
9º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 21 – 22 de Fevereiro de 2002

Resumos das Comunicações Orais e dos *Posters*

Abstracts of Presentations and Posters

Factores de risco de complicações na broncofibroscopia

MARTA DRUMOND, ADRIANA MAGALHÃES,
VENCESLAU HESPANHOL

Serviço de Pneumologia do Hospital de São João. Porto

Introdução: A Broncofibroscopia (BFC) é uma técnica largamente usada no estudo da patologia respiratória. Apesar de ser uma técnica potencialmente arriscada, as suas complicações são raras e as mais das vezes relacionadas com os procedimentos anestésicos e/ou realizações de técnicas complementares.

Objectivo: Determinar a incidência e a natureza das complicações da BFC e analisar a existência de potenciais factores de risco.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado em dados de 7101 BFC realizadas no serviço de Pneumologia do Hospital de São João entre Março de 1992 e Maio de 1999.

Resultados: A maioria dos doentes eram do sexo masculino (72,9%), média de idades de 54,7±17,54. A maioria dos exames foram realizados com fins diagnósticos (90,2%), 84,7% dos doentes apresentaram risco inicial basal para o procedimento. Em 89,5% casos realizou-se lavado brônquico (LB), em 10,2% lavado broncoalveolar (LBA), em 11,8% escovado brônquico (EB). Biopsia brônquica (BB) foi realizada em 25% dos casos e biopsia transbrônquica (BTB) em 3,5% dos casos. Não foram encontradas alterações endoscópicas em 50,3% dos doentes e em 14% foram visualizadas alterações grau 3 na classificação IKEDA. Não se verificaram complicações em 90,7% dos casos. Em 2 casos verificou-se paragem cardio-respiratória durante o procedimento e em ambas o desfecho foi fatal. A idade superior a 65 anos, patologia neoplásica e a realização de técnicas complementares (LB; LBA; EB; BB; BTB) relacionaram-se com o aparecimento de complicações.

Conclusões: A BCF é uma técnica segura. Complicações graves são raras. Idade acima de 65 anos, patologia neoplásica e uso de técnicas complementares associam-se de forma estatisticamente significativa com o aparecimento de complicações.

Ventilação não invasiva em doentes com esclerose lateral amiotrófica: comparação entre dois modos ventilatórios (PAV e PSV)

JC WINCK, AS BARROSO, E EUSÉBIO, E SANTA CLARA, P VIANA, C CARRONDO, J ALMEIDA, J AGOSTINHO MARQUES

Unidade de Fisiopatologia e Reabilitação Respiratória, Serviço de Pneumologia, Hospital de São João. Porto

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica rapidamente progressiva cuja mortalidade se deve fundamentalmente à repercussão respiratória. A Ventilação não invasiva (VM) aumenta comprovadamente a sua sobrevida, sendo a ventilação por pressão assistida (PSV) o método mais utilizado. A ventilação assistida proporcional (PAV) é um novo modo ventilatório, que ao fornecer um suporte proporcional ao esforço do doente poderá ter algumas vantagens em termos de sincronia e conforto.

Objectivo: Comparar a eficácia e a tolerância da PAV com a PSV em doentes com ELA.

Material e Métodos: Ambos os modos ventilatórios (regulados individualmente de acordo com a tolerância e para a PAV pelo método de *run-away*) foram aplicados de forma randomizada a 10 doentes com ELA. Os gases do sangue, o grau de dispneia (escala de Borg) e o conforto (escala visual analógica) foram avaliados em todos os doentes no seu estado basal, sob PSV e PAV por máscara nasal (*BIPAP Vision®*, *Respironics*).

