

Diagnóstico sindrômico

Syndromic diagnoses

Paolo José Biselli⁽¹⁾, José Antonio Atta⁽²⁾

Biselli PJ, Atta JA. Diagnóstico sindrômico. Rev Med (São Paulo). 2005 jul.-dez.;84(3-4):95-101.

RESUMO: O raciocínio clínico diagnóstico mudou muito ao longo dos anos, partindo de diagnóstico (e tratamento) de sinais e sintomas para, nos dias de hoje, fazermos diagnósticos mais precisos, visando o melhor tratamento. A partir da anamnese e usando técnicas de raciocínio diagnóstico hipotético-dedutivo ou reconhecimento de padrão (as duas mais utilizadas), procura-se, a partir de diagnósticos sindrômicos, chegar a diagnósticos etiológicos. Apesar de todo o acúmulo tecnológico dos últimos anos, a anamnese e o raciocínio diagnóstico continuam sendo os métodos mais eficazes para solucionar (ou pelo menos direcionar da melhor maneira possível) os problemas de nossos pacientes. Uma das maneiras de facilitar esse trabalho parte de diagnósticos sindrômicos para direcionar o raciocínio e a investigação. Partindo de três diagnósticos sindrômicos (insuficiência cardíaca, hepatoesplenomegalia e síndrome consumptiva) damos exemplos de como chegar ao diagnóstico etiológico, usando principalmente o raciocínio hipotético-dedutivo.

DESCRITORES: Anamnese. Diagnóstico. Técnicas de diagnóstico e procedimentos.

A importância da anamnese

Ao longo da história da medicina o raciocínio clínico diagnóstico foi mudando. No Egito Antigo o diagnóstico, em geral, era o sintoma do paciente, como tosse e erupção cutânea. Embora algumas vezes se agrupasse os sintomas para diagnosticar uma doença, o processo mais comum era identificar o sintoma isoladamente.

Na era hipocrática poucas enfermidades, como as conhecemos hoje, foram descritas. Em geral, não se caracterizavam síndromes específicas. Entretanto,

era importante o interrogatório dos pacientes, com detalhes sobre o passado, presente e hábitos.

No século XVII, com a evolução do conhecimento anatômico e fisiológico, a caracterização do diagnóstico modificou-se. Sydenham, também chamado o Hipócrates inglês, fez descrições detalhadas sobre gota, gripe, sarampo, escarlatina e outras enfermidades. Classificava as doenças pelo agrupamento de sintomas, formando grupos. Esta classificação tornou-se ainda mais complexa no século seguinte, com Linné e outros autores. Estes complicados

⁽¹⁾ Médico. Pós-graduando (doutorado) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP.

⁽²⁾ Prof. Colaborador do Departamento de Clínica Médica da FMUSP. Coordenador das Disciplinas de Propeidética Clínica I e II.

Endereço para correspondência: Rua Enéas de Carvalho Aguiar 155, 4º andar, sala 6. CEP: 05403-000, São Paulo-SP.

agrupamentos mostraram-se pouco práticos, embora a ordenação sistemática desenvolvida por Boissier des Sauvage tenha mantido certa atualidade.

Nos anos seguintes, diversas doenças foram descritas, agrupando-se diferentes sinais e sintomas. Com o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico laboratorial e por imagem, além do melhor conhecimento fisiopatológico e epidemiológico, nossa capacidade de identificar a etiologia de diversas enfermidades melhorou. Algumas patologias com apresentações clínicas muito semelhantes puderam ser subclassificadas.

Entretanto, o uso crescente dos exames subsidiários para auxiliar o processo diagnóstico gerou algumas distorções. Quando o médico passa a valorizar mais o resultado de exames laboratoriais do que a anamnese, encontra alterações patológicas sem significado clínico. Isto pode trazer algum benefício, quando se identifica doenças tratáveis no início de sua evolução. Mas, na maioria das vezes, este processo é deletério. Na tentativa de esclarecer melhor o diagnóstico ou tratar esta alteração patológica, o médico submete o paciente a uma série de procedimentos, às vezes com riscos não desprezíveis, e o benefício trazido ao paciente pode ser nenhum.

