

## **P1. O hospital das clínicas da UNICAMP livre do cigarro: “implantando um programa de prevenção do tabagismo em uma unidade de saúde de grande porte”**

LAURA HELENA HOFFMANN\*, NADIA ZUTIN\*,  
MARCO ANTONIO DE MORAES\*\*

\* Hospital das Clínicas da UNICAMP  
\*\*Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

O tabagismo é considerado como um dos factores de risco para as duas principais causas de morte em nosso país, que são as doenças cardiovasculares e as neoplasias. As consequências do tabagismo assumem proporções cada vez mais assustadoras a saúde, ao meio ambiente e a sociedade de uma maneira geral. Toda unidade de saúde, bem como seus profissionais são modelos, nos quais a população assistida se espelha, para adopção de comportamentos relativos as questões de saúde, portanto, qualquer instituição comprometida com seu papel de restaurar e preservar a saúde, deve procurar incluir dentro de suas acções intervenções destinadas a controlar o tabagismo. Neste sentido o HC da UNICAMP iniciou em 1998 um trabalho de prevenção e controle do tabagismo, envolvendo todas as suas áreas, com o objectivo de diminuir a poluição tabagística ambiental e a consequente morbimortalidade causada pelo fumo. Foi feita uma avaliação inicial através da criação de um sistema de informação para construção de indicadores, onde, por meio de uma contagem de guimbas e de pessoas fumando nas diversas unidades, detectou-se um quadro inicial da situação tabágica, chegando-se a encontrar uma média de 700 guimbas e de 10 pessoas fumando nos diferentes andares do HC. Uma pesquisa entre funcionários, com uma amostra n=800, mostrou a seguinte situação: uma prevalência de 16% de fumantes, sendo que 72% já tentou parar de fumar alguma vez na vida, 82% gostariam de parar de fumar actualmente, e o fumo passivo manifestou-se em 61%. Dos entrevistados 77% eram mulheres e 23% homens, sendo que, em relação ao nível de escolaridade 25% era do nível superior, 41% com 2.º grau completo, 23% com 1.º grau completo e 1% alfabetizados. Com este trabalho esta havendo uma mudança de comportamento do fumante do HC-UNICAMP, tornando esta unidade de saúde mais livre da fumaça do cigarro. Ressaltamos ainda que este trabalho requer um esforço intenso e contínuo para que o objectivo da qualidade de vida seja alcançado.

**Palavras-Chave:** Tabagismo, Prevenção, Saúde.

## **P2. Busca activa de tuberculose no Distrito sanitário do Itaqui-Bacanga em São Luís- MA**

MESQUITA MJTM, MARQUES GS, REIS JS, PINHEIRO  
MFV, SILVA RDL, COSTA MRSR

São Luís-Brasil.

**Introdução:** A tuberculose constitui um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, inclusive do Brasil.

**Objectivo:** Busca activa de tuberculose a partir de sintomáticos respiratórios no Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga com a finalidade de descobrir e tratar novos casos na região bem como identificar o grau de conhecimento da doença pelos pacientes.

**Casística e Métodos:** Estudo prospectivo de 235 pacientes sintomáticos respiratórios do Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga, SãoLuis-MA, no período de Fevereiro de 2000 a Fevereiro de 2001.

**Resultados:** Dos 235 sintomáticos respiratórios encontramos 35 pacientes com tuberculose pulmonar, sendo 86% bacilíferos. Obtivemos 85% de alta curada após 6 meses de tratamento. Os pacientes pouco sabiam sobre a tuberculose doença e ainda possuíam preconceitos em relação à mesma.

**Conclusão:** É importante fazer busca activa de sintomáticos respiratórios em algumas localidades principalmente nas mais carentes, pois assim podemos notificar mais casos novos de tuberculose nessas áreas, bem como tentarmos através de educação dismistificar o estigma da doença na população.

**Palavras-chave:** tuberculose.

## **P3. Pneumotórax em doentes com tuberculose pulmonar activa**

ADELINA AMORIM, ANTÓNIO MORAIS,  
CARLOS ALVES, ADRIANA MAGALHÃES

Serviço de Pneumologia do HSJ, Porto.

O pneumotórax é uma complicação rara mas importante da tuberculose pulmonar (TP) activa.

Os autores analisaram retrospectivamente os casos de pneumotórax espontâneo ocorridos em doentes com TP, no período de Janeiro de 1989 e Maio de 2002, no HSJ.

O total de doentes foi de 21 (19 do sexo masculino e 3 do sexo

feminino), com uma média de idade 27,1 anos (21-62). O tempo médio de internamento foi de 34,4 dias (1-139). Doze doentes eram provenientes do Serviço de Urgência e 7 foram transferidos de outro hospital. Dezoito doentes estiveram internados em Pneumologia e 2 no Serviço de Infecções. De referir como antecedentes relevantes 3 doentes HIV+, 3 com história de TP prévia, 1 DPOC e 2 com pneumoconiose. Os sintomas referidos à data do internamento foram: dispneia (81%), toracalgia (76,2%), febre (38,1%), expectoração purulenta (61,9%), expectoração hemoptóica (9,5%), hemoptises (4,8%), alterações do estado geral (66,7%) e insuficiência respiratória (23,8%). O diagnóstico de TP foi feito durante o internamento em 8 doentes.

O pneumotórax ocorreu à direita em 9 casos, à esquerda em 10, e bilateral em 1 doente. Havia referência à existência de cavitação pulmonar em 9 casos. Foi efectuada drenagem torácica em todos os doentes durante 25,3 dias em média (1-138). Foi realizada biópsia pleural em 1 caso, lavagem pleural em 3 e aspiração em 9. As complicações observadas foram fistula broncopleural em 5 doentes, empiema em 5 (2 associados a fistula bronco-pleural), 1 hemotórax e 1 morte. Um doente necessitou de efectuar descorticação.

De salientar o facto de não ter sido possível efectuar tratamento conservador em nenhum caso e o elevado número de complicações, o que condicionou um tempo de internamento relativamente prolongado.

**Palavras-chave:** Tuberculose, pneumotórax, drenagem.

## P4. Relato de caso de tuberculose tratado com dessensibilização tuberculínica

JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA

CS Santa Maria BR RJ Brasil e HMNSE Petrópolis

Solicitado parecer a tisiologia, sobre paciente com lacrimejamento, vermelhidão, ardência no olho esquerdo. Teve tuberculose pulmonar, tratado há sete anos. Rx de tórax normal. Sorologias IgM, IgG não reactivas para sífilis, toxoplasmose, citomegalovirose, HIV negativo. PPD reator forte 19mm, reacção flictenular. Iniciada dessensibilização com tuberculina subcutânea diluída. Após tratamento, além de corticoterapia tópica, sintomas oculares regrediram, PPD evoluindo para 7mm.

**Discussão:** Hiperergia tuberculínica (tuberculide) resulta da hipersensibilidade à tuberculina, de um provável foco tuberculoso, com quantidade muito reduzida de bacilos, incapaz de provocar tuberculose, porém podendo liberar tuberculina na circulação. No

nosso meio, formas oculares (uveítes, ceratoconjuntivites, coriorretinites) entre outras, são mais frequentes. Diagnóstico baseado em evidência clínica. PPD reator forte, maior ou igual a 15mm, com reacção flictenular ou não, Rx de tórax normal, sorologias negativas, relato de contacto ou passado de tuberculose.

**Tratamento:** tuberculostáticos, corticóides, dessensibilização tuberculínica. Dessensibilização tuberculínica é a principal terapia, fazendo geralmente diminuir ou desaparecer sintomas. Pode haver recidivas, em prazos variáveis, necessitando reiniciar dessensibilização. Em alguns casos, sintomas regredem completamente, não retornando mais.

## P5. Relato de dois casos de resistência primária a tuberculostáticos, em pacientes HIV negativos

JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA,  
ROSÂNGELA RIBEIRO MACHADO PEREIRA

CS Santa Maria RJ Brasil

Dois casos de resistência primária a tuberculostáticos, diagnosticados com baciloscopias positivas, em pacientes imunocompetentes que fizeram seis meses de rifampicina, isoniazida e dois meses de pirazinamida, sem melhora clínica, mantendo BAARs positivos. Solicitadas culturas, testes de sensibilidade do escarro, que foram positivas, resistentes a pelo menos duas drogas do esquema acima, inclusive um caso preenchia critérios para tuberculose multidroga resistente (TBMDR). Tratamento preconizado para 18 meses, com drogas sensíveis a cultura, TSA, negatizando baciloscopias, culturas, apresentando melhora clínica, radiológica. Resistência aos tuberculostáticos é uma propriedade do bacilo. Pode ser primária: pacientes virgens de tratamento, contaminados com bacilos resistentes. Secundária: pacientes resistentes as drogas usadas anteriormente, sendo a forma mais comum no Brasil, devido ao abandono, tratamento irregular. Leva frequentemente a resistência múltipla as drogas padronizadas. Diagnóstico da TBMDR deveria se basear na comprovação do TSA, cultura do escarro, tratamento utilizar três drogas que não foram empregadas anteriormente. TMDR é uma doença curável, sendo mister compreensão, adesão dos pacientes, além de política de saúde bastante actuante.

## P6. Experiência de um programa de educação em asma em São Luís- Maranhão-Brasil

SOUSA NCA, MARIANO EFQ, SANTOS FILHO WJ,  
SODRÉ D, SEGUNDO HDC, MURAD JUNIOR AJ,  
COSTA MRSR

São Luís-Brasil.

**Introdução:** Planos de educação em asma têm ajudado os pacientes a entender a doença e monitorizá-la.

**Objectivo:** Avaliar um plano de educação para pacientes asmáticos.

**Metodologia:** Cadastraram-se 121 pacientes do Programa de Assistência ao Paciente Asmático durante um período de 3 anos, constituído de 6 consultas mensais (C1 a C6), onde eram aplicados questionários para classificação clínica e avaliação sobre conhecimento da doença e ficha de evolução mensal.

**Resultados:** Na C1 38% tinham asma grave, 45% moderada e 16% leve; 58% necessitavam de corticosteróide oral (CO) e nenhum usava corticóide inalatório (CI). Na C6 apenas 14% necessitavam de CO e 74% usavam CI. Na C1 55 pacientes foram hospitalizados por asma nos últimos 6 meses e 105 visitaram pronto socorro (PS) nos últimos 30 dias. Na C6 apenas 1 paciente foi hospitalizado ( $p < 0,001$ ) e 5 visitaram o PS ( $p < 0,001$ ). Após o programa, houve aumento do conhecimento sobre a asma.

**Conclusão:** Os pacientes melhoraram dos sintomas, diminuíram visitas ao PS e hospitalizações, adquiriram um melhor conhecimento sobre a doença e passaram a utilizar CI.

**Palavras-chave:** educação, asma.

## P7. Experiência de um programa educacional de curta duração para crianças asmáticas em Portugal

COSTA MRSR, PINTO PL, PINTO VR, PINTO JER,  
ANTUNES AE, LOURENÇO V, FERNANDES ALG

São Luís-Brasil.

**Introdução:** Programas de educação para asma têm sido desenvolvidos em hospitais, escolas e acampamentos.

**Objectivo:** Avaliar um curso de educação de curta duração (cinco dias) para crianças asmáticas em uma colónia de férias (Gouveia-

Serra da Estrela-Portugal), observando seus efeitos no conhecimento sobre asma (CA), uso correcto da técnica inalatória (TI), avaliação da percepção, bem-estar (BE) e desconforto respiratório (DR) após exercício físico (EF).

**Metodologia:** O programa incluía transmissão de CA, seu manejo e percepção dos sintomas. No início e final da colónia aplicaram-se questionários sobre CA e escalas para medir o grau do DR e BE. A TI foi avaliada e monitorizada durante o curso, acompanhada de programa educativo.

**Resultados:** 15 meninas e 22 meninos asmáticos foram incluídos. Houve: melhor reconhecimento dos factores desencadeantes, mecanismo de acção dos medicamentos e limitação física (McNemar,  $p < 0,005$ ); melhora na escala de percepção da dispnéia ao efectuar EF (Wilcoxon,  $p < 0,05$ ); melhora no uso da TI (Friedman,  $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** Um programa de educação de curta duração em uma colónia de férias melhora o CA e habilidades no seu manejo.

**Palavras-chave:** asma, programa educacional.

## P8. Evolução e complicações da asma durante a gravidez

SUSANA MONROY, GONZALO NAVESO, LUISA SEMEDO

Serviço de Pneumologia. H. Santa Marta. Lisboa.

Pretendemos com este trabalho avaliar a evolução clínica das asmáticas bem como as complicações durante a gravidez, parto e nos recém-nascidos.

Entre 1994 e 2001 foram seguidas na nossa consulta de Alergologia Respiratória 36 gravidezes em 30 doentes.

Foi constatado:

- 1 – Aparecimento da asma durante a gravidez em 4 casos (11,1%)
- 2 – Estabilidade clínica em 6 casos (16,6%)
- 3 – Melhoria em 13 casos (36,1%)
- 4 – Agravamento da asma em 13 casos (36,1%), que ocorreu entre as 12.<sup>a</sup> e as 20.<sup>a</sup> semanas, tendo duas necessitado de internamento.

Quanto à terapêutica, foram utilizados  $2_2$  agonistas inalados, corticosteroides inalados e orais nos casos mais graves.

