

XVIII Congresso de Pneumologia II Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia

Santa Maria da Feira, 14 a 16 de Novembro de 2002

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

C1.

Tempo despendido para obter controle da asma em um programa estruturado de longa duração

FERNANDES ALG, ROCHA JHC, NUNES JUNIOR EL, SOUSA NCA, MARIANO EFQ, COSTA MRSR

São Luís-Brasil.

Introdução: Programas de educação em asma são fundamentais para tratamento e controle da asma.

Objectivo: Medir o tempo para o controle da asma (TCA) em um programa de educação e identificar fatores de risco (FR) para pacientes de difícil controle (PDC).

Metodologia: Estudo de coorte em 121 asmáticos, seguidos por 6 meses no Programa de Assistência ao Paciente Asmático, classificados em Classe I (PFE>80%), II (PFE50-80%) e III (PFE<50%). Principais variáveis: tempo1 (necessário para obter o primeiro período assintomático); tempo 2 (tempo total sem sintomas). Construiu-se Curva de Kaplan Meier para cada classe, comparando-as pelo *log-rang test*. Aplicou-se regressão logística para identificar FR nos PDC.

Resultados: O tempo 1 foi de dois meses para classes I e II e três

para classe III (*log-rang*=6,78,p=0,03). O tempo 2 foi de três, quatro e cinco meses para as classes I, II e III respectivamente (*log-rang*=11,22,p=0,003). Os FR para PDC foram frequência de sintomas (OR=2.32,IC=1,3-3,91) e PFE (OR=2,11,IC=1,08-4,11).

Conclusões: O PFE inicial é bom preditor para estimar o TCA. PFE baixo e escore de sintomas alto são FR para PDF.

Palavras-chave: pico de fluxo expiratório, asma.

C2.

Estudo comparando programas de educação em asma: Brasil x Portugal

COSTA MRSR, DIAS F, PEREIRA MM, SOUSA NCA, MARIANO EFQ, D'ÁVILA R, FERNANDES ALG

São Luís-Brasil.

Introdução: Programas educacionais em asma induzem melhora no controle dos sintomas, benefícios psicológicos e melhoram a qualidade de vida (QV) dos pacientes.

Objectivo: Comparar um programa educativo em asma estruturado no Brasil e um programa não-estruturado em Portugal quanto à QV e ao grau de conhecimento sobre asma (CA).

Metodologia: Analisaram-se 70 pacientes após seis meses de participação no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (São Luís-MA-Brasil) e 60 pacientes asmáticos acompanhados no ambulatório de Pneumologia e Imunologia do Hospital de Pulido Valente sem programa de educação. Utilizaram-se questionários de QV e de CA.

Resultados: No questionário de QV, o resultado foi favorável ao programa brasileiro (t de *Student*, $p < 0,001$) nos blocos da limitação física e da adesão ao tratamento. O CA foi melhor nos pacientes do programa brasileiro ($p < 0,001$).

Conclusão: O programa de educação estruturado mostrou-se efectivo em relação: à adesão ao tratamento; à melhora dos sintomas relacionados às actividades físicas e preferidas do paciente; e ao CA em relação aos pacientes destituídos desses programas.

Palavras-chave: asma, programa de educação, qualidade de vida.

C3.

Pneumonia intersticial linfóide idiopática: considerações a propósito de um caso clínico raro

RICARDO MELO, DOLORES MONIZ,
A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

A classificação e caracterização das pneumonias intersticiais idiopáticas (I.I.P.) tem sofrido modificações sucessivas ao longo dos anos. Apesar da pneumonia intersticial linfóide (L.I.P.) ter sido descrita em 1969, a sua posição na classificação das pneumonias intersticiais idiopáticas era controversa e muitos grupos preferiam incluí-la nas doenças linfoproliferativas.

O recente consenso internacional (ATS+ERS), inclui 7 entidades que são definidas sob o ponto de vista clínico, radiológico e histológico, posicionando a L.I.P. neste grupo, pois o diagnóstico diferencial faz-se, essencialmente, com estas patologias.

A L.I.P. pode acompanhar algumas doenças sistémicas auto-imunes ou infecciosas, mas a forma idiopática é rara, desconhecendo-se ainda muitos aspectos, nomeadamente, prevalência, curso natural da doença, entre outros.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 56 anos com cerca de 2 anos de evolução de doença e critérios clínicos, radiológicos e anatomopatológicos de L.I.P.

Discutem-se as atitudes diagnósticas e terapêuticas mais adequadas, alertando-se para as dificuldades no diagnóstico das I.I.P. no geral e L.I.P. em particular.

Palavras-Chaves: Pneumonia intersticial idiopática, Pneumonia intersticial linfóide

C4.

Pneumonites de hipersensibilidade: progressão e evolução para a fibrose

RICARDO MELO, P MONTEIRO, M FONSECA,
D MONIZ, A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

As pneumonites de hipersensibilidade (P.H.) estão geralmente associadas a um bom prognóstico após a evicção antigénica. No entanto, a evolução para a fibrose acontece nalguns casos, desconhecendo-se ainda o mecanismo íntimo das variações interindividuais e algumas particularidades da resposta em cada tipo de doença. Avaliámos 31 doentes da nossa consulta com P.H. com uma média de idades de 56,6+11,4 anos, sendo 10 homens e 11 mulheres. O tempo de evolução da doença foi de 9,29+6,7 anos (até à consulta 3,9+2,8 anos; em consulta 4,7+5,1 anos).

Em 74% dos casos encontramos quadro clínico e precipitinas positivas concordantes. (61% para aves e 13% para fungos).

Onze doentes (35%) chegaram à biópsia pulmonar por ausência de agente conhecido ou um quadro clínico incharacterístico.

Funcionalmente haviam 32% de alterações ventilatórias mistas, 58% restritivas e 3% normais.

Foram submetidos a corticoterapia sistémica 13 doentes (42%), 11 (35%) fizeram corticóides + azatioprina ou ciclofosfamida e 7 (23%) fizeram corticóides inalados.

Apesar da terapêutica imunossupressora 19,3% dos doentes agravaram, 5,4% mantêm-se estável e só em 32% se conseguiu melhora do quadro clínico.

Concluimos que esta evolução desfavorável poderá ser devido ao diagnóstico tardio, longo tempo de evolução da doença até à consulta com persistência da exposição, complexidade da doença e às variações da resposta individual.

Palavras-Chave: Pneumonte de hipersensibilidade.

C5. Doença dos criadores de aves: avaliação clínico-funcional e do LLBA

ANTÓNIO MORAIS*, JC WINCK*, L DELGADO***, A AMORIM*, J FONSECA**, MC PALMARES***

* Serviços de Pneumologia

** Imunoalergologia do Hospital São João

*** Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A doença dos criadores de aves (DCA) é uma das pneumonites de hipersensibilidade mais frequentes, apontando estudos alguma variação nas suas características.

Objectivo: Estudo das características clínicas, funcionais respiratórias, radiológicas e do líquido de lavagem broncoalveolar (LLBA) em doentes com o diagnóstico de DCA.

Materiais e Métodos: Incluímos 22 doentes com média de idades de 48,8±10,8 anos, sendo 12 (54,5%) homens. Estudamos a exposição, a apresentação clínica, as alterações funcionais, radiológicas e do LLBA.

Resultados: A média de exposição foi de 11,2±12,1 anos, sendo os pombos as aves mais frequentes (60%). Dentro dos parâmetros estudados, a maior frequência correspondeu à apresentação aguda (50%), ao síndrome ventilatório restritivo em 59,1% (diminuição da Difusão de CO em 59%) e ao padrão em vidro despolido em 54,5%. Observaram-se sinais inflamatórios endobrônquicos em 18,2%. Na análise do LLBA, observou-se alveolite linfocitária ou mista, sendo a celularidade total de 9,1±4,3 x 10⁵ ml⁻¹, os linfócitos de 66,2±21,2%, ou neutrófilos de 3,5±2%, os eosinófilos de 1,8±2,1% e os mastócitos de 0,24±0,4%. Os linfócitos CD4+ foram de 38,1±18,8%, os linfócitos CD8+ de 42±19% e a relação CD4/CD8 de 1,5±1,8. Verificámos que os indivíduos do sexo masculino apresentavam maior tempo de exposição (p=0,048), a qual estava associada a maior inflamação a nível da árvore brônquica (p=0,042). No LLBA os indivíduos expostos na altura do estudo, tinham maior percentagem de linfócitos CD4 (p=0,045). Por sua vez aqueles com estudo funcional normal tinham maior linfocitose (p=0,029) e a Capacidade Pulmonar Total apresentava correlação positiva com os linfócitos CD4 (p=0,022) e com a relação CD4/CD8-(p=0,025). Na radiologia verificava-se uma correlação positiva entre o padrão em vidro despolido e a celularidade total (p=0,019).

Conclusões: Na nossa experiência a DCA apresenta-se mais frequentemente de forma aguda, com padrão restritivo e defeito da difusão. Predomina o padrão radiológico de vidro despolido e uma alveolite linfocítica intensa com predomínio ligeiro de linfócitos CD8, que estão associados a uma maior deterioração funcional.

C6. Avaliação do valor discriminativo da proteína C-reactiva, temperatura e glóbulos brancos na evolução da pneumonia grave

COELHO L, PÓVOA P, ALMEIDA E, MOREIRA P, FERNANDES A, MEALHA R, SABINO H

Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Garcia de Orta Almada, Portugal.

Objectivo: Avaliação do valor discriminativo da proteína C-reactiva (PCR), temperatura e glóbulos brancos (GB) na evolução da pneumonia grave.

Material e Métodos: Todas as pneumonias diagnosticadas numa Unidade de Cuidados Intensivos durante 8 meses foram consecutivamente incluídas. Foram registados diariamente PCR, temperatura e GB, comparando sobreviventes e falecidos.

Resultados: Foram estudados 44 doentes (idade média 60 anos, 31 homens, mortalidade 25%). Nos sobreviventes, ao 3º dia de terapêutica, observou-se uma diminuição significativa do valor relativo da PCR, 64% do valor inicial (p<0.001). A temperatura e os GB não sofreu variações significativas. Nos falecidos, os mesmos parâmetros não variaram significativamente. A determinação da curva ROC para as variações relativas da PCR ao 3º dia tem uma área de 0.768 (p=0.015) e foi significativamente maior que as curvas da temperatura e GB (p=0.050, p=0.033, respectivamente). A PCR ao 3º dia >70% do valor inicial é indicador de mau prognóstico (sensibilidade 89%, especificidade 53%). A determinação da curva ROC para as variações relativas diárias máximas da PCR tem uma área de 0.86 (p<0.001). Uma variação diária >30% é indicador de bom prognóstico (sensibilidade 85%, especificidade 77%).

Conclusões: A PCR é um bom marcador precoce na monitorização da evolução da pneumonia grave.

C7. Pneumonia adquirida na comunidade em doentes idosos ventilados: 12 anos de experiência

JOÃO VALENÇA, AIDA PEREIRA, MARGARIDA SALA,
GABRIELA BRUM, FILIPE MONTEIRO,
JORGE T MONTEIRO, PILAR AZEVEDO,
A BUGALHO DE ALMEIDA.

Serviço de Pneumologia - UCIR, HSM Lisboa.

Na literatura, a pneumonia no idoso está geralmente associada a um pior prognóstico. Este estudo retrospectivo teve como objectivo avaliar o impacto da idade no prognóstico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com necessidade de ventilação mecânica. Analisamos 221 doentes sucessivos com PAC sem SIDA, ventilados na UCIR, entre 1990 e 2001. Dividiram-se os doentes em dois grupos: A < 65 anos (135 doentes) e B >= 65 anos (76 doentes). Posteriormente foram repartidos em 3 subgrupos: I < 65 anos (135 doentes), II >= 65 anos e < 80 anos (59 doentes), III >= 80 anos (17 doentes). O APACHEII, TISS, tempo de ventilação e de internamento e a taxa de mortalidade, foram estudados e comparados nos três grupos. Os resultados mostraram que a PAC teve um impacto significativo no prognóstico, dos doentes, tanto jovens como idosos. Os doentes mais idosos apresentavam maior percentagem de comorbilidade. Na PAC grave, a idade por si só não foi factor determinante do prognóstico.

C8. Pneumonia da comunidade – internamento num serviço de pneumologia

GABRIELA FERNANDES, ELENA LOMBARDIA,
MARIA SUCENA, ADELINA AMORIM,
ANA ROSA SANTOS

Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João – Porto
(Director: Dr. Martins Coelho)

Os autores efectuaram um estudo retrospectivo de 4 anos (1998/2001) de doentes internados com diagnóstico principal de Pneumonia da Comunidade, a fim de avaliar características clínicas, etiologia, terapêutica e evolução clínica.

Foram revistos 151 processos (6% dos internamentos nesse serviço), correspondentes a doentes com média de idades de 52

anos, 64% do sexo masculino, 41% fumadores, 31% tinham feito antibioterapia prévia e 52% com outros factores predisponentes ou comorbilidades. A duração média de internamento foi de 11 dias. Quanto à apresentação radiológica: 18% apresentavam comprometimento bilateral, e 15% derrame pleural. Foram encontrados resultados microbiológicos em 132 doentes (87%), em 25 (19%) foi isolado um agente etiológico. As amostras consistiam em: exames microbiológicos de expectoração colhidos por emissão ou aspiração, hemoculturas, lavados brônquicos ou broncoalveolares e biópsia aspirativa transtorácica. Os antibióticos mais frequentemente utilizados foram: amoxicilina-clavulanato em 40%, macrólido+cefalosporina em 21%, macrólido em 17% e macrólido+amoxicilina-clavulanato em 6.6%. Em 29 doentes (19%) foi efectuada alteração da antibioterapia, em 6 de acordo com o antibiograma. As principais complicações foram: 45% hipoxemia e em 24% complicações pleurais. 6% dos doentes necessitaram de internamento temporário em Unidade de Cuidados Inter-médios e 6% em UCI. Ocorreram 9 óbitos (mortalidade de 6%). Apesar de pouco frequente no nosso internamento, esta patologia apresenta elevada morbidade. Verificou-se uma estratégia diagnóstica e terapêutica diversificada, justificando-se por isso necessidade de aproximação às normas de actuação existentes.

C9. Proteinose alveolar

SOFIA NEVES, A CAIADO, J SAN JOSÉ,
YVETTE MARTINS*, J MOURA E SÁ, S TORRES,
AM MAGALHÃES

Departamento de Pneumologia do Centro Hospitalar
de Vila Nova de Gaia

* Serviço de Pneumologia do Hospital dos Covões.

A Proteinose Alveolar é uma entidade rara, caracterizada por preenchimento alveolar por abundante material fosfolipídico e proteico.

Foi descrita pela primeira vez em 1958 por Rosen et al, sendo na maioria das situações idiopática. Quando indicado a lavagem broncopulmonar é o procedimento terapêutico preconizado.