Para ilustrar esta discussão, imaginemos duas situações em torno da realização de mamografia. Uma paciente faz uma mamografia de rotina, sem ter qualquer sinal ou sintoma. Este exame pode permitir o diagnóstico de um nódulo mamário, levando o médico a insistir na investigação, que pode identificar uma neoplasia de mama. O tratamento desta neoplasia, que pode ter sido identificada em uma fase mais precoce de evolução da doença, tende a ter mais sucesso do que o tratamento desta doença se encontrada em uma fase mais avançada.

Por outro lado, a mamografia pode identificar um nódulo mamário benigno. Em alguns casos, estes nódulos terão aspecto duvidoso ao exame radiológico e o médico que acompanha a paciente pode resolver solicitar uma biópsia. Este procedimento pode causar hematoma, dor, desconforto à paciente, e o resultado final será um nódulo benigno. Embora esta notícia represente um alívio para a paciente e seu médico, poucas vezes pensamos qual foi o real resultado deste procedimento. Uma paciente que não tinha qualquer sintoma, submeteu-se a uma exame radiológico e posteriormente a um procedimento invasivo, sofreu algumas complicações, e a conclusão final é que realmente ela não tinha qualquer doença. Não parece um absurdo? Que benefício nossa medicina trouxe para esta paciente?

Nosso objetivo com estes exemplos não é fazer oposição ao uso da mamografia ou ao rastreamento do câncer de mama. Hoje sabemos que as mulheres devem fazer mamografia como método de rastreamento. Mas também devemos saber que um procedimento que pode trazer benefícios para alguns pacientes pode trazer apenas malefícios em outros casos. Assim, a decisão sobre indicação de tal procedimento levará em conta a relação de seus riscos e benefícios. No caso específico da mamografia, os benefícios populacionais justificam os desconfortos individuais que os exames falso-positivos possam causar, pois a detecção precoce leva a um tratamento que seguramente aumenta a sobrevida.

O avanço dos métodos diagnósticos traz uma série de vantagens para a medicina. Mas se estas técnicas não forem adequadamente usadas, os custos da medicina aumentarão muito trazendo poucos ou nenhum benefício para os pacientes.

Com o desenvolvimento da medicina baseada em evidências, a preocupação com o uso racional das técnicas laboratoriais e de imagem ganhou força. O uso da anamnese e exame clínico direcionando as técnicas laboratoriais que serão usadas parece ser a melhor estratégia para se otimizar o processo diagnóstico.

De fato, alguns autores já demonstraram que, a despeito do surgimento de vários exames laboratoriais, a anamnese permanece sendo a principal arma para o diagnóstico dos pacientes em um ambulatório geral.

Assim, discutir e aprimorar as técnicas de anamnese é fundamental para a formação do médico e para o desenvolvimento da capacidade de fazer diagnóstico.

Métodos de raciocínio diagnóstico

Há diferentes maneiras de se organizar a anamnese e formar o raciocínio clínico. Os médicos podem fazer diagnósticos por reconhecimento de padrões, como no hipercortisolismo ou na síndrome de Down. Este método é extensamente usado em dermatologia. A identificação da lesão e seus padrões muitas vezes permitem o diagnóstico sem testes adicionais.

Algumas vezes, o diagnóstico pode ser feito por exaustão. De uma forma estruturada, o médico questiona sobre sinais e sintomas relativos aos diversos sistemas do paciente. Em algumas situações, este método pode levar ao diagnóstico correto.

O uso de algoritmos também pode ser empregado como método diagnóstico. Esta técnica

torna-se cada vez mais comum com o desenvolvimento de diretrizes e “guidelines”. Pode-se usar algoritmos para se fazer diagnóstico de embolia pulmonar, insuficiência coronariana; entre outras. Também existem algoritmos que partem de sintomas. É o caso dos fluxogramas para avaliação de tosse crônica, dor torácica e diarreia.

Entretanto, na maioria das vezes, o método de diagnóstico usado é o hipotético-dedutivo. A partir dos dados de anamnese o médico forma algumas hipóteses diagnósticas. Estas hipóteses serão testadas com novas perguntas, refinando-se a anamnese; e com testes laboratoriais, quando indicado. Com esta estratégia, o médico vai reduzindo sua lista de hipóteses diagnósticas aproximando-se do diagnóstico definitivo. Neste contexto, uma das formas de se criar listas de hipóteses diagnósticas é a partir de diagnósticos sindrômicos.

