

EDITOR

Rogério Rufino

Diagnóstico

Diferencial
das

**DOENÇAS
PULMONARES**

Serviço de Pneumologia da UERJ

Dilivros

Sumário

- 1 Construindo o Diagnóstico, 1**
Rogério Rufino
- 2 Diagnóstico das Doenças Intersticiais Pulmonares, 5**
Cláudia Henrique da Costa
Elizabeth Jauhar Cardoso Bessa
- 3 Diagnóstico Diferencial do Distúrbio Ventilatório Obstrutivo, 21**
Thiago Prudente Bartholo
Bruna Cuoco Provenzano
Nadja Polisseni Graça
Paulo Roberto Chauvet Coelho
- 4 Hipertensão Pulmonar, 39**
Bruno Rangel Antunes da Silva
Elizabeth Jauhar Cardoso Bessa
- 5 Diagnóstico Diferencial no Derrame Pleural, 57**
Thiago Thomaz Mafort
- 6 Tumores Pulmonares, 71**
Tatiane Caldas Montella
- 7 Tuberculose, 93**
Ana Paula Santos

8 Infecções Pulmonares, 103*José Gustavo Pugliese de Oliveira***9 Doenças Supurativas Pulmonares, 115***Bruna Cuoco Provenzano***10 Distúrbios de Função Pulmonar, 127***Agnaldo José Lopes**Patrícia Frascari Litrento***11 Doenças Difusas do Pulmão – Diagnóstico Diferencial, 151***Rafael Barcelos Capone**Domenico Capone***12 Broncoscopia no Diagnóstico das Patologias Pulmonares, 169***Raquel Salles***13 Diagnóstico da Apneia Obstrutiva do Sono, 189***Anamelia Costa Faria**Fernanda Oliveira Chibante**Joana Acar Silva***14 Epônimos Relacionados às Doenças do Tórax, 205***Rogério Rufino***Índice Remissivo, 223**

Construindo o Diagnóstico

Rogério Rufino

Nas últimas décadas a tecnologia médica modificou a velocidade de resolução diagnóstica da medicina, colocando-a em condições mais satisfatórias para atender às exigências crescentes da terapêutica. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética, métodos cintilográficos e a investigação pela biologia celular melhoraram os conhecimentos sobre a fisiopatologia das doenças proporcionando correlações que ofereceram uma base mais científica e um significado mais amplo e real aos sintomas e sinais clínicos. Com isso, cresceram as responsabilidades do exame clínico como método diagnóstico e, com elas, as exigências sobre sua qualidade técnica.

As técnicas e as habilidades requeridas para um exame clínico somente podem ser aperfeiçoadas com prática à beira do leito. Porém, um exame clínico amplo e inteligente baseia-se

fundamentalmente na compreensão da anatomia e da fisiologia normal e anormal, bem como no “reconhecimento de padrões” de doença.

A adequada formação semiotécnica e de sistematização clínico-propedêutica são essenciais para a atividade assistencial, de acordo com a frase de Claude Bernard: “*quem não sabe o que procura, não sabe interpretar o que acha*”. A indução e o desenvolvimento de um raciocínio entrosando as ciências pré-clínicas e clínicas para a consecução de diagnósticos etiológicos, anatômicos, funcionais, estadiamento clinicopatológicos são imprescindíveis. Assim, com a soma deles haverá a efetiva execução com o método pedagógico-didático formativo, e não somente informativo. Esse é um dos motivos principais para o sucesso das residências médicas no mundo. Em muitos locais o trabalho educacional para alcançar habilidades específicas se baseia na abordagem *vejo, faço e ensino*, o que não é apropriado para algumas áreas da pneumologia, pela especificidade de determinados métodos e ausência de discussões necessárias para reflexão e amadurecimento de informações.

Para examinar os pacientes, são necessários os sentidos da visão (inspeção), tato (palpação) e audição (percussão e ausculta). Os sintomas e sinais da doença pulmonar são muitas vezes inespecíficos, uma vez que os pulmões podem reagir a numerosos insultos de um número limitado de maneiras. Apesar de passarmos muito tempo ensinando a saúde respiratória, é impossível lembrar todas as características diagnósticas pertinentes das doenças comuns e incomuns, cada vez mais descritas com envolvimento dos pulmões pela relação do meio ambiente com novos e frequentes poluentes em ascensão nos centros urbanos. À medida que a literatura pulmonar se expande anualmente, também aumenta o tamanho e o volume dos nossos livros didáticos.

A formulação de um diagnóstico diferencial é um dos aspectos mais importantes e intelectualmente desafiadores do raciocínio médico. Quando um médico encontra um paciente, ele se depara com uma vasta quantidade de informações: o histórico médico e pessoal ao longo da vida do paciente; o relato do paciente sobre o problema médico atual; e os resultados de vários exames, procedimentos e testes. Além dessas informações, o clínico deve ter um enorme conhecimento sobre saúde e doença. De alguma forma, os médicos experientes são capazes de resolver os detalhes, esclarecer a confusão e fazer o diagnóstico.

