

# 8º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 22 - 23 de Fevereiro de 2001

## Resumos das Comunicações Orais e dos Posters Abstracts of Oral Presentations and Posters

### Doença bolhosa do pulmão - a propósito de 3 casos clínicos

JULIETA VIEIRA, J. AMADO, J. ALMEIDA,  
M. VANZELLER, T. SHIANG, F.F. RODRIGUES

Serviço de Pneumologia - C.H.V.N. Gaia

As bolhas pulmonares correspondem a grandes espaços aéreos (>1cm diâmetro) no parênquima pulmonar. Podem comprimir o pulmão adjacente provocando redução do fluxo sanguíneo e da ventilação, comprometendo a função pulmonar.

A terapêutica de eleição de bolhas gigantes é a exérese cirúrgica e está indicada na presença de dispneia, hemoptises, pneumotórax de repetição ou complicado e, ocasionalmente, infecções respiratórias de repetição. A TAC torácica permite a caracterização da dimensão da(s) bolha(s) e avaliação do pulmão adjacente. É indispensável na selecção de doentes para a cirurgia.

Os autores apresentam 3 casos clínicos de indivíduos de 22, 33 e 59 anos de idade, 2 do sexo feminino, sem antecedentes patológicos conhecidos. Dois foram internados por pneumotórax espontâneo e 1 enviado à Consulta Externa de Pneumologia para esclarecimento de alterações radiológicas. Após confirmação por TAC, foram submetidos a exérese cirúrgica de bolha gigante. Documentada melhoria clínica e funcional.

### Trombose da artéria pulmonar como forma de apresentação dum Síndrome Antifosfolipídico

S. NEVES, J. SAN JOSÉ, S. CONDE, I. ESTEVES,  
A.M. MAGALHÃES, S. TORRES

Serviço de Pneumologia B – Responsável: Dr. Carlos Centeno  
Departamento de Pneumologia do CHVNG – Director de Serviço: Dr. Fernando Filipe Rodrigues

O síndrome Antifosfolipídico (SAF) é uma doença rara caracterizada pela presença de anticorpos antifosfolipídicos ou anticorpos anti - proteínas plasmáticas ligadas a fosfolípidos aniónicos. O diagnóstico de SAF é definido pela presença de um critério clínico e de um critério laboratorial abaixo descritos: critérios clínicos – uma ou mais trombozes arteriais, venosas ou dos pequenos vasos e/ou morbilidade associada à gravidez; critérios laboratoriais – presença de Atc anticardiolipina Ig G ou Ig M e/ou inibidor lúpico; estes anticorpos deverão ser encontrados em pelo menos 2 ocasiões, com 6 semanas de intervalo. A este propósito os autores apresentam um caso clínico.

**Caso clínico:** Homem, 59 anos, estucador, fumador de 60 UMA, tuberculose ganglionar aos 28 anos de idade, recorre ao SU por quadro

de dispneia de esforço, toracalgia pleurítica dta, emagrecimento de 5 Kgs, e astenia com um mês de evolução. Ao E. O.: colaborante, anictérico, eupneico, sem adenomegalias periféricas, apirético, TA-130/78 mmHg, p-90 r. r. a; Sat O<sub>2</sub>-95%; AC-S1 e S2 sem alterações. Sem sopros audíveis; AP- crepitações na base dta; Abdómen-depressível, sem organomegalias aparentes. Colhe estudo pretrombótico antes de iniciar terapêutica. Teleradiografia pulmonar- obliteração do seio costodiafragmático dto, imagem stop da artéria pulmonar dta e hipodensidade periférica nodular na transição do 1/3 inferior e médio do Hemitórax dto. GSA a 21% pH-7,44; pO<sub>2</sub>-72; pCO<sub>2</sub>-40,9; SatO<sub>2</sub>-95%. Analiticamente: PCR-5,34 mg/dl; D-dímeros-1,91ug/ml, APTT-33,7 seg. Dte portador de Ecocardiograma, prova de esforço que não apresentavam alterações e de TAC torácico – trombose da artéria pulmonar dta, condensações alveolares periféricas, lesão nodular no b. Intermédio. Ecodoppler dos m. inferiores- sem alterações. BFC- sem alterações, citologia de lavado negativo para células neoplásicas. Ecotransesofágico – sem alterações. Ecografia abdominoprostática sem alterações. Angiografia pulmonar-oclusão da artéria pulmonar à dta completa. Cateterismo cardíaco – sem hipertensão pulmonar, boa função ventricular esquerda. RMN torácica – trombose da artéria pulmonar dta com 3 cm de extensão, sem lesão focal ou massa suspeita. 2 áreas de enfarte pulmonar subpleurais. Analiticamente marcadores tumorais normais, perfil ANAS sem alterações, inibidor lúpico - 68,9 seg, Anti-cardiolipina Ig M – 15,6 MPL. Repetiu estudo pretrombótico após 8 semanas mantendo inibidor lúpico aumentado.

**Diagnóstico definitivo** – Síndrome antifosfolípido primário.

**Tratamento**- heparina ev e hipocoagulação oral com dicumarínicos.

## Défice de $\alpha_1$ - antitripsina – A propósito de um caso clínico

S. NEVES, I. PASCOAL, S. CONDE, N. TAVEIRA

Unidade de Cinesiterapia / Aerossolterapia respiratória  
(Dra. Natália Taveira)

Departamento de Pneumologia do CHVNG  
(Director: Dr. Ramalho de Almeida)

