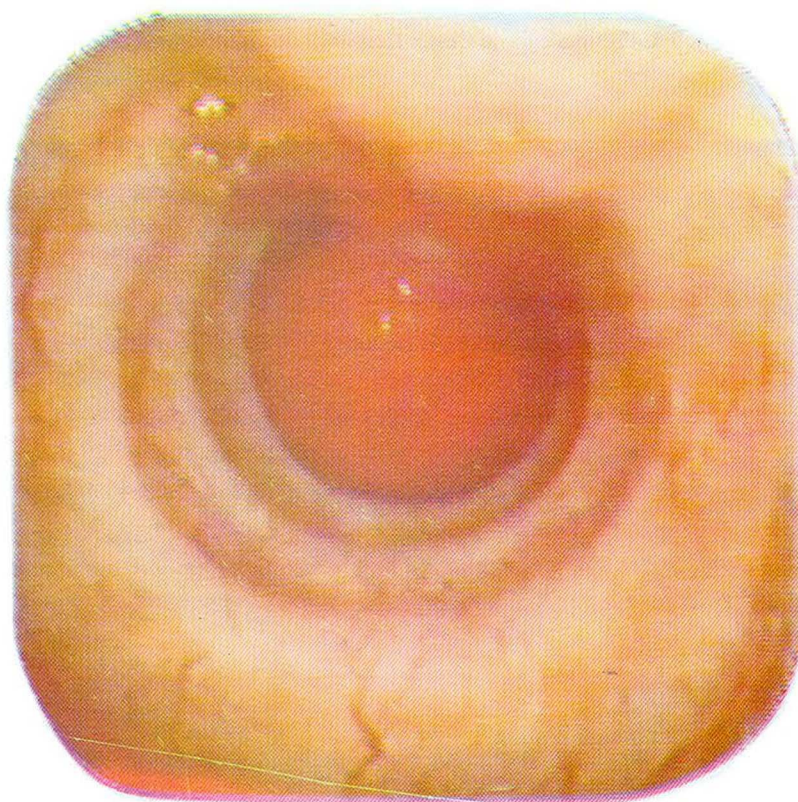


Imagens Endoscópicas*

Endoscopic Views



Trabalhos concorrentes ao "Prémio Fotografia Endoscópica Respiratória – 2001", iniciativa da Direcção da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, com o apoio da Glaxo SmithKline

CASO CLÍNICO Nº 1*

Tumor pseudo-inflamatório da traqueia

Doente de 27 anos de idade, sexo feminino, que aparece com sintomatologia de asma e que é tratada como tal durante meses sem regressão total de sintomas, até ao momento em que tem expectoração hemoptóica. Efectuada broncofibroscopia que demonstra a existência de volumoso tumor de limites bem definidos que ocupa quase toda a circunferência traqueal e que acaba por ser excisado por via cirúrgica – tumor pseudo-inflamatório da traqueia.

Estudo funcional respiratório demonstrou, na curva fluxo-volume, um marcado achatamento das curvas ins e expiratória que normalizou após a intervenção cirúrgica.

Três anos passaram e exames endoscópicos de *follow-up* têm sido normais.

JORGE PIRES

Chefe de Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

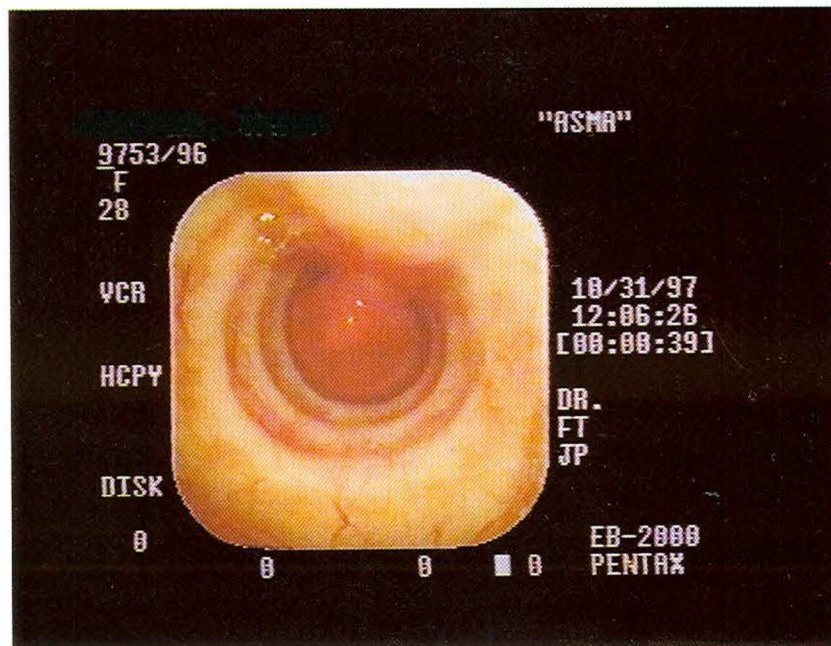


Fig. 1

* Vencedor do “Prémio Fotografia Endoscópica Respiratória – 2001”

CASO CLÍNICO Nº 2***Papiloma/Papilomatose traqueal.**

Doente do sexo masculino, de 80 anos de idade, com história de dispneia para pequenos esforços, e ortopneia. Broncoscopia revelou a 6 cm das cordas vocais oclusão quase total da traqueia por massa tumoral multilobulada (Fig.1). Efectuou terapêutica endoscópica com LASER YAG com desobstrução total. Recidiva tumoral cerca de 6 meses depois (Fig.2), com reperfuração do lúmen após diatermocoagulação (Argon Plasma). Traqueia com patência e calibre normal (Fig 3).

