

DEVEMOS APENAS DESCREVER OS ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS OU EMITIR OPINIÃO CONCLUSIVA?

LUCY KERR¹

No caso que apresentamos nesta edição da revista da Sociedade Brasileira de Ultrassonografia demonstramos que o conhecimento de seis endocrinologistas diferentes que leram os exames de ultrassonografia, apenas descritivos dos nódulos tireoidianos, não foi suficiente para interpretá-los corretamente. A quem caberia, neste caso, ter diagnosticado o câncer da paciente, detectado pelas descrições morfotexturais do nódulo desde 2000? Indo mais longe, em caso de processo, quem será responsabilizado por negligência: o clínico ou o ultrassonografista? O clínico não está habilitado a analisar as imagens ultrassonográficas e nem é capaz de depreender a conclusão correta da descrição, uma vez que ele não se capacitou para tal. Deste ângulo, o clínico está isento de culpa. Por outro ângulo, me surpreende que o médico clínico se contente com uma conclusão que diz tão pouco diante das possibilidades diagnósticas da ultrassonografia, pois até a paciente desconfiou que não estava sendo bem assistida e, por isso, tantas mudanças de médico. Referimos-nos a 9 exames ultrassonográficos (EUS) da tireoide realizados em 2 laboratórios diferentes da cidade de São Paulo, por 9 colegas ultrassonografistas, que nunca classificaram o risco das lesões relatadas, o não permitiu ao clínico inferir corretamente, pela descrição US pura e simples, que o nódulo suspeito a ser biopsiado era o do pólo superior esquerdo. Por isso foi indicada a punção aspirativa com agulha fina guiada pelo US (PAAF) dos nódulos menos indicados para serem investigados (por três vezes). A lógica do clínico é simples: se houvesse algo mais grave o ultrassonografista especificaria e pediria investigação adicional. Se na conclusão não consta nada é porque a lesão é de padrão benigno. A lógica do colega estaria correta se os médicos ultrassonografistas concluíssem os casos que examinam. Mas apenas fizeram um arremedo de descrição onde deveria ser a conclusão: “presença de nódulos tireoidianos”. Por que descrever e não concluir? Eu não entendia esse comportamento até assistir, estarrecida, a uma aula ministrada em um grande congresso de imagem em São Paulo, no qual se expressava a preocupação com processo médico decorrente de laudos de EUS errados e se ensinava ao especialista em Imagem que a melhor forma de evitar ser processado era descrever e não concluir. E enfatizavam: se colocassem a conclusão e ela estivesse errada, seriam processados. E que, se possível, o linguajar fosse o mais “ultrassonográfico” possível, para permitir várias interpretações em caso de perícia. Dessa forma, caso o médico fosse processado poderia alegar que de sua descrição era possível inferir aquele diagnóstico (e outro, outro e mais outro....). O grande problema dessa conduta é que o clínico não entende o laudo descritivo dos EUS e pode errar a conduta em consequência disso. A descrição pura e simples das imagens transfere para o clínico a responsabilidade de concluir e o coloca no limite da sua ignorância em relação à nossa especialidade. Para concluirmos corretamente basta não nos omitirmos de nossa responsabilidade: somos médicos e não fotógrafos. É um erro pode custar a vida do nosso paciente. Se nos livramos assim do julgamento Judiciário, não nos livraremos de nossa responsabilidade de médicos, nem da nossa consciência, que pode estar anestesiada e temporariamente adormecida, mas jamais morta. Apenas adiamos um problema, que mais cedo ou mais tarde teremos que enfrentá-lo. Por acaso cabe ao clínico conhecer os critérios US de benignidade ou malignidade de um nódulo tireoidiano? Não é este conhecimento próprio dos ultrassonografistas e definidor da especialidade? O clínico, na grande maioria das vezes, não é capaz de interpretar as imagens e a descrição dos achados relatados no laudo de ultrassom, já que ele não está capacitado para isso. Ele simplesmente acredita no que está escrito. E muitas vezes, por não entender as descrições ultrassonográficas de uma estrutura, lê somente a “Impressão Diagnóstica”. A omissão de emitir uma opinião conclusiva sobre achados ultrassonográficos graves pode colocar em risco a vida da paciente. Um dos casos que vou mencionar de fato evoluiu para o óbito: um paciente do sexo masculino fez EUS da pelve em 2003 em um grande e conhecido laboratório de São Paulo e o colega detectou uma lesão vegetante na parede póstero-lateral direita da bexiga. Obviamente, a primeira hipótese deste caso seria a de carcinoma vesical e deveria ter sido sugerida investigação adicional. Entretanto, o colega ultrassonografista contentou-se em descrevê-la apenas, e não sugeriu nenhuma análise por outro método diagnóstico, nem mencionou a possibilidade de malignidade da lesão. O médico clínico que recebeu o laudo do EUS, embora fosse muito competente em sua área, a gastroenterologia, pouco entendia de ultrassonografia. Mas deduziu que, se fosse algo grave o descrito no corpo do laudo, o colega ultrassonografista haveria de sugerir esse diagnóstico ou, no mínimo,

