbada em todos os pacientes. Tais dados corroboram a situação do caso apresentado, no qual o paciente não se queixava de sintomas físicos, porém relatava constrangimento com relação a sua imagem corporal, e os achados cognitivos e emocionais colhidos no decorrer das 12 sessões de psicoterapia reforçam o risco que uma pessoa com PC tem de desenvolver uma imagem corporal perturbada.

A qualidade de vida, por sua vez, tem correlação com o suporte familiar.⁸ Geralmente, os pais apresentam-se ansiosos, afirmando que o defeito surgiu há poucas semanas, atribuindo-o a trauma ou emagrecimento da criança ou adolescente,² como a preocupação da mãe do paciente no caso acima apresentado. A forma como essa mãe foi aceitando seus sentimentos no tocante ao desconhecido da deformidade no filho, durante as sessões de psicoterapia, também lhe permitiu perceber-se mais responsiva e menos exigente com ele diante de situações gerais da adolescência: no início das sessões ela tinha queixas relativas ao jeito de o filho se alimentar, se vestir e se relacionar, e ao final seu discurso sobre isso foi de aceitação quanto à forma de ser do filho. O manejo dessas questões ajuda também na disposição para o aguardo do tempo que demora para se efetivar o procedimento cirúrgico no Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que, graças à base humanista centrada na pessoa, houve a possibilidade de essa mãe alcançar maior enfrentamento da realidade.

A abordagem terapêutica de nosso paciente decorreu da comunicação entre as diferentes especialidades presentes na UBS, o que possibilitou uma abordagem conjunta desde a investigação até o encaminhamento para a correção cirúrgica com a ortopedia, bem como para o acompanhamento psicológico e nutricional. Todavia, apesar do trabalho conjunto e multidisciplinar de toda a equipe, o processo até a realização da cirurgia de correção pode ser demorado.

CONCLUSÃO

Com base no caso apresentado, conclui-se que as preocupações com a imagem corporal podem ser ainda mais relevantes para o processo de tomada de decisão de tratamento do que as restrições físicas, e a avaliação sistemática da imagem corporal é essencial na avaliação e correção da deformidade. Opções minimamente invasivas estão cada vez mais disponíveis para a abordagem terapêutica, sendo a seleção apropriada analisada com o paciente e seus familiares. A Atenção Primária tem papel essencial para o conforto e encaminhamento desses pacientes, desde o diagnóstico até as opções de tratamento. Além disso, a escassez de dados sobre o impacto psicológico nos pacientes com a malformação ressalta a importância de mais pesquisas sobre a abordagem e o tratamento da deformidade.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LCMP: Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Software, Visualização. LVX: Conceituação, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. TCF: Administração do projeto, Análise formal, Supervisão, Validação. JF: Conceituação, Curadoria de dados, Recursos. HKPR: Curadoria de dados, Recursos.

REFERÊNCIAS

1. Yuksel M, Lacin T, Ermerak NO, Sirzai EY, Sayan B. Minimally invasive repair of pectus carinatum. *Ann Thorac Surg* 2018;105(3):915-23. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.10.003>
2. Coelho MS, Guimarães PSF. Pectus carinatum. *J Bras Pneumol* 2007;33(4):463-74. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000400017>
3. Steinmann C, Krille S, Mueller A, Weber P, Reingruber B, Martin A. Pectus excavatum and pectus carinatum patients suffer from lower quality of life and impaired body image: a control group comparison of psychological characteristics prior to surgical correction. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;40(5):1138-45. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2011.02.019>
4. Emil S. Current options for the treatment of pectus carinatum: when to brace and when to operate? *Eur J Pediatr Surg* 2018;28(4):347-54. <http://doi.org/10.1055/s-0038-1667297>
5. Fonkalsrud EW. Surgical correction of pectus carinatum: lessons learned from 260 patients. *J Pediatr Surg* 2008;43(7):1235-43. <http://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2008.02.007>
6. Cobben JM, Oostra RJ, van Dijk FS. Pectus excavatum and carinatum. *European Journal of Medical Genetics* 2014;57(8):414-7. <http://doi.org/10.1016/j.ejmg.2014.04.017>
7. Nuchtern JG, Mayer OH. Pectus carinatum. UpToDate [Internet] 2020 [acessado em 20 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pectus-carinatum>
8. Bustamante MI. Busca de evidências de validade: escala para avaliação de tendência à agressividade [tese de doutorado]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2014. Disponível em: <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/12848697690782283.pdf>