LUÍS MANUEL CARREIRO

Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas
Hospital de Pulido Valente



Fig. 1

* 2º Classificado do "Prémio Fotografia Endoscópica Respiratória – 2001"

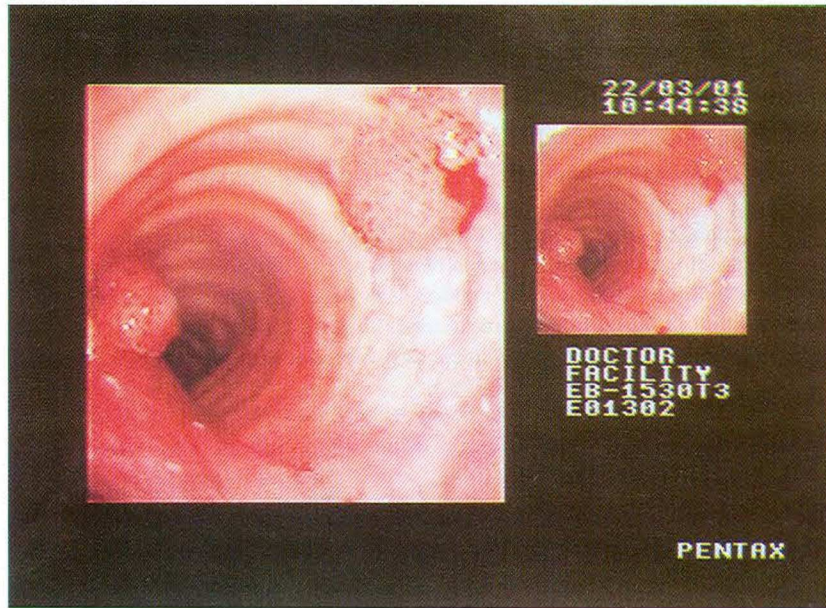


Fig. 2

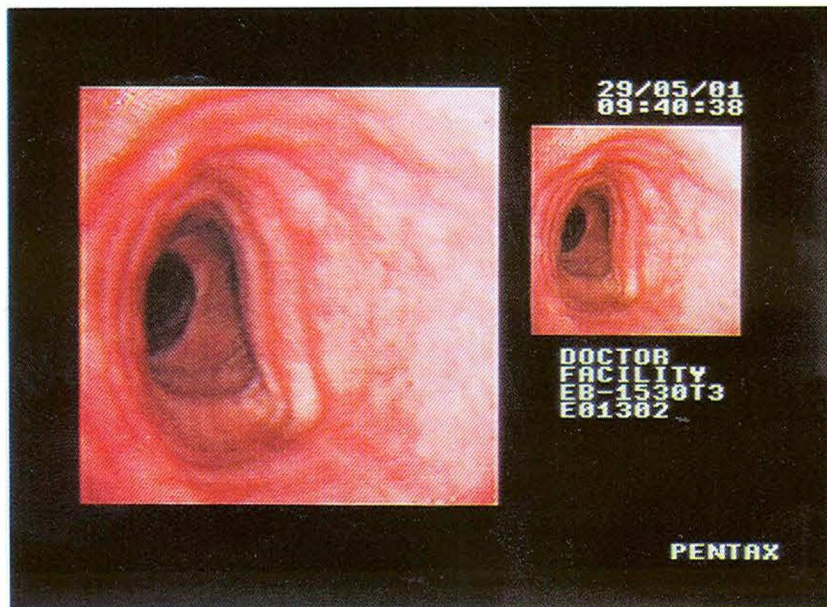


Fig. 3

CASO CLÍNICO Nº 3***Amiloidose**

A.D.F., sexo masculino, 57 anos, raça branca. Referia falta de ar e ronqueira, tosse seca ligeira e acessos de respiração e tosse estridulosa, com vários meses de evolução. Negava pieira. Realizada broncofibroscopia em Agosto/98, revelou tumoração de superfície lisa e com neo-vasos à superfície, que abarca toda a prega ariepiglótica esquerda, sem atingimento das cordas vocais. Orientado para a Otorrinolaringologia, foi submetido a laringectomia parcial. Diagnóstico anatomopatológico – Amiloidose.

YVETTE MARTINS

Assistente Hospitalar de Pneumologia
S. Pneumologia – Centro Hospitalar de Coimbra

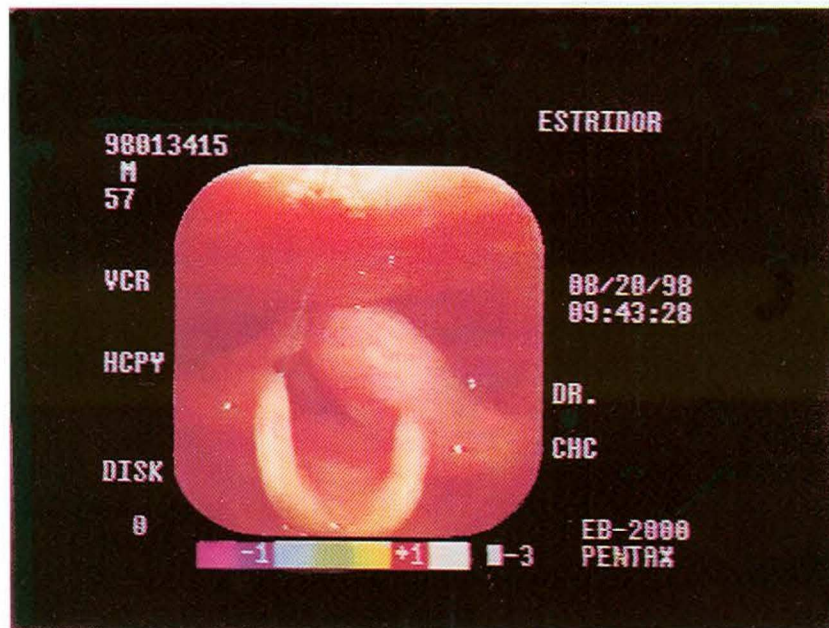


Fig. 1

* 3º Classificado do "Prémio Fotografia Endoscópica Respiratória – 2001"

