

C35.

Docetaxel no tratamento em 2ª linha de doentes com carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC)

–Uma experiência multicêntrica–

MARIA JOSÉ MELO¹, FERNANDO BARATA², AMÉLIA SOUSA³, PEDRO BARRADAS¹, ANA FIGUEIREDO², ALICE PEGO³, PAULA ALVES¹, MARGARIDA CRISTOVÃO¹, AGOSTINHO COSTA¹

¹ Unidade de Oncologia Pneumológica. Serviço de Pneumologia Geral. Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

² Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

³ Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Em doentes com CPNPC, estádios avançados, uma larga meta-análise de 52 estudos randomizados concluiu que a quimioterapia contendo um composto platínio e um novo fármaco se traduz em taxas de resposta de 30% a 40% e sobrevidas ao ano de 35% a 40%. Para alguns doentes, em progressão ou recidiva após a terapêutica anterior, mantendo bons factores de prognóstico, o docetaxel parece associado a uma boa eficácia, aumento da sobrevida com escassa toxicidade.

Objectivos: Investigar a eficácia e a toxicidade do docetaxel em monoterapia em doentes resistentes e refractários a uma terapêutica em primeira linha contendo sais de platínio.

Doentes, Métodos e Resultados: Estudámos 66 doentes, diagnosticados e tratados em três centros portugueses com experiência no cancro do pulmão. Em doentes com CPNPC histológico, com performance status 0,1 ou 2, adequada função hepática, renal e medular, resistentes ou refractários a uma quimioterapia prévia fizemos docetaxel – 75 mg/m² no dia 1 de 21/21 dias. No Quadro I as características dos doentes e eficácia à 1ª e 2ª linha.

A toxicidade foi avaliada em todos os doentes. Uma leucopenia grau 3 ou 4 ocorreu em 8 (12%) doentes e uma neutropenia grau 3 ou 4 em 17 (25%) doentes. Sem anemia ou trombocitopenia grau 3 ou 4. Registaram-se 6 episódios de neutropenia febril. Da toxicidade não-hematológica sublinhar uma neuropatia periférica grau 2 motora e/ou sensorial em 14 (21%) doentes; náuseas e vômitos grau 3 em 3 (4,5%) doentes; reacção anafilática grave em 3 (4,5%) e uma alopecia grau 2 em 24 (36%) doentes e grau 3 em 14 (21%).

Conclusões: Neste estudo a taxa de resposta do docetaxel em 2ª linha foi de 16,6% de resposta objectiva e 36,4% de estabilidade. Apresenta uma moderada toxicidade hematológica e não hematológica. Avaliação detalhada dos quimiosensíveis vs quimioresistentes, bem como curvas actualizadas de sobrevida global e da terapêutica com docetaxel serão apresentadas em Novembro.

QUADRO I

Características dos doentes e eficácia à terapêutica

	Caracterist.		1ª linha		2ª linha
N.º doentes	66	Ciclos/doente (mediana)	3 (1-8)	Re-estadiam. IIIB // IV	9 // 57
Idade mediana	60,5 (37-74)	Nº ciclos (total)	253	Perf. Status 0-1 // 2	55 // 11
Sexo (M/F)	57 / 9	QT 1º L. (carb+) Gem // Vin // Tax	13 // 9 // 4	Nº ciclos (total)	236
Perf. Status 0-1 // 2	60 // 6	QT 1º L. (cispl+) Gem // Vin // MVP	11 // 8 // 11	Ciclos/doente (mediana)	3 (1-8)
Estádio IIIA // IIIB // IV	4 // 31 // 31	Outras terap. RT // RTpaliat	9 // 12	Sobrev. med (47 falec)	21 sem.
Histologia		T. Respostas		T. Respostas	
Adeno	31	Completa	-0%	Completa	-0%
Epidemoide	28	Parcial	16-4.2%	Parcial	11-6.6%
G.Celulas	3	Estabilidade	19-8.8%	Estabilid.	24-6.4%
Indiferenc	4	Progressão	31-47%	Progressão	31-47%

C36.

Carboplatínio e gemcitabina no tratamento do carcinoma Pulmonar não pequenas células (CPNPC), doença avançada. Experiência no doente idoso

FERNANDO BARATA, ANA FIGUEIREDO, RUI PATO

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: Cerca de 1/3 dos doentes com Cancro do Pulmão têm à data do diagnóstico 70 ou mais anos. A presença de várias comorbilidades, a baixa reserva funcional com a consequente possibilidade de alteração da farmacocinética e da farmacodinamia dos fármacos anti-neoplásicos pode conduzir a uma eficácia diferente e a uma toxicidade não previsível com a quimioterapia. Na última década novos agentes antineoplásicos fazem parte do arsenal terapêutico. Desde Janeiro de 1999 a combinação carboplatínio+gemcitabina é a nossa tera-

pêutica standart no CPNPC, inoperável, localmente avançado ou metastático.

Objetivos: Avaliar da eficácia (taxa de resposta) e da toxicidade da combinação Carboplatínio (AUC 5) dia 1 e Gemcitabina 1250 mg/m² dias 1 e 8, administrada de 3/3 semanas em doentes com CPNPC, estadio IIIB com derrame ou IV. Secundariamente determinar a sobrevida ao ano e a sobrevida global. Com especial atenção avaliar estes mesmos parâmetros nos nossos doentes idosos (≥70 anos).

Métodos: Desde Janeiro/1999, tratámos 49 doentes, dos quais 21 eram idosos. Condições de inclusão incluem CPNPC histológico, com performance status 0,1 ou 2, adequada função hepática, renal e medular, sem metástases cerebrais. Todos os doentes foram avaliados ao 3º e 6º ciclo. Se estabilidade ao 3º ciclo ponderada a continuação da QT. Se progressão ao 3º ciclo saíam do estudo. No Quadro I as características dos doentes.

Resultados: Representados no Quadro II, enquanto no Quadro III referenciamos a toxicidade hematológica (critérios OMS). Toxicidade não-hematológica não significativa.

No total de ciclos houve 28 adiamentos. Não estava previsto redução de dose.

Conclusões: Este regime administrado de 3/3 semanas, em Hospital de Dia, é eficaz e bem tolerado. Mesmo no doente idoso, respeitados os critérios de inclusão, mostra elevada eficácia, podendo ser administrado com segurança.

QUADRO I
Características dos doentes

	TOTAL	IDOSOS
Nº doentes	49	21
Idade mediana	67 (44-79)	73 (70-79)
Sexo (M/F)	43 / 6	19 / 2
Perf. Status 0-1 // 2	37 // 12	18 // 3
Estádio IIIB // IV	17 // 32	8 // 13
Histologia		
Adeno	24	8
Epidermóide	23	12
G. Células	2	1

QUADRO II
Resultados

	TOTAL	IDOSOS
Nº ciclos (mediana)	4 (2-6)	5 (3-6)
Nº ciclos (total)	201	67
Sobrevida (mediana)	36,5 (semanas)	38 (semanas)
Sobrevida (d. c/RO)	43,5 (semanas)	43 (semanas)
Doentes vivos Ao ano	13 // 49 26,5%	7 // 21 33,3%
T. Respostas		
Parcial	22 (45%)	12 (57%)
Estabilidade	13 (25,5%)	6 (28,5%)
Progressão	14 (28,5%)	3 (14,2%)

	Hg Gr.2	Hg Gr.3	Hg Gr.4	Leuc. Gr.2	Leuc. Gr.3	Leuc. Gr.4	Neut. Gr.2	Neut. Gr.3	Neut. Gr.4	Plaq. Gr.2	Plaq. Gr.3	Plaq. Gr.4
Total 201 cicl.	20 9,9%	8 4,0%	-	14 6,9%	8 4,0%	-	13 6,5%	10 5%	3 1,5%	4 2%	2 1%	-
Idosos 67 cicl.	8 11,9%	2 3,0%	-	2 3,0%	1 1,5%	-	6 8,9%	2 3%	-	3 4,5%	1 1,5%	-

C37. Rentabilidade da broncofibroscopia em doentes com suspeita de neoplasia pulmonar

MARTA DRUMMOND, ADELINA AMORIM, ADRIANA MAGALHÃES, VENCESLAU HESPAHOL

Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

A Neoplasia Pulmonar (NP) é uma entidade nosológica que requer diagnóstico rápido e preciso. A Broncofibroscopia (BFC) é um dos meios complementares de diagnóstico mais usados para esse fim.

Avaliar a rentabilidade da BFC e suas técnicas complementares, lavado (LB), escovado (EB) e biópsia (BB) brônquicos em doentes com suspeita de NP.

Estudo retrospectivo baseado em dados de 173 doentes com suspeita de NP que foram submetidos a BFC no S. Pneumologia do HSJ durante o ano de 2000, com fins diagnósticos. EB e BB foram realizados de acordo com os achados endoscópicos. A amostra estudada era composta por 140 doentes do sexo masculino (80,9%) e 33 doentes do sexo feminino (19,1%), de idades compreendidas entre 22 e 90 anos, sendo a média de 62,7 ± 12,04 anos. Em todos os doentes, a BFC foi realizada por suspeita de NP. A maioria dos doentes (98,3%) apresen-

tavam alterações radiológicas, sendo em 68,2% visível consolidação pulmonar.

Em 26% d. não se visualizou qualquer alteração endoscópica, em 24,3% d. foi visível hiperemia da mucosa, em 25,4% d. infiltração da mucosa e em 24,3% casos massa endobrônquica. Foi realizado LB na totalidade dos doentes, em 40 d.(23,1%) procedeu-se à realização de EB e em 93 d.(53,8%) realizou-se BB, em 15 e em 67 doentes, respectivamente, houve diagnóstico de malignidade. Obtivemos diagnóstico de NP em 81 d. (46,8%), sendo a maioria (30,8%) carcinoma epidermóide. Daqueles em que não se obteve diagnóstico de malignidade pela BFC apesar das alterações endoscópicas (27,7%), em 19,7% obtivemos à *posteriori* tal confirmação quer pela repetição da BFC (2,9%) quer pela realização de outras técnicas complementares de diagnóstico (16,8%), sendo a biópsia aspirativa transtorácica (BAT) a mais usada.

A rentabilidade da BFC foi na nossa série de 80,3%.

A BFC é um exame importante no diagnóstico de NP, apresentando uma rentabilidade elevada.

Outros exames complementares de diagnóstico como BAT e Biópsia Cirúrgica revelam-se, muitas vezes, recursos indispensáveis.

C38. Metastização traqueobrônquica de neoplasias extrapulmonares

CRISTINA COXO, YVETTE MARTINS, JORGE PIRES

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra
(Dir.: Dr. Rui Pato)

Com o objectivo de estudar o contributo da broncofibroscopia nos doentes com neoplasias extrapulmonares com metastização traqueobrônquica procedemos a um estudo retrospectivo dos processos dos doentes que efectuaram broncofibroscopia de Janeiro/97 a Dezembro/00 no sector de Broncologia do Centro Hospitalar de Coimbra. Durante este período foram efectuadas 1975 broncofibroscopias e foi considerada a existência de metastização traqueobrônquica por neoplasias extrapulmonares em 27 casos por associação de critérios citológicos, histológicos ou endoscópicos e clinicoradiológicos. Foram excluídos os doentes com neoplasias da tiroide e do esófago que apresentavam invasão directa da árvore traqueobrônquica. Foram analisados o tipo de tumor primário, o intervalo de tempo até ao diagnóstico de metastização traqueobrônquica, manifestações clínicas, radiologia e aspectos endoscópicos. Dos 27 doentes estudados, 8 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idade média de 68,89 anos (37 – 89). As neoplasias primárias foram: neoplasia da mama – 7; neoplasia do útero – 5; neoplasia do cólon – 2; neoplasia gástrica – 2, neoplasia vesical – 2, melanoma – 2; neoplasia do recto – 1; neoplasia do ovário – 1; neoplasia da próstata – 1; neoplasia óssea – 1; carcinoma abdominal – 1; LLC – 1 e neoplasia da mão – 1. A sintomatologia encontrada foi a seguinte: tosse – 12, dispneia – 11, toracalgia – 5, expectoração hemoptóica – 4, hemoptises – 1, sintomas gerais – 7 e assintomáticos – 2. A radiografia do torax revelou: nodulos – 7, condensação – 6, derrame pleural – 5, massa única – 5, empastamento hilar – 3, atelectasia – 2, padrão intersticial – 2 massa múltipla – 1. O diagnóstico foi histológico em 18 doentes, histológico e citológico em 5 doentes, citológico em 3 doentes, endoscópico e clinicoradiológico

em 1 doente. O intervalo médio entre o diagnóstico do tumor primitivo e a metastização traqueobrônquica foi de 32±39,23 meses. A broncofibroscopia evidenciou infiltração da mucosa em 12 doentes, massa tumoral em 7, compressão extrínseca em 3, sinais inflamatórios em 3 e estenose em 2 doentes; com localização a nível central em 2 casos, lobar em 5, segmentar em 10 e a vários níveis em 10. Comentário – Verificámos no grupo estudado que as neoplasias da mama e útero constituiriam a maioria das neoplasias com metastização traqueobrônquica. O intervalo médio entre o diagnóstico de tumor primitivo e a metastização traqueobrônquica foi de 32 meses. A alteração endoscópica mais frequente foi a infiltração da mucosa. Houve uma elevada percentagem (66%) de diagnósticos histológicos.

