



BOLETIM

PNEUMOLOGIA

P A U L I S T A



Órgão Informativo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia • Ano 17 • No. 22 • 2003



**CONGRESSO PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

SÃO PAULO/2003

Há 25 anos, três eméritos pneumologistas paulistas, Prof. Mateus Romero, Prof. Octavio Ribeiro Ratto e Prof. Mozart Tavares de Lima, no dia 22 de novembro de 1978, assinaram a ata de fundação da SPPT e, juntos, comprometeram-se a sustentar e promover essa Sociedade, que fez por merecer o espaço que hoje representa junto à Pneumologia Brasileira.

Essa iniciativa singela, mas significativa, estava iniciando a formação de um grupo que congrega hoje mais de 800 pneumologistas, cirurgiões torácicos, endoscopistas e pneumopediatras. Com a amizade, divisão de responsabilidades, coerência e muito trabalho, a Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia segue incentivando e determinando os rumos da especialidade em nosso País.

Essa edição do Boletim Pneumologia Paulista apresenta os temas livres do X Congresso Paulista da SPPT, o evento de atualização e reciclagem que se realiza a cada dois anos desfrutando de grande prestígio junto aos sócios, participantes e patrocinadores.

A SPPT tem o privilégio de contar com a infra-estrutura e o prestígio construídos por pneumologistas e suas equipes, que trabalham continuamente em prol da nossa comunidade. Conta também com uma equipe administrativa que têm se aplicado muito e mantendo o suporte às diretorias que se sucedem.

Todo final de um período é uma época muito especial. Naturalmente, o tempo marca mais uma etapa cumprida em nossa caminhada. Para onde?.....

É também tempo de reflexão, balanços, projetos, alegrias somadas, mágoas diminuídas, tristezas divididas, esperanças multiplicadas.

Aos companheiros da Diretoria da SPPT biênio 2001-2003, meus agradecimentos pela colaboração. Aos secretários Suzi, Simone e Wagner, minha gratidão pelo auxílio incansável.

Finalmente, nossos agradecimentos a todos os sócios que continuam a ser o motivo de nossa existência.

À nova diretoria da SPPT desejo muito sucesso, que vocês possam contribuir efetivamente para um crescimento contínuo e sustentado da Pneumologia Paulista.

Foi um privilégio representar todos vocês nesses anos.

Um grande abraço.



**X CONGRESSO PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

Centro de Convenções Rebouças
6 a 9 de novembro de 2003
São Paulo, SP



**X CONGRESSO PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

Centro de Convenções Rebouças
6 a 9 de novembro de 2003
São Paulo, SP

Foram 268 trabalhos encaminhados, um recorde para o Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Isto nos deixou muito satisfeitos pois expressa o interesse dos diversos grupos que atuam na especialidade em divulgar seus resultados. Por outro lado, e exatamente em função disso, a comissão organizadora da apresentação dos pôsteres, na qual estávamos ao lado dos Drs. João Marcos Salge, Jaquelina Sonoe Ota Arakaki, Vicente Dorgan Neto e Roberto Rodrigues, teve a desconfortável tarefa de selecionar apenas 75% dos trabalhos encaminhados em função da limitação física que possuímos para a apresentação durante o evento, e alguns bons estudos acabaram sendo recusados.

Neste ano a comissão organizadora do X Congresso entendeu que era hora de abrir espaço também para a inscrição de pesquisas originais, além dos tradicionais relatos de caso. Procuramos equilibrar o número de trabalhos expostos entre as várias áreas da especialidade. A Cirurgia se viu privilegiada com um número recorde de inscrições de pôsteres e uma sessão de apresentação exclusiva. No entanto, e por este mesmo motivo, foi dentro da área cirúrgica onde maior número de trabalhos ficou de fora pelas razões já expostas.

Esta edição do Boletim Pneumologia Paulista é dedicada exclusivamente à publicação dos resumos dos trabalhos do X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia e encerra a atual gestão da SPPT. Cabe um agradecimento a todos que colaboraram conosco durante este período de dois anos, em especial à Dr.^a Ana Luisa Godoy Fernandes, atual presidenta, pela oportunidade oferecida de renovação do nosso boletim. Boas vindas àqueles que chegam com forças renovadoras e excelente gestão à nova direção da SPPT.



