RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano V, v.1 2025. | submissão: 04/08/2025 | aceito: 06/08/2025 | publicação: 08/08/2025

Derrame Pleural Recorrente de Etiologia Indeterminada: Relato de Caso com Enfoque Diagnóstico e Prognóstico

Recurrent Pleural Effusion of Undetermined Etiology: Case Report with Diagnostic and Prognostic Focus

Pedro Vasconcelos Aquino de Faria[1], Mauro Rodrigo Muller[1]
[1]E-mail pe1601@hotmail.com. [1]Acadêmicos do curso de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus Sinop.

Resumo
O derrame pleural é uma manifestação comum na prática clínica e pode ser o primeiro indicativo de doenças benignas ou malignas. A diferenciação entre transudato e exsudato, conforme os critérios de Light, constitui um passo essencial na avaliação inicial. Apresentamos um caso de derrame pleural volumoso e recorrente em paciente masculino, com evolução insidiosa, sintomas respiratórios progressivos e imagens compatíveis com neoplasia pleural. A ausência de diagnóstico definitivo mesmo após ampla investigação demonstra os desafios clínicos na elucidação etiológica desses quadros. A discussão inclui hipóteses diagnósticas relevantes, com ênfase em mesotelioma maligno e carcinomatose pleural, bem como critérios clínico-laboratoriais que orientam o raciocínio diferencial.

Palavras-chave: Derrame pleural, Mesotelioma maligno, Citologia pleural, Diagnóstico diferencial, Carcinomatose pleural.

Abstract
Pleural effusion is a common manifestation in clinical practice and may be the first indication of benign or malignant diseases. The differentiation between transudate and exudate, according to Light's criteria, is an essential step in the initial evaluation. We present a case of massive and recurrent pleural effusion in a male patient, with insidious evolution, progressive respiratory symptoms and images compatible with pleural neoplasia. The absence of a definitive diagnosis even after extensive investigation demonstrates the clinical challenges in the etiological elucidation of these conditions. The discussion includes relevant diagnostic hypotheses, with emphasis on malignant mesothelioma and pleural carcinomatosis, as well as clinical-laboratory criteria that guide differential reasoning.

Keywords: Pleural effusion, Malignant mesothelioma, Pleural cytology, Differential diagnosis, Pleural carcinomatosis.

Introdução

O derrame pleural, caracterizado pelo acúmulo de líquido no espaço pleural, pode resultar de diversas condições clínicas. A primeira distinção clínica essencial é entre transudato e exsudato, com os critérios de Light apresentando sensibilidade superior a 98% para identificação de exsudatos, apesar de sua menor especificidade. Exsudatos estão geralmente relacionados a processos inflamatórios locais, como infecções, neoplasias ou doenças autoimunes.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

A neoplasia é a principal causa de exsudato pleural não infeccioso em pacientes com mais de 60 anos. Mesotelioma maligno e carcinomatose pleural representam causas menos frequentes, porém clinicamente relevantes pela gravidade e complexidade diagnóstica envolvidas.

A avaliação inicial do derrame pleural deve considerar fatores epidemiológicos, como idade, sexo, comorbidades e histórico ocupacional. Pacientes com idade avançada e sintomas insidiosos, como neste caso, possuem maior probabilidade de doenças malignas. Dados de Porcel et al. (2021) apontam que até 25% dos pacientes com câncer terão derrame pleural em algum momento da evolução da doença.

Estudos mostram que o mesotelioma pleural maligno representa menos de 1% de todas as neoplasias, porém com incidência aumentada em regiões com histórico de atividade industrial e mineração. O tempo médio de latência entre exposição ao asbesto e manifestação clínica é de 30 a 40 anos, o que se adequa ao histórico do paciente em questão.

Neste contexto, relatamos um caso clínico de derrame pleural linfocítico, volumoso e de repetição, em um paciente idoso, previamente saudável, cuja investigação permanece inconclusiva, embora os dados clínicos e radiológicos apontem fortemente para etiologia maligna.

1. Relato do Caso

Paciente masculino, 69 anos, hipertenso controlado, com histórico ocupacional de longa data em construção civil e garimpo sem uso de EPI, foi admitido com quadro de dispneia progressiva aos mínimos esforços há 8 meses. Referia dor torácica ventilatório-dependente e perda ponderal não intencional de 5 kg no período.

Foi atendido por múltiplas vezes em unidades de urgência, com drenagem torácica repetida à esquerda, sem diagnóstico etiológico. A biópsia pleural guiada por TC foi realizada de forma ambulatorial, ainda sem laudo disponível no momento da internação hospitalar.

Exame físico revelou hipofonese e abolimento do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. TC de tórax evidenciou derrame volumoso com atelectasia do lobo inferior esquerdo, opacidades alveolares no lobo superior e múltiplas formações nodulares pleurais. A TC abdominal mostrou lesões hipodensas no baço e fígado, com realce periférico, sugerindo possíveis metástases.