C39. Estridor na criança. Análise retrospectiva de 4 anos

SOFIA NEVES, J. ALMEIDA, M. FERRAZ,
J. MOURA E SÁ

Unidade de Broncologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

O estridor na criança é um sinal de alerta traduzindo obstrução alta das vias aéreas. Na maioria das vezes é resultante de processos relativamente benignos, podendo no entanto ser o primeiro sinal de obstrução grave com necessidade de intervenção urgente.

Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos motivos pelos quais crianças entre os 0 e 12 anos foram submetidas a Broncoscopia Rígida (BR) no CHVNG entre 1/1998 e 7/2001, incidindo em particular nas crianças submetidas a BR por estridor, de forma a rever a sua etiologia.

Neste período foram efectuadas 257 BR a crianças, 160 do sexo masculino (62%). Os motivos mais frequentes para realização do exame foram: infecções respiratórias de repetição em 43 crianças (17%); atelectasia em 36 (14%); suspeita de aspiração de corpo estranho (CE) em 33 (13%); estudo de estridor em 33 (13%); suspeita de fistula em 21 e realização de LBA para despiste de tuberculose pulmonar em 20 crianças. No grupo de crianças submetidas a BR por estridor, a média de idades foi de 9.3 meses (mínimo 6 dias, máximo 9 anos), sendo 22 dos sexo masculino (67%). Vinte crianças (61%) apresentavam uma idade inferior aos 6 meses. Como principais causas de estridor destacamos: laringomalácia em 17 crianças (51%), traqueomalácia em 9 (27%), estenose subglótica em 2 casos, laringotraqueite em 2 das situações e CE num caso. Duas crianças com laringomalácia grave foram submetidas a laser de CO2 para secção da prega ariepiglótica.

Neste estudo e de acordo com o descrito na literatura, a laringomalácia é a causa mais frequente de estridor inspiratório crónico em crianças com idades inferiores aos 2 anos. Na maioria das situações é uma doença autolimitada com necessidade de vigilância e em casos mais graves de entubação traqueal. A traqueomalácia menos frequente poderá ser a responsável por situações de estridor expiratório. Outras hipóteses diagnósticas terão que ser colocadas em crianças com estridor agudo nomeadamente, aspiração de CE e laringotraqueites.

40. Corpos estranhos na árvore traqueobrônquica: estudo das características clínicas, radiológicas, endoscópicas e procedimentos efectuados

ANTÓNIO MORAIS, ADELINA AMORIM,
SOFIA BARROSO, VENCESLAU HESPANHOL,
ADRIANA MAGALHÃES, ARAÚJO MONTEIRO,
MARTINS COELHO, AGOSTINHO MARQUES

Serviço de Pneumologia do Hospital São João

A aspiração de corpos estranhos (CE) constitui causa significativa de morbidade e risco de mortalidade, especialmente na população de idade infantil.

Foi nosso objectivo na realização deste trabalho, o estudo dos doentes com aspiração de CE, e os procedimentos efectuados para a sua remoção.

Entre o meses de Agosto de 1989 e Julho de 2001 foram efectuadas 339 endoscopias (END) em 288 doentes por suspeita de aspiração de CE, tendo em 197 (68,4%) sido confirmada a presença de CE, sendo estes o objecto deste estudo. Por sua vez não foi observado CE em 91 (31,5%) doentes. Por necessidade de repetição ou reavaliação foram efectuadas 51 END. Dos 197 doentes em que foi confirmada a presença de CE, 128 (65%) eram do sexo masculino e 69 (35%) do sexo feminino. Em relação à idade, 130 tinham menos de 10 anos, com mediana de idades de 1,75 (1,17-3,54) e 67 mais de 10 anos, com mediana de idades de 47 (14-63). A mediana de idades geral era de 3,58 (1,50-14,7). Foram estudadas a apresentação clínica e radiológica, o tempo entre a aspiração do CE e realização de END, as alterações endoscópicas, os tipos de CE e o tipo de procedimentos efectuados. O teste X^2 foi utilizado na análise das variáveis discretas dos grupos estudados (>10 e <10 anos).

Os sintomas mais frequentes foram a tosse (75,1%) e a dispneia (56,4%), não referindo qualquer sintoma 6,4%. A hiperinsuflação (20,5%) foi a alteração radiológica mais frequente, tendo-se observado imagem radiológica do CE em 14,4%, sendo a radiografia normal em 30%. Após a aspiração de CE, os doentes demoraram em mediana <1 dia a recorrerem ao médico e 1 dia a realizarem endoscopia. Foram efectuadas 152 broncoscopias e 45 broncofibroscopias. A ABD foi o local onde se alojaram um maior número de CE (48,2%). Os corpos estranhos foram na maioria orgânicos (66%) – amendoim (17,7%), ossos (8,6%). Houve necessidade de repetir a endoscopia em 28 doentes (14,2%) – 27 broncoscopias e 7 broncofibroscopias, não tendo sido possível a remoção do CE por END em 2 (1%). Houve complicações em 11,2% das END efectuadas, sendo a insuficiência respiratória e o broncospasmo os mais frequentes. Comparando os dois grupos (>10 e <10 anos), observou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à apresentação clínica (tosse – $p=0,04$, RR- 2,86; pieira- $p=0,04$, RR- 3; assintomáticos – $p=0,00$, R- 0,04), alterações radiológicas (hiperinsuflação- $p=0,00$, RR-7,79; imagem radiológica do CE- $p=0,00$, RR- 0,20) e tipo de corpo estranho (inorgânico/orgânico- $p=0,00$, RR- 3,51).

A aspiração de CE continua a ser motivo relevante para realização de END de urgência. A análise desta série mostra-nos ser a END um

meio seguro e altamente eficaz. Os 1^{os} anos de vida são aqueles em que mais frequentemente surgem estas situações, pelo que a sensibilização dos pais poderá ser um elemento importante na sua prevenção.

C41. Hábitos tabágicos numa população hospitalar

A PAULO LOPES, ELISABETE FONSECA

Serviço de Pneumologia. Hospital Amato Lusitano

Com o objectivo de conhecer os hábitos tabágicos a nível de um hospital distrital foi efectuado um inquérito individual aos trabalhadores do hospital. Nesta população 34% eram do sexo masculino e a distribuição por grupos profissionais era a seguinte: Médicos 9,7%, Técnicos Superiores 2,5%, Técnicos de Diagnóstico 5,3%, Administrativos 11,5%, Enfermeiros 36,5%, Auxiliares 34,5%.

Obteve-se uma resposta ao questionário em 266 dos trabalhadores, 40,6% do sexo masculino, com uma média de idades de $37,6 \pm 9,6$ anos. A população respondedora era constituída: 9,4% de Médicos, 2,2% Técnicos Superiores, 6,8% Técnicos de Diagnóstico, 15,8% Administrativos, 38% Enfermeiros e 27,8% dos Auxiliares.

Nesta amostra 35% eram fumadores e 13,5% ex-fumadores com uma média de idades de $37,1 \pm 8,7$ e de $41,2 \pm 10,2$ anos respectivamente. 31,5% fumavam "Lights". A média dos anos de consumo era de $18,7 \pm 9,6$ para os fumadores e de $18,8 \pm 8,9$ para os ex-fumadores e do número de U.M.A. $19,4 \pm 17,4$ e $27,2 \pm 27$ respectivamente.

Dividiu-se os fumadores em dois grupos: Grupo I de idade \leq a 38 anos e Grupo II > aos 38 anos. A percentagem de fumadores do sexo masculino é de 33,3% no Grupo I e de 74% no Grupo II. No Grupo I existe predominio de Técnicos de Diagnóstico (75% destes), Administrativos (64%), Enfermeiros (76%), no Grupo II Médicos (90%), Técnicos Superiores (100%) e Auxiliares (65%).

Os resultados revelam uma incidência muito elevada de fumadores e/ou ex-fumadores nesta população hospitalar, 48,5%. A maior percentagem relativa é de médicos e enfermeiros e há um predominio de fumadores do sexo feminino nos indivíduos mais jovens.

C42. Hábitos tabágicos em profissionais de saúde

M. SIMÕES RAPOSO, J.M. CORREIA, C. MATOS,
L. LOPES*, M. CANCELA ABREU

Hospital de Egas Moniz – Lisboa e Hospital de Santa Luzia* – Elvas

Preteu-se comparar os hábitos tabágicos dos profissionais de saúde em dois Hospitais distintos.

Foram efectuados inquéritos de resposta voluntária e anónima em dois Hospitais com características e dimensões diferentes, um Hospital Distrital (HD) e outro Hospital Central (HC).

Os seguintes quadros ilustram os resultados obtidos:

Dado que a taxa de resposta aos inquéritos foi muito diferente nos dois Hospitais, torna-se difícil fazer uma análise comparativa dos mesmos. No entanto verifica-se uma maior colaboração (maior taxa de respostas) no HD. Dentro das respostas obtidas verifica-se uma maior percentagem de fumadores nos médicos e enfermeiros do HD.

HÁBITOS TABÁGICOS HOSPITAL CENTRAL	Médicos			Enfermeiros				
	94/486 = 19% de taxa de respostas			83/398 = 21% de taxa de respostas				
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino			
Não Fumador	28	44%	19	61%	12	57%	37	60%
Ex- Fumador	18	29%	2	6%	2	9%	4	6%
Fumador Ocasional	4	6%	3	9%	1	1%	6	10%
Fumador	13	21%	7	7%	6	29%	15	24%
	63		31		21		62	

HÁBITOS TABÁGICOS HOSPITAL CENTRAL	Médicos			Enfermeiros				
	15/31 = 48% de taxa de respostas			44/100 = 44% de taxa de respostas				
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino			
Não Fumador	0	0%	0	0%	5	42%	13	41%
Ex- Fumador	5	50%	2	40%	1	8%	6	19%
Fumador Ocasional	2	20%	0	0%	2	17%	4	12%
Fumador	3	30%	3	60%	4	33%	9	28%
	10		5		12		32	

C43. Inquérito aos hábitos tabágicos num hospital distrital

M. SIMÕES RAPOSO, J.M. CORREIA, L. LOPES*

Hospital de Santa Luzia* – Elvas e Hospital de Egas Moniz – Lisboa

Pretendeu-se avaliar os hábitos tabágicos de todos os funcionários de um Hospital Distrital.

Foi distribuído um inquérito de resposta voluntária e anónima a todos os funcionários do Hospital. As questões colocadas referiam-se aos hábitos tabágicos; atitudes face ao tabagismo; conhecimento da legislação e importância das consultas de apoio aos fumadores.

Dos 324 inquéritos entregues obtivemos 143 respostas, o que corresponde a 44,14% de respostas. A amostra dividiu-se em 100 para o sexo feminino (69,93%) e 43 para o sexo masculino (30,07%). Média etária global 42 anos. A distribuição por grupos profissionais foi 15 médicos; 44 enfermeiros; 29 auxiliares de acção médica; 34 administrativos e 21 outros. Em relação aos hábitos tabágicos, 51 eram não

fumadores; 19 ex-fumadores; 20 fumadores ocasionais e 53 fumadores. A distribuição dos hábitos tabágicos em relação ao sexo dos inquiridos, foi de 54% das respostas não fumadores do sexo feminino e 37% do sexo masculino. Quanto aos fumadores, 46% das respostas pertenceram ao sexo feminino e 53% ao sexo masculino. Em relação aos grupos profissionais verificou-se que nenhum dos médicos eram não fumadores (50% fumadores activos e 50% ex-fumadores) Dos inquiridos 92,30% afirmam conhecer a legislação sobre os locais onde não é permitido fumar. O exemplo dos profissionais de saúde é importante, a resposta é afirmativa em 71,33%. Quanto ao interesse de uma consulta de apoio para quem quiser deixar de fumar, 54,23% de fumadores acham que sim. Caracterização dos fumadores, início precoce (<20 anos) dos hábitos tabágicos em 90% dos indivíduos, dependência da nicotina (Teste de Fagerström) muito dependentes em 35% dos casos. Desejavam deixar de fumar 61,43% dos fumadores que responderam ao inquérito.

Verificamos que a percentagem de fumadores no grupo dos médicos e dos enfermeiros é francamente superior à população em geral. É assinalável a elevada percentagem de fumadores no sexo feminino. Face a estes resultados é urgente a implementação de medidas que visem a prevenção e cessação tabágica a nível dos Hospitais.