A este propósito, os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 56 anos, operária numa fábrica de plásticos, não fumadora. Enviada à consulta de Pneumologia por dispneia e tosse seca com 3 anos de evolução. Ao exame objectivo crepitações inspiratórias bilaterais nos 2/3 inferiores. Telerradiografia torácica – padrão alveolintersticial bilateral. TAC torácica – fenómenos de alveolite e espessamento dos septos interlobulares, algumas zonas em vidro despolido com padrão geográfico. Pletismografia – alteração restritiva ligeira, com defeito moderado da difusão do CO. GSA- Ph-7.449; pO₂-60 mmHg; pCO₂- 60.5 mmHg; HCO₃- 24 mmol/L. BFC-...feito lavado broncoalveolar (LBA) com saída de material de aspecto leitoso a favor de proteinose alveolar...LBA

– coloração PAS +, observando-se intenso material fosfolipoproteico compatível com o diagnóstico de proteinose alveolar. Analiticamente DHL e enzima de conversão da angiotensina aumentadas. Cicloergometria-limitação moderada da capacidade de exercício por defeito da difusão e alteração das trocas.

Diagnóstico definitivo – Proteinose Alveolar. Plano – Vigilância.

Palavras-chave: Doenças do Interstício; Proteinose Alveolar.

C10. Proteinose alveolar: um caso clínico

LUÍSA BOAL, CARLOS LOPES, R SOTTO-MAYOR,
A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia – Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A Proteinose alveolar é um síndrome clínico raro que resulta da acumulação alveolar de componentes do surfactante.

Os autores apresentam o caso de um doente de 33 anos, sexo masculino, raça branca, pedreiro, natural e residente na Madeira, fumador (15 UMA), com antecedentes pessoais de bronquite crônica simples.

Dois meses antes do internamento inicia anorexia e emagrecimento, dispnéia de esforço de agravamento progressivo, aumento da tosse, com expectoração matinal acastanhada e espessa. Vinte dias antes do internamento, inicia toracalgia súbita, sendo internado no hospital da área de residência. Observou-se melhoria clínica com a antibio-terapia, contudo, por permanecerem a insuficiência respiratória parcial e múltiplas áreas de opacidade confluentes, nos andares médios na radiografia do tórax, foi transferido para o HSM.

PFR: alteração ventilatória restritiva moderada, diminuição da capacidade de difusão. Broncofibroscopia com Lavado Broncoalveolar no Lobo Médio: aspecto macroscópico leitoso; exame microscópico, numerosos macrófagos PAS+, restantes aspectos do exame normais. Teve alta assintomático, com insuficiência respiratória parcial, medicado com broncodilatadores. Durante o ambulatório apenas refere escassa expectoração muco-purulenta e dispnéia para grandes esforços.

É reinternado cerca de um mês depois, para ser submetido a lavagem pulmonar total, sob anestesia geral, com entubação com tubo de 2.º lúmen esquerdo, tendo sido utilizados 15L de soro fisiológico até à saída de soro completamente transparente. Tem alta melhorado e com resolução da insuficiência respiratória.

A pertinência deste caso advém da raridade desta entidade clínica, sendo um diagnóstico diferencial a ter em conta em situações de compromisso alvéolo-intersticial.

Palavras-chave: Proteinose alveolar, lavagem pulmonar total.

C11. Resistência pós-primária do *Mycobacterium tuberculosis* às drogas antituberculosas, de acordo com os antecedentes terapêuticos em uma unidade de referência na cidade de São Paulo, Brasil

CRISTINA BATISTA PENTEADO(*),
FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO,
ELISABETE APARECIDA DE ALMEIDA,
DELURCE TADEU ARAUJO SPADA,
MANOEL ARMANDO AZEVEDO DOS SANTOS,

Instituto Clemente Ferreira, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil

Instituto de Ciências Biomédicas II - Laboratório de Micobactérias - Universidade de São Paulo- São Paulo, Brasil.

(*). Tese de Mestrado a ser defendida no Instituto de Ciências Biomédicas II – USP.

Com o objectivo de contribuir para os procedimentos em pacientes com problemas no tratamento e avaliação do rendimento de esquemas de retratamento, foi estudado o perfil da resistência adquirida ou pós-primária (RPP) do *Mycobacterium tuberculosis*, recuperado de portadores de tuberculose pulmonar (TbP) com história de tratamento anterior, matriculados em uma Unidade de Referência na cidade de São Paulo, Brasil.

Casística e Métodos: Revisão da RPP de pacientes com TbP, com história de tratamento anterior obtida das informações constantes nos prontuários, matriculados na Unidade nos anos de 1995, 1996 e 1997, que foram classificados de acordo com os antecedentes terapêuticos em: RA, os que retornavam com doença activa após abandono; RC, os que recidivavam a doença após cura com o tratamento inicial; F1, os que apresentavam falência ao esquema de primeira linha ou ao retratamento com o mesmo esquema, reforçado ou não com uma outra droga; e, MR, os que apresentavam falência ao esquema de segunda linha (Ministério da Saúde/PNCT, Recomendações técnicas, Junho, 1992). Os testes de sensibilidade aos antimicrobianos foram realizados após primo cultivo em meio de Lowenstein-Jensen, isolamento e identificação bioquímica do *M. tuberculosis*. O perfil da resistência bacilar às drogas usuais no país, exceto pirazinamida e etionamida, foi estabelecido pelo método das proporções de Canetti & cols. (1963).

Resultados: De um total de 1.307 pacientes portadores de TbP matriculados na Unidade no período, foram selecionados 349 pacientes com tratamento anterior que atendiam os critérios de eleição para o estudo. A revisão da RPP mostrou uma taxa de resistência total de 69%, distribuídos de acordo com os grupos em: 38% para os RA, 41% para os RC, 79% para os F1 e 100% para os MR. A RPP

a um antimicrobiano foi de 15% e a dois ou mais foi de 54%. Considerando somente os RA e os RC, ou seja, os com doença activa após uso completo ou parcial do esquema de primeira linha, as taxas de RPP foram de 39% para a total, 29% para uma droga e 10% para duas ou mais drogas, sendo de 6% para a associação rifampicina + isoniazida. O etambutol, foi a droga com menores taxas, com 2% para os RA e RC, 9% para os F1 e 47% para os MR. **Comentários:** Sendo uma Unidade de Referência, essas taxas não devem reflectir a realidade geral, na medida em que atende uma demanda específica e orientada. Os achados sugerem que, pelo menos para esta população específica, seria fundamental a realização sistemática de testes de sensibilidade para pacientes com doença activa e tratamento anterior; a necessidade de revisão dos regimes de retratamento indicados com base exclusiva na história terapêutica, em particular o esquema de reserva proposto para os F1; e, para os MR o uso de regime composto totalmente por drogas alternativas não usuais. Estabelece ainda um modelo para levantamentos mais amplos e constitui uma referência para estudos evolutivos da RPP.

C12. Aumento da resistência primária do *Mycobacterium tuberculosis* às drogas antituberculosas, na década de noventa, em uma unidade de referência na cidade de São Paulo, Brasil

FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO,
JORGE BARROS AFIUNE,
ELISABETE APARECIDA DE ALMEIDA,
DELURCE TADEU ARAUJO SPADA,
ADAUTO CASTELO FILHO

Instituto Clemente Ferreira, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Desde a década de 60 que a resistência primária (RP) do *Mycobacterium tuberculosis*, vem sendo monitorizada com a mesma metodologia, em coortes de 3 anos, em portadores de tuberculose pulmonar (TBp), matriculados em uma Unidade de Referência na cidade de São Paulo, Brasil.

Casuística e Métodos: Revisão da RP de pacientes com TBp, sem tratamento anterior, matriculados na Unidade no período de julho de 1995 a maio de 1998, seleccionados pelas culturas de escarro positivas em meio de Lowenstein-Jensen e identificação bioquímica do *M. tuberculosis*. O perfil da resistência bacilar às drogas usuais no país, exceto pirazinamida e etionamida, foi esta-

belecido após repique de primo cultivo, pelo método das proporções de Canetti & cols.(1963). Os resultados foram comparados aos estudos de coortes das décadas de 60, 70 e 80 e a significância estatística com os achados da década de 80.

Resultados: De 732 pacientes com TBp, sem tratamento anterior, matriculados no período, 397 foram seleccionados por preencherem os critérios estabelecidos no estudo. Dos seleccionados, 68 (17,1%) apresentavam algum tipo de RP, sendo única em 51 (12,8%) e múltipla em 17 (4,3%). A RP global foi de 5% (20/397) para a rifampicina (R), de 7,8% (31/397) para a isoniazida (H), de 6,5% (26/397) para a estreptomocina (S) e de 2,3% (9/397) para o etambutol (E). Comparando os resultados desta coorte com as estudadas em décadas anteriores, que mostraram uma queda significativa da RP da década de 60 para a de 70 e desta para a de 80, observou-se um retorno às taxas da década de 60. Foi significativo o aumento das taxas de RP da década de 90 em relação a de 80, passando a RP total de 7,4 para 17,1%, a única de 5,9 para 12,8% e a múltipla de 1,5 para 4,3%. Também foi significativo o aumento da RP global por droga entre 80 e 90, a R de 1,1 para 5%, a H de 3,9 para 7,8%, a S de 3,7 para 6,5% e o E de 0,2 para 2,3%. O incremento observado para a R, H e E, foi claramente relacionado à RP isolada e associada para a S, entretanto, a dupla RH que apresentou em 80 uma taxa de RP de 0,9% (4/458) não mostrou aumento significativo na década de 90, de 1,3% (5/397).

Comentários: Considerando que o estudo foi realizado em uma Unidade de Referência, seus resultados não podem ser generalizados, constituindo, entretanto, uma base para novos e mais amplos levantamentos da RP. O incremento da RP provavelmente reflecte as elevadas taxas de abandono do tratamento observado na década de 80 e as repercussões da alta incidência da co-infecção TB-HIV/AIDS, na cidade de São Paulo.

Instituto Clemente Ferreira - São Paulo, Brasil
Evolução da resistência primária acompanhadas em coortes de 3 anos, nas décadas de 60, 70, 80 e 90

PERFIL DE RESISTÊNCIA PRIMÁRIA	DÉCADA - 60 64/65/66 [1] N = 406	DÉCADA - 70 76/77/78 [2] N = 387	DÉCADA - 80 87/88/89 [3] N = 458	DÉCADA - 90 JUL.95/JUN.98 [4] N = 397
SENSÍVEL RESISTENTE	336 (82,8) 70 (17,2)	350 (90,4) 37 (9,6)	424 (92,6) 34 (7,4)	329 (83,6) 68 (17,1)*
ÚNICA	51 (12,6)	32 (8,3)	27 (5,9)	51 (12,8)*
MÚLTIPLA	19 (4,7)	5 (1,1)	7 (1,5)	17 (4,3)*
GLOBAL				
R	NR	1 (0,3)	5 (1,1)	20 (5,0)*
H	45 (11,1)	25 (6,5)	18 (3,9)	31 (7,8)*
S	44 (10,8)	21 (5,4)	17 (3,7)	26 (6,5)*
E	NR	0	1 (0,2)	9 (2,3)*
INDIVIDUALIZADA				
R	NR	0	0	10 (2,5)*
H	28 (6,9)	20 (5,2)	12 (2,6)	19 (4,8)*
S	25 (6,2)	17 (4,4)	14 (3,1)	15 (3,8)
E	NR	0	0	7 (1,8)*
RH	NR	1 (0,3)	4 (0,9)	5 (1,3)
RS	NR	0	0	4 (1,0)
HS	19 (4,7)	4 (1,0)	1 (0,2)	5 (1,3)
HE	NR	0	0	1 (0,2)
SE	NR	0	1 (0,2)	1 (0,2)
RHS	NR	0	1 (0,2)	1 (0,2)

[1] Primeiro Estudo: Década de 60 - Não testado R e E, desconsiderada a RP ao PAS.

[2] Segundo Estudo: Década de 70 - R e E ainda não usadas amplamente no país.

[3] Terceiro Estudo: Década de 80 - Excluídos pacientes HIV positivos.

[4] Estudo Actual: Anos 90 - Incluídos pacientes HIV positivos (39 doentes, 9 com RP). HIV-positivos: 3 com RP à R, 2 à H, 2 ao E, 1 à RH e 1 à RHS

* Incremento significativo

C13.

Três intrigantes observações clínicas sobre a biodiversidade bacilar, adoecimento e transmissão da tuberculose multirresistente pós-primária

FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO,
JORGE BARROS AFIUNE, VERA LÚCIA B AMORIM,
IRMI SGAB OGATA, RÚBIA JALVA COSTA SILVA, MÁR-
CIA TELMA P GUIMARÃES, JORGE IDE NETO

Instituto Clemente Ferreira, Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Repetidos exames de escarro de um mesmo doente, com resultados divergentes do perfil de resistência do *Mycobacterium tuberculosis*, têm sido constatados há décadas, especialmente em portadores de tuberculose multirresistente pulmonar pós-primária (TBMRp), sugerindo a co-habitação de bacilos mutantes resistentes com sensíveis – uma biodiversidade relacionada ao uso inadequado das drogas. As consequências desta biodiversidade, foram pouco estudadas. Apresentamos três intrigantes observações clínicas que indicam a necessidade de aprofundar a questão, avaliando sua importância e repercussões sobre o controle da TBMR. **Observação 1** – Duas pacientes portadoras de TBMRp (resistência a RHS e RHE), curadas após uso de esquema com drogas alternativas por 18 meses, com culturas de escarro negativas, regressão das imagens radiológicas e desaparecimento dos sintomas, recidivam a doença, com recuperação e identificação bioquímica do *M. tuberculosis* após 1,5 e 6,5 anos. Testes de Sensibilidade (TS) revelam bacilos sensíveis às drogas usuais. Tratadas com estas, evoluem de novo para a cura. *A recidiva tardia poderia corresponder a uma reinfeção exógena com bacilos sensíveis, já a recidiva precoce parece melhor explicada por uma reactivação endógena.*

Observação 2 – Seis pacientes: 2 portadores de TB crônica, um com diabetes e TS inicial sensível às drogas usuais e outro com vômitos persistentes e TS inicial com resistência à H; 2 portadores de TBMR primária, contactos de TBMRp, e TS inicial com resistência a RHS; e, 2 portadores de TBMRp por abandono, resistentes no diagnóstico da MR à RHSE. Tratados com regimes alternativos, apresentam melhora dos sintomas e das lesões radiológicas, negatização do escarro no exame directo, mantendo a cultura positiva por mais de 3 anos. Reactivam a doença com piora dos sintomas, agravamento e expansão das lesões radiológicas e retorno do escarro directo positivo. TS dos bacilos recuperados no agravamento mostram o mesmo perfil de resistência para os crônicos e para os com TBMR primária (um ampliou a resistência para RHSE). Os portadores de TBMRp apresentam germes sensíveis às drogas usuais, TS sequenciais, porém, mos-

tram o perfil de resistência igual aos anteriores. *O ocorrido com estes últimos permite especular sobre uma recolonização precoce de velhas e novas cavidades com germes sensíveis.*

Observação 3 - Revisão do adoecimento e evolução de 11 filhos de 7 portadores de TBMRp (total de 22 filhos, todos vacinados com BCG-ID), mostrou 4 casos comprovados de TBMR primária em maiores de 12 anos (2 curados e 2 óbitos) e 7 casos, em menores de 12, curados com drogas usuais. Nestes, o bacilo foi recuperado em 3, maiores de 10 (2 sensíveis à todas as drogas e 1 resistente à H); e, os outros 4, com diagnóstico clínico-radiológico, 2 nascidos de mães com doença activa. *A possibilidade de transmissão antes da MR pode ter ocorrido nos maiores. Não pode ser descartada a transmissão de germes resistentes ou sensíveis (pelo menos nos 2 nascidos de mães doentes) na TBMRp. O BCG-ID pode ter protegido os menores de 12 anos e a transmissão da MR ser relacionada a um convívio persistente.*

As observações servem de base para um projecto temático sobre a biodiversidade bacilar e suas repercussões sobre o adoecimento e a transmissão da MR, com diversos modelos bacteriológicos, clínicos e epidemiológicos.

