

## II CURSO DE AUTÓPSIA – DECLARAÇÃO DE ÓBITO E ELABORAÇÃO DE CAPA FINAL

### CASO 3

#### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: J.C.O.M.                      Sexo: Masculino                      Cor: Branca  
Idade: 62 anos  
Naturalidade: Santa Rita do Passa Quatro – SP  
Residência: São Paulo – SP

**QD:** Hematêmese.

#### HPMA:

Paciente encaminhado para a Santa Casa por hematêmese e dor abdominal (duração e outras características não especificadas).

Paciente acompanhado pela otorrino por tumor de palato descoberto há 6 meses, acompanhado de perda de peso (cerca de 20kg no período) e cerca de 10 episódios de hematêmese. Pedida endoscopia digestiva alta.

**AP:** Etilista pesado desde os 14 anos de idade, tabagista.

#### EXAME FÍSICO:

**Geral:** Paciente em MEG, apresentando episódios de hematêmese em pequenos volumes, estável, hipocorado 2+/4+, eupneico, desidratado +/4+.

**AC:** Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sem sopro. PA 80/50, FC 115

**AR:** Murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios.

**Abdome:** flácido, indolor.

#### Esofagogastroduodenoscopia:

**Hipofaringe e laringe:** lesão vegetoinfiltrativa de parede lateral esquerda, com características hemorrágicas recentes, que se estende para o ligamento laringoepiglótico esquerdo. Nota-se mucosa infiltrada em ligamento faringoepiglótico direito e esquerdo, assim como bandas vestibulares.

**Esôfago:** Apresenta luz livre e mucosa preservada até terço distal, onde se observa aspecto nacarado, com ectasia isolada do pinçamento lateral direito da transição esofagogástrica, a qual encontra-se no nível do pinçamento diafragmático.

#### Conclusão:

1. Compatível com neoplasia de faringe/laringe.
2. Esofagite não erosiva distal
3. Ectasia isolada de transição esofagogástrica
4. Deformidade bulbar (pseudodivertículo)
5. Realizada biópsia

#### Evolução:

**Geral:** MEG, descorado +/4+, hidratado, febril (Tmax:40°C), acianótico, anictérico, instável hemodinamicamente em uso de vasopressina (40 mL/h) + noradrenalina (27 mL/h - 0,4 mg/Kg/min), sedado + analgesia.

ACV: BRNF, sem sopros, PA= 80x60 mmHg, FC= 130 bpm

AR: MV + bilateral com EC até 1/3 médio bilateral; traqueostomia com saída de secreção sanguinolenta.

Abdome: RHA+, globoso, tenso, círculo de Skoda +, sem massa palpável.

Extremidades: edemaciado difusamente 2+/4+, sem sinais de Trombose venosa profunda, perfusão periférica lentificada, pulsos fracos e finos.

Neurológico: SAS 1

**HD:**

Tumor de hipofaringe e laringe.