C44. Cessação tabágica e bupropion

C. MATOS, M. SIMÕES RAPOSO,
M. CANCELA DE ABREU

Serviço de Pneumologia – Hospital de Egas Moniz – Lisboa

No período de 1 de Outubro de 2000 a 30 de Abril de 2001, foram observados pela primeira vez na consulta de desabilitação tabágica, 96 fumadores. O objectivo deste estudo foi avaliar a cessação tabágica em fumadores medicados com bupropion. Dos 96 fumadores avaliados 29 (30%) foram medicados com bupropion 150 a 300 mg/d ia em monoterapia ou em associação com outras abordagens: Bupropion (B) – 5 (17,24%); B+Nicotina transdérmica (NT) – 14 (48,3%); B+NT+Ansiolítico (A) – 5 (17,24%); B+Nicotina oral (NO) – 2 (6,89%); B+Psicóloga – 2 (6,89%); B+A – 1 (3,44%).

Dos 29 fumadores, 15 (51,72%) eram do sexo feminino e 14 (48,28%) do sexo masculino. A média etária observada foi de 42 anos (mínima de 25 anos – máxima de 64 anos). Em relação ao grau de instrução, 18 (62,07%) eram licenciados, 7 (24,14%) tinham completado o ensino secundário e 4 (13,79%) o correspondente ao ensino básico. Quanto à patologia associada apenas 9 (31,03%) dos fumadores não tinham patologias conhecidas. Em 86% dos indivíduos verificou-se um início dos hábitos tabágicos antes dos 20 anos.

O Teste de dependência da nicotina de Fagerstr m mostrou serem pouco dependentes – 2 (6,89%); dependentes – 4 (13,79%); muito dependentes – 23 (79,31%).

A motivação foi avaliada através do questionário de Richmond: motivação alta – 2 (6,89%), média – 12 (41,38%) e baixa – 15 (51,72%).

Em relação a anteriores tentativas de cessação tabágica 21 (72,71%) já tinham tentado deixar de fumar sem sucesso, destes 7 (33,7%) tinham tido apoio farmacológico com substitutivos da nicotina e 14 (66,7%) tinham tentado sem ajuda.

Quanto a efeitos secundários do bupropion foram referidos secura da boca, ins nia e cefaleias em mais de 60% dos indivíduos. Um caso de tremor generalizado, um de crise hipertensiva e um caso de ins nia grave, motivaram a suspensão do farmaco.

Em relação   cessação tabágica (incluídos os três abandonos) verificamos que: Não fumam há mais de nove meses – 8 (27,58%); há mais de seis meses – 14 (48,27%); há mais de três meses – 4 (13,79%); continuam a fumar três casos (10,43%).

A utilização de bupropion em várias modalidades contribuiu para estes resultados encorajadores e há muito desejados na cessação tabágica. Não são no entanto de desprezar os efeitos secundários observados.

C45. Efeitos respiratórios por exposição a químicos

EMA LEITE

No hospital trabalham vários grupos profissionais que, em função da sua actividade, estão expostos a determinados factores de risco para o aparelho respiratório de natureza química, biológica e até física.

O objectivo deste estudo consistiu em detectar possíveis efeitos respiratórios nos profissionais de um hospital, no ano 2000, por exposição diária a factores de risco profissionais químicos: Glutaraldeído (G), formaldeído (F),  xido de etileno (OE), citostáticos (C) ou madeira (M).

Os profissionais do hospital foram observados na Consulta de Medicina do Trabalho: – após convocatória médica, inseridos em protocolos de vigilância; – se apresentaram queixas respiratórias relacionadas com o trabalho.

Os protocolos de vigilância incluíram para todos os casos a história clínica (antecedentes de sintomatologia/patologia respiratória e/ou alérgica, antecedentes profissionais, averiguação de queixas respiratórias actuais e auscultação pulmonar (A.P.), a espirometria quando existia exposição ao F, G e OE e o exame citológico de expectoração (ECE) quando existia exposição ao OE.

Dos 1339 profissionais do hospital, 17 estavam expostos diariamente ao O.E., 12 ao G, 8 ao F, 9 aos C e 2 a M.

Dos 17 expostos a O.E., apenas 1 tinha antecedentes de asma brônquica alérgica, nenhum apresentava queixas respiratórias relacionadas com a exposição ao OE e a AP era normal. A espirometria e o ECE eram normais.

Dos 12 expostos ao G, 1 tinha antecedentes de pneumonia e outro de primoinfecção tuberculosa, 4 apresentavam queixas compatíveis com irritação das vias aéreas superiores (v.a.s.) e 1 referia dispneia, pieira e tosse, em todos os casos relacionados com o trabalho. A A.P. as 7 espirometrias realizadas eram normais.

Dos 9 expostos ao C, nenhum tinha antecedentes do foro respiratório e/ou alérgico e 5 tinham queixas de irritação das v.a.s. relacionadas com o trabalho. A A.P. foi sempre normal.

Dos 8 expostos ao F, 3 tinham antecedentes de rinite alérgica e 2 de tuberculose pulmonar (T.P), 1 dos quais com bronquiectasias p s-T.P. Em 3 casos existiam queixas de irritação das v.a.s. relacionadas com o trabalho (2 com antecedentes de rinite alérgica). Um apresentava roncos e sibilos (bronquiectasias p s-TP) e funcionalmente obstrução brônquica).

Dos 2 expostos a M, nenhum tinha antecedentes do foro respiratório e/ou alérgico, mas ambos apresentavam queixas relacionadas com a exposição a madeiras exóticas (obstrução nasal / obstrução nasal+dispneia+pieira+tosse). A A.P. e a espirometria eram normais.

O autor conclui que 14 dos 31 profissionais hospitalares expostos ao G, F, C ou M apresentaram queixas respiratórias relacionadas com o trabalho predominantemente das v.a.s mas também das v.a inferiores (G, M).

Os profissionais expostos ao OE não apresentaram queixas respiratórias.

A A.P. e a espirometria foram normais, salvo nas bronquiectasias p s-TP.

A presença de patologia prévia poderá influenciar a ocorrência de sintomas, mas as condições de trabalho parecem ser preponderantes.

C46. **Abordagem das traqueostomias após ventilação mecânica prolongada: revisão da casuística dos cuidados intermédios de um serviço de pneumologia**

L. MOTA, F. OLIVEIRA, C. NUNES, S. MOREIRA

Serviço de Insuficientes Respiratórios (SIR) – Director: Pontes da Mata

Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente – Directora: Prof. M. J. Marques Gomes

A traqueostomia é uma das intervenções cirúrgicas mais antigas na História da Medicina e, nos últimos 25 anos, tem surgido como uma das operações realizada com mais frequência em cuidados intensivos. Está indicada no alívio da obstrução das vias aéreas superiores, melhoria da higiene brônquica, acesso traqueal na ventilação prolongada e no desmame dos doentes com ventilação mecânica invasiva (VMI). No entanto, a traqueostomia tal como a entubação endotraqueal não é isenta de riscos, pelo que se deve tentar o desmame e descanulação sempre que possível. Neste sentido têm sido descritos vários métodos, entre os quais a utilização progressiva de tubos de traqueostomia de menor calibre, cânulas fenestradas ou botões traqueais. Contudo os estudos que investigam o melhor método a aplicar são escassos, não existindo critérios descritos para desmame de traqueostomia ou parâmetros de previsão do seu sucesso, particularmente nos doentes com patologia respiratória crónica.

Com o objectivo de apreciar os resultados das intervenções efectuadas nos doentes traqueostomizados internados nos cuidados intermédios do SIR, particularmente após 1997, ano em que se implementou uma metodologia de desmame, efectuou-se uma revisão retrospectiva destes doentes, no período compreendido entre Janeiro de 1995 e Julho de 2001.

Reviram-se os seguintes elementos: idade, sexo, doença de base, comorbilidades, patologia da traqueia, tipo de insuficiência respiratória (IR), duração da VMI, método de desmame e resultados, ano e duração do internamento e ainda o estado do doente à saída dos cuidados intermédios.

Nesse período, 39 doentes foram responsáveis por 41 internamentos. A idade média foi de 70 anos (mínima de 28 e máxima de 85) sendo 31 do sexo masculino. A patologia de base predominante foi respiratória (83%), maioritariamente DPOC (56%) e em 29% diagnosticou-se patologia da traqueia relacionada com a VMI. Em 39% verificavam-se comorbilidades graves. Em 95% dos doentes havia IR. O tempo médio de VMI foi de 75 dias (mínimo de 20 e máximo de 374). Globalmente efectuou-se descanulação com sucesso em 41% dos doentes com encerramento definitivo do estoma em 37%, sendo todos posteriores a 1997. Utilizou-se botão traqueal em 34% dos doentes, 71% dos quais com sucesso. O tempo médio de internamento foi de 68 dias (mínimo de 1 e máximo de 404). Em 17 doentes (42%) a alta processou-se para o domicílio 5 dos quais traqueostomizados. A mortalidade foi de 32%. Verificou-se diferença significativa no tempo médio de VMI, entre sucessos e insucessos. $p=0.03$.

Apesar da casuística ser reduzida, a implementação de uma estratégia adequada de desmame permitiu a obtenção de sucesso na descanulação destes doentes.

C47. **Pneumotórax espontâneo primário versus secundário – estudo comparativo**

MARIA SUCENA, ADELINA AMORIM,
NATÁLIA MOREIRA, ADRIANA MAGALHÃES,
VENCESLAU HESPANHOL.

Serviço de Pneumologia – Hospital de São João, Porto

O pneumotórax é definido como a presença de ar na cavidade pleural. Quando ocorre em indivíduos sem patologia pulmonar prévia denomina-se pneumotórax espontâneo primário (PEP). O pneumotórax espontâneo secundário (PES) é uma complicação de uma doença pulmonar subjacente.

Foram objectivos deste trabalho a comparação dos aspectos demográficos, manifestações clínicas, formas de tratamento e taxas de recorrência entre os doentes com pneumotórax espontâneo primário e secundário.

Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos relativos aos internamentos ocorridos entre Janeiro de 1997 e Maio de 2001, no serviço de Pneumologia de Hospital de São João, com o diagnóstico de pneumotórax espontâneo.

Analisaram-se 207 episódios de pneumotórax espontâneo correspondentes a 191 doentes. A percentagem de doentes do sexo masculino foi de 87,9%.

O pneumotórax foi classificado como primário em 126 (60,9%) episódios. A doença pulmonar obstrutiva crónica e a tuberculose pulmonar foram as doenças concomitantes mais frequentes nos doentes com PES.

No PEP a idade média dos doentes (28,5+/- 10,6 anos) e a duração média da estadia hospitalar (5,0+/- 2,7 dias) foram significativamente mais baixas. A toracalgia foi o sintoma mais frequente no PEP e a dispneia no PES.

A drenagem pleural por toracostomia foi o método de tratamento mais utilizado (94,3% no PEP e 94,9% no PES), tendo sido complementada por pleurodese com talco, num pequeno número de doentes (n=3).

O tempo médio de drenagem foi de 4,7+/- 3,9 dias no PEP e de 13,5+/- 16,3 dias no PES, sendo a diferença estatisticamente significativa.

A percentagem de doentes submetidos a aspiração de baixa pressão foi maior no PES (34 - 42%) e o tempo médio de aspiração foi significativamente mais elevado nesse grupo de doentes.

Em 21,4% dos doentes com PEP e em 37% dos com PES os pneumotórax corresponderam a episódios recorrentes.

A taxa de mortalidade nos doentes com PES foi de 6,3%. Não houve mortes nos doentes com PEP.

Os PEP e PES, correspondem a duas entidades nosológicas fisiopatologicamente distintas e com diferentes aspectos demográficos, tempos de internamento e taxas de recorrência.

O pneumotórax secundário é uma patologia mais grave, que ocorre em indivíduos mais idosos e cujas morbidade e mortalidade podem ser significativas.

P1. Valor da mediastinoscopia no diagnóstico da patologia torácica

CRISTINA COXO, INÊS VICENTE, LUÍSA SANTOS,
CARLOS JANELAS, CORREIA DE MATOS

Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra

A mediastinoscopia é reconhecidamente uma técnica importante na abordagem diagnóstica da patologia torácica. Com o objectivo de avaliar o interesse da mediastinoscopia na nossa experiência, procedeu-se a um estudo retrospectivo de 83 mediastinoscopias realizadas no Sector de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra no período de Junho/97 a Junho/01. Os 90 doentes estudados tinham idade média de 44,1 anos e 51 (61,4%) eram do sexo masculino e 32 (38,6%) eram do sexo feminino. O tempo médio de internamento foi de 3,8 dias. Foram realizadas 77 biópsias em gânglios mediastínicos superiores e 6 em massas mediastínicas. O diagnóstico anatomopatológico revelou Sarcoidose – 45 (54,2%), Tuberculose – 5 (6%), Linfoma – 3 (3,6%), Metastase de Carcinoma – 2 (2,4%), Metastase de Carcinoma Pulmonar – 2 (2,4%), Bócio Mergulhante – 2 (2,4%), Sarcoma Ewing – 1 (1,2%), Carcinoma Neuroendócrino – 1 (1,2%) e Timo em involução – 1 (1,2%). Na nossa experiência a mediastinoscopia foi conclusiva em 62 casos (74,7%). A morbidade e a mortalidade foram nulas.