C14.

Estudo da amplificação do DNA do *Mycobacterium tuberculosis* por Polymerase-Chain-Reaction (PCR) no líquido pleural

ELENA LOMBARDÍA*, N MOREIRA*,
G FERNANDES*, A MORAIS*, V HESPANHOL*,
T CARVALHO**, J SOBRINHO SIMÕES**

S. de Pneumologia* e S. de Microbiologia** H. S. João-Porto.

O diagnóstico da tuberculose pleural (TPL) depende geralmente da histologia da biópsia pleural (BP), devido à baixa sensibilidade (S) dos restantes métodos. Alguns estudos referem uma S maior por parte das técnicas de PCR, implicando um diagnóstico mais rápido. O objectivo deste estudo foi avaliar a S e especificidade (E) do PCR do LP na TPL e a correlação com características clínicas, do LP e da BP.

Incluimos 41 doentes com TPL (idade 38,6±17) sendo 29 (70,7%) homens. Foi efectuado estudo citológico, bioquímico, microbiológico, micobacteriológico, exame directo com coloração Ziehl Neelsen (ZN), cultural em meio líquido Middlebrook 7H9 (Bactec MGIT) e PCR (Cobas Amplificador-Roche) do LP, além de BP.

Dos doentes, 61% tinham tuberculose pleuropulmonar e 11% SIDA. A citologia do LP apresentou predomínio de linfócitos em 78,3% e de neutrófilos em 21,7%, com bioquímica compatível com exsudado em 96% dos doentes e ADA aumentado em 72,7%. No estudo micobacteriológico houve positividade no ZN em 21,4%, com cultura positiva em 46,2%. O PCR revelou uma S de

24,4% e uma E de 100%. Obtivemos correlação positiva entre a positividade do PCR no LP, a presença concomitante de tuberculose pulmonar (TP) e o predomínio de neutrófilos no LP, e negativa com a infecção HIV e o predomínio de linfócitos no LP. Neste estudo, o PCR não parece acrescentar S na detecção do MT no LP, embora nos pareça necessária uma amostra maior. A S apresenta-se acrescida nos doentes com TP e naqueles em que há presença de neutrófilos no LP, situações que geralmente se associam com uma maior extensão da doença e possivelmente uma maior carga bacilar.

C15.

Estudo genético da susceptibilidade à tuberculose: Associação com os antígenos HLA-DR, HLA-DQ e receptor da vitamina D na população portuguesa

RAQUEL DUARTE¹, JOANA TEODÓSIO³, FERNANDO GARCÊS³, JOANA CERQUEIRA^{3,2}, CLARA PEREIRA³, DENISE MENDONÇA³, SARA CASIMIRO³, JOANA AMADO¹, JOSÉ M SAPAGE¹, MARIA JOSÉ FORTE¹, IVONE PASCOAL¹, SARA CONDE¹, MANUELA VANZELLER¹, PAULO M COSTA², BERTA MARTINS SILVA^{3,2}

¹ Centro de Diagnóstico Pneumológico, Departamento de Pneumologia - CHVNG

² Centro de Estudos de Paramiloidose - INSA

³ Laboratório de Imunogenética, Departamento de Patologia e Imunologia Molecular ICBAS-UP

Pretendeu-se identificar regiões candidatas onde se localizem genes implicados na susceptibilidade/resistência à Tuberculose. Estudou-se a associação dos genes HLA-DR, HLA-DQ e VDR em indivíduos com tuberculose (TB), tendo como população controlo (PC) voluntários saudáveis do Norte de Portugal.

Os genes HLA foram identificados em 49 (18-F e 31-M) e 47 TB (17-F e 30-M) para os *loci* HLA-DRB1* e HLA-DQB1* respectivamente. A análise genética do Receptor da Vitamina D (VDR) foi efectuada em 58 doentes (37-M e 21-F).

As frequências alélicas dos *loci* foram comparados através de Teste de χ^2 , Teste de Fisher (SPSS v.10).

A frequência dos alelos DRB1* 01 (30,6%), *0701 (32,6%) e *08 (14,3%) foi superior nos TB. A frequência dos alelos *09 (8,0%), *11 (21,2%) e *13 (31,3%), foi menor nos TB. Em relação ao *loci* DQB1*, verificou-se aumento da frequência alélica *03 (57,4%), *04 (17,0%) (p=0.031) e *05 (40,4%) (p=0,026) nos TB. Para o mesmo *loci*, verificou-se uma diminuição do alelo *06 (53,3%) nos TB.

A genotipagem do Polimorfismo Fok I do VDR, permitiu avaliar a frequência dos genótipos FF, Ff e ff. Observou-se um aumento significativo da frequência Ff nos indivíduos doentes.

C16.

Tuberculose infantil, de 1993 a 2001

ANA COUTINHO, LOURDES FERNANDES, GRAÇA RIFES, MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES, TERESA SERRA, MIGUEL VILLAR

A.R.S. de Lisboa, Portugal.

A tuberculose na criança é um indicador sentinela excelente que reflecte a situação tuberculosa na comunidade e o resultado das medidas adoptadas.

Os Centros de Diagnóstico Pneumológico da Alameda, Lumiar e Venda Nova reviram os seus casos de tuberculose infantil, de 1993 a 2001.

Avaliámos os dados demográficos, o país de origem, o que levantou a suspeita diagnóstica, forma de tuberculose, esquemas terapêuticos, efeitos secundários e evolução, entre outros.

Tivemos 116 tuberculosas infantis, todas casos novos. Idade média 7.5 anos, sem predomínio de sexos. A raça caucasiana predominou e o país de origem não foi Portugal em 6,9%. Em 62,1% foram os sintomas que levantaram a suspeita diagnóstica, mas em 34,5% foi o rastreio de conviventes. 45,7% eram tuberculosas primárias e 28,4% pulmonares. O rastreio dos conviventes de algumas destas crianças detectou 9 (7,8%) tuberculosas pulmonares.

Em 87,1% utilizou-se o esquema HRZ e 69% fizeram 6 meses de tratamento. Sete crianças tiveram efeitos secundários.

Completaram o tratamento 87,9% e 10,3% abandonaram-no.

Algumas **conclusões**: o rastreio de conviventes continua importante para o diagnóstico da doença; apesar dos efeitos secundários, não interromperam a medicação; percentagem elevada de abandonos.

Palavra-chave: tuberculose infantil.

C17.

Tuberculose endobrônquica. A realidade num hospital central

MARIA SUCENA, ADELINA AMORIM, AUGUSTA MACHADO, ADRIANA MAGALHÃES

Serviço de Pneumologia do H. S. João – Porto

A tuberculose endobrônquica (TEB) é uma complicação grave da tuberculose pulmonar, sendo uma causa major de morbilidade.

Com o objectivo de caracterizar os casos de TEB, os autores levaram a cabo um estudo retrospectivo destinado à definição dos aspectos demográficos, clínicos, radiológicos, microbiológicos e broncoscópicos.

Entre Janeiro de 1999 e Junho de 2002 foi diagnosticada TEB em 14 doentes, com idades compreendidas entre 20 e 78 anos (39,6 ± 18,1). A percentagem de doentes do sexo masculino foi 57%. A tosse foi o sintoma mais comum. Apenas 5 doentes apresentavam pesquisa de BAAR positiva na expectoração. A infiltração do parênquima pulmonar foi o achado radiológico mais frequente (35,7%). As alterações broncoscópicas mais comuns foram TEB caseosa (n=4), granular (n=3) e tumoral (n=3). O brônquio lobar superior esteve envolvido em 64,3%. Em 9 doentes as alterações broncoscópicas localizaram-se à esquerda e em 2 eram bilaterais. A biópsia brônquica mostrou um processo inflamatório granulomatoso em 78,6%. Todos os doentes tiveram pesquisa de BAAR positiva em exame cultural do lavado brônquico.

Dado que os sintomas de TEB são mascarados pelos da tuberculose pulmonar e as alterações radiológicas são inespecíficas, a bronco-fibrosopia é mandatória para confirmação do diagnóstico e seguimento da sua evolução.

Palavras-chave: Tuberculose endobrônquica; broncofibrosopia; biópsia brônquica.

C18. Critérios clínicos de internamento por tuberculose no distrito do Porto em 2000

RUI DE CARVALHO, ANDREA MATEUS, JORGE MARVÃO, LIA MOREIRA, NUNO LOPES, M. GONÇALVES PEREIRA, A. RAMALHO DE ALMEIDA

Cadeira de Terapêutica Geral do 4.º ano médico. Inst. Ciências Biomédicas Abel Salazar – Porto

Sendo a Tuberculose uma doença de tratamento ambulatorio preferencial, procuramos saber quais as razões de um elevado número de doentes com esta patologia, internados nos três Hospitais da cidade, com Serviços de Pneumologia – C.H.Gaia, H. de S. João e H. Joaquim Hurbano.

Metodologia: O estudo é transversal e analítico, incidindo sobre uma população de doentes internados por TB no distrito do Porto, durante o ano 2000. Procuramos junto desses Serviços, as notas de alta, ou os processos clínicos, de todos os doentes com alta clínica por TB, deles recolhendo os parâmetros necessários a este trabalho.

A amostra colhida compreendeu um total de 157 doentes, e a técnica de amostragem utilizada foi não probabilística e por conveniência. O nível de significância adoptado foi de 0,5, e para comparar proporções, usou-se o teste de qui-quadrado. Para com-

parar médias, utilizámos a análise de variâncias. O programa usado para o tratamento estatístico foi o – SPSS 10.0.

Resultados: A gravidade de sintomas ligados à TB, as hemoptises, a patologia associada, e em menos casos o diagnóstico diferencial, foram as principais causas de internamento encontradas. Porém o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar já estabelecido, apareceu em cerca de 20% dos casos, não se apresentando explicações para o facto. Por não nos ter sido possível a colheita de dados directamente na presença do doente, e pela consulta do material disponível, ficamos convencidos que em alguns destes casos, a situação social e económica do enfermo, pesou na sua admissão.

A duração média dos internamentos em caso de TBMR, foi de 88,2 dias, o que é absolutamente incomportável, pelos custos elevados que têm os internamentos em hospitais centrais.

A grande percentagem de doentes com passado de TB, indicia falta de controle e de vigilância, após tratamento. Os hábitos tabágicos e alcoólicos encontrados, são muito típicos nos doentes desta amostra.

Uma percentagem muito elevada de abandonos e de altas a pedido, foi por nós constatada, o que significa a manutenção do problema de Saúde Pública, que a TB constitui.

Finalmente se considerarmos que o distrito do Porto teve no ano de 2000 1237 casos de TB, sendo 1134 novos casos e 103 retratamentos, temos de concluir que algo vai mal, para que mais de 12,5% sejam internados pelos motivos referenciados no trabalho.

C19. Tuberculose em internamento: avaliação de custos

CARLOS GOMES, STELLA SOARES, MARGARIDA SANTOS, JAIME PINA

Hospital de Pulido Valente. Lisboa.

1. Introdução: A frequente associação da Tuberculose (TB) com a infecção VIH (VIH+), eventualmente complicada de multirresistência (TBMR), tem sido verificada na maioria dos doentes internados na nossa Unidade, condicionando uma maior complexidade na abordagem diagnóstica e terapêutica, com reflexo nos custos de internamento.

2. Objectivos: No presente estudos pretendemos, por um lado, comparar o custo por doente com o hipotético financiamento por GDH (Portaria nº 348-B/98 de 18 de Junho) e averiguar se o doente com TBMR apresentaria custos médios diferentes dos restantes, que eventualmente justificassem a criação de um GDH específico.

3. Métodos: Foram analisados os episódios de internamento por TB referentes ao período de 1/1/2000 a 31/12/2000, excluindo-se os casos que, embora relacionados com TB, tivessem sido classificados em GDH de tipo cirúrgico.

A amostra foi dividida em três grupos: doentes com VIH+, doentes

com TB (VIH negativos e não TBMR) e doentes com TBMR. Para cada grupo, foram quantificados os seguintes componentes de custo: Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), Medicamentos e Outros (contemplando Elementos directos e indirectos).

4. Resultados: Os principais resultados deste estudo apontam para um diferencial custos globais/financiamento de 89 170 600 Esc. (444 799,08 €), significando que 41,7% dos custos não estariam cobertos pelo hipotético financiamento por GDH).

Relativamente à TBMR, constatámos custos médios por doente significativamente superiores apenas nos exames de Patologia Clínica e em Medicamentos.

20.

Controle da tuberculose (TB) através da busca activa em um hospital universitário/MG/Brasil

SPINDOLA DE MIRANDA S, FROES GC, ARAÚJO FC, CASTRO FV, ANJOS MOREIRA J

Universidade Federal de Minas Gerais/Brasil.

Em avaliações realizadas no Hospital das Clínicas/Laboratório Central/Faculdade de Medicina/UFGM, observamos que vários médicos não tinham os resultados bacteriológicos dos pacientes com TB, levando ao retardo ou falta de tratamento.

Objectivo: Identificar os pacientes com tuberculose pulmonar através do resultado bacteriológico e encaminhá-los aos Postos de Saúde ou ao ambulatório de tuberculose do HC, para iniciarem o tratamento e conscientização da população hospitalar.

Métodos: Instituímos no LC a BUSCA ATIVA dos pacientes com diagnóstico bacteriológico de TB. Alunos da graduação da Faculdade de Medicina/UFGM, foram treinados para contactar os pacientes e/ou médicos responsáveis pelos casos, através dos registos destes pacientes no sector de Micobactéria, a partir de Janeiro a Junho de 2002.

Resultados: Foram identificados 51 pacientes com TB, destes, 24 foram localizados: 22 estão em tratamento e 2 faleceram (HIV+). Os 27 restantes estão sendo contactados. 10/51 (19,6%) eram pacientes provenientes do Pronto Atendimento do HC, 19/51 (37%) dos ambulatórios, 6/51 (11,7%) das enfermarias, 16/51 (31,3%) sem identificação da Clínica.

