

12.

O EXAME COMPLEMENTAR

Ao distinguir-se entre o *exame físico* e o *exame complementar* (ou "subsidiário") o segundo já fica caracterizado como pertencente a uma etapa diversa, mais avançada, que requer a colaboração do laboratório clínico, do radiologista, do especialista, enfim. É verdade que nos dias de hoje esta distinção é mais ou menos nítida: embora a maior parte dos cardiologistas realizem seus próprios eletrocardiogramas, muitos pneumologistas contem com um aparelho de raios-X em suas instalações, e é comum o endocrinologista determinar o metabolismo basal em seu próprio consultório, no ato da consulta, outros exames devem ser feitos pelo especialista. Se nada impede que o clínico examine um esfregaço de sangue ou o sedimento urinário de seu paciente (no exterior alguns ainda não abandonaram esta prática), o grau de refinamento atualmente atingido pelas dosagens bioquímicas ou provas imunológicas situa-as dentro do campo da *patologia clínica*, que é privativo de profissionais particularmente habilitados.

Alguns dos exames complementares são mera extensão das manobras básicas da semiologia. A otoscopia, a laringoscopia ou a transiluminação dos seios da face ampliam o alcance da *visão*, o martelo de reflexos nada mais faz do que *percutir*, o fonograma não passa de uma *ausculta* mais refinada, não se distinguindo da mesma em natureza (Fig. 66).

Por vezes a maior indicação de um destes exames é a facilidade na *documentação* dos achados, que são guardados para fins de ensino, ou para uma futura interpretação, em casos mais difíceis ou de interesse particular do pesquisador.

O traçado da Fig. 67 é um *reflexograma*. Tais registros gráficos obviamente impressionam o paciente, e para o estudante parecem dotados de maior rigor científico do que a mera observação visual do reflexo patelar. Mas a sua única vantagem real é a docu-

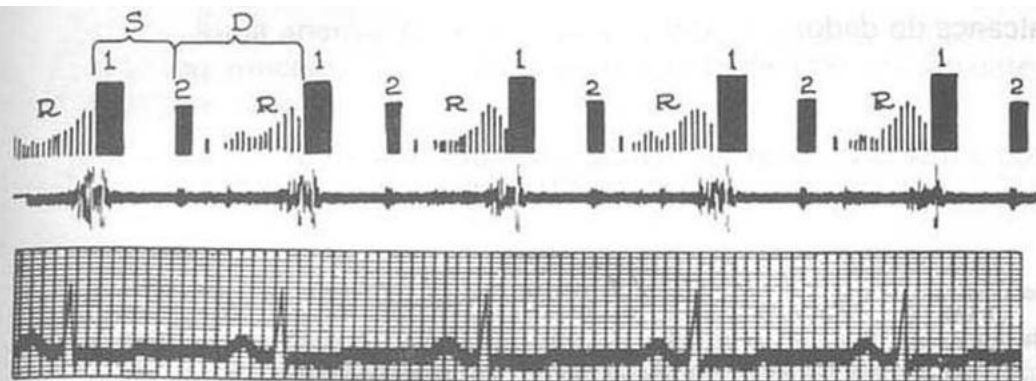


Fig. 66 — Paciente com estenose mitral; representação gráfica dos fenômenos auscultatórios, o fonocardiograma e o eletrocardiograma. (Pullen, 1950.)

mentação; o clínico da "velha escola", de acurada sensibilidade de observação, consegue as mesmas informações de uma maneira mais direta.

Utilizar os exames complementares como se devessem fazer parte de rotina diagnóstica é uma tentação a que poucos conseguem resistir. Diante de um caso de dor abdominal, tenesmo e enteroragia, não há dúvida de que a retosigmoidoscopia ou um enema opaco são exames de extremo valor. Infelizmente ficam fora do alcance da maior parte dos pacientes, e mesmo os serviços assistenciais custeados pelo estado exortam o médico à maior economia, conduta que poderá ter conseqüências funestas para o paciente com câncer de intestino grosso. Mas o toque retal ainda não é

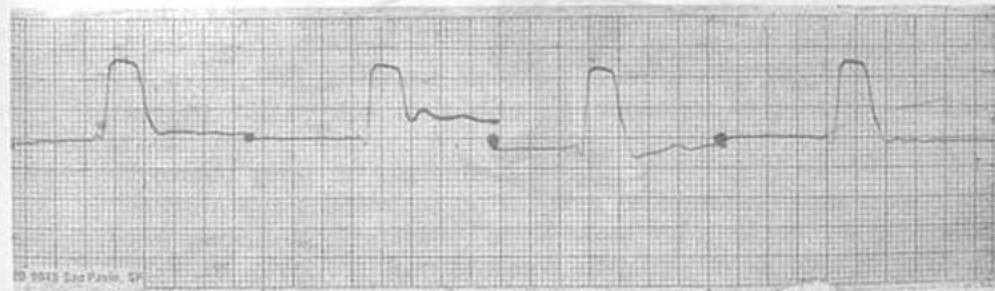


Fig. 67 — Um reflexograma normal.

uma manobra que deva ser considerada ultrapassada: com efeito, 40% dos carcinomas de cólon situam-se no reto, portanto, ao alcance do dedo.

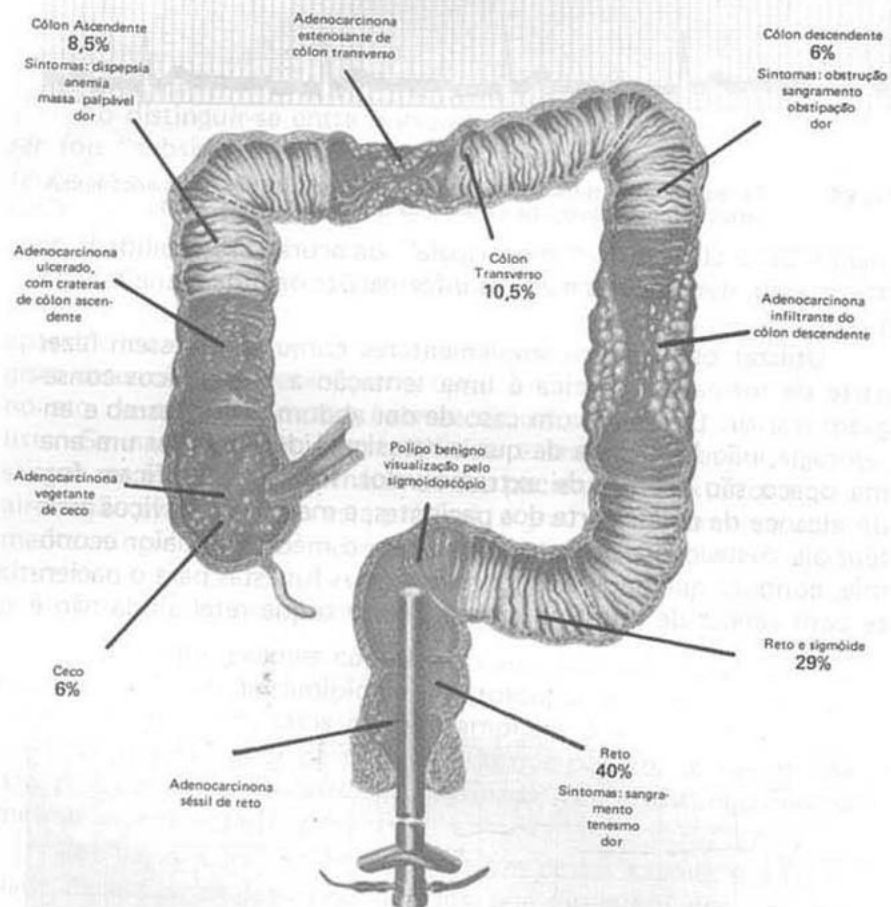


Fig. 68 — Câncer de reto e cólon: distribuição e sintomas mais importantes. (Segundo Lukash, Johnson e Fornes, 1971.)

