

Joana M. Ferreira¹, Inês Videira¹, Márcia Sá²

¹ Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Saúde em Família – ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

² Assistente em Medicina Geral e Familiar na USF Saúde em Família – ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

Enquadramento

O rastreio do cancro do cólon em Portugal é ainda oportunístico, com realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) ou colonoscopia. Os dados do Programa Nacional de Doenças Oncológicas mostram uma incidência crescente, com incidência bruta 42,8/100000 habitantes e taxa de mortalidade 26,6/100000 habitantes em 2011.

Relato do caso

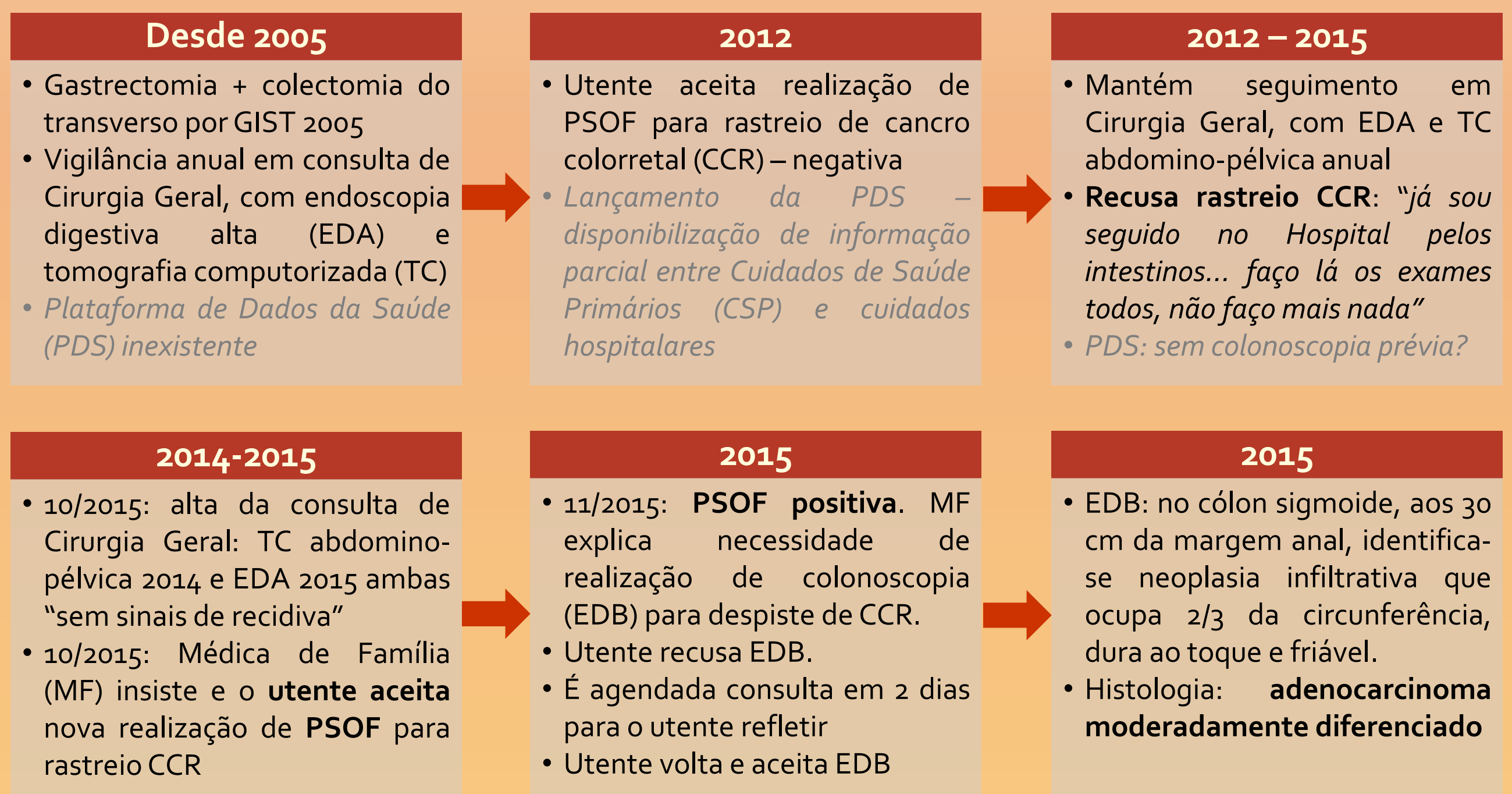
Homem de 63 anos, inserido numa família nuclear, na fase VIII do ciclo de Duvall, com classe social III de Graffar.

Antecedentes:

- Problemas ativos: hipertensão arterial desde 2004, diabetes mellitus tipo 2 desde 2006, dislipidemia, acidente vascular cerebral (AVC) em 2006, apatia pós-AVC, disfunção erétil de etiologia arterial.
- Problemas passivos: ex-fumador, abuso crónico do álcool (abstinente há vários anos).
- Antecedentes cirúrgicos: tumor do estroma gastrointestinal (GIST) diagnosticado em 2005, submetido no mesmo ano a gastrectomia distal e colectomia do cólon transverso, colocação de prótese peniana em 2012.

Medicação habitual: gliclazida 120 mg id, linagliptina 5 mg id, dapagliflozina 10 mg id, pravastatina 40 mg id, enalapril 20 mg id, sertralina 100 mg id, dissulfiram 250 mg id, ácido acetilsalicílico 100 mg id

História atual



TC abdomino-pélvica: Antecedentes de gastrectomia distal e colectomia do transverso, sem alterações das anastomoses. Mantêm-se alguns pequenos gânglios na raiz do mesentério à direita, máximo 6 mm. Sem imagens inequívocas de implantes peritoneais. Sem adenomegalias retroperitoneais. Na escavação pélvica, sem imagens de massa, coleções anómalas ou líquido ascítico

Discussão

Pretende-se refletir sobre a falsa segurança do seguimento paralelo do utente na consulta hospitalar por patologia gastrointestinal. A ausência de comunicação efetiva entre profissionais obscureceu a falha no rastreio oncológico recomendado para o utente. A informação verbal do utente da normalidade dos exames a nível hospitalar tranquilizavam falsamente a MF. O tempo limitado na consulta obriga à priorização de problemas, com colocação do rastreio CCR no final da lista de problemas deste utente pela MF, dado o seguimento hospitalar paralelo por patologia gastrointestinal. O mesmo poderá ter acontecido a nível hospitalar, dado o utente ter MF.