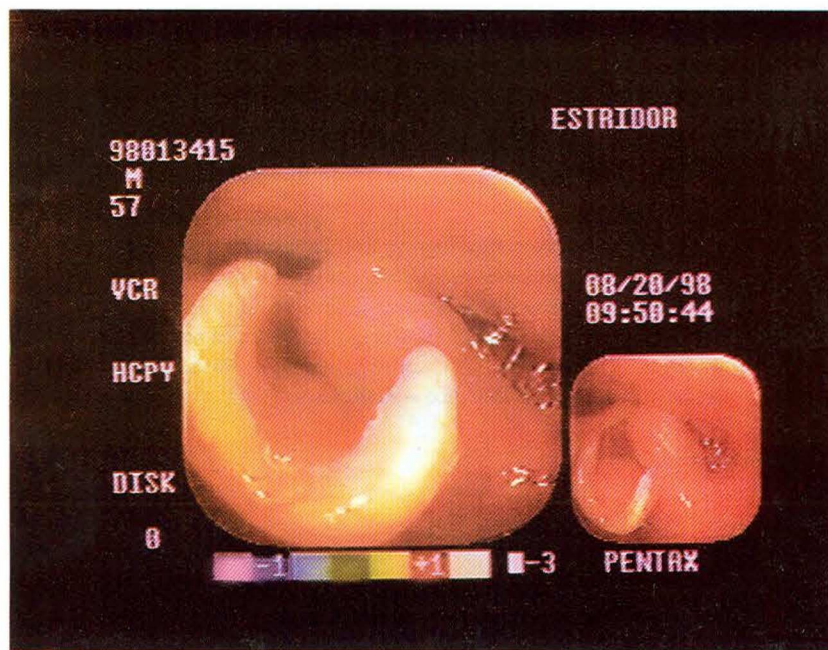


Fig. 2

CASO CLÍNICO Nº 4**Imagem endoscópica de fistula broncoesofágica**

J.O.N.P., 58 anos, internada na UCI (Cirurgia Programada) do HSJ após ter sido submetida a cirurgia esofágica (esofagostomia e clampagem distal do esófago) por ruptura esofágica e mediastinite após deglutição de espinha de peixe. Posteriormente desenvolveu abscesso mediastínico. Observou-se fuga de ar na sonda nasogástrica tendo-se efectuado broncofibroscopia onde se visualizou no brônquio principal esquerdo lesão fistulosa de tamanho considerável. Posteriormente a doente foi submetida a cirurgia torácica com encerramento da ruptura brônquica.

ANTÓNIO MORAIS, VENCESLAU HESPANHOL, ADRIANA MAGALHÃES,
AGOSTINHO MARQUES

Serviço de Pneumologia do Hospital São João

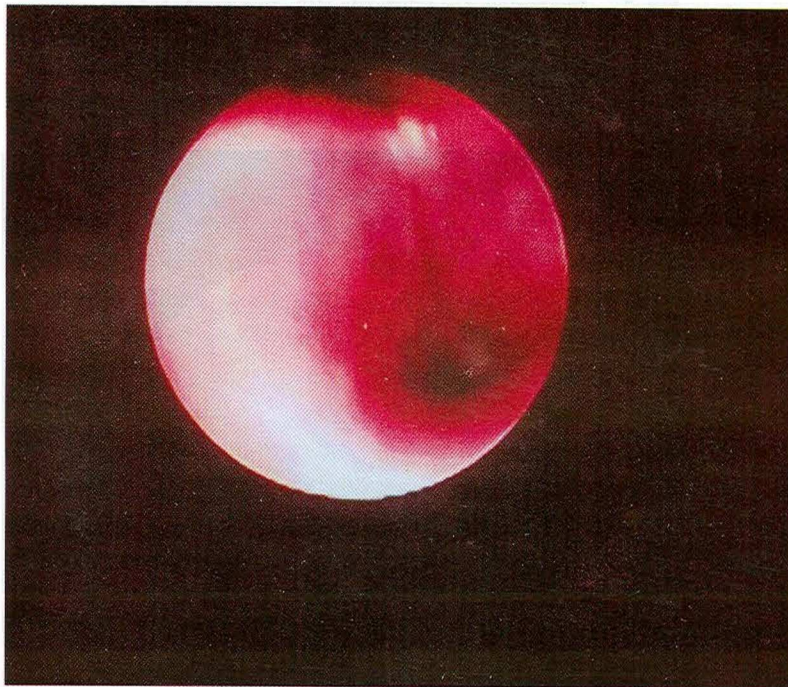


Fig. 1 – Imagem a nível da carina, observando-se localização da fistula na região postero-lateral da parte distal do brônquio principal esquerdo