Mesmo o exame de laboratório, que parece insubstituível, pois explora não a morfologia mas a função, não deve ser superestimado. Uma anemia pode ser reconhecida através da simples inspeção das mucosas, e mesmo graus discretos de icterícia são detectáveis pelo olho treinado.

Há casos, é natural, que não podem ser resolvidos sem o concurso de um bom laboratório clínico:

PACIENTE n.º 18: V. M. S., 31 anos, masculino, assentador de ladrilhos.

(As informações prestadas são coerentes e aparentemente precisas.)

A enfermidade data de duas semanas, tendo-se iniciado subitamente, com o aparecimento de nódulos subcutâneos em diversas partes do corpo (mas mais abundantes nos braços), bem como de "ínguas" no pescoço. Tanto os nódulos como os linfonodos são dolorosos quando comprimidos, e os primeiros "ardem", mesmo que não manuseados. Além disso existe uma certa indisposição, bem como falta de apetite, que o paciente inicialmente atribui a "gripe". Ocasional e discreta dor abdominal e ligeira tosse não produtiva.

Interrogado a respeito de febre, informa que sua esposa em diversas ocasiões notara-lhe a pele quente, mas que ele próprio nada percebeu, nem usou o termômetro para tirar a dúvida.

O paciente mora em área urbana, e suas condições sócio-econômicas são regulares. Não houve doenças recentes entre os familiares, ou na vizinhança.

O paciente foi visto num ambulatório de S. Paulo. Não estivera em viagem ultimamente. Nega o contato com drogas ou substâncias tóxicas. Os antecedentes pessoais ou familiares são inteiramente negativos.

Os achados positivos do exame físico compreendem uma temperatura axilar de 37,5 graus C, pulso de 94, rítmico, fígado mole, palpável a 5 dedos do rebordo costal, baço igualmente mole, a 4 dedos, os nódulos referidos, bem como uma adenopatia generalizada.

Os nódulos fazem saliência sobre a superfície da pele, são do tamanho de um grão de milho, e em alguns pontos dos braços são quase confluentes. A epiderme que os recobre é hiperemiada, brilhante, mas íntegra. Embora o paciente informe que estes nódulos regredem espontaneamente, reaparecendo em outro lugar, não se notam cicatrizes nem manchas.

A adenopatia envolve os triângulos posteriores do pescoço, os grupos occipital, axilar, epitrocleano e inguinal. Os linfonodos são firmes, discretos, dolorosos ao toque, dos mais diversos tamanhos. Alguns são facilmente visíveis.

O estado geral do paciente é regular.

Nenhum dos acadêmicos ou médicos presentes no ambulatório jamais vira quadro idêntico. Tratava-se, obviamente, de uma doença generalizada, provavelmente infecciosa (um processo alérgico parecia fora de cogitação).

Também a mononucleose ou a toxoplasmose foram eliminadas durante a discussão preliminar. Mas um especialista em moléstias infecciosas, que estava de passagem e foi chamado para ver o paciente, manteve estas duas possibilidades, acrescentando-lhes a hipótese de septicemia por *St. aureus*. Recomendou que se fizesse a punção de algum nódulo, e cultura do material aspirado.

Um sextanista presente à reunião — e conhecido por sua predileção pelos diagnósticos exóticos — levantou a hipótese de sarcoidose. O paciente foi levado à sala de radioscopia; o tórax parecia inteiramente normal, sem a imagem em "asas de borboleta" que era antecipada pelo acadêmico.

No final prevaleceu a opinião do médico-chefe do serviço, que deu preferência à sífilis, não obstante uma série de atipias do exame físico. E limitou-se a pedir dois exames, mandando o paciente voltar na tarde do dia seguinte.

A reação sorológica para sífilis foi negativa. Além de discreta anemia (12,5 grs% de hemoglobina), o hemograma apenas demonstrou uma velocidade de hemossedimentação de 94 milímetros, na primeira hora.

As discussões a respeito de V. M. S. recomçaram.

Novê dias se passaram até que se elucidasse seu caso: tratava-se de moléstia de Hansen, identificada através do encontro do bacilo no muco nasal!

Embora neste paciente um único exame, rápido e simples, foi decisivo no estabelecimento de uma conduta clínica (seria inconcebível tratar-se neste caso de um mero achado casual), infelizmente tais situações são excepcionais. Mais comumente o médico se verá obrigado a jogar com todo um conjunto de dados clínicos, laboratoriais e decorrentes da anamnese, procurando conciliá-los entre si, num verdadeiro mínimo múltiplo comum destes elementos.

Se a história clínica for pobre e os achados do exame físico inespecíficos, a situação complica-se extraordinariamente e o médico será obrigado a jogar com toda uma série de dados laboratoriais. A Figura 69 ilustra o processo diagnóstico no caso da icterícia.

Fica bem evidenciado no diagrama a natureza probabilística do diagnóstico etiológico (o diagnóstico sintomático ou "sindromico", se se prefere, é aquele de "icterícia", mas neste caso tem-se que ir mais longe).

Não só existem desvios da mesma natureza, embora de intensidade diversa, em doenças diferentes — o que obriga a multiplicar o número de exames bioquímicos —, mas uma mesma doença é variável quanto às suas manifestações laboratoriais. Na cirrose hepática, por exemplo, o colesterol tanto pode estar aumentado, como exibir valores normais, ou abaixo da normalidade.

Embora, na maior parte das ocasiões, determinado exame complementar possa reagir de um "modo típico" em face de uma doença, nada há de estereotipado neste fenômeno. Participa desta discussão — na qual não tomam parte os *erros técnicos*, igualmente capazes de viciar a interpretação do problema — os *falsos positivos* e *falsos negativos*, esquematizados na Figura 70.

TIPO DE ICTERICIA	TGO	TGT	Fosfatase alcalina	Colesterol	Tempo de protrombina	Efeito da vit. K
HEPÁTICA						
Hepatoceular, aguda (por ex., hepatite tóxica ou a vírus)	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	N, ↓	N, ↑	N.R.
Hepatoceular, crônica (p. ex., cirrose)	↑↑	↑	↑	N, ↑, ↓	↑	N.R.
Coletase intra-hepática	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑	N, ↑	M
PÓS-HEPÁTICA (OBSTRUTIVA)						
Completa (por ex., câncer do pâncreas)	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑	N, ↑	M
Incompleta (por ex., litíase biliar)	↑↑-↑↑↑	↑↑-↑↑↑	↑-↑↑↑	↑, N	N, ↑	M

O número de flechas traduz o grau de anormalidade.
N.R. = não responde; N = normal; M = normalização.

Fig. 69 — Achados bioquímicos em diferentes tipos de icterícia. (Segundo Zimmerman, 1973.)

