

RASTREIO INFECCIOSO EM FUNÇÃO TIREIODIANA: INVESTIGAÇÃO DE POSSÍVEL TUMOR PRIMÁRIO DE TIREÓIDE SOB MASSA CÉRVICO-TORÁCICA INFILTRANTE COM OCLUSÃO >90% DO LÚMEN DE VIA AÉREA EM PACIENTE FIBROCÍSTICO

Andrea Almeida Zamorano¹

RESUMO: O exame bacteriológico é um dos principais parâmetros que auxiliam o diagnóstico e manuseio da infecção respiratória dos pacientes com Fibrose Cística (FC). Os microrganismos que colonizam e infectam o paciente fibrocístico determinam o tratamento, a qualidade de vida, as perspectivas para o transplante e a sua sobrevivência global. A identificação precisa de patógenos respiratórios é essencial para o tratamento da infecção, seja como guia para o uso adequado de antibióticos por longos períodos para os pacientes com infecção bacteriana crônica ou para a aplicação adequada de medidas de controle de infecção. Embora exista um espectro limitado de patógenos respiratórios classicamente associados à doença respiratória na FC, um número crescente de microrganismos vem sendo reconhecido como potenciais agentes patogênicos. A principal bactéria envolvida com a doença respiratória em FC é a *P. aeruginosa* a qual durante o curso da infecção crônica pode apresentar variações fenotípicas peculiares aos pacientes fibrocísticos (crescimento em forma mucoide e em biofilme, hipermutabilidade, perda de flagelo, etc.). Além disso é importante avaliar, através do exame bacteriológico, possíveis reduções de carga microbiana pulmonar, especialmente de *P. aeruginosa* e CBC, visto que a erradicação total destes patógenos é, invariavelmente, impossível em FC.

894

Palavras-chaves: Infecção bacteriana crônica. Doença respiratória na fibrose cística. Agentes patogênicos.

ABSTRACT: Bacteriological examination is one of the main parameters that assist in the diagnosis and management of respiratory infections in patients with Cystic Fibrosis (CF). The microorganisms that colonize and infect cystic fibrosis patients determine treatment, quality of life, prospects for transplantation and overall survival. Accurate identification of respiratory pathogens is essential for the treatment of infection, whether as a guide to the appropriate use of antibiotics over long periods for patients with chronic bacterial infection or to the appropriate application of infection control measures. Although there is a limited spectrum of respiratory pathogens classically associated with respiratory disease in CF, an increasing number of microorganisms are being recognized as potential pathogens. The main bacteria involved in respiratory disease in CF is *P. aeruginosa*, which during the course of chronic infection can present phenotypic variations peculiar to cystic fibrosis patients (growth in mucoid form and in biofilm, hypermutability, loss of flagellum, etc.). Furthermore, it is important to evaluate, through bacteriological examination, possible reductions in pulmonary microbial load, especially of *P. aeruginosa* and BCC, since the total eradication of these pathogens is, invariably, impossible in CF.

Keywords: Chronic bacterial infection. Respiratory disease in cystic fibrosis. Pathogenic agents.

¹Ma. Psicanálise e especialista em Clínica Psicanalítica -SPSIG (Sociedade Psicanalítica Sigmund Freud). Instituto GAIO — São Paulo, Centro Universitário Unifaveni.

RESUMEN: El examen bacteriológico es uno de los principales parámetros que ayudan en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). Los microorganismos que colonizan e infectan a los pacientes con fibrosis quística determinan el tratamiento, la calidad de vida, las perspectivas de trasplante y la supervivencia general. La identificación precisa de los patógenos respiratorios es esencial para el tratamiento de la infección, ya sea como guía para el uso apropiado de antibióticos durante períodos prolongados en pacientes con infección bacteriana crónica o para la aplicación adecuada de medidas de control de infecciones. Aunque existe un espectro limitado de patógenos respiratorios clásicamente asociados con la enfermedad respiratoria en la FQ, se está reconociendo un número cada vez mayor de microorganismos como patógenos potenciales. La principal bacteria implicada en la enfermedad respiratoria en la FQ es *P. aeruginosa*, que durante el curso de la infección crónica puede presentar variaciones fenotípicas propias de los pacientes con fibrosis quística (crecimiento en forma mucoide y en biopelícula, hipermutabilidad, pérdida de flagelo, etc.). Además, es importante evaluar, mediante examen bacteriológico, posibles reducciones en la carga microbiana pulmonar, especialmente de *P. aeruginosa* y BCC, ya que la erradicación total de estos patógenos es, invariablemente, imposible en la FQ.