Cirurgia Torácica	6-21
Doenças Intersticiais	22-28
Pneumopediatria	29
Doenças Ambientais e Ocupacionais	30
Fisioterapia Respiratória	31-34
Asma/DPOC	35-38
Infecções Agudas/Crônicas	38-42
Tuberculose	42-46
Endoscopia Respiratória	46-48
Outros	48-61

Avanços Terapêuticos em Asma e DPOC.

airvolution

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC 0800-7710345
www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda. é o novo nome da Byé Química e Farmacêutica Ltda. Rua do Estádio Ilumoso, 721, CEP 04309-011, São Paulo, SP.
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.
Ao apresentar os sintomas o médico deverá ser consultado.

 **ALTANA**

ALTANA Pharma Ltda.

001

Título: Broncoplastias: Experiência do Serviço
Autores: André Galante Alencar Aranha, Nostre Jr A, Ghefter MC, Teruya A, Canudas JP
Instituição: Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Santos

INTRODUÇÃO: broncoplastia é realizada sempre que temos um carcinoma epidermóide ou uma neoplasia de baixo grau de malignidade, como os carcinóides, endobrônquicos, que permitam sua ressecção oncológica, com preservação de parênquima pulmonar. Trata-se de grande alternativa nas indicações de pneumonectomia em pacientes idosos e com reserva pulmonar reduzida. É importante o diagnóstico histológico e a definição da extensão brônquica no pré-operatório.

MÉTODO: relatamos nove casos de broncoplastias no período de 1997 a 2003. Todos realizados por doenças neoplásicas endobrônquicas diagnosticadas e estadiadas no pré-operatório. Quatro carcinóides e cinco carcinomas epidermóides. Tinham idades entre 26 e 68 anos. Cinco casos foram submetidos a lobectomia superior direita com anastomose do brônquio principal direito ao intermédio.

Uma ressecção de tumor do brônquio principal direito em manga com anastomose de boca única do superior direito e intermédio ao principal direito quase na Carina.

Uma lobectomia superior esquerda com anastomose do inferior esquerdo ao principal esquerdo.

Duas bilobectomias inferiores direitas com anastomose do superior direito ao principal direito.

RESULTADOS: Nenhum apresentou fístula, estenose, sangramento ou granuloma na anastomose.

CONCLUSÃO: consideramos bons os resultados de nossa experiência inicial pois não tivemos complicações maiores.

002

Título: Fístula Traqueoesofágica Pós Intubação
Autores: André Galante Alencar Aranha, Altamiro Nostre Jr., Jean Pierre Canudas, Arnaldo Teruya
Instituição: Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Santos

INTRODUÇÃO: Fístula traqueoesofágica benigna adquirida é incomum. A grande maioria resulta de complicação de ventilação mecânica. Fatores de risco incluem pressão elevada no balonete da cânula traqueal, mobilização excessiva desta, infecção, hipotensão, uso de corticóides, diabetes e principalmente presença de sonda esofágica calibrosa e dura.

RELATO DE CASO: relatamos um caso de um homem de 23 anos com fístula traqueoesofágica pós intubação des do diagnóstico ao tratamento, e evolução.

DIAGNÓSTICO: pode ocorrer aumento de secreção traqueal, muitas vezes, de aspecto salivar. Se o paciente estiver recebendo alimentos via oral ocorre tosse produtiva imediatamente após ingesta, sendo a secreção do mesmo aspecto e mesma coloração dos alimentos ingeridos. Esofagoscopia e/ou traqueoscopia identificam o orifício fistuloso.

PREVENÇÃO: Evitar trauma mecânico com manutenção da menor pressão possível no balonete e mínima movimentação da cânula endotraqueal, mantendo-a numa posição em que sua ponta não traumatize a parede traqueal. Desinsuflação frequente do balonete pode melhorar a perfusão dos tecidos. Diminuir ao máximo o risco de infecção, com técnicas assépticas de aspiração da traqueostomia. Evitar hipotensão. A sonda nasogástrica deverá ser fina e macia, quando necessária.

TRATAMENTO: O tratamento deve ser cirúrgico, pois, é raro fechar-se espontaneamente.

