
AS NOSSAS LEITURAS/OUR READINGS

Coordenador: Renato Sotto-Mayor

Tratamento videotoracoscópico do pneumotórax espontâneo primário: experiência de 6 anos

Videothoroscopic treatment of primary spontaneous pneumothorax: a 6 year experience

GIUSEPPE CARDILLO *et al*

Ann Thorac Surg 2000; 69: 357-352.

RESUMO

O pneumotórax espontâneo (PE) divide-se em primário (PEP) e secundário (PES). O PEP não está associado a doença pulmonar e apresenta um pico de incidência na adolescência, estando pelo contrário o PES associado a patologia pulmonar prévia, nomeadamente a DPOC e o enfisema bolhoso, ocorrendo em doentes mais velhos.

A terapêutica geralmente adoptada num episódio inicial de PEP é a drenagem pleural e nalguns casos seleccionados a opção de “esperar e ver” é aceite.

No PE recorrente ou no caso de insucesso terapêutico no episódio inicial, não existe consenso nem no tempo nem no tipo de cirurgia a efectuar. Nesta situação, as opções terapêuticas incluem nova drenagem pleural ou a cirurgia.

A aplicação no início dos anos 90 da cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS) no tratamento do PE veio mudar progressivamente a abordagem desta patologia, constituindo actualmente um tratamento *standard* para múltiplos casos, apesar da inexistência de grandes séries controladas.

MATERIAL E MÉTODOS

De Julho de 92 a Maio de 98, 432 doentes (66,9% do sexo masculino) com idade média de 28,4 anos foram submetidos a VATS por PE no Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital de Forlanini em Roma.

As indicações para cirurgia foram:

PE recorrente ipsilateral – 74,5%;

Manutenção de PE (> 5 dias) em episódio inicial – 21,5%;

PE recorrente após VATS – 3,7%;

PE recorrente após toracotomia *standard* – 0,3%.

As alterações patológicas pulmonares endoscópicas foram ordenadas de acordo com a classificação de Vanderschueren e tratadas da seguinte forma:

- Estádio I – sem anomalias endoscópicas – pleurodese isolada (talcagem ou pleurectomia subtotal);
 Estádio II – aderências pleuropulmonares-lise de aderências e pleurodese (talcagem ou pleurectomia subtotal);
 Estádio III – *blebs* ou bolhas inferiores a 2 cm - *stapling* ou sutura das bolhas e pleurodese (pleurectomia subtotal ou talcagem);
 Estádio IV – bolhas superiores a 2 cm.

RESULTADOS

A mortalidade foi nula após realizar VATS, com uma taxa de complicações intraoperatória de 0,23% (lesão de artéria intercostal). A taxa de conversão para toracostomia foi de 2,3% devido a aderências pleurais extensas (8 casos), e fuga persistente de ar após VATS (2 casos). De acordo com a classificação endoscópica, encontraram-se: estágio I (6,94%); estágio II (14,5%); estágio III (46,53%) e estágio IV (31,94%).

A taxa de complicações no pós-operatório foi de 4,16% (4 casos de enfisema subcutâneo; 5 casos de derrame pleural; 6 casos de fuga de ar persistente; 1 caso de descolamento pleural; 1 caso de hematoma apical e 1 caso de síndrome de Bernard--Horner).

O tempo médio de remoção das drenagens foi de 5,4 dias, com um tempo médio de internamento de 6,1 dias. O tempo médio de *follow up* foi de 38 meses (mínimo de 2 e máximo de 72 meses), que inclui história clínica, exame físico, Rx de tórax em inspiração e expiração forçada a cada 6 meses (os autores consideraram necessário um tempo mínimo de 2 anos para avaliação correcta dos resultados).

A taxa de recorrência do pneumotórax foi de 4,4% (Quadro I).

As recorrências após VATS ocorreram sempre após 1 ano e foram tratadas com nova VATS (12 doentes), toracotomia *standard* (3 doentes), drenagem pleural (3 doentes) e observação (1 doente).

A maior taxa de recorrência ocorreu em doentes que realizaram sutura das bolhas com pleurectomia subtotal e a menor taxa ocorreu quando no estágio III se efectuou *stapling* e talcagem. A taxa de recorrência após talcagem ou após pleurectomia subtotal, independentemente do estágio e do tipo de tratamento das bolhas é respectivamente 1,79% *versus* 9,15%.

QUADRO I

Padrão de recorrência após VATS

Estádio	Procedimento	Taxa de Recorrência	Procedimento	Taxa de Recorrência
I-II (93 doentes)	PST	2/31 (6,45)	Talcagem	3/62 (4,8)
	sutura + PST	10/82 (12,19)	sutura + talcagem	1/22 (4,5)
III (201 doentes)	<i>stapling</i> + PST	1/21(4,7)	<i>stapling</i> + talcagem	0/76 (0)
	<i>stapling</i> + PST	1/19 (5,26)	<i>stapling</i> + talcagem	1/119
IV (138 doentes)				(0,84)

PST – pleurectomia subtotal

Os autores salientam que a VATS veio a revelar, num elevado número de pulmões considerados previamente normais, alterações endoscópicas (bolhas) e neste trabalho esta alteração surgiu em 78,47% dos doentes, reforçando a noção de que a drenagem pleural simples pode não ser satisfatória, mesmo num primeiro episódio de PE (permanecendo porém o tratamento aceite e *standard* a nível mundial). Con-

cluem que a pleurodese isolada não é a técnica ideal na presença de *blebs* ou bolhas. Considerando o tratamento das bolhas independentemente da técnica de pleurodese nos estádios III e IV, a diferença entre a sutura e *stapling* é altamente significativa, com taxas de recorrência respectivamente de 10,57% versus 1,27%. Nos estádios precoces (I e II) a talcagem isolada é o tratamento preferencial. Nos estádios III e IV o *stapling* é aconselhável com talcagem associada. Na recorrência após VATS os autores defendem a repetição desta.

