# CONGRESSO MÉDICO DA REGIÃO CENTRO-SUL

Resumo

# PARACOCCIDIOIDOMICOSE COM ACOMETIMENTO DA CAVIDADE ORAL - RELATO DE CASO

Barbara Larissa Silva[1], Fernanda Cunha Nascimento Conceição[1], Isabella Oliveira Rocha[1], Luisa Lisboa Abdo[1], Marcus Vinicius de Paula da Silva[2].

1. Faculdade de Medicina de Barbacena
2. Faculdade de Medicina de Barbacena

Autor correspondente: Luisa Lisboa Abdo. E-mail: luisaabdo365@gmail.com

**Introdução:** A paracoccidioidomicose é uma doença micótica causada por fungos termicamente dimórficos do gênero Paracoccidioides. Apenas uma minoria dos pacientes eventualmente desenvolve doença clinicamente manifesta. Após a inalação, os paracoccidioides geralmente causam infecção pulmonar assintomática. Se a infecção não for contida pelo hospedeiro, a doença pode evoluir para um de dois padrões: formas aguda ou crônica, sendo esta responsável por até 90% dos casos e classificada como unifocal ou multifocal. A doença envolve, comumente, mais de um órgão, tendo pulmões, mucosas e pele como os locais mais acometidos. É considerada uma das dez causas de morbimortalidade por doença infecciosa crônica no Brasil, com taxa de mortalidade de aproximadamente 1,65 casos/1.000.000 de habitantes, incidência maior em homens de 30 a 50 anos e trabalhadores rurais. Os pacientes podem manifestar sintomas inespecíficos, como febre, emagrecimento, linfadenopatia, além de hepatoesplenomegalia, massas abdominais e anemia. No estudo em questão, o paciente apresentou ulceração granulomatosa, de textura irregular, com pontos hemorrágicos, característicos de estomatite moriforme, localizada em gengiva palatina direita, além de sintomatologia pulmonar. Este trabalho visa relatar o caso de um paciente com Paracoccidioidomicose com acometimento da cavidade oral, destacando a importância da abordagem multiprofissional com o cirurgião dentista. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, trabalhador rural, previamente hígido, apresentou, há 8 meses, lesão ulcerada, de aspecto granulomatoso e petéquias em região de gengiva palatina direita, associado à dispneia aos grandes esforços, tosse seca e emagrecimento de 7 quilos em 5 meses. Nega tabagismo. Ao exame físico da admissão, regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico e afebril. Pressão arterial de 140x80 mmHg, ausculta cardíaca com ritmo regular em dois tempos e bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto, aparelho respiratório com murmúrio vesicular positivo e estertores pulmonares finos nas bases dos pulmões, abdome sem alteração. No exame intraoral, constatou-se lesão ulcerada com aspecto moriforme em gengiva palatina direita (Figura 1). Exames complementares: Eletrocardiograma evidenciando ritmo sinusal, intervalo PR curto; Radiografia de tórax mostrando transparência pulmonar comprometida por infiltrado intersticial grosso, peri-hilar, bilateral que se estende para a periferia, seios costofrênicos livres (Figura 2). **Discussão:** Apesar de ser considerada uma das maiores causas de morbimortalidade por doença infecciosa crônica no Brasil, a Paracoccidioidomicose ainda é negligenciada por apresentar altas taxas de prevalência e de letalidade. Neste trabalho, nota-se a presença de estomatite moriforme, característico da infecção por Paracocidioides spp., além de alterações radiográficas pulmonares, o que contrapõe a epidemiologia de que a maioria dos pacientes não desenvolve sintomas ou podem manifestar sintomatologia inespecífica. O paciente em questão foi encaminhado ao cirurgião dentista para ser submetido a biópsia da lesão, que evidenciou acantose, infiltrado inflamatório mononuclear e neutrofílico ulcerado com células gigantes multinucleadas, notando-se ainda estruturas compatíveis com Paracoccidioides spp. Prescrito tratamento com Itraconazol por, no mínimo, 6 meses e espera-se melhora do quadro clínico.

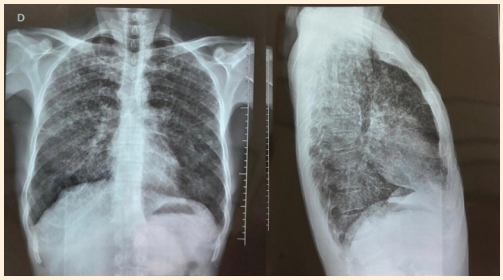
**Palavras-chave:** Paracoccidioidomicose. Pneumopatias Fúngicas. Relatos de Casos.

**Figura 1** – Estomatite moriforme.



Fonte: Journal of Infection and Public Health. **Oral paracoccidioidomycosis in a single-center retrospective analysis from a Brazilian southeastern population.** Out. 2017.

**Figura 2** – Radiografia de tórax em PA e Perfil.



Abstract

# PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS WITH ORAL CAVITY AFFECTIONS - CASE REPORT

Barbara Larissa Silva[1], Fernanda Cunha Nascimento Conceição[1], Isabella Oliveira Rocha[1], Luisa Lisboa Abdo[1], Marcus Vinicius de Paula da Silva[2].

[1]Barbacena Medical School – FAME/FUNJOBE
[2]Barbacena Medical School – FAME/FUNJOBE

Autor correspondente: Luisa Lisboa Abdo. E-mail: luisaabdo365@gmail.com

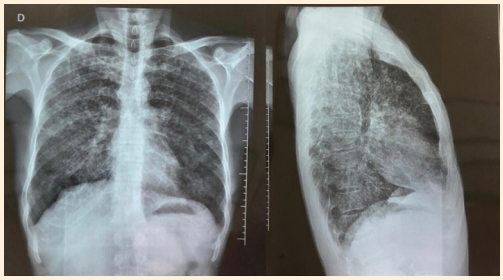
**Introduction**: Paracoccidioidomycosis is a mycotic disease caused by thermally dimorphic fungi of the genus Paracoccidioides. Only a minority of patients eventually develop clinically overt disease. After inhalation, paracoccidioids usually cause asymptomatic lung infection. If the infection is not contained by the host, the disease can evolve into one of two patterns: acute or chronic, which is responsible for up to 90% of cases and classified as unifocal or multifocal. The disease commonly involves more than one organ, with lungs, mucous membranes and skin as the most affected sites. It is considered one of the ten causes of morbidity and mortality from chronic infectious disease in Brazil, with a mortality rate of approximately 1.65 cases / 1,000,000 inhabitants, with a higher incidence in men aged 30 to 50 years and rural workers. Patients may manifest nonspecific symptoms, such as fever, weight loss, lymphadenopathy, in addition to hepatosplenomegaly, abdominal masses and anemia. In the study in question, the patient presented granulomatous ulceration, of irregular texture, with hemorrhagic points, characteristic of moriform stomatitis, located in the right palatal gingiva, in addition to pulmonary symptoms. This work aims to report the case of a patient with Paracoccidioidomycosis with involvement of the oral cavity, highlighting the importance of a multidisciplinary approach with the dental surgeon. **Case report**: Male patient, 43 years old, rural worker, previously healthy, presented, 8 months ago, an ulcerated lesion, with granulomatous aspect and petechiae in the region of the right palatal gingiva, associated with dyspnea on great efforts, dry cough and weight loss of 7 kilos in 5 months. He denies smoking. Upon physical examination on admission, regular general condition, flushed, hydrated, acyanotic, anicteric and afebrile. Blood pressure of 140x80 mmHg, cardiac auscultation with regular rhythm in two times and normophonetic sounds, heart rate of 70 beats per minute, respiratory system with positive breath sounds and thin pulmonary rales at the bases of the lungs, abdomen without alteration. In the intraoral examination, an ulcerated lesion with a moriform aspect was found in the right palatal gingiva (Figure 1). Complementary tests: Electrocardiogram showing sinus rhythm, short PR interval; Chest radiography showing pulmonary transparency compromised by a thick, perihilar, bilateral interstitial infiltrate that extends to the periphery, free costophrenic sinuses (Figure 2). **Discussion**: Despite being considered one of the major causes of morbidity and mortality from chronic infectious disease in Brazil, Paracoccidioidomycosis is still neglected due to its high prevalence and lethality rates. In this study, we note the presence of moriform stomatitis, characteristic of infection by Paracocidioides spp., In addition to pulmonary radiographic changes, which opposes the epidemiology that most patients do not develop symptoms or may manifest non-specific symptoms. The patient in question was referred to the dentist to undergo biopsy of the lesion, which showed acanthosis, mononuclear and neutrophilic inflammatory infiltrate with multinucleated giant cells, noting structures compatible with Paracoccidioides spp. Prescribed treatment with Itraconazole for at least 6 months and improvement of the clinical picture is expected.
**Keywords**: Paracoccidioidomycosis. Fungal Lung Diseases. Case Reports.

**Figure 1** – Lesion with moriform aspect.



Source: Journal of Infection and Public Health. **Oral paracoccidioidomycosis in a single-center retrospective analysis from a Brazilian southeastern population.** Oct. 2017.