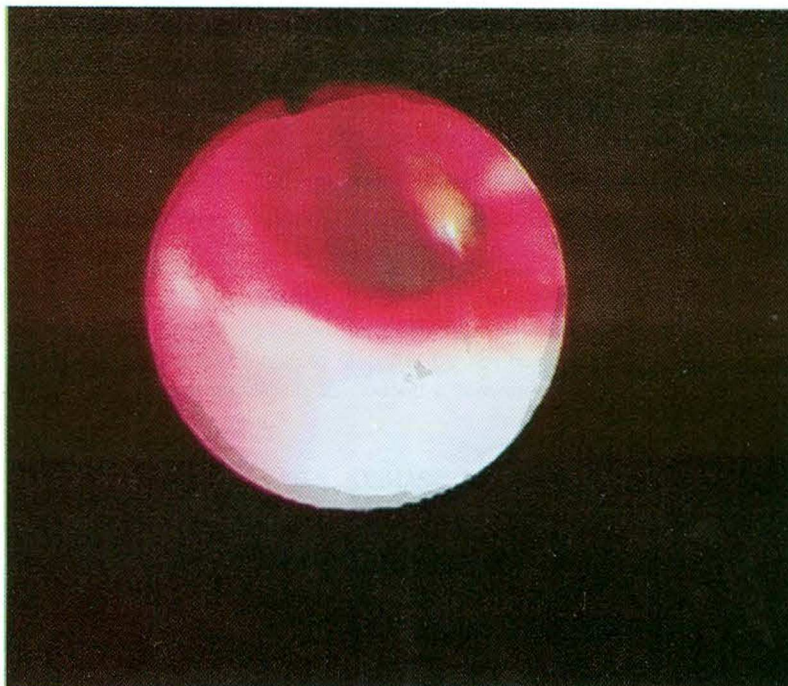


Fig. 2 – Imagem na parte distal do BPE próxima da fístula

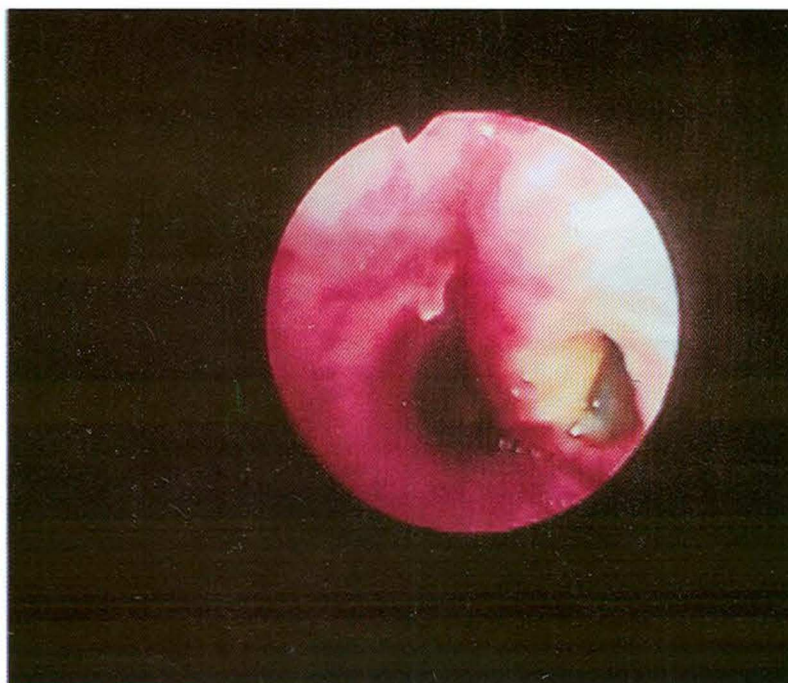


Fig. 3 – Imagem da fístula

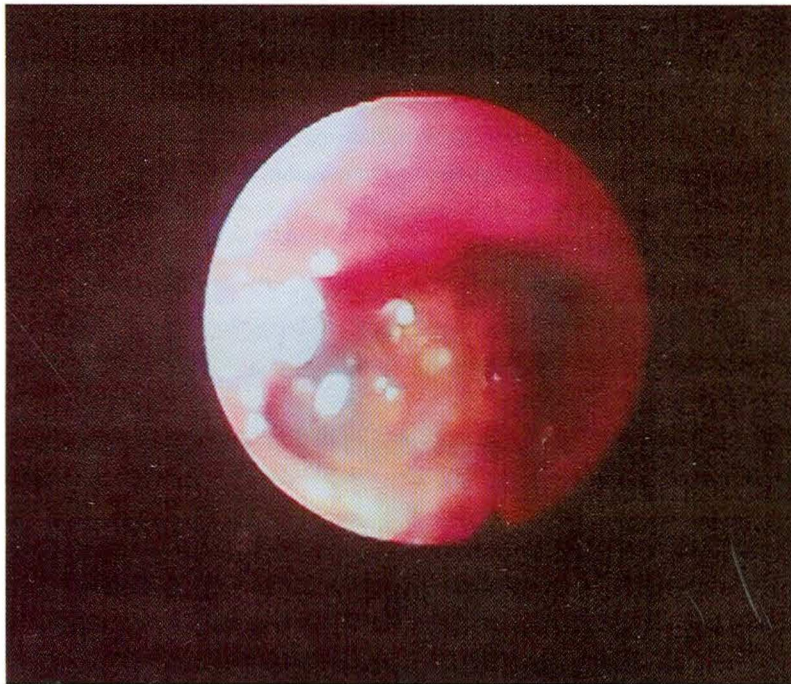


Fig. 4 – Imagem da fistula com provável conteúdo digestivo

CASO CLÍNICO Nº 5

Traqueobroncomegalia – Síndrome de Mounier-Kuhn

Doente do sexo masculino, 33 anos, fumador, com história de infecções respiratórias de repetição.

A radiografia de tórax não apresentava alterações relevantes e a TAC torácica mostrava alterações compatíveis com algumas bronquiectasias bilaterais e aumento do diâmetro traqueal (Fig.3).

Fez broncoscopia que evidenciou alterações compatíveis com traqueobroncomegalia (Síndrome de Mounier-Kuhn):

Cordas vocais e laringe normais; volumosa traqueobroncomegalia com divertículos e recessos na traqueia e brônquios principais; carena flácida, móvel “tipo acordeon”; flacidez e colapso fácil dos brônquios principais; secreções muco purulentas e sinais inflamatórios bilateralmente (Figs.1,2,3).

A biópsia brônquica mostrou infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e áreas de exsudado fibrino leucocitário com presença de colónias de actinomyces.