No que diz respeito ao parto, foi eutócico em 31 casos (86,1%) e por cesariana em 5 casos (13,9%).

No se verificou baixo peso ao nascer nem anomalias congénitas. Concluimos que a evolução clínica das doentes da nossa consulta foi semelhante à descrita na literatura, no que diz respeito as modificações da gravidade durante a gravidez.

## P9. Importância das pequenas vias aéreas na asma brônquica (AB)

EMÍLIA ÁLVARES

Serviço de Pneumologia, Hospital Militar de Belém, Lisboa.

A AB é uma doença inflamatória crónica das grandes e pequenas vias aéreas, caracterizada por obstrução/hiperreactividade brônquica. Na avaliação da função respiratória, o FEV1 é parâmetro considerado mais específico, que traduz a capacidade do colapso expiratório. Estudos revelam que a inflamação é mais acentuada nas pequenas vias aéreas e que estas são mais instáveis em doentes asmáticos, sendo por vezes os primeiros indicadores de obstrução incipiente e a única alteração funcional revelada durante a intercrise. O presente trabalho teve como objectivo avaliar os parâmetros funcionais das vias aéreas centrais e periféricas em doentes asmáticos, a reactividade perante um estímulo inalatório inespecífico/variação da resposta na prova da broncodilatação. Foram avaliados 63 processos clínicos de doentes com AB que realizaram provas de função respiratórias, com prova de broncomotricidade. Destes, 77,8% (n=49) eram do sexo masculino e 22,2% (n=14) do sexo feminino com idade média de 51.06±16(20-56) anos. Em relação à gravidade, 44,4% (n=28) tinham AB Intermitente e 56,6% (n=35) Persistente (31,7% ligeira, 19,1% moderada e 4,8% grave). Efectuaram prova de provocação inalatória inespecífica (PPI) com acetilcolina 41,3% (n=26) e broncodilatação 58,7% (n=37).

A análise da avaliação funcional respiratória mostrou que a xFEV1 (%) basal foi 104,2±32,25 e após PPI: 77,5±52,5, var (%):-29. Em doentes com obstrução brônquica, a xFEV1 (%) basal foi 78,3±38,6 e após inalação de  $\alpha_2$ : 93,7±23,8, var (%): 24. Em relação às vias aéreas periféricas, a xFEF25-75 (%) basal foi 94,5±33,3 e após PPI 2,9±50,8 var (%):-39. Em doentes com obstrução brônquica, a xFEF25-75 (%) basal foi 54,1±40,5 e após inalação de  $\alpha_2$ , 68,9±39,4, var (%):42.

Concluimos que as unidades funcionais respiratórias mais distais revelaram revelações mais significativas após a prova de broncomotricidade. A não normalização dos valores do FEF 25-75 após prova de broncodilatação ao contrário do FEV1, poderá revelar que a acção do  $\alpha_2$  foi sobretudo nas grandes vias aéreas e em menor quantidade nas pequenas vias aéreas, ou que já existem alterações irreversíveis ou parcialmente reversíveis nas pequenas vias aéreas periféricas.

## P10. Asma e obesidade

CARLOS LOPES, CRISTINA CRISTÓVÃO,  
DOLORES MONIZ, A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia – Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Alguns estudos têm apontado uma maior variabilidade da obstrução brônquica em doentes asmáticos obesos, paralelamente à variação do peso; mas nunca o desaparecimento da asma, sabendo-se ainda muito pouco acerca dos mecanismos fisiopatológicos da obesidade na asma.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 68 anos, obesa com asma extrínseca desde a infância, necessitando, até há 3 anos de terapêutica contínua nas doses máximas preconizadas para a asma grave. Desde 1987 existem registos funcionais com obstrução brônquica permanente apesar da terapêutica, apresentando obesidade classe II, índices de massa corporal (IMC) entre 34,7-36,2 Kg/m<sup>2</sup>. Em 1999, perdeu 20 kg por aparecimento de Diabetes *Mellitus* tipo II, verificando-se desaparecimento das queixas da obstrução brônquica, e redução da terapêutica. Permaneceu assintomática durante 2 anos, altura em que se assistiu a um novo aumento de peso (IMC=35,18) e, sem qualquer modificação nos hábitos de vida, assiste-se a um novo agravamento clínico e funcional. As variações funcionais mais relevantes que acompanharam as alterações de peso foram as da resistência das vias aéreas, débitos expiratórios e *air-trapping*.

Este caso ilustra bem o papel da obesidade na obstrução brônquica dum asmático, visto ser aparentemente a única variante numa tão longa evolução da doença.

## P11. Factores precipitantes de crise identificados pelos pais de crianças asmáticas

EVA R GOMES, INÊS LOPES

Unidade de Imunoalergologia – Hospital Maria Pia – Porto.

**Introdução:** A Asma Brônquica (AB) é a doença crónica mais frequente da infância e tem um impacto relevante na qualidade de vida das crianças e sua família. Na sua etiopatogenia estão envolvidos factores genéticos e ambientais ainda não totalmente esclarecidos, alguns destes últimos podem também actuar como desencadeantes de agudizações e como factores agravantes da doença.

**Objectivo:** Avaliar numa população de crianças com AB que recorre pela primeira vez à consulta de Imunoalergologia quais os factores que os pais identificam espontaneamente como precipitantes de crises.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de crianças com diagnóstico de AB, sendo avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, patologia associada à AB, factores precipitantes identificados e tipo de sensibilização encontrada.

**Resultados:** Foram avaliadas 112 crianças, 70 do sexo masculino e 42 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 2 e os 15 anos. Os testes cutâneos para alérgenos inalantes comuns foram positivos em 88% dos doentes sendo a sensibilização aos ácaros do pó doméstico a mais frequente (79%). Sessenta e cinco (58%) indicavam o exercício físico como factor precipitante de sintomas e cinquenta e um (45%) associavam as crises a intercorrências infecciosas. Vinte e sete (24%) referiam um agravamento no Outono/Inverno e vinte e três (20%) achavam as mudanças de temperatura bruscas prejudiciais. A identificação de estímulos alérgenos específicos clinicamente relevantes apenas foi indicada por quinze (13%) dos familiares.

**Conclusões:** Verificamos neste estudo que o factor precipitante de crises de asma mais vezes espontaneamente referido foi o exercício físico. As infecções respiratórias são associadas ao aparecimento de agudizações por uma percentagem elevada de pais. A identificação de estímulos específicos como factores precipitantes foi baixa, sendo o contacto com o pó doméstico o mais referido.

## P12. Asma induzida pelo esforço (AIE) – como avaliar a função respiratória?

EMÍLIA ÁLVARES

Serviço de Pneumologia – Hospital Militar de Belém (HMB), Lisboa.

A AIE é uma manifestação da asma brônquica (AB), em que o exercício físico é um estímulo *major*. Os mecanismos fisiopatológicos implicados na broncoconstrição, parecem relacionar-se com as alterações erodinâmicas da mucosa brônquica, que provocam uma hiperosmolaridade transitória com consequente libertação de mediadores mastocitários. Os objectivos deste trabalho foram avaliar a função respiratória, basal, após prova de provocação inalatória inespecífica (PPII) com acetilcolina e prova de esforço (PE) no laboratório e ao ar livre, em jovens com suspeita clínica de AIE; identificar a metodologia da PE mais adequada, em doentes com AIE, atendendo à relação custo-eficácia. Foram observados 10 jovens enviados ao HMB, todos do sexo masculino, com idade média de 20.4±2.12 (19-23) anos; após avaliação clínica, efectuaram provas de função respiratórias (PFR) que em condições basais não revelaram alterações, pelo que realizaram PPII cujos resultados não sugeriram hiperreactividade brônquica (HRB). Posteriormente, realizaram PE em tapete rolante durante 5 minutos a 120Watts, no laboratório à temperatura de 20-22°C, tendo os resultados sido inconclusivos, pelo que submetem-se a PE ao ar livre através de

corrida durante 8 minutos, com temperatura ambiental superior. A avaliação da função pulmonar foi efectuada 10 minutos após o esforço. Os parâmetros mostraram que a média em relação ao valor basal do FEV1 (%) após PPII foi 95,4±7,8, var (%):-8; após PE em tapete rolante 91,5±0,7, var (%):-11 e pós PE ao ar livre: 74,5±9,2, var (%):-29. A média em relação ao valor basal do FEF25-75(%) foi 90,3±7,1, var (%):-8 após PPII; 85,5±11,3, var (%):-12 após PE em tapete e 66,6±21,2, var (%):-32 após PE ao ar livre. A média Raw foi superior a 3,5 cmH<sub>2</sub>O/L/S apenas na PE ao ar livre e do VR foi superior a 120% após PE quer no laboratório quer ao ar livre. Concluímos que todos os jovens evidenciaram HRB apenas na PE ao ar livre; a hiperinsuflação foi observada na PE independentemente do local onde foi realizada; a instabilidade das vias aéreas mais periféricas tornou-se mais significativa na PE ao ar livre; as condições ambientais, tipo e intensidade do exercício na laboratório, não estimularam suficientemente as vias aéreas de forma a demonstrar uma resposta diagnóstica inequívoca, ao contrário da corrida ao ar livre, parecendo ser esta mais adequada na avaliação de doentes com suspeita clínica de AIE.

## P13. Treze anos do programa de oxigenoterapia domiciliar prolongada HC-UNICAMP

LAURA HELENA HOFFMANN, NADIA ZUTIN,  
ANA MARIA CAMINO, MONICA CORSO PEREIRA

Hospital de Clinicas –UNICAMP.

Através de iniciativa pioneira no Brasil, a Disciplina de Pneumologia e o Serviço Social do HC-Unicamp desenvolvem há treze anos o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, com custeio do próprio Hospital, pois esta terapêutica reduz custos, números de internações, melhora a qualidade de vida e da mais autonomia nas actividades da vida diária. Os pacientes são acompanhados do ponto de vista clínico, prioritariamente em ambulatório, mantendo-se a terapêutica no domicílio, e eventualmente, internação, quando necessário. Do ponto de vista social e feito seguimento de todos os casos matriculados no Programa, avaliando-se o impacto deste procedimento nas rotinas diárias, trabalho que envolve também o grupo familiar. Até ao momento todos casos acompanhados no Programa, em n° de 670 tiveram acesso a esta terapêutica, dando cobertura a demanda. Diante dos resultados positivos, em 1995 a Disciplina de Pneumologia e o Serviço Social encaminharam solicitação ao Ministério da Saúde para que este procedimento fosse incluído na tabela SUS, e, conseqüentemente ampliado o acesso a todos portadores de DPOC e outras doenças a terapêutica domiciliar, nos diferentes Serviços de Saúde. Dessa forma a portaria 18 de 21 de Janeiro de 1999, anexo 01-SIA/SUS, pág. 28, publicada no Diário Oficial n° 19 pela Secretaria de Assistência a Saúde no dia

28/01/99, vem contemplar essa solicitação, quando reconhece o pagamento da internação domiciliar com concentrador de O<sub>2</sub> e todas as ações inerentes ao atendimento.

**Palavras-chave:** Atendimento domiciliar, Oxigenoterapia, Saúde.

## **P14. Ventilação mecânica domiciliar – experiência do hospital das clínicas da UNICAMP**

ANA MARIA CAMINO, LAURA HELENA HOFFMAN,  
MÔNICA SILVEIRA LAPA, ILMA APARECIDA  
PASCHOAL, MÔNICA CORSO PEREIRA, NADIA ZUTIN

Sabe-se que o déficit muscular respiratório ocorre em um grande espectro de doenças neuromusculares agudas e crônicas e pode causar um defeito ventilatório restritivo levando à insuficiência respiratória. O grau de insuficiência e suas complicações irão determinar a sobrevivência do paciente.

O trabalho relata 3 casos de pacientes acompanhados no serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Um deles, feminina, 18 anos, portadora de Distrofia Muscular Congênita, em Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD) há 6 anos. O segundo, 53 anos, masculino, portador de Esclerose Amiotrófica Lateral, em uso de VMD há 5 anos. O terceiro, 19 anos, tetraplégico secundário à fratura de vértebra C2 (acidente automobilístico), em VMD há 1,5 ano. Antes da instalação do programa, as condições sociais e habitacionais foram analisadas. Todos os pacientes recebem visitas domiciliares periódicas por uma equipe da Unicamp composta por um médico, uma assistente social e um fisioterapeuta, além das visitas realizadas pela equipe multiprofissional de cada município.

Graças à equipe multidisciplinar, as habitações foram aos poucos modificadas para uma melhor adaptação dos respiradores, os pacientes apresentaram menor número de infecções e internações, culminando em aumento da sobrevida e do seu bem-estar social.

**Palavras-Chave:** Ventilação Mecânica, Atendimento Domiciliar, Saúde.

## **P15. A auto-reabilitação pulmonar na patologia da parede torácica – a propósito de um caso clínico**

JULIETA VIEIRA, I. PASCOAL, N. TAVEIRA

Unidade de Cinesiterapia Respiratória  
Departamento de Pneumologia – Centro Hospitalar de Vila Nova  
de Gaia (CHVNG).

A patologia congênita ou adquirida interessando as estruturas da parede torácica pode alterar a sua morfologia e padrão ventilatório. O compromisso funcional é multidimensional e determina uma estratégia multidisciplinar. Um programa de Reabilitação individualizado e desenhado para intervenções a nível pulmonar e músculo-esquelético será garante do seu benefício.

