

Serviço de Clinica Pedeatrica do Prof. Dr. Pinheiro Cintra

ADENOPATHIA TRACHEO-BRONCHICA

pelo DOUTORANDO SALIM AIDAR

J.P.B. do sexo feminino, 15 annos, branca, brasileira, residente em Agua-Branca. Queixa: Febre remittente, suores profusos principalmente a noite, muita fraqueza, e emagrecimento accentuado, symptomas estes que datam de 8 mezes, mais ou menos.

Antecedentes familiares: Pae falecido ha 8 annos de ophidismo, mãe conta 48 annos, franzina Basedowiana, teve 11 filhos a termo e 2 abortos expontaneos, sua avó e tia maternas são tuberculosas, assim como 1 irmã que conta 22 annos, segundo as informações prestadas, é suspeita de tuberculose.

Antecedentes pessoas: Nascida a termo, parto normal aleitamento artificial desde 8 mezes, sem horario; desde os 1.^{os} dias foi aleitada com leite de vacca e cabra. Das molestias peculiares á infancia teve: coqueluche ha 8 annos e sarampo ha 8 mezes, conta tambem que teve dysenteria, não precisando a data.

Molestia actual: Teve inicio quando se restabeleceu do sarampo. Nessa época começou tossir e escarrar. Nega escarros hemoptoicos; sentia febre e suores profusos, principalmente a noite. Diz a informante que antes de ter sarampo tinha febre e suores nocturnos, mas que se assenturam após essa enfermidade.

Inspecção geral: Muito emagrecida deixando transparecer através a pelle o arcabouço ossio. Pois, ao emvez de pezar 40 kilos, que é o peso normal para sua idade, pesa actualmente 27 kilos, tendo já pezado menos que 24; mucosas visiveis descoradas, a pelle não apresenta manchas nem cicatrizes.

Ganglios: Diz a enferma que apresentava tumefacção ganglionar antes de ter tido sarampo e que todos os seus irmãos os apresentam; os das regiões supra-clavicular e cervicaes esquerdos hypertrophiados, duros, moveis, indolores; á direita somente um ganglio cervical é que

se acha ligeiramente hypertrophiado, tendo os mesmos caractéres dos precedentes. Os das regiões supra-epitrochlianos tanto a direita como a esquerda não são palpaveis. Os ganglios inguinaes estão ligeiramente augmentados de volume.

Reflexos: Clinicamente normaes.

Não ha circulação colateral.

Exame especial: Cabeça, face, olhos, bocca: nada apresentam clinicamente digno de menção.

Pescoço: Como acima me referi, os ganglios, principalmente do lado esquerdo, estão muito alterados.

Torax: Inspeção — devido a extrema magresa os ossos da caixa toraxica são salientes atravez da pelle; não se nota varicosidades, seja anterior ou posteriormente. Os seios infantis (pois que apesar da idade a inferna ainda não attingiu o estado de puberdade).

Apalpação: O fremito thoraco-vocal não se acha alterado.

Percussão: Pequena aréa de massicez no espaço escapulo-vertebral do lado direito ao nivel da 4.^a e 5.^a vertebrae dorsaes; não ha massicez nas regiões axilares.

Ausculta: Sopros no apice direito; 7.^a C não se ouvem estertores; não ha modificação do murmurio respiratorio em toda a aréa pulmonar de ambos os lados.

Signal de Spine: — Positivo.

Signal de Elznitz: (percussão do manubrio e audibilidade na 3.^a e 4.^a D. — este signal é positivo, mas não muito caracteristico.

Signal de Smith: (ruído de piorra ao nivel do manubrio) — negativo.

1. ^o Abdomen.	}	cl clinicamente nada apresentam
2. ^o Fígado.		
3. ^o Baço.		

Exames de laboratorio: Foram feitos 3 exames de escarro para pesquisa do B.K., todos negativos.

Exame de fezes: Ovos de ascaris, e ancylostoma.