J ALMEIDA*, J MOURA E SÁ*, S NEVES*, M FERRAZ*, H LENCASTRE**

* Unidade de Broncologia, Departamento de Pneumologia,

** Serviço de Cirurgia Cardiorácea,
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

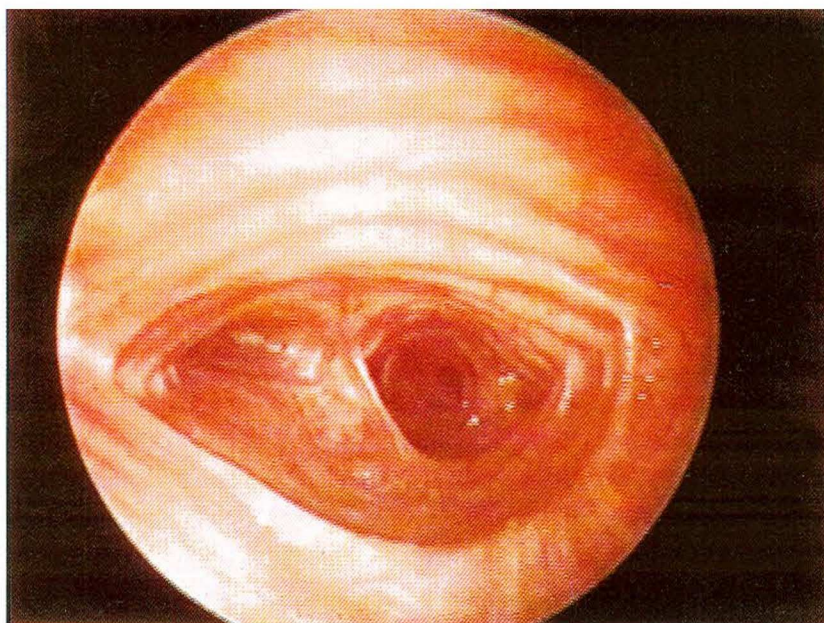


Fig. 1

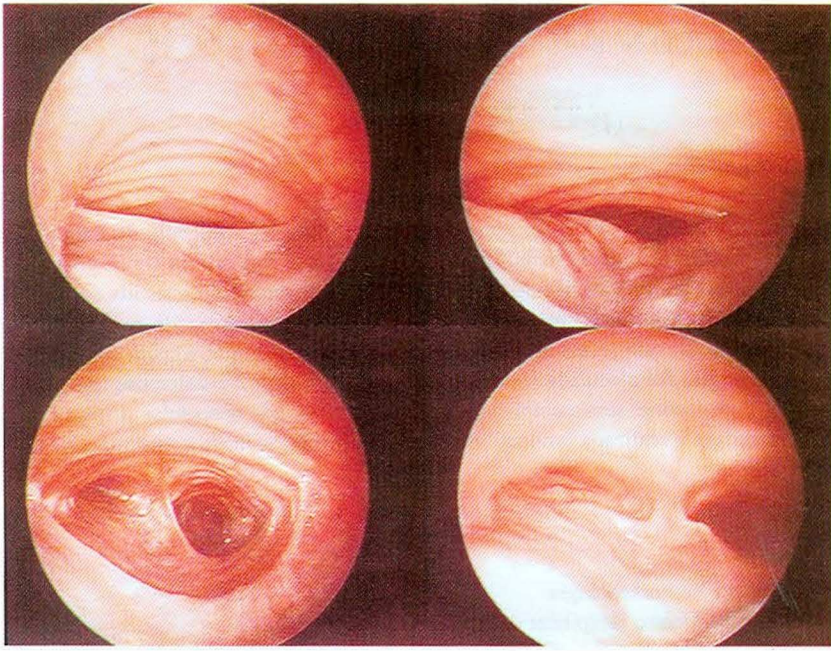


Fig. 2

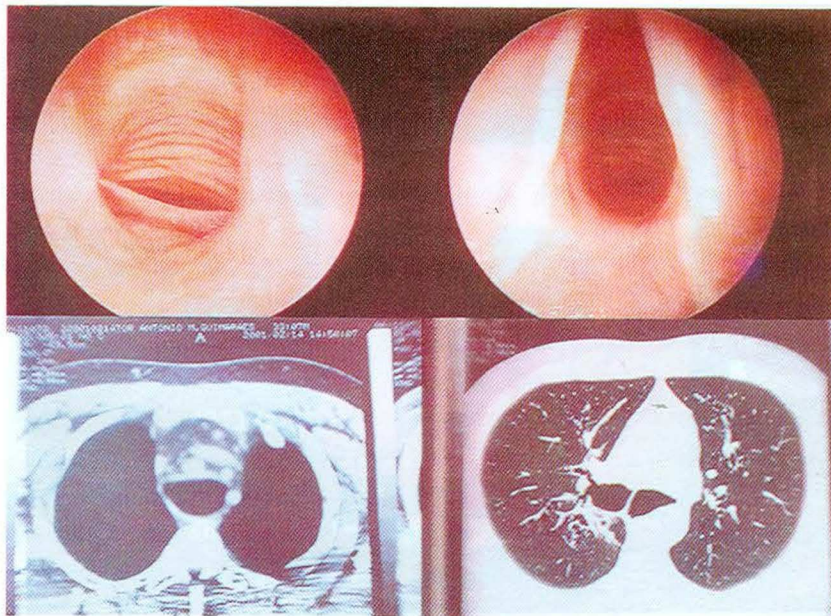


Fig. 3

CASO CLÍNICO Nº 6

Estenose traqueal

J.T., sexo masculino, 40 anos, raça branca. Em 1996, na sequência de Pancreatite Aguda Grave, esteve internado numa UCI, por insuficiência respiratória grave, com entubação orotraqueal prolongada seguida de traqueostomia, e ventilação assistida durante 21 dias. Em Abril/99, e por apresentar episódios de dispneia alta, é orientado para realização de broncofibroscopia que revela estenose acentuada da traqueia, motivo pelo qual foi proposto para cirurgia. Foi efectuada ressecção de 4 anéis traqueais e anastomose topo a topo a 22/04/99 que decorre sem complicações. Em Maio/00, por apresentar dispneia para médios esforços, foi realizada broncofibroscopia que revela estenose traqueal no local da anastomose.

JORGE PIRES

Chefe de Serviço de Pneumologia
S. Pneumologia – Centro Hospitalar de Coimbra

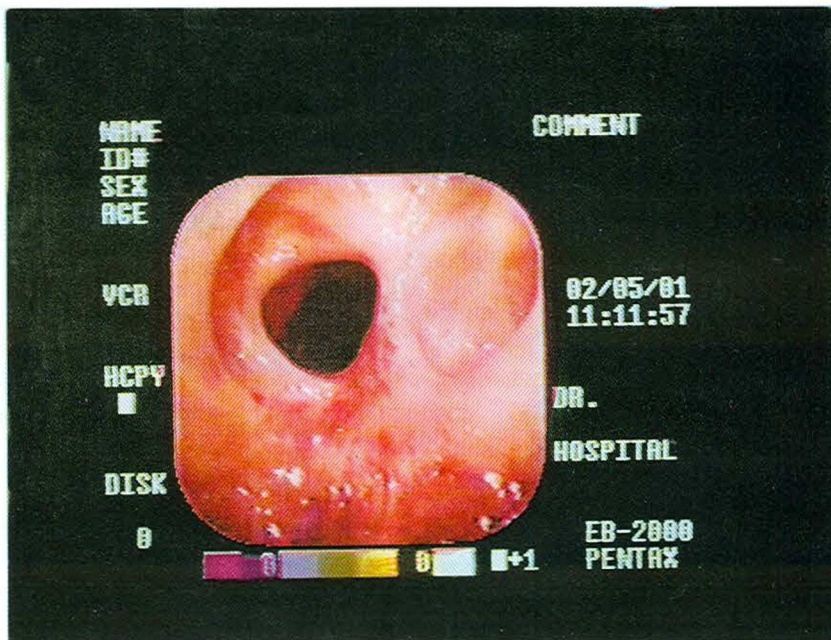


Fig. 1

CASO CLÍNICO Nº 7

Fístula traqueocutânea em doente traqueostomizada submetida a longo período de ventilação mecânica

Doente do sexo feminino, submetida a traqueostomia e ventilação mecânica prolongada. Já em ambulatório foi-nos enviada por suspeita de trajecto cutâneo fistuloso no local da traqueostomia. A fibroscopia mostrou na parede anterior da traqueia a presença de fístula traqueocutânea.