O défice de  $\alpha_1$ -antitripsina ( $\alpha_1$ -AT) é uma doença hereditária autossómica codominante caracterizada pela redução dos níveis séricos de  $\alpha_1$ -antitripsina, ocorrência de enfisema pulmonar e doença hepática. É a causa mais frequente de patologia hepática genética na criança e enfisema de causa hereditária no adulto. A  $\alpha_1$ -antitripsina é uma enzima produzida pelo hepatócito e a sua principal função é proteger o parênquima pulmonar da elastase dos neutrófilos (NE). A mutação do gene  $\alpha_1$ -AT resulta na incapacidade de síntese de  $\alpha_1$ -AT ocorrendo progressiva destruição dos septos alveolares pela NE, com aparecimento de enfisema pulmonar habitualmente na 3<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> década de vida. Tem sido descrita a associação de défice de  $\alpha_1$ -AT e outras patologias

nomeadamente asma e bronquiectasias. O diagnóstico baseia-se na determinação de níveis séricos de  $\alpha_1$ -AT e na fenotipagem. Níveis séricos inferiores a 11 uM/L (80 mg/dl) são considerados de risco para o desenvolvimento de enfisema. A terapêutica que reúne maior consenso e aprovada pela FDA desde 1989 consiste na administração de  $\alpha_1$ -AT humana por via e.v. A ATS definiu na mesma altura os critérios de tratamento: fenótipo de alto risco; níveis de  $\alpha_1$ -AT inferiores a 11 umol/L; obstrução evidente por espirometria; adesão ao tratamento; idade > 18 anos, não fumadores ou ex-fumadores. A este propósito os autores apresentam um caso clínico.

**Caso clínico:** Dte de 41 anos, secretária, fumadora (12UMA), com história de sintomas brônquicos desde os 30 anos com agravamento nos últimos 2 anos e aparecimento de dispneia para médios esforços. Dos exames salientam-se: EFR: Síndrome obstrutivo sem resposta ao  $\beta$ -2 agonista. FEV<sub>1</sub>-56,9%, FVC-79%, IT-69%, DLCO/VA-101%, P<sub>1</sub>max-102, P<sub>E</sub>max-92, GSA sem alterações; Teleradiografia de tórax- bolhas gigantes bibasais. TAC torácico- enfisema centrolobular e paraseptal, predominando nas regiões apicais e basais bilateralmente. Analiticamente  $\alpha_1$ -AT 20,3 mg/dl, sem outras alterações. Fenotipagem de  $\alpha_1$ -AT-Z. Ecografia abdominal- sem alterações. Relativamente aos filhos: rapaz de 20 anos, assintomático e  $\alpha_1$ -AT 200 mg/dl; em curso estudo de 2 filhos: rapaz de 21 anos, não fumador, assintomático,  $\alpha_1$ -AT-71 mg/dl, fenotipagem -SZ com TAC torácico - normal e rapaz de 17 anos, fumador, sem sintomas,  $\alpha_1$ -AT 103 g/dl.

**Comentário:** Não foi instituída terapêutica de substituição por manutenção de hábitos tabágicos- apesar de medidas de evicção. Mantém-se em vigilância e programa de reabilitação respiratória regular.

## A Função Pulmonar e o inalador "ideal"

BEATRIZ FERNANDES, S. NEVES, C. FERREIRA,  
S. CONDE, I. PASCOAL, N. TAVEIRA

Unidade de Cinesiterapia/Aerossolterapia respiratória  
(Dra Natália Taveira)

Laboratório de Fisiopatologia Respiratória  
Departamento de Pneumologia do CHVNG

**Introdução:** Factores diversos concorrem para que um dispositivo inalatório seja o mais adequado e o melhor ajustado em termos de eficácia clínica, exequibilidade, preferência, adesão ao tratamento e relação custo/eficácia.

**Objectivos:** Avaliar o impacto da componente da função respiratória - Fluxo inspiratório - no máximo benéfico, utilizando os inaladores de pó seco.

**Participantes e metodologia:** Foram seleccionados aleatoriamente da Consulta de Pneumologia 2 grupos de doentes com Patologia obstrutiva crónica das vias aéreas, em fase de estabilidade clínica e com idade > ou

= 18 anos. Todos os doentes (grupo I =30, grupo II = 30) cumpriram o protocolo, versando questões sobre instrução, treino, adesão à terapêutica e determinação do Fluxo inspiratório pelo contador de corrente – In-Check DIAL; o grupo II realizou concomitantemente estudo funcional respiratório com determinação da PI max por manómetro Sibel Med 163. Foram analisados e correlacionados os seguintes parâmetros: taxa (tx) de corrente inspiratória (grupo I e II), PI max (grupo II), dispositivo inalatório utilizado, VEMS % do valor teórico, grau de dificuldade de correcta utilização do inalador e facilidade de manejo.

**Comentário:** A função respiratória determinante da biodisponibilidade e tx terapêutica do fármaco inalado é um factor complementar a considerar na escolha do dispositivo inalatório ideal. Parece-nos serem necessários estudos randomizados e controlados para demonstrar a validade do In-Check DIAL como método de screening na prescrição de um dispositivo inalatório de pó seco.

## Tuberculose. Repensar o tratamento sanatorial ?

**RAQUEL DUARTE, BRAGA P., ROCHA M., SANTOS A., N. MARGARIDA, BARROS S.**

Hospital Joaquim Urbano. Serviço de Pneumologia. Porto.

**Introdução:** Há dezenas de anos que se defende o tratamento ambulatorial da tuberculose. No entanto, cada vez mais a tuberculose motiva o internamento Hospitalar.

**Objectivos:** Conhecer a repercussão da tuberculose sobre o tempo médio de internamento total e suas causas.

**Material e métodos:** Avaliados: processos clínicos dos doentes internados no S. Pneumologia durante os anos de 1999 e 2000. Analisados: diagnóstico, tempo médio de internamento (TMI). Nos doentes com tuberculose foram também analisados: gravidade da doença, tempo de resposta à medicação instituída em termos clínicos, radiológicos e bacteriológicos, condições sócio-económicas, hábitos pessoais, estilo de vida, patologia associada.

**Resultados:** Estiveram internados 712 doentes (188 por tuberculose). O TMI global foi de 20 dias e o TMI por tuberculose de 37 dias. Dos doentes com tuberculose, 22 faleceram e os restantes tiveram alta com orientação para o CDP. Verificou-se uma melhoria clínica, radiológica e bacteriológica nos primeiros 30 dias de internamento na grande maioria dos doentes. No entanto, 71 mantiveram-se internados por um período superior a 30 dias (tempo máximo=397 dias). As causas que motivaram este tempo de internamento foram: tuberculose multiresistente (6), más condições sócio-económicas (desemprego, sem abrigo, alcoolismo) nos restantes.