Discussão: Observamos que após a conscientização sobre a TB a nível hospitalar e implantação da BUSCA ATIVA, nenhum caso ficou sem tratamento. Quase a metade dos pacientes era proveniente das enfermarias ou do Pronto Atendimento (urgência), mostrando a ineficiência no sistema primário de Saúde. É necessário melhor estruturação e organização para que pacientes com clínica de TB sejam identificados, tratados e acompanhados ambulatorialmente a nível de Postos de Saúde.

C21.

Impacto psicossocial da tuberculose no doente, família e comunidade

MÁRCIA REIS, R DUARTE, J AMADO, S NEVES, J VIEIRA, I PASCOAL, M VANZELLER, S CONDE, A BARROSO, MJ FORTE, JM SAPAGE

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia. Portugal.

Introdução: A tuberculose perturba a relação interpessoal do doente na família e comunidade.

Objectivo: Avaliar o impacto psicossocial da tuberculose no doente, família e comunidade.

Material e métodos: Avaliados, sob a forma de um inquérito, os doentes com tuberculose pulmonar, inscritos no CDP de Gaia em Maio e Junho 2002.

Resultados: Analisados 19 doentes – idade média = 35 anos, 8 mulheres, 11 homens. Todos os doentes apreenderam correctamente a forma de transmissão da doença. Em 5 doentes verificou-se mudanças de atitude perante os seus contactos.

Todos os doentes reagiram perante a doença com choque, tristeza e raiva. Sentiram afastamento por parte de familiares e amigos – 12 doentes; por parte dos colegas de trabalho – 10. A grande preocupação de 12 doentes foi a de instabilidade profissional com possível despedimento e perda de regalias socio-económicas.

Comentários: A tuberculose causa frequentemente prejuízo social e económico com perturbação da estabilidade profissional. A maior parte destes doentes pertencem a classes sociais com carência económica pelo que a perda de salário por um dos elementos causa instabilidade familiar. A tuberculose continua a ter um grande impacto não só social mas também económico.

Palavras-chave: tuberculose, psicossocial.

C22. Tuberculose no toxicodependente. Experiência do CDP de VNGAIA

J AMADO, R DUARTE, M VANZELLER, S CONDE,
I PASCOAL, A BARROSO, MJ FORTE, JM SAPAGE

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia,
Portugal.

Introdução: A toxicodependência coloca problemas particulares no diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB).

Objectivos: Caracterizar os toxicodependentes em tratamento no CDP de Gaia. Analisar a adesão à terapêutica, evolução e rastreio de contactos.

Doentes e métodos: Consulta dos processos clínicos dos 51 consumidores de drogas com TB, inscritos a partir de Janeiro 2000 e cujo tratamento finalizou antes de Agosto 2002.

Considerados: sexo, idade, local de residência, padrão de consumo de drogas, antecedentes patológicos, apresentação clínica e evolução da TB, contactos rastreados.

Resultados: Estudados 51 indivíduos – 48 homens; idade média: $30,9 \pm 6,4$ anos; serologia VIH positiva: 35. Completaram o tratamento 31 doentes, 8 abandonaram, 8 morreram, 4 foram transferidos. Documentada toxicidade relevante – 10 doentes. Adesão irregular ao tratamento – 22 doentes: 10 completaram-no, 8 abandonaram, 4 morreram. Apoio/vigilância regular prestados por outras entidades em 39 doentes.

Compareceram para rastreio 67 dos 144 familiares convocados: doença – 1, infecção latente – 5.

Comentários: Em 2000, 18,2% dos doentes que abandonaram o tratamento eram toxicodependentes; percentagem superior (25%) em 2001.

Menos de metade dos familiares convocados foram rastreados, o que prejudica o controlo da doença na comunidade.

Palavras-chave: tuberculose, toxicodependência, toxicodependente.

C23. Aspectos morfológicos do pulmão em doentes com a doença vibroacústica

NUNO CASTELO BRANCO¹, EMANUEL MONTEIRO²,
JOSÉ REIS FERREIRA³

¹ Centro da Performance Humana,

² Inst. Ciências Biomédicas Abel Salazar,

³ Hospital da Força Aérea, Lisboa.

De há muito, o aparelho respiratório está identificado como estrutura-alvo do ruído de baixa frequência (RBF) (< 500Hz), sendo que a patologia associada a esta exposição se designa doença vibroacústica (VAD). Os primeiros casos clínicos de patologia respiratória, por nós estudados exaustivamente ainda nos anos oitenta, dizem respeito a três casos de derrame pleural, de etiologia desconhecida e de evolução arrastada. Estudos subsequentes do nosso grupo revelaram a existência de fibrose focal no pulmão destes doentes. A partir de 1992, a investigação com modelos animais revelou a redução do número de microvilosidades da pleura, a perda da capacidade fagocítica das células mesoteliais, a par da fibrose intensa desta estrutura e a confirmação de fibrose focal no pulmão dos animais expostos. Dois casos de tumores do pulmão, em doentes com a VAD submetidos a cirurgia (um deles não fumador), permitiram ter acesso a fragmentos de pulmão e pleura. Estudos histológicos e ultraestruturais revelaram fibrose intensa da pleura, deformação dos alvéolos pulmonares com fibrose intensa irregularmente distribuída, conduzindo a espessamentos dos septos e de formação das cavidades alveolares, por vezes grosseiramente dilatadas. Os pneumócitos tipo II são as células dominantes com características invulgares associados a múltiplos aspectos de morte celular.

Palavras-chave: ruído de baixa frequência, fibrose da pleura, pneumócitos tipo II.

C24. Aspectos da patologia do aparelho respiratório na doença vibroacústica

CARLA MENDES¹, LURDES GARCIA²,
JOSÉ REIS FERREIRA²

¹Hospital Pulido Valente,

²Hospital da Força Aérea, Lisboa.

Desde 1980 que se estuda o efeito da exposição ocupacional ao ruído de baixa frequência (RBF) (< 500Hz, incluindo infrasons), que conduziu à identificação e caracterização de uma nova entidade nosológica, a doença vibroacústica (VAD). Quando, na altura, se procedeu ao levantamento de toda a patologia encontrada na população total de doentes, não se deu qualquer importância aos sinais e sintomas respiratórios, porque, por um lado, a sua frequência não atingia metade da população estudada e, por outro, era convicção que no ambiente de trabalho deveriam existir gases, fumos e poeiras que seriam responsáveis por essa patologia. No entanto, os estudos entretanto desenvolvidos em modelos animais exclusivamente expostos a RBF, revelaram a existência de fibrose focal do pulmão. Procedeu-se, então, ao estudo da função respiratória e da imagem do pulmão nestes doentes não fumadores e expostos a RBF ocupacional, que confirmou a existência da fibrose focal, na ausência de alterações ventilatórias, ainda que parte significativa desta população apresentasse uma sensibilidade acentuada à metacolina. Neste estudo apresentamos os resultados imagiológicos e funcionais do aparelho respiratório de doentes da VAD, não fumadores e sem sinais ou queixas respiratórias. Os resultados confirmam a existência de fibrose pulmonar focal sem alterações ventilatórias importantes e frequentes.

Palavras-chave: ruído de baixa frequência, *air-trapping*, fibrose focal.

C25. Aspectos morfológicos da traqueia em doentes com a doença vibroacústica

JOSÉ REIS FERREIRA¹, EMANUEL MONTEIRO²,
ANA PAULA MARTINS³, NUNO CASTELO BRANCO⁴

¹ Hospital da Força Aérea, Lisboa

² Inst. Ciência Biomédicas Abel Salazar

³ Hospital de Santa Cruz ⁴Centro da Performance Humana

São há muito conhecidos os sinais e sintomas respiratórios imediatos causados pela exposição ao ruído de baixa frequência (RBF)

(<500Hz). Nos estudos desenvolvidos desde 1980 por esta equipa, os sinais e sintomas respiratórios foram anormalmente frequentes em indivíduos ocupacionalmente expostos a RBF. Desde então, foi identificada e caracterizada de uma nova entidade nosológica, a doença vibroacústica (VAD). A utilização de modelos animais, a partir de 1992, permitiu constatar que o epitélio respiratório é uma estrutura-alvo deste tipo de *stress*. Por motivos éticos não foi possível efectuar um estudo sistemático do epitélio respiratório destes doentes. No entanto, situações clínicas graves determinaram a execução de biópsias da traqueia de dois doentes, de 54 e 62 anos, com a VAD, um deles não- fumador. A histologia revelou numerosos vacúolos nas células epiteliais da traqueia destes doentes. O exame ultraestrutural (TEM) revelou a existência de ligações intercelulares muito fortes, a par de um cito-esqueleto exuberante, com imagens do processo de morte celular e aspectos invulgares dos cílios que, em alguns casos, se apresentaram agrupados com membrana comum. Os resultados deste estudo revelam que no ser humano, longas exposições ocupacionais a RBF provocam lesões muito graves no epitélio respiratório, independentemente dos hábitos tabágicos.

Palavras-chave: ruído de baixa frequência, morte celular, cílios.

C26. Os tumores malignos no aparelho respiratório de doentes com a doença vibroacústica

NUNO CASTELO BRANCO¹, ANA PAULA MARTINS²,
JOSÉ REIS FERREIRA³

¹ Centro da Performance Humana

² Hospital de Santa Cruz,

³ Hospital da Força Aérea, Lisboa.

A doença vibroacústica (VAD) é uma nova entidade nosológica causada pela exposição a ruído de baixa frequência (RBF) (< 500Hz). O exame necrópsico efectuado a um doente com a VAD revelou a existência de dois tumores malignos, um glioma temporal e um Grawitz, que não foram a causa da morte. Observações clínicas subsequentes em indivíduos com a VAD apontaram para a existência anormalmente frequente de tumores malignos, sendo os do aparelho respiratório, um dos mais frequentes. Estudos da genotoxicidade do RBF, em animais e humanos crónicamente expostos a RBF, confirmou a existência do efeito mutagénico deste tipo de *stress*. Os aspectos morfológicos do epitélio respiratório em animais expostos dizem respeito a processos de desdiferenciação celular associados a displasia/metaplasia. Todos os dez tumores malignos da árvore respiratória (2 da laringe e 8 brônquicos) observados em doentes com a VAD (3 não fumadores), são carcinomas epidermóides. Tendo em conta que estes tumores repre-

sentam, na população em geral, cerca de 40% dos tumores malignos do pulmão, pode afirmar-se que o RBF é um dos factores oncogénicos específicos deste tipo de malignidade e deve ser encarado como um factor importante nos conceitos sobre a etiopatogenia dos tumores malignos do pulmão.

Palavras-chave: ruído de baixa frequência, tumores do pulmão, carcinoma epidermóide.

C27. Cortisol salivar: valores de normalidade na avaliação adrenal em crianças saudáveis, menores de três anos

SILVA ML, FERRARI GF, MALLOZI MC

Departamento de Pediatria da Universidade de Botucatu (UNESP) e Faculdade Fundação ABC – São Paulo (Brasil).

Objectivo: Visando método prático, confiável, que facilite o profissional avaliar a possível supressão hipotalâmica-hipofisária-adrenal na corticoterapia, frequentemente prescrita nas doenças respiratórias, o estudo propõe: estabelecer nível de normalidade de cortisol salivar em crianças menores de três anos, saudáveis, assim como identificar período etário possível de ritmo e maturidade do eixo.

Método: Noventa e uma crianças de 45 dias a 30 meses de idade foram submetidas à colecta domiciliar de saliva (manhã e tarde) para a dosagem de cortisol por radioimunoensaio. Seleccionados os casos de ausência de patologia, de febre e de corticoterapia prévia (2 semanas).

Resultados: Além da constatação da homogeneidade das variáveis de estudo, foi observado que todas as crianças apresentaram produção elevada de cortisol pela manhã e reduzida à tarde. A diferença das medidas de cortisol cedo e tarde foi superior a 30% a partir dos 12 meses de vida.

Conclusões: O valor de normalidade de cortisol salivar no percentil 50 para menores de três anos, sem patologias no período da manhã foi de 160 ng/dl e da tarde, 101ng/dl. A partir de 45 dias de vida, a criança tem a capacidade de produzir um ritmo circadiano, com maturidade do eixo aos 12 meses.

Palavras-chave: Cortisol salivar; insuficiência adrenal; eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal.

C28. Punção aspirativa transtorácica. Experiência de um serviço

A FELICIANO, F CADARSO, M FONSECA*, J CASTELO BRANCO*, M VALENTE*, J SEMEDO, C RIBEIRO, L CARREIRO

Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas. Departamento de Pneumologia

(Professora Doutora MJM Gomes)

* Serviço de Radiologia (Professor Doutor Martins Pisco) Hospital de Pulido Valente. Lisboa.

A Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas conjuntamente com o Serviço de Radiologia, realizou um estudo retrospectivo das punções aspirativas transtorácicas (P.A.T.T.) realizadas em 2000 e 2001, com objectivo de caracterizar o tipo de lesões puncionadas, rentabilidade diagnóstica e taxa de complicações. Foram realizados 132 exames (120 doentes). Estes eram na maioria do sexo masculino (77,5%), com média etária de 64 anos. Dos 132 exames: 65-massas, 34-nódulos, 17-condensações, 11-patologia pleural/parede torácica e 5-patologia do mediastino. Quanto aos resultados citomorfológicos: 92-patologia neoplásica, 10-patologia não neoplásica, e 30-inconclusivos/insuficientes. Resultados citomorfológicos/lesão imagiológica, e em relação aos nódulos (34): CPNPC-19, neoplasia secundária-2, neoplasia sem caracterização-2, doença granulomatosa-1, os restantes-inconclusivos/insuficientes. Quanto às massas (65): CPNPC-43, neoplasia sem caracterização-7, infecção-4, doença granulomatosa-1, negativo para neoplasia-1, os restantes-inconclusivos/insuficientes. Quanto às condensações (17): CPNPC-5, infecção-3, os restantes-inconclusivos/insuficientes. Na patologia pleural/parede torácica (11): mesotelioma-6, adenocarcinoma-2, neoplasia sem caracterização-2, inconclusivo/insuficiente-1; quanto à patologia do mediastino (5): CPNPC-3, CPPC-1, inconclusivo/insuficiente-1. Relativamente às 12 PATT repetidas, em 5 (42%) obteve-se diagnóstico. Neste período ocorreram 3 pneumotoráces (2,3%) e nenhum requereu drenagem. Conclusão: as PATT realizadas tiveram uma rentabilidade diagnóstica de 77%, com uma rentabilidade/lesão imagiológica de 71%-nódulo, 86%-massa, 47%-condensação, 91%-patologia pleural/parede torácica e 80%-patologia do mediastino. Concluindo-se que a PATT é uma técnica importante em pneumologia, com boa sensibilidade e especificidade, e na experiência da U.T.I.P. com uma taxa de complicações muito baixa.

C29. Tumores da grelha costal

NURIA ARCE, ANDRES MERINO, JOÃO BERNARDO,
LUIS EUGÉNIO, MANUEL ANTUNES

Serviço de Cirurgia Cardio-torácica dos Hospitais da
Universidade de Coimbra.

Objectivos: Os tumores da grelha costal representam uma pequena fracção da patologia cirúrgica do tórax. O nosso estudo pretende analisar a incidência dos tumores da grelha costal no total dos doentes operados no serviço.

