

# X Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 20 e 21 de Fevereiro de 2003

## Resumos das Comunicações Orais (C) e dos *Posters* (P) Abstracts of Oral Presentations (C) and Posters (P)

### C1. Estudo cardiorrespiratório do sono domiciliário em crianças - será possível?

A AMORIM, A MACHADO, JC WINCK,  
E SANTA CLARA, J ALMEIDA

Unidade de Fisiopatologia e Reabilitação –  
Serviço de Pneumologia, H.S.João – Porto

**Introdução:** A patologia respiratória do sono é comum em crianças podendo associar-se a graves complicações. A polissonografia nocturna em laboratório do sono, mantém-se como *gold standard* no diagnóstico desta patologia. Dada a escassez de laboratórios do sono, outras técnicas de *screening* têm vindo a usar-se especialmente em adultos. Em crianças, há poucos estudos sobre esta modalidade de diagnóstico, nomeadamente quanto ao uso de sistemas de registo com 4-6 canais.

**Objectivo:** Estudar a rentabilidade dos registos cardiorrespiratórios do sono (RCRS) domiciliários realizados em crianças.  
**Material e métodos:** Desde Janeiro de 1999 a Janeiro de 2003 foram realizados 21 RCRS em crianças usando os equipamentos *Stardust* (Respironics, EUA) – 10 doentes – e o *Alpha Screen* (Vyasis, EUA) nos restantes. Considerou-se como apneia uma diminuição do fluxo nasal de pelo menos 20%, de qualquer duração, e hipopneia uma diminuição de pelo menos 50% do fluxo nasal, acompanhada de dessaturação de pelo menos 4%.

**Resultados:** Foram estudadas 21 crianças, com uma média de idades de 11,3+/-3,8 anos, sendo 13 do sexo masculino. Em 7 doentes existiam doenças metabólicas ou neuromusculares graves. Os sinais de fluxo nasal e de saturação do O<sub>2</sub> foram bons/razoáveis em 15 (71,4%) e 20 (95,2%) doentes, respectivamente. Apenas num caso o registo foi nulo. Os resultados dos exames mostraram um valor médio de Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) de 12,3+/-14,8/hora, saturação média de 95,1%+/-3,1 %, saturação mínima de 81,9 %+/-9,3% e de índice de dessaturação de 12,8+/-11,4/hora. O Síndrome de Apneia do Sono (SAS) foi confirmado em 19 doentes.

**Conclusão:** Na nossa experiência, o RCRS domiciliário é um

método de diagnóstico facilmente aplicável nas crianças. Ao fornecer mais informações objectivas do que outras técnicas de *screening* usadas nas crianças, (registo áudio/vídeo ou a oximetria nocturna simples) poderá certamente avaliar com mais segurança a existência de patologia respiratória do sono.

## C2. Apneia do sono e asma brônquica: uma associação com características próprias?

MARTA DRUMMOND, JC WINCK, P VIANA, J ALMEIDA

Unidade de Reabilitação e Fisiopatologia Respiratória  
Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

**Introdução:** São bem conhecidas as influências do sono na fisiopatologia da asma. A coexistência da Síndrome de Apneia do Sono (SAS) pode estar associada ao aumento da instabilidade da asma, e por outro lado o tratamento do SAS poderá interferir com o controlo da asma.

**Objectivo:** Caracterização dos doentes com SAS associado a asma brônquica e avaliação da resposta funcional ao tratamento.

**Material e Métodos:** Doentes com o diagnóstico de SAS e asma incluídos numa base de dados da consulta de Pneumologia-Patologia do Sono do Hospital de São João (referenciados entre Julho de 1998 e Janeiro de 2003). Todos os doentes realizaram estudo do sono, apresentando critérios de SAS (IAH>5), eram não fumadores e apresentavam pelo menos uma espirometria com critérios de reversibilidade (FEV1 pós broncodilatação>12%).

**Resultados:** Foram incluídos 14 doentes, com média de idade de 54,5 ± 13,1 anos, sendo a maioria do sexo masculino (57,1%) e obesos (IMC médio= 35,1 ± 7,5). O Índice de Apneia/Hipopneia médio era de 38,7 ± 29,5/ hora e o VEMS% médio de 76,6 ± 17,9.

Asma de grau 3 foi encontrada em 30,8% dos doentes, de grau 2 em 46,2% dos casos e de grau 1 em 23,1%. Dos doentes estudados, em 78,6% foi prescrito suporte ventilatório nocturno por máscara nasal (9 CPAP/ 2 BiPAP) e em apenas 3 doentes medidas gerais. Comparando o IMC, VEMS, CVF e VEMS/ CVF prévios e, após suporte ventilatório nocturno, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, em 4 casos verificou-se melhoria do grau de obstrução.

**Conclusão:** Na nossa experiência, os doentes com a associação, apresentam SAS grave e asma ligeira a moderada. O tratamento do SAS, apesar de não alterar significativamente a função pulmonar, poderá ter um impacto positivo num subgrupo de doentes.

## C3. Construção de um inquérito para rastreio de SAOS na população em geral

OLIVEIRA R, CÉU BRITO M, DUARTE R

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Responsável da Unidade de Patologia do Sono: Dr. Miguel Ferraz. Director de Departamento: Dr. Ramalho Almeida.

O diagnóstico precoce da Síndrome da Apneia Obstrutiva (SAOS) do sono permite tratamento específico rápido, com melhoria efectiva da qualidade de vida e diminuição das comorbilidades associadas a esta patologia. A utilização de testes de rastreio simples, como inquéritos de sintomas e escalas de sonolência que possam ser facilmente administradas ao doente pelo médico assistente, podem facultar uma maior celeridade na sua orientação para uma consulta da especialidade e respectivo tratamento.