**Caso Clínico** – Homem, 23 anos, não fumador. Diagnóstico de seringomielia na infância. Cirurgia de correção de escoliose dorso-lombar severa aos 8 anos. Reoperado aos 20 anos - agravamento da deformidade torácica com compromisso neurossensitivo. Inicia no pós-operatório, com capacidade vital forçada (CVF) - 45%, programa de reabilitação pulmonar (postura e terapia com Bird) e reabilitação física (postura e marcha), usando colete toraco-abdominal. Prossegue com o programa autonomamente, o qual passa a incluir Reeducação Respiratória, mantendo terapia física para sistema osteo-articular e músculo-esquelético. Admitido na Unidade de Cinesiterapia do CHVNG 8 meses após a cirurgia apresentando indicadores de deficiência e incapacidade funcional assim como atrofia do sistema músculo-esquelético; CVF - 66%, VEMS - 70% e baixas pressões musculares respiratórias. É reajustado o programa - auto-reabilitação supervisionada (Pneumologia/Ortopedia) ensino/educação, aconselhamento nutricional, terapêutica farmacológica, exercício físico geral e prática de desporto, exercícios específicos de reeducação funcional e terapia física adaptados. Evolução - retoma progressivamente as actividades da vida diária; melhoria da função pulmonar – CVF: 74/70%, VEMS: 84/81%, normal difusão monóxido carbono, normal pressão muscular expiratória e melhoria da pressão muscular inspiratória; telerradiografia do tórax – índice frenocinético simétrico. Regressão do compromisso neurológico. A auto-reabilitação pode e deve ser incentivada. A motivação com consciencialização do benefício a longo prazo, a adesão com supervisão/reforço e autonomia, são os fundamentos à sua execução.

## P16. Impacto clínico da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) – que indicadores?

JULIETA VIEIRA, J AMADO, I PASCOAL, N TAVEIRA

Unidade de Cinesiterapia Respiratória  
Departamento de Pneumologia – CHVNG.

A estratificação da gravidade da DPOC tem sido baseada no grau de obstrução brônquica (ATS). Factores de risco e sintomatologia são agora também considerados na caracterização dos estádios de gravidade da doença (GOLD). A conjugação de indicadores (VEMS, dispneia, IMC), parecem melhor traduzir o real compromisso sistémico da doença (IDS – Wouters et al 2001-Impairment/Disability/Sys-temic involvement).

**Objectivo:** Avaliar o impacto clínico da DPOC em 25 doentes comparando critérios de gravidade ATS, GOLD e IDS.

**Metodologia:** Avaliação funcional dos doentes por pletismografia corporal com difusão do monóxido de carbono e gasimetria sangue arterial. Grau de dispneia avaliado pela escala de Fletcher (Ligeira 0-1; Moderada 2; Grave 3-5). Estado de nutrição determinado pelo índice de massa corporal (IMC) -depleção nutricional-IMCd<sup>2</sup>25Kg/m<sup>2</sup>.

### Resultados: ATS

| Ligeira | Moderada | Grave   |
|---------|----------|---------|
| 1 -4%   | 9 -36%   | 15 -60% |

### GOLD

| I     | II A   | II B   | III   |
|-------|--------|--------|-------|
| 1 -4% | 10-40% | 11-44% | 3-12% |

### IDS

| I      | II     | III      |
|--------|--------|----------|
| 2 - 8% | 1 - 4% | 22 - 88% |

Dos 9 doentes com doença moderada (ATS), 8 foram reclassificados como graves *estádio III* (IDS). Dos 10 doentes – *estádio IIA* e dos 11 doentes – *estádio IIB* (GOLD), 9 e 10 foram respectivamente reclassificados como graves (IDS).

**Conclusão:** Isoladamente, os indicadores estáticos da função pulmonar (VEMS) subestimam o impacto clínico da DPOC na doença ligeira e moderada. Estratégias multidimensionais de caracterização da doença devem ser consideradas na sua abordagem e monitorização com vista a planificar cuidados de saúde, nomeadamente programas de Reabilitação Respiratória.

## P17. Insuficiência respiratória grave determinada por deformidade torácica – relatos de como um programa de reabilitação pulmonar pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes

NUNES MHG, MATTE DL, MORITZ P, CHTERPENSQUE A, VIERO AL, BAUER O

RESPIRAR – Centro de Medicina Respiratória. Florianópolis – Brasil.

Os autores relatam os casos de dois pacientes portadores de insuficiência respiratória grave secundária a deformidade torácica congénita, que apresentavam-se com dispnéia ao repouso, e a melhora obtida com o programa de reabilitação pulmonar que os proporcionou o retorno as suas actividades diárias.

## P18. Pneumonia adquirida na comunidade numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

J VIZCAINO, G BRUM, F MONTEIRO, J VALENÇA, J MONTEIRO, P AZEVEDO, A BUGALHO DE ALMEIDA

UCIR, HSM, Lisboa, Portugal.

Analisamos 334 doentes consecutivos com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) sem SIDA, admitidos na nossa Unidade entre 1990 e 2001. A idade, APACHE II, TISS, etiologia e a taxa de mortalidade foram comparadas. 211 doentes necessitaram de ventilação mecânica durante 13.1 dias em média. Em 265 doentes (79,3%), não foi possível estabelecer a etiologia. 94,5% dos doentes estavam sob tratamento antibiótico quando admitidos. Nos doentes com etiologia identificada o *S. pneumoniae* representou 11,6%, e a *Legionella pneumophila (Lp)* 20,3%. A *Lp* foi o agente mais prevalente nas PAC por microrganismos atípicos (38,8%). A PAC a *S. pneumoniae* acompanhou-se do APACHE II mais elevado (30,3). A taxa de mortalidade foi maior para a PAC por *Lp*, cujo APACHE II foi de 23,3. Faleceram 33,5% dos doentes.

**Conclusões:** A taxa de identificação na nossa experiência foi baixa, provavelmente em relação com a elevada percentagem de doentes sob terapêutica antibiótica quando admitidos na nossa UCI. A identificação etiológica não modificou a mortalidade. Quando o agente etiológico foi identificado, a maior mortalidade foi associada a *Lp*.

## **P19. Derrames pleurais num serviço de pneumologia**

**SANDRA ANDRÉ, JOSÉ MANUEL CORREIA,  
MARGARIDA S RAPOSO,  
MARGARIDA CANCELA de ABREU**

Serviço de Pneumologia – Hospital de Egas Moniz,  
Lisboa.

Os derrames pleurais (DP) constituem um importante motivo de internamento no nosso serviço, fazendo parte do quadro clínico de muitas doenças torácicas e extra-torácicas.

Pretendeu-se avaliar retrospectivamente a rentabilidade diagnóstica da toracocentese e biópsia pleural nos doentes internados com DP de Janeiro de 1997 a Dezembro de 2001. Foram igualmente analisadas as principais complicações das técnicas pleurais efectuadas.

Foram estudados 158 doentes com DP (98 homens e 60 mulheres) com uma média de idades de 60,7 anos (entre 15 e 90 anos). Dos doentes internados, 23 tinham o diagnóstico prévio de neoplasia do pulmão.

Do quadro clínico de apresentação, salientam-se como queixas mais frequentes, tosse (60,2%), toracalgia (53,1%), dispneia (52%), febre e/ou sudorese nocturna (42,9%), queixas gerais de astenia, adinamia e/ou emagrecimento (26,5%). O período médio de evolução das queixas foi de 44,6 dias. A localização dos DP à direita foi a mais frequente (49%), sendo que predominaram os derrames de pequeno volume. Foi realizada ecografia torácica em 34% dos doentes.

Dos DP estudados 85,7% eram exsudados e 14,3% empiemas. A biópsia pleural permitiu o diagnóstico anátomo-patológico em 74% dos doentes, curiosamente, 45,7% tiveram como diagnóstico processo inflamatório inespecífico. O pneumotórax foi a complicação mais frequente (22,8%). A pesquisa de células neoplásicas no líquido pleural (LP) foi positiva em 17,7% dos doentes.

As causas mais frequentes de DP foram a neoplásica (44,3%) e a infecciosa (29,1%), contudo, só em 11 doentes foi isolado o agente microbiológico no LP, sendo o BK e o *Streptococcus pneumoniae* os agentes mais frequentes.

A avaliação dos derrames pleurais de acordo com a metodologia classicamente descrita é fundamental, contribuindo consideravelmente para o correcto diagnóstico etiológico de muitas das patologias que se manifestam por DP.

## **P20. Metástase brônquica de melanoma maligno**

**MARINA BONNET, LUIS COELHO, MIGUEL  
MONTEIRO, JORGE VIEIRA**

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. Almada.

JC, 53 anos, sexo masculino, operado a metástase cerebral em Maio de 2001, sendo o diagnóstico histológico de metástase de melanoma maligno. A TAC torácica mostrou lesão nodular pulmonar, no hilo direito com 3x4 cm, tendo realizado broncoscopia rígida que foi normal. Fez biópsia aspirativa transtorácica que confirmou tratar-se de metástase de melanoma. Em Junho de 2002 surgiu tosse seca persistente. A TAC torácica revelou aumento da lesão anteriormente descrita com provável invasão brônquica.

Efectuou nova broncoscopia rígida que mostrou lesão obstrutiva endobrônquica. Foi realizada desobstrução com electrocoagulação. A biópsia revelou melanoma.

A metastização tumoral brônquica é rara, oscilando entre 1,5% e 5%. O tipo descrito enquadra-se no tipo I da classificação de Kuryu. O melanoma é um tumor primitivamente cutâneo questionando-se a sua existência como tumor primitivo do pulmão. Enquanto que metastiza frequentemente para o pulmão (70% dos casos descobertos em autópsias. A literatura raramente refere o padrão de metástases brônquicas. Como o doente revelasse sintomatologia de lesão endobrônquica foi submetido a broncoscopia de intervenção, realçando-se a utilidade da electrocoagulação na destruição dos tumores endobrônquicos.

## **P21. Tumor endobrônquico de células granulares. A propósito de dois casos clínicos**

**JOANA AMADO\*, F COSTA\*, J ALMEIDA\*, JM SÁ\*,  
A COUCEIRO\*\*, I ESTEVES\***

\* Departamento de Pneumologia do CHVNGaia. Portugal

\*\* Serviço de Anatomia Patológica do CHVNGaia. Portugal.

**Introdução:** Os tumores de células granulares (TCG) são neoplasias histologicamente bem caracterizadas mas de patogénese incerta – origem provável em células de *Schwann*.

Surgem mais frequentemente na cabeça e pescoço, são habitualmente benignos, 25% multicêntricos. A exérese cirúrgica/endoscópica é o tratamento mais eficaz.



O envolvimento pulmonar (sobretudo endobrônquico) é raro, publicados cerca de 100 casos.

**Caso 1:** Homem, 35 anos, fumador. Internado por pneumonia à esquerda. A evolução radiológica lenta motivou realização de broncoscopia que mostrou convergência de pregas na parede posterior do BPE e lesão polipóide (5 mm) que foi biopsada. O exame anatomopatológico revelou TCG. Procedeu-se a exérese endoscópica e a crioterapia.

**Caso 2:** Homem, 44 anos, fumador. Com hepatopatia crónica de etiologia vírica/alcoólica. Após 3 pneumonias à direita foi realizada broncoscopia que mostrou diminuição de calibre e formações nodulares milimétricas em B2 que foram biopsadas. O exame anatomopatológico revelou TCG. Submetido a lobectomia superior direita. Faleceu 18 meses depois por hemorragia digestiva alta e encefalopatia hepática.

**Comentários:** A broncoscopia foi importante no diagnóstico destes casos e permitiu uma abordagem conservadora no primeiro deles. Impõe-se uma vigilância periódica face ao tratamento controverso e à possibilidade de malignidade (1-2%) e recorrência (5-10%) dos TCG no mesmo ou noutros órgãos.

**Palavras-chave:** tumor de células granulares, broncoscopia, crioterapia

## P22. Toxicidade pulmonar dos citostáticos: a propósito de 3 casos clínicos

A LOPES, A COSTA, P BARRADAS, M CRISTÓVÃO,  
P ALVES, MJ MELO

Serviço de Pneumologia Geral, UOP, HPV, Lisboa.

Um dos efeitos adversos da quimioterapia no tratamento do carcinoma pulmonar é a toxicidade pulmonar. As síndromes clínicas mais frequentes são a pneumonite/ fibrose pulmonar, pneumonia de hipersensibilidade e edema pulmonar/ARDS.

Apresentam-se três casos clínicos de doentes com toxicidade pulmonar por citostáticos.

**Caso 1** - Doente de 58 anos, carcinoma epidermóide. QT: carboplatina+gemcitabina. Um mês inicia dispneia de esforço progressiva, toracalgie e tosse produtiva. RX tórax - condensação do LSE + infiltrado alveolar bilateral. Ecocardiograma - VE não dilatado com função normal. Colocada a hipótese de edema pulmonar não cardiogénico relacionado com a gemcitabina, confirmada com a suspensão do fármaco, terapêutica com corticoesteróides e resolução do quadro.

**Caso 2** - Doente de 56 anos, adenocarcinoma. QT 1.ª linha: caboplatina+gemcitabina; por progressão da doença - 2.ª linha com docetaxel. Dez dias após inicia quadro de dispneia para pequenos esforços, aumento da tosse, hipoxemia grave e agravamento radiológico. TAC torácica - pneumonite fortemente sugestiva de reacção adversa à quimioterapia. Faleceu 15 dias depois.