Métodos: De 1979 e Junho de 2002 foram operados no serviço 75 doentes portadores de tumores da grelha costal com idades médias de 47 anos (limites 14 - 79 anos) sendo 42 homens (56%) e 33 mulheres (44 %) no universo de 4000 doentes submetidos a cirurgia torácica. A sintomatologia apresentada foi: toracalgias 60 %, exames de rotina 11%, presença de uma massa 10%, recidivas tumorais 7 %, outras 12 %. O tratamento efectuado consistiu na: exérese em bloco 42 %, exérese de costela 32 %, biopsia 18 %, exérese de tumor 8 %.

Resultados: A mortalidade hospitalar foi de 0 %. A morbilidade exceptuando toracalgia resolvida com AINES, foi nula. Com período médio de internamento de 5 dias. O resultado anatomo-patológico das peças operatórias foi: Tumor de tecidos moles 29 %, Metástase na costela 19 %, Tumor primitivo de costela 17 %, Tumor inflamatório 12 %. Houve uma melhoria acentuada da qualidade de vida destes doentes.

Conclusões: A cirurgia de exérese de tumores da parede torácica primitivos o secundários e realizada com baixa mortalidade e morbilidade. O desaparecimento das queixas algicas levou a uma melhoria da qualidade de vida destes doentes, pelo que na presença de um tumor da parede torácica devemos aconselhar a sua excisão.

C30. Redução do tempo de hospitalização após cirurgia torácica de grande porte

NUNO FERREIRA DE LIMA,
ANDRÉ AQUINO DE CARVALHO

Hospital Universitário de Brasília – Brasil.

Objectivo: Identificar factores determinantes da redução do tempo de internação pós-cirurgia torácica de grande porte.

Métodos: Estudo retrospectivo por análise de prontuários em duas fases. Na primeira fase foi comparada uma série consecutiva

de 169 pacientes divididos em grupo I (n=81, operados no período 90 a 95) e grupo II (n=88, 96 a 2000). Na fase seguinte comparou-se 20 pacientes (grupo III, operados em 2002) com uma enquete entre vários serviços do Brasil.

Resultados: O tempo de internação médio caiu de 7,6 dias no grupo I para 5,1 dias no grupo II ($p<0,001$). A analgesia peridural e o uso de vias de acesso menos traumáticas no grupo II foram os únicos factores que alcançaram significância estatística ($p<0,001$). No grupo III o tempo médio de internação foi de 4,2 dias, enquanto que nos outros serviços variou de 5 a 9 dias, nos quais as técnicas de analgesia são variáveis e a toracotomia póstero-lateral amplamente utilizada.

Conclusão: Este estudo confirma que o menor trauma da via de acesso e um melhor controle da dor são factores importantes para a mais rápida recuperação funcional dos pacientes, mas de emprego não disseminado entre os serviços avaliados.

C31. A introdução da associação cisplatina/paclitaxel como tratamento de 2.ª linha no carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) alterou o prognóstico da doença?

ADÉLIA LOPES, PEDRO BARRADAS,
AGOSTINHO COSTA, MARGARIDA CRISTÓVÃO,
PAULA ALVES, MARIA JOSÉ MELO

Unidade de Oncologia Pneumológica, Serviço de Pneumologia
Geral, Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

A associação de um derivado da platina (cisplatina/carboplatina) com etoposido é considerada terapêutica de eleição no CPPC. As associações CAVE/CAV/CAE, bastante utilizadas nos anos 80, foram praticamente abandonadas como QT de 1.ª linha, não só por não produzirem melhores resultados, como sobretudo pela sua maior toxicidade, passando a ser utilizadas como alternativas de 2.ª linha na falência dos esquemas iniciais. Com o advento dos taxanos, vários estudos demonstraram que a associação Cisplatina (P)+Paclitaxel (Tp) em 2.ª linha, apresentava resultados encorajadores; desde 1998 temos na nossa unidade utilizado de forma sistemática esta associação na 2.ª linha de tratamento dos doentes quimioresistentes (QRs) e quimiorrefractários (QRf).

No presente estudos comparámos retrospectivamente os resultados obtidos em termos de resposta e sobrevida mediana (SM) nos períodos 1988-1997 (grupo A – 155 doentes) e 1998-2002 (grupo B – 65 doentes) no tratamento do CPPC em estádio localmente avançado e metastático. Os 2 grupos eram similares em termos de factores prognósticos iniciais (idade, SP, emagrecimento e está-

dio) com excepção do sexo (> número de doentes do sexo feminino no grupo B – 12,3% vs. 2,6%, $p=0.00001$). Em termos de resposta (51% e 47,7% $p=0.76$), sobrevida mediana (9.4 e 10.3 meses $p=0.15$), sobrevida a 1 ano (43% vs. 35% $p=0.21$) não se detectaram diferenças significativas entre os 2 grupos. Dos 17 doentes submetidos a 2.ª linha com PTP pertencentes ao grupo B (9 QRs e 8 QRf), obtiveram-se 4 respostas parciais (23,5%) e 5 estabilizações (29,4%). A SM deste subgrupo foi de 11,4 meses e a SM pós-2.ª linha de 4.1 meses. Analisam-se e discutem-se estes resultados.

Palavras-Chave: CPPC, Placlitaxel.

C32. Estudo randomizado de fase II carboplatin/gemcitabina vs carboplatin/vinorelbina no cancro pulmão não pequenas células (CPNPC) doença avançada (3/3 semanas)

BÁRBARA PARENTE; ANA BARROSO, SARA CONDE

Unidade Pneumologia Oncológica – responsável Dr. Jorge Seada.
Departamento Pneumologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Portugal.

Proposta: Comparar Carboplatin/Gemcitabina (CG) com carboplatin/Vinorelbina (CV) em doentes com Estádios IIIB e IV de CPNPC-ciclos de 3/3 semanas

Objectivo primário: avaliação da toxicidade; objectivo secundário-taxa de resposta e sobrevida.

Material e Métodos: entre Fevereiro de 1999 e Fevereiro de 2000, foram randomizados e iniciaram o estudo 65 doentes, dos quais 50,8% IIIB e 49,2% estágio IV. Braço A - C AUC5 dia 1+ G 1000mg/m² dias 1 e 8, ciclos de 3/3 semanas; Braço B: C AUC5 dia 1+ VRB 30mg/m² dias 1 e 8 com ciclos de 3/3 semanas.

Dados Demográficos

	Braço A (CG)	Braço B (CV)
Nº doentes	34	31
Masculino/feminino	30/4	27/4
Idade média	60,6	61,2
Fumadores/não fumadores	29/5	25/6
PS -0/1/2	7/17/10	7/14/10
Adenoc/Epidem/CPNPC	20/10/4	16/10/5
Estádio IIIB/IV	18/16	15/16

Taxa de Resposta

	Braço A	Braço B
Remissão parcial	15(44%)	10(32,3%)
Doença Estabilizada	12(35,3%)	12(38,7%)
Doença progressiva	7 (20,6%)	9(29%)

No braço A (GC) resposta objectiva 44% e tempo para a progressão 37 semanas, com sobrevida média de 51 semanas (61 semanas para os que tiveram resposta).

No braço B (VC) resposta objectiva 32,3% e tempo para a progressão 37,6 semanas, com sobrevida média de 47 semanas (81 semanas para os que tiveram resposta).

A diferença na sobrevida média entre os 2 braços não foi estatisticamente significativa (*log rang test*, $P=0.26$). À data desta análise a taxa de doentes censurados foi de 5,88% para o braço A e 6,67% para o braço B. Tempo mínimo de avaliação 28 meses. Resposta objectiva nos 2 braços estatisticamente significativa ($P=0.001$)

Um total de 278 ciclos administrados (145 no braço A e 133 no braço B), média de 4,3 ciclos/doente em ambos os braços. Toxicidade pelos critérios da WHO (braço A vs braço B): anemia grau 3 /4 11% vs 1%; Neutropenia grau 3/4 5,5% vs 13,5%; trombocitopenia grau 3 /4 5,5% vs 0,75%. Ciclos adiados 6,9% vs 12,8%, com o uso de G-CSF em 1,3 % dos ciclos no braço A vs 6,1 % no B; eritropoietina 5,5% vs 3,8%; transfusões de sangue 7,5% vs 5,5%.

Conclusões: estes resultados sugerem que, quer um quer outro esquema representam tratamento efectivo no CPNPC, apesar da melhor taxa de resposta do braço A. Mais toxicidade hematológica no braço B e mais atrasos de ciclo neste braço.

C33. Síndrome de apneia obstrutiva do sono - experiência de uma consulta

JOÃO VALENÇA, FÁTIMA CAEIRO, SOFIA FURTADO, A. BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

O objectivo deste estudo consistiu em avaliar os doentes seguidos na nossa consulta com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e a quem foi proposto CPAP. Foram estudados 134 doentes com SAOS diagnosticada por polissonografia nocturna. Analisou-se: sexo, índice de massa corporal (IMC), perímetro do pescoço (PP), sintomas, patologias associadas, provas de função respiratória (PFR), electrocardiograma (ECG), índice de apneia/hipopneia (IAH) e adesão com CPAP. Comparou-se o sexo masculino (M) com o feminino (F).

Idade: 55,25±11,5, M-55,6/F-56,0; Sexo: M-114(85,1%)/F-20(14,9%); IMC-34,9±6,4, M-33,8±5,8/F-40,7±6,8 Kg/m² ($p<0.001$); PP-43,4±3,5, M-43,8±3,4/F-41,1±3,5 cm ($p=0.001$).

Todos ressonavam, pausas nocturnas ocorreram em 97%, hipersónia diurna em 92,5% (Escala de Epworth 16,3±4,8). A ansiedade, depressão e menor capacidade de concentração foram mais frequentes no sexo feminino (p=0.01). Diminuição da libido 76,7%, M-76,1%/F-80%; impotência sexual 45,1%. Acidentes/quase acidentes devidos à hipersónia 62,8%, M-62,9%/F-60%.

DPOC 38,8%, M-38,5%/F-25%; HTA 70,1%, M-65,7%/F-85%; insuficiência cardíaca 18,8%, M-18,6%/F-20%.

Provas de função respiratória anormais 54%, M-50,5%/F-73,7%. Gases no sangue alterados 41,3%; IRparcial 17,5%, M-16,8%/F-21,1%; IRglobal 23,8%, M-23,4%/F-26,3%. ECG com alterações 40,4%, M-59,5%/F-47,4%. IAH 49,7±27,1, M-50,4±26,8/F-45,3±28,7. Adesão ao CPAP: dias de utilização 91,0±13,3, M-91,9±13,0/F-84,7±13,9; horas/dia 6,2±1,2, M-6,3±1,1/F-5,6±1,5.

Em conclusão ambos os sexos tiveram quadro clínico e adesão semelhantes.

Palavras-chave: SAOS, masculino, feminino.

C34. Função respiratória no grande obeso com síndrome de apneia obstrutiva do sono

JOÃO VALENÇA, FÁTIMA CAEIRO, ANA MARQUES, ANA SERRADOR, A. BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Objectivo: avaliar a função respiratória no grande obeso com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)

Foram estudados 40 doentes com SAOS confirmada por polissonografia nocturna. Compararam-se 2 grupos: I-(N=20) Índice de massa corporal (IMC)<30Kg/m²; II-(N=20) IMC≥40Kg/m². Avaliaram-se os volumes pulmonares, débitos, mecânica ventilatória, pressões musculares, gasometria arterial (GA). Na polissonografia (PSG) considerou-se: índice de apneia/hipopneia (IAH), SaO₂ média, SaO₂ mínima, tempo com SaO₂ < 90% (T90).

Resultados: Idade I-47,7±15,5; II-46,3±9,8 anos, sexo masculino I-60%/II-40%; fumadores I-40,0%/II-41,2%; UMA I-39,7±47,3/II-35,0±32,9.

DPOC I-31,3%/II-38,9%, Cor pulmonale crónico I-6,7%/II-11,1%.

PSG	IAH	SaO ₂ média	SaO ₂ mínima	T90
I	33.1±25.5	86.4±33.0	74.5±13.9	15.7±21.8
II	49.9±31.5	80.1±6.5	63.2±15.1*	45.8±33.1*

PFR	CV(%)	FEV1(%)	FEV1/CV	CPT(%)	VR(%)	CRF(%)
I	98.8±17.5	93.3±21.7	76.2±11.6	93.1±10.5	91.5±13.8	102.6±14.4
II	81.3±16.3*	78.5±15.9**	80.1±7.4	85.2±11.5**	95.8±22.5	84.1±13.7*

PF R	FEF50(%)	FIF50(L)	Raw	SGaw	PiMAX(%)	PeMAX(%)
I	81.1±42.6	3.01±1.7	0.31±0.24	1.05±0.55	60.9±23.8	47.5±19.7
II	77.1±31.7	2.5±1.3	0.38±0.14	0.97±0.43	62.6±25.5	52.1±25.5

Normais I-60%/II-38.9%; Mistos I-0/II-11.1%; Obstrutivos I-33.3%/II-22.2%; Restritivos I-6.7%/II-27.8%

GA	PH	PiCO ₂	PaO ₂	HCO ₃
I	7.44±0.02	41.2±3.3	85.2±9.5	28.3±3.1
II	7.41±0.05	44.0±4.8**	75.4±10.2*	28.6±3.8

*p<0.01 **p<0.05

Insuficiência respiratória: parcial I-15%/II-15% ; Global I-0/II-30% (p=0.03).

Em conclusão nos grandes obesos os volumes pulmonares, com excepção do volume residual, e PaO₂ foram estatisticamente inferiores. A hipercapnia só ocorreu nestes doentes.

Palavras-chave: função respiratória, grande obeso, SAOS.

C35. Comparação de duas metodologias de implementação de CPAP nasal

S. MOREIRA, F CADARSO, C CANHÃO, C MENDES, F FERNANDES, J TEIXEIRA, P PAMPLONA, P PINTO, O SANTOS, M BORREGO, C BÁRBARA

Departamento de Pneumologia. Unidade de Estudo da Função Pulmonar. H. Pulido Valente, Lisboa.

O CPAP nasal (CPAPn) é a terapêutica mais eficaz no Síndrome de Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), contudo a não aderência levanta sérias limitações à sua eficácia.

O objectivo deste estudo foi comparar o grau de aderência ao CPAPn de duas metodologias de instituição de CPAPn em doentes com SAHOS, que consistiram ou na colocação do CPAPn durante um curto internamento de 2 dias (Grupo A; n=50), ou na colocação exclusivamente ambulatoria do CPAPn (Grupo B; n=50). Os grupos não diferiam entre si quanto a idade (Grupo A-54 anos; Grupo B-53 anos), Índice de Massa Corporal (Grupo A-33,7; Grupo B-32,3), grau de escolaridade, escala de Epworth (Grupo A-13,5; Grupo B-11,4), Índice de Apneia Hipopneia (Grupo A-47,4/h; Grupo B-46,3/h), e ainda nível de pressão de CPAPn (Grupo A-9,4 cmH₂O; Grupo B-10,1 cmH₂O). A aderência ao CPAPn e os efeitos adversos foram avaliados objectivamente após 3 meses de terapêutica, tendo-se constatado não existirem diferenças na prevalência de efeitos adversos e no grau de aderência dos doentes (Grupo A-4,9h/noite; Grupo B-5,3h/noite).