Palavra clave: Infección bacteriana crónica. Enfermedad respiratoria en la fibrosis quística. Agentes patógenos.

INTRODUÇÃO

A Fibrose Cística é uma doença multissistêmica que afeta a função normal de diversos órgãos do corpo humano, mas é a disfunção pulmonar que desempenha papel principal na morbidade e mortalidade dos pacientes fibrocísticos. Apesar do pulmão do paciente com FC ser histologicamente normal no nascimento, infiltrados respiratórios podem ser vistos durante o período neonatal. Com o passar do tempo, o ambiente único das vias aéreas se torna propício à colonização bacteriana e a grande maioria dos pacientes desenvolve doença pulmonar supurativa, obstrutiva e progressiva; a qual é a maior causa de morte nesses pacientes. Portanto, grande parte do tratamento do paciente fibrocístico se baseia na manutenção da função pulmonar. Há uma sequência de eventos nas vias aéreas dos pacientes fibrocísticos que se inicia com a mutação no gene da FC e, invariavelmente, culmina em falência respiratória. A proteína CFTR altera o equilíbrio eletrolítico na mucosa das vias aéreas, levando a uma excessiva absorção de água pelo lúmen, resultando em um decréscimo de água na superfície fluida das vias aéreas, afetando as propriedades viscoelásticas do muco respiratório. Essas alterações nas propriedades viscoelásticas do muco levam, conseqüentemente, ao comprometimento das funções mucociliares de limpeza, principal fator que contribui para o início da colonização bacteriana nas vias aéreas dos pacientes fibrocísticos. Os produtos do metabolismo bacteriano causam danos nas mucosas

respiratórias e, com o tempo, a resposta inflamatória do hospedeiro também contribui para a doença respiratória. (Paixão VA, Barros TF, Mota CM, Moreira TF, Santana MA, Reis JN, 2010.)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA): RELATO DE CASO

Paciente, 79 anos, HAS, DM 2, não insulino-requerente com diagnóstico há 2 anos com quadro de dispneia súbita ao acordar no dia 26/04/23. Ao procurar o serviço de emergência, foi identificado hipoxemia (SPO₂ 75% em AA). Foi realizado TR para COVID-19, com resultado não reagente, além de exames laboratoriais que mostraram leucocitose e elevação do PCR e radiografia do tórax, evidenciando infiltrados bilaterais.

Na admissão, paciente encontrava-se eupneica em ar ambiente. Durante anamnese, referiu história de disfagia para sólidos que se iniciou aproximadamente há 06 meses, por vezes com dificuldade para ingestão de líquido, além de episódios matinais de dispneia ao acordar, iniciada aproximadamente há 02 meses. Negava tosse, dor torácica, sintomas gripais, palpitações ou quaisquer outros sintomas. Ao exame clínico, apresentava-se com tireóide aumentada de tamanho com nódulo cervical à esquerda, sendo então solicitada USG de tireóide: Dimensões aumentadas em lobo esquerdo, alteração textural difusa hipocóica com alguns focos de macrocalcificação, não configurando nódulos, mas parecendo processo infiltrativo. No terço superior do lobo esquerdo há nódulo nódulo, hiperecótico, medindo 1,6 cm (ACR-TIRADS 3).