P2. Apresentação de dois casos clínicos de neoplasia da tiróide com envolvimento da traqueia

JUAN GONZALEZ SANTOS, JULIO SEMEDO,
CEPEDA RIBEIRO, LUÍS CARREIRO

Hospital de Pulido Valente
Departamento de Pneumologia
(Directora Prof^ª M^ª João Marques Gomes)
Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas

Primeiro caso clínico:

A.S., 76 anos, marceneiro durante 55 anos, ex-fumador há 30 anos, com carga tabágica de 20 UMA. Bronquite Crónica simples diagnosticada há 19 anos. Em Maio de 2000 inicia quadro de dispneia de agravamento progressivo, tosse seca e pieira, recorrendo várias vezes ao serviço de urgência. É internado em 31/07/2000 e transferido para o HPV, por apresentar dispneia com estridor (observado no serviço de urgência pela ORL: laringoscopia normal; fenda glótica permeável). O doente apresentava à entrada estridor inspiratório. Na observação do pescoço palpava-se aumento da tiróide de superfície irregular. Adenopatias cadeia lateral esquerda.

Salientar de entre os exames complementares de diagnóstico: Análise de sangue com hiperglicémia. Radiografia tórax PA e perfil: sem alterações. Broncofibroscopia (1/08/2000): "...a 4 cm das cordas vocais diminuição marcada do calibre traqueal por compressão extrínseca,

com mucosa edemaciada e hiperemiada, numa extensão longitudinal de 2 cm" Submetido a broncoscopia rígida para biópsias e dilatação mecânica até 13,2 mm de diâmetro. Por reestenose efectua-se dilatação mecânica e colocação de prótese HOOD 16/30.

TAC de pescoço (9/08/2000): Diminuição do calibre da traqueia a 4 cm das cordas vocais visualizando-se tiróide, que se apresenta aumentada de volume e nodular.

A 28/09/00 observa-se "tecido de granulação que oclui parcialmente o lumen traqueal". Efectuou-se terapêutica com argon-plasma, injeção de metilprednisolona local e recolocação da prótese. Por suspeita de envolvimento secundário a neoplasia da tiróide, é enviado à ORL no IPO (2/10/00) onde realiza biópsia da tiróide.

Resultado da punção aspirativa da tiróide: **LINFOMA DE ALTO GRAU**, sendo seguido desde então no serviço de hematologia do IPO, começando quimioterapia.

Foram realizadas várias revisões endoscópicas que revelaram boa patência do lumen traqueal.

Segundo caso clínico:

M.D.F., sexo feminino, raça branca, 72 anos, doméstica. Não fumadora. Hipertensão arterial.

Internada a 8/04/01 por quadro súbito de tosse com expectoração hemoptóica e dificuldade respiratória com estridor.

Exame objectivo: Dificuldade respiratória com estridor. Tiróide aumentada de tamanho de consistência pétrea. Conglomerado adenopático cervical direito.

Exames complementares: Broncofibroscopia (9/04/01): Acentuada diminuição do lumen da traqueia imediatamente abaixo da região subglótica, por compressão extrínseca, infiltração e edema acentuado da mucosa, numa extensão longitudinal aproximada de 4 cm. Broncoscopia rígida (12/04/01): Dilatação mecânica (até 10,4), diatermocoagulação com argon-plasma e colocação de prótese DUMOND 14/50. Efectuaram-se biópsias da traqueia (**carcinoma indiferenciado**).

TAC de pescoço e tórax: "aumento das dimensões da tiróide, sobretudo no lobo direito com nódulos heterogêneos de baixa densidade e focos de calcificação. Adenopatias à direita. Múltiplas formações nodulares que envolvem bilateralmente o parênquima pulmonar sugestivas de disseminação secundária". Biópsia por aspiração da tiróide (4/05/01): **CARCINOMA ANAPLÁSTICO DA TIROI-DEIA**. Agravamento clínico progressivo, sem indicação para quimioterapia nem radioterapia, faleceu no dia 14/05/01.

P3. Presença de alginato na árvore traqueobrônquica como apresentação de fístula esófago-traqueal – caso clínico

ANTÓNIO MORAIS, ADRIANA MAGALHÃES,
INÊS AZEVEDO, VENCESLAU HESPANHOL,
AGOSTINHO MARQUES

Serviço de Pneumologia do Hospital São João

Os autores apresentam o caso de uma doente de 7 anos, raça caucasiana, residente em Paredes de Coura que iniciou em meados do mês de

Junho um quadro de febre e dificuldade respiratória. Segundo a mãe os sintomas teriam iniciado 2 dias após a visita a dentista ao qual recorreu para correção de prognatismo da mandíbula. Após ter sido medicada com antibiótico e broncodilatadores por via inalatória, e não tendo melhorado, recorreu ao Hospital da sua área de residência, onde entre outros exames subsidiários efectuados se destacava a teleradiografia do tórax que mostrava imagem de atelectasia do LSD, alteração observada também em TAC torácica. Seguidamente é orientada para o Hospital São João, onde é realizada broncoscopia, na qual é visualizado orifício de fistula a nível do terço médio da traqueia e presença de corpo estranho de cor amarelo-esverdeado na ABD, mais concretamente no brônquio lobar superior e brônquio intermediário, fazendo molde, que foi removido. O corpo estranho foi posteriormente analisado, revelando tratar-se de alginato, material de molde dentário utilizado na visita ao dentista referida anteriormente. Foi instilado azul de metileno no esófago tendo-se observado passagem pelo orifício da fistula para a traqueia. O mesmo resultado foi observado em radiografia esofagogástrica contrastada, pelo que se concluiu tratar-se de fistula traqueo-esofágica. Dos antecedentes da doente destacavam-se uma cirurgia por atresia esofágica com fistula traqueo-esofágica 2 dias após o nascimento e nova cirurgia por refluxo esofágico aos 4 anos. Após a remoção do corpo estranho, a doente apresentou melhora franca do quadro clínico, nomeadamente da dificuldade respiratória, tendo seguidamente sido orientada para Cirurgia Pediátrica.

P4. Tuberculose pulmonar – um diagnóstico a não esquecer –

M.^a JOSÉ SIMÕES, ELVIRA CAMACHO,
HELENA MARQUES

Unidade de Pneumologia – Director: Dr. Pinto Saraiva
Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro

A **Tuberculose Pulmonar** pela diversidade de manifestações clínicas e radiológicas, pode simular uma grande variedade de patologias. A patologia neoplásica e infecciosa de evolução arrastada e/ou sem resposta à terapêutica habitual, constituem as situações clínicas que mais frequentemente impõem diagnóstico diferencial, mas não é raro que quadros infecciosos agudos levarem a suspeita inicial de tuberculose. Os Autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 21 anos, fumador de 40 UMA, sem antecedentes de doenças pulmonares conhecidas, aparentemente saudável até Novembro/2000 altura em que começou a referir o aparecimento de tosse não produtiva e astenia (nessa altura residente na Alemanha). Em Janeiro/2001 além da persistência da sintomatologia, associou-se o aparecimento de febre, emagrecimento e início súbito de toracalgia à direita que motivou vinda para Portugal e recurso ao S.U. a 31 de Janeiro de 2001 (5 dias após o início da toracalgia).

É diagnosticado pneumotórax, colocada drenagem torácica e durante o internamento assistiu-se a dificuldade na expansão pulmonar e persistência de febre.

Efectiva TAC torácica que revela "...padrão micronodular parenquimatoso bilateralmente. Pneumotórax apical à direita e adenopatias mediastínicas com contorno hipodenso sugestivo de necrose".

A Broncofibroscopia mostrou "sinais inflamatórios em toda a árvore brônquica direita" e as secreções brônquicas foram positivas para BAAR.

O doente inicia antibióticos com boa evolução clínica e estabilização das alterações radiológicas, embora com fibrose e paquipleurite já estabelecidas.

P5. Contributo do polimorfismo do gene TNF- α na predisposição genética para tuberculose pulmonar

PAULO SANTOS^{1,2}, ARTUR PAIVA²,
ALBERTINA FREITAS², ANTÓNIO MARTINHO², OLÍVIA SIMÕES², FERNANDO REGATEIRO²,
ANTÓNIO J. SEGORBE-LUÍS¹

¹ Centro de Pneumologia da Universidade de Coimbra;

² Centro de Histocompatibilidade do Centro, Coimbra.

A importância funcional do TNF- α na modulação da resposta imune ao *M. tuberculosis* e a situação do locus TNF- α na região central do Complexo Major de Histocompatibilidade (MHC), motivou o interesse na correlação entre os polimorfismos do TNF, que afectam a indução da sua expressão, e a sua associação com os diferentes alelos e haplotipos do MHC.

Foram objectivos do presente estudo: identificar polimorfismos primários do TNF- α associados a susceptibilidade ou protecção na evolução para tuberculose pulmonar; reconhecer haplotipos extensos MHC que representem constelações imunogenéticas predisponentes para doença; determinar a produção *in vitro* de TNF- α em células da linha monocítica-macrofágica de indivíduos com tuberculose pulmonar e controlos, sob o efeito da estimulação com lipoarabinomano (LAM), e correlacionar a activação monocítica-macrofágica e a síntese de TNF- α com o polimorfismo destes genes, bem como com os alelos e haplotipos MHC das células produtoras.

O estudo incidiu sobre 100 indivíduos infectados pelo *M. tuberculosis*, com diagnóstico de tuberculose pulmonar. Para controlo utilizou-se um grupo de 30 indivíduos tuberculino-positivos sem história de vacinação pelo BCG e sem alterações radiológicas sugestivas de tuberculose, sequelar ou evolutiva. Em ambos os grupos foram anteriormente tipados extensamente outros genes do MHC. O estudo do polimorfismo do complexo TNF (TNF- α e LT- α) efectuou-se através de uma amplificação selectiva por PCR com primers específicos de mutações (ARMS PCR-SSP). Resultados preliminares apontam para uma associação da mutação de G para A no nucleótido 308 a montante do gene TNF- α , situado numa região importante na regulação da transcrição do gene, com o haplotipo HLA-A₁, B₈, DR₃, apresentando níveis aumentados de secreção de TNF- α em monócitos estimulados com LAM, enquanto os haplotipos que incluem HLA-DR₂ se correlacionam com níveis inferiores de secreção de TNF. A confirmarem-se estes dados, os indivíduos com haplotipos HLA-DR₂, encontram-se geneticamente predispostos para produzirem menor quantidade de TNF- α , tendo como consequência, uma menor capacidade de activação monocito-macrofágica e, por essa via também, uma maior suscep-

tibilidade na progressão para doença tuberculosa após infecção pelo *M. tuberculosis*.

P6. Bronquiectasias "herdadas"

JOANA AMADO; S. NEVES; I. PASCOAL; N. TAVEIRA

Unidade de Cinesiterapia Respiratória
Departamento de Pneumologia do CHVNGaia

As Bronquiectasias são causa importante de morbilidade broncopulmonar. Constituem uma entidade nosológica adquirida, não raramente a primeira e/ou única forma de expressão de doença sistémica ou de algumas doenças hereditárias.

A colonização das vias aéreas, as infecções bacterianas recorrentes e a frequente resistência aos antibióticos são, simultaneamente, factores que perpetuam esta entidade e indicadores do seu prognóstico.

As autoras apresentam 3 casos de doentes incluídos em programa de reabilitação respiratória, com o objectivo de realçar a importância, em presença de bronquiectasias, de uma estratégia terapêutica multidisciplinar.

1º caso

Rapaz, 15 anos de idade. Síndrome dos cílios imóveis (síndrome de *Kartagener*).

A incidência aumentada de infecções respiratórias pela dificuldade na drenagem de secreções predispõe à formação de bronquiectasias, presentes em 50% dos casos, envolvendo quase exclusivamente os lobos pulmonares inferiores; são habitualmente cilíndricas ou saculares.

2º caso

Homem, 47 anos de idade. Défice de alfa₁-antitripsina (AAT). Actualmente com insuficiência renal terminal por provável amiloidose secundária.

A deficiência grave de AAT predispõe à doença pulmonar obstrutiva crónica, principalmente ao enfisema panacinar. A associação a bronquiectasias e o seu mecanismo causal ainda não são completamente conhecidos, estimando-se a sua prevalência entre 2 a 43%.

3º caso

Homem, 35 anos de idade. Espondilite anquilosante (EA), infecções traqueobrônquicas de repetição e broncorreia persistente.

A EA, uma doença inflamatória crónica com envolvimento sistémico, compromete a mobilidade da parede torácica e em fase tardia pode surgir doença pulmonar fibrocavitária.