Concluímos que ambas as metodologias podem ser usadas satisfatoriamente na instituição de CPAPn, devendo depender a nossa opção dos custos e recursos disponíveis.

C36.

Respiração de Cheyne-Stokes associada à insuficiência cardíaca congestiva: estudo do sono e resposta quimiossensitiva

OLIVEIRA LVF*, APPENDINI L, LANFRANCHI PA, SACCO C, GIANNUZZI P, DONNER CF, BRAGHIROLI A

* Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, São Paulo – Brasil, e “Salvatore Maugeri” Foundation, Medical Centre of Rehabilitation, Veruno, Itália.

Diante da dificuldade de prever a ocorrência da respiração de Cheyne Stokes em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, o objetivo do presente estudo foi avaliar se a presença de um drive quimiorreceptor aumentado pode ser um sinal da respiração de Cheyne-Stokes em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva estável. Em uma amostra de 33 pacientes com insuficiência cardíaca congestiva pós-ischêmica, estáveis, com média de idade de 63,1±9,6 anos, índice de massa corporal de 25,4±3,9 Kg/m², classe funcional cardíaca I e II (NYHA), fracção de ejeção ventricular esquerda de 23,5±7,7% e 17 destes pacientes (51%) apresentando um índice de apnéia/hipopnéia (AHI) maior ou igual a 30, os demais apresentavam um AHI menor que 30. Foi encontrado um valor de resposta ventilatória ao dióxido de carbono maior que 4 apenas em pacientes com IAH maior ou igual a 30. Consequentemente, este parâmetro pode ser considerado como preditivo muito específico da ocorrência de respiração de Cheyne-Stokes severa durante o sono, porém com baixa sensibilidade, além disto, alguns pacientes com alto AHI apresentaram uma baixa *slope*, um achado que confirma o envolvimento de outros mecanismos na gênese dos eventos respiratórios centrais durante o sono.

C37.

Consulta de Apoio ao Fumador (CAF). Revisão dos últimos 3 anos da consulta do Serviço de Pneumologia do H.S.M.

F. CAEIRO, R. SOTTO-MAYOR, A. BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia. H.S.M., Lisboa.

Entre 1 de Junho de 1999 e 1 de Junho de 2002 avaliamos 125 novos casos. Destes, 64 (51,2%) eram homens, sendo a idade

média global de 43,8 anos. 52,3% iniciaram o consumo de tabaco após os 15 anos. Observou-se uma carga tabágica ≥ 30 cigarros por dia em 65,2%. 84,3% tinha patologia não psiquiátrica associada, representando a pulmonar 69,7% (DPOC – 48,8%; outra – 20,9%). Patologia psiquiátrica conhecida em 24,8%: Depressão *major* 87,1% (n = 27); Esquizofrenia 9,7% (n = 3); Perturbação da personalidade 3,2% (n = 1). Em relação ao grau de dependência constatou-se: muito dependente 82,4% (n = 103); dependente 17,6% (n = 22). Em 74,8% dos casos foram mencionadas tentativas prévias do abandono do tabagismo, tendo o insucesso sido atribuído à ansiedade (52%), falta de motivação (28,9%), meio ambiente desencorajador (21,1%) e ganho ponderal (2,6%). Os motivos actuais para a cessação tabágica relacionam-se com: saúde 82,4%, económicos 17,6%, outros 7,8%. Causas de aumento de consumo de tabaco: *stress* (76,5%), factores sociais (35,3%) e *relax* 13,7%. Foram submetidos a terapêutica de substituição nicotínica: sistema transdérmico 54,5%; inalador nicotínico 9,8%; nicotina oral 4,9%, s. transdérmico + nicotina oral 3,3%. Suporte psicofarmacológico utilizado: Ansiolíticos 54,9%; Bupropiona 13,6%; outros antidepressivos 37,2%. A taxa de cessação tabágica observada foi de 28,6% e a redução superior a 50% dos hábitos tabágicos de 15,8%. Taxa de abandono da consulta (maioria na 1ª consulta): 38,2% (n = 48).

Verificou-se: elevada percentagem de indivíduos com grande carga tabágica, alto grau de dependência nicotínica e problemas sociais, tendo a maioria feito, anteriormente, várias tentativas de cessação do tabagismo. A taxa de abandono da consulta foi, ainda, significativa, o que poderá resultar de expectativas frustradas por parte do utente, estando os sucessos terapêuticos relacionados, inequivocamente, com a maior aderência à consulta e a utilização de terapêutica substitutiva da nicotina.

Palavras-chave: desabitação tabágica; fumador; consulta.

C38.

Hábitos tabágicos no Hospital Fernando Fonseca

C. PARDAL, S. RAVARA, P. ROSA, A. CHILUMBO, R. COSTA, C. LONGO, F. RODRIGUES

Unidade de Pneumologia do Hospital Fernando Fonseca – Amadora.

Com o objectivo de caracterizar os hábitos tabágicos dos funcionários do hospital, realizou-se um inquérito anónimo. Dos 2699 funcionários responderam 1029 (33,8%). Destes 735 eram do sexo feminino (71%) e 294 do sexo masculino (29%). A média etária foi de 33,8 anos. Em relação aos grupos profissionais a relação entre os profissionais que responderam e o n.º total existente no hospital foi o seguinte: 318 Enfermeiros (36%), 243 Médicos (32%), 206 Auxiliares de acção médica (34,7%), 109

Administrativos (48,2%), 74 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (49%), 15 Técnicos Superiores de Saúde (60%), 8 Técnicos Superiores (40%), 3 Dirigentes (15,8%) e 53 outros.

Eram não fumadores 719 (69,9%), dos quais 148 eram ex-fumadores (20,6%).

Eram fumadores 310 (30,1%): 216 do sexo feminino e 94 do sexo masculino, correspondendo respectivamente a 29,4 % das mulheres e a 32% dos homens que responderam ao inquérito. A média de idades era de 32,3 anos nas mulheres e 35,3 anos nos homens. Em relação aos grupos profissionais: 36,4% dos Auxiliares de acção médica fumavam, 36,4% dos Administrativos, 31,2% dos Enfermeiros, 25,6% dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, e 23,0% dos médicos. A média da idade para o início dos hábitos tabágicos foi sensivelmente o mesmo (17,6 anos nas mulheres e 17,9 anos nos homens), fumando os homens uma média de 21,3 cigarros por dia e as mulheres 12,4.

Já tentaram deixar de fumar 126 mulheres (58,3%) e 54 homens (57,4%). Queriam deixar de fumar 153 mulheres (70,8%) e 74 homens (78,7%). Destes, 75 mulheres (49%) e 40 homens (54%) responderam necessitar de ajuda médica para deixarem de fumar. Referiram doenças ou sintomas relacionados com o tabagismo 13,4% das mulheres e 17% dos homens fumadores. Inquiridos sobre se fumavam no local de trabalho, responderam positivamente 253 funcionários (81,6% dos fumadores). Os administrativos e os médicos eram os que menos fumavam no local de trabalho.

C39. Cessação tabágica – experiência de seis anos de uma consulta

SANDRA ANDRÉ, MARGARIDA S.RAPOSO, CRISTINA MATOS, MARGARIDA CANCELA de ABREU

Serviço de Pneumologia - Hospital de Egas Moniz, Lisboa.

A morbidade e mortalidade das doenças relacionadas com o tabagismo são um dos principais problemas de saúde pública na actualidade. A prevenção e a cessação tabágica são pilares fundamentais na redução da incidência e progressão destas doenças.

Pretendeu-se avaliar retrospectivamente as características dos hábitos tabágicos e determinantes de cessação tabágica (idade, sexo, nível de dependência, nível sócio-profissional, taxa de cessação tabágica e métodos utilizados) nos indivíduos que recorreram voluntariamente à consulta de desabitação tabágica no período compreendido entre 1996 e 2001.

Foram avaliados 391 indivíduos (180 mulheres e 211 homens), com uma média de idades de 44,3 anos.

Dos resultados obtidos constata-se que os homens iniciam os hábitos tabágicos mais precocemente, sendo entre os 15 e os 20 anos que a maior parte dos indivíduos começa a fumar. No teste de dependência da nicotina de Fagerström não se verificaram diferenças relevantes entre os dois sexos. O nível de dependência da

nicotina foi inversamente proporcional à idade de início dos hábitos tabágicos. O nível sócio-profissional da população estudada foi semelhante para os homens e mulheres.

Os métodos utilizados na cessação tabágica e as taxas de sucesso obtidas nos dois grupos foram sobreponíveis.

Conclusões: Não se verificaram diferenças significativas nos resultados de cessação tabágica nos dois sexos, no entanto, os homens iniciam mais precocemente os hábitos tabágicos. Nas mulheres, quando o início dos hábitos tabágicos é mais tardio, verifica-se uma menor dependência da nicotina. O sucesso da cessação tabágica parece ser directamente dependente do nível sócio-profissional.

Estes dados vêm reforçar a importância da prevenção e educação para a saúde nos grupos etários mais jovens. Sendo o controlo do tabagismo um factor de importância vital para a saúde, existe ainda um longo trabalho a desenvolver neste sentido, na educação dos profissionais de saúde e da população em geral.

C40. Toracocentese e biópsia pleural – seu contributo para a avaliação diagnóstica do derrame pleural

MARIA SUCENA, GABRIELA FERNANDES, ADELINA AMORIM, ADRIANA MAGALHÃES

Serviço de Pneumologia do H.S. João – Porto.

Existem muitas causas de derrame pleural (DP) e o seu diagnóstico permanece um grande desafio para os clínicos. O estudo citológico do líquido pleural (LP) e a biópsia pleural têm diferentes rentabilidades, dependendo da etiologia do DP.

Foram objectivos deste trabalho a determinação da eficácia da biópsia pleural e da citologia do LP no diagnóstico etiológico dos DP. Procedemos à análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes que foram submetidos a biópsia pleural, no serviço de Pneumologia do H. S. João, no período compreendido entre 1 de Julho de 2001 e 30 de Junho de 2002.

No período referente ao estudo foram efectuadas 86 biópsias pleurais, correspondentes a 75 doentes com idade média de 58,2 anos. Os DP malignos ocorreram em 20 doentes (70% do sexo feminino) e os derrames não malignos em 55 (63,5% do sexo masculino). O diagnóstico de DP maligno foi estabelecido por citologia do LP em 15 doentes (75%), por biópsia pleural em 12 (60%) e por ambos os métodos em 10 (50%). Dos 55 doentes com DP não maligno a biópsia pleural permitiu o diagnóstico de tuberculose pleural em 21 (38,2%). Os restantes diagnósticos etiológicos distribuíram-se da seguinte forma: derrame metapneumónico (n=5), empiema (n=2), LES (n=1), pancreatite aguda (n=1), abscesso subfrénico (n=2), insuficiência renal (n=1), ICC (n=1). Não foi possível estabelecer um diagnóstico etiológico por toracocentese ou biópsia pleural em 20 doentes (23,2%).

Estes resultados parecem indicar que a biópsia pleural é menos eficaz que a citologia do LP no diagnóstico de DP malignos. Pelo contrário a biópsia pleural é o método de eleição no diagnóstico da tuberculose pulmonar.

C41. Empiemas pleurais – diagnóstico e tratamento

ADELINA AMORIM, MARIA SUCENA, GABRIELA FERNANDES, ADRIANA MAGALHÃES

Serviço de Pneumologia do HSJ, Porto.

Empiema pleural (EP) significa acumulação de pus na cavidade pleural mas definições mais recentes incluem outras características.

Os autores efectuaram uma revisão dos empiemas pleurais ocorridos nos diversos serviços do HSJ, de Janeiro de 1999 a Dezembro de 2001.

O objectivo desta análise foi rever os aspectos clínicos, os critérios de diagnóstico e a abordagem terapêutica nos diferentes serviços. O número total de casos foi de 68 (83,8% do sexo masculino). Trinta e um doentes eram provenientes de outros hospitais. O tempo médio de internamento foi de 20,4 dias e o tempo de evolução da sintomatologia de 22 dias. A idade variou entre os 5-86 anos (média de 48,1). Quarenta e nove doentes estiveram internados em Pneumologia.

De realçar nos antecedentes hábitos alcoólicos em 20,6%, toxicodependência em 8,9% (5,9% HIV+), doença pulmonar em 13,2%, diabetes *mellitus* em 11,8% e neoplasia em 7,4%.

Os principais sintomas/sinais de apresentação foram dispneia (60,3%), febre (72,1%), toracalgia (63,2%), tosse (67,6%), expectoração purulenta (50%) e alterações do estado geral (73,5%). Os EP localizaram-se à direita em 55,9%. O aspecto macroscópico do LP foi de pus em 48,5%, turvo em 17,6% e sero-hemático em 11,8%. A contagem diferencial de células indicou predomínio de neutrófilos em 13 (n=14). Os valores médios de pH, DHL e glicose foram de 6,87 (n=39), 3479 U (n=23) e 0,54 gr/l (n=23), respectivamente. O exame bacteriológico foi (+) em 16,2%, (-) em 35,3% e desconhecido em 48,5%. Foram efectuadas ecografias torácicas (1-3/doente) em 52,9%. TAC torácicas (1-3/doente) em 72% e broncofibroscopia em 23,5% doentes.

Foi utilizado dreno torácico (1-3/doente) em 53 doentes e o tempo médio de drenagem foi de 8,94 dias. Foi efectuado lavagem pleural em 62,2%, com estreptoquinase em 15,1% e aspiração de baixa pressão em 11,3%. A principal complicação foi a multiloculação em 55,9%, seguida de fistula broncopleural (7,4%) e fistula pleuro-cutânea (2,9%).

A antibioterapia foi muito diversa, tendo sido usado a associação de 2 antibióticos como 1ª opção usada em 55,2% (mais frequente: clindamicina+cefalosporina) e de 3 em 5,9%. A antibioterapia foi

alterada 1 vez em 44,8%, 2 vezes em 1,5%. Foi realizada cirurgia em 15 doentes (8 descorticações e 7 drenagens). A taxa de mortalidade foi de 7,3%. O EP mantém-se uma patologia relativamente frequente, com uma taxa de complicações elevada, embora de gravidade moderada, que dispense vários exames de diagnóstico e com uma abordagem terapêutica diversa.

C42. Pleurodese com talco por toracosopia

MIGUEL BENTO MONTEIRO, MARINA BONNET, LUÍS COELHO, JORGE ROLDÃO VIEIRA

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. Almada.