Resultados:

	Basal	PSV	PAV
PaO ₂	82±10,7	86,4±8,5	83,5±10
PaCO ₂	44,5±5,4	41,5±5,9	43,4±5,1
Dispneia	1,7±1,6	1,6±1,5	1±1
Conforto	3,6±2,4	3,8±2,7	3,7±3

Ambos os modos ventilatórios foram bem «desencadeados» pelos doentes (% “Triggering” PSV: 98,8±2,6 *versus* PAV: 93,2±11,8 p n.s.) e a eficácia e tolerância foram equivalentes. Contudo, a PSV foi mais eficaz na redução da frequência respiratória (Freq. Resp. basal: 22,2±5 *versus* Freq. Resp. PSV: 17,6±4,7, p<0,03). Considerando apenas o grupo de doentes hipercápnicos (n=5) encontramos um aumento significativo da PaO₂ e redução significativa da PaCO₂, apenas com a PSV.

Conclusões: Os efeitos imediatos da PAV por máscara nasal em doentes com ELA são equivalentes aos da PSV. Contudo esta última parece ser mais eficaz no grupo dos doentes hipercápnicos. Estudos a longo prazo com maior número de doentes poderão melhor esclarecer o seu papel neste contexto.

Estenoses traqueais pós-entubações – análise casuística de 6 anos

ADELINA AMORIM, MARIA SUCENA,
SOFIA BARROSO, ADRIANA MAGALHÃES,
VENCESLAU HESPANHOL, J AGOSTINHO MARQUES

Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João. Porto

A estenose traqueal é uma entidade clínica cuja apresentação varia desde sintomatologia ligeira até uma situação de emergência, dependendo do grau de estenose e da função pulmonar do doente. A estenose traqueal tem-se tornado um problema clínico significativo dado o número crescente de entubações prolongadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), principalmente na sequência de complicações pós-operatórias ou em politraumatizados.

Os autores procederam à revisão dos casos de estenose traqueal pós-entubação que foram observados de novo no sector da Broncologia, no período de Janeiro de 1996 a Dezembro de 2001, com o objectivo de avaliar as características das estenoses e a abordagem terapêutica.

Foram observados 42 doentes no período referido, 20 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com uma média de idades de 41,1 anos (1-79). A maioria dos doentes tinham história de internamento prolongado em UCIs, 12 por politraumatismos, 13 por complicações no pós-operatório de diversas cirurgias, 4 por paragem cardio-respiratória súbita por patologia cardíaca. A duração média da entubação traqueal foi de 29,2 dias (n=25) e o início médio da sintomatologia pós a extubação foi de 25 dias (n=18).

Quanto aos sintomas 22 referiram dispneia e 21 estridor e 4 apresentaram insuficiência respiratória aguda. As estenoses localizavam-se 25 (60,9%) no 1/3 superior da traqueia, 6 no 1/3 médio, 1 no 1/3 inferior, 1 no 1/3 médio e inferior e 8 na região subglótica. Dos 25 doentes em que há referência à gravidade da estenose, 16 apresentavam um diâmetro traqueal inferior a 5mm.

Foram realizadas 59 broncofibroscopias (44 das quais de reavaliação) e 55 broncoscopias rígidas. Foram efectuadas 40 dilatações (em 30 doentes), 6 tratamentos laser (Nd:YAG) e foram colocadas 4 próteses traqueais. Onze doentes realizaram ressecção traqueal e 4 laringotraqueoplastia.

Seis doentes não tiveram necessidade de efectuar qualquer tipo de tratamento e em 3 doentes, dada a localização/gravidade da estenose, não houve possibilidade de efectuar tratamento endoscópico. Nos restantes doentes o procedimento de tratamento mais comum foi a dilatação, em 13 doentes (1 vez em 10 doentes, 2 vezes em 2 e 3 vezes em 1 doente), seguido em 5 doentes de dilatação e intervenção cirúrgica. A título de comentário final, podemos dizer que o tratamento endoscópico foi prioritário na resolução imediata dos sintomas e que conseguiu controlar as queixas na maioria dos casos.

A abordagem terapêutica é multidisciplinar e a sequência dos procedimentos é bastante variável adaptando-se às características individuais da estenose e do doente.