Pneumonia extensa bilateral >> choque séptico

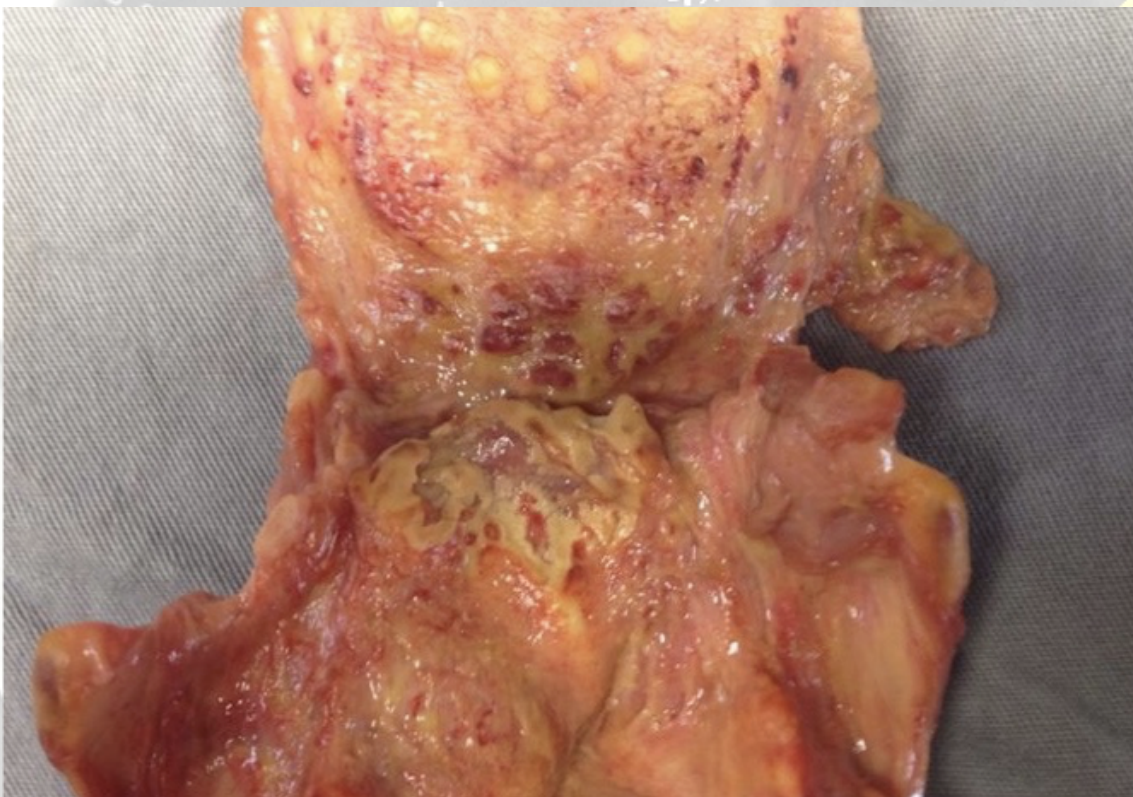
Sangramento oral extenso >> choque hipovolêmico