Solicitado também, TAC de tórax: Formação expansiva em região cervical esquerda, medindo 9.7 x 6.9 x 6.9 cm, deslocando a traqueia para a direita, com sinais de envolvimento da veia jugular esquerda, lobo tireoidiano esquerdo, esôfago, traqueia, adentrando mediastino anterior envolvendo o tronco braquiocefálico e o aspecto superior do arco da aorta em menos de 180 graus, de etiologia indeterminada, devendo corresponder a lesão de natureza neoplásica. Foi realizada biópsia de lesão no dia 13/06/23 que posteriormente foi inconclusiva. Chegou à unidade de origem com taquidispneia e dessaturação necessitando de uso O₂ 2L/min. E optado por iniciar Ceftriaxona + Azitromicina por hipótese de quadro infeccioso. Evoluiu com melhoras do padrão respiratório, saturando 97% em AA. Sem dispneia. Diante de leucocitose com EAS infeccioso e internamento recente, optado por iniciar Tazocin em 21/06/23.

Paciente evoluiu com desconforto respiratório em enfermaria de clínica médica com relato de estridor, sem reversão com medidas clínicas. Solicitada avaliação da CG de urgência visto provável causa do quadro de obstrução tumoral, sendo procedida IOT sem intercorrências por broncoscopia em bloco e, em seguida, realizada traqueostomia com necessidade de percurso transtumoral, por achado de massa cervical infiltrante com oclusão >90% do lúmen de via aérea. Encaminhada para pós-operatório em leito de UTI no dia 26/06/23 após procedimento. Em leito de UTI evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica e foi readmitida na enfermaria no dia 28/06/23 para continuidade dos cuidados.

Dado seguimento à investigação de massa cérvico-torácica, tentado vínculo com serviço de oncologia para seguimento do tratamento e diagnóstico para avaliação de proposta para a paciente visto gravidade do quadro. Em enfermaria, paciente apresentava-se sempre com difícil controle de secreção, com melhora após trabalho de reabilitação com fonoaudiologia e fisioterapia. No dia 12/08/23, apresentava-se taquidispneica, com retração intercostal e sibilos à ausculta, porém sem dessaturação. Foi solicitado transferência para sala vermelha, prescritos medidas para broncoespasmo com broncodilatador, hidrocortisona e sulfato de magnésio e realizada aspiração de traqueóstomo, sem presença de rolha ou aspecto de secreção. Após as medidas instituídas, a paciente seguiu taquidispneica evoluindo com dessaturação, feito adrenalina (0,5 ml) IM e acionado CG do plantão para troca de TQT metálico para o TQT de Shiley. Feito sedação com Fentanil e Quetamina, realizado troca do TQT com Bougie para guiar trajeto para um Shiley Nº 7,5. Saturação mínima de 47% e depois oxímetro não conseguiu aferição. Após ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara paciente aumenta saturação progressivamente. Posteriormente, conectada a VM bem adaptada. Nesse contexto, foi solicitada TC de tórax e região cervical para avaliar progressão de doença e resgatada urocultura 07/08 + *Klebsiella pneumoniae* sensível a Piperacilina + Tazobactam e Amicacina.

Paciente seguiu internada para reabilitação e tratamento de ITU nosocomial sem novas intercorrências e aguardando consulta com oncologista para seguimento do quadro de provável etiologia oncológica. Em 23/08/23, após consulta no Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP, onde foi avaliada por cirurgião de cabeça e pescoço, evoluiu com episódio de taquidispneia e dessaturação importante refratário a medidas clínicas por hipótese de broncoespasmo. Optado por equipe de plantão por realizar troca por

traqueóstomo convencional para conexão a AVM. Após sedoanalgesia, paciente evoluiu com PCR em assistolia durante o procedimento, com retorno após 1 ciclo de RCP, sendo admitida novamente em UTI já consciente, em AVM bem adaptada e em uso de Nora ML/H.