Utilização de balão intragástrico para redução de peso no tratamento de SAOS

JOANA AMADO*, J MACIEL**, J BARBOSA**,
M CÉU BRITO*, C CRUZ*, A SANTOS*, R DUARTE*

* Laboratório de estudo de Sono
(Responsável: Dr. J. M. Ferraz)
Departamento de Pneumologia do C.H.V.N.Gaia

(Dir: Dr. Ramalho de Almeida)

** Serviço de Cirurgia A. Hospital de S. João. Porto

A obesidade mórbida é responsável ou factor de agravamento da sintomatologia nos doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). A diminuição ponderal associa-se por norma a uma melhoria clínica significativa nestes doentes, sendo no entanto a medida mais difícil no tratamento na SAOS. Existem várias técnicas de tratamento da obesidade que vão desde cuidados dietéticos, introdução de balão intragástrico e cirurgia.

As medidas dietéticas habituais, sob orientação de nutricionistas, não têm sido particularmente eficazes a longo prazo. A cirurgia é uma técnica invasiva, com riscos acrescidos neste grupo de doentes. Para além disso, provoca alterações definitivas na anatomia do tubo digestivo responsáveis por vezes por síndromas de má absorção. A introdução de balão intragástrico é uma medida fácil se executada por pessoal médico treinado, sem relevantes efeitos colaterais ou risco acrescido.

Apresenta-se o caso de um doente de 35 anos de idade, motorista de pesados com SAOS há cerca de 9 anos associado a obesidade mórbida.

Da avaliação inicial: SAOS grave (IAH=107,7, IA=59,2), sonolência diurna excessiva (I. Epworth=20, peso=143 kgs, altura=160 cm).

Iniciou ventilação mecânica não invasiva com CPAP com razoável adesão e tolerância. Alguma melhoria clínica. Iniciou medidas dietéticas restritivas com muito boa adesão – emagrecimento de 11 kg num ano.

Introduziu balão intragástrico sem qualquer efeito colateral com emagrecimento de 11 kg num mês.

Franca melhoria clínica e da SAOS. Faz-se reavaliação por pletismografia e polissonografia. Apresenta-se a técnica endoscópica efectuada, suas indicações e limitações.

Estudo domiciliário da SÂOS com Auto-Set

ÂNGELA SANTOS, RAQUEL DUARTE

Laboratório de estudo de patologia do sono.

(Responsável: Dr. José Miguel Ferraz).

Departamento de Pneumologia (Director de Departamento:

Dr. Ramalho de Almeida)

O diagnóstico definitivo da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) baseia-se na Polissonografia. Este exame exige a existência de laboratório de sono, técnicos qualificados, sendo portanto um exame dispendioso, demorado, habitualmente com uma grande lista de espera. Existe uma percepção global da necessidade de encontrar métodos de diagnóstico mais simples e baratos que permitam por um lado a exclusão e por outro a confirmação de SAOS. O desenvolvimento de sistemas portáteis pode potencialmente tornar mais rápido o acesso do doente ao tratamento. O objectivo deste estudo foi avaliar a acuidade diagnóstica do Auto-Set (exame domiciliário) como teste de exclusão e teste de confirmação do SAOS (tendo como exame-padrão a Polissonografia). Foram incluídos no estudo os doentes observados num dos períodos de consulta de SAOS de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Outubro de 2001 que realizaram Auto-Set e estudo polissonográfico por suspeita de SAOS. Para esta consulta foram enviados os doentes com suspeita de SAOS vindos dos médicos de família, Medicina Interna, Otorrinolaringologia, Cardiologia e Pneumologia. Foram excluídos do estudo os doentes: que realizaram ambos os estudos mas num intervalo de tempo superior a dois meses; que tiveram variação ponderal superior a 10% entre os dois estudos; com eficiência do sono inferior a 60% ou ausência de sono REM durante o estudo polissonográfico; que não realizaram devidamente o exame ambulatório (falhas na gravação do exame). Os resultados revelaram que o Auto-Set é um bom teste de rastreio com sensibilidade e valor preditivo negativo de 100%. Permite uma correcta exclusão de SAOS. A sua especificidade e valor preditivo positivo não são tão bons traduzindo a necessidade de confirmação diagnóstica em laboratório. A PSG continua a ser o exame de eleição para o diagnóstico de SAOS, permitindo uma análise conjugada do sono com os eventos respiratórios, o que não é possível com o Auto-Set.