A pleurodese com talco por toracosopia é uma das técnicas mais eficazes para o tratamento dos derrames pleurais (malignos e benignos) e pneumotórax recidivantes. Actualmente tem existido alguma controvérsia em relação à segurança da técnica, devido ao relato de reacções adversas graves ao talco, nomeadamente, ARDS. No sentido de contribuir para a elucidação desta controvérsia os autores efectuaram um estudo retrospectivo das 90 talcagens por si efectuadas por toracosopia, sob anestesia geral, num período de 7 anos. Foram realizadas 90 pleurodeses em 88 indivíduos, 50 do sexo masculino e 38 do sexo feminino, com média de idades de 55,63 anos (máximo 85 e mínimo 17 anos). Foram tratados 64 derrames neoplásicos, 12 benignos e 14 pneumotórax. Foram avaliados vários parâmetros nomeadamente, as complicações e as recidivas, concluindo-se que esta técnica se mostrou muito eficaz e segura, não tendo surgido complicações significativas atribuíveis directamente à talcagem pleural.

Palavras-chave: Pleurodese; talco; toracosopia.

C43.

Estudo de prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) em Portugal

JOÃO CARDOSO, JM REIS FERREIRA, JOÃO ALMEIDA, J MOUTINHO DOS SANTOS, FÁTIMA RODRIGUES

Comissão de Trabalho de Fisiopatologia da SPP – Grupo de Epidemiologia

Objectivos: Uma amostra representativa da população portuguesa foi avaliada com a finalidade de estimar e caracterizar a prevalência de DPOC em Portugal.

Material e Métodos: Neste estudo, que decorreu entre Outubro 2001 e Março 2002, foram avaliados 1384 indivíduos, seleccionados de forma aleatória em todas as regiões de Portugal.

Foi aplicado um questionário, que incluiu parâmetros biodemográficos, exposição a tabaco e poluentes inalatórios e sintomas respiratórios e efectuado um teste espirométrico simples (sem avaliação da reversibilidade).

Resultados: Dos 1384 indivíduos avaliados, entre os 35-69 anos ($49 \pm 9,2$), 49,5% eram do sexo masculino, 254% fumadores actuais e 21,9% ex-fumadores.

Foram encontrados 10,5% de indivíduos na classe 0 do GOLD (em risco de evolução para DPOC) e 5,34% com DPOC (IC – 4,35-6,33) e distribuídos nas classes GOLD: I – 47,3%, IIA – 40,5%, IIB – 10,8% e III – 1,4%.

Os factores de risco para DPOC foram a idade, serem fumadores actuais e carga tabágica > 49 UMA.

“Tosse e expectoração >3 meses sucessivos em mais de um ano” teve uma especificidade de 94,7% para DPOC.

Conclusões: A prevalência de DPOC em Portugal é tão elevada como a existente em outros países. Sendo uma doença de grande morbidade e mortalidade, serão necessárias medidas urgentes para atenuar o impacto social, médico e humano da DPOC no nosso país.

C44.

Capnografia volumétrica na bronquiectasia: obtenção de informações anatómicas acinares de forma não invasiva

PASCHOAL I, MELLO M, TERZI R, PEREIRA MC, HERMINI A, BAIRD G

Campinas, Brasil.

A curva da capnografia volumétrica é dividida em três fases; a fase I representa eliminação do ar das grandes vias aéreas (CO_2 quase zero); na fase II ocorre aumento abrupto do CO_2 ; na fase III (*plateau* alveolar) acontece a eliminação do gás dos alvéolos. Medidas realizadas em crianças de 5 meses a 18 anos de idade demonstraram que aumentos na secção transversal dos espaços aéreos alveolizados com o crescimento dos pulmões se acompanham de uma redução na inclinação da Fase III. Nas bronquiectasias a obliteração de pequenas vias aéreas faz desaparecer alvéolos e poderia aumentar esta inclinação. Foram submetidos à capnografia volumétrica (*CO2SMOPlus*- Novamatrix Medical Systems Inc.) 10 pacientes com bronquiectasias difusas e 10 indivíduos normais, não fumantes, idades semelhantes; todos os pacientes fizeram espirometria. Nas curvas dos bronquiectásicos é menos nítido o *plateau* da fase III; de modo concordante, a inclinação da fase III nos pacientes foi significativamente maior (45) do que nos controles (08). Em um dos pacientes avaliados (bronquiectasia mais grave) não se conseguiu identificar o *plateau* da fase III. A DPOC tem sido relatada como causa de aumento da inclinação da fase III; neste estudo, no entanto, não foram os pacientes com maior obstrução os que apresentaram maiores inclinações. A perda de alvéolos pode ser a causa do aumento da inclinação da fase III nas bronquiectasias .

Palavras-chave: capnografia volumétrica; bronquiectasias.

45.**Avaliação da distribuição dos tipos das fibras musculares esqueléticas em pacientes com hipoxemia grave**

PEREIRA MC, ISAYAMA RN, SEABRA JC, PASCHOAL IA, CAMPOS G

Campinas, Brasil.

Os pacientes portadores de DPOC podem se tornar, em algum momento, limitados na realização de suas actividades, principalmente pela sensação de dispneia e fraqueza muscular. Tal sensação de fraqueza provavelmente se deve à disfunção da musculatura esquelética, cuja origem parece ser multifatorial, incluindo hipóxia/hipercapnia, desnutrição, inactividade física e inflamação crónica. O objectivo deste trabalho foi estudar as fibras musculares de pacientes portadores de hipóxia crónica grave. Foram avaliados 09 pacientes (07 homens; 02 mulheres); média de idade: 55,7 anos; média de índice de massa corpórea: 25,8; média de VEF₁: 48,6 (% pred); média de PaO₂ (ar ambiente): 50,2mmHg; e 06 controles (sem antecedente respiratórios); todos os indivíduos foram submetidos a biópsias do *biceps braquialis* (coradas pela ATPase em 3 pHs distintos, para classificação dos diversos tipos de fibras: I, IC, IIC, IIA, IIAD, IIDA, IID). Houve diferença na distribuição entre as fibras IIA, IIAD e IID (p<0,05), sendo que as IIA e IIAD (contração rápida, oxidativas) estiveram diminuídas nos pacientes hipoxémicos, e as IID (contração rápida, glicolíticas) apareceram aumentadas nestes pacientes. A distribuição encontrada sugere uma transformação das fibras para àquelas de actividade predominantemente glicolítica, facto provavelmente relacionado à condição de hipoxemia crónica.

Palavras-chave: músculos esqueléticos, hipoxemia crónica.

C46.**Ventilação não invasiva (VNI) em insuficientes respiratórios crónicos (IRC) com múltiplos internamentos**

P MOTA, F RODRIGUES, C SANTOS, L CARVALHO, AC SANTOS, S MELO, F OLIVEIRA

Serviço de Insuficientes Respiratórios, Departamento de Pneumologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Nos IRCs o número de internamentos e o agravamento clínico-funcional condicionam-se mutuamente. O objectivo foi encon-

trar variáveis clínico-funcionais e práticas ventilatórias que distinguíssem dois grupos: grupo 1 (casos) – 16 doentes com e^m 4 internamentos; grupo 2 (controlo) – 31 com < 4 internamentos. Incluímos doentes submetidos a VNI no internamento (Janeiro 2001/ Junho 2002), seleccionando, para cada doente/caso, dois doentes/controlo com mesmo sexo e patologia.

Salienta-se: grupo 1 – mais doentes em OLD (p=0,01) e VAD (p=0,002), com *cor pulmonale* (p=0,05), menor FEV₁ (p=0,03) e pior *score funcional* (p=0,03), mas com PaO₂ e PaCO₂ em fase estável idênticas. Os casos condicionaram 85 internamentos (45 nos controlos). No internamento, os casos necessitaram de pressões mais elevadas (p< 0,05) durante mais tempo (p=0,05). Não existe diferença significativa quanto a: tempo de internamento, complicações e sucesso da VNI (98%) e estado do doente à saída.

Estes resultados sugerem maior gravidade no grupo com mais internamentos e práticas ventilatórias diferentes com resultados finais sobreponíveis.

Palavras-chave: VNI, insuficiência respiratória.

C47.**Relação entre a reversibilidade brônquica e a inflamação das vias aéreas na doença pulmonar obstrutiva crónica**ANTÓNIO BUGALHO¹, IOLANDA CAÍRES², HELENA CARVALHO³, PEDRO CABRAL⁴, NUNO NEUPARTH²

¹ Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

² Departamento Universitário de Fisiopatologia FCM-UNL

³ Departamento Universitário de Imunologia da FCM-UNL

⁴ Departamento de Patologia Clínica do Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde” Ministério da Saúde PI n° 47/01.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é caracterizada pela obstrução das vias aéreas e inflamação pulmonar, factores que variam significativamente entre doentes. Aparentemente aqueles que respondem significativamente aos broncodilatadores demonstram uma boa resposta aos corticosteróides inalados.

Objectivos: Avaliar os mecanismos inflamatórios das vias aéreas na DPOC em doentes com e sem reversibilidade brônquica, utilizando para o efeito métodos não invasivos.

Material e Métodos: Foram seleccionados 24 doentes com DPOC, estável, moderada a grave, ex-fumadores, sem medicação com cor-

ticosteróides por um período mínimo de 6 semanas. No Grupo A incluíram-se 12 doentes com reversibilidade e no B 12 sem reversibilidade ao broncodilatador. Todos efectuaram espirometria, determinação de óxido nítrico (NO) no ar expirado e o estudo de células e mediadores (IL-8, IL-5, ECP) na expectoração induzida.

Resultados: Sete doentes foram excluídos por exacerbação infecciosa aguda durante o período de estudo. Os 9 doentes incluídos no Grupo A possuíam uma idade média de $73,0 \pm 5,5$ anos, FEV₁ pós-broncodilatador de $45,3 \pm 15,8$ % teórico (1372 ± 205 ml) e “FEV₁ de $20,7 \pm 9,8$ % do teórico ($216,7 \pm 55,0$ ml). Os 8 doentes do Grupo B tinham uma idade média de $66,8 \pm 4,7$ anos, FEV₁ de $29,4 \pm 8,4$ % teórico (827 ± 115 ml) e “FEV₁ $5,5 \pm 5,7$ % do teórico ($51,3 \pm 48,8$ ml).

Os valores de NO no ar expirado foram estatisticamente diferentes entre o Grupo A ($20,03 \pm 10,25$ ppb) e o B ($8,06 \pm 2,85$ ppb) ($p=0,006$). Na expectoração induzida verificou-se uma % de eosinófilos significativamente mais elevada no grupo de doentes com reversibilidade (Grupo A = $5,8 \pm 1,0$ %; Grupo B = $3,0 \pm 0,8$ %) ($p = 0,01$). Os valores de ECP na expectoração foram superiores no Grupo A ($144,3 \pm 73,2$ µg/l) comparativamente ao B ($57,5 \pm 51,0$ µg/l) ($p = 0,02$). A variação percentual do FEV₁ teve uma relação positiva com a % de eosinófilos na expectoração induzida ($r = 0,56$, $p = 0,02$) e com o NO no ar expirado ($r = 0,76$, $p = 0,0003$) e negativa com a IL-8 ($r = -0,55$, $p = 0,025$). Os valores de ECP relacionaram-se com os de NO ($r = 0,64$, $p = 0,01$). Não se verificaram diferenças entre os dois grupos no que concerne às concentrações de IL-8 e IL-5.

Conclusões: O grupo de doentes com DPOC e reversibilidade ao broncodilatador apresentou características inflamatórias (aumento de eosinófilos e NO) que podem explicar a resposta à corticoterapia. O NO no ar expirado e a expectoração induzida permitem prever quais os doentes com DPOC que pertencem a este subgrupo.

C48. Avaliação dos linfócitos T por métodos não invasivos na doença pulmonar obstrutiva crónica

ANTÓNIO BUGALHO¹, IOLANDA CAÍRES²,
HELENA CARVALHO³, NUNO NEUPARTH²

¹ Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

² Departamento Universitário de Fisiopatologia FCM-UNL

³ Departamento Universitário de Imunologia da FCM-UNL

Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde” Ministério da Saúde PI nº 47/01.

Introdução: Os linfócitos T estão implicados na patogenia da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) mas apresentam dificuldades de estudo, pelo que a maioria dos trabalhos recorre a métodos invasivos para caracterização desta linhagem celular.

Objectivos: Avaliar as populações linfocitárias T numa população de doentes com DPOC por métodos não invasivos e determinar o seu papel nos mecanismos patogénicos da doença.

Material e Métodos: Foram seleccionados 15 doentes com DPOC, estável, moderada a grave, ex-fumadores. Efectuaram espirometria, análises de sangue venoso periférico e colheita de expectoração induzida para estudo de células. O protocolo de tratamento da expectoração foi modificado de forma a permitir uma análise fidedigna.

Resultados: Dos 15 doentes seleccionados, 13 do sexo masculino com idade média de $69,6 \pm 5,9$ anos e FEV₁ pós-broncodilatador de $39,0 \pm 16,1$ % do teórico (1060 ± 350 ml), conseguiram produzir expectoração viável para o estudo das populações linfocitárias. As contagens manuais de linfócitos revelaram que estes correspondiam a $1,4 \pm 2,0$ % do *pool* total de células da expectoração e a $24,1 \pm 7,5$ % no sangue periférico.

Obtiveram-se valores da razão CD4/CD8 (≥ 2 ou < 2) coincidentes na expectoração e sangue periférico da maioria dos doentes (92.3%). Verificou-se uma relação positiva entre o número de anos de cessação tabágica e a razão CD4/CD8 da expectoração ($r=0,63$, $p=0,02$). Não se identificou nenhuma outra relação entre os valores de linfócitos T e parâmetros clínicos ou funcionais.

Conclusões: O estudo das populações linfocitárias T na expectoração induzida parece viável. A suspensão da agressão das vias aéreas pelo fumo do tabaco é um dos factores que conduz à progressiva normalização da razão CD4/CD8 na expectoração.

C49. Inflamação na doença pulmonar obstrutiva crónica

ANTÓNIO BUGALHO¹, IOLANDA CAÍRES²,
HELENA CARVALHO³, NUNO NEUPARTH²

¹ Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

² Departamento Universitário de Fisiopatologia FCM-UNL

³ Departamento Universitário de Imunologia da FCM-UNL

Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde” Ministério da Saúde PI nº 47/01.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é actualmente considerada uma síndrome com repercussão pulmonar e extra-pulmonar sendo a inflamação crónica, desencadeada por partículas e gases nocivos, uma das características reforçadas na definição do *GOLD*.

Objectivos: Investigar a presença de inflamação pulmonar e sistémica na DPOC e determinar a sua importância na patogenia da doença.

Material e Métodos: Foram seleccionados 17 doentes com

DPOC, estável, moderada a grave, ex-fumadores. Efectuaram espirometria, expectoração induzida e avaliação analítica do sangue venoso periférico para estudo de células e mediadores, nomeadamente de IL-8.