**Comentários:** A tuberculose continua a ser a patologia que "obriga" a um período mais prolongado de internamento. Com a excepção dos casos de multiresistência, a evolução clínica e bacteriológica da tuberculose

permite na grande maioria dos casos a orientação para ambulatório nos 30 dias seguintes. De facto, são situações de drama social, associados frequentemente a hábitos de risco e promiscuidade populacional, que motivam um alargamento do período de internamento. Estas situações não exigem internamento Hospitalar, nem cuidados de saúde diferenciados que ficam dispendiosos, mas sim cuidados assistenciais de solidariedade social. O tipo de apoio oferecido não se coaduna com as necessidades destes doentes nem com as características da doença que os vitima. É no entanto a única maneira de resolver a situação, enquanto não houver um local especialmente vocacionado para estas situações.

## Qualidade de vida na rinite – mínima diferença clinicamente significativa

**RAQUEL DUARTE, VANZELLER M., AMADO J., TAVEIRA N., CARVALHO A.**

Consulta de Alergologia, Sector de Cinesiterapia – CHVN de Gaia

Director de Departamento: Dr. A Ramalho de Almeida.

**Introdução:** Os inquéritos de qualidade de vida permitem-nos uma avaliação complementar da repercussão da doença na actividade diária dos doentes com rinite. A análise dos resultados constitui um método indirecto de avaliação de uma intervenção terapêutica.

**Objectivos:** Avaliar a resposta clínica e a repercussão na qualidade de vida em doentes com rinite, em período sintomático, após início de corticosteroide tópico – mometasona. Avaliar o interesse da análise da mínima diferença clinicamente significativa.

**Material e métodos:** Foram seleccionados de um modo aleatório 18 doentes com rinite seguidos em Consulta Externa de Alergologia. Era critério de inclusão a existência de sintomas na avaliação inicial. A estes doentes foi administrado um corticosteroide tópico – mometasona – durante 4 semanas. Foi feita uma avaliação dos *scores* clínicos de gravidade da rinite antes e depois da intervenção terapêutica. Os doentes preencheram o questionário (auto-administrado) de Qualidade de Vida de Elisabeth Juniper já validado no nosso país.

**Resultados:** Foram estudados 18 doentes com uma idade média de 30,6 anos, 14 do sexo feminino, 4 do sexo masculino, 12 rinites atópicas (todas com atopia a ácaros do pó da casa).

Houve uma melhoria dos *scores* clínicos de gravidade em todos os doentes, assim como dos *scores* totais em todas as áreas da Qualidade de Vida. Os resultados relativos à análise da mínima diferença clinicamente significativa evidenciaram diferenças com significado estatístico na área das emoções.

**Comentário:** É hoje consensual a utilidade da Qualidade de Vida relacionada com a saúde na avaliação de estratégias terapêuticas. A

análise de parâmetros como a mínima diferença clinicamente significativa, acrescenta maior fiabilidade à análise geral dos resultados.

## **Pneumotórax. Uma entidade hospitalar**

**JOANA AMADO, J. PEIXOTO, J. ALMEIDA, M. VANZELLER, T. SHIANG, M. C. BRITO, F. F. RODRIGUES**

Serviço de Pneumologia - CHVNGaia

Pneumotórax (pntx) representa a presença, anormal, de ar entre as pleuras visceral e parietal e colapso pulmonar subsequente.

O traumatismo é a causa mais comum de pntx. Estima-se a presença de pntx espontâneo em 8,2:100 000 pessoas/ano.

Foram objectivos deste trabalho a classificação do pntx e a análise crítica das atitudes terapêuticas e diagnósticas complementares face a esta entidade nosológica. Procedeu-se à consulta das fichas clínicas dos indivíduos admitidos na Unidade A do Serviço de Pneumologia do CHVNGaia com o diagnóstico principal de pntx entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 2000.

Caracterizou-se o sexo, idade e antecedentes pessoais relevantes.

Classificou-se o pntx por síndromes e analisou-se o contexto e formas de apresentação da doença, atitudes terapêuticas e de estudo complementar. Admitidos 115 indivíduos - idade média de 42,2 anos; 83 % do sexo masculino.

O traumatismo foi causa de pntx em 52 (45,2 %) indivíduos; 14 desses iatrogénicos.

Dos restantes (63 - 54,8 %) - pntx espontâneos - 38 foram considerados primários e 25 secundários, no contexto de morbilidades várias. 13 (20,6 %) corresponderam a episódios recorrentes.

Em 106 casos a atitude terapêutica de eleição foi a drenagem pleural por toracostomia (toracotomia *ad minima*).

O tempo médio de drenagem do pntx espontâneo foi de 5,44 dias.

Apenas 4 foram submetidos a toracoscopia médica com talcagem; 4 foram referenciados ao Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

É importante, na resolução efectiva desta situação, drenar o espaço pleural; assegurar o encerramento de fistula broncopleural; averiguar e/ou minimizar o risco de recorrência.

A toracoscopia médica, ao alcance do Pneumologista deste Hospital Central, poderá ser útil na abordagem dos pntx recorrentes, dos secundários e naqueles em que o tempo de drenagem se prolongue. Também a TAC torácica é indispensável no estudo destas situações.

## **Pleuroscopia médica – análise casuística de 6 anos**

**AUGUSTA MACHADO, MARIA SUCENA, ADELINA AMORIM, VENCESLAU HESPANHOL, ADRIANA MAGALHÃES**

Serviço de Pneumologia - Hospital de São João, Porto

A toracoscopia médica é uma técnica que se iniciou em 1910, tendo desde essa altura vindo a ser cada vez mais utilizada, quer com fins diagnósticos quer com fins terapêuticos em derrames pleurais recidivantes.

Os autores procederam à revisão das toracoscopias efectuadas no Serviço de Pneumologia do HSJ no período decorrido entre Janeiro de 1995 e Dezembro de 2000, tendo como objectivo avaliar a sua rentabilidade diagnóstica e terapêutica assim como a ocorrência de complicações.

Durante este período foram efectuadas 76 toracoscopias cujo principal objectivo foi o estudo de derrames pleurais de etiologia não esclarecida e a realização de pleurodese com talco quando indicado. Destas, 65 tiveram finalidade diagnóstica (em 6 efectuou-se pleurodese em simultâneo) e 11 exclusivamente para realização de pleurodese.