Choque séptico refratário de foco pulmonar

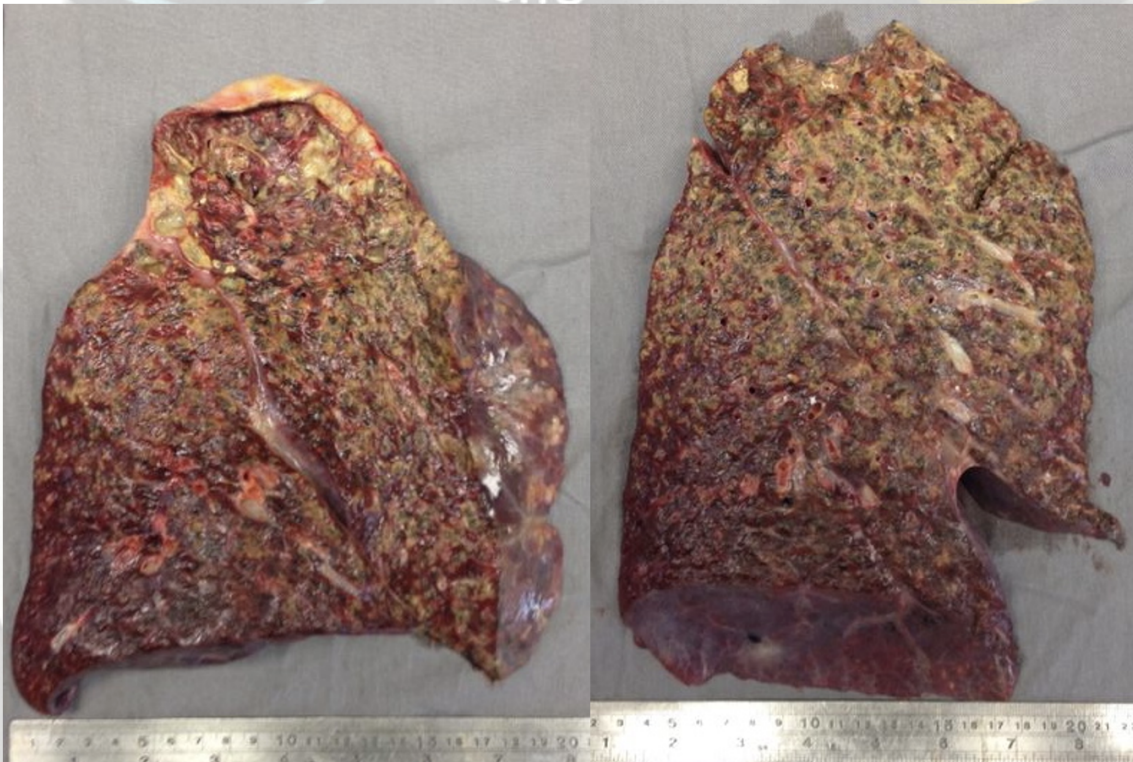
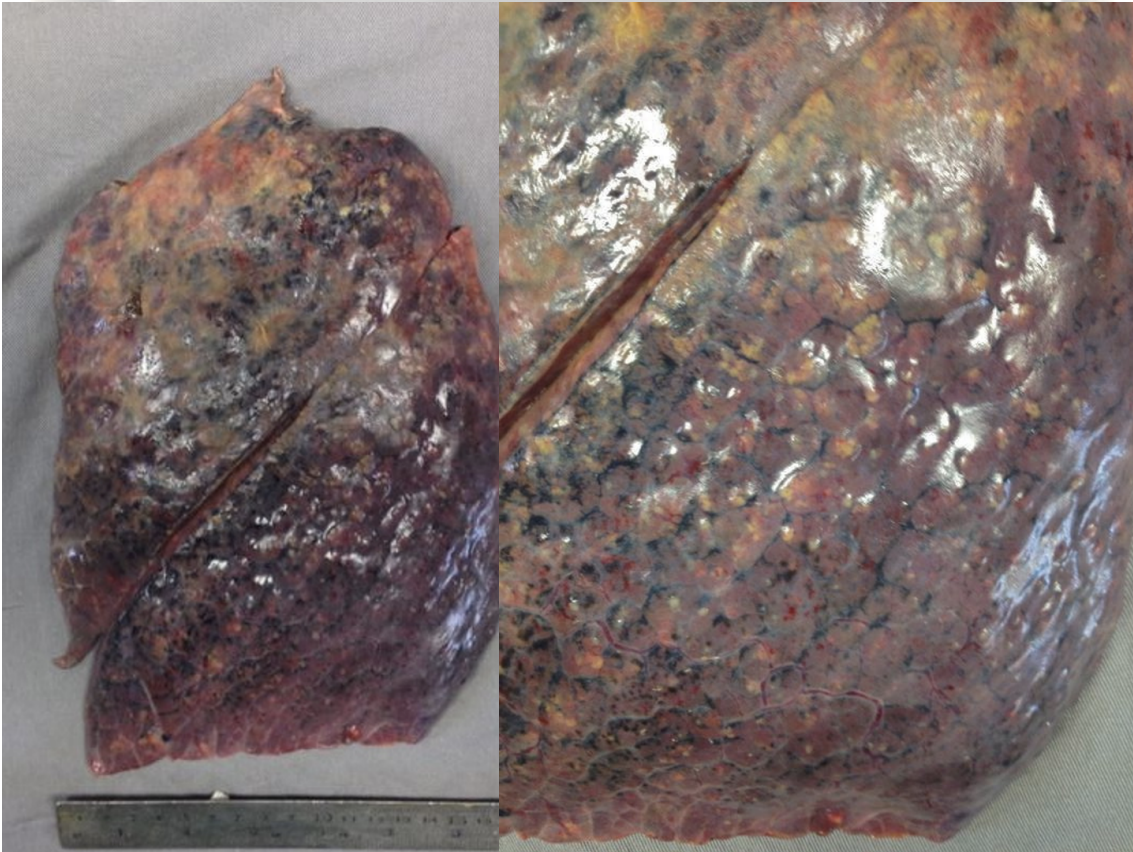
IRA + hipercalemia refratária

ACHADOS DE NECRÓPSIA:

**Lesão laríngea - ulcerada e destrutiva, com áreas de necrose**



**Pulmões pesaram 1960g D e E 1900g - Pontilhado esbranquiçado / amarelado difuso**

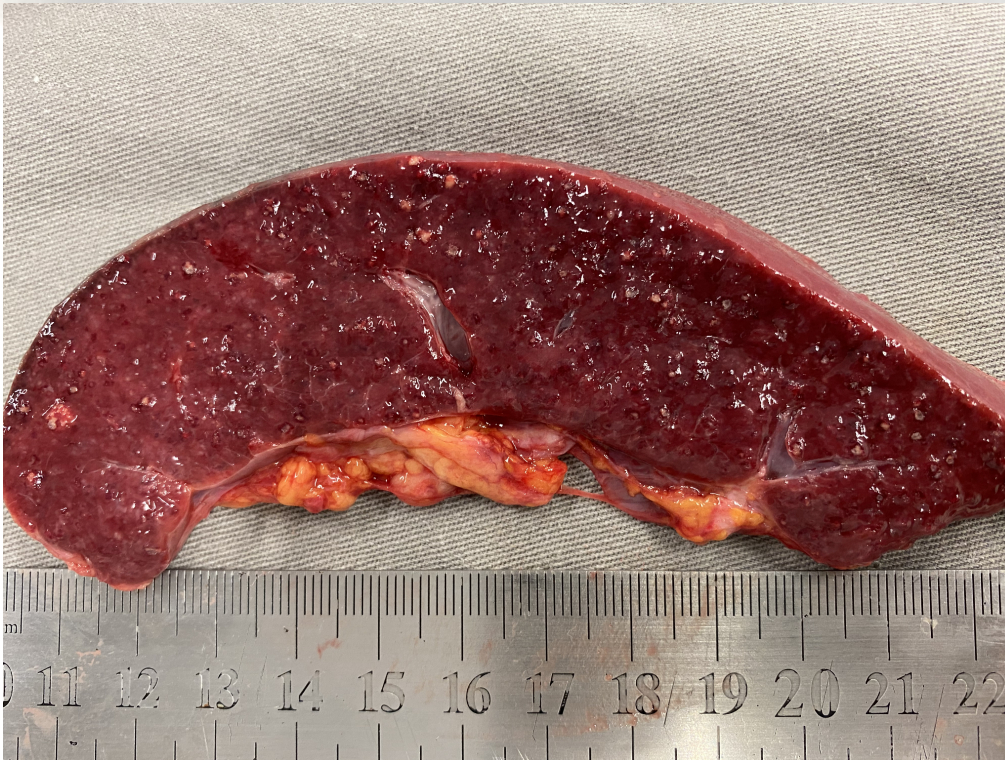


**Pulmões difusamente condensados com cavernas em ambos os ápices. Aspecto de disseminação bronco-gênica.**



**Fígado (1400g) levemente amarelado e com pontilhado vinho discreto.