O objectivo deste trabalho foi a construção de um questionário simples de rastreio de SAOS, com vista a ser capaz de rastrear os doentes pelo médico assistente, proporcionando uma orientação mais rápida e eficiente para a consulta da especialidade. 60 indivíduos (30 saudáveis e 30 com diagnóstico SAOS) realizaram registo nocturno de apneias e preencheram inquérito de sintomas e escala de sonolência de Epworth .

Utilizaram-se testes de independência (teste t para amostras independentes), testes de Qui-quadrado (para verificar a relação existente entre as variáveis) e regressões lineares (para mostrar o grau de correlação entre as variáveis).

O nível de significância ( $\infty$ ) definido foi de 5% ( $\infty = 0.05$ ) para todos os testes realizados.

No final do estudo construiu-se um pequeno questionário de 13 perguntas que será remetido para a sua validação.

## C 4. Tuberculose na Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos: Incidência

ANABELA MESQUITA, JORGE HERBERT, MANUELA COSTA, EMÍLIA ARAÚJO, FERNANDA JOÃO

ULS - Matosinhos

**Introdução:** A ULS de Matosinhos compreende o Hospital Pedro Hispano e 4 Centros de Saúde, que englobam, segundo o *sensus* 2001, uma população de 166 275 habitantes. Dado que a incidência de Tuberculose (TB) na área é cerca do dobro da verificada a nível nacional, um grupo de profissionais responsáveis por esta patologia procura investigar as causas desta incidência, a fim de elaborar estratégias capazes de a modificar.

**Material e métodos:** Fizeram então uma análise retrospectiva dos dados de 444 doentes inscritos no CDP nos últimos 3 anos, em relação aos seguintes parâmetros: idade, sexo, residência, toxicodpendência, seropositividade para o VIH e evolução da acuidade diagnóstica.

**Resultados:** Quanto à idade e sexo, os números são coincidentes com os disponíveis a nível nacional. A incidência por freguesias foi variável, embora existam 2 consideradas persistentemente problema: Guifões e Matosinhos (> 100). A toxicodpendência e a seropositividade para o VIH apresentam números muito elevados, mas verifica-se redução progressiva ao longo dos 3 anos. A acuidade diagnóstica também melhorou neste período

**Conclusão:** Cabe-nos informar que a incidência de TB na ULS de Matosinhos não diminuiu ao longo dos 3 últimos anos, apesar da redução do número de toxicodpendentes e seropositivos para o VIH, o que poderá dever-se a uma melhor acuidade diagnóstica desenvolvida durante este período de tempo.

## C 5. Tuberculose resistente e sua relação com a infecção VIH. Experiência de 5 anos de um Serviço de Pneumologia

MARINA BONNET, JORGE SOARES, VICÊNCIA RIBEIRO, JORGE ROLDÃO VIEIRA

Serviço de Pneumologia – Hospital Garcia de Orta

A relação entre a tuberculose resistente aos antimicobacterianos e a infecção pelo VIH tem sido muitas vezes questionada, com autores defendendo a associação entre ambas e outros que não encontram relação entre a resistência e a infecção pelo VIH.

Avaliámos retrospectivamente os casos de doentes com tuberculose internados no nosso serviço nos últimos cinco anos (Janeiro 1998 a Dezembro 2002) e seus padrões de resistência aos antimicobacterianos e seropositividade para o VIH.

Foram estudados os registos de 245 internamentos que correspondem a 232 doentes, sendo 170 do sexo masculino (73%), 62 do sexo feminino (27%), com média etária de 44 anos (limites 16-91 anos). Destes, 33 (13,87%) eram seropositivos para VIH.

Foram encontrados 19 (8,19%) doentes com resistência aos antimicobacterianos, sendo 10 multirresistentes (52,63%), 5 polirresistentes (26,32%) e 4 monorresistentes (21,05%). Destes, apenas 3 (15,78%) eram seropositivos, 2 dos quais com tuberculose multirresistente.

A maioria dos nossos doentes com tuberculose resistente são seronegativos para o VIH, o que parece apontar para outras causas desencadeantes de resistência, nomeadamente má adesão/abandono da terapêutica e convívio com doentes resistentes.

## C 6. Estenoses benignas da traqueia. Experiência de 2 anos (2001–2002)

FEIJÓ S., MONTEIRO P, ROSAL J.,  
BUGALHO ALMEIDA A.

Hospital de Santa Maria, Lisboa. Unidade de Técnicas Endoscópicas Respiratórias do Serviço de Pneumologia.

A estenose benigna da traqueia (EBT) não é uma entidade frequente. O seu diagnóstico exige alto grau de suspeição e rápida intervenção. Nos anos 2001-2002, 27 doentes efectuaram nesta Unidade BRC por EBT [13 do sexo feminino (48%); 14 do sexo masculino (52%)]. A idade média foi de 54,2 anos, mínimo de 17 e máximo de 78 anos. A etiologia das estenoses deve-se a pós-intubação endotraqueal em 85,2% dos doentes, a osteofito cervical gigante (3,7%), a aneurisma da aorta (3,7%) a tuberculose (3,7%) e a malácia (3,7%). A localização das estenoses foi predominantemente subglótica (52%) e no restante terço superior da traqueia (18%). A intervenção terapêutica optada foi a dilatação mecânica (DM), *laser* e colocação de prótese em 11 casos; a DM e colocação de prótese em 10 casos; a DM e *laser* em 3 casos; colocação de prótese em 2 casos e apenas a dilatação mecânica num caso. As complicações surgidas foram a migração de prótese em 25% dos casos, a reestenose em 7%, a formação de granulomas em 18% dos casos e a ventilação mecânica em 3% dos casos. Salienta-se que 11 dos doentes (40%) não tiveram necessidade de efectuar nenhuma intervenção no período de sensivelmente 1 ano.