As primeiras fases de uma infecção luética são silenciosas clínica — e também sorologicamente, resultando uma reação de VDRL, nesta época, num *falso negativo*. A reagina só aparece no soro do paciente 4 - 6 semanas após a infecção (ou seja, 1 - 3 semanas após o cancro venéreo), mas a partir daí sua elevação é rápida.

Este exame também exemplifica os *falsos positivos*, pois que um VDRL, ou outra reação sorológica, podem tornar-se positivos nas vigência da malária, do lupus eritematoso, da hanseníase (embora isto não tenha sido verificado no paciente n.º 18), e mesmo na mononucleose, que pode exibir títulos bastante altos.

A designação é habitualmente reservada aos exames de laboratório; mas existem também falsos positivos e falsos negativos em outros exames complementares, e mesmo o exame clínico poderia ser analisado segundo estes termos.

Uma úlcera péptica pode ser "silenciosa" em 20% dos casos, sendo primeiro percebida por mero acaso, no decorrer de um *check-up*, por exemplo, ou subitamente manifestar-se através de uma complicação como a hematemese; pode-se falar, então, numa úlcera "falsamente negativa", desde que se pressuponha a existência de sintomas clínicos em todo caso de úlcera.

Existe, também, outro tipo de situação: a anamnese faz suspeitar de uma úlcera, mas esta não é aparente à radiografia ou mesmo ao exame endoscópico, seja porque se situa numa região do estômago inacessível ao gastroscópio, seja porque o sulfato de bário simplesmente não penetrou dentro do nicho, não se traduzin-

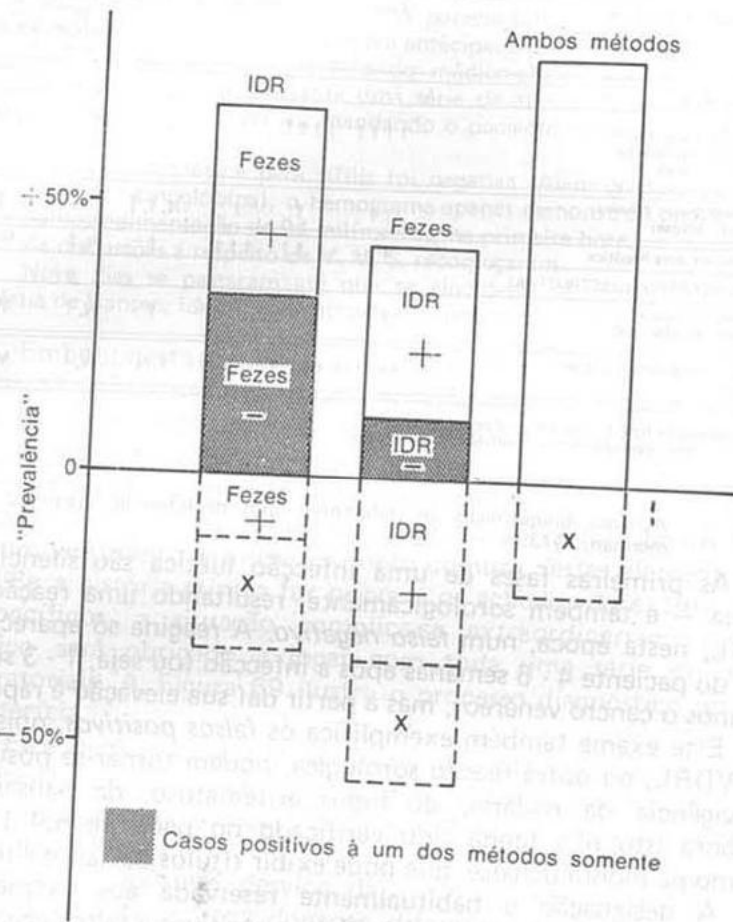


Fig. 70 - Falsos positivos e falsos negativos.

do através da imagem radiológica característica. Não se trata, propriamente, de erros técnicos: a metodologia apenas não é suficientemente *sensível*.

Os gastroenterologistas reconhecem a síndrome denominada de *pseudo-úlcer*, que não é rara — eis aí um falso positivo, do ponto de vista clínico. Há também casos de imagens radiológicas que sugerem úlcera, mas não passam de *artefatos*.

Mostrou-se numa figura anterior que 68% dos carcinomas de intestino grosso situam-se ao alcance do toque retal ou do retosigmoidoscópio. Numa localização mais próxima, porém, sua confirmação depende dos raios-X, como o demonstra a Fig. 71:

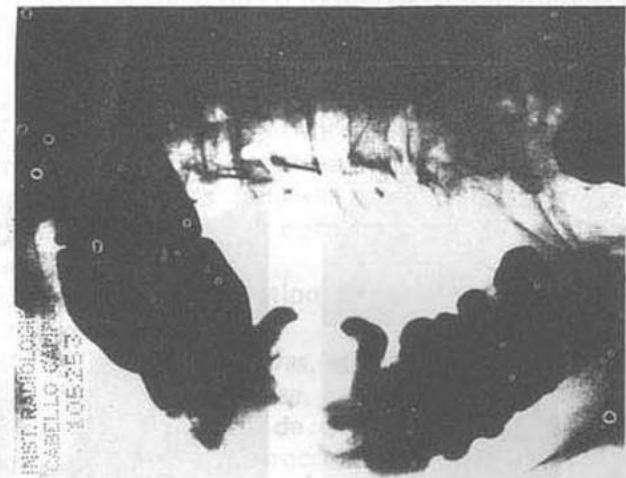


Fig. 71 - Radiografia em um paciente com adenocarcinoma. Nota-se grande falha de enchimento do cólon ascendente, junto ao ângulo hepático.

Este achado radiológico é praticamente *específico* de tumor maligno, embora possam haver erros. Mas estes não levam a conseqüências graves para o paciente que, neste caso pelo menos, terá que ser operado de qualquer maneira. Outras vezes, porém, a especificidade é apenas aparente (Fig. 72).

A paciente facilmente poderia ter sido submetida a uma intervenção cirúrgica desnecessária, se o médico se houvesse limitado à radiografia. A sua insistência em indicar a gastroscopia foi fruto apenas do senso comum: havia 14 anos esta paciente trazia consigo as mesmas queixas, sendo, diante deste fato, extremamente inverossímil a hipótese de câncer de estômago.

Um exame resulta num falso negativo toda vez que lhe falta *sensibilidade*. Esta é definida pela fórmula:

$$\text{Sensibilidade} = \frac{\text{doentes com reação positiva}}{\text{total de doentes}}$$

Como já se mostrou, a prova do VDRL pode ser negativa nas primeiras semanas da sífilis, o período "silencioso" sendo decorrência da falta de sensibilidade dos métodos sorológicos, a reagina