JOSÉ CEPEDA RIBEIRO

Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas
Hospital de Pulido Valente

Hospital de Pulido Valente

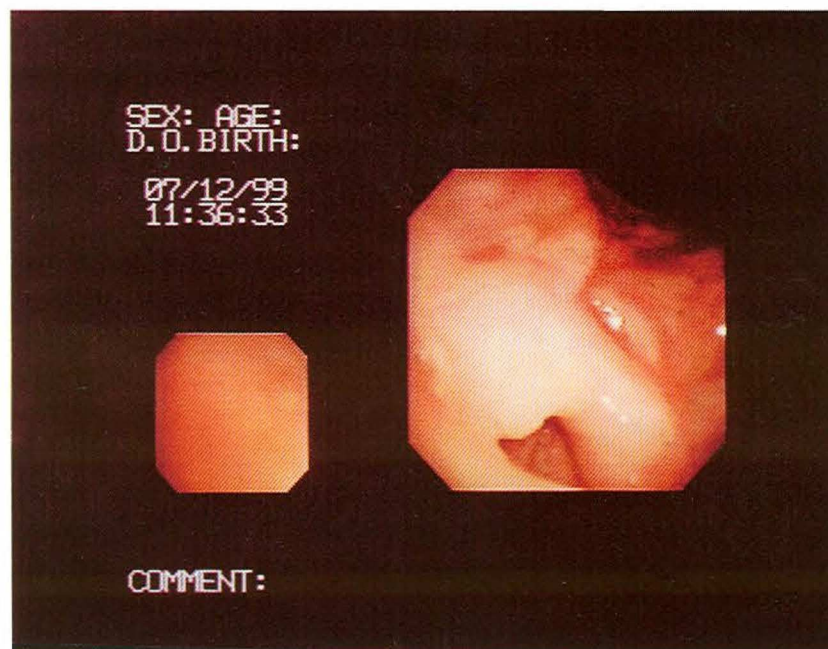


Fig. 1

CASO CLÍNICO Nº 8

Tumor maligno da epiglote

Doente de 61 anos, sexo masculino, tendo anteriormente sido submetido a lobectomia inferior direita por neoplasia do pulmão (carcinoma epidermóide). Posteriormente foi novamente submetido a lobectomia inferior esquerda também por carcinoma epidermóide. Cerca de um ano depois efectuou fibroscopia para avaliação de hemoptises, que revelou a presença de pequena massa na parede anterior da epiglote, que o exame anatomo-patológico revelou tratar-se igualmente de carcinoma epidermóide.

JOSÉ CEPEDA RIBEIRO

Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas
Hospital de Pulido Valente



Fig. 1

CASO CLÍNICO Nº 9**Corpo estranho no Brônquio principal esquerdo**

Doente do sexo feminino, de 70 anos de idade, com história de dispneia acessual, pieira, e tosse não produtiva. A tac torácica revelava imagem densa ao nível do brônquio principal esquerda (BPE), tendo a fibroscopia mostrado a presença de corpo estranho (osso) localizado no início do BPE, extraído por broncoscopia rígida. Esta doente referia história clínica de aspiração prévia ao início do quadro clínico.

LUÍS MANUEL CARREIRO

Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas
Hospital de Pulido Valente



Fig. 1

CASO CLÍNICO Nº 10

Estenose da traqueia

A.M.S.C., 72 anos, sexo masculino. Internamento nos HUC (Med III e Med Intensiva) por pneumonia extensa, com entubação orotraqueal e ventilação mecânica durante 15 dias. Teve alta a 08/11 e no dia 14/11 notou agravamento progressivo da dispneia motivo pelo qual recorre ao SU no dia 17, apresentando estridor no exame objectivo. A broncofibroscopia realizada revelou estenose traqueal a cerca de 2cm das cordas vocais, com orifício de cerca de 4mm de diâmetro. Orientado para cirurgia, foi submetido a ressecção de 4 anéis traqueais e anastomose topo a topo, sem complicações.