## C 7. Patologia intersticial pulmonar - casuística de um serviço

E. RODELO, M.J. SILVESTRE, B. CONDE,  
A. FERNANDES, T. CALVO, A. AFONSO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua

**Introdução:** Apesar do considerável progresso das técnicas de diagnóstico das doenças do interstício pulmonar, o seu reconhecimento não está por isso mais simplificado, devido à difícil interpretação e conjugação dos resultados obtidos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, revisão dos processos de doentes com o diagnóstico definitivo de patologia intersticial, num período de 47 meses.

**Objectivos:** Caracterização clínica, laboratorial, imagiológica e evolutiva do grupo de doentes em estudo.

**Resultados:** 38 doentes, idade média de 47,7 anos, 45% sexo feminino e 55% sexo masculino.

A tosse foi o sintoma mais frequente (60%), logo seguido da dispneia (40%).

Ao padrão intersticial na radiografia correlaciona-se, em 42% dos casos, a imagem em vidro despolido na TAC-AR e alveolite linfocítica (34%) no LBA. O diagnóstico de certeza foi obtido, em 34% dos casos, por biópsia pulmonar cirúrgica.

O diagnóstico mais frequente é o de sarcoidose (29%), logo seguido do de AAE.

**Conclusão:** Os números encontrados são muito semelhantes aos das séries publicadas, exceptuando talvez um maior recurso à biópsia cirúrgica.

## C 8. Patologia pleural e a infecção VIH

ADELINA AMORIM, GABRIELA FERNANDES,  
MARIA SUCENA, ADRIANA MAGALHÃES, ROSÁRIO  
SERRÃO

Serviço de Pneumologia e Serviço de Doenças Infecciosas  
do HSJ, Porto

**Introdução:** A patologia pleural em doentes com infecção VIH reveste-se de algumas particularidades. A causa mais frequente do pneumotórax, referida na literatura, é a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, seguido da tuberculose pulmonar e o uso de pentamida em aerossol. Os derrames pleurais mais comuns são os parapneumónicos, os empiemas, os de etiologia tuberculosa e os secundários ao sarcoma de Kaposi.

**Objectivo:** Avaliar a etiologia da doença pleural na população com infecção VIH, evolução clínica e resposta à terapêutica.

**Material e métodos:** Revisão dos processos clínicos dos internamentos por patologia pleural no Serviço de Doenças Infecciosas, entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2001.

**Resultados:** Foram identificados 8 doentes com pneumotórax (5 do sexo masculino; média de idades de 30,7 anos). Em 5 casos o pneumotórax foi o motivo de internamento. Houve necessidade de efectuar drenagem por toracostomia em todos os casos (duração média: 11,1 dias). Seis doentes apresentavam tuberculose pulmonar (TP), 1 pneumonia estafilocócica e 1 enfisema bolhoso. De registar 2 mortes.

Foram internados 36 doentes com derrame pleural (DP), 30 do sexo masculino, com uma média de idades de 31,1 anos. Vinte e um DP foram estudados (11 com biópsia pleural). Diagnosticaram-se 2 empiemas, 6 derrames parapneumónicos, 1 hemotórax, 2 pleurites granulomatosas. Oito DP foram assumidos como tendo uma provável etiologia tuberculosa. Quatro doentes efectuaram drenagem por toracostomia e 3 drenagem cirúrgica. Quinze DP não foram investigados por impossibilidade técnica ou por a sua etiologia ser provavelmente tuberculosa.

**Conclusão:** Apesar de a etiologia da doença pleural associada à infecção VIH poder ser muito diversa, no nosso contexto clínico a causa mais frequente é a TP. No entanto, sempre que possível, deve-se procurar esclarecer a etiologia dada a possibilidade de concomitância de infecções e de outras patologias nestes doentes. De notar também uma maior associação com complicações que requerem intervenções terapêuticas mais agressivas desde o início.

## C 9. Repercussão respiratória da distrofia miotónica

AUGUSTA MACHADO, A AMORIM, JC WINCK,  
F SILVEIRA, E EUSÉBIO, J ALMEIDA

Unidade de Fisiopatologia e Reabilitação Respiratória,  
Serviço de Pneumologia e Consulta de Doenças  
Neuromusculares. Hospital de S. João - Porto

A distrofia miotónica é uma doença autossómica dominante, progressiva, multissistémica, com frequente envolvimento respiratório, sendo a insuficiência respiratória uma das principais causas de morte.

**Objectivo:** Estudo da repercussão respiratória da distrofia miotónica.

**Material e métodos:** Foram incluídos 13 doentes com o diagnóstico de distrofia miotónica, 4 homens e 9 mulheres, com média de idades de  $43,2 \pm 12,7$  anos. Todos efectuaram estudo funcional respiratório (espirometria, volumes pulmonares estáticos, pressões máximas respiratórias e gasimetria arterial) e oximetria nocturna. Nove doentes realizaram também polissonografia.

**Resultados:** Do ponto de vista funcional respiratório, os doentes apresentavam, em média, uma síndrome ventilatória restritiva ligeira (CPT  $72,2 \pm 23,75\%$ ;  $n=7$ ), hipercapnia (PaCO<sub>2</sub>  $45,0 \pm 7,1$ ;  $n=5$ ) e pressões respiratórias alteradas com franca diminuição da pressão expiratória máxima (PIM  $64,6 \pm 21,5$ ,  $n=8$ ; PEM  $34,4 \pm 13,9\%$ ,  $n=10$ ). Em 4 doentes o volume residual estava aumentado e 6 doentes tinham critérios de síndrome de apneia do sono na polissonografia.