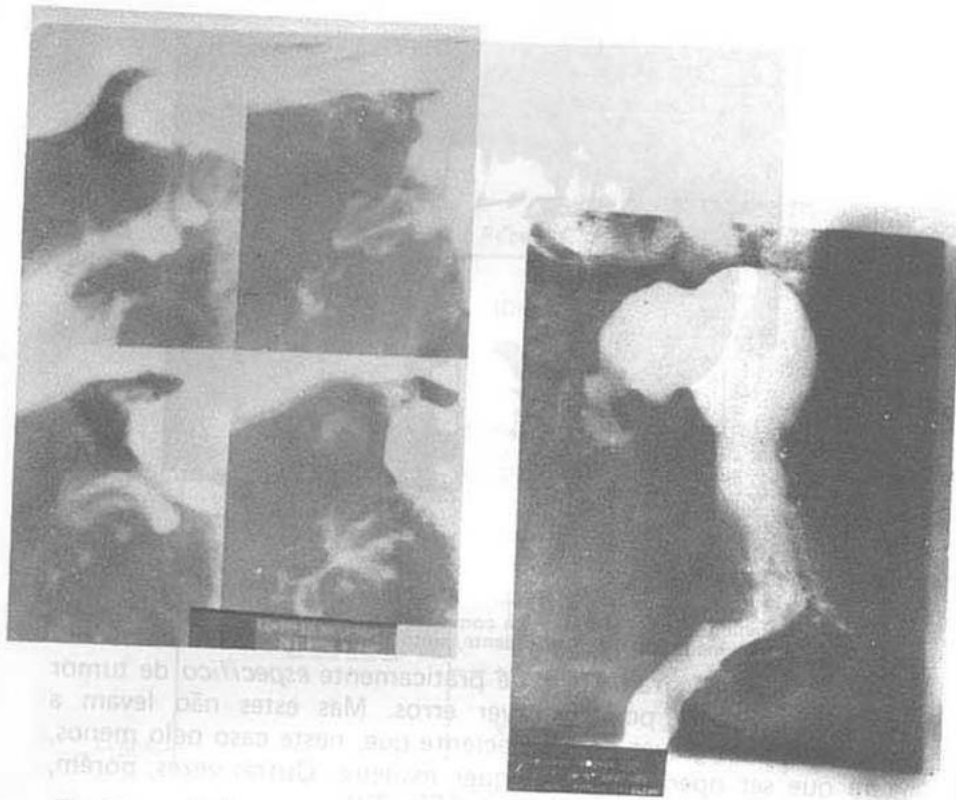


Fig. 72 — Paciente do sexo feminino, de 54 anos, que se queixa de dor epigástrica, há cerca de 14 anos. O radiologista forneceu o laudo seguinte: 'Presença de lesão vegetante, ulcerada, de antro gástrico, infiltrando a pequena e grande curvatura. Píloro permeável. Bulbo duodenal deformado, com imagem suspeita de processo ulceroso. O quadro radiológico sugere blastoma gástrico e úlcera duodenal. Indicada a endoscopia'. A primeira gastroscopia realizada foi inteiramente normal. Pediu-se, então, novo exame radiológico. O especialista insistiu: 'O aspecto radiológico é inteiramente idêntico ao anterior. A segunda gastroscopia, realizada por um segundo profissional, revelou a presença de pregas gástricas gigantes, e de duas pequenas úlceras gástricas, aparentemente recentes, na *incisura angularis*'. Trata-se, pois, de um processo benigno.

ainda não tendo aparecido no soro, ou sendo baixo seu título. Mas a pesquisa do *Treponema* na secreção do cancro luético pode ser positiva; trata-se, pelo menos nesta fase, de uma prova mais sensível.

Nos primeiros 30 dias de uma gravidez, a implantação do óvulo fecundado pode revelar-se apenas através de sintomas clínicos, tanto a palpção do útero como os testes imunológicos sendo negativos, ou deixando margem a dúvidas. Decorridas umas quatro ou cinco semanas, as provas imunológicas tornam-se posi-

vas, embora a palpção ainda seja de difícil interpretação — as primeiras são mais sensíveis que o toque. (A sintomatologia clínica, por sua vez, é ainda mais sensível; não se lhe pode confiar demais, porém, pois falta-lhe *especificidade*.)

Toda vez que há uma suspeita clínica bem definida, e é premente a necessidade de comprovar-se esta hipótese (seja por não poder esperar-se pela evolução natural, seja porque um *diagnóstico sintomático* não basta), a falta de sensibilidade de um exame complementar pode ser sério obstáculo. Em tais situações há dois recursos:

1. Lançar mão de outro tipo de exame complementar, mais sensível.
2. Multiplicar as tentativas, através do exame de amostras repetidas. Aumentam-se, assim, as oportunidades para o encontro do agente de que se suspeita ou do desvio laboratorial que se procura.

Ambas as técnicas podem ser ilustradas pelo diagrama da Fig. 73, que se refere ao diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar:

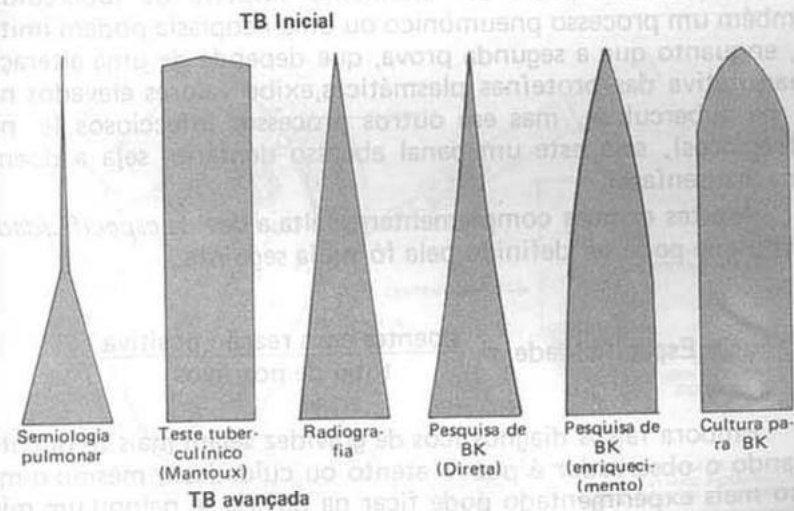


Fig. 73 — Sensibilidade dos diferentes recursos diagnósticos no decorrer da evolução clínica da tuberculose. (A espessura da figura indica o valor diagnóstico das diferentes provas.)

Nota-se que todos os processos passam por uma fase "silenciosa", mesmo a radiografia. (Admite-se ser necessário um infiltrado de pelo menos 10 - 20 milímetros para que o mesmo possa ser detectado pelo raio-X.) De todos estes fatores, talvez seja a

clínica aquela que mais precocemente faz suspeitar de que algo não está correndo bem com o paciente.

No decorrer da tuberculose pulmonar, o exame de apenas uma lâmina de escarro pode não revelar o *M. tuberculosis*, quando é escasso o número de bacilos eliminados. Mas, a probabilidade de seu encontro aumenta quando se examinam duas lâminas, conduta dotada de maior sensibilidade. Esta aumenta ainda mais quando se pede um "exame com enriquecimento", que se faz mediante digestão da secreção e centrifugação do líquido obtido, trazendo em consequência uma concentração da parte sólida. Outra alternativa é a inoculação em meio de cultura apropriado para o bacilo de Koch (medida que é altamente sensível, mas menos útil na tuberculose inicial, pois o laboratório só fornece os resultados após uns 60 dias). Se o encontro de bacilos morfológicamente semelhantes ao *Mycobacterium* definem uma tuberculose (existem ainda formas atípicas, que com ele se confundem, mas que podem ser menos patogênicas para o homem), isto é, o achado é altamente específico, não é tão clara a interpretação de uma radiografia ou da VHS; quanto à primeira, embora o aspecto geral e a localização do processo possa ser altamente suspeito de tuberculose, também um processo pneumônico ou uma neoplasia podem imitá-lo, enquanto que a segunda prova, que depende de uma alteração quantitativa das proteínas plasmáticas, exibe valores elevados não só na tuberculose, mas em outros processos infecciosos (e não infecciosos), seja este um banal abscesso dentário, seja a doença uma hanseníase.