Tuberculose nos profissionais de saúde

JULIETA VIEIRA, M VANZELLER, MJ FORTE,
MC BRITO, R DUARTE, JM SAPAGE

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
(Director: F. F. Rodrigues).
Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia
(Director: J. M. Sapage)

Introdução: O risco de contrair tuberculose, para os profissionais de saúde, depende, com algumas excepções, dos mesmos factores descritos para os doentes em meio hospitalar, variando com a frequência, duração e intensidade da exposição e ainda com as funções e locais de trabalho.

O aparecimento de diversos casos de tuberculose em trabalhadores de saúde, seguidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico (C.D.P.) de Vila Nova de Gaia, levou-nos a fazer uma revisão dos casos desta Consulta.

Objectivos: Caracterizar o número de casos de tuberculose em profissionais de saúde e a sua distribuição pelas instituições em que trabalham.

Analisar o sistema de informação, para uma correcta identificação dos casos nas instituições, nomeadamente a declaração obrigatória dos mesmos.

Material e métodos: Consulta do processo clínico individual dos doentes, trabalhadores em unidades de saúde, com tuberculose em tratamento no CDP de Vila Nova de Gaia.

Resultados: Não existe uma correcta identificação dos funcionários com tuberculose, nas unidades de saúde, nomeadamente hospitalares, por falta de declaração da mesma. Existe uma discordância entre o número de doentes oriundos das unidades de saúde seguidos no CDP e os dados fornecidos pelas unidades relativas ao número de trabalhadores com atestado por tuberculose (acidente de trabalho).

O maior número de casos corresponde aos serviços de Pneumologia, Medicina Interna, Urgência e Laboratórios.

Tuberculose e cancro do pulmão

JOANA AMADO; B PARENTE; S CONDE; A BARROSO

Unidade de Pneumologia Oncológica C.H.V.N.Gaia
(Responsável - Dr. J. Seada)
Departamento de Pneumologia C.H.V.N.Gaia
(Director - Dr. Ramalho de Almeida)

Introdução: Alguns estudos apontam para um aumento de cancro do pulmão (CP) em indivíduos com história prévia de tuberculose pulmonar (TP). Para além disso, poderá haver um risco acrescido de CP após o diagnóstico de TP. O risco relativo será maior para o Adenocarcinoma do que para o C. epidermóide e de Pequenas Células. Por outro lado, a imunodepressão inerente ao CP e seu tratamento induz uma susceptibilidade às infecções em geral e à tuberculose em particular. Já em 1969 Rosenblatt constatou uma frequência relativamente elevada de micobactérias no decorrer de doença neoplásica.

Objectivos: Confirmar que a relação entre CP e TP põe problemas de ordem diagnóstica, terapêutica e prognóstica. Comparar os nossos resultados com a literatura existente sobre este tema.

Material e métodos: Análise retrospectiva de dados clínicos dos doentes da Unidade de Pneumologia Oncológica do CHVNGaia com CP em quem também foi diagnosticada TP.

Considerados – idade, sexo, hábitos tabágicos, apresentação clínica e radiológica, tempo do diagnóstico entre as duas patologias, tipos histológicos de CP, estadiamento e sobrevida.