**Figure 2** – Chest radiography.



Resumo

# MIXOMA ATRIAL DIREITO, UM RELATO DE CASO

Rafael Fernandes Rodrigues[1], Thiago Piterman Martins[1], Clara Duarte Costa Pinto[1], Tânia Maria Gonçalves Quintão[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena

Autor correspondente: Clara Duarte Costa Pinto. E-mail: claraduarte974@gmail.com

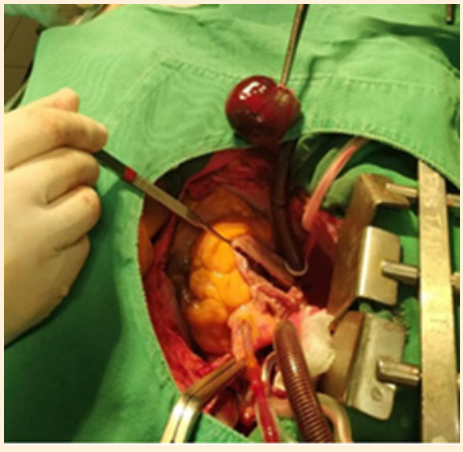
**INTRODUÇÃO:** O mixoma é a neoplasia benigna mais comum entre os tumores cardíacos primários, de caráter benigno, localiza-se na maioria dos casos no átrio esquerdo, apenas 18% no átrio direito. Geralmente esses tumores têm um curso indolente, entretanto podem apresentar queixas cardiovasculares, síndrome constitucional ou eventos embólicos. O diagnóstico é feito em associação da clínica com exames de imagem e possuem um bom prognóstico quando abordados adequadamente. Este relato aborda um caso raro de mixoma de átrio direito, com prolapso para o ventrículo direito, através da valva tricúspide, em uma paciente de 67 anos, com dispneia em repouso. **RELATO DE CASO:** MLMN, 67 anos, sexo feminino, hipertensa, tabagista, admitida com queixa de dispneia progressiva há 15 dias, associada a edema de membros inferiores e ortopneia. Ao exame físico apresenta-se torporosa, pressão arterial 90/60 mmHg, ausculta cardíaca evidenciava ritmo cardíaco regular com presença de sopro em foco mitral. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente reduzido com presença de estertores finos bilateralmente e frequência respiratória de 28 irpm. Solicitado ecocardiograma que evidenciou imagem ecogênica no interior do átrio direito, móvel, arredondada, com limites definidos, medindo cerca de 4.5 X 3.3 cm, aparentemente aderida ao septo interatrial. Durante a diástole, a tumoração adentrava o ventrículo direito através da valva tricúspide, turbilhonando o fluxo sanguíneo diastólico. Gradientes trasvalvares máximo de 14 mmHg e médio de 5 mmHg, com velocidade máxima de 1,87 m/s. Dimensões ventriculares preservadas e aumento biatrial leve, com fração de ejeção ventricular estimada em 65%. Imagem sugestiva de mixoma atrial. A pressão sistólica em artéria pulmonar estimada através da regurgitação tricúspide de 41 mmHg. Diante do exposto, a paciente foi encaminhada para exérese cirúrgica do tumor. **DISCUSSÃO:** O mixoma, apesar de raro, é a neoplasia primária mais comum do coração. Com uma incidência aproximada entre 0,001% a 0,01%, é responsável por mais de 50% dos tumores cardíacos. De caráter benigno, localiza-se na maioria dos casos no átrio esquerdo, sendo apenas 18% no átrio direito e mais raramente nos ventrículos ou multicêntricos. De modo geral, manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas compõe uma tríade clássica e podem ser observadas na maior parte dos pacientes. A depender do tamanho, os tumores atriais podem dificultar o fluxo sanguíneo pelas valvas atrioventriculares e mimetizar estenoses valvares. No mixoma de átrio direito, podem ser observados, insuficiência cardíaca direita, edema periférico, congestão hepática e síncope em consequência da obstrução da valva tricúspide. A paciente em questão possuía um tumor atrial que invaginava para o ventrículo na fase diastólica, que eram acompanhados de sintomas de dispnéia e edemas de membros inferiores. O diagnóstico é feito a partir da associação da clínica com exames de imagem. O ecocardiograma é altamente específico e sensível na detecção desses tumores. Embora o ecocardiograma transtorácico seja menos invasivo e apresente uma sensibilidade de 95% na detecção de mixomas, a sensibilidade diagnóstica pode atingir 100% quando sucedido de uma ecocardiografia transesofágica. A exérese tumoral é a única terapêutica possível apresentando uma taxa de sobrevida alta com resultados satisfatórios.

**Palavras-chave:** Mixoma. Neoplasias cardíacas. Átrios do coração.

**Figura 1.** Ecocardiograma mostrando tumoração atrial pediculada de 4.5 X 33 cm, com imaginação ventricular, sugestiva de mixoma.




**Figura 2.** Exérese cirúrgica da tumoração atrial.



Abstract

# RIGHT ATRIAL MIXOMA, A CASE REPORT

Rafael Fernandes Rodrigues[1], Thiago Piterman Martins[1], Clara Duarte Costa Pinto[1], Tânia Maria Gonçalves Quintão[1].

[1]Barbacena Medical School – Fame/Funjobe

Autor correspondente: Clara Duarte Costa Pinto. E-mail: claraduarte974@gmail.com

**INTRODUCTION**: Myxoma is the most common benign neoplasm among primary cardiac tumors, of a benign character, located in most cases in the left atrium, only 18% in the right atrium. Generally, these tumors have an indolent course, however they may have cardiovascular complaints, constitutional syndrome or embolic events. The diagnosis is made in association of the clinic with imaging tests and has a good prognosis when properly addressed. This report addresses a rare case of myxoma of the right atrium, with prolapse to the right ventricle, through the tricuspid valve, in a 67-year-old patient with dyspnea at rest. **CASE REPORT**: MLMN, 67 years old, female, hypertensive, smoker, admitted with a complaint of progressive dyspnea for 15 days, associated with lower limb edema and orthopnea. On physical examination, he was torpor, blood pressure 90/60 mmHg, cardiac auscultation showed a regular cardiac rhythm with the presence of a murmur in the mitral focus. Pulmonary auscultation with universally reduced breath sounds with the presence of fine crackles bilaterally and a respiratory rate of 28 irpm. Echocardiogram was requested, which showed an echogenic image inside the right atrium, mobile, rounded, with defined limits, measuring about 4.5 X 3.3 cm, apparently adhered to the interatrial septum. During diastole, the tumor entered the right ventricle through the tricuspid valve, whirling the diastolic blood flow. Maximum transvalvular gradients of 14 mmHg and average of 5 mmHg, with a maximum speed of 1.87 m / s. Preserved ventricular dimensions and slight biatrial increase, with an estimated 65% ventricular ejection fraction. Suggestive image of atrial myxoma. The systolic pressure in the pulmonary artery estimated through 41 mmHg tricuspid regurgitation. In view of the above, the patient was referred for surgical excision of the tumor. **DISCUSSION**: Myxoma, although rare, is the most common primary neoplasm of the heart. With an incidence of approximately 0.001% to 0.01%, it is responsible for more than 50% of cardiac tumors. Of benign character, it is located in most cases in the left atrium, being only 18% in the right atrium and more rarely in the ventricles or multicentric. In general, constitutional, embolic or obstructive manifestations make up a classic triad and can be seen in most patients. Depending on the size, atrial tumors can hamper blood flow through atrioventricular valves and mimic valve strictures. In the myxoma of right atrium, right heart failure, peripheral edema, liver congestion and syncope as a result of obstruction of the tricuspid valve can be observed. The patient in question had an atrial tumor that invaginated to the ventricle in the diastolic phase, which were accompanied by symptoms of dyspnea and edema of the lower limbs. The diagnosis is made by associating the clinic with imaging tests. The echocardiogram is highly specific and sensitive in detecting these tumors. Although the transthoracic echocardiogram is less invasive and has a sensitivity of 95% in the detection of myxomas, the diagnostic sensitivity can reach 100% when a transesophageal echocardiography is performed. Tumor excision is the only possible therapy with a high survival rate with satisfactory results.

**Keywords:** Myxoma. Cardiac neoplasms. Atria heart

Resumo

# SUSPEITA DE TROMBOCITOSE ESSENCIAL ASSOCIADA À MUTAÇÃO V617 NO GENE JAK2 E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: RELATO DE CASO

Ana Clara Martins Quirino[1], Ana Laura mesquita Teixeira[1], Iandra de Freitas Oliveira[1], Samia Carolina Rodrigues Néri[1], Marcelo Dias de Castro[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME/FUNJOB
[2] Universidade Federal de Juiz De Fora – UFJF

Autor correspondente: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino@hotmail.com