**Conclusão:** As alterações da função respiratória são frequentes nesta patologia predominando o padrão restritivo com redução das pressões expiratórias e hipercapnia. Salienta-se, também, a elevada prevalência da síndrome de apneia do sono nestes doentes.

## C 10. Concentração plasmática de lidocaína – Sua relevância na clínica

MARIA SUCENA<sup>A</sup>, ISABEL CACHAPUZ<sup>B</sup>,  
ELENA LOMBARDIA<sup>A</sup>, ISILDA MONTEIRO<sup>A</sup>,  
DELFINA BRANCO<sup>A</sup>, ADRIANA MAGALHÃES<sup>A</sup>,  
JOÃO TIAGO GUIMARÃES<sup>B,c</sup>

<sup>A</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João, Porto;

<sup>B</sup>Departamento de Patologia clínica, H. S. João, Porto;

<sup>C</sup>Serviço de Bioquímica da FMUP

A lidocaína é frequentemente usada para anestesia local durante a realização da broncofibroscopia (BFC). Tem sido sugerido que a dose total de lidocaína deverá ser inferior a 300-400 mg (ou inferior a 8,2 mg/kg). A toxicidade da lidocaína está directamente relacionada com a sua concentração sanguínea. Uma concentração plasmática inferior a 5 mg/ml é considerada segura.

Foram objectivos deste trabalho a determinação das concentrações plasmáticas da lidocaína, a frequência com que são atingidas concentrações em níveis potencialmente tóxicos e sua correlação com eventuais efeitos laterais..

Os níveis plasmáticos de lidocaína foram determinados em 30 doentes submetidos a BFC. A lidocaína foi administrada sob a forma de gel a 2%, *spray* a 10% e solução a 2%. Foram recolhidas amostras de sangue venoso antes do início da anestesia local e aos 20, 30 e 40 minutos após a sua aplicação.

Uma dose total média de 746,3±159,5 mg (11,6±3,1 mg/kg) de lidocaína foi administrada aos 30 doentes.

Antes do início da anestesia os níveis plasmáticos de lidocaína foram inferiores a 0,1 mg/ml (limiar de sensibilidade do teste) em todos os doentes.

Os níveis plasmáticos médios de concentração de lidocaína foram de 3,2±1,7 mg/ml aos 20 min., 3,3±1,7 mg/ml aos 30 min. e 3,0±1,5 mg/ml aos 40 min.

Verificaram-se níveis tóxicos em 5 doentes, mas não se observaram reacções adversas relacionadas com a lidocaína.

Apesar da quantidade de lidocaína usada neste estudo exceder a dose máxima recomendada em todos os doentes e de se terem verificado níveis tóxicos não foram observadas complicações. A determinação do limite máximo de lidocaína a ser administrado deverá ser estabelecida, apesar de doses superiores a 400 mg parecerem ser seguras em termos clínicos.

## P 1. Tuberculose e VIH. A importância da suspeita clínica

MIGUEL GUIMARÃES; MARGARIDA MOTA; JOANA AMADO; ANTÓNIO CAIADO; MANUELA VANZELLER; RAQUEL DUARTE

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Responsável da Unidade: Dr.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Céu Brito; Director do Serviço: Dr. F.F. Rodrigues; Director do Departamento: Dr. Ramalho de Almeida.

A tuberculose é uma doença com múltiplas formas de apresentação, especialmente quando associada a infecção pelo VIH.

Os autores apresentam o seguinte caso clínico: doente do sexo feminino com 32 anos de idade, sem antecedentes patológicos conhecidos e que recorreu ao SU com um quadro clínico com cerca de 7 dias de evolução, caracterizado por febre (39-40°C), toralgia esquerda e lesões dérmicas eritematosas disseminadas, sugestivas de infecção do tipo herpético. Na radiografia de tórax apresentava imagem compatível com pneumonia à esquerda. Iniciou terapêutica com Levofloxacina e Aciclovir com melhoria clínica. Quando repetiu a radiografia pulmonar ao fim de 8 dias de terapêutica verificou-se imagem de hipotransparência com perda de substância no 1/3 médio do campo pulmonar esquerdo. Prova de Mantoux positiva (16mm). Exame bacteriológico de expectoração com presença de bacilos álcool-ácido resistentes. Posteriormente teste positivo para o VIH<sub>1</sub>.

O objectivo deste caso clínico é realçar a necessidade de estar atento para determinadas manifestações clínicas, que não sendo típicas da tuberculose ou da infecção pelo VIH, indiciam a existência de estados de imunodeficiência.

## P 2. Tuberculose na Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos: formas clínicas

ANABELA MESQUITA, JORGE HERBERT, MANUELA COSTA, EMÍLIA ARAÚJO, FERNANDA JOÃO

ULS - Matosinhos

**Introdução:** A ULS de Matosinhos compreende o Hospital Pedro Hispano e 4 Centros de Saúde. Da prática clínica diária temos a percepção de que há muitas formas de apresentação de tuberculose extra-pulmonar e disseminada.

**Material e métodos:** Para obter dados concretos a este respeito, os autores realizaram uma análise retrospectiva dos dados de 444 doentes inscritos no CDP nos últimos 3 anos, no que respeita à proveniência, formas de apresentação e relação entre estas e a acuidade diagnóstica.

**Resultados:** Verificou-se uma certa equidade da proveniência do internamento hospitalar e do ambulatório. A forma de apresentação predominante foi a pulmonar (68,9%), seguida de pleural e ganglionar, sem oscilações significativas ao longo dos 3 anos. Dos 444 doentes, em 17,1% não se confirmou diagnóstico, e destes, 20,75% eram HIV+. As formas extra-pulmonares foram as menos confirmadas, com tendência para inversão ao longo dos 3 anos. Nos seropositivos para HIV, as formas menos confirmadas foram as pulmonares e as disseminadas. Os diagnósticos não confirmados ocorreram de uma maneira semelhante entre o internamento e o ambulatório.