É importante estabelecer sempre que possível um diagnóstico etiológico das bronquiectasias pois a causa poderá ter implicações no aconselhamento/prevenção, no controlo eficaz da morbilidade e factores de agravamento, no prognóstico e na qualidade de vida do indivíduo.

P7. Hidatidose pulmonar e disseminada: um caso clínico

MARIA JOÃO CANOTILHO, ALDA MANIQUE,
LUÍSA BOAL, RENATO SOTTO-MAYOR,
A. BUGALHO DE ALMEIDA

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

Doente 48 anos, sexo masculino, não-fumador, pedreiro, natural e residente na Beira-alta, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Em aparente estado de saúde refere 3 meses anteriores ao internamento início de quadro caracterizado por tosse seca, de predomínio nocturno, febre (não quantificada), emagrecimento progressivo (não registado) e vômitos alimentares. Sem outra sintomatologia de outros órgãos ou sistemas. No exame objectivo salienta-se, apenas, submaciez na base do hemitórax direito com ausência de murmúrio vesicular na mesma localização. Analiticamente apresentava uma discreta anemia normocrómica, normocítica e uma PCR aumentada de 8,4 mg/dl (V.R.- <0,5). Radiologicamente detecta-se atelectasia no LID. Os exames bacteriológicos e citológicos da expectoração foram respectivamente negativos para microrganismos patogénicos e sem células neoplásicas. As serologias para HIV 1 e 2 foram negativas. Efectuou-se TC toraco-abdominal que relata: "nos segmentos basais do LID uma formação arredondada hipodensa (4,6 cm) contendo no seu interior imagens hipertransparentes em relação com imagem gasosa. Esta formação condiciona densificação e atelectasia. Em ambos os lobos hepáticos detectam-se 3 formações hipodensas, nas quais se destaca a presença de imagens sugestivas de vesículas filhas. Na cavidade peritoneal detectam-se várias formações hipodensas de 3 cm até 9 cm." A RM toraco-abdominal confirma os dados da TC excluindo a presença de fistula transdiafragmática. A TC CE não relata alterações. Efectuou-se fibroscopia que ao nível da pirâmide basal direita revela uma imagem sugestiva de hidatidose no segmento lateral do LID que está ocluindo na sua totalidade. A serologia para quisto hidático foi positiva com titulação de 1>2560. Durante o internamento instituiu-se terapêutica com albendazol na dose de 400 mg de 12/12h (1º ciclo de 3 recomendados) tendo tido uma evolução clínica favorável com apirexia, e melhoria do quadro suprarreferido. Salienta-se a presença de eosinofilia periférica. É referenciado para consulta de doenças infecto-contagiosas do HSM. Trata-se de um caso de hidatidose disseminada, com presença de quisto de localização hepática, os mais frequentemente detectados, um único quisto pulmonar que condiciona atelectasia e múltiplos quistos na cavidade peritoneal. Apenas 20% dos doentes com hidatidose apresentam quistos múltiplos. Dada a gravidade da disseminação (tanto pela eosinofilia existente como pelas várias localizações) foram propostos 3 ciclos de albendazol com reavaliação e eventualmente novos ciclos caso não ocorra melhoria clínica e radiológica das lesões. Independente da terapêutica efectuada a taxa de mortalidade é de aproximadamente 15%.

P8. Fibrose do Mediastino: uma entidade rara

MARIA JOÃO CANOTILHO,
RENATO SOTTO-MAYOR, ENCARNAÇÃO TEIXEIRA,
PAULA CAMPOS*, TIAGO ALMEIDA*, MARIA JOÃO
PALHANO**, A. BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, *Serviço de Radiologia,
**Serviço de Anatomia Patológica
H.S.M., Lisboa

J.M.C.M., doente 54 anos, sexo masculino, natural de Vila-Real, residente em Sacavém, não fumador, sem antecedentes pessoais relevantes. Em aparente estado de saúde até Maio de 1996, quando inicia quadro caracterizado por febre (não quantificada), tosse, expectoração mucopurulenta e diminuição ponderal. É efectuado antibioterapia sem alívio do quadro. Concomitantemente efectua radiografia do tórax cujas alterações motivam que seja realizado TAC tórax que relata a existência de massa sólida a envolver o brônquio lobar médio, intermediário e pirâmide basal condicionando desvio da carina e massa mediastínica paratraqueal direita. Analiticamente sem alterações nomeadamente hemograma, leucograma, provas de função hepáticas, renais e marcadores tumorais dentro dos limites normais. Gasimetricamente com normoxémia e normocápnia. Efectua-se broncofibroscopia, que descreve a existência de compressão extrínseca compatível com os dados imagiológicos. As biópsias efectuadas foram inconclusivas. Através de toracotomia, obtém-se peça cujo exame anatomopatológico descreve a existência de um processo inflamatório crónico, sem outras alterações a salientar, compatível com o diagnóstico de fibrose idiopática do mediastino. É assistido periodicamente em ambulatório. Durante o *follow-up*, detecta-se agravamento da função respiratória com hipoxémia progressivamente mais reduzida, e existência de uma hipertensão pulmonar. Efectua-se TC tórax anualmente que até 2000 são sobreponíveis à inicial. Em 2000, detecta-se um agravamento dimensional das massas descritas anteriormente. Em simultâneo, apresenta nesta altura uma insuficiência respiratória parcial grave e insuficiência cardíaca diérita com pressão sistólica da artéria pulmonar de 74 mmHg e derrame pericárdico. É internado em Janeiro de 2001. Analiticamente salienta-se a presença de monocitose periférica (2,7; V.R.-0.1-1.0 x 10⁹/L), aumento de β_2 microglobulina e aumento de Ig M (2,17 mg/L V.R.-0.7-1.8; 5,64 g/L V.R.- 0.34-2.1). Os restantes exames analíticos estavam dentro dos limites normais. Tanto a biópsia óssea como mielograma não apresentavam alterações. Imagiologicamente destaca-se: massa mediastínica sólida que se estende ao longo do espaço para traqueal direito com dimensões de 3,6x5,4 cm. No espaço subcarinal destaca-se outra massa com 3,3cm com compressão sobre a carina. Lesão com compressão no hilo pulmonar direito. Efectuou-se ressecção parcial por toracotomia. Verifica-se uma melhoria da insuficiência respiratória e do *cor pulmonale* crónico. O exame histopatológico confirma o diagnóstico anterior de fibrose idiopática do mediastino. Descreve-se um caso de fibrose idiopática cuja única localização é mediastínica. Além de constituir uma entidade rara, apresenta um curso progressivo com a consequente invasão das estruturas vizinhas, que neste caso impede a cirurgia radical, a única terapêutica com hipóteses curativas.

P9. Índices preditivos de sucesso na cessação do tabaco

SALVADOR COELHO, CAROLINA MONGE

A avaliação dos parâmetros motivação e dependência nas consultas de apoio ao fumador é actualmente prática comum. O primeiro para se determinar qual a etapa do processo de cessação em que o fumador se encontra (de indeterminação a acção), o último para se determinar o eventual grau de dificuldade que o fumador encontrará neste processo. Avaliámos os primeiros 20 doentes que cumpriram com sucesso o programa de cessação do tabaco instituído na nossa consulta no H. S. Marta, que tem a duração mínima de seis meses. Estudámos se estes parâmetros: motivação, determinada pelo teste de Richmond e dependência, determinada pelo teste de Fagerström clássico, poderiam servir de índices preditivos de sucesso no programa de cessação do tabaco. Concluimos, apesar do universo ser pequeno, que tanto o teste de Richmond, como o de Fagerström, não servem como indicadores preditivos de sucesso no programa de cessação do tabaco.

P10. Fibrose pulmonar idiopática. A propósito de um caso clínico

S. NEVES, J. SAN JOSÉ, T. MOSQUERA,
S. TORRES, I. ESTEVES, C. CENTENO, R. NOGUEIRA,
A. M. MAGALHÃES

Departamento de Pneumologia e Serviço de Anatomia Patológica do CHVNG

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma entidade rara, com uma incidência de 3-6 casos/100.000 habitantes. Actualmente a pneumonia intersticial usual (UIP) é o padrão histopatológico que identifica a FPI, sendo os restantes padrões histopatológicos considerados como patologias distintas. A este propósito os autores apresentam um caso clínico de FPI.

Caso clínico: Mulher, 36 anos, cozinheira, natural e residente em Felgueiras. Antecedentes de Pneumonia há 9 anos. Quadro clínico com 2 anos de evolução de dispneia de esforço de agravamento progressivo e tosse irritativa. Internada no Hospital de Guimarães, tendo alta com o diagnóstico de Fibrose Pulmonar, medicada com rosilan® 30 mg/dia e oxigénio domiciliário. Internada no nosso serviço por agravamento da sintomatologia e para estudo. Ao exame objectivo taquipneia em repouso, normotensa, AC-reforço de S2, AP-crepitações bilaterais, dedos em baqueta de tambor, sem adenopatias periféricas ou organomegalias palpáveis. Teleradiografia torácica – desvio do mediastino para a esquerda, opacidades reticulonodulares bilaterais de predomínio basal, alterações bolhosas no LSE. GSA – insuficiência respiratória hipoxémica. EFR – alteração restritiva grave. Defeito grave da difusão. CPT-33.4%VT; CVF-31.1%VT; FEV₁-86%VT. TAC torácica-padrão em vidro despolido, com predomínio basal. Espessamento do

interstício, nomeadamente dos septos interlobulares. Opacidades confluentes no LSE. Analiticamente estudo imunológico sem alterações. Lavado broncoalveolar – alveolite linfocítica, com relação CD4/CD8 normal. Lavado broncoalveolar negativo para bacteriologia, BK e fungos. Intercorrência de pneumotórax pós BFC. Submetida a biópsia pulmonar por toracotomia–quadro histopatológico compatível com pneumonia intersticial usual. Pneumotórax recidivante ao 16º dia de pós-operatório. Inicia azatioprina (2mg/kg/dia)+prednisolona (0.5mg/kg/dia), colchicina (0.6mg,2id) acetilcisteína (1800 mg/dia). Melhoria clínica inicial com terapêutica instituída, com possibilidade de falar e deambular lentamente sob O₂ a 4l/min lunetas. Intercorrência de Pneumotórax ao 2º mês de tratamento. Actualmente doente com dispneia em repouso e limitação funcional marcada.

A FPI é uma doença grave, com uma sobrevida aos 5 anos de 30 a 50%, sendo importante o diagnóstico histopatológico desta entidade, pois apresenta uma resposta à corticoterapia e prognóstico completamente distinta das restantes pneumonias intersticiais. Este caso ilustra a gravidade desta patologia e a necessidade de prosseguir a investigação da etiologia e patogenia da mesma, de forma a definir a terapêutica óptima para estes doentes.

P11. BOOP – a propósito de um caso clínico

JULIETA VIEIRA*, S. NEVES*, S. TORRES*,
M. VANZELLER*, C. COXO**, Y. MARTINS**,
C. PAULA***

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Director de Serviço- F. F. Rodrigues

* Serviço de Pneumologia- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

** Serviço de Pneumologia- Centro Hospitalar de Coimbra

***Serviço de Medicina Interna- Hospital distrital de Lamego

A bronquiolite obliterante com pneumonia de organização (BOOP) é definida pela presença de tecido granulomatoso no lúmen das pequenas vias aéreas que se estendem aos ductos alveolares e alvéolos.

Geralmente é idiopática. Pode associar-se a uma grande variedade de distúrbios sistémicos e de manifestações clínicas.

É mais frequente nas 5ª e 6ª décadas de vida e afecta igualmente ambos os sexos.

Os autores apresentam caso clínico de paciente de 61 anos, com quadro clínico de 6 meses de evolução caracterizado por sintomas constitucionais hipertermia, dispneia de esforço e tosse produtiva.

Analiticamente apenas se salienta aumento da velocidade de sedimentação sendo o restante estudo analítico normal.

Em termos radiológicos, evidência de focos pulmonares migratórios periféricos, alguns cavitados, correspondendo na TAC a opacidades de limites mal definidos com alveolograma e broncograma aéreos.

A Broncofibroscopia demonstrou sinais inflamatórios na árvore brônquica direita. Lavado broncoalveolar com celularidade normal, pre-

domínio de linfócitos, relação CD4/CD8- 1,61. A biópsia pulmonar transbrônquica mostrou hiperplasia dos pneumócitos tipo II.

Funcionalmente apresentava alteração ventilatória obstrutiva ligeira com repercussão sobre as trocas gasosas traduzida por insuficiência respiratória hipoxémica.

A correlação do quadro clínico com o padrão radiológico sugeriam fortemente a hipótese de BOOP, diagnóstico confirmado após realização de nova biópsia pulmonar transbrônquica.

Iniciou corticoterapia (40mg/dia) com melhoria clínica e radiológica.

Em conclusão:

-Em 65 a 85% dos doentes com BOOP a fazer corticoterapia há resolução completa do quadro clínico e radiológico. No entanto pode ocorrer falência respiratória em cerca de 5% dos doentes.