Qual a importância do raciocínio diagnóstico? Quanto mais preciso for o diagnóstico, melhor será o plano terapêutico e o prognóstico desse paciente. Assim, o diagnóstico pode ser bem específico (diagnóstico etiológico), ou mais genérico (anatômico, sindrômico). Nem sempre é possível fazer o diagnóstico específico (etiológico) para o nosso paciente, e raciocinar em cima de diagnósticos sindrômicos facilita o estabelecimento das hipóteses diagnósticas etiológicas. Um determinado paciente pode apresentar mais de um diagnóstico sindrômico. Usando os conjuntos de diagnósticos sindrômicos de um determinado paciente é possível considerar quais os diagnósticos etiológicos mais prováveis e, com isso, traçar uma linha de investigação etiológica.

Por exemplo, um paciente de 40 anos, masculino, procedente da Bahia, que se queixa de febre e aumento do volume abdominal há cinco meses apresenta o diagnóstico de síndrome febril crônica na anamnese. Se no exame clínico identifica-se que há hepatomegalia e esplenomegalia, podemos dizer que o paciente tem uma síndrome de hepatoesplenomegalia febril crônica. Embora o diagnóstico diferencial desta síndrome ainda seja vasto, o médico avançou bastante na direção do diagnóstico etiológico.

Poderá, então, procurar outros dados de anamnese e solicitar exames laboratoriais que lhe permitam apurar este diagnóstico. No processo diagnóstico hipotético-dedutivo, após se fazer algumas hipóteses, é interessante reavaliar a anamnese. Alguns dados não questionados podem ser importantes e podem ter sido esquecidos por não se considerar certas hipóteses no início da entrevista. Neste caso, se há perda de peso, história de bacteremia, presença de sopros cardíacos e sinais de embolização

periférica, antecedentes sobre a vida sexual e uso de drogas, antecedente de hemorragia digestiva alta, presença de outras adenomegalias, diarreia, contato com tuberculose ou história prévia de tuberculose, profissão, presença de artrites, lesões de pele ou mucosa, uso de álcool poderiam ser importantes na definição diagnóstica. Estabelecer o diagnóstico sindrômico pode, portanto, também dirigir a anamnese.

Há muitos diagnósticos sindrômicos diferentes que podem ser feitos. Um paciente pode ter, para o mesmo diagnóstico etiológico, vários diagnósticos sindrômicos. Um paciente com miocardiopatia isquêmica e infarto agudo do miocárdio prévio pode apresentar uma combinação de síndromes: insuficiência cardíaca, síndrome algica e síndrome consumptiva, por exemplo. No entanto, se o médico reconhece a combinação dos sinais e sintomas, pode classificá-los apenas como síndrome da insuficiência cardíaca congestiva, que tem como uma de suas causas a miocardiopatia isquêmica.

Não é objetivo deste texto fazer uma extensa revisão sobre as várias síndromes usadas. No entanto, para ilustrar o raciocínio clínico usando o diagnóstico sindrômico, descrevemos, a seguir, três exemplos de grandes síndromes, freqüentemente encontradas em ambulatórios de clínica geral.

Insuficiência cardíaca

A síndrome da insuficiência cardíaca é bastante prevalente na população. Está associada a diagnósticos que figuram como grandes causas de óbito e internação hospitalar.

Manifesta-se com dispnéia que se inicia aos grandes esforços e vai progressivamente se intensificando. Pacientes que fazem pouco esforço físico podem demorar mais tempo para reconhecer este sintoma. No entanto, como a doença é progressiva, o sintoma vai se intensificando até despertar a atenção do paciente ou seus familiares.

Muito freqüentemente os pacientes queixam-se de piora do quadro de dispnéia quando estão deitados. Podem apresentar ortopnéia e dispnéia paroxística noturna. Isto faz com que o paciente tenha dificuldades para dormir e adote posições que o deixem mais confortável, elevando a cabeceira da cama.

Acompanhando a dispnéia, os pacientes com insuficiência cardíaca freqüentemente apresentam sinais e sintomas de congestão. É freqüente manifestarem edema, principalmente em locais sob ação da gravidade. O edema inicia-se em membros inferiores, mas pode ser progressivo chegando a anasarca. Pacientes com quadros mais graves podem apresentar ascite, derrame pleural e derrame pericárdico.