**

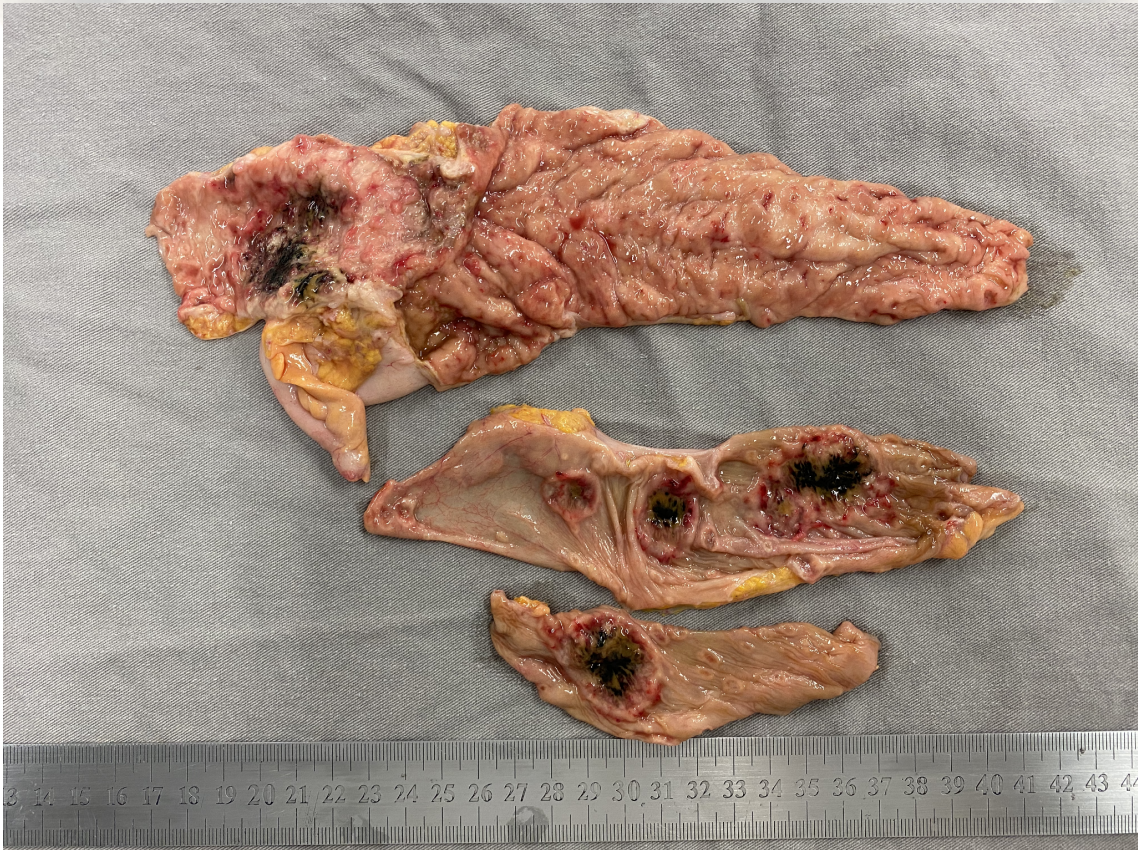




**Baço (350g) amolecido e com discreto pontilhado esbranquiçado.**



**Cavidade abdominal - Lesões em alças intestinais - íleo e ceco. Abertura revela úlceras transversais**



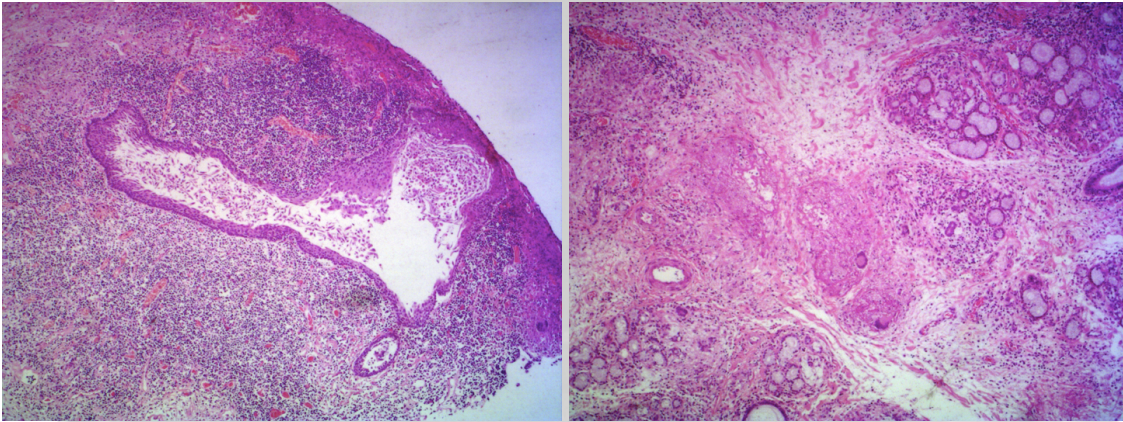
**Rim (280 g cada) com discretas áreas amareladas**