COMENTÁRIO

As opções terapêuticas no PE não estão ainda estandardizadas¹. Existem poucos consensos acerca da melhor estratégia de tratamento^{1,2}, bem como escassas séries controladas com os resultados obtidos mediante determinada opção de terapêutica^{3,4}.

A VATS tem vindo a revelar-se como um importante meio de diagnóstico e tratamento na patologia da pleura, tornando-se numa opção viável e prática no tratamento do PE.

A drenagem pleural simples continua a ser a principal opção no tratamento do episódio inaugural do PEP. A classificação endoscópica de Vanderschueren estratifica de uma forma detalhada os diferentes graus de PEP, possibilitando uma uniformização na escolha terapêutica. Exige porém que seja efectuada videotoracoscopia, e muitas vezes, como revela este trabalho, pulmões considerados normais acabam por revelar patologia.

O tratamento do PEP recorrente não está também uniformizado e depende da experiência de cada centro. Este artigo avaliou uma grande série de doentes com PEP, apresentando e comparando as diferentes técnicas utilizadas num mesmo estágio, tendo sido dada preferência à talcagem isolada em detrimento da pleurectomia subtotal nos estádios I e II, associando também preferencialmente a talcagem ao *stapling* nos estádios III e IV (menor taxa de recorrência).

Outros autores discordam da substituição da pleurectomia subtotal pela talcagem, defendendo que o primeiro procedimento tem em várias séries uma taxa de sucesso de 100%. Referem ainda que este estudo não apresenta resultados sobreponíveis a outros trabalhos em que a talcagem tem uma taxa de recorrência muito superior e que poderá dificultar uma futura toracotomia.

Os efeitos adversos graves atribuídos inicialmente ao talco, nomeadamente a insuficiência respiratória e empiema, foram ultrapassados desde que a dose e pureza do talco e a técnica sejam correctas⁵.

Apesar das opiniões contraditórias, este artigo vem mais uma vez salientar a importância da VATS no diagnóstico e tratamento do PEP recorrente, revelando excelentes resultados com a associação de talcagem ao *stapling* nos estádios III e IV. Outra constatação importante neste estudo é o excelente resultado obtido com a talcagem isolada nos estádios I e II, o que permite que um pneumologista com experiência em VAT possa tratar estes casos, referenciando para a cirurgia os estádios III e IV.

Palavras-chave: pneumotórax espontâneo primário; videotoracoscopia assistida

MENSAGEM

- A VATS permite não só o tratamento como o diagnóstico mais preciso no PEP.
- A classificação endoscópica de Vanderschueren divide o PEP em 4 estádios, possibilitando uma uniformização terapêutica.

- A talcagem isolada é eficaz na prevenção de recorrência de PEP nos estádios I e II, tornando viável que estes doentes sejam tratados por pneumologistas com experiência em VATS.
- O *stapling* em associação à talcagem parece possuir uma taxa de recorrência inferior nos estádios III e IV em comparação com a associação à pleurectomia subtotal.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUMANN MH *et al.* Management of Spontaneous Pneumothorax. *Chest* 2001; 119: 590-602.
2. MILLER AC, HARVEY JE. Guidelines for the management of spontaneous pneumothorax: Standards of Care Committee, British Thoracic Society. *BMJ* 1993; 07: 114-116.
3. MASSARD G. Invited Commentary. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 361-362.
4. BAUMANN MH, STRANGE C. Treatment of spontaneous pneumothorax: a more aggressive approach? *Chest* 1997; 112: 789-804.
5. SAHN AS, LIGHT RW. Talc Should Be Used For Pleurodesis, Talc should not be used for pleurodesis. *Am J Respir Crit Care Med* 162: 2023-2026.

Paula Monteiro, 02.02.11

Comparação prospectiva entre pneumonia adquirida em lar de idosos e pneumonia adquirida na comunidade

A prospective comparison of nursing home acquired pneumonia with community acquired pneumonia

WS LIM, JF MacFARLANE

Eur Respir J 2001; 18:362-368.

RESUMO

Os autores descrevem um estudo prospectivo com duração de 18 meses envolvendo 437 doentes admitidos no hospital com o diagnóstico de pneumonia, dos quais 40 (9%) eram residentes em lar.

O diagnóstico baseou-se em critérios clínicos e radiológicos. Foi avaliado o estágio funcional prévio dos doentes, com escala de *status* funcional.

A investigação microbiológica incluiu análises bacteriológicas de expectoração e de sangue; análises serológicas para *Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae*, febre Q, *Legionella pneumophila*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, vírus influenza A e B, vírus sincicial respi-