**Conclusão:** Na tuberculose, a forma de apresentação predominante ainda é a pulmonar (70%). A extra-pulmonar representa cerca de 26 e a disseminada 5%. Houve melhoria da acuidade diagnóstica ao longo dos 3 anos e a não confirmação ocorre mais na população seropositiva para HIV, principalmente nas formas pulmonar e disseminada, em parte atribuível à introdução da terapêutica empírica em doentes graves.

## P 3. Tuberculose Pulmonar e Laríngea: caso clínico

MARTA N. SILVA, FRANCISCO COSTA, NÉLIA TINOCO

Serviços de Medicina e Pneumologia - Hospital S.João de Deus - V. N. Famalicão

A tuberculose das vias aéreas superiores (laringe, faringe e epiglote) é quase sempre uma complicação da tuberculose pulmonar cavitária avançada e nestes casos, quase sempre, a amostra de BAAR na expectoração é positiva.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 36 anos, com queixas de tosse, expectoração e emagrecimento. A telerradiografia do tórax mostrou infiltrado micronodular à esquerda, e as baciloscopias foram positivas. Iniciou tratamento antibacilar.

Por referir rouquidão foi observado por ORL e fez broncofibroscopia, tendo-se colocado a hipótese de tuberculose laríngea exuberante (aspecto em couve-flor). Associou-se corticoterapia ao tratamento antibacilar em curso.

Melhorou clínica e imagiologicamente com este tratamento, assim como teve melhoria franca das lesões laríngeas (evidenciada pela comparação das imagens fotográficas tiradas).

Os autores chamam a atenção para esta forma de tuberculose, que muitas das vezes é de fácil diagnóstico e passa despercebida.

## P 4. Tuberculose - apresentação pouco habitual - a propósito de um caso clínico

DIVA FERREIRA, HERNÂNI LENCASTRE,  
MANUELA COSTA, FERNANDA JOÃO

Pneumologia - ULS - Matosinhos

Apresenta-se um caso clínico de uma doente de 35 anos, costureira, não fumadora, que teve Tuberculose Pulmonar - BK+ (D) em 1997 tratada com sucesso "aparente" durante 7 meses. Apesar disso mantém tosse persistente irritativa e depois dispneia e pieira essencialmente de esforço e toracalgia incaracterística.

Dos exames complementares destaca-se reacção aos ácaros (testes de Prick) e na imagiologia - bronquiectasias cilíndricas no LM e LID.

Endoscopia brônquica – tumor pediculado, basculante com os movimentos respiratórios que emerge do segmento apical do lobo inferior direito, cuja histologia mostrou “infiltrado linfóide”.

Efectuou exérese cirúrgica do lobo médio e inferior, pois a biópsia extemporânea não esclareceu o tipo de lesão em relação à benignidade ou malignidade.

**Caracterização histológica da peça:** “além do infiltrado linfóide brônquico já descrito, observam-se células epitelióides com necrose de caseificação nos gânglios linfáticos e no parênquima pulmonar a mesma necrose e presença de bacilos álcool-ácido-resistentes”.

**Conclusão:** trata-se de um caso de tuberculose ganglionar, brônquica e pulmonar de apresentação pouco habitual.

## P 5. Conhecimento de duas populações sobre tuberculose

M.<sup>a</sup> JOÃO SENA ESTEVES, M<sup>a</sup> ISABEL LOUREIRO,  
RUI PEDRO LIMA, PINTO HESPANHOL

Departamento de Clínica Geral - Faculdade Medicina  
Universidade Porto - Porto

**Objectivos:** Através de um estudo comparativo de uma população urbana e outra rural, pretendemos comparar o grau de conhecimento da doença em duas comunidades distintas e verificar como este se pode relacionar com idade, escolaridade e experiência pessoal.

**Material e Métodos:** Foi efectuado um estudo observacional, descritivo, tipo transversal. A amostra foi escolhida de forma aleatória entre utentes do C.S.S.João e do C.S.Arouca, durante 2 dias em cada um deles, num total de 248 participantes.

Aplicou-se um inquérito, por entrevista directa, com as variáveis idade, sexo, escolaridade, experiência pessoal e questões que permitiram obter o grau de conhecimento da doença (Insuficiente, Razoável, Bom).

O tratamento estatístico da informação foi realizado no programa SPSS 10.0.

**Resultados:** Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois Centros no grau de conhecimento da doença. No C.S.S.João verifica-se 37,5% “Bom” e 10,2% “Insuficiente”, no C.S.Arouca 30% “Bom” e 22,5% “Insuficiente”. Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e grau de conhecimento, esta apenas no C.S.Arouca e experiência pessoal e grau de conhecimento.

## P 6. Hemotórax espontâneo

CAIADO. A; BRITO. C. M; SHIANG.T; CONDE. S

Departamento de Pneumologia do Centro Hospitalar de V.N. de Gaia. Serviço de Pneumologia. Director de Departamento: Dr. A. Ramalho de Almeida. Director de Serviço: Dr. F. Filipe Rodrigues

Hemotórax significa a presença de quantidade significativa de sangue no espaço pleural.

A maior parte dos hemotoraxes resulta de trauma penetrante ou não penetrante da cavidade torácica.

Ocasionalmente temos hemotoraxes iatrogénicos que resultam da colocação percutânea de cateteres venosos centrais na jugular interna ou subclávia ou pela aortografia translombar.

Raramente resultam de condições médicas como embolismo pulmonar ou ruptura de aneurisma aórtico.