**INTRODUÇÃO**: A trombocitose essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa benigna caracterizada por hiperproliferação de megacariócitos na medula óssea, com consequente trombocitose periférica favorecendo episódios trombo-hemorrágicos. Corresponde a um terço das neoplasias mieloproliferativas negativas para BCR-ABL, predominantemente no sexo feminino (2:1) e idade média ao diagnóstico de 60 anos. A avaliação de um paciente com suspeita envolve a exclusão de policitemia vera, mielofibrose primária, leucemia mieloide crônica, trombocitose reativa e outras doenças mieloproliferativas com o mesmo comportamento biológico. **RELATO DE CASO**: Paciente feminino, 75 anos, procura o ambulatório de hematologia por plaquetose ao hemograma. Nega histórico de trombose. Relata exames pós-operatórios de seguimento de colecistectomia realizados há dois meses evidenciando trombocitose (679.000 plaquetas/mm$^3$) com ligeiras discrepâncias morfológicas. A investigação diagnóstica demonstrou 662.000 plaquetas/mm$^3$, mutação JAK2v617f presente, translocação qualitativa do gene BCR-ABL não detectado, provas de atividade inflamatória negativa e ausência de anemia. Evoluiu com prurido intenso e generalizado e episódios de dor em cólica no abdome inferior. Ausência de alterações ao exame físico. Mediante suspeita de trombocitose essencial, a paciente foi medicada com agente antiplaquetário oral e encaminhada para realização de biópsia de medula óssea para avaliação de fibrose medular e escolha do melhor quimioterápico. **DISCUSSÃO**: Com a descoberta do cromossomo Philadelphia, as síndromes mieloproliferativas se restringiram a um grupo cromossomo Philadelphia negativo, do qual compreende a trombocitose essencial. O critério diagnóstico deve conter todos os quatro critérios maiores (plaquetas > 450.000/mm$^3$; biópsia de medula óssea mostrando principalmente hiperproliferação da linhagem megacariocítica, com núcleo hiperlobulado e agrupados na ausência de mieolodisplasia ou fibrose; ausência de critérios para outras neoplasias mieloides; presença das mutações JAK2, CALR ou MPL) ou os três primeiros maiores e o menor (presença de marcador clonal ou ausência de evidência para trombocitose reativa). Sua etiologia não está bem elucidada na literatura, mas foi evidenciada uma mutação genética JAK2v617f comum a essas três doenças. A JAK2 é uma tirosina quinase citoplasmática com papel importante para a transdução de sinal de vários receptores de fator de crescimento hematopoiético que foi relacionada com maior chance de evolução para trombose e acidente vascular cerebral isquêmico em pacientes com TE. O quadro clínico cursa com manifestações inespecíficas, cerca de 85% dos pacientes são assintomáticos, e o diagnóstico é acidental a partir da avaliação laboratorial. Os sintomas são mais significativos diante das repercussões trombo-hemorrágicas em órgãos alvos, promovendo quadros graves. Nota-se que as complicações estão diretamente relacionadas com o número de plaquetas e tempo de exposição à trombocitosose, vasculopatias e trombofilias. Para tal, há uma estratificação de risco na qual a doença é classificada em baixo, intermediário e alto risco para individualização da conduta. Uma vez que a doença não tem cura, o tratamento é voltado para a prevenção das complicações e este pode ser realizado a partir da plaquetose promovida por quimioterápicos ou pelo uso crônico de antiplaquetário, a depender da estratificação. Mediante seguimento adequado, a patologia apresenta bom prognóstico com sobrevida estimada superior a quinze anos. O bloqueio da mutação JAK2v617f apresenta-se como perspectiva de terapia-alvo, mas ainda carece de mais estudos.

**Palavras-chave**: Trombocitose. Doença crônica. Neoplasia. Hematologia. Mutação.

Abstract

# SUSPECTED ESSENTIAL THROMBOCYTOSIS ASSOCIATED WITH THE V617 MUTATION IN THE JAK2 GENE AND ITS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS: CASE REPORT

Ana Clara Martins Quirino[1], Ana Laura mesquita Teixeira[1], Iandra de Freitas Oliveira[1], Samia Carolina Rodrigues Néri[1], Marcelo Dias de Castro[2].

[1] Barbacena Medical School - FAME/FUNJOB
[2] Federal University of Juiz De Fora - UFJF

Autor correspondente: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino@hotmail.com

**INTRODUCTION**: Essential thrombocythemia (ET) is a benign myeloproliferative neoplasm characterized by hyperproliferation of megakaryocytes in the bone marrow, with consequent peripheral thrombocytosis, favoring thrombo-hemorrhagic episodes. It corresponds to one third of BCR-ABL negative myeloproliferative neoplasms, predominantly in females (2:1) and mean age at diagnosis of 60 years. The evaluation of a suspected patient involves excluding polycythemia vera, primary myelofibrosis, chronic myeloid leukemia, reactive thrombocytosis, and other myeloproliferative diseases with the same biological behavior. **CASE REPORT**: Female patient, 75 years old, sought out the hematology clinic for thrombocytosis for hemogram. She denies history of thrombosis. Reports postoperative follow-up examinations of cholecystectomy performed two months ago showing thrombocytosis (679,000 platelets/mm³) with slight morphological discrepancies. The diagnostic investigation showed 662,000 platelets/mm³, JAK2v617f mutation present, qualitative translocation of the BCR-ABL gene not detected, evidence of negative inflammatory activity and absence of anemia. It evolved with intense and generalized itching and episodes of colicky pain in the lower abdomen. Absence of changes on physical examination. Upon suspicion of essential thrombocytosis, the patient was medicated with an oral antiplatelet agent and referred for a bone marrow biopsy to assess medullary fibrosis and choose the best chemotherapy. **DISCUSSION**: With the discovery of the Philadelphia chromosome, myeloproliferative syndromes were restricted to a Philadelphia chromosome negative group, which comprises essential thrombocytosis. The diagnostic criteria must contain all four major criteria (platelets > 450,000/mm³; bone marrow biopsy mainly showing hyperproliferation of the megakaryocytic lineage, with hyperlobulated nucleus and grouped in the absence of myelodysplasia or fibrosis; absence of criteria for other myeloid neoplasms; presence of JAK2, CALR or MPL mutations) or the first three major and minor (presence of clonal marker or absence of evidence for reactive thrombocytosis). Its etiology is not well elucidated in the literature, but a JAK2v617f genetic mutation common to these three diseases was evidenced. JAK2 is a cytoplasmic tyrosine kinase with an important role in the signal transduction of several hematopoietic growth factor receptors that has been linked to a higher chance of progression to thrombosis and ischemic stroke in patients with ET. The clinical picture progresses with nonspecific manifestations, around 85% of patients are asymptomatic, and the diagnosis is accidental based on laboratory evaluation. Symptoms are more significant in the face of thrombo-hemorrhagic repercussions in target organs, promoting serious conditions. It is noted that complications are directly related to the number of platelets and time of exposure to thrombocytosis, vasculopathies and thrombophilias. For this, there is a risk stratification in which the disease is classified as low, intermediate and high risk for individualization of the conduct. Since the disease has no cure, the treatment is aimed at preventing complications and this can be carried out based on thrombocytosis promoted by chemotherapy or by the chronic use of antiplatelet drugs, depending on the stratification. Upon proper follow-up, the pathology has a good prognosis with an estimated survival of more than fifteen years. Blocking the JAK2v617f mutation is presented as a target therapy perspective, but further studies are needed.
**Keywords**: Thrombocytosis. Chronic disease. Neoplasm. Hematology. Mutation.

Resumo

# MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA EM PACIENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA CRÔNICA E USO DE IMUNOBIOLÓGICOS: RELATO DE CASO

Isabela Pinto Braga[1], Karolline Souza Guimarães[1], Rafael Affonso de Rezende Oliveira[2], Júlia Kássia Pereira[2], Francisco de Assis Pinto Cabral Junior Rabello[3].

1 Centro Universitário de Belo Horizonte- UNIBH
2 Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE
3 Universidade Federal Fluminense – UFF

Autor correspondente: Júlia Kássia Pereira . E-mail: juliakassiapereira@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** Estima-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo da tuberculose. Essa doença se comporta de forma latente em 95% dos infectados e pode manifestar-se com comprometimento dos pulmões ou na forma extrapulmonar. É a efetividade do sistema imune do indivíduo, definida pelo status imune do paciente, relacionado também ao uso de medicações imunossupressoras, que irá influenciar o ponto de equilíbrio do processo. Por exemplo, no tratamento de doenças inflamatórias justifica-se o uso de drogas anti-TNF-α, por ser a principal citocina sinalizadora e reguladora do processo inflamatório. Contudo, o TNF-α é fundamental também para a defesa imunológica contra *M. tuberculosis*, particularmente para a formação e a manutenção do granuloma. **RELATO DE CASO:** Paciente de 38 anos, masculino, com diagnóstico prévio de Doença de Crohn, fazia uso de infliximab, evoluiu em setembro de 2020 com quadro de cefaleia de forte intensidade, associado a mialgia, diarreia, confusão mental, rigidez de nuca, rebaixamento do nível de consciência, desvio da comissura labial para a direita, paralisia bilateral do nervo abducente, nistagmo horizontal e ataxia dos 4 membros. Realizou punção lombar solicitada na admissão que apresentou: cultura para aeróbios negativa, ausência de microorganismos coráveis pelo método de GRAM no líquor, VDRL não reagente, BAAR negativo e ausência de fungos no líquor. A análise bioquímica apresentou linfocitose e presença de hemácias, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia (tabela 1). Após apresentar tomografia computadorizada do crânio com assimetria do ventrículo lateral o paciente foi direcionado à ressonância magnética evidenciando lesão cística com captação anelar de contraste em corno anterior esquerdo aderido ao septo pelúcido. Com base nos achados de imagem foram solicitados o PCR para *Mycobacterium tuberculosis* (positivo) e ELISA para anticorpos anti-cisticerco no líquor (negativo), confirmando o diagnóstico de meningoencefalite tuberculosa e presença de tuberculoma (RNM). Paciente iniciou tratamento com RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol), que se manteve por 10 meses, associada a corticoterapia. Em oito meses o paciente foi reavaliado com melhora completa dos sintomas, presença de exame clínico e laboratorial de controle sem alterações. **DISCUSSÃO:** A sensibilidade da pesquisa de BAAR no líquor é baixa (20%), sendo recomendada coleta de 3 amostras seriadas, se possível com maior volume de líquor (25ml) para sensibilizar a técnica. Essa amostra pode ser usada para cultura, mas deve-se aguardar até 8 semanas antes de ser selado resultado negativo, uma vez que o bacilo da tuberculose apresenta crescimento lento. A pesquisa de ácidos nucléicos por PCR acelera o diagnóstico e tem uma sensibilidade maior (até 90%), sendo o padrão ouro. O uso de imunobiológicos como o infliximabe pode causar reativação da infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*, como no caso relatado. Um estudo evidenciou que o risco relativo de apresentar tuberculose com o uso de medicamentos anti-TNF-α é 19 vezes maior que o da população geral. Para minimizar o risco de não identificar precocemente, recomenda-se a triagem anual com o teste IGRA e radiografia de tórax, juntamente com uma avaliação detalhada dos sintomas da TB. Se sintomas suspeitos forem observados, uma investigação diagnóstica completa para possível TB deve ser realizada.