As pleuroscopias foram efectuadas com anestesia local e pré-medicação com petidina e atropina. Dos doentes estudados, 50 eram do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com uma média de idades de 59,1 anos. O líquido pleural era predominantemente hemático e serohemático. Morfológicamente as lesões mais frequentemente encontradas foram as placas e nódulos, por vezes associados. Observou-se uma baixa taxa de complicações (enfisema subcutâneo-2, agitação-3, tosse-2, insuficiência respiratória-2, edema agudo do pulmão-1, sedação excessiva-1) que reverteram após terapêutica adequada.

Das 60 biópsias efectuadas 26 foram neoplasias, 4 insuficiências hepáticas, 2 tuberculoses, 1 empiema e 1 insuficiência renal.

Concluimos assim que a pleuroscopia foi uma técnica rentável no estudo dos derrames pleurais não esclarecidos por outras técnicas diagnósticas e que apresentou uma baixa taxa de complicações. Nas situações de derrame pleural neoplásico recidivante permitiu o controle sintomático do doente, através da realização de pleurodese.

## **Cirurgia de ressecção pulmonar por tuberculose. Análise dos resultados de 7 doentes operados em 2000**

**JOSÉ ANTÓNIO MIRANDA, JOÃO CARLOS MOTA, MARIA MANUELA VIEIRA, HERNÂNI LENCASTRE, MANUEL GUERREIRO**

Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia. Portugal

**Introdução:** Após anos de relativa estabilização, tem-se assistido nos últimos anos ao recrudescimento da tuberculose pulmonar em Portugal, originando deste modo um número crescente de cirurgias para tratamento da tuberculose pulmonar e suas complicações.

**Objectivos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia de ressecção pulmonar, indicações, resultados, morbidade associada e mortalidade.

**Métodos:** Todos os doentes (7) consecutivamente operados a cirurgia de ressecção pulmonar por tuberculose e suas complicações, no período compreendido entre 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2000 foram retrospectivamente avaliados através de revisão dos processos clínicos e por consulta médica.

**Resultados:** Os doentes tinham uma idade média de  $37 \pm 11$  anos, sendo 3 do sexo feminino. Todos cumpriram o esquema terapêutico prévio. As indicações cirúrgicas foram: tuberculose multi-resistente em 2, aspergiloma em 2, aspergiloma e carcinoma epidermóide em 1, expectoração hemoptóica recorrente em 2. Baciloscopias foram negativas em 5 doentes. Foram realizadas 5 lobectomias superior direita, 1 pneumectomia esquerda e 1 lobectomia superior esquerda. 5 doentes tiveram complicações no pós-operatório: 3 com fuga aérea prolongada, 1 foi submetido a revisão de hemostase e 1 doente teve deiscência cicatricial extensa e fibrilhação auricular. O tempo de internamento foi de  $21,6 \pm 20,8$  dias (mínimo de 7 dias e máximo de 67 dias). Não houve mortalidade a registar ou outras complicações, nomeadamente fistula bronco-pleural, até ao presente.

**Conclusões:** A cirurgia de ressecção pulmonar continua a ter um papel importante no tratamento da tuberculose pulmonar. A decisão do tempo ideal para a execução da cirurgia deve ser condicionada pela optimização clínica do doente e em associação à terapêutica médica. Apesar das dificuldades técnicas próprias deste tipo de intervenção e da existência de morbidade significativa nesta série, a mortalidade foi nula e os resultados a médio prazo foram favoráveis.

## **Teratoma mediastínico maduro - a propósito de um caso clínico diagnosticado por biópsia aspirativa transtorácica (BAT)**

**BEATRIZ FERNANDES, BÁRBARA PARENTE, SARA CONDE, NATÁLIA TAVEIRA, ROSETE NOGUEIRA, JORGE SEADA**

Unidade de Pneumologia Oncológica. Departamento de Pneumologia do CHVNGaia

**Introdução:** Os Teratomas são os mais comuns tumores de células germinativas do mediastino (cerca de 60-80% das lesões). Habitualmente os doentes têm menos de 30 anos de idade e histologicamente podem classificar-se em Maduros, Imaturos e Malignos.

**Material e Métodos:** Os autores relatam um caso de Teratoma Maduro volumoso do mediastino, cujo diagnóstico foi efectuado por BAT, em que foi possível identificar as várias estruturas habituais no Teratoma e cujo resultado histológico da peça operatória comprovou o diagnóstico.

**Resultados:** Trata-se de um homem de 21 anos que por questões laborais efectua Microrradiografia que evidenciou volumosa massa que se estende do mediastino à periferia do pulmão.

Na anamnese constava toracalgia moderada com início desde há 2 meses. Foi possível a observação de Microrradiografia normal, efectuada 4 anos antes.

A BF revelou lobo médio com mucosa congestiva e vascularizada, B5 com sinais de estenose por compressão extrínseca. O produto de lavagem foi negativo para células malignas.

A TAC Torácica: "A nível do mediastino anterior observa-se volumosa formação heterogénea de limites lobulados, mas regulares e bem definidos, predominantemente líquida, com algumas zonas arredondadas de gordura e um ponto de calcificação central".

A BAT efectuada mostrava com segurança tratar-se de Teratoma Maduro observando-se células pavimentosas sem atipia, escamas anucleadas, material queratínico, agrupamentos de glândulas sebáceas e tecido adiposo. Em função deste resultado foi possível programar ressecção cirúrgica. O resultado da peça operatória mostrou massa de morfologia ovoide com  $13 \times 12 \times 8$  cm e 407 gr de peso revestido por cápsula lisa. O exame histológico confirma o resultado da BAT, com presença de: tecido fibroso ósseo, muscular, cartilágneo, epitélio malpighiano, cilíndrico, tecido tipo glândula salivar, digestivo sem presença de lesões imaturas.

**Comentários:** Os autores realçam o valor da BAT na confirmação do diagnóstico pelas características de benignidade destas lesões, o que permitiu a programação de cirurgia dado que os mesmos nem sempre são benignos.