**Caso 3** - Doente de 62 anos, carcinoma epidermóide. Quimioterapia adjuvante com mitomicina+vinblastina+carboplatina. Seis meses após final de QT inicia dispneia para pequenos esforços. TAC sugestiva de pneumonia de hipersensibilidade. BP cirúrgica - pneumonia intersticial crónica atribuída a toxicidade tardia dos citostáticos.

Conclui-se que o reconhecimento precoce destas reacções adversas, a suspensão de QT e o tratamento adequado pode resolver alguns casos. O diagnóstico destas entidades é de exclusão e exige uma forte suspeição clínica.

**Palavras-Chave:** Toxicidade pulmonar, Quimioterapia.

## P23. Hemangioendotelioma epitelióide pulmonar – caso clínico

MELÃO ML, MATOS MJ, CARVALHO L, OLIVEIRA LC

Serviço de Pneumologia. Hospitais de Universidade de Coimbra

Hemangioendotelioma epitelióide pulmonar é um tumor raro de origem endotelial de grau intermédio de malignidade, tendo sido classificado no passado como tumor bronquioloalveolar intravascular. De evolução imprevisível, sem tratamento efectivo e habitualmente com envolvimento multiorgânico.

Apresentamos o caso de uma mulher de 46 anos enviada à consulta de pneumologia por astenia acentuada, dispneia de esforço progressiva e tosse seca de predomínio nocturno. O exame objectivo era normal e dos estudos laboratoriais, imagiológicos e funcionais respiratórios apenas a TAC torácica mostrou algumas pequenas formações nodulares dispersas por ambos os campos pulmonares de predomínio periférico e inespecíficas. Face à inconclusividade do estudo realizado e à manutenção das queixas da doente foi efectuada biópsia pulmonar cirúrgica, que possibilitou o diagnóstico histológico com confirmação imuno-histoquímica (CD34+).

No seguimento desta doente observámos lesões hepáticas secundárias, fibroleiomiomatose uterina e degradação progressiva do estado geral.

Aguarda esclarecimento de lesões mamárias recentes.

## **P24. Sarcoma sinovial: a propósito de 2 casos**

**JAVIER SAN JOSE, A CAIADO, S NEVES,  
AM MAGALHÃES**

S. de Pneumologia, Unidade B. Responsável, Dr. C. Centeno.  
Director de Serviço, Dr. F. Filipe Rodrigues.  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Os sarcomas dos tecidos moles localizam-se em cerca de 18% dos casos na região torácica, crescendo por extensão ao longo dos planos tecidulares, sendo pouco invasivos e raramente metastizando. A apresentação mais frequente é uma massa indolor de crescimento rápido, ocasionalmente dolorosa por compressão local.

Os autores ilustram 2 casos de diferente apresentação e evolução. Mulher de 38 anos, não fumadora, com hemoptises abundantes. Imagem arredondada, bem delimitada, na metade inferior do campo pulmonar dto.

TAC, “tumor contactando com pleura costal sem aparente invasão”; biópsia brônquica, biópsia pleural e BAT: tecido necrótico; RMN, mesotelioma fibromatoso?

**Toracotomia:** Ressecção sub-total de massa pleural, com invasão do lobo inferior dto. também ressecado. Confirmado Sarcoma Sinovial, fez quimioterapia. Actualmente assintomática.

Homem de 26 anos, não fumador, toracalgia esquerda. Imagem de hipotransparência paracárdica esquerda. Orientado par a consulta, necessitou de internamento por rápido agravamento sintomático e radiológico.

TAC, “volumosa massa mediastínica sem invasão local aparente”; biópsia brônquica, negativa.

**Cirurgia:** tumor irressecável por invasão local. Caracterizado Sarcoma Sinovial, fez quimioterapia com remissão parcial mas com sintomas moderados/severos.

O Sarcoma sinovial é um tumor raro, pouco frequente na área torácica, devendo no entanto ser considerado no diagnóstico diferencial, nomeadamente em doentes jovens não fumadores.

## **P25. Mesotelioma maligno. A propósito de dois casos clínicos**

**M SALETE VALENTE, M JESUS VALENTE,  
ISABEL GIL, INÊS VICENTE**

Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Cova da Beira.  
Covilhã, Portugal.

Os mesoteliomas malignos são raros na população geral, estando frequentemente relacionados com a exposição ao amianto. Predominam no sexo masculino e no grupo etário dos 40-70 anos. A biópsia pleural por agulha é geralmente insuficiente para fornecer o diagnóstico, sendo geralmente necessário recorrer à biópsia pleural por toracotomia.

Os autores apresentam dois casos clínicos de mesotelioma maligno diagnosticados em duas doentes do sexo feminino sem antecedentes patológicos relevantes, uma delas com história de exposição prévia a asbestos e na qual o diagnóstico histológico inicial foi de sinoviosarcoma primitivo do pulmão. Os sarcomas sinoviais constituem um grupo raro de neoplasias do tecido conjuntivo, desenvolvendo-se habitualmente a partir do tecido conjuntivo adjacente às articulações, bainhas tendinosas e bursae. Originam-se geralmente dos membros inferiores, com metastização frequente para o pulmão. De acordo com a literatura, na maioria dos doentes em que é feito o diagnóstico de sinoviosarcoma primitivo do pulmão, a repetição da biópsia por toracotomia confirma tratar-se de um mesotelioma maligno. Estes dois casos ilustram a dificuldade na confirmação diagnóstica do mesotelioma maligno, salientando-se a importância da correlação clínica-imagiológica e anatomopatológica

## **P26. Carcinóide pulmonar – caso clínico**

**CORTESÃO N, PIRES J, FIGUEIREDO A**

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra –  
Coimbra.

Os autores apresentam um caso clínico referente a um homem de 32 anos, trabalhador da indústria metalúrgica, fumador de 15UMA, que apresenta queixas de pieira com cerca de 3 meses de evolução. Na auscultação pulmonar, identificaram-se sibilos inspiratórios de predomínio esquerdo.

Efectuou-se broncofibroscopia que revelou formação tumoral em A esquerdo. O resultado anatomopatológico da biópsia da referida lesão revelou tumor carcinóide central.

O estudo complementar exclui disseminação metastática do tumor.

Procedeu-se a tratamento cirúrgico com ressecção completa do tumor através de broncoplastia.

Actualmente, o doente apresenta-se assintomático e com uma broncoscopia de controlo que excluiu recidiva.

## **P27.** **Pseudo-tumor inflamatório** **– diagnóstico diferencial no** **nódulo do pulmão**

SOFIA NEVES, J AMADO, F LEAL, A COUCEIRO,  
J ALMEIDA, MC BRITO

Departamento de Pneumologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia.

O Pseudo-Tumor Inflamatório do pulmão foi descrito pela primeira vez em 1939, por Brunn. A incidência é ligeiramente superior em mulheres e habitualmente ocorre em doentes com idades inferiores aos 40 anos. Esta entidade nosológica é uma variante benigna dos Granulomas de Plasmócitos.

A este propósito, os autores apresentam um caso clínico de um estudante, 18 anos, fumador, admitido no Serviço de Urgência por hemoptises. Telerradiografia torácica – imagem nodular no LSE. Mantoux – 10 mm. Baciloscopias – negativas em exame directo e cultural.

Hemograma, Velocidade Sedimentação, PCR e marcadores tumorais sem alterações. ANA – 1/640 padrão mosqueado, ENA negativos. TAC Torácica – lesão nodular no LSE, 15 x 14 mm de contornos regulares e densidade de tecidos moles.

Broncofibroscopia – algumas secreções hemáticas no LSE, hemorragia fácil após escovagem. Exame microbiológico e anatomopatológico de lavado brônquico e escovado sem alterações. Doente aceite para cirurgia torácica, tendo sido submetido a enucleação de lesão tumoral. Resultado Anatomopatológico – Pseudo-Tumor Inflamatório do pulmão.

A modalidade diagnóstica e terapêutica desta patologia é a ressecção cirúrgica.

Em indivíduos jovens com nódulos do pulmão, o pseudo-tumor inflamatório deverá ser uma hipótese diagnóstica a considerar.

## **P28.** **Pneumonia pneumocócica – 2 casos** **clínicos**

JULIETA VIEIRA, A CAIADO, T SHIANG,  
M VANZELLER, MC BRITO, FF RODRIGUES

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

O *Streptococcus pneumoniae* é a causa mais comum de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Incidência estimada em 9 a 18 casos por 100.000 adultos. Com critérios diagnósticos menos restritivos a taxa de incidência aumenta para cerca de metade dos casos de PAC. Os factores de risco mais comuns são tabagismo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, doença pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

As complicações são raras. A taxa de mortalidade é baixa mesmo em doentes internados em Cuidados Intensivos (25%). Surgem frequentemente em idosos, na doença pulmonar subjacente, infecção pelo VIH e infecção nosocomial. O risco de septicemia pneumocócica aumenta nos doentes esplenectomizados.

Os autores apresentam 2 casos clínicos e destacam: 1.º caso- existência de factores de risco (esplenectomia, tabagismo), rápida instalação, diagnóstico microbiológico por isolamento de *Streptococcus pneumoniae* em 2 hemoculturas (resistente à eritromicina); 2.º caso- rápida instalação, evolução complicada com derrame pleural e necessidade de suporte ventilatório, diagnóstico microbiológico por pesquisa de antígeno *Pneumococcus* na urina positiva.

O isolamento do agente é feito em 5 a 18% dos casos podendo aumentar com a utilização de métodos mais invasivos na colheita de produtos. O tratamento inicial é empírico. O crescente número de estirpes resistentes à penicilina realça a importância da obtenção do diagnóstico microbiológico para optimização terapêutica

## **P29.** **Pneumonia a *Pneumocystis carinii*.** **Caso clínico invulgar**

M JESUS VALENTE, M SALETE VALENTE,  
INÊS VICENTE

Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã, Portugal.

Os autores apresentam o caso clínico de um rapaz de 27 anos, caucasiano, agricultor. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, heterossexual. Sem antecedentes de patologia pulmonar ou outra.

Internado com clínica de tosse produtiva de expectoração mucosa e febre. Quinze dias antes inicia astenia. Nega dispneia ou outros sintomas. Observação: ferveores crepitantes na base do hemitórax esquerdo. Exames auxiliares de diagnóstico: linfopenia marcada (300 000/u/l), PCR elevada, alcalose respiratória ligeira e hemoculturas negativas. Radiografia de tórax: opacidade heterogênea paracardiaca esquerda e no 1/3 médio do campo pulmonar direito. Perante este quadro clínico sugestivo de pneumonia bilateral num jovem com linfopenia marcada, foi colocada a hipótese diagnóstica de infecção oportunista, pelo que foi pedida serologia para HIV1/HIV2 e broncofibroscopia com LBA para pesquisa de *Pneumocystis carinii*, CMV e Legionella, tendo sido confirmada infecção por *Pneumocystis carinii*, embora com serologias e carga viral negativas para HIV. Medicado com cotrimoxazol, assistindo-se a melhoria clínica, laboratorial e imagiológica. A curiosidade deste caso é a ocorrência rara de Pneumonia a *Pneumocystis carinii* num jovem sem causa conhecida de imunodepressão transitória.

### P30.

## Pneumonia por CMV em doente com artrite reumatóide: a propósito de um caso clínico

H MAIA, M SANTOS, N SEVIVAS, I MOTA, T GUIMARÃES, M ALVES

Departamento de Medicina do H. São Sebastião - Stª Maria da Feira.

A incidência das pneumonias víricas tem vindo a aumentar na última década. Este aumento deve-se a melhoria das técnicas de diagnóstico e ao aumento de doentes imunocomprometidos (transplantados, HIV positivos ou em doentes com terapêutica imunossupressora).

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 44 anos, com antecedentes de artrite reumatóide diagnosticada há 12 anos, medicada com metotrexato 15 mg/semana desde há 10 anos, leflunomida 20 mg/dia, celecoxibe, carbonato de cálcio, calciferol e vit. D3. A 13/07 recorreu ao SU deste hospital referindo febre (38-40 °C) com 9 dias de evolução, que cedia ao paracetamol, acompanhada de tosse não produtiva e fadiga. À auscultação pulmonar apresentava sons respiratórios globalmente diminuídos com crepitações finas na base direita. Analiticamente apresentava DHL- 1323 U/L; TGO/TGP- 45/50 U/L; PCR- 75 mg/L; sem anemia ou leucocitose, mas com neutrofilia. Gasometricamente apresentava insuficiência respiratória hipoxémica e radiologicamente, padrão alveolo-intersticial difuso bilateral, com cisurite à direita. No estudo complementar: serologias para Mycoplasma, Le-gionella, Chlamydia, CMV, HIV, influenza, toxoplasmose, VDRL, exame bacteriológico de expectoração, baciloscopias e hemoculturas negativas; teste de tuberculina com anergia. Iniciou terapêutica empírica com levofloxacina. Fez TAC torácico de

alta resolução que mostrou pequenos gânglios no mediastino superior e parênquima pulmonar com padrão alveolar difuso com maior expressão nos 1/3 superiores de ambos os campos pulmonares. Realizou broncofibroscopia onde não foram detectadas alterações morfológicas ou topográficas e fez LBA (para pesquisa de antígenos para *P. carinii* e CMV) tendo sido isolado o antígeno para CMV. A evolução favorável desta doente sem terapêutica antivírica levante questões sobre o que se encontra publicado na literatura.