Em UTI evoluiu clinicamente bem, sem necessidade de suporte ventilatório, estável clínica e hemodinamicamente, sendo readmitida em enfermaria de clínica médica para continuidade de cuidados. Apresentava difícil controle de secreção e dessaturações importantes. Durante internamento resgatada cultura de secreção traqueal com presença de *Pseudomonas aeruginosa* e optado por iniciar tratamento para auxílio de controle de secreção com Meropenem por 7 dias. Após tratamento, paciente evoluiu sem novas intercorrências e tolerando desmame de uso de broncodilatadores.

Durante internamento, paciente manteve-se estável clínica e hemodinamicamente, sendo reiniciada Metformina 850 mg a cada 12/12h para manejo de DM 2, além de iniciado terapia anti-hipertensiva com Losartana 50 mg/dia, posteriormente otomizada para 100 mg/dia devido picos hipertensivos. Dieta pastosa VO com boa aceitação, encontrando-se assintomática e sem novos episódios dispneicos e/ou disfágicos para seguimento ambulatorial. Em 15/09/23 foi realizada nova troca de dispositivo para traqueóstomo de dupla cânula, sem intercorrências durante e após procedimento, apresentando-se bem, negando desconforto respiratório, sem queixas.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um estudo de caso e posteriormente, feito uma busca em bases de dados científicos, como PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando termos de pesquisas relevantes, como “infecção bacteriana crônica”, “doença respiratória na fibrose cística” e “agentes patogênicos”. Foram considerados artigos publicados em inglês nos últimos dez anos, com foco em relato de caso original, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes de exames laboratoriais. Como definição de critérios claros para inclusão de estudos com extração de dados relevantes, incluindo tipos de intervenção, resultados clínicos e artigos selecionados para confirmar a adequação e a qualidade dos dados. Foram excluídos estudos que não atendiam aos critérios de inclusão, como aqueles ao qual pertencem aos aspectos clínicos ou epidemiológicos de investigação da doença específica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 — Listagem dos problemas identificados.

Formação expansiva em região cervical.	Pós-operatório (24/06) de traqueostomia transtumoral.	Status por PCR (23/08) – 2 min assistolia.
Dispneia + obstrução de via aérea grave sec invasão tumoral.	DM	HAS

Fonte: Autora (2024)

TÉCNICAS DE EXAMES

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções, após a administração endovenosa do meio de contraste não iônico.

PROGNÓSTICOS

- Não há evidências de linfonodomegalias mediastinais, detectáveis ao método.
- Parênquima pulmonar com transparência normal.
- Não há sinais de derrame pleural.
- Estruturas vasculares mediastinais de morfologia e calibre normais.
- Coração com aspecto tomográfico normal.
- Alterações degenerativas na coluna dorsal.

899

ACHADOS

Linfonodos atípicos à esquerda, abaixo localizados:

Nível III à esquerda, medindo até 0,6 cm.

Nível IV à esquerda, medindo até 1,5 cm.

Nível V à esquerda, medindo até 1,1 cm.

Nível VI à esquerda, medindo até 0,6 cm.

MEDIDAS

Lobo direito: 4,8 cm³.

Lobo esquerdo: 71 cm³.

Istmo: 1,8 cm³.

Volume total de glândula: 77,6 cm³.

TRATAMENTOS REALIZADOS

Piperacilina – Tazobactam (21/06/23)

Metronidazol (10/07/23)

Meropenem (13/07/23)

Vancomicina (18/07/23)

Metronidazol (04/08/23)

Amicacina (09/08/23)

Meropenem (02/09/23)

MEDICAMENTOS EM USO

Enoxaparina 40 mg/dia

Domperidona 10 mg 8/8h

Losartana 100 mg/dia

Metoclopramida 10 mg 8/8h S/N

Omeprazol 20 mg/dia

Metformina 850 mg 12/12h

Seretide spray (Xinafoato de salmeterol 25 mcg + Propionato de fluticazona 125 mcg) por via 900
inalatória com espaçador de 12/12h

Douvent Aerosol (Brometo de ipratropio 40 mcg + Bromidrato de fenoterol 100 mcg) por
via inalatória com espaçador de 6/6h.