Pela presença da ortopnéia e dispnéia paroxística noturna, os pacientes com insuficiência cardíaca têm pouco edema em face. Uma vez que, com a piora da doença, adotam cada vez menos a posição deitada, o edema concentra-se em membros inferiores e regiões sacral e abdominal.

Alguns pacientes podem se queixar de palpitações, síncope, dor ou aumento do volume abdominal e perda de peso. Estes sintomas, embora menos freqüentes nos pacientes com a síndrome podem ajudar na sua caracterização.

O exame clínico dos pacientes com insuficiência cardíaca pode mostrar uma série de alterações. O paciente pode estar emagrecido, apresentar icterícia, cianose, sudorese ou palidez. Pode haver aumento da freqüência respiratória e é possível identificar estertores finos ou sibilos na ausculta pulmonar.

Muitos pacientes também se apresentam taquicárdicos, mas a freqüência cardíaca pode ser normal ou baixa. Na ausculta cardíaca pode-se identificar B3, B4 e, dependendo da etiologia ou progressão da insuficiência cardíaca, pode-se auscultar sopros. A pressão arterial pode estar elevada, uma vez que HAS é uma das grandes causas de insuficiência cardíaca. No entanto, alguns pacientes apresentam redução da PA sistólica, pela disfunção da bomba cardíaca, e aumento da PA diastólica, como reflexo da secreção de catecolaminas.

Em muitos casos, identifica-se estase jugular, ascite, derrame pleural, hepatomegalia e edema de membros inferiores, sugerindo o quadro congestivo.

O exame clínico dos pacientes com insuficiência cardíaca pode auxiliar na identificação da síndrome, mas também pode contribuir para o estabelecimento do diagnóstico etiológico. A presença de sopro sugerindo estenose mitral, insuficiência aórtica ou outra valvopatia, a identificação de uma freqüência cardíaca muito alta ou muito baixa ou a medida da pressão arterial muito elevada podem dirigir a investigação diagnóstica para determinadas doenças causadoras desta síndrome.

A síndrome da insuficiência cardíaca tem muitas causas etiológicas, como se pode observar na Tabela 1. A história do paciente pode auxiliar na identificação de algumas destas doenças. Tempo de desenvolvimento dos sintomas, epidemiologia (principalmente para Doença de Chagas), história de HAS, queixas de dor torácica associada a esforços, antecedente de valvopatia, história de exposição a álcool, doenças tireoidianas, uso de drogas, gestações prévias, história de anemia são algumas das questões que devem ser formuladas aos pacientes.

Tabela 1. Causas de insuficiência cardíaca.

Causas de insuficiência cardíaca

HAS
Doença de Chagas
Miocardiopatia isquêmica
Miocardite viral
Miocardite alcoólica
Uso de drogas cardiotoxicas
Valvopatias
Hemocromatose
Beribéri
Hipertireoidismo
Anemia

Em alguns livros, classifica-se a insuficiência cardíaca em sistólica e diastólica. Embora seja difícil diferenciar estas condições a partir de dados clínicos, esta classificação tem importância terapêutica. O ecocardiograma é capaz de quantificar a função ventricular a partir da fração de ejeção e possibilita a classificação da insuficiência cardíaca nestas duas condições.

O ecocardiograma ainda auxilia no estabelecimento do diagnóstico etiológico. Além de medir a fração de ejeção, pode identificar valvopatias e avaliar a mobilidade ventricular. Eventualmente consegue-se identificar uma área de parede ventricular pouco móvel, sugerindo infarto prévio.

Outros exames são importantes na caracterização e investigação de um quadro de insuficiência cardíaca. ECG, RX tórax, hemograma, função renal, enzimas hepáticas e sorologia para Chagas devem ser solicitados. Dependendo do resultado de alguns dos exames anteriores, pode ser indicado realizar também um cateterismo cardíaco. Às vezes, perfil tireoidiano e perfil de ferro também podem contribuir para a elucidação diagnóstica.

É importante lembrar, porém, que os exames acima e os diagnósticos etiológicos discutidos aqui são referentes às causas cardíacas da síndrome da insuficiência cardíaca. No entanto, pode ser necessário aumentar o espectro de alcance deste diagnóstico sindrômico. Algumas patologias pulmonares, renais, hepáticas podem produzir quadros muito semelhantes e seriam incluídas como diagnósticos etiológicos possíveis para um paciente apresentando síndrome da insuficiência cardíaca.