### P31.

## Atingimento traqueobrônquico na pneumonia por *Varicella zoster*

GUIMARÃES T, MOTA I, MAGALHÃES J, COSTA O, FRAGA L, AMARO P, GOES PINHEIRO L

Serviço de Pneumologia e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do H. São Sebastião – Stª Maria da Feira.

A infecção por *Varicella zoster* pode ser grave no adulto, na grávida, no pós parto e nos imunocomprometidos, estando as manifestações pulmonares relacionadas com a severidade do exantema. Cerca de 5 a 14% dos adultos com varicela evoluem com Pneumonia e 10% para Insuficiência respiratória grave com necessidade de Ventilação Mecânica.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, com 36 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com história de contacto com filha e esposa com varicela, que deu entrada no Serviço de Urgência com quadro de exantema máculo-papular e vesicular difuso, hipertermia, tosse não produtiva, odinofagia, dor pleurítica à direita e dispneia intensa, com francos sinais de dificuldade respiratória. Analiticamente apresentava trombocitopenia, sem leucocitose e neutrofilia. A radiografia de tórax revelou infiltrados intersticiais bilaterais difusos e a gasometria arterial, insuficiência respiratória hipoxémica. Foi admitido na UCIP e submetido a Ventilação Mecânica e terapêutica com Claritromicina, Ceftriaxone e Aciclovir após colheita de hemoculturas, urocultura e exame bacteriológico das secreções brônquicas, que foram negativos. Evoluiu com melhoria clínica e gasométrica e realizou broncofibroscopia ao 5º dia tendo-se observado lesões vesiculares e pustulosas por toda árvore brônquica compatíveis com varicela. Suspendeu Claritromicina e Ceftriaxone ao 6º dia e manteve Aciclovir até o 14º dia mantendo uma evolução clínica favorável. A pesquisa do Ag da Varicela e de Herpes nos lavados brônquico e broncoalveolar foram negativos, não se tendo observado inclusões nucleares víricas nas citologias (lavado e escovado). Apesar de não haver identificação do vírus, a exclusão de outros agentes, a visualização de lesões endobrônquicas compatíveis com varicela e a resposta favorável a terapêutica anti vírica podem por si só justificar a etiologia.

**Palavras-chave:** Pneumonia, *Varicella zoster*, broncoscopia.

## P32. Hemoculturas nas infecções nosocomiais

AIDA PEREIRA, MAGARIDA SALA, GABRIELA BRUM, JOÃO VALENÇA, FILIPE MONTEIRO, JORGE MONTEIRO, PILAR AZEVEDO, A BUGALHO ALMEIDA

Serviço de Pneumologia –UCIR, HSM, Lisboa. As infecções nosocomiais nas unidades de cuidados intensivos são importante causa de mortalidade. As hemoculturas são método complementar de fácil execução, risco inexistente e baixo custo. O presente estudo retrospectivo teve como objectivo avaliar a rentabilidade das hemoculturas no diagnóstico das infecções nosocomiais, conhecer os agentes mais prevalentes e a mortalidade. Analisamos 1271 doentes sucessivos internados na UCIR entre 1990-2001 submetidos a ventilação mecânica (VM) mais de 48 horas. Em 270 doentes houve 315 hemoculturas positivas. Em 89% das hemoculturas isolou-se um único microorganismo, sendo: *klebsiella spp* (18,5%) *staphylococcus spp.* (17%) e *Pseudomonas aeruginosa* (13%) os mais frequentes. Verificou-se que das hemoculturas positivas, 35 correspondiam a pneumonia (13%), e 18 a infecção urinária (6%). A idade, TISS e APACHEII analisados não tiveram diferença com significado estatístico em doentes com hemoculturas positivas e negativas. A mortalidade nos doentes ventilados, foi de 43%, sendo nos com hemoculturas positivas de 64%. Conclusão: A taxa de mortalidade foi superior nos doentes com hemoculturas positivas (64%) assim como o tempo de ventilação.

## P33. Paracoccidiodomicose crónica disseminada – relato de caso

JOÃO CLÁUDIO PEREIRA, AMORITA GRIJÓ

HMNSE-Petrópolis-Brasil.

Autores relatam caso de Paracoccidiodomicose Crónica Disseminada em homem de meia idade apresentando lesões ulceradas bolsa escrotal, região inguinal, tratado com anfotericina B, com sucesso. Abandonou tratamento, após alta. Retornou com recidiva das lesões genitais, lesão em laringe, cordas vocais, com disfonia, disfagia. Histopatológico – lesões genitais: novamente Paracoccidiodomes. Tratado com sulfametoxazol-trimetropim, regressão das úlceras, melhora da disfonia e disfagia. Paracoccidiodomicose, doença sistémica progressiva causada pelo Paracoccidiodomes brasiliensis. Ocorre principalmente, Brasil, Venezuela, Colômbia.

**Formas clínicas:** Aguda/Subaguda (tipo infantojuvenil), Crónica (adulto.) Forma crónica Disseminada acomete principalmente

homens. Há lesões extrapulmonares, especialmente cutâneas. São por vezes, única evidência da doença. Podem surgir concomitante lesão pulmonar, após regressão ou sem lesão pulmonar. Acomete face, rebordo nasal, menos comum: bolsa escrotal, períneo, prepúcio. Geralmente são úlceras doloridas de base granulomatosa. Paracoccidiodomicose de laringe, glote se apresenta como este nódulo de vias aéreas, digestivas superiores, decorrentes de cicatrização, levando a obstrução grave.

**Diagnóstico definitivo:** achado do fungo em material de lesão (microscopia, histopatologia) visualizado pelo aspecto “roda de leme”, patognomônico.

**Tratamento:** Anfotericina B, para casos mais graves, Sulfametoxazol-Trimetropim, inclusive por um mínimo de dois anos para evitar recidiva.

## P34. Fibrose pulmonar idiopática: uma entidade heterogénea

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

Serviço de Pneumologia, Consulta de Doenças Intersticiais. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Ao longo do tempo o conceito da Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) tem sofrido alterações, estando actualmente restricto aos casos de pneumonia intersticial usual idiopática.

Avaliámos 14 doentes (10,7%) da nossa consulta que tinham critérios anatomo-patológicos e clínico-funcionais de FPI com uma média de idade de 65+13,4 anos, 10 do sexo masculino (71,4%) e 57% fumadores.

A duração de sintomas até a primeira consulta foi de 19,4+10,2 meses. Alterações funcionais no início: CV: 63+16,1, CPT: 70,2+19,3, DLCO: 41,75+28,3, PaO<sub>2</sub>: 76,5+14,9.

9 doentes foram submetidas a terapêutica imunossupressora, havendo respostas variáveis: 8 doentes estavam estabilizados ao ano e 2 destes mantêm-se estabilizados aos 2 e 5 anos.

2 faleceram após um ano de terapêutica.

O tempo de duração da doença foi de 42,2+22,8 meses.

Concluimos que a FPI continua a ser uma entidade heterogénea com resposta variável à terapêutica. A terapêutica imunossupressora justifica-se desde que haja progressão da doença e ausência de efeitos secundários significativos.

**Palavras-chave:** FPI, evolução clínico-funcional.

### **P35.**

## **Dispneia e infiltrado nodular num jovem**

CARLOS LOPES, J VIZCAINO, A MANIQUE,  
R SOTTO-MAYOR, A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia – Hospital de Santa Maria – Lisboa.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa crónica, de etiologia desconhecida. Pode afectar qualquer órgão, mas, o pulmão é o órgão mais frequentemente envolvido.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 22 anos, brasileiro, raça negra, servente de construção civil, ex-fumador. Saudável até 2 meses antes do internamento, altura em que inicia dispneia de esforço, artralguas nas pequenas articulações e emagrecimento de 5 kg.

Rx Tórax: múltiplas hipotransparências bilaterais, arredondadas, de limites mal definidos.

**TC Torácica:** múltiplas opacidades bilaterais, arredondadas, limites mal definidos e densidade heterogénea, coexistindo com sinais de broncograma aéreo. Adenopatias mediastínicas.

Provas de Função Respiratórias: alteração ventilatória restritiva. Broncofibroscopia com Biópsia Pulmonar Transbrônquica e Lavado broncoalveolar: inconclusivos. Exames bacteriológicos, micobacteriológicos e citológico das secreções brônquicas negativos.

Biópsia pulmonar cirúrgica do lobo inferior direito: nódulo de limites mal definidos cuja histologia revelou; múltiplos granulomas de tipo sarcóide confluentes, sem necrose e com células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, algumas das quais com corpos asteróides.

Analiticamente: evolução dos parâmetros inflamatórios de fase aguda, restantes exames dentro da normalidade incluindo pesquisa de autoanticorpos.

O doente iniciou corticoterapia (Deflazacort 30 mg/d), tendo alta clinicamente estabilizado.

O interesse deste caso advém da dificuldade em realizar o diagnóstico, dos diagnósticos diferenciais envolvidos, bem como, da rica semiologia imagiológica em causa.

**Palavras-chave:** sarcoidose, LBA, corpos asteróides

### **P36.**

## **Pulmão de amiodarona. Caso clínico**

M JESUS VALENTE, M SALETE VALENTE,  
INÊS VICENTE, ISABEL GIL

Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã, Portugal.

O pulmão de amiodarona é actualmente pouco frequente.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 63 anos, internada no Serviço de Pneumologia com um quadro clínico e imagiológico sugestivo de pneumonia intersticial. A biópsia pulmonar transbrônquica confirmou o diagnóstico de pneumonia intersticial não específica, compatível com medicação por amiodarona. Salienta-se a importância da história clínica e da suspeição diagnóstica nesta entidade nosológica.

### **P37.**

## **Pneumonias por hipersensibilidade: a propósito de 2 casos**

JAVIER SAN JOSE\*, S NEVES\*, A CAIADO\*,  
M MOTA\*\* I ESTEVES\*, AM MAGALHÃES\*

\* S. de Pneumologia, Unidade B. Responsável, Dr. C. Centeno. Director de Serviço, Dr. F. Filipe Rodrigues.

\*\* S. de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

As Pneumonias por Hipersensibilidade são doenças causadas por inalação duma ampla variedade de substâncias.

Existem 2 formas de apresentação: Aguda e Sub-aguda/Crónica.

A primeira caracteriza-se por dispneia, tosse não produtiva e hipoxemia, etc., iniciando-se poucas horas após exposição, com remissão a 2-3 dias após afastamento da causa. A Segunda apresenta os mesmos sintomas com astenia e anorexia mas evoluindo em meses/anos.

Os autores apresentam 2 casos da variante sub-aguda, marido e mulher de 36 anos de idade, padeiros, em contacto com farinhas em mau estado de conservação nas tarefas de limpeza duma padaria antiga.

A esposa recorreu ao SU por dispneia com hipoxemia marcada e apenas discreto infiltrado intersticial. Excluído Tromboembolismo Pulmonar, efectuou despiste de pneumopatias intersticiais, tendo alta recuperada após 20 dias de afastamento do agente causal.

O marido foi observado dias mais tarde por clínica semelhante mas com imagens pseudocísticas de predomínio bi-apical pelo que foi despistada pneumocistose, confirmando-se seropositividade para HIV. Iniciou cotrimoxazol com resposta parcial. Instituído Fluconazol e corticoterapia teve rápida melhoria.

As Pneumonites por Hipersensibilidade Sub-agudas são frequentemente interpretadas como pneumonias atípicas quando ignorados os aspectos ocupacionais na anamnese, originando atrasos no diagnóstico definitivo, aumentando a morbidade por não identificação e afastamento do agente causal.

### P38.

## Sarcoidose – a propósito de 8 casos com envolvimento torácico

INÊS LOPES, EVA R GOMES, AMÉRICO COSTA

Imunologia – Hospital Maria Pia – Porto  
Centro Diagnóstico Pneumológico de Amarante.

**Introdução:** A Sarcoidose (Sa) é uma doença sistémica de etiologia desconhecida. A apresentação clínica é heterogénea sendo o pulmão e o sistema linfóide os mais frequentemente envolvidos  
**Objectivo:** Caracterização clínica de um grupo de doentes com Sa recém diagnosticada seguidos em consulta de Pneumologia por envolvimento pulmonar/torácico.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos registos clínicos de 8 doentes com Sa diagnosticada no ano de 2001. Foram avaliados os seguintes itens: sexo, idade, idade de início de sintomas, apresentação clínica, radiológica e funcional respiratória. Foram também avaliados os resultados do teste tuberculínico, do lavado broncoalveolar (BAL) e dos exames histológicos.