A estes exames complementares falta a devida especificidade, termo que pode ser definido pela fórmula seguinte:

$$\text{Especificidade} = \frac{\text{doentes com reação positiva}}{\text{total de positivos}}$$

Embora falsos diagnósticos de gravidez sejam mais freqüentes quando o observador é pouco atento ou cuidadoso, mesmo o médico mais experimentado pode ficar na dúvida se palpou um mioma uterino ou uma gravidez ao toque bimanual. Mas a especificidade atinge os 100% quando, no 4.º ou 5.º mes de gestação, a ausculta revelar batimentos fetais. Seguramente não se trata de mioma.

Quando um exame complementar é pouco específico, os falsos positivos são freqüentes. Isto foi ilustrado através das reações sorológicas para sífilis, e falou-se, também, no caso da VHS

Mas os exemplos são abundantes: células LE, tomadas como indicativas da doença grave que é o lupus eritematoso disseminado, podem aparecer também em casos de artrite reumatóide e mesmo no decorrer de reações medicamentosas; pacientes que tomam anovulatórios podem ter um PBI falsamente elevado, ou, mesmo, uma hiperglicemia que não depende do diabete.

Os recentes avanços da Medicina abrangeram não apenas o campo da terapêutica mas estenderam-se também, mas em grau bem maior — a ponto de um setor perder o outro de vista — aos recursos usados no diagnóstico. Passaram-se a reconhecer novas doenças e novas variantes de quadros clínicos já clássicos, e tanto sensibilidade como especificidade do diagnóstico puderam ser consideravelmente melhorados.

Um dos exames complementares que certamente é mais do que moda do momento, e efetivamente abriu novos horizontes, é a *amniocentese*, exame normalmente realizado em torno da 16.ª semana de gestação, quando indicado. Baseia-se no exame do líquido e das células colhidas da cavidade amniótica, obtidos pela simples punção da mesma com agulha de metal.

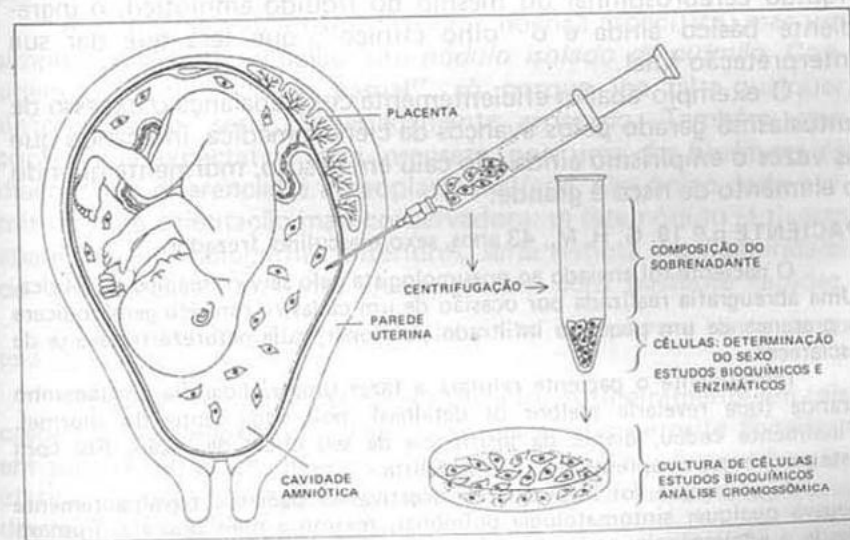


Fig. 74 — Amniocentese para colheita de líquido amniótico, e exames que permite realizar. (Friedmann, 1971.)

Como não se trata de intervenção isenta de complicações, e exige técnicas de laboratório que por enquanto são acessíveis apenas aos grandes centros, jamais se tornará medida de rotina.

Seu campo é a *gravidez em risco*; se fosse ser praticada em todas as gestantes com mais de 35 anos, por exemplo, o número de mongolóides seria reduzido à metade, mediante indicação precisa do aborto terapêutico. Conhece-se até o momento cerca de 1600 doenças genéticas, e apenas pequeno número de anormalidades cromossômicas podem ser reconhecidas *in utero*; mas o campo está em plena expansão. A amniocentese não se limita à desalentadora função de orientar uma interrupção da gravidez, mas tem implicações terapêuticas definidas. A idade do feto pode ser corretamente estimada através do exame do líquido, e em cerca de 95% dos casos a eritroblastose fetal é reconhecida, em tempo de se tomar medidas, uma das quais é a transfusão intra-uterina.

O exemplo da amniocentese parece dar razão àqueles que admitem não mais existirem fronteiras à Medicina. Mas o otimismo deve permanecer dentro dos limites do bom senso, pois, por mais sofisticadas sejam as intervenções ao alcance da técnica, ainda é o elemento humano, e sua motivação, habilidade e conhecimentos, que lhe ditam o sucesso. Se o exame clínico em alguns casos parece impotente para a identificação de uma patologia, vindo a solução a depender do raio-X, do exame de sangue, urina, fezes, líquido cerebrospinal ou mesmo do líquido amniótico, o ingrediente básico ainda é o "olho clínico", que terá que dar sua interpretação final.

O exemplo abaixo eficientemente contrabalança o excesso de entusiasmo gerado pelos avanços da ciência médica, indicando que às vezes o empirismo ainda não caiu em desuso, mormente quando o elemento de risco é grande:

PACIENTE n.º 19: G. H. M., 43 anos, sexo masculino, frezador.

O paciente foi enviado ao pneumologista pelo serviço médico da fábrica. Uma abreugrafia realizada por ocasião de um cadastro torácico geral indicara a presença de um pequeno infiltrado pulmonar, cuja natureza tratava-se de esclarecer.

Inicialmente o paciente relutara a fazer uma radiografia em tamanho grande (que revelaria melhor os detalhes), pois nada sentia de anormal. Finalmente cedeu, diante da insistência de seu chefe de seção. Foi com este exame que se apresentou ao especialista.

A anamnese foi inteiramente negativa. O paciente terminantemente negava qualquer sintomatologia pulmonar, mesmo a mais discreta. Fumava desde a adolescência, cerca de meio maço ao dia, e à noite, ocasionalmente, fumava cachimbo; mas nem mesmo apresentava "tosse de fumante".

Há anos trabalhava em fábricas de peças para automóvel, em ambientes não-poluídos. Morava em área urbana, numa das novas "vilas industriais", só às vezes afastando-se da cidade, para ir pescar no sítio de um parente, na Alta Sorocabana.



Fig. 75 — Radiografia de tórax do paciente n.º 19 (detalhes).

Ninguém da família tinha doença pulmonar, mas a mulher sofria de "colite" e "colecistite". Quanto aos antecedentes pessoais, também o paciente sofria de "indigestão", com certa freqüência.

A radiografia não identifica uma doença específica, mas um simples achado radiológico: um *nódulo isolado de pulmão*. Considerá-lo como "achado casual", só porque lhe falta qualquer sintomatologia, seria demasiadamente arriscado. Também uma conduta de expectativa seria insensata, pois uma das hipóteses do diagnóstico diferencial é a neoplasia maligna. Um único dado permitiria uma orientação mais conservadora: se este nódulo já tivesse aparecido em radiografias anteriores, seria remota a probabilidade de um processo maligno, que evoluiria com bastante rapidez.