Análise do líquido pleural revelou exsudato linfocítico (81% de linfócitos), pH 7,0, proteínas totais de 3,08 g/dL e LDH de 222 U/L. ADA não foi dosado. Hemograma

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

demonstrou leucocitose com neutrofilia e anemia normocítica. PCR discretamente elevada e função renal com creatinina em elevação (1,14 → 1,4 mg/dL). Marcadores tumorais e pesquisa para tuberculose não foram realizados até o momento da alta.

2. Discussão

O perfil laboratorial do líquido pleural — exsudato linfocítico com pH baixo — sugere três etiologias principais: neoplasia pleural (primária ou secundária), tuberculose pleural e doenças autoimunes, com as duas primeiras sendo mais prováveis neste caso.

A tuberculose pleural, apesar de cursar com linfocitose e ausência de febre em fases crônicas, é considerada menos provável, visto a ausência de sintomas sistêmicos, epidemiologia pouco favorável e evolução arrastada. O ADA (adenosina deaminase) é marcador útil nesse contexto, mas não foi dosado.

A carcinomatose pleural, geralmente associada a neoplasias de pulmão, mama, ovário e trato gastrointestinal, pode se apresentar com derrames volumosos e recorrentes. O citopatológico do líquido pleural tem sensibilidade de 60-70%, podendo chegar a 90% em adenocarcinomas pulmonares.

Já o mesotelioma maligno — particularmente do tipo epitelioide — deve ser considerado com alta suspeição neste caso, pela associação com exposição prévia a asbesto (trabalho na construção civil e garimpo) e pela presença de nódulos pleurais, espessamento pleural e derrame unilateral volumoso. A citologia do líquido geralmente é negativa, exigindo biópsia pleural ou pleuroscopia para confirmação.

A ausência de células neoplásicas no líquido pleural não exclui malignidade. A sensibilidade da citologia pleural para diagnóstico de mesotelioma é inferior a 30%, conforme dados da ERS/ESTS (2010), sendo a biópsia pleural essencial para confirmação diagnóstica. O uso de toracoscopia médica permite biópsia dirigida sob visão direta e apresenta acurácia diagnóstica superior a 90% nos casos de suspeita de malignidade pleural.

A presença de lesões hepatoesplênicas concomitantes, evidenciadas em exames de imagem, pode indicar disseminação hematogênica ou representar doenças granulomatosas ou infecciosas, como histoplasmose ou leishmaniose, sendo necessário diferenciar essas entidades com exames laboratoriais e histopatológicos apropriados.

Em relação à abordagem terapêutica, o tratamento do mesotelioma é limitado. A combinação de quimioterapia baseada em pemetrexede e cisplatina, além de cirurgia e radioterapia em casos selecionados, compõe o tripé terapêutico. Ainda assim, a resposta é

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

limitada e paliativa, com foco na melhoria da qualidade de vida e alívio sintomático.

O diagnóstico definitivo requer a histopatologia da biópsia pleural, idealmente com imuno-histoquímica para diferenciar entre mesotelioma e metástases. Caso confirmado o diagnóstico de malignidade, PET-CT é indicado para estadiamento e pesquisa de sítio primário em casos de carcinomatose pleural.

O prognóstico depende do diagnóstico final. O mesotelioma pleural maligno possui sobrevida mediana de 6 a 24 meses, a depender do subtipo histológico e do estágio clínico. A carcinomatose pleural geralmente indica estágio IV da doença primária, com sobrevida também limitada.

3. Conclusão

O presente caso evidencia os desafios clínicos e diagnósticos enfrentados na abordagem de pacientes com derrame pleural recorrente e de etiologia inicialmente indeterminada. A suspeita de malignidade deve ser elevada frente a quadros de rápida recorrência, ausência de resposta terapêutica e presença de nódulos pleurais. O histórico ocupacional deve sempre ser investigado, especialmente quanto à exposição a asbesto.

O manejo apropriado exige integração entre clínicos, pneumologistas, radiologistas e patologistas. A identificação precoce da etiologia pode modificar o curso clínico e possibilitar tratamento paliativo adequado, com impacto significativo na qualidade de vida do paciente.

Referências

1. Light RW. Pleural Diseases. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

2. Porcel JM. Pleural effusions due to malignancy. Curr Opin Pulm Med. 2021;27(4):217-223.

3. Scherpereel A, et al. Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. Eur Respir J. 2010;35(3):479-495.

4. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

5. Maskell NA, Butland RJA. BTS guidelines for the investigation of a unilateral pleural effusion in adults. Thorax. 2003;58 Suppl 2: ii8–ii17.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.