Prednisona 40 mg – 0,5 (meio) comprimido pela manhã às 8h.

Insulina NPH sob 34 UI subcutâneo às 8h e 26 UI subcutâneo às 22h.

Insulina Regular sob 08 UI subcutâneo, 30 minutos antes do café, almoço e jantar.

OUTROS EXAMES LABORATORIAIS

21/06 – Cultura de aeróbios – Pseudomonas SPP

22/06 – UROC – negativo

24/06 – HEMOC – negativo/ UROC – negativo/ cultura de aeróbios – Pseudomonas SPP

10/07 – Cultura quantitativa (secreção traqueal) – Pseudomonas aeruginosa

12/07 – UROC – US Faecium *Enterococcus faecium*

07/08 – UROC – *Klebsiella pneumoniae*

24/08 – HEMOC – negativo/ UROC – *Proteus mirabilis* / cultura de aeróbios – Enterococos SP e *Proteus SPP*/ cultura quantitativa (secreção traqueal) – *Pseudomonas aeruginosa*.

EXAMES DE IMAGEM

Tabela 2 — Exames de Imagem

<p>BIÓPSIA DE LINFONODO (24/06/23)</p>	<p>Realizada em hospital vinculado ao SUS- HMA: Compatível com linfadenite crônica, ativa, ausência de elementos de especificidade.</p>
<p>TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE (23/06/23)</p>	<p>-Não há evidência de processo expansivo intracraniano, bem como de coleções líquidas extra axiais acima ou abaixo do tentório, hemorragia intraparenquimatosa aguda/subaguda, apagamento das cisternas da base ou desvio das estruturas centro medianas. -Leve proeminência das cissuras de Sylvius e dos sulcos entre os giros corticais, bem como dos sulcos entre as folias cerebelares, dentro do esperado para a faixa etária. -O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais. -Focos hipoatenuantes na substância branca periventricular e do centro semioval de ambos os hemisférios cerebrais, sem efeito expansivo, provavelmente relacionado a moderada microangiopatia/gliose. -Calcificações ateromatosas nos segmentos intradurais das artérias vertebrais e nas porções intracavernosas e supraclinoideas de ambas as artérias carótidas internas. -Aspecto anatômico das cisternas da base e da convexidade dos hemisférios cerebrais. -Redução volumétrica do cristalino do globo ocular direito, possivelmente relacionado ao status pós-cirúrgico para correção de catarata. -Leve espessamento mucoso no assoalho dos seios maxilares.</p>
	<p>Achados de maior relevância oncológica: Massa com atenuação de partes moles, homogênea, localizada na transição cérvico-torácica à esquerda, medindo 6,3 x 5,6 cm nos maiores eixos axiais, que envolve o compartimento visceral cervical, com infiltração do lobo esquerdo e do istmo da tireoide, da musculatura pré-tireoidiana, da parede posterior traqueia (importante redução luminal da coluna aérea, cerca de 80%), do músculo cricofaríngeo à esquerda e do esôfago cervical; além de contato com a carótida comum esquerda e com o espaço retrofaríngeo/ danger. Há extensão inferior da lesão para o compartimento visceral (médio) do mediastino, o qual comprime e desloca o esôfago torácico superior posteriormente. Prosseguir com biópsia.</p> <p>-Linfonodomegalias nas estações cervicais IVA e VB à esquerda, medindo até 1,8 cm no menor eixo axial.</p>