**Palavras-chave:** Meningoencefalite. Infliximab. Tuberculose do Sistema Nervoso Central.

| | |
|---|---|
| Líquor | (02/09/20) Citologia e Citometria: Aspecto límpido com sedimentos de hemácias, 128 leucócitos/mm³ 95% mononucleadas e 5% polimorfonucleadas, hemácias sedimentadas 313/mm³, glicose 29mg/dl, proteínas 478mg/dl. GRAM: ausências de microrganismos coráveis pelo método de Gram. VDRL: não reativo. BAAR: Não foram visualizados BAAR na amostra.<br>(07/09/20) Citologia e Citometria: Aspecto límpido com sedimentos, 185 leucócitos/mm³, 93% mononucleadas e 7% polimorfonucleadas, hemácias sedimentadas 3/mm3, glicose 17 mg/dl, proteínas 261mg/dl. GRAM: ausências de microrganismos coráveis pelo método de Gram. VDRL: não reativo. Pesquisa de fungos: Não foram visualizadas estruturas fúngicas na amostra examinada. Exame direto realizado em amostra do líquor: teste rápido para pesquisa de antígeno (imunocromatografia) de Cryptococcus neoformans: negativo.<br>(09/09/20) Citologia e Citometria: Ligeiramente turvo, 190 leucócitos/mm³, 96% mononucleadas e 4% polimorfonucleadas, hemácias sedimentadas 122/mm³, glicose 41 mg/dl, proteínas 286 mg/dl. GRAM: ausências de microrganismos coráveis pelo método de Gram. VDRL: não reativo. BAAR: Não foram visualizados BAAR na amostra. Mycobacterium tuberculosis: Detectado DNA para MTB pelo método PCR. |

**Tabela 1**. Resultado de exames complementares realizados ao longo do período de internação para conclusão diagnóstica. VDRL: *venereal disease research laboratory;* MTB: *Mycobacterium tuberculosis*; PCR: *Reação de cadeia de polimerase.*

Abstract

# TUBERCULOUS MENINGOENCEPHALITIS IN A PATIENT WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASE AND USE OF IMMUNOBIOLOGICALS: A CASE REPORT

Isabela Pinto Braga[1], Karolline Souza Guimarães[1], Rafael Affonso de Rezende Oliveira[2], Júlia Kássia Pereira[2], Francisco de Assis Pinto Cabral Junior Rabello[3].

1 The University Center of Belo Horizonte - UniBH
2 Barbacena Medical School – FAME/FUNJOBE
3 Fluminense Federal University– UFF
Autor correspondente: Júlia Kássia Pereira . E-mail: juliakassiapereira@gmail.com

**INTRODUCTION:** It is estimated that 50 million Brazilians are infected with the tuberculosis bacillus. This disease behaves in a latent form in 95% of those infected, and it can manifest with involvement of the lungs or in an extrapulmonary form. It is the effectiveness of the individual's immune system, defined by the patient's immune status, also related to the use of immunosuppressive medications, that will influence the balance point of the process. For example, in the treatment of inflammatory diseases, the use of anti-TNF-α drugs is justified, as it is the main signaling cytokine and regulator of the other cytokines of the inflammatory process. However, TNF-α is also fundamental for the immune defense against M. tuberculosis, particularly for granuloma formation and maintenance. **CASE REPORT:** A 38-year-old male patient, previously diagnosed with Crohn's disease and taking infliximab, developed in September 2020 with severe headache associated with myalgia, diarrhea, mental confusion, neck stiffness, decreased level of consciousness, deviation of the lip commissure to the right, bilateral abducens nerve palsy, horizontal nystagmus, and ataxia of the four limbs. The lumbar puncture requested at admission showed: negative culture for aerobes, absence of microorganisms stainable by the GRAM method in the cerebrospinal fluid, non-reactive VDRL, negative BAAR and absence of fungi in the cerebrospinal fluid. Biochemical analysis showed lymphocytosis and presence of red blood cells, hypoglycorrhea and hyperproteinorrhea (table 1). After presenting a computed tomography scan of the skull with asymmetry of the lateral ventricle, the patient was referred for magnetic resonance imaging showing a cystic lesion with ring contrast uptake in the left anterior horn adhered to the septum pellucidum. Based on the imaging findings, PCR for Mycobacterium tuberculosis (positive) and ELISA for anticysticercus antibodies in CSF (negative) were requested, confirming the diagnosis of tuberculous meningoencephalitis and presence of tuberculoma (MRI). Patient started treatment with RHZE (rifampin, isoniazid, pyrazinamide and ethambutol), which was maintained for 10 months, associated with corticotherapy. In eight months, the patient was reassessed with complete improvement of symptoms, presence of control clinical and laboratory examination without changes. **DISCUSSION:** The sensitivity of the CSF BAAR test is low (20%), and it is recommended that 3 serial samples be collected, if possible, with a larger volume of CSF (25 ml) to make the technique more sensitive. This sample can be used for culture, but one should wait up to 8 weeks before a negative result is sealed, since the tuberculosis bacillus grows slowly. The search for nucleic acids by PCR speeds up the diagnosis and has a higher sensitivity (up to 90%), being the gold standard. The use of immunobiologicals such as infliximab may cause reactivation of latent Mycobacterium tuberculosis infection, as in the reported case. One study showed that the relative risk of presenting tuberculosis with the use of anti-TNF-α drugs is 19 times higher than that of the general population. To minimize the risk of not identifying early, annual screening with IGRA testing and chest radiography is recommended, along with a detailed evaluation of TB symptoms. If suspicious symptoms are observed, a full diagnostic investigation for possible TB should be performed.

**Keywords:** Meningoencephalitis. Infliximab. Tuberculosis. Central Nervous System.

| | |
|---|---|
| Fluid | (02/09/20) Cytology and Cytometry: Clear aspect with RBC sediments, 128 leukocytes/mm3 95% mononucleated and 5% polymorphonucleated, RBC sediments 313/mm3, glucose 29mg/dl, proteins 478mg/dl. GRAM: absent microorganisms stainable by Gram's method. VDRL: not reactive. BAAR: No BAAR was visualized in the sample.<br>(09/07/20) Cytology and Cytometry: Clear aspect with sediments, 185 leukocytes/mm3, 93% mononucleated and 7% polymorphonucleated, sedimented RBC 3/mm3, glucose 17 mg/dl, proteins 261mg/dl. GRAM: absence of microorganisms stainable by the Gram method. VDRL: not reactive. Fungal investigation: Fungal structures were not visualized in the sample examined. Direct examination of CSF sample: rapid test for Cryptococcus neoformans antigen (immunochromatography): negative.<br>(09/09/20) Cytology and Cytometry: Slightly turbid, 190 leukocytes/mm3, 96% mononucleated and 4% polymorphonucleated, RBC sedimented 122/mm3, glucose 41 mg/dl, proteins 286 mg/dl. GRAM: absence of microorganisms stainable by the Gram method. VDRL: not reactive. BAAR: No BAAR were visualized in the sample. Mycobacterium tuberculosis: DNA for MTB detected by the PCR method. |

**Table 1.** Results of complementary exams performed throughout the hospitalization period for diagnostic conclusion. Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR): Reb Blood Cells – RBC. VDRL: *venereal disease research laboratory*; MTB: *Mycobacterium tuberculosis*; PCR: *polymerase chain reaction.*

Resumo

# HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

Laís de Souza Almeida[1], Marcelo Dias de Castro[1], Juliana Coimbra de Mendonça[1], Julia Rodrigues Pereira[1], Mariana Augusta Vieira e Souza[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena

Autor correspondente: Julia Rodrigues Pereira. E-mail: Julia.pib12@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) é uma anemia hemolítica crônica adquirida, rara que acomete principalmente adultos jovens. É um defeito mutacional clonal da célula-tronco hematopoética que ocorre no gene PIG-A localizado no cromossomo X da célula pluripotencial, resultando na incapacidade das hemácias em inativar a superfície do complemento. A tríade é anemia hemolítica, pancitopenia e trombose com predileção pelas veias hepáticas e intra-abdominais, sua principal causa de mortalidade. Geralmente está associada com as síndromes de insuficiência medular. O diagnóstico é feito por achados clínicos, biologia molecular do gene PIG-A e imunofenotipagem por citometria de fluxo, exame de escolha. Todos os pacientes com anemia hemolítica crônica adquirida, teste de Coombs negativo e hemoglobinúria, devem ser investigados para HPN. O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico mostrando o quão desafiador é diagnosticar a HPN. **RELATO DE CASO:** Paciente D.J.S, sexo masculino, 34 anos, natural e residente de Barbacena com histórico de fraqueza e palpitação há aproximadamente 1 ano, com primeiro diagnóstico de Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI), sendo prescrito corticosteróide pelo quadro de hemólise, porém não apresentou melhora clínica, sendo submetido a esplenectomia. Em uma consulta em outro consultório de Barbacena no dia 20/01/2020, o paciente apresentava fraqueza, palpitação, icterícia +/++++ e desidratação leve. Os exames laboratoriais revelaram: Reticulócitos=7,5%, LDH=2168UI/L, Ferritina=13ng/mL, EPF negativo, biópsia do baço: hiperesplenismo. Posteriormente foram realizados sangue oculto nas fezes negativo em 3 amostras, eletroforese de hemoglobina: Hemoglobina A1=9,4%; Hemoglobina A2=2,5%; Hemoglobina Fetal=3,1%, LDH 2300UI/L. Paciente iniciou uso de ácido fólico, varfarina sódica e ferripolimaltose e após 1 mês se apresentava menos sintomático com Leucometria global=6900, Celularidade=39%, Neutrófilos=72,3%, Linfócitos=20,7%, Reticulócito=5,2%, Bilirrubina Total=1,65, Bilirrubina Indireta=1,07, LDH=6.075UI/L, Ferritina=59ng/mL, IST=24%, CTLF=244mcg/dL, G6PD negativo, Haptoglobina=<4mg/dL, Homocisteína=8,69, ácido metilmalônico negativo, Teste de Coombs negativo, citometria de fluxo positiva, confirmando o diagnóstico de HPN. Paciente aguarda o medicamento eculizumab pelo Sistema Único de Saúde. **DISCUSSÃO:** O paciente teve diagnóstico inicial de AHAI, por não apresentar a tríade clássica da HPN e pela semelhança dos sintomas. A AHAI do tipo quente tem clínica de dispnéia, fadiga, palpitações, cefaleia, esplenomegalia, palidez e icterícia. O diagnóstico é feito pela anemia, plaquetopenia, teste de Coombs direto positivo, aumento de reticulócitos e desidrogenase láctica (LDH) e redução dos níveis de haptoglobina. Nos casos de hemólise grave a bilirrubina indireta pode estar elevada. Algumas distinções indicadas nos exames laboratoriais do paciente levantaram a suspeita de HPN, como o teste de Coombs negativo, citometria de fluxo positiva, bilirrubina total aumentada (consequente ao aumento da bilirrubina indireta), ferritina baixa, LDH elevado, reticulocitose, haptoglobina baixa, com sintomatologia de anemia hemolítica, frequentemente com hiperesplenismo, entretanto sem clínica de trombose. O tratamento é sintomático, com transfusões sanguíneas, anticoagulação e suplementação com ácido fólico e ferro, como utilizado até o iniciar com o medicamento eculizumab.

**Palavras-chave:** Anemia Hemolítica. Hemoglobinúria Paroxística.

Abstract

# PAROXYSMAL NOCTURNAL HEMOGLOBINURIA

Laís de Souza Almeida[1], Marcelo Dias de Castro[1], Juliana Coimbra de Mendonça[1], Julia Rodrigues Pereira[1], Mariana Augusta Vieira e Souza[1].

[1] Barbacena Medical School – FAME/FUNJOBE

Autor correspondente: Julia Rodrigues Pereira. E-mail: Julia.pib12@gmail.com

**INTRODUCTION:** Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH) is a rare acquired chronic hemolytic anemia that mainly affects young adults. It is a clonal mutational defect of the hematopoietic stem cell that occurs in the PIG-A gene located on the X chromosome of the pluripotential cell, it occurs in the inability of the red cells to inactivate the complement surface. The triad is hemolytic anemia, peripheral blood cytopenias and thrombosis with a predilection for hepatic and intra-abdominal veins, its main cause of mortality. It is usually associated with spinal immunodeficiency syndrome. The diagnosis is made by clinical findings, molecular biology of the PIG-A gene and immunophenotyping by flow cytometry, exam of choice. All patients with acquired chronic hemolytic anemia, negative Coombs test and hemoglobinuria should be investigated for PNH. The objective of the research is to report a clinical case showing how challenging it is to diagnose PNH. **CASE REPORT:** Male D.J.S. patient, 34 years old, native and resident of Barbacena with a history of weakness and palpitation for approximately 1 year, with first diagnosis of Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA), being prescribed corticosteroid due to hemolysis, he did not present clinical improvement, so he have being submitted to splenectomy. In a consultation in another office in Barbacena on 01/20/2020, the patient presented weakness, palpitation, jaundice + / ++++ and mild dehydration. Laboratory tests revealed: Reticulocytes=7.5%, LDH=2168UI/L, Ferritin=13ng/mL, negative PES, spleen biopsy: hypersplenism. Subsequently, occult blood in the stools was negative in 3 samples, hemoglobin electrophoresis: Hemoglobin A1=9.4%; Hemoglobin A2=2.5%; Fetal hemoglobin=3.1%, LDH=2300UI/L. Patient started using folic acid, Warfarin sodium, ferripolimaltose and 1 month later he was less symptomatic with Global Leukometry=6900, Cellularity=39%, Neutrophils=72.3%, Lymphocytes=20.7%, Reticulocyte=5.2%, Total Bilirubin=1.65, Indirect Bilirubin=1.07, LDH=6.075UI/L, Ferritin=59ng/mL, TS=24%, TIBC=244mcg/dL , negative G6PD, Haptoglobin=<4mg/dL, Homocysteine =8.69, negative methylmalonic acid, Coombs test negative, positive flow cytometry, confirming the diagnosis of PNH. Patient awaits eculizumab for the Unified Health System. **DISCUSSION**: The patient had an initial diagnosis of AIHA, as he did not have a classic PNH triad and because of the similarity of symptoms. AIHA of the hot type has a clinic of dyspnea, fatigue, palpitations, headache, splenomegaly, pallor and jaundice. The diagnosis is made by anemia, thrombocytopenia, positive direct Coombs test, increased reticulocytes and lactic dehydrogenase (LDH) and reduced levels of haptoglobin. In cases of severe hemolysis, indirect bilirubin may be elevated. Some distinctions indicated in the patient's laboratory tests raised the suspicion of PNH, such as the negative Coombs test, positive flow cytometry, increased total bilirubin (consequent to the increase in indirect bilirubin), low ferritin, high LDH, reticulocytosis, low haptoglobin, with symptomatology of hemolytic anemia, often with hypersplenism, however without a thrombosis clinic. Treatment is symptomatic, with blood transfusions, anticoagulation and supplementation with folic acid and iron, as used until the beginning with the medication eculizumab.

**Keywords:** Anemia Hemolitic. Paroxysmal. Hemoglobinuria.

Resumo

# ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM VARIANTE DO CARCINOMA FOLICULAR DE TIREOIDE

Mariana Alves Elias[1], Laís Mapa de Brito Fernandes[1*], Paola Carvalho Megale[1], Ana Laura Mesquita Teixeira[1], Mariana de Oliveira Azevedo[2].

1 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/ FUNJOBE
2 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/ FUNJOBE

*Autor correspondente: lais.mapa@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma de células de Hurthle é uma afecção rara que representa menos de 5% dos tumores diferenciados da tireoide. Considerado uma variante de carcinoma folicular, ele histologicamente se caracteriza por lesões encapsuladas, constituídas por células de Hurthle grandes, poligonais, eosinofílicas com citoplasma finamente granular. Apresenta maior agressividade e maior incidência de metástase quando comparado às variantes clássicas do carcinoma folicular. Além disso, tem menor capacidade de absorver o iodo radioativo, o que torna a radioiodoterapia uma solução pouco viável. De acordo com a literatura, ocorre comumente em faixas etárias mais avançadas e no sexo feminino, tendo caráter mais agressivo no sexo masculino. Também apresenta relação com o hipotireoidismo de longa data. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 58 anos, procura atendimento com queixa de nódulos no pescoço, tosse e engasgo há seis meses. Histórico de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e hipotireoidismo. Foram solicitadas duas ultrassonografias, sendo que a primeira mostrou dois nódulos de textura mista, com halo hipoecóico, Chammas III, medindo 1,9 x 1,7 centímetros no terço inferior e 0,7 x 0,7 centímetros no terço médio. A segunda ultrassonografia, que guiou a punção aspirativa por agulha fina, evidenciou nódulos isoecogênicos com limites bem definidos e área de degeneração atípica. O resultado da punção aspirativa por agulha fina sugeriu neoplasia, e a análise patológica confirmou carcinoma de células de Hurthle, sendo a paciente encaminhada para cirurgia de cabeça e pescoço. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico é feito por análise patológica do material obtido através da punção aspirativa por agulha fina. O tratamento definitivo não difere muito do aplicado aos demais casos, e dependendo do grau de infiltração celular haverá tireoidectomia total ou parcial. O seguimento é conduzido com intervalos regulares, de forma rigorosa e cuidadosa para prevenir a recorrência. Pacientes com correto seguimento médico tem grande probabilidade de cura deste câncer.

**Palavras-chave**: Adenoma Oxífilo. Neoplasias da Glândula Tireoide.

Abstract

# DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH IN PATIENT WITH TIREOID FOLICULAR CARCINOMA VARIANT

Mariana Alves Elias[1], Laís Mapa de Brito Fernandes[1*], Paola Carvalho Megale[1], Ana Laura Mesquita Teixeira[1], Mariana de Oliveira Azevedo[2].