Hemotoraxes não traumáticos são distintamente incomuns.

A principal causa é a doença pleural maligna metastática, a segunda principal causa é uma complicação da terapia anti-coagulante utilizada no tratamento do embolismo pulmonar e a terceira principal causa é provavelmente o hemotorax catamenial.

Outras causas incluem hemofilia ou trombocitopenia, complicação de pneumotórax espontâneo, ruptura da aorta torácica, pseudoquisto pancreático, telangectasia hereditária hemorrágica, sarampo, hematopoiese extramedular intratorácica, osteosarcoma da costela e sequestração bronco-pulmonar.

Os autores propõem-se fazer uma pequena revisão da literatura sobre o tema utilizando para tal um caso clínico de um jovem do sexo masculino, 19 anos, fumador 2 UMA, empregado de escritório, sem antecedentes patológicos conhecidos, sem traumatismo torácico recente, que recorre ao SU do CHG por dor no ombro direito. Sem outra sintomatologia associada. Exame físico sem alterações. Do estudo efectuado no SU a telerradiografia do tórax mostrava hidropneumotórax à direita. Repercussões nas trocas gasosas com hipoxemia (pO<sub>2</sub> 66,1 mmHg). Analiticamente leucocitose com neutrofilia (19260/uL com 15400 PMN).

O estudo efectuado durante o internamento mostrou tratar-se de hemotórax interpretado num provável contexto de uma complicação de um pneumotórax espontâneo uma vez terem sido excluídas todas as outras possíveis causas.

O doente foi submetido a toracotomia com descorticação pleural dado apresentar na TAC torácica pulmão encarcerado e paqui-pleurite tendo a cirurgia decorrido sem complicações.



## **P 7. Pneumotórax bilateral - a propósito de um caso clínico**

CONDE BEBIANA, RODELO EMÍLIA,  
FERNANDES ANA, SILVESTRE M<sup>a</sup> JOSÉ,  
CALVO TERESA, AFONSO ABEL

Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua

O Pneumotórax (PTX) bilateral é particularmente raro, surgindo em aproximadamente 2% de casos.

As doenças do interstício como a sarcoidose, a histiocitose e outras, pelo seu componente fibrosante podem ser, muito raramente, responsáveis etiológicos de PTX.

Apresenta-se um doente de 25 anos, com clínica insidiosa de astenia e tosse irritativa que evolui com dispneia e dá entrada no SU do H de Amarante com PTX bilateral e insuficiência respiratória, pelo que é transferido para a UCIP do nosso hospital.

A sua evolução no internamento é arrastada e apresentou-nos dificuldades diagnósticas e terapêuticas, tendo havido necessidade de fazer biópsia cirúrgica.

Histologicamente apresentava «lesão inflamatória granulomatosa compatível com sarcoidose, associada a patologia pneumoconiótica.»

Os AA decidiram apresentar este caso pela raridade da sua forma de apresentação (PTX bilateral) e pela raridade da associação das duas patologias intersticiais (sarcoidose e silicose).

## **P 8. Embolização — uma opção terapêutica nas hemoptises**

JOANA MOREIRA, BEATRIZ FERNANDES, ANTÓNIO CAIADO, SOFIA NEVES, JAVIER SAN JOSÉ, TERESA SHIANG

Responsável da Unidade A - Dra. Céu Brito  
Director de Serviço de Pneumologia do CHVNGaia - Dr. Fernando Filipe Rodrigues.

A embolização selectiva das artérias brônquicas é uma atitude terapêutica comprovada no tratamento das hemoptises.

Esta técnica foi implementada no CHVNG em Outubro/1997. Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes internados por hemoptises no departamento de Pneumologia entre Outubro/1997 e Dezembro/2002. Procedeu-se à análise dos processos, dando particular ênfase aos doentes que realizaram embolização.

Foram analisados 137 internamentos (48 sexo feminino, 89 sexo masculino). Verificou-se melhoria com terapêutica médica em 99 doentes, 12 doentes realizaram angiografia brônquica com embolização, por persistência da sintomatologia.

Nos 12 doentes submetidos a embolização (7 sexo feminino, 5 sexo masculino) a patologia subjacente foi: 4 bronquiectasias, 5 sequelas tuberculose pulmonar, 2 tuberculose pulmonar, 1 malformação vascular. Dos 6 doentes que fizeram TAC torácica e broncofibroscopia houve correlação dos aspectos tomográficos e endoscópicos em 4. No período de *follow-up* 3 doentes tiveram recorrência das hemoptises e 1 foi submetido a nova embolização.

A embolização, apesar de ser uma técnica invasiva, é uma alternativa terapêutica segura, melhorando significativamente a qualidade de vida destes doentes.

## **P 9. Sarcoidose – a propósito de 2 casos clínicos**

M. CÂMARA; T. SHIANG; B. FERNANDES; C. BRITO.

Serviço de Pneumologia – C.H.V.N.G.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida, que, apesar de poder envolver qualquer órgão, atinge preferencialmente os gânglios linfáticos e o aparelho respiratório.

A sua prevalência na Europa varia entre 10 a 20 casos por 100 000 habitantes. É mais frequente nos indivíduos do sexo feminino e tem pico de incidência entre 20-45 anos

Pela sua diversidade de manifestações clínicas e radiológicas pode simular uma grande variedade de patologias. O seu diagnóstico implica um quadro clínico compatível, a demonstração histológica de granulomas não caseificantes e exclusão de outra doença com quadro clínico e histológico semelhante.

A este propósito, os autores apresentam os casos clínicos de duas pacientes do sexo feminino internadas para estudo de dispneia de esforço associado a sintomas gerais e alterações radiológicas exuberantes cujo diagnóstico definitivo constituiu um desafio.