PIVÔ DO CASO CLÍNICO

Idealmente, para selecionar o diagnóstico mais provável, o médico precisa calcular e comparar as probabilidades de diversas doenças que poderiam ter causado os sinais e sintomas do paciente. Em casos muito raros, existe um achado

patognomônico – que pode ocorrer apenas com uma única condição. Na falta disso, o debatedor deve passar de uma lista de descobertas para uma lista de causas para essas descobertas. À primeira vista, pode parecer que tentar identificar condições que pudessem explicar, ou pelo menos ser consistentes com todas as conclusões agregadas. Contudo, essa seria uma tarefa cognitiva enorme. Mais comumente, a seleção de um ou possivelmente dois achados pode ser a bússola do diagnóstico, isto é, a seleção de um pivô, que simplifica o problema, pois em vez de tentar lembrar e analisar todas as descobertas agregadas do caso, o médico precisa apenas pensar em uma, que ele escolheu. O papel dos pivôs nos processos diagnósticos reflete-se no fato de que, embora a maior parte do conhecimento médico possa ser armazenado de acordo com a doença, certos achados bastante comuns recebem atenção separada (p. ex., uma lesão em escavada no pulmão, febre e hemoptise). Quando possível, estes são os sinais ou sintomas escolhidos como pivôs.

GERAÇÃO DE UMA LISTA ENFERMIDADES

Após selecionar um pivô, temporariamente os outros detalhes do caso são deixados em segundo plano e concentramos em compilar uma lista de doenças que poderiam ter causado o pivô. Essa é uma tarefa relativamente simples, equivalente a elencar o diagnóstico diferencial de um sinal ou sintoma não complicado que o debatedor conhece bem. O pivô é uma ponte para o médico passar de uma lista de sinais, sintomas e resultados agregados para o domínio dos possíveis diagnósticos. Como apenas o pivô será utilizado para construir a lista de causas, a maioria de suas doenças não serão explicações plausíveis do caso. O médico concentra-se em um diagnóstico possível de cada vez, comparando um a um os resultados do paciente com os sinais e sintomas que caracterizam as doenças, aproveitando novamente o fato de que a maior parte do conhecimento médico é armazenado de acordo com a doença. O problema de avaliação de probabilidades também é contornado nessa etapa. Ao reduzir a lista de causas, inicia-se a busca pelo diagnóstico mais provável. Mas em vez de tentar estimar a probabilidade de o paciente ter uma doença específica, o médico apenas tem de determinar o padrão de resultados e isso é mais uma comparação do que um cálculo. Utiliza-se o conhecimento das características das doenças em vez de exigir uma estimativa das suas probabilidades. Qualquer diagnóstico excluído nesse momento provavelmente não será recuperado mais tarde, portanto, é perigoso estabelecer um limiar demasiado baixo para rejeitar um diagnóstico. Em um ambiente clínico, se os médicos estão considerando mais do que um diagnóstico, podem normalmente solicitar exames ou procedimentos adicionais para distinguir entre as possibilidades restantes. A tarefa mais complicada de analisar mentalmente é a

lista de doenças no diagnóstico diferencial para selecionar o diagnóstico mais provável.

Se uma doença parecer muito mais provável do que a outra, a menos provável poderá ser descartada de uma consideração mais aprofundada. Se ambos explicarem o caso quase igualmente bem, ambos poderão ser mantidos. Esse processo continua em todas as doenças da lista. No final dessa série de comparações, a lista geralmente foi reduzida e um diagnóstico diferencial final estabelecido. Poucas afirmações são feitas sobre a verdadeira probabilidade de um diagnóstico ou a probabilidade relativa de dois diagnósticos. Se nenhum diagnóstico for muito mais provável do que qualquer outro, a escolha de um diagnóstico preferido é muitas vezes arbitrária.

Curiosamente, o dispositivo heurístico de comparar duas doenças de cada vez é teoricamente correto. Se escolhermos sempre a mais provável de duas doenças nessas comparações, a vencedora será inevitavelmente a doença mais provável. A beleza e o poder dessa abordagem é que ela permite a seleção da doença mais provável sem exigir a estimativa de uma única probabilidade.

A inteligência artificial emprega algoritmos para o aprendizado de máquina para diagnosticar doenças; porém, há dúvidas efetivas quanto à precisão e análise, aos princípios da proteção de dados e a transparência dos algoritmos. Todos os dados clínicos são baseados na experiência prática e consensual dos médicos; ou seja, os valores clínicos continuarão a ser instrumentos valiosos para diagnósticos probabilísticos.

Aprender os padrões das doenças e os seus pivôs de diagnóstico deverão ser cotidianamente treinados para o diagnóstico correto.

Bibliografia Sugerida

- ◆ Eddy DM, Clanton CH. The art of diagnosis: solving the clinicopathological exercise. *N Engl J Med.* 1982;306(21):1263-8.
- ◆ Iqbal J, Cortés Jaimes DC, Makineni P, Subramani S, Hemaida S, Thugu TR, et al. Reimagining healthcare: unleashing the power of artificial intelligence in medicine. *Cureus.* 2023;15(9):e44658.
- ◆ Silveira IC. O pulmão na prática médica. Sintoma, diagnóstico e tratamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Epub; 1999;2:1023-33.
- ◆ Zackon H. Pulmonary differential diagnosis. London: WB Saunders; 2000, 885 p.