1 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOBE
2 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOBE

*Autor correspondente: lais.mapa@gmail.com

**INTRODUCTION:** Hurthle cell carcinoma is a rare condition that represents less than 5% of differentiated thyroid tumors. Considered a variant of follicular carcinoma, it is histologically characterized by encapsulated lesions, consisting of large, polygonal, eosinophilic Hurthle cells with finely granular cytoplasm. It presents greater aggressiveness and a higher incidence of metastasis when compared to the classic variants of follicular carcinoma. In addition, it has less capacity to absorb radioactive iodine, which makes radioiodine therapy a poorly viable solution. According to the literature, it commonly occurs in more advanced age groups and females, having a more aggressive behavior in males. It also has a relationship with long-standing hypothyroidism. **CASE REPORT:** Female patient, 58 years old, sought care with complaints of lumps in the neck, coughing, and choking for six months. History of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and hypothyroidism. Two ultrasounds were requested, the first one showed two nodules of mixed texture, with hypoechoic halo, Chammas III, measuring 1.9 x 1.7 centimeters in the lower third and 0.7 x 0.7 centimeters in the middle third. The second ultrasound, which guided fine-needle aspiration, showed isoechogenic nodules with well-defined limits and atypical degeneration area. The result of fine-needle aspiration puncture suggested neoplasia, and histopathological analysis confirmed Hurthle cell carcinoma. The patient was referred for head and neck surgery. **DISCUSSION:** The diagnosis is made by histopathological analysis of the material obtained through fine-needle aspiration. The definitive treatment does not differ much from that applied to other cases, and depending on the degree of cell infiltration, there will be total or partial thyroidectomy. Follow-up is conducted at regular intervals, strictly and carefully to prevent a recurrence. Patients with correct medical follow-up are highly likely to cure this cancer.

**Keywords**: Adenoma, Oxyphilic. Thyroid Neoplasms.

Resumo

# RÂNULA CONGÊNITA DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA E CONDUTA INCOMUNS: RELATO DE CASO

Ana Carolina Tolomeli Oliveira[1*], Isabela Gondim Wulf [1], Paula Silva Cerceau[1], Vivian Oliveira Viana[1], Guilherme Felipe Pereira Vale[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME/FUNJOBE
[2] Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME/UNIPAC

*Autor correspondente: aninha.tolomeli@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Rânulas são classificadas como mucoceles no assoalho da boca que surgem através do extravasamento ou retenção de mucina da glândula sublingual e apresentam-se como um pseudocisto flutuante e de coloração azul-arroxeado, lateralmente ao frênulo lingual. Originam-se através de bloqueio do ducto das glândulas relacionadas e podem ser de 3 subtipos diferentes, sendo que o presente estudo abordará o caso de uma rânula sublingual do tipo simples. São consideradas raras, principalmente na população pediátrica, sendo a incidência de rânula congênita em recém-nascidos de 0,7%. A histologia desse tipo pseudocisto é similar a mucocele de outras regiões da boca e possui baixa morbidade, uma vez que raramente repercute em prejuízos alimentares ou respiratórios. **RELATO DE CASO:** Lactente de 8 meses, sexo masculino, nascido com 40 semanas sem intercorrências gestacionais. Pré-natal realizado adequadamente, excluindo malformações na ultrassonografia (US) morfológica. À primeira avaliação, foi identificada lesão cística de 4 cm em assoalho bucal, acometendo região sublingual bilateralmente, com septo medial, coloração azul translúcida e líquido límpido em seu interior. A lesão não repercutia com obstrução da cavidade oral e prejuízo da amamentação ou ganho de peso. Foi avaliado por otorrinolaringologista e solicitado US de assoalho bucal e cervical, que evidenciou imagens císticas homogêneas em região submentoniana; à direita com 2,4 x 2,0 x 1,0 cm, à esquerda com 1,8 x 0,8 x 1,1 cm que se comunicam na linha média, sem sinais de rânula mergulhante. Foi definido diagnóstico de rânula sublingual simples e adotada conduta expectante. Aos 6 meses, lesões apresentaram drenagem espontânea e. No presente momento, não houve recidiva da lesão há 45 dias e a conduta cirúrgica foi adiada indeterminadamente. **DISCUSSÃO:** A rânula congênita ocorre principalmente por atresia ou falha da canalização dos ductos das glândulas salivares e em 74% das vezes ocorre em recém-nascidos. O conteúdo proteico da secreção desencadeia uma reação inflamatória que resulta na formação de pseudocistos. Os sintomas mais comuns são: inchaço na língua, dificuldade na alimentação e respiração. O diagnóstico diferencial inclui teratoma, hemangioma, linfangioma, neoplasia benigna ou maligna da glândula salivar, cisto dermóide, malformação linfática, cisto gástrico heterotópico e cisto do ducto tireoglosso. As rânulas possuem um bom prognóstico, pois as lesões se manifestam como inchaços indolores e assintomáticos na cavidade oral, sem morbimortalidade associada. O melhor tratamento ainda não está bem estabelecido, mas pode ser realizada a excisão, a marsupialização, ablação por laser, criocirurgia ou eletrocauterização. No entanto, o paciente do caso difere da literatura, visto que apresentou drenagem espontânea da rânula não necessitando de intervenção.

**Palavras-chave**: Rânula. Pediatria. Soalho Bucal.

Abstract

# UNCOMMON CLINICAL FEATURE AND MANAGEMENT OF CONGENITAL RANULA: CASE REPORT

Ana Carolina Tolomeli Oliveira[1*], Isabela Gondim Wulf [1], Paula Silva Cerceau[1], Vivian Oliveira Viana[1], Guilherme Felipe Pereira Vale[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME/FUNJOBE
[2] Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME/UNIPAC

*Autor correspondente: aninha.tolomeli@hotmail.com

**INTRODUCTION:** Ranula is classified as a mucocele in the floor of the mouth that appears due to the extravasation or retention of sublingual glands' mucin and presents as a fluctuant purple-bluish pseudocyst, laterally to the lingual frenulum. It origins duo to duct obstruction of the gland and can be divided as 3 subtypes. Iin this case report, it is presented a simple sublingual ranula case. It is considered rare, especially at pediatric population, and the incidence of congenital ranula is 0,7% in newborns. This pseudocyst histology is similar to other mucoceles at the oral cavity and has low mobidity, since it rarely causes eating or respiratory disadvantage. **CASE REPORT:** 8 months old infant, male, born with gestational age of 40 weeks without gestational complications. Prenatal care properly fulfilled, when it was excluded malformations on morfological ultrasonography. At primary assessment was identified a 4 cm cyst at mouth floor, compromising sublingual region bilaterally, with a median septum, transluscent bluish color and clear liquid inside. The cyst did not cause obstruction of the oral cavity, difficulty in brestfeeding or weight gain. The infant was evaluated by an otolaryngologist and a mouth floor and cervical ultrasonography was requested, which pointed a homogeneous cystic image in the submental region; dimensions of 2,4 x 2,0 x 1,0 cm at right side and 1,8 x 0,8 x 1,1 cm at left side that was interconnected at medium line; there was no sign of pluging ranula. The final diagnosis was simple sublingual ranula and the adopted management was non-surgical conduct. At 6 months old, both cystic lesions spontaeously drained and, after 45 days, they did not relapse. Surgical management was postponed indefinitely. **DISCUSSION:** Congenital ranula occurs mainly due to atresia or failure of the channeling of the salivary glands and in 74% of the times it occurs in newborns. The protein content of the secretion triggers an inflammatory reaction that results in the formation of pseudocysts. The most common symptoms are: tongue swelling, difficulty in feeding and breathing. Differential diagnosis includes teratoma, hemangioma, lymphangioma, benign or malignant salivary gland neoplasm, dermoid cyst, lymphatic malformation, heterotopic gastric cyst, and thyroglossal duct cyst. Ranulas have a good prognosis, as the lesions manifest as painless and asymptomatic swellings in the oral cavity, without associated morbidity and mortality. The best treatment is not well established, but excision, marsupialization, laser ablation, cryosurgery or electrocautery can be performed. However, the patient in this case differs from the literature, as he presented spontaneous drainage of the ranula, not requiring intervention.

**Keywords**: Ranula. Pediatrics. Mouth Floor.

Resumo

# DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME PARCIAL EM PACIENTE JOVEM COM HISTÓRICO DE ABORTOS DE REPETIÇÃO: RELATO DE CASO

Júlia Alice Borges Cabral[1]*, Luiza Ciotto Viana[1], Maria Eduarda Oliveira Andrade[1], Valéria Dumont Cruz Nunes[1], Mariana de Oliveira Azevedo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOB.
[2] Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOB.

