

8. FEIJÓ S, VIEIRA J, AGAREZ M, COSTA MF. Endoscopia Torácica de Interverção - papel da laserterapia e das próteses traqueobrônquicas no tratamento da patologia traqueobrônquica. *Rev Port Pneumol*, 1997; III (2): 201-214.
9. EDELL ES, SHAPSHAY SM. *Laser Bronchoscopy*. Bronchoscopy - Raven Press Ltd., 1994; 279-291.
10. CAVALIERE S, FOCCOLI P, FARINA PL. Nd-YAG Laser bronchoscopy. A five year experience with 1396 applications in 1000 patients. *Chest* 1988; 94: 15-21.
11. BEAMIS JF, RABEIZ EE, VARGOS K, SHAPSHAY SM. Endoscopy laser therapy for obstructing tracheobronchial lesions. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 413-419.
12. RAMSER ER, BEAMIS JR JF. *Laser Bronchoscopy*. *Clinics in Chest Medicine*, 1995; 16 (3): 415-426.
13. FEIJÓ S, RODRIGUES MF. Laser em broncologia. *Arq. S.P.P.R.*, 1992; 9(4): 203-210.
14. PINHEIRO LG, MAGALHÃES A, FERREIRA J, GRANJA C, SOARES S, COELHO AM, MARQUES JA. Laser Nd-YAG na terapêutica paliativa de neoplasias do pulmão. *Arq. S.P.P.R.*, 1994; 11(3):149-156.
15. SHAW EG, MCDUGALL JC. Bronchoscopic Brachytherapy. *Bronchoscopy - Raven Press Ltd*, 1994; 293-300.
16. VILLANUEVA AG, LO TCM, BEAMIS JR JF. Endobronchial Brachytherapy. *Clinics in Chest Medicine*, 1995; 16 (3): 445-454.
17. MACHA HN, WAHLERS B, REICHEL C, VON ZWEHL D. Endobronchial radiation therapy for obstructing malignancies: Ten-year experience with Ir-192 HDR brachytherapy afterloading technique in 365 patients. *Lung* 1995; 173: 271-280.
18. PARADELO JC, WAXMAN MJ, THRONE BJ, BELLER TA, KOPECKY WJ. Endobronchial malignant obstruction. *Chest* 1992; 102: 1072-74.
19. FEIJÓ S. Braquiterapia endobrônquica HDR no tratamento do cancro do pulmão: problemas e resultados. *Arq. S.P.P.R.*, 1993; 10 (5-6): 285-288.
20. EDELL ES, COLT HG, DUMON JF. Tracheobronchial Prostheses in Bronchoscopy Raven Press Ltd, 1994; 301-311.
21. COLT HG, DUMON JF. Airway Stents: Present and Future. *Clinics in Chest Medicine*, 1995; 16 (3): 465-478.
22. MAIWAND MO, HOMASSON JP. Cryotherapy for Tracheobronchial Disorders. *Clinics in Chest Medicine*, 1995; 16 (3): 427-443.
23. HOMASSON JP. Bronchoscopic cryotherapy. *J Bronchol* 1995; 2: 145-153.
24. MONTEIRO MB. Crioterapia endobrônquica. *Arq. S.P.P.R.*, 1994; 11 (2): 85-88.
25. MONTEIRO MB. Crioterapia em Tumores Infiltrantes da Arvore Traqueobrônquica. *Rev Port Pneumol* 1996; II (1): 11-15.
26. FEIJÓ S, RODRIGUES MF. Crioterapia. *Arq. S.P.P.R.*, 1993; 10 (3): 185-193.

Infecção Pulmonar em Imunocomprometidos (95-97)

Revisões de Literatura

JOÃO CARLOS WINCK

Serviço de Pneumologia, H.S. João

BIBLIOGRAFIA

- NJ VANDER ELS, DE STOVER. **Pulmonary complications of HIV infection**. *Clin Chest Med* 1996; 17(4): 767-785.

Artigo exaustivo, de revisão da abordagem do doente infectado pelo vírus da Imunodeficiência humana, com doença pulmonar.

Com o *esputo induzido*, poucas instituições atingem a

alta rentabilidade diagnóstica descrita na literatura.

O BAL sózinho parece ser insuficiente para o diagnóstico de PPC.

- SCHLUGER NW, ROM WN. **PCR in the diagnosis and evaluation of pulmonary infections**. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 11-16.

O PCR do *esputo induzido* tem alta sensibilidade e especificidade para a PPC, podendo usar-se quando as colorações convencionais forem negativas.

- HUANG L et al. **Suspected PCP with negative induced sputum.** Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 1866-71.

Em doentes com suspeita de PPC e esputo induzido negativo, deve realizar-se BF + BAL precocemente.

- CAZZADORI A et al. **TBB in the diagnosis of Pulmonary Infiltrates in Immunocompromised patients.** Chest 1995; 107: 101-6.

A BPT aumenta o poder diagnóstico do BAL sobretudo em infecções fúngicas, tuberculose e doença maligna subjacente.

- CADRANEL J et al. **Site-directed BAL and TBB**

in HIV-infected patients with Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1103-6.

O BAL e a BPT orientados para o local com maior alteração radiológica no TAC permitiram o diagnóstico específico em 90% dos indivíduos em que o BAL prévio não foi diagnóstico.

- JOLIS R et al. **Diagnostic value of protected BAL in diagnosing Pulmonary infections in Immunocompromised patients.** Chest 1996; 109: 601-7.

Devido à alta incidência de Pneumonias bacterianas nesta população, um método como o P-BAL é necessário não só para o diagnóstico de infecções oportunistas não bacterianas e também Pneumonias bacterianas.

Follow-up do doente com cancro do pulmão. O controlo do radioterapeuta

LUIS GASPAR

Serviço de Radioterapia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro em adultos de ambos os sexos nos Estados Unidos da América, onde a sua incidência é de cerca de 150000 novos casos / ano. Sabendo-se que mais de 70% destes doentes são submetidos a radioterapia (RT) – quer isolada quer associada a outras modalidades terapêuticas – facilmente se compreende qual a importância do controlo exercido pelo radioterapeuta no seu *follow-up*. Particularmente no que se refere ao Serviço de Radioterapia do Hospital de Santa Maria, em 1996 foram tratados 126 doentes com tumor primitivo do pulmão, o que representa 10% de todos os casos tratados nesse ano e 13% dos casos de tumores primitivos, incidência só inferior à dos casos de tumores da mama, pois o valor de 14% relativo aos tumores digestivos inclui diversas localizações, nomeadamente recto e esófago (Quadro I).

O *follow-up* do doente oncológico no que respeita ao radioterapeuta, deve incluir por um lado a avaliação

dos **efeitos secundários** da terapêutica e por outro lado, a avaliação da **evolução da doença**: numa fase inicial a resposta à terapêutica e posteriormente a detecção de recidivas ou de progressão local ou à distância.

Quanto ao primeiro factor, devemos ter em conta quais os parâmetros que determinam o efeito da RT nos tecidos normais (Fig. 1) e conhecer as doses de tolerância desses tecidos que estão inevitavelmente incluídos no campo de irradiação de um doente com cancro do pulmão (Quadro II).

Os efeitos secundários da RT no cancro do pulmão são descritos no Quadro III. Relativamente aos **efeitos cutâneos**, eles são essencialmente agudos, surgindo durante o tratamento ou nas semanas seguintes e compreendem o eritema, a hiperpigmentação e a epilação; durante a RT, quando surge eritema e a pele se torna mais seca que o habitual, é conveniente mantê-la bem hidratada, por exemplo com creme de