YVETTE MARTINS

S. Pneumologia – Centro Hospitalar de Coimbra

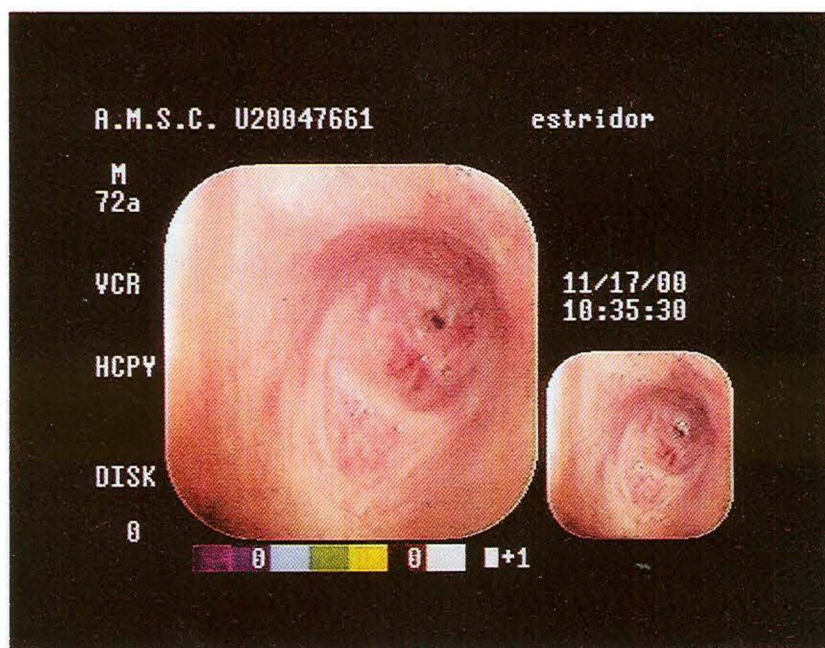


Fig. 1

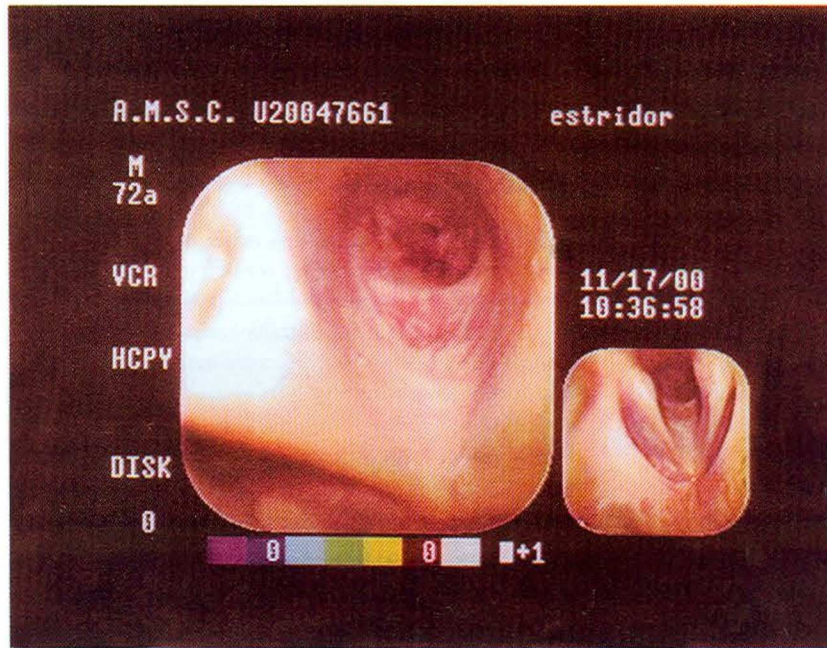


Fig. 2

CASO CLÍNICO Nº 11

Histiocitoma fibroso maligno (recidiva brônquica)

A.P., 84 anos, sexo masculino. Submetido a lobectomia média e ressecção atípica de S3 direito em 98, o diagnóstico anatomopatológico da peça revelou tratar-se de um histiocitoma fibroso maligno, com invasão da margem cirúrgica. Em Jan/01 verifica agravamento progressivo da dispneia, motivo pelo qual realiza telerradiografia do tórax que revela atelectasia total do campo pulmonar direito. A broncofibroscopia mostrou recidiva (tumor no brônquio principal direito que condiciona obstrução total).

YVETTE MARTINS

S. Pneumologia – Centro Hospitalar de Coimbra

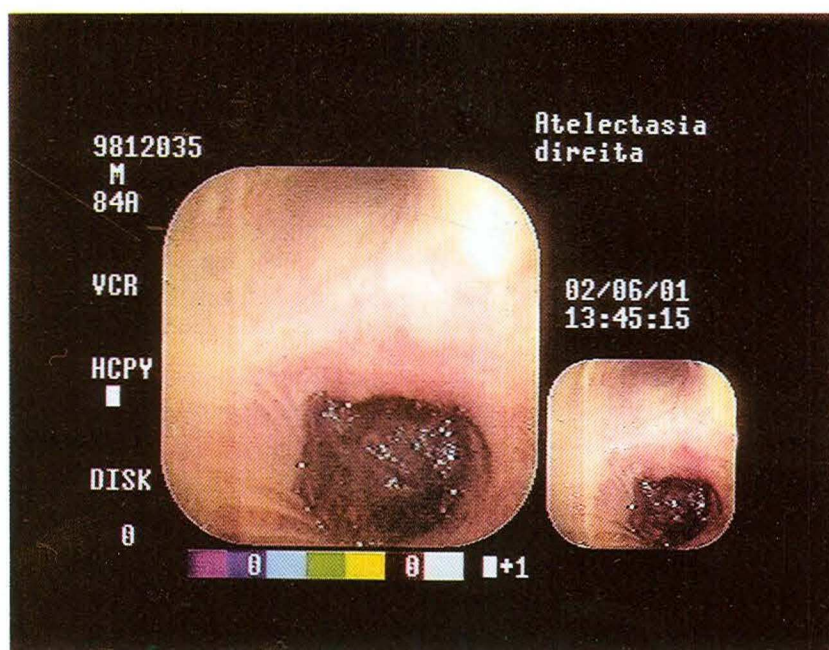


Fig. 1

CASO CLÍNICO Nº 12**Traqueobroncomegalia – Síndrome de Mounier-Kuhn**

Doente do sexo masculino, de raça negra, não fumador, trabalhador da construção civil.

Internado no Serviço de Medicina com o diagnóstico de infecção respiratória e medicado empiricamente com Eritromicina.

Referia antecedentes de um internamento hospitalar há 1 ano também por infecção respiratória.

Apesar da melhoria clínica, a persistência de alterações no Rx do tórax levou à realização de uma broncofibroscopia que mostrou uma traqueomegalia (Fig.1) com septos transversais (Fig.2) alguns em fundo de saco (Fig.3), broncomalacia e broncorreia, aspectos compatíveis com o diagnóstico de traqueobroncomegalia ou síndrome de Mounier-Kuhn.