*Autor correspondente: juliaalicebc1@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é um termo abrangente que compreende todas as cinco formas patológicas de proliferação do tecido trofoblástico placentário que são subdivididas em benignas (mola hidatiforme completa e mola hidatiforme incompleta ou parcial) e malignas (mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico). Os dois principais fatores de risco para DTG são idade materna superior a 35 anos e história prévia de DTG. Sua incidência mundial é de 1:1.000 gestações, já no Brasil estima-se que a doença ocorra em 1:200-400 gestações. Em relação à fisiopatologia, a mola hidatiforme completa (MHC) é o resultado da fecundação de um óvulo sem núcleo ativo, já a mola hidatiforme parcial (MHP) resulta da fecundação de um óvulo haplóide por dois espermatozóides ou um espermatozoide diplóide causando uma triploidia (69XXY) e mais raramente uma tetraploidia (92XXXY). A MHP é a única forma de DTG que realmente está associada à presença de um feto. **RELATO DE CASO:** paciente feminino, 24 anos, G20P2A17, com histórico de 16 abortos sem investigação e 1 gestação molar em 2019, submetida a curetagem. Procurou atendimento com 21 semanas e 1 dia de gestação referindo sangramento em moderada quantidade e pouca movimentação fetal. Apesar de acompanhamento pré-natal, paciente referiu não ter feito uso de ácido fólico e sulfato ferroso. Ao exame físico, observou-se tônus uterino normal, dinâmica uterina com 2 contrações de 30 segundos em um intervalo de 10 minutos, batimentos fetais presentes e bolsa herniada no canal vaginal. Realizada ultrassonografia na urgência, que evidenciou placenta espessada, heterogênea, peso fetal estimado de 215 g (P<3), oligodrâmnio, batimentos cardíacos fetais presentes, índice de pulsatilidade da artéria umbilical igual a 2,08 (>P95), diástole zero e índice de pulsatilidade do ducto venoso igual a 0,97 (>P95), com presença de onda A positiva. Foi levantada a hipótese diagnóstica de mola hidatiforme parcial ou incompleta, posteriormente confirmada com estudo anatomopatológico. Paciente foi orientada sobre prognóstico fetal reservado, bem como riscos relacionados à patologia. Evoluiu para trabalho de parto vaginal sem maiores complicações. **DISCUSSÃO:** As principais apresentações clínicas da MH são sangramento transvaginal de repetição, útero aumentado de volume, cistos tecaluteínicos, sinais de pré-eclâmpsia antes da 20ª semana e eliminação de vesículas hidrópicas pela vagina. O diagnóstico é feito a partir da dosagem quantitativa do beta-HCG, que terá seus níveis muito acima do esperado para idade gestacional e pelo US que mostra imagens císticas na placenta, feto com malformações e presença de batimentos cardiofetais no caso de MHP. A confirmação do diagnóstico se dá por exame histopatológico. O tratamento da MH se realiza em duas fases: esvaziamento uterino e seguimento pós-molar. A aspiração intrauterina é a técnica de escolha de esvaziamento, porém em alguns casos de MHP a indução do parto até a completa eliminação do feto poderá ser a melhor opção. O prognóstico da MH deve ser individualizado, variando caso ocorra remoção adequada do tecido proliferativo ou presença de episódios anteriores de MH. Além disso, recomenda-se evitar gestações no período de um ano e o acompanhamento anual com um ginecologista.

**Palavras-chave:** Doença Trofoblástica Gestacional. Mola Hidatiforme. Aborto.

Abstract

# DIAGNOSIS OF PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE IN A YOUNG PATIENT WITH A HISTORY OF REPEAT ABORTIONS: CASE REPORT

Júlia Alice Borges Cabral[1]*, Luiza Ciotto Viana[1], Maria Eduarda Oliveira Andrade[1], Valéria Dumont Cruz Nunes[1], Mariana de Oliveira Azevedo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOB.
[2] Faculdade de Medicina de Barbacena FAME/FUNJOB.

*Autor correspondente: juliaalicebc1@gmail.com

**INTRODUCTION:** Gestational Trophoblastic Disease (GTD) is a wide term comprising all five pathological forms of proliferation of placental trophoblastic tissue that are subdivided into benign (complete hydatidiform mole and incomplete or partial hydatidiform mole) and malignant (invasive spring, choriocarcinoma and tumor trophoblastic). The two main risk factors for GTD are maternal age over 35 years old and a previous history of GTD. Its worldwide incidence is 1: 1,000 pregnancies, in Brazil it is estimated that the disease occurs in 1: 200-400 pregnancies. Regarding pathophysiology, the complete hydatidiform mole (MHC) is the result of fertilization of an egg without an active nucleus, whereas the partial hydatiform mole (PHM) results from the fertilization of a haploid egg by two sperm or a diploid sperm causing a triploidy (69XXY) and more rarely tetraploidy (92XXXY). PHM is the only form of GTD that is actually associated with the presence of a fetus. **CASE REPORT:** female patient, 24 years old, G20P217, with a history of 16 abortions without investigation and 1 molar pregnancy in 2019, submitted to curettage. He sought care at 21 weeks and 1 day of gestation, reporting moderate bleeding and little fetal movement. Despite prenatal care, the patient reported not having used folic acid and ferrous sulfate. On physical examination, normal uterine tone, uterine dynamics were observed with 2 contractions of 30 seconds in an interval of 10 minutes, fetal beats present and herniated sac in the vaginal canal. Urgent ultrasound was performed, which showed a thickened, heterogeneous placenta, estimated fetal weight of 215 g (P <3), oligodramnium, fetal heartbeat present, umbilical artery pulsatility index equal to 2.08 (> P95), zero diastole and pulsatility index of the venous duct equal to 0.97 (> P95), with the presence of a positive A wave. The diagnostic hypothesis of partial or incomplete hydatidiform mole was raised, later confirmed with anatomopathological study. The patient was instructed on reserved fetal prognosis, as well as risks related to the pathology. Evolved to vaginal labor without major complications. **DISCUSSION:** The main clinical presentations of HM are recurrent transvaginal bleeding, enlarged uterus, tecaluteinic cysts, signs of pre-eclampsia before the 20th week and elimination of edematous vesicles through the vagina. The diagnosis is made from the quantitative dosage of beta-HCG, which will have its levels much higher than expected for gestational age and by the US that shows cystic images in the placenta, fetus with malformations and presence of cardiofetal beats in the case of PHM. The diagnosis is confirmed by histopathological examination. The treatment of HM is carried out in two phases: uterine emptying and post-molar follow-up. Intrauterine aspiration is the emptying technique of choice, but in some cases of PHM, inducing labor until the complete elimination of the fetus may be the best option. The prognosis of HM must be individualized, varying if there is adequate removal of the proliferative tissue or the presence of previous episodes of MH. In addition, it is recommended to avoid pregnancies within one year and annual follow-up with a gynecologist.

**Keywords:** Gestational Trophoblastic Disease. Hydatidiform Mole. Abortion.

Resumo

# TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA OCASIONANDO ATELECTASIA TOTAL DO PULMÃO ESQUERDO: RELATO DE CASO

Fernanda Cunha Nascimento Conceição[1], Raissa Novelli Ulhôa[1], Thaís Furieri Nascimento[1]*, Yasmin Esmeraldo de Oliveira[1], Tomás Ferrão Paiva[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena
[2] Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG
*Autor correspondente: thaisfnascimento@gmail.com

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que acomete, principalmente, os pulmões. A tuberculose endobrônquica (TBEB) é uma condição que atinge a árvore traqueobrônquica e que, geralmente, está associada à tuberculose pulmonar: estudos anteriores mostraram que cerca de 10 – 40% dos pacientes com tuberculose ativa apresentam TBEB, sendo mais comum em mulheres. As manifestações clínicas da TBEB incluem tosse produtiva, dor no peito, hemoptise, letargia, febre e dispneia, podendo ter a presença de sibilos localizados e roncos. Apesar de ser uma patologia que exige um diagnóstico rápido devido à sua grande capacidade de gerar sequelas para o paciente, como atelectasia e, consequentemente, distúrbios respiratórios de gravidade variável, a TBEB ainda é subdiagnosticada e, muitas vezes, confundida com asma e neoplasias. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 18 anos, apresentou há 21 dias, quadro de tosse, febre e emagrecimento. Inicialmente, foi medicada com Azitromicina e Ivermectina, porém sem melhora. Há 7 dias, procurou um pneumologista que referiu queda da saturação de oxigênio (SatO2) e a encaminhou para internação. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico da admissão, bom estado geral, corada, hidratada, anictérica e acianótica. Presença de petéquias difundidas pelo corpo, principalmente em extremidades. Linfonodos cervicais, supraclaviculares e inguinais não palpáveis. Pressão arterial de 110x60 mmHg, ausculta cardíaca com ritmo regular em dois tempos e bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 119 batimentos por minuto, aparelho respiratório com murmúrio vesicular positivo e ausência de ruídos adventícios, frequência respiratória de 18 incursões respiratórias por minuto, abdome sem alteração. Exames complementares: tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou volumosa consolidação atelectásica com broncograma aéreo de permeio abrangendo o pulmão esquerdo, determinando deslocamento ipsilateral das estruturas mediastinais. Anti-HIV negativo. Lavado broncoalveolar com BAAR positivo e teste rápido molecular com complexo Mycobacterium tuberculosis detectado. Instituiu-se, então, tratamento com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. TC de tórax de controle revelou escavação no segmento posterior do lobo superior esquerdo, medindo 3,5 cm, associado à micronódulos centrolobulares, com aspecto de árvore em brotamento. **Discussão:** A TB é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A TBEB é uma forma especial de tuberculose pulmonar, sua patogênese ainda não é bem esclarecida, porém, acredita-se que ela possa se originar da própria lesão pulmonar, através da implantação direta do bacilo no brônquio, bem como da infiltração de linfonodos mediastinais e da disseminação hematogênica ou linfática da tuberculose. O padrão ouro para o diagnóstico é a broncoscopia de lesões endobrônquicas associado à confirmação histológica e/ou microbiológica de amostras coletadas por endoscopia. Apesar de ser uma patologia que exige um diagnóstico rápido devido à sua grande capacidade de gerar sequelas para o paciente, como broncoestenose e atelectasia, a TBEB ainda é subdiagnosticada e, muitas vezes, confundida com asma e neoplasias.
**Palavras-chave:** Tuberculose. Atelectasia Pulmonar. Broncoscopia.