**Resultados:** 8 pacientes (5 sexo feminino), com idades entre os 30 e os 54 anos (média=36,1+/-8,4), com Sa diagnosticada em 2001. A maioria dos doentes apresentavam o início dos sintomas nos 12 meses anteriores à consulta com manifestações cutâneas (eritema nodosum) e/ou febre. Num caso o sintoma inicial foi uma dispneia de esforço e dois doentes encontravam-se assintomáticos. A afectação pulmonar e ganglionar foi detectada na maioria dos doentes. A reacção de Mantoux foi negativa em todos os casos. O estudo funcional respiratório foi normal na maioria dos doentes embora um deles apresente uma obstrução ligeira e um outro um padrão restritivo. Em 3 pacientes detectou-se uma hipoxemia ligeira. Em todos os casos foram detectadas alterações no Rx torácico sendo a alteração mais comum o alargamento hilar/mediastínico. 5 doentes foram englobados no estágio I e 3 no estágio II. A TAC torácica também revelou adenomegalias em todos os casos, tendo 2 doentes apresentado um padrão reticulonodular e um doente padrão de fibrose pulmonar. Todos os doentes realizaram BAL e em todos foi detectado um aumento do número de linfócitos; a relação CD4/CD8 estava elevada em 7 doentes e um caso tinha um aumento de CD8. O diagnóstico foi suportado pelos achados histológicos em todos os doentes tendo realizado biópsia pulmonar 4 deles e biópsia ganglionar os restantes. A evolução clínica foi favorável em todos eles tendo havido remissão espontânea em 2 doentes.

**Conclusões:** Nesta análise encontrou-se uma predominância do sexo feminino e início de sintomatologia na 3ª década. Apesar de se tratar de uma amostra pequena as características clínicas e laboratoriais encontradas são semelhantes as descritas na literatura.

### P39.

## Hemorragia alveolar difusa

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

Serviço de Pneumologia – UCIR, HSM, Lisboa.

A hemorragia alveolar difusa é o preenchimento do lúmen dos alvéolos pulmonares por sangue em consequência de lesão vascular pulmonar de várias etiologias. A clínica caracteriza-se por insuficiência respiratória com hipoxemia grave e anemia aguda sem evidência de perdas ou hemólise.

Um estudo retrospectivo realizado na UCIR entre 1993 e 2002 revelou que em 1724 doentes sucessivos, 45 (2,6 %) entraram em hemorragia alveolar, 48% de etiologia imunológica e 52% não imunológica, necessitando de ventilação 84%.

Comparando os doentes ventilados com e sem hemorragia alveolar (C/HA, S/HA) verificou-se:

|      | Idade   | APS     | APACHE II | VM    | Mort. % |
|------|---------|---------|-----------|-------|---------|
| S/HA | 61,7    | 16,4    | 24,2      | 19,8  | 37      |
| C/HA | 48,4    | 22,8    | 29,3      | 15,3  | 63      |
| p    | <0.0001 | <0.0001 | <0.001    | =0.05 | <0.01   |

Na nossa experiência os doentes com hemorragia alveolar necessitaram frequentemente de ventilação mecânica, eram geralmente mais novos, apresentaram índices de gravidade, intervenção terapêutica e mortalidade mais elevados que os outros doentes.

É importante um elevado índice de suspeita que permita um diagnóstico rápido e terapêutica correcta.

## P40.

### A escala de sonolência de Epworth reflecte a gravidade do síndrome de apneia do sono?

AUGUSTA MACHADO, MARTA DRUMMOND,  
JOÃO CARLOS WINCK

Serviço de Pneumologia do H. S. João, Porto

A sonolência diurna excessiva é um dos principais sintomas do Síndrome de apneia do sono (S.A.S.). É, no entanto, um parâmetro difícil de quantificar. A Escala de Sonolência de Epworth (E.S.E.) tem sido utilizada de forma generalizada, na tentativa de avaliar de forma objectiva, o grau de sonolência diurna excessiva; no entanto, na prática clínica, nem sempre se verifica uma relação entre o seu valor e a gravidade da doença.

**Objectivo:** Verificar se a E.S.E. traduz a gravidade do Síndrome de apneia do sono.

**Material e Métodos:** Avaliados doentes com o diagnóstico de S.A.S., seguidos na Consulta de Pneumologia do Hospital de S. João. Aplicada a E.S.E. a todos os doentes na primeira consulta e efectuado, posteriormente, Estudo Poligráfico do Sono. Pesquisadas diferenças relativamente ao sexo, idade, nível de escolaridade, uso de fármacos psicodpressores e índice de massa corporal.

**Resultados:** Observados 213 doentes com S.A.S., 165 homens e 48 mulheres, com média de idades de 47.4+10.7 anos. Verificou-se uma correlação baixa, mas estatisticamente significativa, entre o valor da E.S.E. e a gravidade do S.A.S. ( $p=0.000$ ). Não se verificaram diferenças, com significado estatístico, entre sexos, grupos etários, grau de instrução ou uso de fármacos psicodpressores. Em relação ao índice de massa corporal, em indivíduos não obesos parece haver correlação com significado estatístico entre valor da E.S.E. e o Índice de apneia/hipopneia.

**Conclusões:** A E.S.E. continua a ser um bom método para quantificar o grau de sonolência nos doentes com Síndrome de Apneia do Sono, no entanto nem sempre se verifica uma relação de proporcionalidade entre a sua gravidade e o índice de apneia/hipopneia, pelo que o seu valor deve ser interpretado com precaução, quer no diagnóstico, quer no seguimento do doente.

## P41.

### Comparação da morfologia faríngea entre homens e mulheres com e sem síndrome de apneia hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)

C LOPES, C CANHÃO, L RAPOSO, M ROCHA,  
P CALAÇA, P PINTO, O SANTOS, C BÁRBARA

Departamento de Pneumologia, HPV, Lisboa.

A Faringometria Acústica (FA) é um método não invasivo de avaliação da área transversal da faringe, permitindo identificar eventuais locais de obstrução em doentes com SAHOS. Foi objectivo deste estudo comparar as variações da morfologia faríngea entre o sexo feminino e masculino em dois grupos de indivíduos com (Grupo B:  $n=20$ ; 10 homens) e sem SAHOS (Grupo A:  $n=20$ ; 10 homens). Para o efeito ambos os grupos de indivíduos foram sujeitos a FA, após a realização da polissonografia, tendo sido efectuadas as seguintes determinações: área de junção orofaríngea (AJO), área glótica (AG), área faríngea de pico (AFP) e área faríngea média (AFM).

Na Grupo A as mulheres apresentaram diminuição significativa ( $p<0.05$ ) das áreas faríngeas relativamente aos homens tanto ao nível da AJO (Homens: 2,17 cm<sup>2</sup>; Mulheres: 1,43 cm<sup>2</sup>), como da AFP (Homens: 3,37cm<sup>2</sup>; Mulheres: 2,83 cm<sup>2</sup>), e da AFM (Homens: 2,35cm<sup>2</sup>; Mulheres: 1,97 cm<sup>2</sup>). Pelo contrário no grupo dos doentes com SAHOS (Grupo B) não se verificaram diferenças entre os sexos nas áreas de secção faríngea.

Concluimos que as diferenças fisiológicas existentes entre o sexo masculino e feminino, relativamente às áreas de secção faríngea desaparecem na presença de SAHOS.

## P42.

### Síndrome de apneia obstrutiva do sono e doença cardiovascular – Estudo retrospectivo

MARTA DRUMMOND, JC WINCK, S PEREIRA\*,  
A MACHADO, A AMORIM, J ALMEIDA, JA MARQUES

Serviço de Pneumologia do Hospital de São João;

\* Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto.

**Introdução:** O Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) está associado a efeitos deletérios sobre a fisiologia cardiovascular.



Alguns estudos têm demonstrado a existência de associação significativa entre esta patologia e a Doença Cardiovascular (d. CV).

**Objectivo:** Determinar a prevalência de d. CV em indivíduos com diferentes graus de gravidade de SAOS e verificar a existência de associação entre a d. CV e a gravidade do SAOS.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo baseado em dados informatizados de 155 doentes consecutivos com SAOS, enviados à consulta de Patologia Respiratória do Sono do Hospital de São João, durante o ano de 2001.

**Resultados:** Dos doentes estudados, 52,9% apresentavam SAOS grave, 20% moderado e 27,1% ligeiro (Índice de Apneia Hipopneia-IAH médio de  $35,2 \pm 23,8$ /hora), a média de idades verificada foi de  $53,6 \pm 11,9$  anos. A maioria dos doentes (83,2%) era do sexo masculino. Obesidade (Índice de Massa Corporal-IMC > 30) estava presente em 67,1% dos indivíduos sendo a média de IMC  $=33,1 \pm 6,34$ . Dos indivíduos em análise 52,3% apresentavam d. CV, sendo a patologia mais prevalente (45,8%) a Hipertensão arterial (HTA), seguida do Enfarte Agudo do Miocárdio (6,5%) e da Angina de Peito (3,9%). Um grupo significativo (31%) de doentes apresentava Dislipidemia e 11% *Diabetes mellitus*. A maioria dos doentes (51,3%) apresentava hábitos tabágicos.

A gravidade do SAOS (avaliado pelo IAH) era significativamente superior nos doentes com HTA ( $p=0,0496$ ) e significativamente menor nos doentes que desenvolveram Acidente Vascular Cerebral (AVC) ( $p=0,0369$ ).

**Conclusões:** A população estudada de doentes com SAOS apresenta elevada prevalência de d. CV, sendo a gravidade do SAOS significativamente superior nos doentes com HTA. O aumento da prevalência de d. CV em doentes com SAOS tem sido também documentada em estudos epidemiológicos recentes. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes merecerão estudos mais detalhados no futuro.

## P43.

### Fístulas artério-venosas em lobos superiores como causa de dispneia e cianose em paciente com cirrose hepática

EDUARDO GARCIA, ALESSANDRA ZILLE,  
JOSÉ S MOREIRA, AJÁCIO BM BRANDÃO

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático do Hospital Dom Vicente Scherer – Santa Casa de Porto Alegre.

**Relato de Caso:** SP, 46 anos, masculino, branco, cirrótico (idiopática). Há dois anos, iniciou com dispnéia aos mínimos esforços, cianose e incapacidade de realizar actividades de vida diária. Actualmente, com dispnéia em repouso. Sem história de tabagismo. Radiograma de tórax mostrando pulmões hipoexpandidos, nódulos e

micronódulos especialmente em lobos superiores. Ecodoppler abdominal com fígado reduzido de volume, heterogêneo e bordos rombos. Esplenomegalia.. Proeminência dos vasos no hilo esplênico. Arteriografia pulmonar identifica extensas e bilaterais comunicações arteriovenosas em lobos pulmonares superiores. Ausência de shunt em lobos inferiores. Espirometria com CVF=98% e VEF 1 = 97%. Difusão ao monóxido de carbono = 34%. TC de tórax com malformações vasculares em lobos superiores. Sugere-se que faça embolização em lobos superiores, sem a concordância do mesmo para o procedimento. Acompanhado por seis meses, evoluiu ao óbito por insuficiência ventilatória.

## P44.

### Emprego do *allium sativum* como opção terapêutica na hipoxemia refratária em paciente cirrótico com síndrome hepatopulmonar

#### – Relato de caso

EDUARDO GARCIA, ALESSANDRA ZILLE,  
JOSÉ S MOREIRA, AJÁCIO BM BRANDÃO

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático do Hospital Dom Vicente Scherer – Santa Casa de Porto Alegre.

Homem de 60 anos, ex-tabagista (16-49 anos, 20 cig/dia), com cirrose hepática por álcool e episódios prévios de hemorragia digestiva alta (15 a 18 garrafas de cerveja por semana desde os 18 anos). Com dispnéia progressiva aos esforços, anteriormente atribuída à doença pulmonar obstrutiva crónica, actualmente com posição ortostática desencadeando o sintoma e tendo o decúbito dorsal como aliviante (platipnéia). Regular estado geral, descorado, desorientado. Hipocratismo digital, cianose perioral e de extremidades. Ortodesóxia (86% de sat O<sub>2</sub> repouso e 55% no ortostatismo). Estertores crepitantes em ambos terços inferiores pulmonares. Alterações laboratoriais: TP 52%, BT 3.2, 77.000. plaquetas. Ecografia abdominal: fígado de dimensões reduzidas e textura heterogênea, veia porta dilatada. Ecocardiograma com microbolhas: ecocontraste com severo *shunt* que inicia precoce, antes do terceiro batimento e acentua-se nos demais. Arteriografia pulmonar: prováveis fistulas arteriovenosas na base pulmonar direita. CVF 88%, VEF1 99%, CPT 92%, DCO 33%. Recebeu 1.5 g/dia de *allium sativum* via oral diariamente. Nos primeiros trinta dias após o início de sua administração demonstrou resposta clínica e gasométrica com seu uso. PaO<sub>2</sub>=36mmHg e após 30º dia de *allium sativum* PaO<sub>2</sub>= 54mmHg. Disfunção hepática, hipoxemia e vasodilatação intrapulmonar caracterizam a síndrome hepatopulmonar. Várias modalidades terapêuticas têm sido empregadas na síndrome hepatopulmonar, na tentativa de reverter ou amenizar os sintomas e a hipoxemia. Estudos observacionais examinam drogas como *Allium sativum*, almitrina, indometacina e octreotida no que se refere a sua capacidade de remover vasodilatadores circulantes e

proporcionar resultados favoráveis no tratamento dessa doença. O caso descrito mostra aumento de 18 mmHg na PaO<sub>2</sub> e melhora na tolerância ao exercício com um mês de uso contínuo do *allium sativum*. Como ocorre com os outros fármacos descritos no tratamento da síndrome necessita-se de maior número de estudos controlados para seleccionar o que realmente seria útil na terapêutica.