-A BOOP é reconhecida como causa importante de doença infiltrativa pulmonar difusa, devendo ser incluída no diagnóstico diferencial na doença não infecciosa que mimetiza pneumonia.

P12. BOOP associada a pneumonite de hipersensibilidade do criador de aves

ISABEL GIL¹, A. FRANCO¹, SARA FREITAS,
L. CARVALHO², F. ALVES³, A. SEGORBE LUÍS¹

¹ Serviço de Pneumologia dos HUC

(Dir: Prof. L. Cardoso Oliveira)

² Serviço de Anatomia Patológica

³ Serviço de Imagiologia

A histopatologia de organização pneumónica com bronquiolite obliterante poderá estar presente em diversas entidades nosológicas e aconselha a procura de outros diagnósticos para além da BOOP idiopática.

A revisão dos casos clínicos que motivam a apresentação deste trabalho centra-se no diagnóstico anatómo-patológico de Pneumonia Organizativa com Bronquiolite Obliterante num enquadramento clínico de Pneumonite de Hipersensibilidade do criador de aves.

O diagnóstico de pneumonia organizativa fundamentou-se em biópsias pulmonares transtorácicas com controlo por TAC e em biópsias cirúrgicas.

Todos os casos se caracterizaram por evolução arrastada, alguns deles, não obstante o afastamento da exposição aviária, com insuficiência respiratória grave.

Sublinha-se o importante contributo da terapêutica anti-inflamatória e imunossupressora para a melhoria clínico-radiológica e funcional destes doentes.

P13. Síndrome de goodpasture – caso clínico

ELENA LOMBARDIA*, ANTÓNIO MORAIS*, ISABEL TAVARES**, ODETE PEREIRA**

Serviços de Pneumologia* e Nefrologia** do Hospital São João

O síndrome de Goodpasture é caracterizado pela tríade de hemorragia pulmonar, glomerulonefrite, geralmente rapidamente progressiva e presença de atc. anti- membrana basal glomerular circulante (atc anti MBG).

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 24 anos, saudável até início de Julho de 2000, hospitalizado com quadro clínico de febre, tosse irritativa, dispneia de esforço com agravamento progressivo, astenia e anorexia. Analiticamente apresentava leucocitose, valores de bioquímica, inclusive da função renal normal, hipóxia (paO₂-43,8) e infiltrados pulmonares bilaterais no Rx torácico. Por suspeita de tuberculose pulmonar, foi introduzida medicação antibacilar e corticóide (100 mg./dia), com melhoria clínica e radiológica. Em TAC torácica efectuada na altura, observava-se *...alterações do interstício pulmonar, com padrão reticular difuso, espessamento septal generalizado, e discretas condensações difusas* ...A broncofibroscopia (BFR) não revelou alterações, sendo o lavado brônquico negativo quer no exame microbiológico e pesquisa de BK quer na pesquisa de células malignas. Ao 13º dia de internamento observou-se insuficiência renal (ureia- 94 mg/dl, creatinina- 2,2 mg/dl), que foi agravando, apresentando sinais ecográficos sugestivos de nefropatia aguda de instalação recente. Por suspeita de síndrome pulmão-rim foi transferido para o HSJ para realização de biópsia renal. Funcionalmente apresentava um síndrome ventilatório obstrutivo grave com hiperinsuflação (CVF- 4,16L-77%, VEMS- 1,87L-41%, VEMS/CVF- 45, CPT- 7,44L-102%, VR- 3,28L-196%, VR/ CPT- 44 e diminuição significativa da transferência alveolo-capilar pelo CO (DLCO- 39%, DLCO/VA-44%). Foi efectuada nova BFR sobreponível à anterior, com lavado broncoalveolar (LBA) para estudo imunológico, o qual revelou uma alveolite mista, neutrofílica, linfocítica e eosinofílica (as 2 últimas de forma ligeira), com pigmento hemossidérico nos macrófagos (score 3), sinal de hemorragia na coloração de Pearls. Na biópsia renal foram encontrados *...crescentes celulares em 7 dos 12 glomérulos presentes ... o estudo por imunofluorescência foi positivo para IgG (++) e linear), fibrinogénio (++)*, *duvidoso para C3c e negativo para os restantes...* *o estudo ultrastrutural mostra rarefacção da lâmina interna da membrana basal e ausência de depósitos imunes estruturados...* O estudo imunológico revelou atc anti MBG positivo (os ANCA eram negativos). Iniciou corticoterapia (prednisolona 60 mg./dia) e ciclofosfamida (100 mg./dia), tendo também realizado hemodiálise e plasmáfereze (4 semanas), com melhoria clínica significativa, ficando apenas com dispneia para médios esforços na altura da alta, a que correspondia melhoria funcional, com obstrução apenas das pequenas vias aéreas. Houve melhoria também da função renal – (creatinina- valor máximo 11,4 mg/dl, na alta- 2,04 mg/dl) e (ureia- valor máximo- 223 mg/dl, na alta- 949 mg/dl), e diminuição do valor do atc anti MBG. Posteriormente em ambulatório foi medicado com prednisolona e ciclofosfamida, substituída esta posteriormente por azatioprina, mantendo melhoria sintomática, funcional respiratória, radiológica (ligeira densificação centrolobular na TAC torácica de alta resolução), da função renal, sendo negativa a pesquisa de atc anti MBG.

Em conclusão apresentamos um caso clínico de um doente com síndrome de Goodpasture, sem nunca ter apresentado expectoração hemoptóica/ hemoptises, observando-se sinais de hemorragia no LBA, com controlo clínico e funcional (pulmonar e renal), com a medicação instituída.

P14. Histiocitose de células de Langerhans – caso clínico

ELENA LOMBARDIA, BEATRIZ LIMA,
ANTÓNIO MORAIS

O pneumotórax espontâneo secundário associa-se a várias doenças respiratórias como a DPOC, podendo por vezes ser a forma de apresentação de algumas delas, como por exemplo em algumas das doenças que atingem o interstício pulmonar.

Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 15 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, residente no Porto, que iniciou no mês de Junho um quadro clínico de dor torácica direita, tosse seca e dispneia de esforço de agravamento progressivo, admitido no serviço de Pneumologia após diagnóstico de pneumotórax bilateral. Na radiografia de tórax da admissão, além do pneumotórax bilateral, observava-se no parênquima um padrão reticulomicronodular, peribroncovascular, bilateral difuso. Na TAC torácica de alta resolução, observaram-se *...alterações micronodulares e padrão cístico, predominantemente envolvendo os campos pulmonares médios e superiores, com cistos de parede fina, pericentimétricos... os campos pulmonares inferiores revelam micronódulos e estão relativamente poupados em relação à formação de cistos...*

De seguida foi realizada broncofibroscopia na qual não eram observadas alterações da árvore traqueobrônquica, com lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica (BTB). O estudo imunológico do LBA revelou uma alveolite linfocítica (contagem celular total- 6,8x10⁵/ ml, linfócitos- 42%), com presença de 12,2% de células CD1a; na biópsia transbrônquica na qual eram visíveis *...lesões nodulares constituídas por células de tipo histiocitário, com citoplasma abundante eosinófilo, núcleos irregulares com indentações... numerosos eosinófilos... o estudo imunocitoquímico mostrou imunorreatividade das células descritas para proteína S100 e CD1a, alterações diagnósticas de Histiocitose de células de Langerhans.*

Funcionalmente o doente apresentava apenas um síndrome ventilatório obstrutivo das pequenas vias aéreas. O doente era fumador de 10 cig./dia desde 1,5 ano antes, não apresentando outros antecedentes de realce. Após a resolução do pneumotórax, o doente foi orientado para consulta de Pneumologia, com aconselhamento de evicção tabágica e ponderação de corticoterapia.

Em conclusão trata-se de um doente adolescente com baixa carga tabágica no qual foi diagnosticado Histiocitose de células de Langerhans, após ter pneumotórax bilateral como apresentação.

P15. Um caso de pseudo-tumor inflamatório do pulmão associado a esclerite

F. GAMBOA¹, A. FRANCO¹, L. CARVALHO², F. ALVES³,
M. J. VERÍSSIMO⁴, R. PROENÇA⁴, A. SEGORBE LUÍS¹

¹ Serviço de Pneumologia dos HUC (Dir: Prof. L. Cardoso Oliveira)

² Serviço de Anatomia Patológica

³ Serviço de Imagiologia

⁴ Serviço de Oftalmologia

A Granulomatose de Wegener é uma vasculite sistémica de etiologia desconhecida que atinge as vias aéreas superiores, pulmão e rins. Em 25% dos casos não existe compromisso renal, embora este possa posteriormente vir a ocorrer.

Os AA apresentam o caso clínico de uma doente de 57 anos, professora, não fumadora, que iniciou em 1999 queixas identificadas como rino-sinusite e conjuntivite, posteriormente acompanhadas de tosse irritativa de predomínio vespertino/nocturno que cedeu a corticóide inalado. A radiografia do tórax era relatada como normal. Mais tarde é-lhe diagnosticada esclerite e sofre perda aguda de audição à esquerda, razão porque inicia corticoterapia sistémica.

Em Março de 2000, por reaparecimento de tosse seca, realiza TAC torácica que evidencia um volumoso nódulo a nível do LIE. O estudo então efectuado permite chegar ao diagnóstico de Granulomatose de Wegener sem envolvimento renal.

Iniciou então tratamento imnossupressor com melhoria clínica e radiológica, e mantém seguimento na nossa consulta e em consulta de Oftalmologia. Embora registando surtos de agravamento da esclerite, não se verificou até à presente data envolvimento renal ou recidiva da lesão pulmonar.

P16. Polimiosite com apresentação pulmonar – A propósito de um caso clínico

JULIETA VIEIRA*, T. GUIMARÃES*, T. SHIANG*,
M. VANZELLER*, M. MOTA**, M. SANCHEZ***,
C. BRITO*

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Director de Serviço - F. F. Rodrigues

* Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

** Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

*** Serviço de Anatomia patológica - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

A polimiosite (PM), é uma doença inflamatória difusa do músculo estriado que conduz a um quadro clínico característico de fraqueza dos músculos proximais, por vezes associada a alterações cutâneas-dermatomiosite (DM).

O envolvimento pulmonar na PM/DM constitui uma causa importante de morbilidade e mortalidade (10%).

Os autores apresentam caso clínico de paciente de 59 anos, admitida para esclarecimento de quadro clínico com cerca de 4 meses de evolução caracterizado por sintomas constitucionais, hipertermia, tosse não produtiva, dispneia de esforço e queixas osteoarticulares inespecíficas nomeadamente ao nível das articulações dos joelhos, tornozelos e punhos.

Em termos radiológicos, evidência de padrão predominantemente intersticial, sobretudo nas bases.

Para além da elevação dos reagentes de fase aguda, constatou-se elevação da taxa sérica das enzimas musculares bem como presença de anticorpo anti-Jo 1 positivo forte.

Funcionalmente demonstrava alteração restritiva moderada com repercussão sobre as trocas gasosas traduzida por insuficiência respiratória hipoxémica.

Efectuou electromiografia e biópsia muscular que confirmaram a hipótese clínica de PM/DM sugerida pelo quadro clínico, padrão radiológico e alterações analíticas.

Iniciou corticoterapia (1mg/Kg/dia) constatando-se boa resposta clínica, radiológica e analítica.

Em conclusão:

- A comparticipação do pulmão na PM/DM é significativamente menos frequente que nas outras conectivites;
- Há uma excelente resposta terapêutica à corticoterapia.
- Pode apresentar-se como uma afecção primitiva, associada a outras conectivites ou como Síndrome para-neoplásica pelo que a investigação não deve ser interrompida sem que se tenha excluído doença neoplásica.

P17. Infecções respiratórias e pneumonias no internamento dum serviço de medicina interna – revisão de 18 meses

N. MOREIRA*, E. LOMBARDÍA*, M. TAVARES***,
G. ROCHA**, G. GAMA**, S. PIRES**

Serviços de Pneumologia*, Medicina 3** - Hospital S.João-Porto
Serviço de Higiene e Epidemiologia*** - Faculdade de Medicina do Porto

As infecções respiratórias baixas (IR) e as pneumonias (PN) são causa frequente de morbilidade e mortalidade e, portanto, de internamento hospitalar. Dada a eventual severidade do seu prognóstico e a dificuldade de um diagnóstico (dx) etiológico pronto, torna-se obrigatória uma antibioterapia empírica.

Com o objectivo de avaliar retrospectivamente este e outros parâmetros, fez-se a revisão de 568 processos clínicos do Serviço de Medicina 3 do Hospital de S.João – Porto, com os dx de entrada de IR ou PN, referentes ao período de Janeiro de 1999 a Junho de 2000. Os parâmetros estudados foram idade, sexo, alterações radiológicas e auscultató-

rias descritas, gasometria, leucograma, sinais vitais, comorbilidades, presença de critérios de Síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS), antibioterapia inicial, mudança de antibiótico (ATB) e suas causas, corticoterapia, duração de internamento, resultado final.