003

Título: Quilopericárdio Idiopático Tratado Cirurgicamente
Autores: Day AAR, Ishy A, Sugimoto RL, Ikari NM, Fernandes PP, Jatene FB.
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP

O quilopericárdio idiopático é uma afecção rara que pode levar a tamponamento cardíaco. A drenagem do pericárdio leva ao esvaziamento do quilo, porém apresenta altos índices de recidiva. Nos poucos relatos de literatura encontrados, o tratamento preconizado é a ligadura do ducto torácico e a ressecção parcial do pericárdio. Relatamos o caso de uma criança de 2 anos previamente hígida que iniciou com quadro de broncopneumonia sem melhora com tratamento clínico. Exame físico, radiografia de tórax e ecocardiograma evidenciaram derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco. Realizado drenagem pericárdica com saída de 400 ml de líquido leitoso, sendo retirado o dreno após 14 dias. Reavaliação ambulatorial evidenciou recidiva do derrame pericárdico sem sinais de tamponamento. Linfocintilografia evidenciou imagem sugestiva de fístula do sistema linfático para o pericárdio com presença de quilopericárdio sendo realizado nova drenagem. A análise bioquímica e laboratorial evidenciaram presença de quilo. As culturas e pesquisa de células neoplásicas foram negativas. Optado por ligadura do ducto torácico videoassistida e pericardiectomia anterior como tratamento definitivos. A paciente apresentou boa evolução tendo alta no 13. pós-operatório.

004

Título: Hemoptise catamenial. Relato de caso.
Autores: Antero Gomes Neto, José Plínio da Silva Câmara, Lucyara Gomes Catunda, Nelson Gurgel Simas de Oliveira.
Instituição: Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Geral César Cals. Fortaleza – CE.

INTRODUÇÃO

Hemoptise catamenial é um sangramento que ocorre no período menstrual oriundo de um foco de endometriose pulmonar. É uma apresentação incomum de hemoptise, de diagnóstico difícil e de tratamento controverso, com poucos casos publicados na literatura. Neste relato, descrevemos o caso de uma paciente com hemoptise catamenial diagnosticada por tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) e broncoscopia e tratada cirurgicamente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, parda, casada, vendedora, há cerca quatro anos, com quadro de hemoptise recorrente durante os três primeiros dias do ciclo menstrual, predominantemente matinal, de caráter progressivo, associado à tosse e "chiado no peito". Apresentava períodos intermenstruais assintomáticos e negava qualquer outra sintomatologia. Foi admitida em nosso hospital para esclarecimento diagnóstico. De antecedentes, não referia doenças progressas, nem casos semelhantes na família; negava tabagismo e etilismo; teve três gestações com dois parto-cesáreas e um aborto espontâneo; relatava três internamentos prévios devido aos episódios de hemoptise. No exame físico da admissão nada se observou de anormal. O diagnóstico clínico foi confirmado pela presença de uma imagem parenquimatosa de limites parcialmente definidos e contornos irregulares, medindo 21x16 mm, circundada por área de opacidade em vidro fosco, interessando a periferia do segmento basal lateral do lobo inferior direito, em duas TCAR feitas durante os episódios de hemoptise. A broncoscopia mostrou discreto sangramento oriundo do mesmo segmento brônquico alterado na TCAR, e o exame citológico do lavado brônquico evidenciou células sugestivas de endométrio, bem como muitos macrófagos, alguns contendo pigmentos de hemossiderina. O hemograma, coagulograma, bioquímica, endoscopia digestiva alta, espirometria, gasometria, CA-125 e exame ginecológico foram normais. A paciente desde o primeiro internamento recusava inibir as menstruações com medicação hormonal, e com castração cirúrgica, pois além dos efeitos colaterais destas terapias, ainda desejava ter filhos. Com isto, foi indicada a opção cirúrgica para a ressecção do foco de endometriose pulmonar, através de uma piramidotomia, que foi realizada por uma toracotomia lateral com preservação muscular. O exame histológico do espécime cirúrgico revelou raras ilhotas de glândulas e estroma de padrão endometrial associada a extensas áreas de hemossiderose, compatível com endometriose pulmonar. A paciente ficou assintomática no seguimento de três meses após a cirurgia.