Resultados: Dos 1242 casos de CP diagnosticados nos últimos 10 anos na Unidade em 14 (1,2%) coexistiu TP. Todos estes doentes eram do sexo masculino; idade média de $631 \pm 11,8$ anos (mín: 46; máx: 79); 7 fumadores e 5 ex-fumadores; 2 com antecedentes de TP. A clínica não diferiu da apresentada na globalidade dos doentes com CP. Foram diagnosticados 6 Adenocarcinomas 5 C. epidermóides, 1 CPNPC e 2 CPPC. 6 doentes encontravam-se no estágio IV, 5 em IIIB 2 no estágio I e 1 doente em estágio IIb. A TP precedeu o CP em 4 casos, com um tempo médio de diagnóstico entre os dois de 3,3 meses, e foi concomitante em 3 casos. Em 7 o diagnóstico de CP precedeu o de tuberculose, com um tempo médio de 3,8 meses. Radiologicamente – 9 casos no mesmo pulmão (3 destes no mesmo lobo pulmonar); 1 caso contralateral, 1 bilateral e em 3 casos a localização foi difícil de caracterizar. Todos os doentes iniciaram terapêutica anti-bacilar e 58% destes efectuaram apenas terapêutica de suporte para a patologia neoplásica. 11 doentes faleceram – sobrevida média global de 11,1 meses, sendo de 7,4 meses para os estádios IIb e IV. Comentários: Dos doentes com CPNPC e TP, 58% efectuaram apenas terapêutica de suporte (terapêutica de suporte na globalidade da Unidade no mesmo período = 17%) e com sobrevida média inferior na doença avançada, o que pressupõe pior prognóstico nestes casos. A associação entre o CP e a TP não é ocasional ainda que existam poucas séries publicadas com número reduzido de casos. O CP deve ser considerado no diagnóstico diferencial de infiltrados, nódulos isolados ou massas pulmonares compatíveis com TP. Mesmo após a confirmação de TP deve insistir-se num 2º diagnóstico quando a evolução clínica não for a esperada.

Tuberculose pulmonar: forma de apresentação multinodular

NATÁLIA MOREIRA*, MARTA DRUMOND*,
J MAGALHÃES**, CRISTINA SARMENTO***,
ANA ROSA SANTOS*

* Serviço de Pneumologia

** Anatomia Patológica

*** Medicina A. Hospital de São João. Porto

Introdução: Em Portugal, a tuberculose pulmonar continua a ocupar um lugar importante, em termos de saúde pública e levanta, frequentemente, problemas de diagnóstico que, conseqüentemente, atrasam o início do tratamento correcto.

Caso clínico: refere-se a uma doente de 60 anos, raça caucasiana, auxiliar de acção educativa, residente em Matosinhos. Trata-se de uma doente sem antecedentes conhecidos de patologia pulmonar, não fumadora, gastrectomizada por neoplasia maligna do estômago em Março de 1991 e seguida, desde então em consulta de Oncologia Médica do HSJ. Em consulta de rotina a 14/11/00, encontrando-se assintomática, realiza telerradiografia do tórax na qual se observam imagens nodulares bilaterais múltiplas. Efectuou TAC torácica a 5/01/01 que revelou: "...várias formações ganglionares pré e sub--carinais e múltiplas nodularidades intraparenquimatosas, mais numerosas no LID, algumas de aspecto conflúente, traduzindo lesões secundárias; no LSE, nodularidade de 2 cm com cavitação no seu interior..." Foi submetida a BAT de lesão do LID em 23/01/01 que apenas mostrou sangue e necrose. Foi repetida a técnica uma semana depois, em lesão do LSE e o exame citológico mostrou: "...abundante material necrótico e infiltrado linfocitário, raras células epitelióides e uma célula gigante multinucleada de tipo Langhans.; identifi-

caram-se inúmeros BAARs (ZN)...”; exame cultural: *Mycobacterium tuberculosis complex*. Só posteriormente, enquanto aguardava o resultado dos exames, a doente refere aparecimento de febre, toracalgia difusa, tosse com expectoração mucosa e, posteriormente, hemoptoica com uma semana de evolução. Inicia terapêutica antituberculosa com boa evolução clínica e diminuição acentuada das alterações radiológicas.