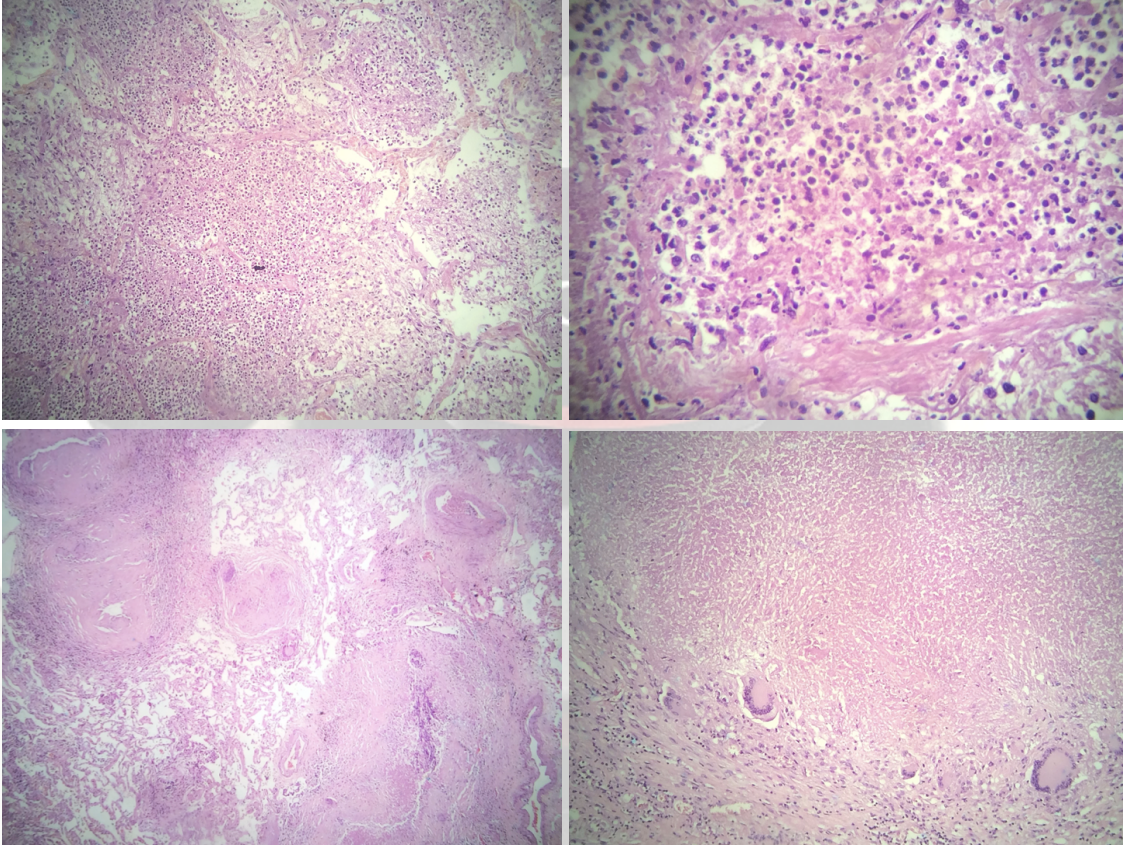
**ATENÇÃO: PREENCHA O ATESTADO CONSIDERANDO APENAS OS ACHADOS MACROSCÓPICOS DA AUTÓPSIA.**