005

Título: Timoma Maligno - 13 Anos de Evolução e 10 Cirurgias.
Autores: Freitas, M.A.; Cataneo, D.C.; Volpi, M.S.; Michellin, O.C.; Ruiz Jr., R.L.; Cataneo, A.J.M.
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

V.D.P., masc., branco, 45 anos. Em junho de 1990 deu entrada ao PS com forte dor torácica aguda + dispnéia. ECG normal e RX de tórax mostrando massa em hemitórax direito. TC: massa sólida de mediastino anterior + derrame pleural. Punção pleural: líquido hemorrágico, citologia negativa. Toracotomia D(25.06.90): Exérese tumor. AP-Carcinoma tímico bem diferenciado (MH) invadindo cápsula (Masaoka II). Radioterapia (set. 90)-3000 C.G. Março 94: Exérese de metástase em parede abdominal. Qt(4/94): Cisplatina + Etoposide + Prednisona. Agosto 94: Exérese de nódulos pulmonares (3 à D e 5 à E). Dezembro de 97 - alteração de sensibilidade e motricidade de MMIII. RNM - lesão em vértebra T3. RX de tórax: múltiplas metástases pulmonares. Janeiro 98 - Curetagem de T3 via anterior + colocação de gaiola de titânio + radioterapia. Maio 99 - Recidiva em coluna. Curetagem em T3 e T4 via posterior. Outubro 01 e março 02- Curetagem de T3 por via anterior. Maio 02 - Nova Qt: Cisplatina + Etoposide - 3 ciclos. Outubro 02 e Jan.03- Curetagem T3 por via anterior e posterior, respectivamente. Como o paciente continuava piorando, estando paraplégico, foi tentada nova curetagem por via anterior em abril/03 em T2 e T3. O paciente voltou a andar e a trabalhar novamente. Comentário: A vontade de viver e de voltar a produzir é o que mantém este paciente vivo e nos estimula a operá-lo tantas vezes quantas forem possíveis.

006

Título: Timomas - Casuística do H.C. da F.M.Botucatu - Unesp
Autores: Cataneo, D.C.; Freitas, M.A.; Brayner, M.F.L.; De Faveri, J.; Ruiz Jr., R.L.; Cataneo, A.J.M.
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Timomas são tumores originários das células epiteliais da glândula tímica, e, dependendo das características destas células e da invasão da cápsula tímica e estruturas adjacentes, podem ter comportamento benigno ou maligno. Ocorrem em ambos os sexos, geralmente no mediastino anterior, sendo o tumor mais comum deste compartimento mediastinal em adultos. Costumam ser assintomáticos na metade dos casos, e muitos estão associados a doenças sistêmicas, sendo a mais comum a mastemia gravis. Objetivando mostrar a incidência em nosso meio, e a evolução do tratamento nestes últimos 28 anos, fez-se esta revisão. Dos 96 tumores do mediastino operados, 16 eram de origem tímica (16,6%) , 14 timomas (14,5%), 1 cisto tímico e 1 carcinóide tímico, 80% ocorreram no sexo masculino, a idade variou de 15 a 74 anos.O estadiamento segundo Masaoka foi: estadio I - 8, estadio II - 4, estadio III - 2 e estadio IVa - 1. Os sintomas encontrados foram: dor(6), tosse(5), dispnéia e emagrecimento(2), 4 eram assintomáticos e 4 apresentavam miastenia gravis. O tamanho dos tumores variou de 2 a 18 cm e o peso de 20 a 1775 g. Sete timomas e o cisto tímico foram tratados apenas com cirurgia, 5 com cirurgia + tratamento adjuvante (Rt e ou Qt) e 2 com quimioterapia neoadjuvante + cirurgia + tratamento adjuvante. Conclui-se nesta pequena casuística, que o tratamento de nossos timomas se tornou mais agressivo com o passar do tempo.

007

Título: Plasmocitoma Ósseo Gigante em Parede Torácica
Autores: Ishy A, Day R A, Neto M N, Fonseca M F, Samano M N, Fernandez A
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HC FMUSP

A incidência de Mieloma Múltiplo (MM) é aproximadamente de 3,5/100.000 pessoas por ano. O A doença é subdividida em dois grupos: a) Plasmocitomas Ósseos b) Plasmocitomas não Ósseos (extra-medular). Os Plasmocitomas Ósseos (PO) constituem 70% dos casos e primariamente acometem ossos que contenham tecido medular com predileção para vértebras, fêmur, pélvis e costelas. As lesões extra-medulares são responsáveis por 30% dos casos e a maioria localiza-se no trato respiratório superior, cabeça e pescoço.

Os pacientes com PS frequentemente evoluem para MM e aproximadamente 5% de todos os pacientes com MM tem como diagnóstico inicial o PS.