R.W. + =

Exame de urina: a não ser ligeiros traços de albumina e assucar, nada mais apresenta digno de nota.

Contagem global e globular especifica: Foram feitas varias.

Radiographia: A primeira feita a 11 de Fev.^o assignala o seguinte: — Não ha signal de lesão do parenchyma pulmonar. Tumefacção ganglionar exagerada na altura do hilo direito e do ganglio paratracheal direito. Posteriormente foram tirados mais alguns clichés que passarei a demonstrar que revelaram adenopathias para o lado dos ganglios tracheo-bronchicos, broncheo-pulmonares, e do ganglio de botal que recalca a trachea para baixo e para a direita. Tuberculos miliares em quasi toda area pulmonar, mais numerosos ao nivel dos 3.^{os} espaços provavel dessiminação hematogenica.

Considerações: Estudo comparado dos signaes clinicos e das imagens radiologicas feitos por A. Le Maro Hadom e Pierre Dupire da revista Pariz Medical de 1931. Estes autores fazendo um estudo sobre 80 casos, chegaram as seguintes conclusões: Os signaes são: tosse rebelde, emagrecimento, inappetencia. Os antecedentes sempre que procurados existiam. Os signaes respiratorios são geralmente redusidos á tosse que quasi existe em todos os casos. A dyspnea é geralmente encontrada em certos casos em que a radiographia mostra imagens patologicas.

Signaes objectivos e subjectivos: Objectivos. Varicosidades da face anterior do torax. Se encontram em maior proporção nos individuos portadores de adenopathia. Talvez seja um signal que oriente o exame; o mesmo não se dando em casos de varicosidades inter-escapolar, para as quaes a proporção é o inverso da precedente. Se existe alguma relação entre a localisação da lesão anterior e posterior e as varicosidades, não sabem explicar; o autor crê que o signal não é pathognomonic.

Estertores: Quando existem não têm caractéres especiaes na denopathia traquio-bronquica.

Bulhas cardiacas: São transmissiveis, isto é, audiveis nas differentes categorias abaixo das clavículas. Quanto á propagação uni-lateral e o centro radiologico da lesão tambem não chegaram a uma conclusão.

Signal de Smith: É mais frequente nas creanças normaes.

Signal de Martinson: (Massicez axilar) Quando existe uma lesão ganglionar attingindo um ponto dessa região verifica-se uma differença de tonalidade á percussão.

Percussão das Apophyses espinhosas: Pela percussão directa os autores constatarem uma differença de sonoridade ao nivel da zona ganglionar, mas parece que esses signal existe em igual porcentagem nos individuos normaes e doentes.

Sopro: De timbre tubario verdadeiro audível ao nível da 7.^a C., tendo o maximo de audibilidade na expiração propagando-se até a 4.^a e 5.^a D.; em alguns casos este sopro não existe.

Signal de Spine: Sua frequencia é igual á do sopro com o qual parece coesistir ou simultaneamente ausentes.

Quanto aos signaes para-vertebraes seja á percussão ou á ausculta é necessario que sejam francos para terem valor. Conclusão: todos os signaes clinicos da adenopathia trachio-bronquica são tambem encontrados em individuos normaes. Mesmo quando coesistem com lesões hilares ou ganglionares descobertas pela radiographia não autorisa consideral-os como signaes absolutos mas sim de probabilidade.

Não se, pode basiando-se no exame clinico, fazer o diagnostico de adeno-pathia trachio-bronquica, deve-se sempre recorrer a radiographia de frente e de perfil.

As imagens hilares ou mediastinicas patologicas são de 2 ordens: Primeiro: não homogeneas de contornos irregulares, sempre verdadeiramente parenchymatosas.

Segundo: nitidamente arredondadas. Neste caso são talvez imagens ganglionares verdadeiras.

Os autores combinando os 4 cliches de face com os 4 de perfil, realisaram 16 typos radiologicos que por commodidade didactica reduziram a 3 grupos.

Grupo A: compreende os individuos que pelo menos apresentam uma imagem ganglionar vista de face ou de perfil.