**ABAIXO VOCÊ ENCONTRARÁ OS ACHADOS HISTOLÓGICOS PARA QUE VOCÊ CONSIGA FAZER O FECHAMENTO DO CASO.**

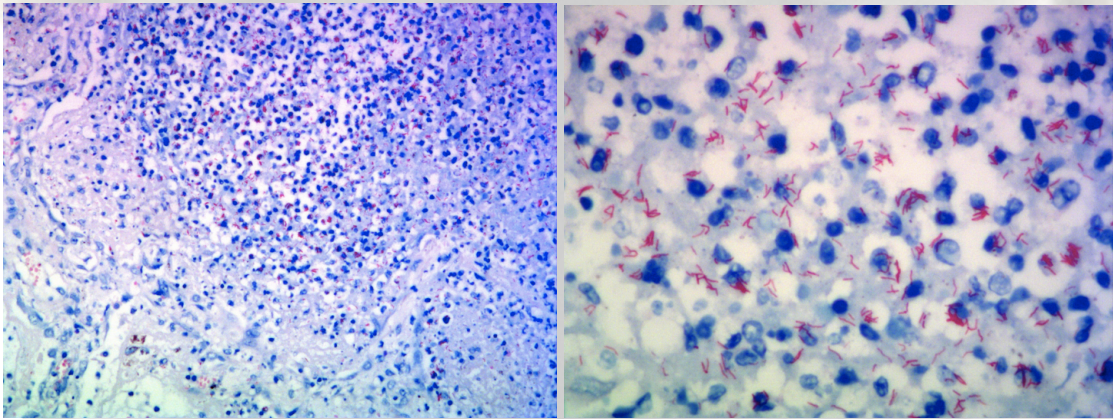
**Biópsia de laringe**



**Pulmão**

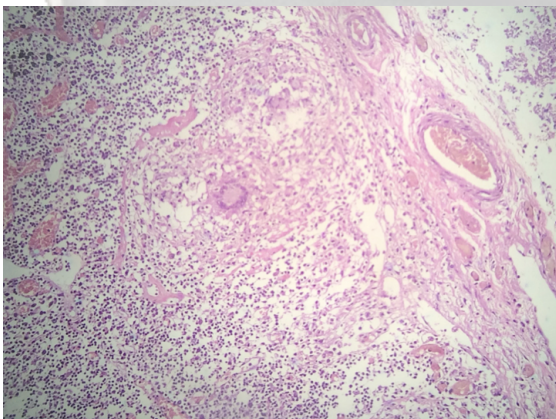