Tecem igualmente algumas considerações sobre a sensibilidade e especificidade de vários exames subsidiários e a resposta à terapêutica.

## **P 10.** **Pseudomembrana traqueal — uma complicação pouco frequente da entubação traqueal**

MARINA BONNET, MIGUEL BENTO MONTEIRO.

Serviço de Pneumologia – Hospital Garcia de Orta - Almada

As complicações da entubação traqueal surgem em 6% dos casos e dividem-se em:

- 1- Complicações da própria entubação;
- 2- Complicações provocadas pelo tubo no interior da traqueia;
- 3- Complicações pós-extubação.

Dentro das complicações são particularmente preocupantes os diversos tipos de estenose traqueal e erosão da parede esofágica (fístula traqueoesofágica), requerendo ambas as situações broncoscopia de urgência.

Uma das complicações pouco descritas é o aparecimento de pseudomembranas traqueais, precursoras de uma futura estenose traqueal, e que se manifestam por um quadro de estridor e dispneia momentos após a extubação. Requerem broncoscopia de urgência e devem ser tratadas em broncoscopia rígida. Descrevemos um doente que desenvolveu um quadro de estridor e intensa dispneia após ter sido extubado. A broncofibroscopia mostrou pseudomembranas que obstruíam quase por completo o lúmen traqueal e a existência de uma fístula traqueoesofágica.. Foi tratado em broncoscopia rígida com destruição das pseudomembranas e colocação de prótese de Dumon sobre a fístula. Conseguiu-se a extubação com sucesso.

## **P 11.** **Patologia do interstício pulmonar: aspectos em TC de alta resolução**

DIAS, SUSANA\*; ALVES, ANA\*\*, SILVA, ANABELA\*\*;  
RIBEIRO, FILIPA\*; RAMOS ALVES, SOFIA\*;  
BACELAR, TERESA\*

\* Serviço de Radiologia do IPO-Porto;

\*\* Serviço de Radiologia do HGSJ

A TC de Alta Resolução desempenha um papel importante na avaliação das doenças do interstício pulmonar.

Recorrendo a alguns exemplos mais frequentes desta patologia, os autores apresentam um glossário ilustrado dos vários tipos de achados em TC de Alta Resolução e salientam a importância do conhecimento da anatomia lobular normal para a sua detecção.

## **P 12.** **Um caso de asma de difícil controlo**

GABRIELA FERNANDES, ELENA LOMBARDIA,  
ANTÓNIO MORAIS, ANA ROSA SANTOS.

Serviço de Pneumologia, H.S.J., Porto. Director de Serviço:  
Dr Martins Coelho

Os autores apresentam um caso de exacerbação de asma com resolução difícil e realçam a importância do diagnóstico diferencial com outras patologias.

Trata-se de um doente do sexo masculino, de 61 anos, com Asma Brônquica, internado em Abril de 2002 por agudização. Durante o internamento foram observados dois episódios de broncospasmo grave, com agravamento gasométrico, após a limpeza da enfermaria com detergentes. Apesar da medicação broncodilatadora e anti-inflamatória otimizada, manteve dispneia em repouso com insuficiência respiratória hipoxémica. Colocou-se a hipótese de Tromboembolismo Pulmonar Agudo. Teve episódio de fibrilação auricular, que reverteu com cardioversão eléctrica. O Cintilograma de ventilação-perfusão foi de alta probabilidade e apresentava trombo na artéria pulmonar esquerda observado na TAC torácica, o Ecocardiogra-

ma não revelou alterações, pelo que iniciou hipocoagulação. Verificou-se melhoria clínica e gasométrica progressiva. O diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar acarreta importantes decisões diagnósticas e terapêuticas, pela elevada mortalidade quando não tratado. A suspeita clínica é fundamental, em particular em doentes com patologia respiratória prévia, em que esta pode ser sobreponível, pelo que, quando a resposta à terapêutica específica para a doença não é a esperada, deve ser considerado como diagnóstico provável, neste caso diferencial a Asma Refractária.

### P 13. Massa torácica em doente com 30 anos

GABRIELA FERNANDES<sup>1</sup>, E. LOMBARDIA<sup>1</sup>,  
C. VALBUENA<sup>2</sup>, A.R. SANTOS<sup>1</sup>, J.C. WINCK<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica Hospital São João, Porto. Director Serviço: Dr Martins Coelho.

Os autores descrevem um caso raro de um tumor intratorácico em doente de sexo feminino, 30 anos, que recorreu ao S.U. em Fevereiro de 2002, por toracalgie de agravamento progressivo, sem outra sintomatologia. Apresentava diminuição dos sons pulmonares na metade superior do pulmão esquerdo, pelo que realizou uma Telerradiografia Torácica que revelou hipotransparência no 1/3 superior do hemitórax esquerdo e a TAC confirmou a existência de uma massa. A BAT foi inconclusiva, pelo que foi submetida a Toracotomia, com exérese da massa. Do exame anatomopatológico resultou “Tumor Fibroso Solitário Maligno”. O pós-operatório decorreu sem complicações. A Telerradiografia Torácica de controle mostra pulmões expandidos, sem alterações aparentes. Na TAC observa-se área hipotransparente e heterogénea no vértice correspondente a alteração cicatricial. Actualmente a doente encontra-se assintomática.

O Tumor Solitário Fibroso é uma neoplasia rara, que se pensava ter localização exclusivamente intratorácica e era designado Mesotelioma Fibroso, Mesotelioma Localizado da Pleura, Fibroma Submesotelial, entre outras. O estudo imunocitoquímico revelou que se trata de células indiferenciadas, com provável origem fibroblástica, podendo ter outras localizações. Cerca de 10 a 15% dos tumores intratorácicos têm características de malignidade, tal qual o que se apresenta, sendo o seu tratamen-

to a remoção completa. Como estão descritas raras recidivas locais e/ou à distância estes doentes dever-se-ão manter em vigilância apertada, sendo inadequado olhar para estas lesões como definitivamente benignas.