<p>TC DE TÓRAX, ABDOME E PELVE (23/06/23)</p>	<p>Demais achados: Ausência de consolidações parenquimatosas ou outras alterações suspeitas para processo inflamatório/ infeccioso pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausência de nódulos suspeitos. Não há sinais de intersticiopatia. -Ausência de derrame pleural. Mediastino centrado, sem evidências de linfonodomegalias. -Brônquios fontes e lobares com configuração anatômica. -Câmaras cardíacas com dimensões normais. Calcificação valvar aórtica leve. -Aorta torácica e artérias pulmonares de calibre preservado. Ateromatose calcificada aortocoronariana leve. -Fígado com dimensões normais, de contornos regulares, exibindo atenuação homogênea do parênquima, sem sinais de lesões focais ou difusas. -Vesícula biliar hipodistendida, com paredes levemente espessadas e irregulares e repleta de cálculos, sugerindo vesícula escleroatrófica (colecistite crônica litiásica). - Ausência de dilatação das vias biliares. Pâncreas, baço e adrenais sem particularidades. -Distribuição habitual de alças intestinais, sem sinais obstructivos ou inflamatórios. Divertículos cólicos esparsos. -Aorta com tarjeto e calibre preservados. Ateromatose calcificada aortoilíaca. -Ausência de líquido livre ou linfonodomegalias abdominais. -Rins tópicos, de contornos e dimensões conservados, sem cálculos ou hidronefrose. -Cistos renais à esquerda. -Ureteres de trajeto e calibre normais. -Bexiga com boa repleção, de paredes espessadas e contornos trabeculados, com pseudodivertículos parietais e conteúdo homogêneo, achados de bexiga neurogênica ou de esforço. -Útero e anexos sem particularidades pelo método para a faixa etária. -Não há lesões ósseas suspeitas para metástases. -Prótese articular coxofemoral esquerda.
	<p>INDICAÇÃO: TC com massa cervical e compressão de via aérea. TQT em 24/06 evoluiu com sangramento por traqueóstomo e ferida operatória. Objetivo: visualizar presença de sangramento endotraqueal.</p> <p>ACHADOS: LARINGE: Epiglote, aritenoides, pregas ariepiglóticas e bandas ventriculares com morfologia normal. Pregas vocais móveis e morfologia preservada.</p> <p>TRAQUEIA: Parede posterior com aspecto irregular, infiltrativo, hipervascularizado de fácil sangramento ao toque do aparelho – região subglótica estendendo-se para traqueostomia. Redução da luz traqueal em torno de 90% em traqueia proximal. Traqueia distal ao traqueísmo com mucosa de aspecto macroscópico íntegro.</p> <p>ÁRVORE RESPIRATÓRIA DIREITA E ESQUERDA: Brônquios com mucosa e morfologia preservadas, examinado até subsegmentos. Ausência de lesão endobrônquica. Pequena quantidade de coágulos – realizado toaleta.</p>

<p>VÍDEO LARINGOTRAQUEOBRONCOSCOPIA (26/06/23)</p>	<p>MATERIAL COLETADO: Nenhum. Já realizada biópsia cirúrgica do linfonodo cervical. INTERCORRÊNCIA: Não houve. CONCLUSÃO: Lesão vegeto-infiltrativa em traqueia proximal de fácil sangramento ativo durante o exame – realizado instilação de adrenalina (1:20.000)</p>
<p>ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS (24/07/23)</p>	<p>-Rins tópicos, de forma e dimensões normais, com ecogenicidade e diferenciação córtico-medular preservadas. -Ausência de sinais de hidronefrose ou cálculos. Pequeno cisto cortical simples localizado no terço médio do rim esquerdo. -Rim direito mede cerca de 9,7 x 4,0 x 4,5 cm. -Rim esquerdo mede cerca de 9,7 x 4,5 x 5,2 cm. -Bexiga urinária repleta, de forma e volume normais, com pequeno divertículo na parede lateral direita. Conteúdo espesso no lúmen vesical sem caracterização de fatores causais. IMPRESSÃO: - Conteúdo espesso no lúmen cervical, sem caracterização de fatores causais. - Cisto cortical simples no rim esquerdo de aspecto benigno. - Pequeno divertículo vesical.</p>
<p>USG PÉLVICA VIA ABDOMINAL (24/06/23)</p>	<p>ANÁLISE: -Útero de forma, contornos e dimensões normais. -Endométrio filiforme, sem alterações ecográficas. -Anexos sem particularidades pela via transabdominal.</p>
<p>TC DE PESCOÇO E TÓRAX S/CONTRASTE (25/08/23)</p>	<p>ACHADOS DE MAIOR RELEVÂNCIA: Estabilidade da massa com atenuação de partes moles, homogênea, localizada na transição cérvico-torácica à esquerda, medindo 6,3 x 5,6 cm nos maiores eixos axiais, que envolve o compartimento visceral cervical, com infiltração do lobo esquerdo e do istmo da tireoide, da musculatura pré-tireoidiana, da parede posterior da traqueia, do músculo cricofaríngeo à esquerda e do esôfago cervical; além de contato com a carótida comum esquerda e com o espaço retrofaríngeo/Danger. Há extensão inferior da lesão para o compartimentovisceral (médio) do mediastino, em contato com esôfago torácico superior. O aspecto sugere neoplasia de tireoide localmente avançada como possibilidade diagnóstica. Prosseguir com biópsia. Estabilidade das linfonodomegalias nas estações cervicais IVA e VB à esquerda, medindo até 1,8 cm no menor eixo axial. DEMAIS ACHADOS: -Cavidade oral sem alterações. -Rinofaringe e orofaringe com configuração anatômica. -Espaços parafaríngeos e mastigadores de aspecto preservado. -Glândulas salivares sem alterações tomográficas.</p>