Pacientes com hipertensão pulmonar primária podem apresentar dispnéia aos esforços e edema de membros inferiores progressivos. Pacientes com doenças pulmonares, como enfisema ou mesmo bronquite crônica podem ter dispnéia com intolerância a esforços como a principal manifestação de sua

doença. Muito frequentemente não toleram decúbito horizontal apresentando queixas semelhantes à ortopnéia e à dispnéia paroxística noturna. Ainda, dependendo do estágio de evolução da doença pulmonar, podem apresentar edema periférico.

Por sua vez, pacientes com doenças renais como insuficiência renal crônica ou síndrome nefrótica podem apresentar edema de membros inferiores que pode evoluir para anasarca. Embora seja menos comum queixarem-se de dispnéia, este sintoma pode estar presente. Alguns pacientes com cirrose também podem apresentar queixas de edema periférico e anasarca.

Portanto, ainda que o quadro clínico apresentado no início deste item seja mais sugestivo de doenças cardíacas, há muitos diagnósticos diferenciais que podem também se apresentar como síndrome da insuficiência cardíaca.

Hepatoesplenomegalia

A síndrome de hepatoesplenomegalia compreende um grande número de doenças com manifestações clínicas diferentes. Assim, a síndrome pode ser subdividida em subgrupos, segundo o tempo de evolução e a presença ou não de febre.

Assim como na síndrome da insuficiência cardíaca, várias manifestações clínicas adjuntas podem auxiliar no estabelecimento do diagnóstico definitivo.

a) Hepatoesplenomegalias agudas

Os pacientes com hepatoesplenomegalia aguda manifestam-se, geralmente, com quadro de febre, aumento do volume abdominal e podem ter ainda linfadenopatia periférica. Esta associação é também conhecida com síndrome da mononucleose infecciosa (Tabela 2).

Tabela 2. Causas agudas de hepatoesplenomegalia.

Hepatoesplenomegalias Agudas
Epstein-Barr vírus
Citomegalovírus
HIV agudo
Chagas Agudo
Hepatite B
Toxoplasmose
Malária
Sífilis
Febre tifóide
Endocardite bacteriana
Leucemias agudas

Em geral, as hepatoesplenomegalias agudas têm como causa etiológica doenças infecciosas. Podem ser

causada pelo *Toxoplasma gondii*, EBV (Epstein-Barr Vírus), CMV (citomegalovírus) e pelo vírus da hepatite B. Ainda, o HIV e a doença de Chagas podem manifestar-se com uma forma aguda, levando a hepatoesplenomegalia e linfadenomegalia febril. A sífilis, em sua forma secundária, também pode ter uma apresentação clínica semelhante, embora predomine a linfadenopatia, eventualmente com hepatite. A malária apresenta-se também como esplenomegalia febril. Embora a identificação dos surtos de febre possa auxiliar o diagnóstico, esta característica da doença pode estar ausente. A epidemiologia é fundamental para se suspeitar desta etiologia.

Alguns pacientes com endocardite infecciosa podem manifestar-se com hepatoesplenomegalia. Nestes, há febre e a presença de sopro cardíaco favorece o estabelecimento de diagnóstico. Em geral, nos casos agudos de endocardite, o estado geral do paciente fica bastante prejudicado.

Mais raramente, os pacientes com esta síndrome podem apresentar uma leucemia aguda com invasão de órgãos hematopoiéticos por blastos. Nestes casos, o hemograma pode auxiliar na identificação da neoplasia.

O exame clínico do paciente identificará a hepatoesplenomegalia e poderá sugerir algum padrão de distribuição da linfadenopatia. Alguns pacientes terão queda do estado geral e poucos poderão ter exantema, que pode auxiliar no diagnóstico etiológico. Os pacientes com sífilis secundária podem apresentar exantema papular e linfonodos epitrocleares. Pacientes com mononucleose podem apresentar exantema após uso de ampicilina.

Embora algumas destas características e a história de exposição possam contribuir para se inferir o diagnóstico etiológico, a diferenciação entre estas condições costuma ser difícil.

