

- ventilation for treatment of patients with hypercapnic respiratory failure. *Mayo Clin Proc* 1991; 66: 695-703.
10. MARINO W. Intermittent volume cycled mechanical ventilation via nasal mask in patients with respiratory failure due to COPD. *Chest* 1991; 99: 681-4.
 11. STRUMPF DA, MILLMAN RP, CARLISLE CC et al. Nocturnal positive-pressure ventilation via nasal mask in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 1234-9.
 12. MEECHAM-JONES DJ, PAUL EA, JONES PW et al. Nasal Pressure Support Ventilation plus Oxygen compared with oxygen therapy alone in hypercapnic COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 538-44.
 13. LIN C-C. Comparison between Nocturnal Nasal Positive Pressure Ventilation combined with Oxygen therapy and oxygen therapy in patients with severe COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 353-8.
 14. LEGER P, BEDICAM JM, CORNETTE A et al. Nasal Intermittent Positive Pressure Ventilation. Long-term follow-up in patients with severe chronic respiratory insufficiency. *Chest* 1994; 105: 100-5.
 15. SIMONDS AK, ELLIOT MW. Outcome of domiciliary nasal intermittent positive pressure ventilation in restrictive and obstructive disorders. *Thorax* 1995; 50: 604-9.
 16. REPORT OF THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL WORKING PARTY. Long Term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1: 681-5.
 17. NOCTURNAL OXYGEN THERAPY TRIAL GROUP. Continuous or nocturnal Oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. *Ann Int Med* 1980; 93: 391-8.
 18. MUIR JF, CUVELIER A, TENGANG B and the European task force on mechanical ventilation and COPD. Longterm home nasal intermittent positive pressure ventilation (nIPPV) + Oxygenotherapy (LTOT) versus LTOT alone in severe hypercapnic COPD. Preliminary results of a European Multicentre Trial. 6th International Conference on Home Mechanical Ventilation. Lyon 1997. Abstract Book (A8).
 19. COOPER CB, HOWARD P. An analysis of sequential physiologic changes in Hypoxic Cor Pulmonale during long-term oxygen therapy. *Chest* 1991; 100: 76-80.

Abordagem actual da cirurgia das metástases pulmonares

ISILDA MENDES

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Pulido Valente
Director: Prof. Luiz Leite Noronha

A cirurgia das metástases pulmonares baseia-se em três critérios:

- 1) – 30 – 40% dos tumores extra-pulmonares metastasam no pulmão, sendo 20% dos casos somente no pulmão.
- 2) – A existência de metástases pulmonares não significa necessariamente uma disseminação generalizada e incontrolável do tumor primitivo.
- 3) – As metástases pulmonares são em regra pouco sensíveis à quimioterapia e ou radioterapia.

A ressecção da 1.ª metástase pulmonar foi efectuada na Europa em 1927 por Davis, mas o caso mais comentado é a lobectomia feita por Barney e Churchill

em 1939 num doente com hipernefoma do rim que viria a ter uma sobrevivência superior a 20 anos.

De 1940 – 1960 houve um grande entusiasmo neste tipo de cirurgia com o aparecimento de várias séries.

Entre 1960 – 1970 houve um declínio, que coincide com o aparecimento de vários esquemas de quimioterapia.

Em 1970 com Martini houve um interesse renovado nesta cirurgia.

Existem desde há muito três critérios fundamentais para a selecção cirúrgica:

- 1) – Tumor primitivo controlado ou controlável
- 2) – Não há metástases com outra localização (ou são ressecáveis)

3) – O doente tem condições para tolerar a cirurgia.

DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA

A maioria das metástases pulmonares são assintomáticas. Algumas vezes apresentam (toracalgia, tosse, hemoptises, dispneia):

- Radiografia de tórax
- TAC torácica
- Broncofibroscopia
- PATT
- Eco e TAC abdominal
- TAC cerebral
- Cintigrafia óssea
- Marcadores tumorais
- Avaliação do estado geral.

A cirurgia tem como objectivo:

- 1) – Excisão de todo o tecido tumoral.
- 2) – Preservação do parênquima sã.

Os tipos de ressecção cirúrgica são:

- 1) – Ressecção pulmonar atípica ou segmentar a mais frequente.
- 2) – Lobectomia nos tumores centrais.
- 3) – Pneumectomia é uma cirurgia de excepção para as metástases pulmonares.

A via de acesso para a cirurgia, depende essencialmente do facto da doença, ser uni ou bilateral e da preferência do cirurgião.

Nas metástases unilaterais é indiscutível a toracotomia póstero-lateral a mais empregue, dá uma óptima exposição.

Nas metástases bilaterais podemos optar quer pela esternotomia mediana (com uma só incisão) abordagem de dois lados com pouco desconforto para o doente, mas o acesso das lesões hilares é difícil, sendo francamente mau para o lobo inferior esquerdo.