## **Tratamento cirúrgico de doentes com cancro do pulmão não pequenas células (CPNPC)**

**Experiência da Unidade de Pneumologia Oncológica do Departamento de Pneumologia CHVNGaia**

**B. PARENTE, B. FERNANDES, S. CONDE, A BARROSO, H. LENCASTRE, J.M. E SÁ, J. MIRANDA, J.C. MOTA, J. SEADA**

Departamentos de Pneumologia e Cirurgia Cardio-tóraca do CHVN Gaia

**Introdução:** O cancro do pulmão é uma das principais causas de morte por cancro no mundo. Cerca de 80% destes são CPNPC sendo uma grande parte inoperáveis quer por metástases á distancia quer por doença localmente avançada. Nos estádios precoces (I;II), e seleccionados IIIa a cirurgia é a melhor opção, verificando-se já actualmente, baixos riscos operatórios.

**Objectivos:** Analisar sobrevida dos doentes da Unidade Pneumologia Oncológica submetidos a ressecção cirúrgica no período de 1992/ 2000 relativamente ao tipo de cirurgia efectuada, histologia e estadiamento pós- cirúrgico. Avaliar também a taxa de mortalidade peri-operatória (até 30 dias pós cirurgia).

**Resultados:** Dum total de 1112 doentes com cancro do pulmão, 930 (83.6%) referem-se a CPNPC e destes 121 (13.1%) foram submetidos a ressecção cirúrgica: – 84,3% homens e 15.7% mulheres; idade média 61.8 anos; Epidermoides-55, Adenocarcinomas-55, e outros tipos em 11 casos; tipo de cirurgia efectuada –58 lobectomias ,58 pneumonectomias e em 5 casos outro tipo de cirurgia; estadiamento pós-cirúrgico –68 casos (56.2%) estadio I, 19 (15.7%) estadio II e 33 (27.3%) estadio III. A análise da sobrevida efectuada pelo método de Kaplan-Meier não mostrou diferença estatisticamente significativa para o tipo histológico (p=0.64) e tipo de cirurgia efectuada(p= 0.07) mas foi altamente significativa (p<.001) para o estadio I comparativamente ao estadio III, sem valor estatístico neste estudo para o estadio II (p=0.06). Sobrevidas globais aos 3 e 5 anos respectivamente de 45% e 32%. No estadio I a sobrevida aos 5 anos é de 60%, estadio II 45% e III de 15%. Nos ultimos 4 anos foi possível analisar separadamente as curvas de sobrevida dos estádios Ia e Ib. A mortalidade peri-operatória investigada para os últimos 4 anos mostrou uma taxa de mortalidade de 10% (6 de 60 doentes).

**Conclusões:** Os nossos dados não diferem grandemente dos consultados em literatura recente, salvo relativamente á mortalidade peri-operatória em que se apresenta superior, quer em relação à caracterização dos doentes quer em relação aos resultados obtidos. O não significado estatístico, na sobrevida, dos estádios II comparativamente quer ao estadio I quer ao III poderá dever-se ao não doentes neste estadio ser muito inferior ao dos outros estádios. Pensamos que, melhor e mais efficientes métodos para identificação de doentes assintomáticos em estádios I e II são necessários; quando identificados nódulos pulmonares solitários deve ser efectuada um diagnóstico agressivo para detectar malignidade tendo em conta uma completa ressecção pulmonar no mais curto espaço de tempo que possa assegurar a melhor sobrevida, aliada também á melhor qualidade de vida do doente.

## **Estudo retrospectivo dos casos de tuberculose diagnosticados clinicamente e/ou microbiologicamente no Hospital Pedro Hispano nos anos de 1998 e**

**1999**

**ALBINO SILVEIRA, PAULO REIS, VALQUIRIA ALVES, FERNANDA JOÃO**

Departamento de Medicina e Laboratório de Microbiologia da ULS – Matosinhos

A Tuberculose tem vindo a ocupar um lugar importante nos hospitais portugueses quer pela sua importância em termos de saúde individual e publica, quer pelos custos que o diagnóstico e tratamento acarretam para toda a população, existindo já vários estudos pontuais recentes sobre as suas características e comportamentos. Os autores realizaram um estudo retrospectivo, visando os anos de 1998 e 1999, dos casos de tuberculose, pulmonar ou extra-pulmonar, diagnosticados no Hospital Pedro Hispano ( HPH ), de forma a avaliar, para a população do Concelho de Matosinhos, essas características e verificar a coincidência dos diagnósticos clínico/radiológico e microbiológico (cultural) como medida da acuidade do primeiro. Para tal partimos da base estatística informatizada da Instituição, cruzando os dados obtidos nos processos hospitalares com os fornecidos pelo laboratório de microbiologia do HPH, de que constavam todos os casos com exame cultural positivo para o *M. tuberculosis*. Assim foi obtida uma amostra de 216 doentes ao longo dos dois anos estudados, dividida por idade, sexo, freguesia de residência, atingimento (pulmonar ou extra-pulmonar), produtos microbiológicos colhidos, positividade do exame cultural, doenças associadas e dias de internamento. Verificou-se existir um claro domínio do sexo masculino (73% do total nos 2 anos), com idade compreendida entre 25 e 35 anos (33%), residentes nas freguesias de Custóias e Sta Cruz do Bispo, com atingimento pulmonar (67%), com SIDA (26,9%) e com internamento superior a 15 dias (59,8%). Verificou-se também a confirmação de tuberculose por exame cultural numa percentagem de 64% (n=138) e, por outro lado, constatou-se que em 3,72% (n=8) não foi feito o diagnóstico clínico, embora tenha havido positividade microbiológica cultural para o *M. tuberculosis*. Concluímos que a população mais afectada por esta doença não tem alterado significativamente as suas características demográficas em qualquer das variáveis consideradas ao longo dos estudos que têm vindo a ser feitos sobre este tema (noutras áreas geográficas), alguns dos quais realizados há mais de 10 anos, que a principal situação clínica associada é a SIDA, e que ainda não existe um protocolo de actuação claro e eficaz para o diagnóstico destes doentes, o que se traduz numa discrepância entre o diagnóstico clínico-radiológico e o microbiológico (cultural).