indicar investigação adicional. Com esse pensamento em mente, tranquilizou o paciente e não solicitou cistoscopia. Após 18 meses transcorridos, o paciente começou a apresentar hematúria e a investigação realizada nessa ocasião revelou carcinoma invasivo da parede vesical e do ureter direito, já acarretando hidronefrose. Todos os tratamentos realizados desde então foram ineficazes e, após longo período de sofrimento (para ele e para a família), veio a falecer em outubro de 2009. O câncer havia sido detectado precocemente, mas o medo do ultrassonografista concluir seu exame deixou passar a hora ideal do tratamento. O segundo caso que gostaria de mencionar é de uma paciente de meia idade que tinha um quadro de dor abdominal, mais acentuada no hipocôndrio direito. Os dois EUS realizados previamente àquele do nosso serviço descreveram perfeitamente a presença de cálculo biliar, espessamento difuso associado a uma área de solução de continuidade parietal da parede vesicular, o que eu (como ultrassonografista) entendi claramente que estavam se referindo a uma ruptura vesicular – mas os dois EUS prévios não tinham conclusão, só descrição. O grande problema foi que o clínico que recebeu os EUS não tinha formação ultrassonográfica e não soube interpretar corretamente a “descrição” pura e simples dos achados de imagem. A paciente ficou internada 2 semanas em UTI, sem melhora da febre e das dores. A família solicitou a alta hospitalar para mudar de médico e de hospital e a trouxe para ser examinada em nosso serviço. As imagens dos EUS prévios mostravam claramente a ruptura da parede vesicular e o bloqueio ao redor. Eu a vi, assim como os colegas que a examinaram previamente tinham visto. A única diferença entre nós foi que eu não tive medo de concluir: ruptura vesicular com intensa periviscerite bloqueada por alças e pelo epiplon. Diante dessa opinião bem clara e correta, a paciente foi imediatamente operada e se recuperou rapidamente após a cirurgia. Mas ela poderia ter morrido (quando a examinamos estava bem toxêmica). Este caso foi mostrado no congresso da SBUS realizado em 2001 no Rio de Janeiro ao então presidente do CFM, Dr. Edson de Oliveira Andrade, que presidiu o Conselho Federal de Medicina de 1999 a 2004 e de 2004 a 2009, para demonstrar a urgência de haver o reconhecimento da Ultrassonografia como especialidade médica. Como podem ver, esse reconhecimento urge até hoje e por esse motivo permanecem sendo formados muitos profissionais incompletos e com medo de assumir as responsabilidades exigidas do especialista em ultrassonografia diagnóstica. Conclamo a todos ultrassonografistas que se orgulham de sua profissão para insistirmos nesse objetivo, que permitirá um controle melhor da Ultrassonografia diagnóstica e o reconhecimento daqueles que atuam corretamente.