Conclusão: A Tuberculose, pela sua diversidade de manifestações cirúrgicas e radiológicas, pode simular uma grande variedade de patologias. A patologia neoplásica e infecciosa de evolução arrastada ou sem resposta à terapêutica habitual constituem as situações clínicas que mais frequentemente impõem diagnóstico diferencial.

Síndrome hepatopulmonar – entidade esquecida

JULIETA VIEIRA, MC BRITO, T GUIMARÃES,
L PROENÇA*, J FRAGA*, R DUARTE

Serviço de Pneumologia C.H.V.N.Gaia
(Director de Serviço – FF Rodrigues)

* Serviço de Gastrenterologia C.H.V.N.Gaia

A Síndrome hepatopulmonar (SHP) foi descrita pela primeira vez em 1884 por Fluckiger. É um distúrbio vascular pulmonar que surge em doentes com doença hepática avançada. Consiste na tríade disfunção hepática, hipoxemia, dilatação vascular intrapulmonar, sem doença pulmonar ou cardíaca significativas. É importante não esquecer esta entidade tendo em conta a morbidade e mortalidade associadas e diferente atitude terapêutica.

A propósito, é apresentado caso de indivíduo sexo masculino, 36 anos, com antecedentes de hábitos tabágicos, etílicos e toxifílicos marcados, cirrose hepática por Hepatite C diagnosticada e tratada há vários anos, história não esclarecida de enfisema pulmonar. Clínica de dispneia de esforço de agravamento progressivo com intolerância marcada ao esforço e platipneia. Diagnóstico de tuberculose pulmonar em Abril de 2001 tendo iniciado tratamento antibacilar com boa evolução radiológica e negatização das baciloscopias de expectoração. Manteve queixas respiratórias com repercussão sobre as trocas gasosas traduzida por insuficiência respiratória hipoxémica grave, o que parecia não ser explicado somente pela patologia pulmonar, pelo que foi colocada a hipótese de SHP. Estudo realizado: Sinais de insuficiência hepática crónica e insuficiência respiratória crónica (cianose das extremidades, baqueteamento digital); *Avaliação gasimétrica* – insuficiência respiratória hipoxémica em repouso ortodeoxia-diminuição paO_2 superior a 3mmHg na transição da posição decúbito dorsal para posição ortostática, paO_2 fiO_2 100% – inferior a 200mmHg (a favor de dilatação severa/comunicação discreta artériovenosa/Shunt intracardiaco); *Estudo funcional respiratório* – estudo da difusão do CO gravemente diminuído; *Ecocardiograma transtorácico* – normal. Dada a forte suspeita de SHP efectuou *Ecocardiograma transesternal com injeção de contraste agitado* (soro salino) – evidência de Shunt a nível da circulação pulmonar. Estes resultados apoiam o diagnóstico de SHP apesar da patologia pulmonar associada.

O doente já havia sido proposto para transplante hepático concluindo --se haver más condições cardio-respiratórias com grande probabilidade de ocorrência de complicações no pós-operatório.

Vários agentes terapêuticos têm sido utilizados no tratamento da SHP sem melhoria significativa. O transplante hepático tem sido alvo de controvérsia pelas questões que levanta e pela falta de casos descritos bem como de estudos multi-institucionais sistematizados. Parece ser consensual que há reversibilidade da SHP após transplante e que a hipoxemia não é contra-indicação absoluta. Vários estudos têm sido levados a cabo na tentativa de melhor compreender a fisiopatologia desta entidade patológica a fim de se oferecerem melhores perspectivas ao doente com esta patologia.

Sarcoidose: estudo de doentes com envolvimento torácico

ANTÓNIO MORAIS*, ELENA LOMBARDIA*,
ANDRÉ MOREIRA**

- * Serviço de Pneumologia do Hospital São João
- ** Serviço de Imunoalergologia do Hospital São João

A sarcoidose é uma doença sistémica, sendo os gângliosmediastino-hilares e o pulmão os locais mais frequentemente envolvidos.

Foi nosso objectivo estudar os doentes com sarcoidose mediastínica e/ou pulmonar, nomeadamente a sua apresentação e evolução.