## **Síndrome de Sjögren – caso clínico**

**ANTÓNIO MORAIS, ANA ROSA SANTOS, TERESA FERREIRA**

Serviço de Pneumologia-Hospital São João-Porto

**Introdução:** O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença reumática crónica autoimune, que se caracteriza por infiltração linfocitária das glândulas lacrimais- queratoconjuntivite seca e salivares- xerostomia, podendo, com menor frequência, afectar glândulas exócrinas noutras locais e/ ou associar-se a infiltração linfocitária em vários órgãos. O atingimento pulmonar observa-se em cerca de 10-20% dos doentes, sendo a forma de apresentação em 1-2%. As manifestações mais comuns são a secura da mucosa traqueal- xerotraqueia, a obstrução brônquica por atingimento das glândulas submucosas e infiltração do interstício, que por vezes evolui para a fibrose. O atingimento pleural é raro, encontrando-se geralmente presente quando o SS se associa a outras doenças reumáticas como o LES ou a Artrite Reumatóide. **Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 48 anos, trabalhadora numa distribuidora de imprensa, que iniciou no mês de Setembro de 2000, um quadro de febre, astenia, anorexia e dispneia para esforços intermédios. Após o estudo inicialmente efectuado, foi-lhe diagnosticada poliserosite, com derrame pleural bilateral e pericárdico, ambos de pequeno volume. Na toracocentese identificou-se um líquido amarelo escuro correspondente a um exsudado com predomínio de linfócitos; a biópsia pleural mostrou inflamação inespecífica. A doente manteve agravamento clínico, apresentando funcionalmente um síndrome restritivo grave- [FVC- 41% (1.40 L), VEMS-37% (1.08 L), IT-77%, TLC- 48% (2.58 L), VR-60% (1.11 L)], transferência alvéolo-capilar pelo CO diminuído- 48% (12.5 L), e hipóxia- 61,3 mmHg. Na TAC torácica (com cortes de alta resolução), não foram detectadas alterações a nível do parênquima pulmonar. Os estudos microbiológicos e serológicos na expectoração, sangue e urina foram negativos. No estudo imunológico observou-se a presença de atc anti nucleares- 1/40 / padrão mosqueado, atc SSA e SSb (+), atc Sm (-) e FR (-). Posteriormente e apesar de não ter sido efectuada terapêutica, nomeadamente com corticóides, a doente teve melhoria clínica, com regressão do derrame e diminuição franca da dispneia, apresentando recuperação funcional- FVC- 68% (2,06L), VEMS- 57% (1.48 L), IT- 72%, TLC- 80% (3,92 L), VR- 103% (3,92 L), DLCO- 56% (13,6 L) e valores gasométricos normais. Dadas as alterações imunológicas foi efectuada avaliação ocular na qual se observou um teste de Shirmer < 5 mm e tempo de rotura do filme lacrimal < 15'', alterações compatíveis com queratoconjuntivite seca; efectuou-se biópsia das glândulas salivares na qual era observado infiltrado linfóide focal peri-acinar e peri-ductal, compatível com o diagnóstico de SS.

**Conclusão:** Trata-se de um caso de SS diagnosticado após manifestação pleuropulmonar, embora já houvesse previamente queixas oculares e de secura bucal nunca valorizadas. A presença de derrame pleural, manifestação rara no SS, sugere a associação desta patologia a outra do foro reumático, suspeita que no entanto, pelo menos por enquanto, não é suportada pelos resultados do estudo imunológico.

## Mesotelioma pleural maligno –

## análise casuística de um Hospital Central

MARIA SUCENA, ADELINA AMORIM,  
ADRIANA MAGALHES

Serviço de Pneumologia. Hospital de São João, Porto

O mesotelioma maligno é um tumor pleural raro associado à exposição a fibras de asbestos.

A incidência do mesotelioma maligno está a aumentar em todo o mundo, o que reflecte a grande utilização industrial dos asbestos até aos anos 70. Os autores efectuaram um estudo retrospectivo dos casos de mesotelioma pleural maligno diagnosticados no Hospital de São João, no período de Janeiro de 1992 a Dezembro de 2000.

Foi objectivo deste trabalho a caracterização dos doentes relativamente ao sexo, idade, formas de apresentação da doença, meios de diagnóstico usados, antecedentes profissionais relevantes e terapêutica efectuada.

Nos 9 anos a que se refere o estudo foram encontrados 10 doentes com o diagnóstico de mesotelioma pleural maligno. Destes, 5 eram do sexo masculino.

Os doentes estudados tinham idade média de 57,9 anos (41-81 anos).

O tempo médio entre o início dos sintomas e a ida ao hospital foi de 85 dias.

A dor torácica foi o sintoma inicial mais frequente.

Na maioria dos casos (90%) a apresentação radiológica foi o derrame pleural.

Embora a biópsia pleural fechada tenha sido efectuada em todos os doentes, ela foi diagnóstica em apenas 4.

A toracosopia foi efectuada em 6 doentes, tendo tido uma rentabilidade de 100%.

Apenas foi possível confirmar a exposição profissional a fibras de asbestos em 1 doente.

A quimioterapia foi a terapêutica instituída em 3 doentes.

## Tumor endobrônquico de células granulares - caso clínico

MARTA DRUMMOND, ADRIANA MAGALHES,  
VENCESLAU HESPANHOL

Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

**Introdução:** Os tumores de células granulares (TCG) são tumores benignos raros de origem neurogénica com predilecção pelas regiões da cabeça e pescoço, sendo o envolvimento do tracto respiratório pouco usual.