Abstract

# ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS CAUSING TOTAL ATELECTASIS OF THE LEFT LUNG: CASE REPORT

Fernanda Cunha Nascimento Conceição[1], Raissa Novelli Ulhôa[1], Thaís Furieri Nascimento[1]*, Yasmin Esmeraldo de Oliveira[1], Tomás Ferrão Paiva[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena
[2] Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG
*Autor correspondente: thaisfnascimento@gmail.com

**INTRODUCTION:** Tuberculosis (TB) is an infectious and contagious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* that mainly affects the lungs. Endobronchial tuberculosis (EBTB) is a condition that affects the tracheobronchial tree and is generally associated with pulmonary tuberculosis: previous studies have shown that about 10 – 40% of patients with active tuberculosis have EBTB, being more common in women. Clinical manifestations of EBTB include productive cough, chest pain, hemoptysis, lethargy, fever and dyspnea, which may include localized wheezing and snoring. Despite being a pathology that requires rapid diagnosis due to its great capacity to generate sequelae for the patient, such as atelectasis and, consequently, respiratory disorders of varying severity, EBTB is still underdiagnosed and often confused with asthma and cancer. **CASE REPORT:** An 18-year-old female patient presented cough, fever and weight loss for 21 days. Initially, she was medicated with Azithromycin and Ivermectin, but without improvement. Seven days ago, she sought out a pulmonologist who reported a drop in oxygen saturation (SatO2) and referred her to hospital. Denies alcoholism, smoking and use of illicit drugs. On physical examination on admission, good general condition, ruddy, hydrated, anicteric and acyanotic. Presence of petechiae diffused throughout the body, especially in the extremities. Non-palpable cervical, supraclavicular and inguinal lymph nodes. Blood pressure of 110x60 mmHg, cardiac auscultation with a regular rhythm in two beats and normal heart sounds, heart rate of 119 beats per minute, respiratory system with positive vesicular murmur and absence of adventitious sounds, respiratory rate of 18 breaths per minute, abdomen without change. Complementary tests: chest computed tomography (CT) showed massive atelectatic consolidation with interposed air bronchogram covering the left lung, determining ipsilateral displacement of the mediastinal structures. Anti-HIV negative. Bronchoalveolar lavage with positive AFB and rapid molecular test with Mycobacterium tuberculosis complex detected. Treatment with Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide and Ethambutol was then instituted. Control chest CT revealed excavation in the posterior segment of the left upper lobe, measuring 3.5 cm, associated with centrilobular micronodules, with a tree-in-bud appearance. **DISCUSSION:** TB is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. EBTB is a special form of pulmonary tuberculosis, its pathogenesis is still not well understood, however, it is believed that it may originate from the lung lesion itself, through the direct implantation of the bacillus in the bronchus, as well as the infiltration of mediastinal and lymph nodes of the hematogenous or lymphatic spread of tuberculosis. The gold standard for diagnosis is bronchoscopy of endobronchial lesions associated with histological and/or microbiological confirmation of samples collected by endoscopy. Despite being a pathology that requires rapid diagnosis due to its great capacity to generate sequelae for the patient, such as bronchostenosis and atelectasis, EBTB is still underdiagnosed and often confused with asthma and cancer.

**Keywords:** Tuberculosis. Pulmonary Atelectasis. Bronchoscopy.

Resumo

# CARCINOMA DUCTAL INVASIVO DA MAMA: RELATO DE CASO

Raissa Novelli Ulhôa[1*], Aline Vieira Guimarães[1], Luciana Juvêncio Silva[1], Sarah Machado Salvador Elias[1], André Luís Canuto[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena
*Autor correspondente: raissanulhoa@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma de mama é a maior causa de morte mundial em mulheres e o quinto tipo de câncer mais comum, sendo 10 % de todos os cânceres. No brasil, o câncer de mama em mulheres é a neoplasia de maior incidência, sendo um total de 15% das mortes por câncer. Os tumores de mama são agrupados devido à sua localização nos lóbulos e ductos mamários. Os tumores que ultrapassam as paredes ductais ou lobulares e se espalham pelo tecido mamário adjacente são conhecidos como carcinomas invasivos. Os carcinomas ductais invasivos correspondem a aproximadamente 80% dos tumores invasivos da mama. Estes tumores podem também chegar a invadir linfonodos da mama ou próximos à mesma e, mais tardiamente, desenvolver metástase à distância. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, ex tabagista há 20 anos (15maço/ano), previamente hígida, com história familiar importante de câncer de mama. A paciente notou a presença de nódulo na mama direita, que ao exame de inspeção dinâmica apresentava retração da pele no quadrante inferior lateral, não apresentando demais sintomas ou queixas. Foi realizada a Core biopsy da mama direita, em que o quadro histológico foi compatível com carcinoma invasor da mama, ductal, moderadamente diferenciado, classificação molecular luminal A. A linfocintilografia mostrou linfonodos sentinelas captantes na axila direita. Com isso, foi submetida à setorectomia de mama direita juntamente à biópsia de linfonodo sentinela em axila direita. Após cirurgia realizou quimioterapia adjuvante e radioterapia externa. Foi proposta realização de hormonioterapia, com Tamoxifeno e acompanhamento oncológico para controle. **DISCUSSÃO:** O rastreio do câncer de mama, realizado pela mamografia anual, permite que grande parte dos casos sejam diagnosticados em suas fases iniciais, o que garante para as pacientes melhor prognóstico e maior chance de evoluir para a cura. O principal fator de risco é a suscetibilidade genética e é preciso que as mulheres tenham conhecimento e fiquem atentas aos sinais e sintomas que podem surgir na vigência de um câncer mamário. Os principais sinais e sintomas são a presença de nódulos únicos ou múltiplos palpáveis nas mamas, além disso a pele da mama pode ficar avermelhada, retraída, com rugosidades na pele, aspecto esse conhecido na literatura como "pele em casca de laranja", podem aparecer retrações no bico do peito, bem como inversão dos mamilos, e eliminação de secreção pela mama. Os tumores podem se apresentar como tumoração palpável, mastalgia, derrame papilar e podem ser assintomáticos e identificados no momento do rastreio. O diagnóstico definitivo é feito através de avaliação médica, somado aos resultados da mamografia e das análises histopatológicas realizadas através da biópsia. A partir do diagnóstico, o tratamento pode ser feito com a realização de mastectomias que podem ser conservadoras ou totais, tratamento com quimioterápicos e radioterapia local, a depender do tipo de câncer e do prognóstico da paciente, sendo necessário sempre acompanhamento multidisciplinar, visando o cuidado integral com a paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da Mama. Carcinoma Ductal de Mama. Mastectomia Segmentar.

Abstract

# INVASIVE DUCTAL BREAST CARCINOMA: CASE REPORT

Raissa Novelli Ulhôa[1*], Aline Vieira Guimarães[1], Luciana Juvêncio Silva[1], Sarah Machado Salvador Elias[1], André Luís Canuto[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena
*Autor correspondente: raissanulhoa@gmail.com

**INTRODUCTION:** Breast cancer is the world's leading cause of death in women and the fifth most common type of cancer, accounting for 10% of all cancers. In Brazil, breast cancer in women is the one with highest incidence, accounting for a total of 15% of deaths from cancer. Breast tumors are grouped together because of their location in breast lobes and ducts. Tumors that extend beyond ductal or lobular walls and spread into adjacent breast tissue are known as invasive carcinomas. Invasive ductal carcinomas corresponds for approximately 80% of invasive breast tumors. These tumors can also invade lymph nodes chains close or in breast and even develop distant metastasis. **CASE REPORT:** Female patient, 54 years old, former smoker for 20 years (15 pack-years), previously healthy, with significant family history of breast cancer. The patient noted the presence of a nodule on her right breast, which on dynamic inspection showed skin retraction in the lower lateral quadrant, did not presented any other symptoms, or complains. Core biopsy of the right breast was performed, in which histological picture was compatible with moderately differentiated ductal invasive carcinoma of the breast, Luminal A molecular classification. Lymphoscintigraphy showed capture sentinel lymph nodes in the right axilla. Thus, she underwent a sectorectomy of the right breast along with sentinel lymph node biopsy in right axilla. After surgery, adjuvant chemotherapy and external radiotherapy were performed. Hormone therapy was proposed, with tamoxifen and oncological follow-up for control. **DISCUSSION**: Screening for breast cancer, performed by annual mammography, allows most cases to be diagnosed in it´s early stages, which guarantees a better prognosis for patients and a greater chance of progressing to a cure. The main risk factor is genetic susceptibility and it is necessary to women to be aware and pay attention to signs and symptoms that may arise in the presence of breast cancer. The main signs and symptoms are the presence of single or multiple palpable nodules in breasts, in addition, breast skin may be reddened, retracted, with roughened skin, an aspect known in literature as "orange peel skin", which may appear nipple retractions, as well as nipple inversion and nipple discharge. Tumors may present as palpable tumors, breast tenderness, papillary effusion and may be asymptomatic and identified at the time of screening. The definitive diagnosis is made through medical evaluation, added to the results of mammogram and histopathological analyzes performed through biopsy. From the diagnosis onwards, the treatment can be done with mastectomies that can be conservative or total, treatment with chemotherapy and local radiotherapy, depending on the type of cancer and patient's prognosis, always requiring multidisciplinary follow-up, aiming at integral care with the patient.

**Keywords:** Breast Neoplasms. Carcinoma, Ductal, Breast. Mastectomy, Segmental.