Mas o paciente informou que jamais se submetera a um cadastro torácico anterior.

Os exames complementares utilizados rotineiramente em tais casos são a *planigrafia* (exame radiológico que permite focalizar em seus detalhes os diversos planos do tórax) e a *broncoscopia*, através da qual consegue-se uma visualização direta da traquéia e dos brônquios principais.

O médico decidiu omiti-los. A imagem radiológica simples já era suficientemente nítida para revelar os detalhes relevantes do nódulo. O exame endoscópico, por seu lado, neste caso não seria decisivo, pois o processo provavelmente era periférico ao campo visual do aparelho.

O pneumologista praticou uma prova de tuberculina em seu paciente, mais para ganhar tempo, mandando-o voltar em dois dias.

À noite, o médico voltou a ocupar-se do problema. Casos deste gênero não eram comuns em seu consultório — ao todo só vira meia dúzia em toda a sua vida profissional — e, como não se poderia permitir uma conduta baseada na experiência pessoal, teria que recorrer a literatura especializada.

O diagnóstico diferencial dos nódulos isolados de pulmão abrange uma série de patologias, desde os granulomas totalmente benígnos, determinados pela tuberculose, pela sarcoidose, pela histoplasmose ou de "natureza indefinida", até o adenocarcinoma. Mas o problema que o médico se pousou não era tanto um diagnóstico diferencial preciso, mas: "Tenho à mão elementos suficientes para indicar — ou para julgar dispensável — uma toracotomia? Qual o risco desta intervenção, em confronto com aquele oferecido por uma conduta mais conservadora, à qual eventualmente possa passar despercebido um tumor maligno?"

A sua falta de entusiasmo pela toracotomia de rotina não se devia apenas à incidência relativamente elevada de complicações, mas o seu desencanto com o tratamento cirúrgico das neoplasias de pulmão, mesmo aquelas reconhecidas precocemente. Conhecia as estatísticas a respeito, quase que uniformemente pessimistas quanto ao valor do cadastro torácico na redução da mortalidade por câncer broncogênico.

Obviamente não podia basear-se no bom estado clínico do paciente e na ausência de quaisquer sinais clínicos, pois, também o tumor maligno tem um período clinicamente silencioso inicial. As provas de laboratório seriam igualmente improdúctivas; assim, uma reação de Mantoux negativa eliminaria a hipótese de tuberculoma (mas deixaria intactas as demais possibilidades de um granuloma), enquanto que a sua positividade, tão comum nestes grupos etários, poderia ser apenas mais um achado casual.

Em suma, a conduta clínica teria que se basear apenas na morfologia de uma imagem radiológica.

O prognóstico deveria basear-se nas seguintes características: a forma, dimensão e densidade do nódulo, a nitidez de seus limites, a presença ou não de uma umbilicação de seus contornos, de calcificação ou de escavação em seu interior.

Diversos estudos ocuparam-se do problema, tentando relacionar os aspectos morfológicos da radiografia e os achados à toracotomia exploradora. Não conseguiram seu intento, que era aquele

de estabelecer, através do raio-X apenas, decisivos critérios de malignidade.

A umbilicação dos contornos da imagem é considerada altamente sugestiva de malignidade, a calcificação maciça, por outro lado, aumenta a probabilidade de tratar-se de um nódulo benigno. A maioria dos infiltrados, porém, tem características menos extremas.

Um dos trabalhos reservava o termo "nódulo" para infiltrados redondos ou ovóides, de diâmetro inferior a 6 centímetros, de paredes lisas e bem circunscritas, não calcificados ou com uma calcificação mínima, e desprovida de escavação mais do que discreta.

Metade de tais nódulos eram malignos. Mas os autores afirmaram que não mais do que 10% dos espécimens retirados à cirurgia indicariam malignidade, se os critérios fossem menos severos.

O nódulo do paciente G. H. M. era redondo, de contornos nítidos, pouco denso, sem calcificação ou escavação. A despeito de seu ceticismo, o pneumologista decidiu-se pela toracotomia.

O paciente voltou no dia marcado. A reação de Mantoux era positiva (14 milímetros de diâmetro). A cirurgia foi realizada três dias depois, e decorreu sem complicações. O dreno torácico foi retirado no sétimo dia pós-operatório e, após quatro dias mais, o paciente obteve alta. No interim chegara o laudo do anato-patologista:

"O nódulo enviado encontra-se envolvido por uma cápsula espessa de tecido fibroso, com raros focos de calcificação e infiltrado inflamatório crônico. A porção central, representada por material amorfo, demonstrou, pela coloração de Ziehl-Neelsen, a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes".

No decorrer do primeiro ano de observação, o paciente voltou ao médico 17 vezes. Queixava-se de dor contínua no local da incisão, e insistia em querer saber se realmente lhe era permitido continuar fumando.

Seu aspecto não é mais tão bom como antes da cirurgia. Tem uma fâciês ansiosa, mantém o ombro esquerdo mais baixo, movimentava-se ainda com cuidado, como que temendo que os pontos fossem "abrir".

Está convicto de que lhe ocultaram alguma coisa, e que sua doença é grave.

Chegou-se ao momento de rever os 18 casos clínicos anteriormente apresentados:

PACIENTE n.º 1 (páginas 2, 16, 17, 68, 88, 173):

No único contato com o paciente, o clínico resumiu-se a praticar uma psicoterapia de apoio. Explicou-lhe que casos iguais ao seu não eram inusitados, que o prognóstico de cura era excelente, e que de nada valeria explorá-lo em profundidade.

A carta que escreveu ao professor fora de utilidade: dois meses depois K. T. telefonou-lhe ao consultório, agradecendo por ter resolvido seu problema.

PACIENTE n.º 2 (páginas 2, 16, 17, 68, 88, 173):

O médico mandou-o a um psiquiatra de sua confiança. Mas jamais voltou a ter notícias do paciente.

PACIENTE n.º 3 (páginas 9, 68, 89):

Quando R. G. voltou ao consultório em companhia da esposa, 3 dias após o telefonema sigiloso da mesma, o clínico perguntou-lhe se a medicação (aspirina) fora de algum benefício.

A resposta foi afirmativa, mas um tanto hesitante. Obviamente a resposta terapêutica deixara a desejar.

Neste caso, disse-lhe o médico, seria obrigado o modificar a conduta.

Receitou-lhe um regime de emagrecimento, aconselhou seu paciente contra os grandes esforços, tais como o manuseio do cortador de capim (o que prejudicaria seu "reumatismo"), e prescreveu-lhe comprimidos sublinguais de nitroglicerina, para serem tomados só por ocasião dos episódios de dor. O paciente deveria observar-lhe os efeitos, relatando-os ao médico na próxima consulta, daí a um mês.

O problema ainda desta vez foi formulado em termos de "reumatismo", pois certamente não se tinha dados para garantir que se tratava, realmente, de isquemia do miocárdio. O interrogatório suplementar, nesta segunda consulta, realizado com a devida cautela e numa atitude de simulada despreocupação, confirmou, em linhas gerais, as informações telefônicas da esposa do paciente. Segundo os critérios clínicos, dever-se-ia tratar de angina do peito", pois eram preenchidas a maior parte das características enumeradas na Fig. 76.

Um dado a mais, e de suma importância, seria a resposta terapêutica à nitroglicerina.