Pode-se fazer sorologias para os variados agentes causadores da síndrome da mononucleose, mas dificilmente isto auxilia no tratamento do paciente. Na maioria dos casos, o tratamento será feito com sintomáticos e observação clínica. Assim sendo, a diferenciação etiológica pode não ser importante e talvez um hemograma seja suficiente como arma diagnóstica.

b) Hepatoesplenomegalias crônicas

O diagnóstico diferencial da síndrome das hepatoesplenomegalias com meses de evolução é muito extenso. Podemos dividir os diagnósticos etiológicos usando grandes grupos de doenças. Assim, a Tabela 3 mostra cinco grandes grupos de doenças, com seus respectivos diagnósticos etiológicos possivelmente associados a esta síndrome.

Tabela 3. Causas de hepatoesplenomegalia de longa duração.

Neoplásicas	Infeciosas	Autoimunes	Depósito	Tóxicas
Leucemia Mielóide Crônica	Tuberculose	LES	Doença. de Gaucher	Drogas
Leucemia Mielóide Aguda	Histoplasmose	Artrite Reumatóide	Hemocromatose	Cirrose alcoólica
Linfoma Hodgkin	Brucelose			
Linfoma não Hodgkin	Abscesso hepático/esplênico			
Macroglobulinemia de Waldenström	Leishmaniose visceral			
Histiocitose X	Hepatites virais			
Sarcomas	Endocardite			
	Esquistossomose			

Os pacientes com esta condição podem apresentar inúmeros outros dados clínicos que serão importantes para se estabelecer o diagnóstico definitivo. A presença de febre pode sugerir quadro infeccioso, mas também é frequentemente encontrada em quadros autoimunes (LES) e neoplasias (linfomas e leucemias). A perda de peso pode sugerir a presença de neoplasia, mas muitas infecções crônicas também se manifestam com quadro consumptivo, como leishmaniose e tuberculose. A presença e padrão de artrites podem oferecer também algumas pistas para o diagnóstico definitivo. A história epidemiológica é importante, bem como os hábitos e exposição a drogas.

Em muitos casos, será importante realizar exames de imagem do abdômen para avaliar tamanho e textura de fígado e baço. Quando se suspeita de cirrose, marcadores de função e inflamação hepáticas avaliam as condições do fígado. Marcadores de doenças autoimunes podem também ser solicitados.

No entanto, em muitos casos, o diagnóstico definitivo será feito com a retirada de algum material para análise histológica e cultura. Biópsias de medula óssea com mielograma e mielocultura e, às vezes, biópsias de fígado, de baço ou linfonodos ajudarão na identificação do diagnóstico etiológico.

Diferentemente da hepatoesplenomegalia aguda, o quadro crônico deve ser investigado com maior atenção. Muitas das doenças causadoras desta síndrome podem e precisam ser tratadas para que os pacientes recuperem suas atividades habituais.

Síndrome consumptiva

A síndrome consumptiva é um quadro que gera muita ansiedade nos médicos e pacientes. Os indivíduos com esta condição apresentam perda de peso não intencional e, da mesma maneira que para os quadros anteriores, podem referir uma série de sintomas adicionais.

Pode-se definir esta síndrome com a perda de mais de 10% do peso em 6 meses sem que se tenha tentado fazê-lo. Alguns autores, no entanto, definem esta condição com perda acima de 5% do peso em 6 meses.

Os pacientes frequentemente têm aspecto emagrecido, com perda de tecido gorduroso. Podem queixar-se de dispnéia, cansaço e falta de disposição.

Na maioria das vezes, a grande preocupação de médicos e pacientes é a presença de uma neoplasia como causa desta síndrome. Embora esta seja uma possibilidade real, há outras causas que podem levar a esta condição e que devem ser investigadas.

Do mesmo modo que para as hepatoesplenomegalias crônicas, podemos dividir as causas de síndrome consumptiva em grandes grupos de doenças, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Causas de emagrecimento.

Neoplasias	Endócrinas	Psiquiátricas	Infeciosas
Pulmões	DM	Depressão	Tuberculose
Mama	Hipertireoidismo	Ansiedade	HIV
Cólon		Demência	Endocardite
Estômago			Brucelose
Pâncreas			Leishmaniose visceral
Próstata			
Colo uterino			

Apesar da grande preocupação com a presença de uma neoplasia, é importante que o médico procure retirar o máximo de informações do paciente de modo a dirigir sua investigação diagnóstica. A presença de outros sinais e sintomas é fundamental. Sintomas dispépticos, queixas de dor abdominal, diarreia, obstipação, febre, sintomas pulmonares podem sugerir ao médico o caminho investigativo mais

adequado. Pode-se observar **que** algumas das doenças listadas fazem parte de outras síndromes (inclusive acima descritas). Assim, a presença de outras síndromes pode facilitar a identificação do diagnóstico etiológico.