Grupo B: compreende os individuos que apresentam uma imagem no bordo externo da claridade bronquica direito, sombra allongada, não homogenia de muitos centimetros de largura, donde se irradiam as paredes pulmonares sombras sem formas definidas; a esquerda uma sombra heterogenia sobre o bordo esquerdo do coração em forma de meia lua donde se irradiam sombras semelhantes as da direita, abundantes na base.

Grupo C: Emfim, o terceiro grupo reúne os individuos que não tem nenhuma imagem pathologica, seja de face ou de perfil.

ESTUDOS FEITOS POR E. RIST E LEVESQUR.

Na revista crit. de pathologia e terapeutica de Maio de 1931.

Para Parrot a adenopathia traquio-brônquica é certamente posterior a uma alteração pulmonar, por isso, disia elle; "que os ganglios do hilo são o espelho do pulmão". Rank e denominou de "complexo primario" a associação da pequena lesão pulmonar com adenopathia traquio-brônquica e que em particular a tuberculose pulmonar cavitaria do adulto não é mais que uma etapa ulterior.

Calmette no entanto admite que essa adenopathia pode ser de origem intestinal. Existe uma desigualdade de volume entre a lesão pulmonar e o tamanho dos ganglios. Estes adquirem um volume apreciavel a ponto de darem signaes radiologicos enquanto que a lesão paremquimatosa é tão pequena que seria necesario cortes seriados dos 2 pulmões para encontrar a lesão que alguns autores chamam "cancro de inoculação".

A localização do cancro de inoculação é preferivelmento nas regiões dos bordos posteriores dos pulmões na região para-hilar.

Os bacilos localizados nos ganglios do mediastino pódem ahi permanecer emkistados toda a vida; parece que são elles a fonte da granulias generalizadas das creanças, das granulias discretas localisando-se nas vicerias ou nas meninges ou mesmo em todos os órgãos, infecção dos ganglios mesentericos e dos ganglios cervicaes.

Tuberculose intestinal. É a mais frequente complicação tuberculose pulmonar; só em pequeno numero de casos é que pode ser diagnosticado em vida; geralmente é a autopsia que revela a extensão e a frequencia dos casos. Se encontra, de accordo com as estatisticas de D. Lawrason Brown e Sampson em 50 a 80% dos casos. Biedert fazendo 3,104 autopsias encontrou 40,7%; outros autores constataram de 2/3 a 3/4 dos casos.

Localização: O ponto de predilecção é o cecum, onde em 28,4% se localisa; na parte inferior do colon acendente.

Vias de penetração: Tubo digestivo, vasos sanguinios e ganglios lymphaticos. Sendo os pulmões a fonte principal de infecção quando affectados. Calmette constatou que os bacilos penetram na mucosa intestinal atravez do epithelio intacto graças a acção phagocytaria das celulas migradoras que franqueiam os espaços inter-celulares; esta penetração é mais energica ao nivel dos foliculos lymphaticos e das placas de Peyer, Lawrason e Sampson constataram que nas mulheres estas lesões são mais frequentes, 78,6%; nos homens 69,6%.

Diagnostico differencial:

As molestias que determinam a adenopathia trachea bronchica são varias:

1.º As molestias cronicas broncho-pulmonares, a coqueluche a variola etc.

- 2.º As leucemias
- 3.º Os tumores
- 4.º A syphilis
- 5.º A molestia de Hodgkin
- 6.º A tuberculose

Na infancia porem é quasi sempre a tuberculose a causadora dessas adenopathias.

Em nosso caso tambem trata-se da tuberculose senão vejamos. As adenopathias determinadas pelas molestias chronicas nunca apresentam os symptomas que no nosso caso se apresentam, salvo se houver uma reinfeção determinada por outros germens.

2.º com as leucimias tambem nos baseando na contagem globular podemos afirmar que não se confunde.

3.º Os tumores que dão de preferencia metastases por via lymphatica são as carcinomas, mas na idade que a nossa enferma se acha esses tumores são raros e mesmo porque não ha signal nenhum de tumor.