Quer a toracotomia bilateral como a esternotomia mediana transversal são desconfortáveis e tem repercussões na função respiratória.

Há quem prefira duas toracotomias sucessivas, separadas por um intervalo de três semanas.

A Videotoracoscopia tem vindo a ser utilizada por alguns, mas apontam-se-lhe deficiência e riscos.

A maior é a dificuldade em identificar todas as metástases, menos dolorosas é um bom meio para diagnóstico e constatação da operabilidade.

Factores de prognóstico:

1) – Intervalo livre entre a ressecção do tumor primitivo e o aparecimento da metástase.

2) – Tipo histológico do tumor.

Assim os tumores do aparelho urinário têm melhor prognóstico que os colo-rectais e estes por sua vez melhor prognóstico dos que da mama e melanoma.

3) – O número de metástases, até três metástases uni ou bilaterais, melhor sobrevida que quatro ou mais.

4) – Tempo de duplicação tumoral.

Os tumores que metastisam somente no pulmão têm maior e melhor sobrevida.

Estão neste caso:

- Sarcomas osteogénicos
- Sarcomas das partes moles
- Tumores das células embrionárias
- Tumores testiculares.

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE PULIDO VALENTE 1987 / 1996

No período compreendido entre 1987 e 1996 foram operados 46 doentes com metástases pulmonares, 30 doentes pertenciam ao sexo masculino e 16 ao sexo feminino. As suas idades variavam entre 21 e 76 anos, sendo a média etária de 56 anos.

Os tipos de tumor primitivo eram os seguintes:

- Adenocarcinoma do colon – 12
- Adenocarcinoma do recto – 11
- Sarcomas – 6
- Adenocarcinoma da bexiga – 4
- Adenocarcinoma da mama – 4

- Tumor Grawitz – 3
- Teratocarcinoma do testículo – 2
- Melanoma – 2
- Neuroepitelioma – 1
- Carcinoma das cordas vocais – 1

O intervalo livre entre o tumor primitivo e o aparecimento da metástase variou entre quatro meses e onze anos, com uma média de três anos.

A maioria dos doentes era assintomática, apenas cinco apresentavam queixas relacionadas com a lesão pulmonar, três tinham tosse com expectoração e os outros dois expectoração hemoptoica.

Na avaliação pré-operatória além das análises de rotina, efectuaram electrocardiograma, provas de função respiratória, radiografia de tórax, TAC torácica, broncofibroscopia, punção aspirativa transtorácica quando necessária, Ecografia e TAC Abdominal, TAC cerebral, cintigrafia óssea e marcadores tumorais.

As cirurgias realizadas foram – 50

Toracotomias póstero-laterais – 49

Esternotomia mediana – 1

Os tipos de ressecção pulmonar foram os seguintes:

- Ressecção pulmonar atípica – 32 – 64%
- Lobectomia – 15 – 30%

- Bilobectomia – 2 – 4%
- Pneumectomia – 1 – 2%

Quatro doentes foram operados duas vezes. O número de metástases variou entre uma e quatro.

- Metástases únicas 35 – 70%, duas 10 – 20%, três 3 – 6%; quatro 2 – 4%
- Metástases unilaterais em 43 casos
- Metástases bilaterais em 3 casos

A mortalidade foi nula e a morbidade insignificante.

A sobrevivência pelo método actuarial foi no 1º ano de 90%, no 2º ano 56,7%, no 3º ano 35%, bem como no 4º e 5º ano.

Dos doentes falecidos, o que teve uma sobrevivência menor foi aquele em que o intervalo livre entre o tumor primitivo e o aparecimento da metástase foi quatro meses.

A sobrevivência no caso do número das metástases uma ou quatro foi a mesma.

Como o número de casos é ainda reduzido é difícil tirar conclusões, contudo tendo em conta que as séries internacionais apontam para resultados semelhantes, podemos concluir que estes doentes beneficiam com este tipo de abordagem.

Abordagem das metástases pulmonares: Contribuição das técnicas invasivas no diagnóstico e tratamento*

CARLOS MENDONÇA

Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra

INTRODUÇÃO

Menos de metade dos doentes afectados por neoplasias, sobrevive cinco anos após o diagnóstico. A falência do tratamento, é largamente atribuível à

disseminação metastática do tumor, apesar dos enormes progressos verificados no domínio do diagnóstico, da técnica cirúrgica, da terapêutica adjuvante local ou sistémica e dos cuidados gerais.

Uma vez efectuado um diagnóstico de neoplasia, é urgente determinar se ela permanece localizada, ou já se disseminou para órgãos vizinhos, ou à distância. O tratamento de exérese cirúrgica do tumor primário não

* XIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Sessão: ABORDAGEM das METÁSTASES PULMONARES