Para manter a tranquilidade do paciente, o clínico decidiu omitir qualquer exame complementar, que, além disto, não seria decisivo.

Quando voltou, no dia marcado, o paciente informou que diariamente usara 2 ou 3 comprimidos sublinguais, que, apesar de lhe causarem dor de cabeça, resultavam em alívio total de sua dor, cerca de 1 minuto depois de seu uso.

Na terceira consulta, mantiveram-se os conselhos dados anteriormente, e a nitroglicerina foi substituída por um "vasodilatador coronariano" de ação longa.

Meio ano após o primeiro contato, o paciente está bem. Moderou os esforços maiores, e espontaneamente abandonou o fumo (decisão que ainda lhe é penosa cumprir à risca). De vez em quando ainda experimenta episódios noturnos de dor, e nestas ocasiões volta a tomar nitroglicerina. Mas não o faz mais do que 2 ou 3 vezes por semana.

Ao término da última consulta, quando já se preparava para sair do consultório, R. G. urgiu a esposa a deixá-lo falar a sós com seu médico. Voltou para dentro do quarto e confessou um novo problema: pensava estar ficando impotente.

O médico sorriu-lhe:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANSIEDADE E ANGINA PECTORIS ESTÁVEL			
Ansiedade	Parâmetro	Angina Pectoris	S
hemitórax esquerdo ou variável	LOCALIZAÇÃO DA DOR	retrosternal, frequentemente irradiando-se para os lados	
geralmente nenhum	IRRADIAÇÃO DA DOR	para o mov. dos braços, do pescoço ou mandíbula, e combinações dos mesmos	
menos de um minuto a horas	DURAÇÃO DA DOR	geralmente passa após 1-5 minutos	
dor aguda, em pontadas ou dolorimento	CARACTERÍSTICAS DA DOR	depressão	
fadiga ou emoções, mas frequentemente inexistem	FATORES DESENCADEANTES	esforço, emoções, alimentação, frio, decúbito	
decúbito, sedativos	FATORES QUE ALIVIAM	repouso, nitratos sublinguais	
normal, ou depressão após exercício do segmento S-T (ponto J), visto também no indivíduo sadio, e não representativo de doença coronariana	ELETROCARDIOGRAMA	Depressão transitória do segmento S-T, desaparecendo com o alívio da dor	

Fig. 76

Características clínicas da ansiedade e da angina do peito. (Diagrama copiado do anúncio de conhecido preparado farmacêutico, publicado em revista médica norte-americana.)

"Isto é muito improvável — não acontece assim de repente. Você tem certeza que não é psíquico? ... Lembre-se de que eu não proibi as relações sexuais."

O paciente sorriu-lhe, aliviado, e abandonou o consultório.

PACIENTE n.º 4 (páginas 13, 68, 89):

Tratada como tendo meningite meningocócica, esta menina teve alta após 9 dias, aparentemente curada. Vista mais 2 vezes, em ambulatório, continua bem, sem sequelas.

PACIENTE n.º 5 (páginas 29, 68, 89, 117, 133):

Embora não se considerasse especialista em laringologia, o clínico decidiu que ele mesmo poderia arriscar a fazer o tratamento da laringite. Recomendou medidas higiênicas (repouso de voz, abstenção de bebidas ou alimentos gelados ou demasiadamente quentes, resguardo contra mudanças bruscas de temperatura do ambiente), e receitou-lhe um corticóide. Decidiu evitar o tratamento local, por enquanto.

Três semanas após o início dos sintomas, a paciente nada mais sentia.

O corticóide foi suspenso gradualmente.

PACIENTE n.º 6 (páginas 38, 46, 68, 89):

Controlada durante um ano no consultório, com intervalos de 3 meses, a paciente continua bem. Como se mostrasse ansiosa por saber se a doença de fato não deixara seqüela, o clínico pediu uma dosagem de transaminases que resultou normal.

A paciente voltou uma vez mais, depois de uns 5 meses, para pedir receita de anovulatório. Notava-se que estava envergonhada a respeito.

PACIENTE n.º 7 (páginas 41, 68, 89):

Após alta hospitalar, o paciente não mais se apresentou no ambulatório, embora tivesse consulta marcada.

PACIENTE n.º 8 (páginas 70, 89):

No decorrer das 8 semanas de espera, a sintomatologia do paciente melhorou bastante, e só de vez em quando ainda experimenta dor epigástrica, embora sem qualquer ritmo.

Um exame de fezes revelou *Strongyloides stercoralis*, sendo o tratamento com tiabendazol seguido de alívio completo.

Tratava-se, pois, de um quadro mixto.

PACIENTE n.º 9 (páginas 76, 89, 173):

Embora se tratasse de um casal de nível cultural apenas sofrível, o médico decidiu revelar-lhe suas deduções.

O marido imediatamente aderiu às explicações, e notava-se que ficara aliviado com as mesmas. A esposa, porém, não disfarçava seu ceticismo.

O médico receitou-lhe um sedativo brando, e categoricamente proibiu-lhe continuar com o soporífero. Pediu-lhes que telefonassem em 2 semanas.

Nesta ocasião o marido informou-lhe que o "comichão" de sua mulher cessara, mas que, ao invés disto, ela agora queixava-se de cefaléia todas as noites.

Mesmo assim já mantinha relações sexuais com o esposo.

PACIENTE n.º 10 (páginas 82, 89):

Esta paciente não mais voltou ao consultório. Como, porém, mandou duas amigas para se consultarem com o mesmo médico — interno, é de supor-se que guarda boas lembranças de sua visita ao hospital-escola.

PACIENTE n.º 11 (página 148):

O exame de escarro foi positivo, motivo suficiente para enviar o paciente a um dispensário de tuberculose.

O médico advertiu os familiares de que deveriam fazer uma prova tuberculínica dos filhos, sem assustar-se com eventuais reações positivas, que não seriam, necessariamente, indicativas de doença. Instruiu, também, a nora para que cuidasse de fazer um metuculoso acompanhamento de uma futura gestação, pois os riscos de tuberculose aumentariam em tal situação.

PACIENTE n.º 12 (páginas 156, 174):

L. V. M. havia sido instruída no sentido de comunicar-se com o médico na eventualidade de nova hemoptise, ou qualquer outro sintoma mais alarmante. Caso contrário deveria voltar em 3 meses.

Nada mais apresentou, durante um acompanhamento de 2 anos e meio. Pertence, portanto, a este grupo de 15% de pacientes, cuja hemoptise nem sequer através do exame endoscópico pode ser caracterizada do ponto de vista etiológico.

PACIENTE n.º 13 (página 157):

Meio ano após a consulta, o sopro cardíaco não é mais audível.

O clínico não julgou necessário pedir qualquer exame complementar.

PACIENTE n.º 14 (página 167):

Das duas perguntas formuladas na página 148, a segunda pode ser respondida sem pestanejar: "O problema do paciente é sua dificuldade na locomoção, que limita a atividade física e impede-lhe exercer qualquer trabalho remunerado. Além disto, tem dores nos membros inferiores, que não desaparecem com o repouso e não são facilmente toleráveis."

O diagnóstico sindrômico imediato é de "insuficiência vascular", pois uma série de sinais clínicos, não apenas limitados às extremidades, apontam para este setor. Mas a etiologia é mixta-fenômeno comum neste grupo etário — pois a abolição dos reflexos, bem como as parestesias, provavelmente pertencem à esfera da Neurologia.