## P45.

### O uso de azul de metileno – um inibidor da expressão do óxido nítrico – como opção terapêutica na síndrome hepatopulmonar

EDUARDO GARCIA AJÁCIO BRANDÃO,  
JOSÉ S MOREIRA

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Porto Alegre

Homem de 34 anos, branco, agricultor, com diagnóstico de cirrose hepática por vírus B, apresenta queixas de dispnéia e cianose em extremidades aos pequenos esforços. Gasometria arterial: Em ar ambiente: PaO<sub>2</sub> 56,3 mmHg; com O<sub>2</sub> 100%: 441 mmHg; após azul de metileno 65,3 mmHg( 1º dia) e após dez dias de uso de azul de metileno: 73,6 mmHg. Arteriografia pulmonar: achados compatíveis com síndrome hepatopulmonar tipo I difuso, de grau moderado a severo. Ecocardiograma com microbolhas: presença de shunt pulmonar de grande intensidade ao contraste aerado. Espirometria: CVF 99,7%; VEF1 104%; Difusão CO 34%.

**Discussão:** Síndrome hepatopulmonar é caracterizada pela tríade: disfunção hepática, hipoxemia e vasodilatação intrapulmonar. Suas causas são desconhecidas, mas a maioria dos estudos acredita que envolva um desequilíbrio entre vasodilatadores e vasoconstritores sobre o leito vascular pulmonar. Aumento na produção de óxido nítrico tem sido sugerido como responsável pela vasodilatação vista nesta doença. Postula-se que o azul de metileno, potente vasoconstritor inibidor da guanilato-ciclase, interfira na diminuição da produção de óxido nítrico e melhore o shunt pulmonar e consequentemente na hipoxemia. No caso descrito o paciente apresentou melhora em torno de 14 a 30% na pressão parcial de O<sub>2</sub> após a infusão de azul de metileno endovenoso, concordando com resultados encontrados em estudos recentes que demonstram melhora da circulação hiperdinâmica e hipoxemia em pacientes com síndrome hepatopulmonar severa.

## P46.

### Aula expositiva como método didático de escolha, no ensino da pneumologia: ensaio de 400 aulas

EDUARDO GARCIA JOSÉ S MOREIRA

Disciplina de Pedagogia Médica e Prática Didática – Cursos de Pós Graduação em Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e em Pneumologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Introdução:** O emprego da aula expositiva no Ensino Médico tem dominado a maior parte da transmissão do conhecimento nos Cursos de Medicina em nosso país desde os primórdios da Universidade Brasileira.

**Objetivo:** avaliar a prevalência da aula expositiva como opção de livre escolha no ensino da Pneumologia, idealizou-se o proposto trabalho.

**Métodos:** Num total de 400 aulas – 250 horas – proferidas por alunos de pós-graduação em Pneumologia – como parte integrante da Prática Didática – a alunos regulares da graduação, nas quais o professor dispunha do livre arbítrio quanto à estratégia de ensino-aprendizagem a ser empregada.

**Resultados:** teve-se o predomínio da aula expositiva como método de escolha (70% do total), e aula expositiva seguida de discussão de caso (25%). Outros procedimentos de ensino como seminários, dramatização também foram empregados(5%).

**Conclusões:** o procedimento de escolha predominante do aluno de pós-graduação em pneumologia em sua actividade docente é o da aula expositiva.

## P47.

### Escolha das técnicas de avaliação empregadas em 400 aulas em pneumologia por alunos do curso de pós-graduação

EDUARDO GARCIA JOSÉ S MOREIRA

Disciplina de Pedagogia Médica e Prática Didática – Cursos de Pós Graduação em Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e em Pneumologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Introdução:** A avaliação da aprendizagem ocupa papel estrutural na estratégia de ensino-aprendizagem. As novas directrizes de

ensino determinam que haja pelo menos três métodos de avaliação distintos para uma mesma disciplina.

Com o Objectivo de definir o perfil de avaliação dos alunos na Disciplina de Pneumologia na FFFCMPA e UFRGS, realizou-se o presente.

**Métodos:** Foram consideradas 200 horas-aula desenvolvidas pelos alunos do Curso de Pós-Graduação em Pneumologia, como parte de suas actividades docentes na Prática Didáctica. Tais aulas foram ministradas aos alunos regulares da Graduação, sob forma de oferta adicional de ensino ao seu currículo mínimo na Pneumologia. Foi quantificado, por análise descritiva simples o perfil de métodos de avaliação empregado para avaliar o aprendizado.

**Resultados:** de 40 avaliações efectuadas, 32 (80%) através de prova escrita (discursiva ou objectiva); 4(10%) através de prova prática, 3(7,5%) através de observação do desempenho e 1(2,5%) através de prova oral.

**Conclusão:** a modalidade de avaliação por prova escrita predomina como método de livre escolha na avaliação da aprendizagem dos alunos, na situação avaliada.

## **P48. Microembolias de repetição no diagnóstico diferencial de dispneia em paciente com achados cintilográficos e radiológicos normais**

EDUARDO GARCIA ALESSANDRA ZILLE,  
JOSÉ S MOREIRA

Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa de Porto Alegre.

**Relato de Caso:** O.S.T., 80 anos, feminina, branca, com história de asma brônquica há 2 anos, nódulo em mama direita (punção biópsia inconclusiva), demência senil, osteoporose com fractura de corpo vertebral (T12), gastrite hemorrágica, aneurisma de septo interatrial (foramen oval patente com pequeno *shunt*) e fracção de ejeção de 60%. Sem antecedentes de tabagismo. Internou por dispnéia com piora há 2 semanas, ansiedade, diminuição do sono e aumento da agitação psicomotora. Utilizava beta2, corticosteróides e oxigénio domiciliar. Apresentava-se em bom estado geral com ausculta cardíaca sem alterações e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular bem distribuído e raros sibilos. A tomografia computadorizada de tórax identifica, no lobo inferior direito, dois diminutos nódulos corticais, menores que 1,0 cm de diâmetro, um deles calcificado; discutível rarefação da vasculatura pulmonar em segmentos ventrais de ambos os pulmões, principalmente no lobo médio e língula. A arteriografia seletiva pulmonar direita e esquerda, demonstrou redução da perfusão

pulmonar e sinais indiretos de tromboembolismo provavelmente em passado recente à esquerda. A paciente apresentou evolução clínica desfavorável com óbito.

## **P49. Efeito do transplante hepático sobre a capacidade de difusão em 78 pacientes com cirrose**

EDUARDO GARCIA ALESSANDRA ZILLE,  
AJÁCIO BRANDÃO GUIDO CANTISANI

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

O factor de difusão costuma estar variavelmente reduzido em pacientes com cirrose hepática, por inúmeros factores postulados, tais como edema intersticial e vasodilatação capilar pulmonar. Com o objectivo de avaliar a variação da capacidade de difusão pelo transplante hepático, foram avaliados 78 pacientes com diagnóstico de cirrose hepática, submetidos a transplante a partir de março de 1993, com o objectivo de análise comparativa de função pulmonar no período pré-transplante e após 6 meses de transplante pelo menos. A idade média do grupo estudado foi 52,3 anos, sendo 52 do sexo masculino e 26 do sexo feminino. Desse grupo perdeu-se o seguimento de 15 por óbito (9), insuficiência renal (4), insuficiência ventilatória (2). Foram avaliados: dispnéia, radiograma de tórax, espirometria, difusão com CO, gasometria arterial com ar ambiente e sob oxigénio a 100%, assim como ecocardiograma com pesquisa de shunt intrapulmonar. RESULTADOS: não houve diferença estatística entre os grupos, no período pré e pós transplante hepático, excepto para a difusão com CO ( $p=0,0011$ ), a qual apresentou elevação. DIF CVF VEF1 SHUNT Pré 51% 101 98 15 Pós 87% 103 94 9.

## **P50. Avaliação do gradiente alvéolo – – arterial em cirróticos**

EDUARDO GARCIA, ALESSANDRA ZILLE,  
AJÁCIO BRANDÃO, MARIA LUCIA ZANOTELLI

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Introdução:** O gradiente alvéolo arterial é obtido de forma simples e directa a partir da gasometria arterial em ar ambiente. Trata-se

de importante variável no diagnóstico da presença de síndrome hepatopulmonar, caracterizada por doença hepática crônica, elevação do gra-diente alvéolo-arterial e alterações na vasculatura pulmonar.

**Objectivo:** Aferir o gradiente alvéolo-arterial nos pacientes com cirrose hepática, sem comorbidez pulmonar, cardíaca ou hematológica associada.

**Métodos:** Foram seleccionados 30 pacientes com diagnóstico confirmado de cirrose hepática para serem submetidos à aferição de gradiente alvéolo-arterial. Foram seleccionados com base na história, exame físico, radiograma de tórax, hemograma, espirometria e eletrocardiograma. Os 30 pacientes seleccionados, com média etária de 34,5 anos, encontravam-se compensados em sua doença no momento da avaliação. Os fluxos e volumes pulmonares foram normais e os exames acima procuraram excluir doença pulmonar, cardíaca ou hematológica. Foram submetidos a colheita de gasometria arterial e calculado o valor do gradiente alvéolo-arterial.

**Resultados:** O gradiente alvéolo-arterial médio obtido no grupo estudado foi de 25 mmHg. O previsto para a referida faixa etária é de 15 mmHg.

**Conclusão:** O gradiente alvéolo-arterial nesse grupo demonstrou-se acima do previsto para a normalidade em pacientes hígidos na mesma faixa etária.

## P51.

### Hipertensão porto-pulmonar: relato de caso e evolução pós – transplante hepático

EDUARDO GARCIA ALESSANDRA ZILLE,  
AJÁCIO BRANDÃO, MARIA LUCIA ZANOTELLI

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Relato de Caso:** FRG, feminino, branca, professora, 50 anos, portadora de cirrose biliar primária e anti-VHC reagente. Foi submetida a transplante hepático por apresentar ascite de difícil controle, episódios de hemorragia digestiva alta por gastropatia de hipertensão porta e icterícia. Na avaliação pré-operatória foi evidenciado espessamento brônquico ao radiograma de tórax com espirometria normal, exceto diminuição da capacidade de difusão de grau moderado. PaO<sub>2</sub> em repouso 58,3 mmHg, gradiente alvéolo-arterial de 24 mmHg. O ecocardiograma foi normal. Submetida a transplante hepático 4 meses depois desta avaliação, evoluiu com dificuldade no desmame de ventilação mecânica, necessitando frações inspiradas de oxigénio da ordem de 0,7, resultando em saturação próxima a 90%. Entubada, permaneceu com suplementação oxigénio devido à dispnéia. Devido à sua evolução desfavorável, foi reavaliada, na qual se evidenciou sinais de congestão pulmonar à tomografia computadorizada de tórax. PaO<sub>2</sub> com uso O<sub>2</sub> a 100% resultando em 174 mmHg. Arteriografia pulmonar e cateterismo cardíaco

evidenciaram hipertensão pulmonar moderada a severa e comunicação interatrial. Evoluiu para o óbito após 3 meses de transplante hepático.

## P52.

### Medida da pressão média arterial pulmonar em cirróticos submetidos a transplante hepático

EDUARDO GARCIA, ALESSANDRA ZILLE,  
CLAÚDIO A MARRONI, MARIA L ZANOTELLI

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Introdução:** A prevalência de hipertensão pulmonar associada a doença hepática com hipertensão portal é pelo menos três vezes superior à média da prevalência de hipertensão pulmonar primária em pacientes sem outras doenças.

**Objectivo:** avaliar a prevalência de hipertensão pulmonar nos pacientes com cirrose hepática.

**Métodos:** foram estudados 21 pacientes submetidos a transplante hepático nos anos de 1997 e 1998, sendo 14 pacientes do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A média etária do grupo foi de 47,2 anos ( de 21 a 67 anos). A pressão média da artéria pulmonar foi obtida por mensuração directa através de monitorização hemodinâmica instalada antes do início do transplante, mediante a introdução do cateter de Edwards na artéria pulmonar.

**Resultados:** A média de pressão na artéria pulmonar obtida foi de 21,8mmHg.

**Conclusão:** Os achados obtidos no presente estudo não traduzem a presença de hipertensão pulmonar na média do grupo. Em um caso (4,7%), no entanto, no grupo estudado a pressão média na artéria pulmonar foi de 47mmHg. Tal prevalência encontra-se acima da expectativa esperada na literatura.

## P53.

### O emprego da gasometria arterial com oxigénio a 100% para detecção de *shunt* intrapulmonar em candidatos a transplante hepático

EDUARDO GARCIA, ALESSANDRA ZILLE, CLÁUDIO A MARRONI, ALVARO CASSAL

Pavilhão Pereira Filho e Grupo de Transplante Hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Introdução:** o diagnóstico de Síndrome Hepatopulmonar baseia-se em critérios específicos, um deles que inclua demonstração de alterações vasculares intrapulmonares (“*shunt*” intrapulmonar). O emprego da análise de gases arteriais após a administração de oxigénio a 100% pode evidenciar a presença de *shunt* artério-venoso.

**Objectivo:** avaliar a presença de *shunt* intrapulmonar através da análise da PaO<sub>2</sub> após administração de oxigénio a 100%.

**Método:** foram revisadas todas as gasometrias arteriais realizadas no Laboratório de Função Pulmonar do Hospital Pereira Filho, em pacientes candidatos a transplante hepático no período entre Abril de 2000 a Abril de 2002, num total de 131 pacientes.

**Resultados:** 62,6% (82) com PaO<sub>2</sub> entre 300 e 500 mmHg; 26,7% entre 100 e 300 mmHg; 10,7% abaixo de 100 mmHg.