	<p>-Ausência de consolidações parenquimatosas ou outras alterações suspeitas para processo inflamatório/ infeccioso pulmonar.</p> <p>-Ausência de nódulos pulmonares suspeitos.</p> <p>-Não há sinais de intersticiopatia.</p> <p>-Ausência de derrame pleural.</p> <p>-Mediastino centrado, sem evidências de linfonodomegalias.</p> <p>-Brônquios fontes e lobares com configuração anatômica. Cânula do traqueóstomo posicionada acima da narina.</p> <p>-Câmaras cardíacas com dimensões normais. Calcificação valvar aórtica leve.</p> <p>-Aorta torácica e artérias pulmonares de calibre preservado. Ateromatose calcificada aortocoronariana leve.</p> <p>-Nas imagens da transição tóraco-abdominal observa-se colecistolitíase.</p> <p>-Não há lesões ósseas suspeitas para metástases.</p>
<p>ENDOSCOPIA</p>	<p>INDICAÇÃO: Lesão expansiva em região cervical</p> <p>SEDAÇÃO: Midazolam 5 mg + Fentanil 50mcg</p> <p>DESCRIÇÃO: Exame realizado sob sedação consciente e oximetria de pulso em ambiente de UTI.</p> <p>ESÔFAGO: calibre, motilidade e relevo mucoso normais. Transição esôfago gástrico localizado cerca de 2 cm acima do nível do pinçamento diafragmático.</p> <p>ESTÔMAGO: líquido claro de estase. Dinâmica e distensibilidade preservadas. Mucosa de fundo, corpo e antro com edema e enantema discreto sem erosões. Incisura angulares íntegra. Píloro centrado e pérvio. A retrovisão hiato alargado ao aparelho.</p> <p>DUODENO: Bulbo e segunda porção com mucosa de aspecto normal.</p> <p>CONCLUSÃO: ESÔFAGO: Hérnia de hiato por deslizamento. ESTÔMAGO: Pangastrite enantemática leve. DUODENO: Normal.</p> <p>CONCLUSÃO: ESÔFAGO: Hérnia de hiato por deslizamento. ESTÔMAGO: Pangastrite enantemática leve. DUODENO: Normal.</p>
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO E TÓRAX C/CONTRASTE (18/10/23)</p>	<p>INDICAÇÃO DO EXAME: Avaliação de carcinoma epidermoide.</p> <p>TÉCNICA DE EXAME: Foram obtidas aquisições volumétricas em tomógrafo computadorizado de multidetectores, antes e após a administração venosa do contraste iodado.</p>