FERNANDO RODRIGUES

Hospital Fernando da Fonseca

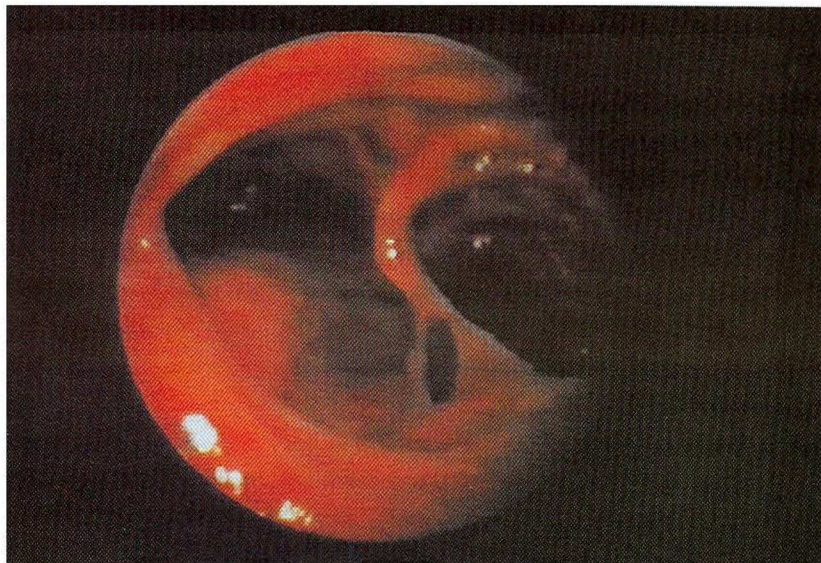


Fig. 1



Fig. 2

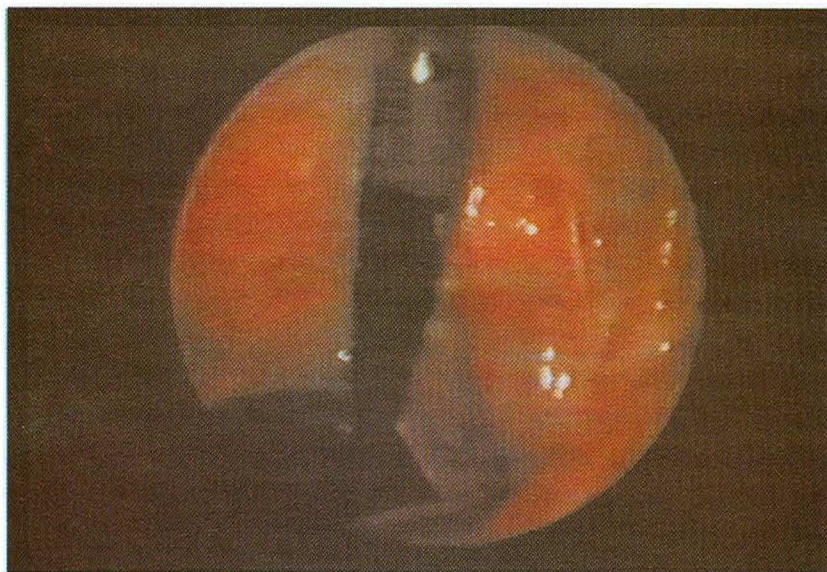


Fig. 3

CASO CLÍNICO Nº 13**Tuberculose ganglionar**

Criança caucasiana de 6 anos de idade, com história de tosse arrastada e febrículas com cerca de 1 mês de evolução, polimedicado com antibióticos e mucolíticos.

Recorre ao Serviço de Urgência e após Rx do tórax que mostra um alargamento do hilo direito faz uma broncoscopia que mostra um nódulo esbranquiçado submucoso que faz protusão na parede interna do BPD (Fig.1) e que abre para dentro do lúmen com a passagem do broncoscópio (Fig.2), identificando-se aquele material como *caseum*.

FERNANDO RODRIGUES

Hospital Fernando da Fonseca



Fig. 1



Fig. 2

CASO CLÍNICO Nº 14**Neoplasia do pulmão**

Mulher de raça negra, de 52 anos, internada com o diagnóstico de tuberculose miliar. A TAC torácica mostrava múltiplas imagens nodulares milimétricas e um nódulo cavitado de maiores dimensões localizado ao LSD.

O agravamento respiratório por atelectasia do pulmão direito levou à realização de uma broncoscopia que mostrou uma massa branco-nacarada não sangrante que ocluiu todo o BPD (Fig.1).

Foi possível ressecar praticamente toda a massa com a pinça do broncoscópio rígido repermeabilizando-se o BPD até ao BLID (Fig. 2 e 3).

O exame histológico desta massa mostrou ser constituída por muco e fibrina.

A doente veio a falecer e o exame necrópsico diagnosticou um adenocarcinoma com disseminação maciça a ambos os pulmões.

FERNANDO RODRIGUES

Hospital Fernando da Fonseca

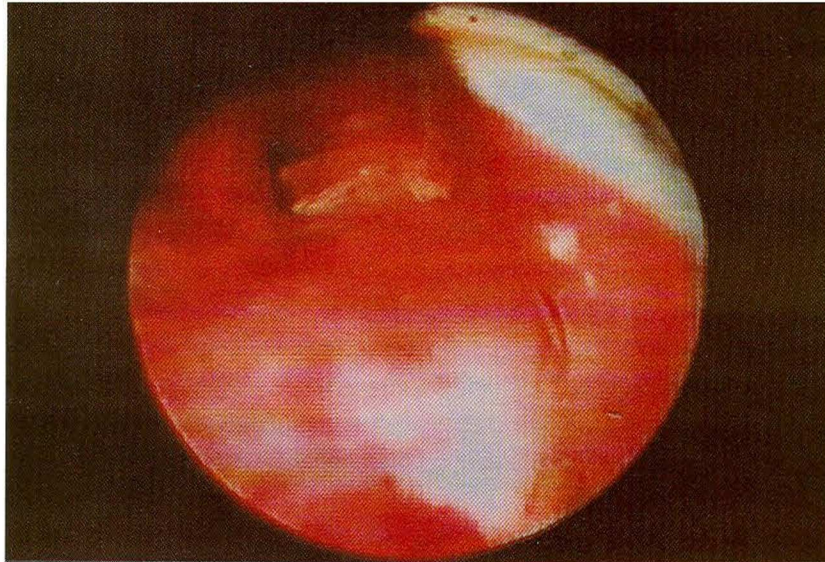


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3