**Conclusão:** a presença de síndrome hepatopulmonar foi detectada em 37,4% dos candidatos a transplante hepático.

## P54.

### Perfil dos pacientes internados por doença respiratória no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) – São Luís – Maranhão

MAGALHÃES JÚNIOR O, VASCONCELOS R, PORTO JA, SILVEIRA EM, SILVA LM, COSTA MRSR

São Luís – Brasil.

**Introdução:** Doenças do aparelho respiratório têm papel de destaque na prática da medicina interna, são frequentes, tem custo hospitalar alto e, por serem doenças crónicas, requerem repetidas internações por tempo prolongado.

**Objectivo:** Conhecer quais as pneumopatias mais prevalentes, mostrando um perfil dos pacientes que procuraram o serviço.

**Casuística e Métodos:** Foram internados 768 pacientes por

doenças respiratórias no período de 1994 a 1998. Sorteou-se 100 prontuários de pacientes aleatoriamente pelo computador.

**Resultados e Conclusão:** As doenças mais prevalentes foram pneumonia (25%), tuberculose (21%), DPOC (21%), bronquiectasia (14%), neoplasias (12%) e outras (7%). Os sintomas mais referidos foram: tosse (59%), dispnéia (55%), dor torácica (44%), expectoração (40%) e febre (39%). Os exames complementares mais solicitados foram: radiografia do tórax (87%), pesquisa de BAAR no escarro (48%), PPD (29%), broncoscopia (23%), e tomografia computadorizada (13%). A idade mais acometida foi a sétima década; quanto a escolaridade 29% eram analfabetos; em relação ao hábito tabágico 53 % eram tabagistas e amostra era homogénea quanto ao sexo.

**Palavras-chaves:** doença respiratória

## P55.

### Análise do volume expiratório forçado no primeiro segundo em mulheres de 20 a 25 anos nos horários de 8:00 e 12:00

CÍNTIA TÓKIO REIS GONÇALVES, CARLOS GOR GONÇALVES, WELTON GLEDISON PIRES, RODRIGO LOPES MARTINS

Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos – S.P. Brasil.

**Introdução:** Os parâmetros utilizados para interpretação precisa da espirometria são: Capacidade Vital e Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF<sub>1</sub>). A função pulmonar atinge valores máximos aos 20 anos em mulheres. Os fluxos expiratórios são menores ao acordar e máximos entre meio dia e final da tarde. Taxas de secreção de corticotropina (ACTH) e cortisol são elevadas no período da manhã e reduzidas nos períodos da tarde e da noite.

**Objetivos:** O objetivo do trabalho é avaliar a diferença do VEF<sub>1</sub> em mulheres de 20 a 25 anos nos horários de 8:00 e 12:00.

**Metodologia:** Foram avaliadas com espirometria, 11 mulheres entre 20 e 25 anos, não tabagistas, sem queixas respiratórias, em dias alternados, nos horários das 8:00 e 12:00.

**Resultados:** Como resultado não foram encontradas diferenças nas médias do volume expiratório expresso litros/segundo dos exames realizados às 8:00 e às 12:00 segundo o método estatístico de Mann-Whitney.

**Palavras-chave:** VEF<sub>1</sub>, mulheres, ACTH.

## P56. Atrésia brônquica – a propósito de um caso clínico

SARA FREITAS, CARLOS ROBALO CORDEIRO,  
FILIPE CASEIRO ALVES, LUIS CARDOSO OLIVEIRA

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

A atrésia brônquica com broncocelo e hiperinsuflação focal é uma malformação congénita rara, na qual um brônquio segmentar ou lobar não se desenvolve correctamente, resultando numa descontinuidade entre o segmento atrésico e a restante árvore brônquica, constituindo habitualmente um achado radiológico. A maior série publicada data de 1989 e coliga 84 casos, havendo apenas cerca de 12 outros casos publicados posteriormente a essa data.

Os autores apresentam um caso clínico duma jovem de 27 anos, assintomática, que em radiografia torácica de rotina apresenta lesões nodulares no pulmão esquerdo. Analiticamente, registavam-se leucocitose com fórmula normal e Creatinquinase aumentada, sem outras alterações. Faz então Tomografia Computorizada que revela opacidade tubular de densidade líquida compatível com broncocelo a nível do segmento apicoposterior do lobo superior do pulmão esquerdo, circundada por parênquima hipovascular. Foi submetida a Broncofibroscopia Óptica descrita como normal. A confirmação diagnóstica fez-se por Ressonância Magnética Nuclear, traduzida em imagens de morfologia digitiforme, tubulares, aparentemente confluentes a nível do segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo, sugerindo tratar-se de atrésia brônquica com broncocelos não comunicantes, com enfisema adjacente.

## P57. Malformações arteriovenosas pulmonares no síndrome de Rendu-Osler-Weber

JOANA AMADO\*, J ALMEIDA\*, P MORGADO\*\*,  
FF RODRIGUES\*

\* Departamento de Pneumologia do CHVNGaia. Portugal

\*\* Serviço de Radiologia do CHVNGaia. Portugal.

**Introdução:** As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são raras, habitualmente congénitas, de etiologia mal definida. Mais de metade estão associadas ao síndrome de *Rendu-Osler-Weber* (telangiectasias hemorrágicas hereditárias - THH). Em 15 a 35% dos doentes com THH identificam-se MAVP.

Os autores descrevem um caso de MAVP identificadas como achado radiológico, no contexto familiar de THH.

**Caso clínico:** Mulher, 53 anos. Episódio mal esclarecido de meningite na infância - epilepsia, défice sensitivo-motor e mental sequelares. História familiar de THH. Com epistaxis recorrentes espontâneas e telangiectasias cutâneas. Sem sintomatologia respiratória. Telerradiografia do tórax - hipotransparências nodulares no LID e LSE; melhor caracterizadas por tomografia computadorizada. Realizada angiografia pulmonar que confirmou a presença de MAVP bilaterais. Submetida a duas sessões de embolização com introdução de balões destacáveis de silicone. PaO<sub>2</sub> anterior à emboloterapia - 49.4; 68.1 mmHg 4 meses depois. **Comentários:** As MAVP estão associadas a morbilidade/mortalidade consideráveis pelo que se preconiza o seu tratamento - preferencialmente emboloterapia. O risco de recanalização e de crescimento de MAVP ocultas implica avaliação periódica. É importante rastrear os familiares directos quando se identificam MAVP num doente com THH. Não existem estudos prospectivos que definam um protocolo de vigilância de doentes com MAVP tratadas e de rastreio familiar.

**Palavras-chave:** malformações arteriovenosas pulmonares, síndrome de *Rendu-Osler-Weber*, emboloterapia.

## P58. Aspiração de corpos estranhos em adultos – apresentações atípicas

MJ CANOTILHO, J ROSAL GONÇALVES, S FEIJÓ,  
P MONTEIRO, A BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Apresentam-se dois casos clínicos de aspiração de corpos estranhos em adultos com uma forma de apresentação atípica. O primeiro é referente a um doente do sexo masculino, 55 anos, que seis meses antes do internamento refere quadro clínico caracterizado por tosse, expectoração mucopurulenta e hemoptoica. Efectuou tomografia computadorizada que revelou massas (2) endobrônquicas no brônquio principal direito (BPD). Realizou-se broncofibroscopia que revelou uma massa no BPD que após broncoscopia rígida concluiu-se que se tratava de um corpo estranho (osso de galinha) que ocluiu a totalidade do lúmen do BPD. Após retirar o corpo estranho observa-se processo inflamatório/granulomas que reduziam o BPD e BI. O segundo caso é referente a um doente do sexo masculino, 46 anos, com hábitos toxifílicos activos e infecções HIV1. Internado por um quadro clínico de tosse seca e dispneia com duas semanas de duração. A radiografia do tórax mostrava infiltrado difuso no lobo superior esquerdo e gasimetria arterial hipoxémia. Fez-se broncoscopia rígida por extracção de fragmentos incrustados no LSE, correspondentes a ossos de galinha. Destaca-se o intervalo de tempo.

## P59.

### **Amiloidose traqueobrônquica – caso clínico**

CORTESÃO N, MARTINS Y, FIGUEIREDO A

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra – Coimbra.

Os autores apresentam o caso clínico referente a uma mulher de 51 anos com queixas de dispneia de esforço e pieira inspiratória, com cerca de 2 anos de evolução.

Tem antecedentes de hirsutismo, histerectomia com anexectomia bilateral, dismenorria e infertilidade.

Ao exame físico, apresentava pieira inspiratória (estridor laringeo) e sibilos inspiratórios dispersos.

Dos exames complementares de diagnóstico efectuados, destaca-se uma alteração ventilatória de tipo obstrutivo ligeiro com broncodilatação negativa e uma broncofibroscopia que revelou uma mucosa traqueobrônquica com superfície de aspecto mamilonado. O resultado anatomopatológico das biópsias traqueais e brônquicas revelaram amiloidose traqueobrônquica.

Os restantes exames efectuados, nomeadamente doseamento sérico de IgE total, Phadiatop, a1-antitripsina, bem como aqueles que foram realizados para avaliar a possibilidade de doença sistémica, foram normais.

Actualmente, encontra-se medicada com fluticasona, salmeterol, mas mantém queixas de dispneia e pieira.

A broncofibroscopia de controlo realizada 7 meses após o diagnóstico mostrou alterações sobreponíveis às inicialmente observadas.

Por último, os autores fazem uma breve revisão teórica sobre o tema.

## P60.

### **Hiato esofágico e achados radiológicos**

CAIADO A, SAN JOSÉ J, NEVES S, ESTEVES I, MAGALHÃES A, CONDE S

Centro Hospital de Vila Nova de Gaia – Departamento de Pneumologia

Director de Departamento – Dr. Ramalho de Almeida

Director de Serviço: Dr. Filipe Rodrigues.

Hérnia do Hiato – Herniação de parte do estômago para a cavidade torácica através do hiato esofágico no diafragma.

Uma hérnia de deslizamento é aquela em que a junção gastroesofágica e o fundo do estômago deslizam para o cárdia.

Uma hérnia paraesofágica é aquela em que a junção gastroesofágica

permanece fixa na sua posição normal e uma bolsa de estômago (fundo) é herniada ao lado desta.

A incidência aumenta com a idade; em indivíduos na 6ª década de vida a prevalência destas hérnias é = 60%

Os autores propõem-se apresentar 2 casos clínicos onde foram colocadas inicialmente as hipóteses de diagnóstico clínico-radiológico de ABCESSO PULMONAR E NEOPLASIA PULMONAR ABCEDADA que posteriormente revelaram tratar-se de HERNIAS DO HIATO ESOFÁGICO.

**Caso 1: C.S.R, sexo masculino, 78 anos, reformado, não fumador, natural e residente em Valadares –V.N.Gaia.**

Recorre ao SU do CHG por quadro clínico caracterizado por tosse com expectoração mucopurulenta e febre.

Do estudo efectuado no SU de salientar: Leucocitose com Neutrofilia 15700 com 82% de PMN's), Insuficiência Renal (Ureia 84 Creatinina 1,8) Telerradiografia do Tórax evidencia opacidade arredondada heterogénea retrocardíaca basal posterior com nível hidroaéreo e perda de substância no seu interior. Iniciou antibioterapia com Meropenem.

O estudo etiológico efectuado durante o internamento não isolado qualquer agente patogénico (microbiológico de expectoração, serologia e baciloscopias). Intraderma reacção de Mantoux – negativa. BFC “ABE B10 com mucosa discretamente congestiva”. O estudo efectuado ao aspirado brônquico foi negativo para BK, células malignas e bacteriologia.

Verificou-se melhoria clínica no entanto a evolução radiológica foi muito arrastada mostrando a telerradiografia do tórax à data de alta perda de substância embora com redução do seu tamanho.

Posteriormente realizou TAC torácica que evidencia HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO.

**Caso 2: L.S.N, sexo feminino, 81 anos, casada, reformada, não fumadora.**

Antecedentes patológicos conhecidos de Asma Brônquica e Hérnia do Hiato.

Histerectomia aos 42 anos por leiomioma uterino.

Medicada habitualmente com Filotempo, Flixotaide, Combivent, Xanax e Motilium.

Síndrome gripal em Dez. 2001

Recorre ao SU do CHG por quadro clínico com cerca de 15 dias de evolução caracterizado por toracalgia localizada no hemitórax esquerdo/região retroesternal de características inespecíficas.

Refere ainda dispneia de esforço, tosse escassa com expectoração seromucosa abundante e emagrecimento de 10 Kg em 6 meses.

Nega expectoração hemoptóica, hemorragia digestiva, febre ou sintomas dispépticos.

Do estudo efectuado no SU de salientar apenas a telerradiografia do tórax que mostra imagem abcedada retrocardíaca.

Durante o internamento iniciou terapêutica antibiótica com meropenem e ampicacina.

Por manutenção da imagem radiológica foi decidido realizar BFC que apenas mostrou sinais de compressão extrínseca. Realizou trânsito esofago-gastro-duodenal que documentou volumosa HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO com pouca redutibilidade com a mudança de posição de tipo para-esofágica. Assim conclui-se que a imagem observada em telerradiografia do tórax corresponde a HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO a qual perante a ausência de sintomas e nesta idade e pela fixação ao mediastino não tem indicação cirúrgica.