Resultados: Os 17 doentes do sexo masculino com idade média de $69,1 \pm 7,0$ anos e FEV_1 pós-broncodilatador de $39,7 \pm 16,3$ % teórico (1257 ± 542 ml) e FEV_1/FVC de $42,4 \pm 13,0$ %, conseguiram produzir expectoração viável. Possuíam um índice de massa corporal (IMC) de $26,5 \pm 5,3$ Kg/m², carga tabágica $67,9 \pm 24,3$ UMA. O estudo das células na expectoração induzida revelou um predomínio de neutrófilos ($69,3\% \pm 19,0\%$) e macrófagos ($25,2\% \pm 17,2\%$) sobre os eosinófilos ($3,7\% \pm 3,3\%$) e linfócitos ($1,4\% \pm 2,0$). Na circulação periférica os resultados obtidos evidenciaram uma distribuição normal. As concentrações de IL-8 foram elevadas na expectoração induzida ($2407,5 \pm 2036$ pg/ml) e normais no sangue periférico ($9,7 \pm 5,5$ pg/ml) comparativamente às de referência. A percentagem de neutrófilos e de IL-8 na expectoração demonstraram uma forte correlação ($r=0,94$, $p=0,0001$). Identificou-se uma relação francamente positiva entre os valores de FEV_1 e FEV_1/FVC e o IMC ($r=0,61$, $p=0,009$). Os valores de IL-8 na expectoração induzida relacionaram-se negativamente com o IMC ($r= - 0,57$, $p=0,019$).

Conclusões: Na população estudada confirmou-se a presença de inflamação pulmonar. Os parâmetros avaliados não evidenciaram inflamação sistémica em doentes com DPOC moderada a grave. O baixo peso corporal parece ser um factor de mau prognóstico na DPOC, confirmado pela inflamação mais marcada e deterioração da função pulmonar, nestes doentes.

C50. Respiração em freno-labial: estado actual do tema

GUILHERME AUGUSTO DE FREITAS FREGONEZI, VANESSA REGIANE RESQUETI FREGONEZI

Universidade Autónoma de Barcelona/Hospital de Sant Pau i Santa Creu, Espanha.

A técnica respiratória de Freno-labial é uma manobra respiratória frequentemente utilizada nos programas de reabilitação com o objectivo de melhorar a efectividade da respiração. Esta técnica começou a despertar o interesse dos pesquisadores a partir da observação clínica de que muitos pacientes DPOC enfisematosos espontaneamente e inconscientemente realizavam a respiração em freno-labial com objectivo de minimizar a dispneia e melhorar a ventilação. Apesar de que na década de 60 já se difundia a utilização desta manobra, suas bases fisiológicas ainda não estavam descritas. A partir dos anos 60 foram publicados os primeiros trabalhos, então alguns artigos descrevem conclusões elucidativas e indicativas do grande benefício da utilização da técnica da respiração em freno-labial. Entre os principais benefícios estão: o

aumento do Volume corrente, incremento da SaO₂ com melhora de oferta de oxigénio, aumento da eliminação de CO₂, diminuição da frequência respiratória e uma importante mudança no padrão de recrutamento da musculatura respiratória onde há uma diminuição do recrutamento do músculo diafragma durante a inspiração e um incremento do recrutamento dos músculos respiratórios acessórios abdominais e de caixa torácica. Apesar da existência de um pequeno número de estudos que se concentram principalmente na DPOC ou em patologias neuromusculares, conclui-se que esta manobra e de grande valia no processo de reabilitação respiratória.

C51. DPOC num serviço de pneumologia, casuística de dois anos

SUSANA SOUSA, FERNANDO MENESES, JORGE ROLDÃO VIEIRA

Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta. Almada.

O projecto GOLD veio caracterizar uma patologia respiratória que, pela sua frequência e gravidade, se tornou um problema de saúde mundial. Os autores efectuaram o estudo retrospectivo de 69 doentes com DPOC em exacerbação, internados entre 2001 e Julho de 2002 no Serviço de Pneumologia do HGO. Foram analisados parâmetros clínicos, laboratoriais, radiológicos e funcionais.

Da população estudada, 61 doentes eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino, sendo a média de idades de 57,5 (máxima 88 anos e mínima 46 anos). A causa de internamento foi atribuída a exacerbação não infecciosa em 30% dos casos, enquanto que a patologia infecciosa foi responsável por 70% dos internamentos.

A mortalidade global foi de 4,3%, vindo 21,7% dos doentes a necessitar de ventilação mecânica (18,8% VNI e 2,8% VI). O tempo médio de internamento foi de 18,5 dias.

Trinta e três doentes (47,8%) tiveram alta a fazer oxigenoterapia de longa duração, destes 36% já a efectuavam previamente. Salienta-se que 16% dos doentes efectuaram provas de função respiratória durante o internamento e apenas 10% efectuaram estudo cardiológico complementar (ecocardiograma).

Os autores concluem que a DPOC é uma doença frequente no Serviço (10,5% dos internamentos), com elevada morbidade (cerca de 22% de doentes ventilados) e mortalidade (4%). São discutidos os critérios de internamento e terapêutica efectuada, baseados nas normas do projecto GOLD.

C52. Prescrição de OLD no Distrito de Évora

FÁTIMA CAETANO, ALEXANDRA GONÇALVES, MARTA AUGUSTO, ASSUNÇÃO BARRETO, TERESA CARDOSO

Valência de Pneumologia – Hospital Espírito Santo – Évora.

Objectivo: Estudo da situação actual da OLD em Évora, quanto aos critérios de prescrição e controlo, à aderência e qualidade de vida dos doentes.

Material e métodos: Foram escolhidos aleatoriamente 100 doentes de 498 a efectuar OLD. Realizaram-se 112 telefonemas aos doentes seleccionados e responderam 70 ao inquérito feito pelos autores. A média de idades é de 70,25, sendo 56% do sexo feminino e 44% do sexo masculino.

Resultados: Verificou-se que 31% desconhece a sua doença, 28% refere DPOC, 13% patologia do interstício. Todos apresentam dispneia, 34% no grau 4 da escala de Fletcher. 11% mantêm hábitos tabágicos. Em 48% a prescrição foi feita por pneumologistas, 33% fazem OLD há mais de 5 anos, 31% cumprem 15 horas/dia, 83% efectua a terapêutica por óculos nasais e 27% desconhece o débito administrado. Apenas 15% usa tubo longo e 55% sai de casa. São seguidos em consulta 42% doentes, 25% fazem regularmente PFR, 23% gasometria arterial.

Conclusões: A maioria dos doentes sob OLD têm prescrição e uso inadequados desta terapêutica e falta de seguimento adequado.

53. Corticoterapia sistémica na agudização da DPOC em internamento

S MOREIRA, A FELICIANO, C SANTOS, L TELO

Departamento de Pneumologia
(Directora: Professora Dr^a Maria João Marques Gomes)
Hospital de Pulido Valente Lisboa/Portugal.

A corticoterapia sistémica (CS) na DPOC agudizada é uma prática comum, permanecendo controversa a posologia e duração, em diversos estudos. Os autores propuseram-se avaliar a utilização desta terapêutica em internamento no Departamento de Pneumologia deste hospital.

Analisaram-se retrospectivamente 100 processos sequenciais entre Janeiro/Junho de 2001.

Características da população: B& 83%; idade média: 68,2±9,8

anos; nunca foram fumadores 7%; FEV1 médio: 39,8±17,8% (n=47); Cor pulmonale 33%; OLD 46%; VNI domiciliária 14%; comorbilidades e^o 1 em 68%(patologia cardiovascular e diabetes *mellitus* mais frequentes.

À entrada pH médio 7,39±0,07. Duração média do internamento de 11,31±6,21 dias, tendo feito CS (prednisolona) 93% doentes. Foram definidas duas fases: aguda (FA) e estável (FE-correspondeu ao início do desmame). FA: duração média 4,2±3,0 dias; dose média diária 81,4±30,4mg e dose cumulativa 355,8±246,7mg. FE com duração média: 6,8±4,8 dias. Dose cumulativa do internamento de 611,6±337,1mg. Duração média da administração endovenosa foi 6,5±3,6 dias. À data de alta, dose média diária de 33,6±17,6mg (n=91); 80 doentes continuaram corticoterapia ambulatória.

Dos potenciais efeitos adversos destacou-se a hiperglicemia em 24 doentes (14 diabéticos) e 1 infecção nosocomial. Três doentes evoluíram desfavoravelmente, registando-se 1 óbito.

Em conclusão, a grande maioria dos doentes fez CS. A estratégia utilizada difere, em dose e duração, dos estudos recentemente publicados.

C54. Estudo comparativo entre pressão assistida e ventilação assistida proporcional em doentes com IRC

JC WINCK*, M VITACCA**, A MORAIS*, L BARBANO**, R PORTA**, A TEIXEIRA-PINTO***, J ALMEIDA*, N AMBROSINO**

Serviços:

* Pneumologia do Hospital São João

** Pneumologia da Fundação Salvatori Maugeri – Gussago (BS) – Itália

*** Biostatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

Introdução: A Ventilação Assistida Proporcional (PAV) tem mostrado eficácia equivalente à Ventilação por Pressão Assistida (PSV), tradicionalmente utilizada em doentes com insuficiência respiratória crónica (IRC), sendo necessários no entanto estudos comparativos de aplicação nocturna.

Objectivo: Comparação dos efeitos fisiológicos entre os modos PSV e PAV aplicados a doentes com IRC durante 5 dias.

Materiais e Métodos: Incluímos 4 doentes com DPOC e 10 com doenças torácicas de tipo restritivo, com hipercapnia (mediana- 55,1 mmHg). A PSV e a PAV aferidas de acordo com o conforto do paciente, foram aplicadas de forma randomizada e cruzada durante 5 noites consecutivas e 2 noites de paragem entre elas. A oximetria nocturna e a gasimetria arterial foram avaliadas em situação basal e ao fim de cada um dos modos ventilatórios. A dispneia, qualidade do sono, adaptação e conforto na inspiração e expiração por escala visual analógica (EVA) e os efeitos secundários tiveram avaliação diária.

Resultados: Ambos os modos apresentaram melhoria da SpO₂ nocturna, sem diferenças significativas (medianas: estado basal- 92%, PAV- 94,5%, PSV- 95%). Também não foram encontradas diferenças significativas na PaCO₂ após o 5º dia (medianas: PAV- 53,3 mmHg, PSV- 50,2 mmHg). O tempo de Sat. O₂ nocturna < 90% foi significativamente maior com o modo PAV (medianas: PAV- 4%, PSV- 2%, P= 0,049). O score de sintomas avaliado por EVA ao 5º dia foi semelhante para os dois modos. Contudo a sensação de secura nasal e bucal foi significativamente menor (p= 0,05) e o ruído do alarme (p=0,037) significativamente maior com o modo PAV.

Conclusões: Após 5 dias de tratamento, ambos os modos se revelaram eficazes na redução da hipercaemia nocturna, na melhoria da Sat O₂ nocturna assim como dos sintomas. O modo PAV associa-se a menor sensação de secura nasal e bucal por parte dos doentes.

C55. Tuberculide-hiperergia tuberculínica

JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA

HMNSE – Petrópolis, Brasil.

Hiperergia tuberculínica resulta da hipersensibilidade à tuberculina, a partir de foco tuberculoso provável, com quantidade mínima de bacilos, sem lesão granulomatosa evidente, incapaz de provocar tuberculose, porém podendo liberar tuberculina à circulação.

Apresentação clínica: Formas oculares são mais frequentes: uveíte, ceratoconjuntivite flictenular, coriorretinite. Pode haver também com menor frequência, reumatismo de Poncet, eritema indurado de Bazin, eritema nodoso, tuberculide papulo necrótica, líquen escrofuloso.

Diagnóstico: Sintomas associados PPD forte reactor maior ou igual 15mm, às vezes flictenular, Rx de tórax normal, sem sinal de doença activa, sorologias negativas, excluindo doenças capazes de se manifestar de modo semelhante.

Diagnóstico diferencial feito com toxoplasmose, citomegalovirose, sarcoidose, tuberculose cutânea, artrites infecciosas, reumatismos inflamatórios.

Tratamento: Utilizam-se dessensibilização tuberculínica, tuberculostáticos, corticóides. Dessensibilização tuberculínica é a principal terapia. Consiste em injectar tuberculina bruta diluída subcutânea, semanalmente, a partir do título da solução, a qual paciente reagiu. Pode fazer desaparecer ou diminuir sintomas, em alguns casos sintomas regridem, para não mais retornar. Contraindicada na tuberculose activa. Tuberculostáticos são usados, quando houver quadro clínico-radiológico de tuberculose activa, associado a hiperergia tuberculínica. Corticóides são usados na fase aguda dos sintomas, em casos oculares, corticoterapia tópica.

C56. Vasculites em Pneumologia: Síndrome Pulmão-Rim

CAIADO A, NEVES S, SAN JOSÉ J, MAGALHÃES A, LIRA A, CONDE S, PAZ JOSÉ

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Departamento de Pneumologia

(Director de Departamento: Dr. Ramalho de Almeida;
Director de Serviço: Dr. Filipe Rodrigues).

Os autores propõem-se apresentar um caso clínico de um Síndrome Pulmão-Rim o qual se manifestou por um quadro clínico de hemoptises tradutoras de hemorragia alveolar.

M.F.B.S sexo feminino, 68 anos, casada, doméstica reformada, natural e residente em Pedroso – VNGaia.

Antecedentes conhecidos de TP aos 19 anos e patologia osteoarticular degenerativa da coluna vertebral.

Medicada habitualmente com Flexar.

Hipoacusia marcada.

Sem hábitos tabágicos.

Inicia 6 semanas antes da admissão quadro clínico caracterizado por astenia, anorexia, dispneia de esforço com agravamento progressivo e emagrecimento não quantificado.

Posteriormente refere aparecimento de tosse associada a expectoração hemoptóica e alteração da coloração da urina – urina hemática. Recorre ao SU do CHG por manter esta sintomatologia e referir aparecimento de hemoptises.

Do estudo efectuado no SU de salientar:

Anemia NN (hg 7,4 VGM 82,4 CHGM 32,2)

Insuficiência Renal (Ureia 53 Creatinina 1,8)

Sedimento urinário activa (cilindrúria, proteinúria e eritrocitúria)

Insuficiência Respiratória Hipoxémica (pH 7,45 pO₂ 59,9 pCO₂ 31,3 SatO₂ 95,7%)

Telerradiografia do tórax mostra “Opacidades algodonosas localizadas nos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares”

Tendo sido colocada a hipótese de Síndrome Pulmão - Rim e perante o agravamento clínico a doente inicia metilprednisolona e ciclofosfamida Face ao agravamento gasimétrico e à necessidade de suporte ventilatório, é transferida para a UCIPP do Hospital de São Marcos (HSM) – Braga.

Todo o estudo efectuado no HSM foi não conclusivo para o diagnóstico inclusive a biópsia pulmonar.

2 meses depois é transferida para a nossa Unidade Hospitalar onde após a revisão do estudo imunológico efectuado à doente, ainda antes desta iniciar corticóide e ciclofosfamida, se constata tratar-se de POLIARTERITE MICROSCÓPICA (ANCA's P POSITIVO – título 1/320 com padrão MPO).

Actualmente clinicamente bem. Remissão total da doença. A fazer azatioprina 50 mg dia (efectuou ciclofosfamida 50 mg e prednisolona 10 mg durante 6 meses)

RX tórax mostra desaparecimento completo das lesões descritas anteriormente.