O médico deve procurar as causas não neoplásicas de síndrome consumptiva. Às vezes, a causa não neoplásica é mais grave e pode imprimir maior risco que uma neoplasia, como é o caso de diabetes mellitus (DM). A história de exposição a riscos e uma avaliação do estado emocional do paciente são muito importantes. Embora os quadros psiquiátricos associados à síndrome consumptiva sejam considerados de exclusão, eles são muito prevalentes. Não se espera a exclusão de todas as possíveis doenças associadas à perda de peso para se iniciar o tratamento de um quadro depressivo. Deve-se, no entanto, procurar as causas que são mais compatíveis com o quadro clínico e com a epidemiologia local.

Assim, a presença de um sintoma que dirija a investigação para determinado sistema auxilia muito. Em geral, os pacientes realizam anti-HIV, glicemia, perfil tireoidiano, radiografia de tórax, hemograma e exames de função hepática e renal. Se houver alguma outra suspeita a partir da história, como uma queixa dispéptica, solicita-se também endoscopia digestiva alta (EDA), sempre dirigindo-se pela queixa. Seguindo esta lógica, outras queixas devem estimu-

lar a realização de outros exames laboratoriais.

Uma vez realizada a investigação inicial e excluídas etiologias não neoplásicas pertinentes para o quadro clínico, procura-se os tumores que são prevalentes para aquela faixa etária e sexo. Assim, deve-se considerar avaliar mama, próstata, pulmão e trato digestivo, muitas vezes mesmo na ausência de sintomas compatíveis.

No entanto, se após uma boa avaliação clínica, acompanhada de uma análise laboratorial adequada, não se encontrar a causa da síndrome consumptiva, pode ser mais razoável acompanhar o paciente. Mesmo que o diagnóstico seja um tumor ainda não manifesto, detectá-lo nesta fase pode ser muito dispendioso e invasivo e provavelmente trará mais malefícios ao doente do que benefícios. Esta decisão é sem dúvida difícil, mas pode ser tão ou mais importante para o paciente do que outras decisões investigatórias ou terapêuticas.

CONCLUSÃO

Há muitas formas de se fazer o diagnóstico de um paciente que procura o médico com determinada queixa. O método mais ensinado hoje é o hipotético-dedutivo. Nesta linha, estabelecer diagnósticos sindrômicos pode contribuir para a sistematização das queixas do paciente e favorecer o estabelecimento dos diagnósticos etiológicos definitivos.

Biselli PJ, Atta JA. Syndromic diagnoses. *Rev Med (São Paulo)*. 2005 jul.-dez.;84(3-4):95-101.

ABSTRACT: Clinical diagnosis changed a lot in history, starting with diagnosing (and treating) signs and symptoms to, in modern times, making more precise diagnosis, seeking the best treatment. Starting with clinical history and using hypothetic-deductive way of thinking or pattern recognition (the two most used techniques), we seek, through syndromic diagnosis, the etiologic diagnosis. Insofar all the technological improvement of the previous decades, history taking and diagnostic thinking are still the most efficient methods to solve (or, at least, direct in the best way) our patients problems. One of the methods to simplify this job is to use syndromic diagnosis to direct thinking and investigation. From three syndromic diagnoses (heart failure; liver and spleen enlargement; and wasting syndrome) we show how to get to the etiologic diagnosis, using mostly hypothetic-deductive techniques.

KEY WORDS: Medical history taking. Diagnosis. Diagnostic techniques and procedures.

REFERÊNCIAS

1. Lyons AS, Petrucelli RJ. História da medicina - Historia de la medicina. Tradução Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole; 1997.
2. Goldman L, Bennett JC. Cecil Textbook of Medicine. 21st ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
3. Benseñor IM. Medicina em ambulatório – diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 2005.
4. Benseñor IM, Atta, JA, Martins MA. Semiologia clínica. São Paulo: Sarvier; 2002.