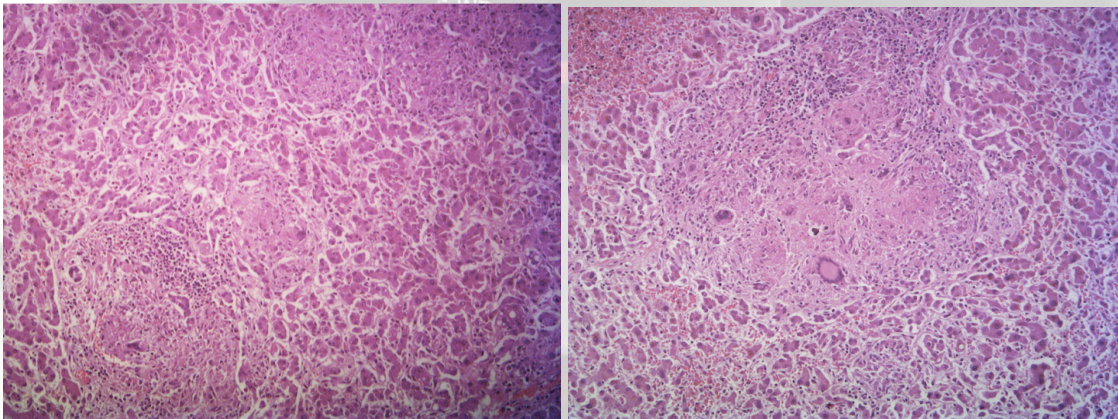


**Coloração de Ziehl-Neelsen**

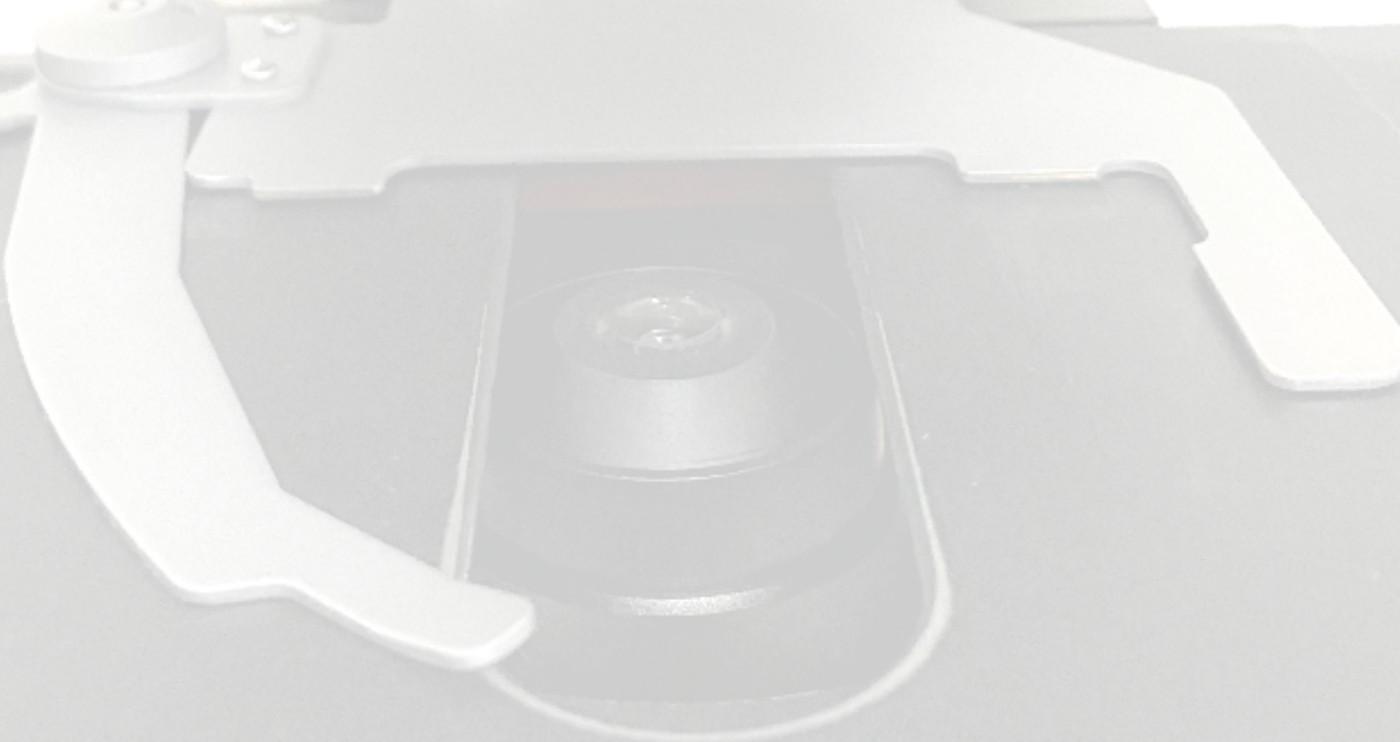
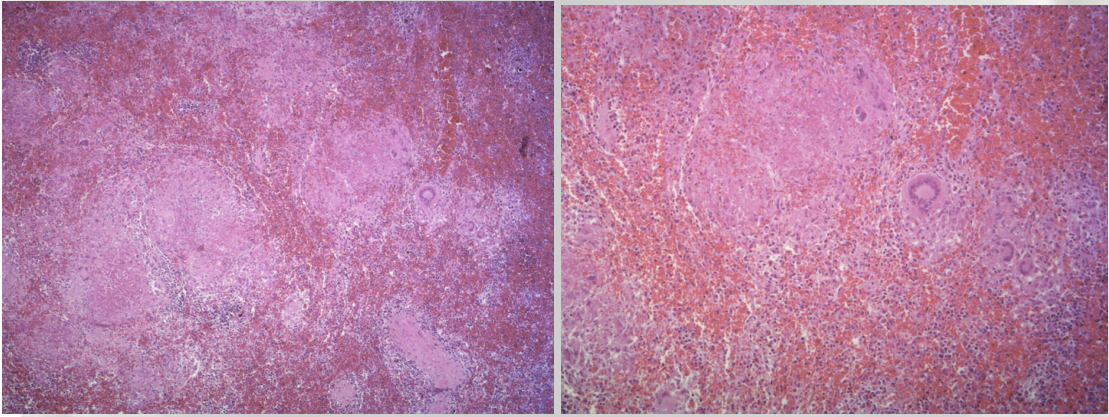
**Linfonodo**



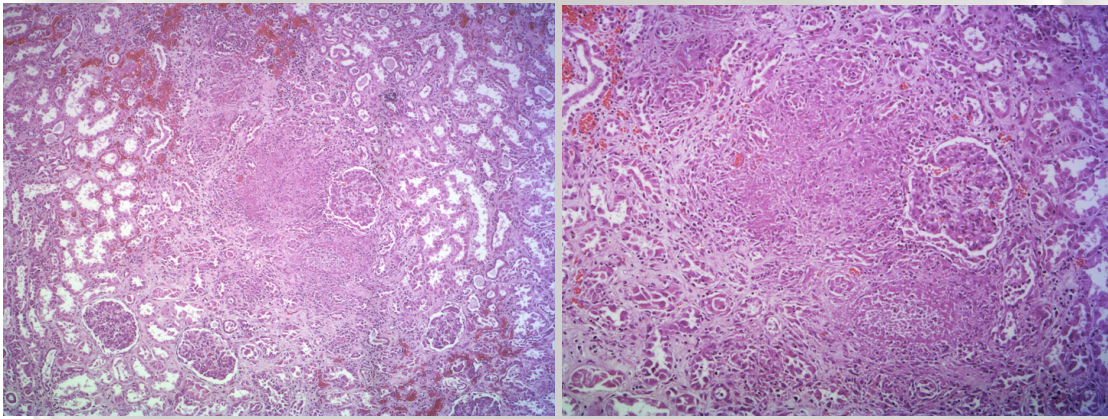
**Fígado**



**Baço**



Rins



Medula óssea