Foram incluídos 564 doentes, 318 tendo como dx de IR (56,4%) e 246 de PN (43,6%), 262 homens (46,5%) e 302 mulheres (53,5%). A média de idades foi de 68,8 anos (14 – 101 anos) e a de duração do internamento de 10,5 dias (1 – 97 dias). A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foi a comorbilidade mais descrita, vindo a seguir a Insuficiência Cardíaca e Diabetes. A antibioterapia mais prescrita foi o Co-Amoxiclav (CA) (262 doentes; 48,5%) e a seguir a associação Macrólido e Cefotaxima ou Ceftriaxone (MC). Foi alterado o ATB em 95 doentes (16,8%). Faleceram 70 doentes (12,5%).

Foram factores preditivos de morte: idade \geq 60 anos ($p < 0,001$), dx de pneumonia ($p = 0,002$) e alterações no Rx pulmonar ($p = 0,006$), PaO₂ < 60 mmHg ($p = 0,03$), a escolha de outros ATB que não as duas opções acima ($p < 0,001$), e a existência de mudança de ATB no internamento ($p < 0,001$). Nem a existência de comorbilidades, nem o preenchimento dos critérios de SIRS ou o uso de corticosteróides tiveram impacto no prognóstico. No que diz respeito à escolha inicial de ATB, o CA parece portar-se melhor que a associação MC nos DPOC ($p = 0,03$) e a inversa poderá acontecer nas PN dos doentes não DPOC ($p = 0,07$, N.S.). São factores importantes na escolha de uma opção ATB vs. a outra, a coexistência de DPOC ($p = 0,014$) e a idade ($p < 0,001$). No que diz respeito à duração do internamento, ele é mais curto nos internamentos com CA ($p < 0,001$) e, ligeiramente, nas IR vs PN (9,8 vs 11,4 dias; $p = 0,09$, N.S.).

Procede-se seguidamente à discussão dos resultados e a apresentação das conclusões mais relevantes.

P18. Pneumonias nosocomiais – o que melhorar?

ANA CRISTINA DUARTE, FRANCISCO TORRES
PEDRO COSTA, ADELAIDE BELO

Serviço de Medicina I (Unidade de Pneumologia)
(Directora: Dr^a Adelaide Belo)
Hospital José Joaquim Fernandes – BEJA

A pneumonia nosocomial é uma grave complicação em doentes internados. Com o objectivo de melhorar a actividade assistencial do Serviço de Medicina I do H. José Joaquim Fernandes foram analisados 20 processos consecutivos de doentes internados durante o ano 2000 (num total de 1126 internamentos), com o diagnóstico de pneumonia nosocomial.

Dos 20 doentes 14 eram homens e 6 mulheres, 15 estavam internados no S. De Medicina I (75%) e 5 (25%) foram transferidos de outros Serviços/ Hospitais. O tempo médio entre a admissão no serviço e o início da pneumonia foi 7,2 dias. As comorbilidades associadas mais frequentes foram: AVC (14) (70%), DPOC (10) (50%) e o etanolismo (7) (35%). 17 (85%) doentes estavam acamados e 10 (50%) sofreram previamente manuseamento das vias aéreas/intubação nasogástrica. 8 doentes (42%) efectuaram colheita de secreções brônquicas. Só em 3 se isolou agente bacteriano. 10 doentes tiveram alta curados/melhorados por critérios clínicos e radiológicos, 8 (40%) faleceram e 1 foi transferido para a UCI.

Apesar das rigorosas medidas de prevenção das infecções nosocomiais as formas pneumónicas ainda se verificam em 1,7% dos internamentos do serviço estando relacionada na sua maioria com patologia neurológica e depressão dos mecanismos de "toilette brônquica" dos doentes.

P19. Pneumonias e internamento hospitalar – a experiência de um serviço de medicina

ANA CRISTINA DUARTE, PEDRO COSTA,
FRANCISCO TORRES, ADELAIDE BELO

Serviço de Medicina I (Unidade de Pneumologia)
(Directora: Dr^a Adelaide Belo)
Hospital José Joaquim Fernandes – BEJA

Com o objectivo de caracterizar a incidência, etiologia e mortalidade da pneumonias em doentes internados no Serviço de Medicina I do Hospital José Joaquim Fernandes - Beja, procedeu-se à revisão de 109 processos consecutivos com esse diagnóstico, durante o ano 2000.

Sessenta e um doentes (56%) eram do sexo masculino e 48 (44%) do sexo feminino, com idade média de 71,4 anos [15; 100]. Os doentes foram caracterizados quanto à proveniência: comunidade (102) [83 do domicílio e 19 de lares] e 7 foram transferidos de outros serviços ou hospitalares. Os diagnósticos secundários associados mais frequentes foram a DPOC (49) (50%), doença neurológica (48) (44%), doença aterosclerótica (26) (24%), diabetes mellitus (16) (14%), etanolismo (15) (13,7%) e patologia alérgica (10) (9%). 8 doentes efectuaram drogas depressoras do SNC. 40 (42%) estavam acamados. 21 (19,2%) doentes foram submetidos a manobras de intubação e aspiração de secreções.

Do total, 46 (42%) doentes efectuaram colheitas de expectoração/secreções brônquicas. Em 23/46 (50%) doentes determinou-se o agente causal: *streptococcus pneumoniae* 26%, *H. Influenza* 26%, *Pseudomonas aeruginosa* (17%). Nos restantes a determinação foi dificultada pela antibioterapia previamente efectuada no ambulatório. O esquema de antibioterapia mais utilizado de forma empírica foi a associação amoxicilina+ácido clavulânico (82) (75%) e a eritromicina (na suspeição de pneumonia atípica).

65 doentes tiveram alta melhorados segundo critérios clínicos e radiológicos. Dos restantes, 13 tiveram critérios de cura, 27 doentes faleceram. E 4 foram transferidos para a UCI por necessitarem de ventilação mecânica.

Perante os resultados obtidos decidiu-se implementar no Serviço um protocolo de abordagem e tratamento dos doentes com pneumonias carenciados de internamento.

P20.

Anemia nos doentes com carcinoma pulmonar não de pequenas células em quimioterapia – factor de prognóstico?

AMÉLIA FELICIANO, JUAN SANTOS, AGOSTINHO COSTA, PEDRO BARRADAS, MARGARIDA CRISTÓVÃO, PAULA ALVES, MARIA DO CARMO SANCHO*, MARIA JOSÉ MELO

Unidade de Oncologia Pneumológica.
Departamento de Pneumologia
(Responsável- Prof. Dra. Maria João Marques Gomes)
Serviço de Imunohemoterapia*
Hospital de Pulido Valente- Lisboa.

A anemia é uma complicação frequente dos doentes submetidos a quimioterapia com sais de platina, repercutindo-se de forma negativa na qualidade de vida e no prognóstico. Com os objectivos de determinar a frequência de transfusões de concentrado eritrocitário (CE), identificar factores predisponentes ao aparecimento de anemia grave e avaliar a sua influência na sobrevida, procedemos à revisão dos processos de 117 doentes com carcinoma pulmonar não de pequenas células (CPNPC) que iniciaram quimioterapia com sais de platina durante o ano de 2000. Destes, 25 (21%) foram submetidos a, pelo menos, um episódio transfusional, sendo a média de episódios de 1.7 (43/25) e de unidades de CE transfundidas de 2.9 (73/25). Não se detectaram diferenças, na avaliação inicial, entre este grupo e o dos restantes 92 doentes não transfundidos no que respeita a idade, sexo, tipo histológico, estágio, performance status, valores medianos de hemoglobina, marcadores tumorais e desidrogenase láctica. A associação de sais de platina com gemcitabina esteve relacionada com o maior número de episódios transfusionais (27/43, 63%). Com um follow-up mediano de 62 semanas e 60% de ocorrências fatais, a sobrevida mediana e a taxa de sobrevida a um ano dos doentes transfundidos (41 semanas e 36%) eram semelhantes às dos restantes (39 semanas e 36%). Concluímos que existe uma elevada frequência de transfusões de CE nos doentes com CPNPC em quimioterapia com sais de platina em especial na sua associação com a gemcitabina. A anemia grave não parece ter repercussões na sobrevida global.

P21.

Tumor carcinóide – caso clínico

CRISTINA COXO*, INÊS VICENTE*, LUÍSA SANTOS*, MANUELA MERUJE**, C. JANELAS***, CORREIA DE MATOS***

* Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

** Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Coimbra

*** Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra

Os tumores carcinóides são, na maioria das vezes, tumores de baixo grau de malignidade e representam 1 a 2% de todos os tumores pulmonares; distribuem-se igualmente por ambos os sexos e surge entre os 15 e os 60 anos, sendo a média de idade 55 anos. As manifestações clínicas mais comuns são as hemoptises, pneumonia por obstrução e dispneia. Histologicamente podem ser divididos em carcinóide típico e atípico.

A propósito desta entidade, os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo feminino de 23 anos de idade com queixas de hemoptises de repetição desde 1990; em Maio de 2000 foi submetida a cirurgia exploradora no hospital de Moçambique tendo sido efectuada biópsia de tumor pulmonar que revelou carcinóide.

Internada em Novembro de 2000 na Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra. A TAC torácica revelou volumosa formação tumoral com cerca de 6,6x6,2 cm ocupando a porção interna da metade inferior do campo pulmonar esquerdo desde o hilo até à cúpula diafragmática, derrame septado e espessamento pleural à esquerda. A broncofibroscopia mostrou tumor redondo liso em A esq. a cerca de 3 cm da carina mas a biópsia do tumor foi inconclusiva.

A doente foi submetida a pneumectomia esquerda intrapericárdica e a peça operatória revelou carcinóide típico.

P22.

Metástases cerebrais – apresentação inaugural do cancro do pulmão

LURDES FERREIRA, JOÃO CUNHA

Serviço de Pneumologia do Hospital de S. Marcos
(Director do Serviço: Dr. Mariano Machado)

Os sintomas neurológicos secundários a metastização cerebral (MC), são com alguma frequência a 1ª manifestação do Cancro do Pulmão (CP).

Os autores estudaram as características dos doentes com Cancro do Pulmão, seguidos no Hospital de S. Marcos, cuja metastização cerebral foi a apresentação inaugural do Cancro do Pulmão.

De um total de 180 doentes (146 homens; 34 mulheres) com Cancro do Pulmão, diagnosticados desde Janeiro de 1999 até Julho de 2001, foi feito um estudo retrospectivo de 17 doentes (9.4%) – Homens:15 (88.2%), Mulheres: 2 (11.8%) – cuja sintomatologia inicial do CP foi a metastização cerebral.

Foram estudados a idade, sexo, hábitos tabágicos, estado geral, tipo histológico, sintomas neurológicos, número e localização das metástases cerebrais, tratamento e sobrevida.

A mediana de idade foi de 66 anos (38-77). Tinham hábitos tabágicos 10 doentes (58.8%); 7 (41.2%) dos doentes tinham mau estado geral (Zubrod 3 e 4). O Adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente -41.2%. Os sintomas neurológicos mais frequentes foram as cefaleias (4) e convulsões (3). Em 4 doentes (23.5%) havia metástase cerebral única. A cirurgia foi efectuada em 2 doentes (11.8%); a Radioterapia (RT)+Quimioterapia (QT) em 3 doentes (17.6%); QT isolada em 5 doentes (29.4%). Tratamento sintomático foi efectuado em 6 doentes (35.2%). Um doente abandonou o Hospital.

A sobrevida mediana foi de 3.5 meses (0.5 - 23), verificando-se nesta pequena amostra; que os doentes que tiveram maior sobrevida foram os que realizaram Cirurgia e os que fizeram RT+QT.

Devido à pequena amostra desta casuística não podemos tirar conclusões estatísticas. Contudo, verificamos que a frequência de MC no nosso estudo, bem como a sobrevida dos nossos doentes estão de acordo com a literatura.

P23. Metastização coroideia de carcinoma pulmonar

NATÁLIA MOREIRA*, M. SUCENA*, A. MORAIS*,
O. FARIA**, T. BRAGANÇA**, A. R. SANTOS*

Serviços de Pneumologia* e Oftalmologia** do Hospital
de São João – Porto

A metastização ocular ocorre em 0,7%–12% dos doentes com neoplasia do pulmão. Frequentemente, não é valorizada clinicamente porque desenvolve-se num estadio terminal da doença ou a metastização em outros órgãos domina o quadro clínico; a sua presença está associada a uma sobrevida muito curta (7 a 9 meses). O tratamento deve ser dirigido ao tumor primitivo associado a radioterapia (RT) paliativa das metástases coroideias.

São descritos os 3 casos clínicos conhecidos de neoplasia do pulmão com metastização

coroideia documentada da consulta de Pneumologia Oncológica do H.S.J.