ASPECTOS MAIS RELEVANTES DO ESTUDO:

Lesão expansiva heterogênea irregular com realce ao meio de contraste é visualizada no esôfago cervical/ hipofaringe com extensão longitudinal de 4,0 cm e antero-posterior de 1,9 cm. A lesão tem um componente localmente invasivo, infiltrando o terço posterior do lobo inferior tireoidiano sem planos de clivagem, bem como a parede posterior da traqueia reduzindo seu lúmen de forma importante, posteriormente envolvendo quase que completamente o início do esôfago torácico. A lesão é suspeita de processo neoplásico primária passiva neste estudo histológico.

- Linfonodos proeminentes cervicais níveis III e IV que apesar de não megálicos são suspeitos pela proximidade com a patologia de base.

-Linfonodos pré-traqueias superiores arredondados suspeitos para acometimento secundário.

- Linfonodos infraclaviculares medindo até 7,0 mm no menor eixo suspeitos.

- Não há nódulos pulmonares suspeitos.

- Não há lesões ósseas de características agressivas.

OUTROS ASPECTOS DO ESTUDO

- Espessamento pleuro-apical.

- Sinais de broncopatia inflamatória em lobos inferiores.

- Ateromatose aórtica.

- Estrias fibroatelectásicas bibasais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi baseado em um relato de caso em processo investigativo sob rastreamento infeccioso em função tireoidiana e possível tumor primário de tireoide através de massa cervico-torácica infiltrante com oclusão >90% do lúmen de via aérea em paciente traqueostomizada, a fim de determinar natureza histopatológica de lesão e identificar colonização de *B. cepacia* em paciente fibrocístico. Consequentemente, uma compreensão adequada pode facilitar o diagnóstico preciso, o tratamento ideal e o prognóstico eficaz. O diagnóstico deve ser feito através de biópsia definitiva e uma correlação deve ser estabelecida com base nos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos para um diagnóstico preciso.

As considerações finais apontam para a complexidade do campo e direcionam pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTH AL, Pitt TL. Microbial Pathogens Associated With Cystic Fibrosis: Special Focus on *Pseudomonas aeruginosa*. *Braz J Infect Dis*. 1998 Apr;2(2):43-61.

GILLIGAN PH. Microbiology of airway disease in patients with cystic fibrosis. *Clin Microbiol Rev* 1991;4(1):35-51

JACKOWSKI JT, Szepfalusi Z, Wanner DA, Seybold Z, Sielczak MW, Laredo IT, et al. Effects of *Pseudomonas aeruginosa*-derived bacterial products on tracheal ciliary function: role of O₂ radicals. *Am J Physiol*. 1991;260:61-7.

MARSHALL BC. Pathophysiology of pulmonary disease in cystic fibrosis. *Sem Respir Crit Care Med*. 1994;15:364-74. 10.

MILLAR FA, Simmonds NJ, Hodson ME. Trends in pathogens colonising the respiratory tract of adult patients with cystic fibrosis, 1985-2005. *J Cyst Fibros*. 2009 Dec;8(6):386-91.
Paixao VA, Barros TF, Mota CM, Moreira TF, Santana MA, Reis JN. Prevalence and antimicrobial susceptibility of respiratory pathogens in patients with cystic fibrosis. *Braz J Infect Dis* 2010 Aug;14(4):406-9.

MYLETT J, Johnson L, Knowles M. Alternate therapies for cystic fibrosis. *Sem Respir Crit Care Med*. 1994;15:426-33.

RAMPHAL R, Small PM, Shands JW Jr, Fischlschweiger W, Small PJr. Adherence of *Pseudomonas aeruginosa* to tracheal cells injured by influenza infection or by endotracheal intubation. *Infect Immun*. 1980;27:614-9.

SURGESS JM, Turner JAP. Immotile cilia syndrome. In: Chernick V, Kending EL, editors. *Kending's disorders of the respiratory tract in children*. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 675-82. 11.