4.º A syphilis tambem podemos excluir não só por não apresentar passado luetico, assim como as adenopathias de causa luetica não apresentam os caratères dos que no nosso caso encontramos e mesmo porque os symptomas não são communs á lues; ainda mais com a R W levemente positiva não produz symptoma dessa natureza.

5.º Resta a molestia de Hodgkins: o diagnostico differencial com essa molestia ás vezes é difficilimo clinicamente e só a biopsia é que pode dizer a ultima palavra no entanto no nosso caso, baseando-nos em varios factos podemos clinicamente falando fazer o diagnostico.

1.º Apezar dos ganglios apresentarem os mesmos caratères de tamanho, consistencia e mobilidade com relação ao tegumentos correspondentes; os mesmos na molestia de Hodgkin são em cacho, no nosso caso são seriados e existe um na região cervical ligeiramente amolecido que é a tendencia á caseificação na adenopathia dessa natureza, na molestia de Hodgkin a tendencia é á fibrose.

2.º Alguns autores citam a monocitose como sendo um caracteristico na molestia de Hodgkin, não posso afirmar se isso se dá ou não ao certo, mas a verdade é que no nosso caso não encontramos monocytose como se poderá ver na contagem global.

3.º As imagens ganglionares ao Raio X na molestia de Hodgkin formam massas compactas, semelhantes ás imagens dos tumores ou as aneurysmas; no nosso caso como verificámos nas radiographias são de limites nitidos. Ainda mais, nos baseando nos antecedentes de familia podemos afirmar com grande probabilidade se tratar de adenopathia traqueo bronchica de origem tuberculosa clinicamente fallando.

Não entro em considerações sobre Therapeutica do caso porque em qualquer tratado sobre a arte de formular encontramos mais ou menos bem descriptas.

Contagem Global

1.^a 17-2-33

Glob. vermelhos 2.288.000 por mm.³
 » brancos 9.800
 Hemoglobina 48%

Valôr globular 1,1
 Contagem Especifica
 Basophilos — : 0

Eosinophilos — : 5,5

neutrophilos	{	myelocytos	0,5	}	66,0	}	71, 5%
		formas jovens	6,0				
		nucleo em bastão	11,5				
		» segmentado do	48,0				

lymphocytos	{	pequenos	23,5	}	26,5	}	28, 5%
		grandes	2,5				
		monocytos	2,5				

Intensa anisocytose, polychromatophilia, poikilocytose discreta; normo-
 blastos — : 0,5% 2.^a 27 — 2 Glob. vermelhos 1.944.000 por mm.
 » brancos 9.200

Hemoglobina 43%
 Valor globular 1,1
 Contagem especifica
 Basophilos — 0

Eosinophilos — 3

neutrophilos	{	myelocytos	0	}	57	}	60%
		formas jovens	2				
		nucleo em bastão	11				
		» segmentado	44				

lymphocitos	{	pequenos	34	}	36	}	40,0
		grandes	2				
		monocytos	1				

Intensa anisocytose e poikilocytose polychromatophilia, muitas hematias vacuoladas.

A ultima revelou

Globulos vermelhos: 3.008000
 » brancos 7000

Hemoglobina H%
 Valor globular 0,71
 Contagem Especifica
 Basophilos 0

	Eosinophilos	9			
neutrophilos	}	myelocytos	0	}	72%
		formas jovens	2		
		nucleo em bastão	4		
		» segmentado	57		
			63		
lymphocytos	}	pequenos	26	}	27
		grandes	1		
monocytos			1		28%

Intensa anisocytose, poikilocytose bastante accentuada polychromatophi-
 lia, muitas hematias com granulações basophilas, outras vacuoladas.

Exames de escarro { 1.º em 3-2-33 } ambos negativos
 { 2.º em 30-3-33 }

Fézes : ascaris e ancylostoma
 Rw: +
 Cultura de fézes — negativos
 urina : traços de albumina e assucar