### P 14. Análise comportamental do Carcinoma Bronquioloalveolar (CBA) e do Adenocarcinoma (AD)

S. NEVES; B. PARENTE; S. CONDE; A. BARROSO

CHVNGaia. Unidade Pneumologia Oncológica: Dr. J. Seada.  
Departamento de Pneumologia: Dr. R. Almeida

**Introdução:** Nos últimos anos o AD ultrapassou o Epidermóide, tornando-se o mais frequente tumor do pulmão, diagnosticado em todo o mundo. Alguns autores admitem que o aumento de incidência do AD possa dever-se parcialmente ao aumento dos CBA, que representava 5-10% dos AD antes de 1980 e 20-24% nos anos 90. Considerado de etiologia desconhecida, afecta habitualmente doentes mais jovens, com igual incidência em homens e mulheres e representa cerca de 1-9% dos tumores do pulmão.

Dados demográficos	CBA (n=17)	AD (n=229)
Sexo M/F	10/7 (58,8%/41,2%)	176/53 (76,9%/23,1%)
Idade (anos)	63 (32-88)	53 (29-85)
Zubrod (0/1/2/3/4)	0/10/1/3	25/98/40/15/2
Fumador /Não fumador	9/8 (53%/47%)	165/618 (73% / 27%)
<b>Estádios</b>		
IA/IB	3/0 (17,6%/0)	17/30 (7,4%/13,1%)
IIA/IIB	0/1 (0/5,9%)	2/9 (0,9%/3,9%)
IIIA/IIIB	2/6 (11,8%/35,3%)	10/86 (4,3%/37%)
IV	5 (29,4%)	92 (40,2%)
<b>Terapêutica</b>		
Cirurgia	4 (23,5%)	36 (15,7%)
suporte	8 (47,1%)	41 (17,9%)
quimioterapia	2 (11,8%)	99 (43,2%)
radioterapia	1 (5,9%)	15 (6,5% <sup>9</sup> )
combinada	2 (11,1%)	30 (13,1%)

**Objectivos primários:** Analisar retrospectivamente o comportamento dos CBA, relativamente aos AD, no que diz respeito ao sexo, hábitos tabágicos, estádios, terapêutica e sobrevida. **Secundários:** Comparar esta série de CBA com uma outra, da mesma Unidade (92/96)

**Material e Métodos:** Todos os doentes com AD e CBA diagnosticados e tratados na Unidade de Pneumologia Oncológica no período de 5 anos (98/02)

**Resultados:** Dum total de 632 casos de Cancro do pulmão, 246 (39%) são AD; destes, 17 casos (7%) referem-se a CBA. Comparando esta série 17 casos (98/02) de CBA com uma outra série da Unidade de 23 casos (92/96) verificámos que, contrariamente às referências da maior parte da literatura, não houve um aumento do n.º de CBA; apresentam uma idade média sobreponível nas duas séries (63 anos), com um aumento médio de cerca de 10 anos relativamente aos AD. Radiologicamente a forma localizada representou nas duas séries (98/02 vs 92/96) **35,3% vs 8,6%**, a multinodular 17,6% vs 21,7% e a difusa 47,1% vs 69,6%.

Em curso a análise das sobrevidas dos doentes.

**Comentários:** Os nossos dados não são discordantes da maior parte da literatura consultada relativamente ao predomínio relativo no sexo feminino dos CBA comparativamente aos AD, bem como à percentagem de doentes não fumadores, o que não se verifica em relação à idade. Comparativamente ao n.º de casos das duas séries, verificamos ao contrário da literatura, uma redução do n.º de casos de CBA.

## **P 15.** **Fístula broncopleurale – a propósito de 2 casos clínicos**

**DIVA FERREIRA, A. CAIADO, J. ALMEIDA,  
T. SHIANG, M. C. BRITO**

Departamento de Pneumologia - CHVNG

A fístula broncopleurale consiste numa comunicação entre o espaço pleural e pulmão consolidado. Apresenta-se como imagem hidroaérea relativa a piopneumotórax ou como derrame purulento com saída concomitante de ar. O tratamento inclui antibioterapia e drenagem pleural tornando-se frequentemente muito moroso. Se ausência de encerramento da fístula com medidas conservadoras é necessária a correcção cirúrgica com encerramento do orifício brônquico ou obliteração do espaço pleural.

Apresentam-se dois casos clínicos.

**Caso 1.** Homem de 53 anos com Ca epidermóide do 1/3 médio esofágico. Internado em Cirurgia para estadiamento com QT e RT programadas. Mais tarde surge um quadro de infecção respiratória, disfagia agravada e episódio de vómita fraccionada. Rx torácico- hidropneumotórax direito. A toracocentese diagnosticou um piopneumotórax. BR- fístula broncopleurale. EDA- neoplasia estenosante no 1/3 médio esofágico e fístula esofagopleural. Colocou prótese esofágica com benefício.

**Caso 2.** Mulher de 65 anos com Ca epidermóide do pulmão submetida a Pneumectomia e RT. 3 meses depois surge empiema na loca da pneumectomia com fístula do coto brônquico. Introduzido dreno pleural que se manteve em drenagem por 2 meses. BR- múltiplos orifícios no coto; biópsia sem recidiva tumoral. Manteve população microbiana no pus pleural apesar da antibioterapia. Transferida para S. Cirurgia Torácica-toracoplastia e fistuloplastia.