**Caso clínico:** Reporta-se o caso de um doente do sexo masculino, 29 anos, raça caucasiana, ex-trabalhador da construção civil, ex-fumador, com história de alcoolismo crónico, insuficiência hepática e cardiomiopatia dilatada de provável origem alcoólica. Internamentos frequentes por descompensação de insuficiência cardíaca. Em Maio de 2000 internamento por descompensação de insuficiência cardíaca. Analiticamente apresentava anemia, subida da enzima gama-GT, das bilirrubinas total e directa e hipoalbuminemia. A telerradiografia do tórax mostrava opacidade pulmonar em ambas as bases compatível com derrame pleural bilateral. A TAC torácica mostrou perda de volume à direita e desvio homolateral do mediastino, pequenas áreas de condensação do parênquima pulmonar inferior direito, assim como derrame pleural bilateral de pequeno volume. Para estudo da referida atelectasia o doente realizou broncofibroscopia (BFC). Foi visível neoforção mamilonada na face antero-medial da emergência do BPD, tendo o exame anatomopatológico revelado metaplasia escamosa do epitélio de revestimento. Dada a forte suspeita neoplásica, o doente foi proposto para realização de broncoscopia rígida, tendo sido repetida a biópsia. O exame anátomo-patológico mostrou células de citoplasma granular e eosinófilo, com núcleos pequenos, redondos, centrais, sem focos de necrose ou figuras de mitose. No estudo imunocitoquímico observou-se imunorreactividade "para" a vimentina e proteína S-100, não havendo reactividade "para" actina. Concluiu tratar-se de um tumor de células granulares.

Dado o elevado risco operatório, pela insuficiência cardíaca e pelo síndrome respiratório restritivo grave apresentados pelo doente, foi decidido não efectuar exérese cirúrgica da lesão. Na avaliação endoscópica aos 6 meses, a lesão encontrava-se semelhante à anteriormente observada e a TAC torácica também não mostrou qualquer alteração ao exame anterior.

**Conclusão:** O tumor de células granulares é, muitas vezes, um achado endoscópico. Neste doente dado o risco cirúrgico e a ausência de obstrução brônquica e/ou sintomas não foi realizado qualquer tratamento, mantendo-se em vigilância regular. Após 6 meses de seguimento a lesão mantém as mesmas características. A decisão terapêutica dependerá da evolução da lesão.

## Febre pós-broncofibroscopia: estudo prospectivo

MARTA DRUMMOND, ADRIANA MAGALHães, VENCESLAU HESPANHOL

Serviço de Pneumologia do Hospital de São João- Porto

**Introdução:** A broncofibroscopia (BFC) é um procedimento essencial no diagnóstico e na terapêutica da patologia respiratória. A ocorrência de febre transitória pós-broncofibroscopia tem sido descrita em alguns trabalhos, mantendo-se o seu significado ainda desconhecido.

**Objectivo:** Determinar a incidência de febre e bacteriemia nas 24 horas pós-broncofibroscopia e identificar os factores que determinam o seu aparecimento.

**Material e Métodos:** Estudaram-se prospectivamente 91 doentes ambulatoriais e 40 doentes internados no S. Pneumologia do H.S.J. nas 24h após BFC, relativamente ao aparecimento de febre ( $T > 38^{\circ}\text{C}$ ). Foram excluídos do estudo os doentes em ambulatório que haviam apresentado febre nas 48h prévias ao procedimento, que apresentavam infecção do tracto respiratório inferior documentada, terapêutica antibiótica e/ou corticoterapia em curso ou todos os que não tivessem dado o seu consentimento. Os doentes submetidos a BFC entravam no estudo de acordo com os critérios de inclusão acima referidos, sendo efectuados os protocolos de estudo referentes a doentes em ambulatório e em internamento.

**Resultados:** Dos doentes ambulatoriais 68% eram homens, 85% não tinham antecedentes respiratórios conhecidos, 6,6% apresentavam infecção pelo HIV, em 18% o motivo da realização de BFC foi suspeita de neoplasia pulmonar. A média de idade era de  $54 \pm 16,5$  anos, 38,5% referiram hábitos tabágicos, 68% tinham cáries dentárias, em 61,5% a BFC não mostrou qualquer lesão. A febre pós BFC surgiu em 12% (11) doentes, em 2 dos quais se verificaram hemoculturas positivas. Há a realçar um caso de disseminação bronco-génea de tuberculose pulmonar pós-BFC e um caso de pneumonia pós-LBA, ambas com necessidade de internamento.

Dos doentes internados 85% eram homens, média de idade de  $59 \pm 15,4$  anos, 30% das BFC foram realizadas por suspeita de neoplasia pulmonar, 52,5% não referiram qualquer antecedente respiratório, 15% mantinham hábitos etílicos marcados, 55% eram fumadores. Em 42,5% a BFC foi normal e em 20% mostrou massa endobrônquica, 12,5% (5) desenvolveram febre após BFC, em nenhum se verificou alteração radiológica, em 7,5% houve subida de leucócitos  $> 50\%$  da contagem prévia. Só um doente teve hemoculturas positivas pós-BFC mas já havia sido feito isolamento prévio do mesmo agente no sangue. Não encontramos associação significativa entre o desenvolvimento de febre e o grupo etário, a existência de cáries dentárias, tabagismo, doença sistémica, presença de alterações endoscópicas, realização de LBA, EB, BB e BTB, em qualquer dos grupos.

**Conclusão:** Uma percentagem significativa dos doentes (12%) desenvolveu febre após BFC. A grande maioria apresentou hemoculturas negativas o que suporta a hipótese da não existência de infecção subjacente ao aparecimento de febre. Não encontramos associação significativa entre o aparecimento de febre e os factores estudados.

## Medição da área faríngea por faringometria acústica no Síndrome de Apneia do Sono

LOURDES IGLESIAS, J.C. WINCK, C. LOURENÇO,



E. EUSÉBIO, E. SANTA CLARA, P. VIANA, T. FERREIRA, J. ALMEIDA

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

**Introdução:** No Síndrome de Apneia do Sono (SAS) ocorrem episódios repetidos de colapso da faringe durante o sono, sendo o estudo poligráfico do sono o método de diagnóstico «gold-standard». Contudo dados os seus custos, têm surgido outros métodos de diagnóstico mais simples. A avaliação das dimensões e função da faringe têm adquirido algum interesse ao detectar os doentes de risco. A faringometria acústica é um método não invasivo de avaliação da estrutura e função da faringe que foi recentemente comercializado.

**Objectivo:** Comparar a área faríngea de doentes com Síndrome de Apneia do Sono com um grupo controle.

**Material e métodos:** Foram estudados 22 doentes com Síndrome de Apneia do Sono e 8 controles, sendo medidas as áreas faríngeas através do método da faringometria acústica (EccoVision, SenSorMedics).