Caso 1: 58 anos, sexo masculino, adenocarcinoma do pulmão com metastização pericárdica, hepática e óssea diagnosticada em Julho de 2000, fez quimioterapia (QT) e RT torácica e lombar. Em Junho de 2001, aparecimento de olho direito doloroso. Fundo ocular direito (FOD): provável neoformação coroideia, sugestiva de metastização, confirmada por ecografia ocular, retinografia, angiografia fluoroscéptica e TAC cerebral. Agravamento progressivo do estado geral, tendo falecido a 29 de Junho.

Caso2: 37 anos, sexo masculino. Em Setembro de 1999, diminuição progressiva da acuidade visual à direita; FOD: volumosa lesão ovalada, superior e inferior à papila e mácula. FOE: lesão arredondada, volumosa, supero-temporal. Ecografia ocular e angiografia fluoroscéptica demonstraram alterações sugestivas de metastização coroideia. Aparecimento de tosse seca e intensa; Rx pulmonar e TAC torácica: lesão escavada no lobo superior direito e adenopatias mediastínicas e hilares; BFC: diminuição do calibre do brônquio lobar superior direito; lavado brônquico: adenocarcinoma do pulmão, cujo estadiamento revelou invasão pleural e mediastínica, metastização hepática, suprarrenal e óssea. Efectuou QT e RT cerebral. Verificou-se acentuada diminuição da acuidade visual. Faleceu 6 meses depois.

Caso 3: 60 anos, sexo feminino. Em Fevereiro de 2000, aparecimento de olho esquerdo (OE) vermelho e doloroso e amputação do campo visual nasal esquerdo. FOE: tumefacção ao nível do corpo ciliar de grandes dimensões. Ecografia OE: imagem compatível com melanoma do corpo ciliar e coróide temporal. TAC das órbitas: massa ocular esquerda. Enucleação do globo ocular esquerdo, cujo diagnóstico histológico revelou adenocarcinoma com envolvimento da coroideia e câmara vítrea. O estudo radiológico pulmonar peri-operatório mostrou

opacidade no terço inferior do pulmão direito. TAC torácica: extensa massa pulmonar direita. BAT: adenocarcinoma. Após enucleação e com cavidade em fase de cicatrização, inicia QT. Faleceu 15 meses depois. A presença de metastização ocular com sintomas visuais, constituiu um desafio, enquanto manifestação inicial da doença. Contudo, está associada a mau prognóstico e sobrevida curta, devido à não resposta à terapêutica e ao envolvimento paralelo de órgãos vitais.

P24. Opacidades redondas pulmonares – critérios de malignidade e análise decisional

SUSANA CAVADAS, LÍLIA ANDRADE

Directora do Serviço de Pneumologia – Dr^a Alcina Saraiva
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro

Uma opacidade redonda pulmonar define-se como uma opacidade grosseiramente esférica, geralmente intraparenquimatosa, desenvolvida a partir de qualquer estrutura broncopulmonar.

A sua descoberta, coloca o problema de benignidade ou malignidade. Raramente se consegue uma radiografia torácica realizada 12 a 18 meses antes para comparação. Na sua ausência avaliamos os critérios radiológicos de benignidade ou malignidade. Estes podem contudo ser traduzidos em números, através dum cálculo de probabilidade de malignidade. Pretende-se que este contribua para decisões diagnósticas e de orientação terapêutica.

Os autores realizaram este cálculo de probabilidade em três casos clínicos de pacientes sem sintomatologia respiratória aguda, que efectuaram radiografias torácicas de rotina. Esta análise é baseada nas características radiológicas das opacidades e nas relações de verosimilhança positiva dos sinais encontrados, conforme descritos por Chouaid e Housset¹

A relação de verosimilhança dum sinal consiste na razão de proporções entre a probabilidade da presença dum sinal, num indivíduo doente versus num não doente, ou seja a relação entre o verdadeiro positivo e o falso positivo. Quanto mais próxima de um, maior a probabilidade de malignidade.

Comparam-se os valores encontrados com a clínica e o diagnóstico dos pacientes.

¹ Chouaid C, Atassi C, Housset B, Opacités rondes pulmonaires, Encycl Med Chir (Elsevier paris), Pneumologie, 6-090-A-20, 1997, 6p.

P25. Envolvimento torácico de linfomas não Hodgkin como 1^a manifestação clínica

ANA DIAS, LÍLIA ANDRADE

Directora do Serviço de Pneumologia – Dr^a Alcina Saraiva
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro

As manifestações torácicas dos Linfomas Não Hodgkin (LNH), são dominadas por síndromes mediastínicas, raramente reveladores ou dominantes.

Os autores apresentam dois casos clínicos de LNH diagnosticados no serviço de Pneumologia do HIP, no último ano.

O caso clínico nº 1, manifestou-se por uma lesão pulmonar pseudotumoral do lobo superior esquerdo, com diagnóstico após ressecção cirúrgica de granulomatose linfomatóide. Seis meses depois a biópsia duma formação nodular dos tecidos moles no joelho esquerdo, revelou um LNH tipo T de alto grau de malignidade.

O caso clínico nº 2, revelou-se por derrame pleural citrino de características inflamatórias no contexto duma infecção viral das vias aéreas. Duas semanas depois verificou-se recidiva do derrame, com características de quilotórax. Os exames imagiológicos efectuados revelaram a existência de massa retroperitoneal, cuja biópsia diagnosticou um linfoma tipo B de baixo grau de malignidade.

O caso clínico nº 1 sem síndrome mediastínica, tem a particularidade do LNH não surgir no órgão onde foi excisada a lesão pré-maligna, mas à distância, num local sem tecido ganglionar organizado. O caso clínico nº 2, tem a particularidade de se revelar por um derrame pleural citrino, que recidiva com características macroscópicas que no contexto levantaram inicialmente a suspeita de sobreinfecção, logo afastada com a análise bioquímica do líquido pleural.

P26. Sarcoma da artéria pulmonar simulando tromboembolismo pulmonar

S. NEVES*, J. SAN JOSÉ*, C. FONSECA*, M. OLIVEIRA**, H. VAZ VELHO**, C. CENTENO*, I. ESTEVES*, S. TORRES*, A. M. MAGALHÃES*

Departamentos de Pneumologia, Cardiologia e C. Cardiorádica do CHVNG.*

Serviços de C. Cardiorádica e A. Patológica do H. Sta. Marta**

O sarcoma da artéria pulmonar é um tumor raro, surgindo com sinais e sintomas inespecíficos, por vezes simulando tromboembolismo pulmonar, o que torna o seu diagnóstico difícil e tardio. A este propósito os autores apresentam um caso clínico.

Caso clínico: Homem, 59 anos, ex-fumador, tuberculose ganglionar aos 28 anos de idade. Quadro clínico com um mês de evolução de dispneia de esforço, toracalgia e sintomas gerais. Enviado ao nosso SU pelo médico assistente sendo portador de Ecocardiograma transtorácico (ETT) e prova de esforço normais (N); TAC torácico revelando "trombose da artéria pulmonar direita (dta) ...pequeno derrame pleural dto...consolidações alveolares periféricas – enfarte pulmonar?". Fez colheita para estudo pretrombótico antes de iniciar hipocoagulação. No internamento: ecocardiograma transesofágico, ecodoppler dos membros inferiores, broncofibroscopia e produtos colhidos – (N). Ecografia abdominoprostática e tiróideia – (N). Endoscopia digestiva

alta – (N). Cateterismo cardíaco (CC) – (N). Angiografia pulmonar-oclusão completa da artéria pulmonar dta. RMN torácica – "trombose da artéria pulmonar dta com trombo de 3 cm de extensão, com efeito massa e ligeiro alargamento da artéria pulmonar e lobar inferior direita...sem se diferenciar lesão focal ou massa suspeita de ser tumoral". Líquido pleural – exsudado, negativo para células neoplásicas. Analiticamente inibidor lúpico – 68.9' e Ig M para anticardiolipina – 15.3. Proposto para Cirurgia Cardiorádica: indicação de manter vigilância e hipocoagulação. Estável durante 2 meses, altura em que inicia quadro febril e agravamento da dispneia. Sopros sistólicos de novo no foco pulmonar. Amoxicilina+ac.clavulâmico ev durante 5 dias com hipertermia, apirexia ao 2º dia de imipenem®. Estudos analíticos (N) excepto NSE -25.3. Repete TAC torácico – "trombose total da artéria pulmonar direita com extensão para a artéria contralateral prolongando-se para os ramos de divisão da artéria pulmonar, que se encontram ectasiados. Evidência de trombos murais à periferia". ETT – (N). CC – Pressão ventrículo dto aumentada (62 mmHg). Transferido para S. Cirurgia Cardiorádica do H. Sta. Marta para ser submetido a tromboendartectomia pulmonar. Durante a cirurgia constatada a presença de "mega artérias pulmonares" preenchidas por uma massa trombosa, que se estende às bifurcações arteriais. O exame extemporâneo revelou a presença de células neoplásicas. Necessidade de realizar pneumectomia dta por hemorragia. Faleceu ao 7º dia por ARDS em pulmão único após cirurgia com paragem cardiorespiratória e circulação extracorporeal. Diagnóstico definitivo-sarcoma da artéria pulmonar com metástases intraparenquimatosas e invasão da pleura parietal. A ressecção cirúrgica é a única modalidade terapêutica que aumenta a sobrevida destes doentes, devendo o diagnóstico desta patologia ser o mais precoce possível. Este caso ilustra a dificuldade de diagnóstico diferencial com a doença tromboembólica pulmonar e a necessidade de ponderar noutras hipóteses de diagnóstico em doentes que apesar da hipocoagulação, apresentam agravamento do quadro.

P27. Mesotelioma: a propósito de um caso clínico

A. DIAS, E. HIPÓLITO, S. CORDEIRO, L. PRADO E CASTRO, C. MATOS, A. SARAIVA

Serviço de Pneumologia do Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro

O mesotelioma fibroso localizado é uma forma rara de tumor, é bem circunscrito e usualmente tem origem na pleura visceral. Pode atingir grandes dimensões; ambos os sexos e é mais frequente entre os 50 e 60 anos.

O caso que apresentamos tem interesse porque embora fibroso e solitário, foi considerado maligno, baseado nas suas dimensões, elevada celularidade e evidência de padrão infiltrativo.

Trata-se de um doentes do sexo masculino, de 55 anos de idade, raça caucasiana, construtor civil com antecedentes de tuberculose pleural, e hipertensão arterial, admitido no serviço de Pneumologia do Hospital Infante Dom Pedro por dispneia, febrícula, dor lombar direita, emagrecimento, abolição do murmúrio vesicular nos 2/3 de campo pulmonar direito à auscultação pulmonar e opacidade extensa nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito na radiografia de tórax. A TAC

torácica mostrava uma formação expansiva heterogénea em contacto com a superfície pleural direita, foi realizada biópsia da lesão guiada por TAC cujo estudo histológico revelou tratar-se de um mesotelioma pelo que foi orientado para cirurgia torácica sendo submetido a toracotomia e ressecada uma massa tumoral de aproximadamente 40 cm de comprimento, confirmando-se posteriormente o diagnóstico de tumor fibroso solitário maligno da pleura.

Desde então o doente é seguido na nossa consulta sem evidência de recidiva tumoral.

P28.

Mesotelioma maligno da pleura – estudo comparativo de 2 casos –

**M^a JOSÉ SIMÕES, ELVIRA CAMACHO,
HELENA MARQUES**

Unidade de Pneumologia – Director: Dr. Pinto Saraiva
Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro

O Mesotelioma Maligno (M.M.) da Pleura é um tumor primitivo de células mesoteliais habitualmente de carácter maligno e relacionado com a exposição ambiental e profissional a asbestos, com um período de latência variável entre 20 a 30 anos, não afectado pela idade da primeira exposição, grau de intensidade ou duração.

Mais frequente no sexo masculino, no intervalo etário dos 50 a 70 anos, clinicamente cursando insidiosamente, com queixas de toracalgia, tosse acessual, derrame pleural recidivante, levando a uma multiplicidade de diagnósticos diferenciais e ao diagnóstico tardio da doença.

O estágio da doença tem importância não só para a avaliação do prognóstico mas também da eficácia terapêutica.

A sua terapêutica tem-se revelado decepcionante apesar das diferentes modalidades ao nosso alcance.

Os casos a apresentar são referentes a 2 doentes com o diagnóstico de M.M. da Pleura, numa situação existe exposição profissional a asbestos e o quadro clínico inicial foi de derrame pleural.

Os diagnósticos foram feitos por biópsia pleural em 1 doente e por toracoscopia no outro.

Foi efectuada quimioterapia (duas séries de 3 ciclos com cisplatino, e adriamicina) tendo-se obtido resposta parcial e doença estável. Posteriormente efectuou-se radioterapia mediastínica e do local de punção.

Obteve-se uma sobrevida superior a 12 meses.

Os A.A. concluem que o diagnóstico de M.M. da pleura é difícil e impõe uma boa correlação clínica – imagiológica e anátomo – patológica.