Será necessário neste caso atingir um diagnóstico preciso, que procure avaliar o quanto de responsabilidade cabe a cada um dos setores?

O raciocínio clínico terá que se basear no fato de se tratar de um paciente idoso, em más condições gerais, um homem indigente e sem condições psicológicas para obedecer aos conselhos do médico, mesmo que este lhe pudesse providenciar alimento e drogas. Uma melhoria clínica seria possível, desde que se pudesse conseguir internação em algum "hospital de crônicos".

Mas, na hipótese disto ser possível, seria uma solução para um indivíduo acostumado a levar uma vida autônoma e livre? Aumentaria com esta medida a sua "qualidade de vida"?

São perguntas a responder com a devida precaução.

O médico interno foi instruído a omitir os exames complementares. Decidiu-se recomendar a suspensão imediata de bebidas alcoólicas, a elevação da cabeceira da cama a fim de melhorar a irrigação dos membros inferiores. Receitaram-se doses elevadas de complexo vitamínico B, e marcou-se retorno para o ambulatório de Cirurgia Vascular, para tratamento da úlcera. As demais medidas deveriam esperar.

O paciente não voltou no dia marcado.

Pediu-se ao Serviço Social mandar alguém ao S. O. S. para localizá-lo, mas o paciente não estava mais lá.

PACIENTE n.º 15 (páginas 173, 186):

Depois que duas semanas de regime não tiveram sucesso na normalização da glicemia, o paciente foi medicado com insulina, e lhe ensinaram a testar a própria urina, três vezes ao dia, durante as primeiras duas semanas.

A compensação do diabetes foi conseguida logo à primeira tentativa. Ao término de meio ano o paciente sente-se "como antes".

PACIENTE n.º 16 (página 175):

Depois que o diretório acadêmico da escola médica conseguiu, numa campanha junto ao comércio da cidade, reunir os Cr\$ 1.500 necessários à aquisição de um "marca-passo", este foi instalado.

A última vez que o paciente foi visto no ambulatório, sentia-se disposto, voltara a ser mascate, e começara um curso noturno de contabilidade.

PACIENTE n.º 17 (página 191):

Episódios convulsivos, sempre noturnos, repetiram-se com intervalos de 2 a 3 meses, mas o exame físico continua negativo. O médico conseguiu mostrar aos pais da criança que o quadro é benigno demais para fazer uso rotineiro de fenobarbital.

Decorridos 3 anos do primeiro episódio, a criança continua bem. Parece que desconhece a sua doença.

PACIENTE n.º 18 (página 200):

Este paciente foi enviado a um dispensário de hanseníase.

Dado o elevado padrão deste serviço, e as condições psicológicas favoráveis, é de se antecipar que o caso evolua bem.

Às vezes um exame complementar desempenha papel decisivo no diagnóstico de uma enfermidade, especialmente naquelas cujo tratamento depende da identificação de um agente infeccioso bem definido, ou quando basta que se reconheça uma modificação na morfologia de um órgão, única responsável pelos sinais ou sintomas.

Na maior parte das vezes, porém, um exame não é decisivo, expressa apenas a probabilidade de uma dada doença, só o emprego simultâneo de uma série de exa-

mes complementares permitindo restringir as opções com que o médico se defronta.

Mas, ao invés de simplificar o processo de decisão, é freqüente surgirem novas dúvidas:

Toda vez que analisar o resultado de um exame, o profissional procurará indagar se não está em face de um *falso positivo*, ou de um *falso negativo*.

O último é comum cada vez que um exame é de baixa *sensibilidade*, o que tornará desejável a repetição deste exame, ou o emprego de outros métodos diagnósticos. Os falsos positivos, por sua vez, acompanham exames de precária *especificidade*, acarretando o reconhecimento de "falsos doentes", caso não forem tomadas as devidas precauções.

Além disto, é óbvio, existem as oportunidades para um *achado casual*.

Todos estes fatores limitam sobremaneira a utilidade dos exames complementares, que estarão sempre subordinados ao espírito de crítica do clínico.

Mesmo que o uso de exames complementares seja limitado ao essencial, muitas vezes não existem condições materiais que os permitam, sendo o médico obrigado a confiar apenas numa apreciação clínica. Nestas condições, instituirá um tratamento empírico (desde que não haja risco para o paciente), orientando a conduta definitiva através dos resultados desta *prova terapêutica*.

Todos os exames envolvem seus riscos, devendo a decisão de empregá-los depender de um prévio confronto destes riscos e dos benefícios que se podem esperar. De nada adiantará esmerar-se num diagnóstico diferencial, se nenhuma das hipóteses levantadas oferece prognóstico favorável.

E, na presença de obstáculos sócio-econômicos ou psicológicos, será boa conduta proceder por etapas, tanto no diagnóstico como na terapêutica, antes de se iniciar esquemas mais elaborados, primeiramente averiguando se o paciente conseguiu cumprir a rotina mais elementar.

QUESTÕES:

1. Quando será justificável abandonar uma conduta mais moderada no uso dos exames complementares, substituindo-a por atitude mais ativa de "documentação" do caso clínico?
2. Em que condições se submeterá à cirurgia um nódulo isolado de tireóide, sem previamente pedir exames complementares?
3. Qual é o grau de sensibilidade e especificidade dos critérios utilizados nas normas de Jones para a febre reumática (classifique-os em ordem crescente de utilidade, de + a +++)?
4. Embora o tratamento da tuberculose dure 1 ano ou 1.1/2 ano (conforme a norma utilizada), a baciloscopia e a cultura tornam-se negativas após 3 ou 4 meses. Como se acompanharia a evolução da infecção, uma vez decorrida esta fase?
5. Uma determinada prova laboratorial tem a especificidade bastante elevada de 99,9%. Que reflexos trará isto no diagnóstico de uma enfermidade cuja incidência é de apenas 1 em cada 10 mil indivíduos, se fizer parte de uma rotina de *check-up*?

13.

A PROFISSÃO

Todos os pacientes internados no hospital-escola são portadores de doenças graves e grande maioria ainda pode ser beneficiada pelo tratamento. Leitos sempre são escassos para as necessidades e não se reservariam vagas, por motivos sociais, para pacientes considerados "casos perdidos", a não ser que sejam, ao mesmo tempo, "casos interessantes". Elevada proporção dos leitos é ocupada pelas clínicas cirúrgicas.

Esta situação pinta ao estudante um quadro irreal da Medicina em seu sentido mais amplo.

Para começar, apenas parcela do atendimento médico tem como cenário o hospital de ensino. A distribuição da demanda médica para uma população norte-americana típica, estudada no decorrer do ano de 1970, foi a seguinte:

População em risco	1.000 indivíduos
Consultaram-se em ambulatório pelo menos uma vez	720 "
Foram admitidos a um hospital pelo menos uma vez	100 "
Foram admitidos a um hospital universitário pelo menos uma vez	10 "

Toda vez que a demanda de saúde é bem atendida, não havendo obstáculos ao freqüente contato entre a população e os profissionais, a Medicina toma aspecto menos dramático. São mais raras as doenças de diagnóstico preciso, as doenças graves; a experiência de um ambulatório do interior demonstrou que cerca de 80% dos pacientes comparecem com queixas que podem ser chamadas benignas, 15% são doenças de média gravidade, somente 5% podendo ser rotuladas de verdadeiramente graves.