**Resultados:** A área faríngea média e o volume faríngeo dos doentes com Síndrome de Apneia do Sono foi significativamente menor que o grupo controle:  $2,74 \pm 0,82 \text{ cm}^2$  versus  $3,75 \pm 0,60 \text{ cm}^2$ ,  $p < 0,02$  e  $34,9 \pm 10,6 \text{ cm}^3$  versus  $46,5 \pm 11,9 \text{ cm}^3$ ,  $p < 0,05$  respectivamente.

**Conclusão:** Os doentes com Síndrome de Apneia do Sono têm uma área e um volume faríngeos menores que os doentes sem SAS. A sua aplicação como método de «screening» na avaliação destes doentes merece estudos futuros.

## Avaliação de doentes com neoplasia pulmonar e metastização cerebral na altura do diagnóstico

LOURDES IGLÉSIAS, ANTÓNIO MORAIS, VENCESLAU HESPANHOL, HENRIQUE QUEIROGA

Serviço de Pneumologia-Hospital São João-Porto

**Introdução:** Existe um significativo número de doentes com neoplasia pulmonar (NP), que na sua evolução vem a ter metastização cerebral (MC). No entanto, a MC manifesta-se numa menor percentagem de doentes com NP, na altura do diagnóstico.

**Objectivo:** Estudo das características dos doentes com NP e MC na altura do diagnóstico e a influência das mesmas na sobrevivência destes doentes.

**Material e métodos:** Incluímos neste estudo 68 doentes- 59 (86,7%) homens e 9 (13,2%) mulheres- com NP e MC na altura do diagnóstico (1994-2000), com média de idades de  $44 \pm 0,5$ . Foram estudadas a idade, sexo, hábitos tabágicos, sintomas neurológicos, estado geral (escala de Zubrod), tipo histológico, número e localização das metastases cerebrais, outras metastases além da MC, o tratamento e a sobrevivência. Na análise da sobrevivência utilizamos o Logrank test e o método de Kaplan-Meyer.

**Resultados:** 80% apresentavam sintomas neurológicos sendo em 50,8%

os sintomas de apresentação; 58,2% tinham mau estado geral (Zubrod-3/4); o adenocarcinoma foi o tipo histológico mais comum- 60,2%; 60% tinham metastase cerebral única; 47,8% tinham metastases além da MC; 7% efectuaram cirurgia; em relação às terapêuticas não cirúrgicas, 53,8% efectuaram radioterapia cerebral + quimioterapia, 22% apenas radioterapia cerebral e 25,8% somente corticoterapia. A sobrevivência mediana foi de 3,5 (2,5-4,5) meses; o estado geral e a existência de outras metastases além da MC mostraram uma influência estatisticamente significativa em relação à sobrevivência ( $p = 0,0002$  e  $p = 0,0064$ , respectivamente). As outras características estudadas não demonstraram associação significativa com a sobrevivência.

**Conclusões:** Verificámos, como em outras séries, uma sobrevivência baixa nos pacientes com NP e MC na altura do diagnóstico. O estado geral e a existência de outras metastases além da MC revelam-se de uma influência significativa na sobrevivência destes doentes.

## Braquiterapia de alta taxa de dose brônquica no cancro do pulmão

LUÍS ROCHA\*, NATHALIE STAS\*\*, LURDES TRIGO\*\*, JOSÉ ALVES\*

Serviços de Pneumologia\* e Radioterapia\*\* do IPO Porto

O tratamento e controlo tumoral local do carcinoma broncogénico é conseguido por variados e diferentes métodos, de forma isolada ou em combinação. No entanto a braquiterapia (BT) de alta taxa de dose brônquica (ATD) está bem estabelecida, sendo segura e com bons resultados na desobstrução brônquica durável.

Durante o ano de 2000, no IPO Porto, efectuamos o tratamento paliativo a 13 doentes, fazendo a aplicação de 35 ATD (fracção es 5 Gy – dose total 5 a 15 Gy) e com avaliação da regressão tumoral endoscópica quantificada antes de cada fracção e 6 a 8 semanas após o fim do tratamento. O carcinoma epidermoide (Epi=9), adenocarcinoma (Adc=2), carcinoma adenóide cístico (Adcístico=1) e metastase única de carcinoma extrabrônquica (Ca recto=1), foram os tumores tratados e cuja localização central era acessível à broncofibroscopia (Tabela 1):

**Tabela 1:** Doentes tratados no IPO Porto durante o ano 2000 com BT de ATD

	Estádio	Histologi	Localização	ATD	Complicaç_es	Sobrevida
						a
1	Recidiva	Adc.	BPE / BPD	5	Tosse	Vivo
2	T4N1	Adc.	BPE	3		Vivo
3	T2N0	Epid.	LSD	2		Vivo
4	T4N1	Epid.	BPD	3		Vivo
5	T4N2	Epid.	BPE / LIE	3		Vivo
6	T3N2	Epid.	Traqueia/BPE	1	Mau estado	Falecido
7	T4N1	Epid.	BPE / LSE	4	geral	Falecido
8	T2N1	Epid.	BPD/LID	2	Hemoptises	Vivo
9	Recidiva	Adcístico	Traqueia/BP	2		Vivo
10	T4N1	Epid.	D	3	Tosse	Vivo
11	T4N2	Epid.	BPE	3		Vivo
12	T4N2	Epid.	BPE / LSE	3		Vivo
13	T4N2M1	Ca recto	BPE / LSE	1		Vivo
			BPD			

A BT endobrônquica de ATD como tratamento multidisciplinar no cancro do pulmão, é destinada a casos seleccionados e neste grupo de doentes foi eficaz como tratamento paliativo, tivemos uma complicação com falecimento do doente 15 dias após por hemoptises, dada a necrose tumoral, o outro falecimento foi 8 meses depois e devido ao tratamento citostático. Na obstrução brônquica completa é sempre necessário começar pelo LASER, pois este dá uma resposta imediata e a BT realizada 15 dias após, tem uma resposta mais lenta mas mais durável.