Incluimos 51 doentes seguidos na consulta externa do HSJ, com mediana de idades de 35 anos, sendo 33 (64,7%) mulheres e 18 (35,3%) homens. Estudamos a apresentação clínica, funcional respiratória, radiológica e o lavado broncoalveolar (LBA). Foram também estudadas a influência das características de cada um dos parâmetros estudados na evolução dos doentes.

Dos doentes estudados 78,4% apresentavam sintomas, com 56,9% a referirem queixas respiratórias, sendo a dispneia (45,1%) a mais frequente. No estudo funcional respiratório 63% não tinham qualquer alteração, 10,9% apresentavam obstrução das pequenas vias aéreas, 4,3% síndrome ventilatório obstrutivo, 17,4% síndrome ventilatório restritivo e 4,3% síndrome ventilatório misto. Radiologicamente, 47,1% apresentava estágio I, 39,2% estágio II, 7,8% estágio III e 5,9% estágio IV. Em relação ao envolvimento extratorácico, observou-se atingimento cutâneo em 20%, hepático em 16%, esplénico em 6% e ganglionar (extratorácico) em 8%. No LBA, a mediana da celularidade total foi de 2×10^5 ml (1,4-3,9), dos linfócitos 38,4% (26,7-60,2), CD4-61,3% (49,6-67,9), CD4/CD8-2,7 (1,8-6,7), neutrófilos - 1,4% (0,6-3,2) e eosinófilos -0,2 (0-1). Nos doentes com estágio I, verificamos que 30,7% apresentaram regressão total da doença enquanto 61,5% mantinham adenopatias na altura da nossa avaliação, não se tendo verificado agravamento em nenhum caso. Por sua vez nos doentes com estágio I, 57,8% apresentaram regressão total da doença, 21% estabilidade e 10,5% agravamento. Em nenhum dos parâmetros estudados encontramos influência estatisticamente significativa em relação à evolução da doença.

Como conclusão verificamos que a maioria dos doentes apresenta doença de menor gravidade (estádio I/II) e que uma percentagem importante evoluem para a regressão total da mesma. Neste estudo não encontramos influência dos parâmetros estudados na evolução da doença.

Sarcoma sinovial do mediastino

MARIA MANUEL CLARO,
PEDRO RODRIGUES PEREIRA, PAULA SIMÃO

Departamento de Medicina
Hospital Pedro Hispano – ULS de Matosinhos

C.D.F., sexo masculino, 44 anos, operário de construção civil, com hábitos tabágicos e alcoólicos marcados, sem outros antecedentes clínicos relevantes ou internamentos anteriores.

Assintomático até Agosto de 2000 altura em que inicia dispneia de agravamento progressivo, estridor, pieira e tosse cavernosa, associado a emagrecimento e astenia, pelo que recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, em 14/11/01, já com TVJ importante.

No Rx de tórax é patente hipotransparência paratraqueal direita. A broncofibroscopia confirma ser extrínseca à traqueia, mas condicionando compressão, o que obriga à colocação de prótese endotraqueal.

A TAC toracoabdominal mostra volumosa massa na região paratraqueal direita, comprimido a VCS e traqueia, e massa de características semelhantes na supra-renal esquerda. Ambas as massas são biopsadas, sendo o resultado final da anatomia-patológica e imuno-histoquímica a favor de sarcoma sinovial do mediastino, com metastização para a supra-renal.

Os sarcomas sinoviais constituem um grupo de neoplasias do tecido conjuntivo, que corresponde a cerca de 8% de todos os sarcomas de tecidos moles, desenvolvendo-se habitualmente a partir do tecido conjuntivo adjacente às articulações, bainhas tendinosas e bursae. Originam-se geralmente dos membros inferiores, com metastização frequente para o pulmão. Este caso retrata uma apresentação rara de um tumor que é, em si, também pouco frequente, mas que acarreta elevada morbilidade e mortalidade, atingindo sobretudo adultos jovens.