Relatamos um paciente de 54 anos, com aparecimento de massa endurecida, indolor, de aproximadamente 3 cm em parede lateral do hemitórax direito há 10 anos. Devido ao aumento progressivo da lesão procurou auxílio médico em fevereiro deste ano. Realizou Tc de tórax e a biópsia transparietal por agulha revelou PO. Após 20 sessões de radioterapia (40 Gy) não mostrou melhora clínica. Por isso foi encaminhado para ressecção cirúrgica. Realizado toracectomia abrangendo 3°, 4° e 5° arcos costais e posterior correção do defeito na parede torácica com tela de polipropileno. Rotação de retalhos musculares (serrátil anterior, grande dorsal e peitoral maior) para cobertura da tela e do defeito na parede.

Após 1 mês o paciente permanece em acompanhamento ambulatorial sem instabilidade de parede torácica.

O tratamento de escolha para o PS Ósseo é a radioterapia com doses de 40 Gy ou mais em 20 sessões. A cirurgia somente é indicada em caso de comprometimento neurológico ou resistência ao tratamento como no caso descrito.

008

Título: Aspecto Pulmonar da Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH)
Autores: Bruno Ludovico Martins
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto - Unaerp

A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) que também pode ser chamada de doença de Rendu - Osler - Webber é uma doença autossômica dominante com displasia fibrovascular mucocutânea e visceral, que usualmente é reconhecida como a "triade clássica" de telangiectasia, epistaxes recorrentes e história familiar da doença. Porém, devido à variabilidade da localização, do tipo e do número e da distribuição da malformação vascular; pessoas afetadas podem ser assintomáticas ou apresentar uma extensa manifestação clínica em qualquer idade. Estima-se que 60% das pessoas que possuem malformações artério-venosas pulmonares são portadoras de THH. O aspecto clínico e fisiopatológico da THH pulmonar são revisados com considerações referentes ao diagnóstico e terapêutica com abordagem cirúrgica que varia desde uma ligação da artéria que irriga a fistula até uma lobectomia. Uma outra técnica menos invasiva nestes casos é a embolização transcater com balão que também tem bons resultados.

O desenvolvimento de novos métodos terapêuticos e de exames complementares ao diagnóstico tende a aumentar a expectativa média de vida . Porém, na atualidade há de se desenvolver maiores estudos randomizados e prospectivos.

Título: Mediastinite Esclerosante como Diagnóstico Diferencial de Tumores do Mediastino
Autores: Kang DWW, Moraes-Neto D, Samano MN, Canzian M, Beyruti R, Jatene, FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

A mediastinite esclerosante é uma doença rara caracterizada por tecido fibrótico mediastinal extenso, com pouca evidência de inflamação ativa, que mimetiza uma neoplasia mediastinal devido à compressão, encarceramento ou invasão das estruturas mediastinais adjacentes. Apresentamos 3 casos de pacientes que tiveram quadro de síndrome de veia cava superior com a CT de tórax em todos os casos mostrando massa mediastinal anterior invadindo a veia cava superior. O primeiro paciente foi submetido a biópsia de linfonodos cervical e axilar com resultados inconclusivos. O terceiro paciente foi submetido a biópsia da massa por videotoroscopia com resultado também inconclusivo. Os 3 pacientes foram abordados então através de esternotomia total mediana com ampla ressecção das massas para o diagnóstico final de mediastinite esclerosante. Em dois casos houve necessidade de derivação venosa com uso de próteses vasculares e em todos houve melhora do quadro clínico. Os pacientes permanecem vivos, assintomáticos, num tempo de seguimento de 3 anos, 1 ano, e 4 meses, respectivamente. A segunda paciente apresentou após 1 ano de acompanhamento estenose da prótese vascular resolvida por dilatação endovascular. A fisiopatologia, embora ainda controversa, parece estar relacionada a adenomegalias mediastinais, inflamação, proliferação de fibroblastos e deposição incontrolada de colágeno ou liberação contínua de antígenos com posterior exacerbação do processo cicatricial. É importante lembrar que as principais causas associadas são a histoplasmose e a tuberculose, sendo esta última uma doença muito prevalente em nosso meio. A principal complicação é a síndrome de veia cava superior e o diagnóstico histopatológico desta afecção geralmente é difícil através de métodos pouco invasivos, necessitando muitas vezes de exploração cirúrgica para o diagnóstico definitivo e por vezes, a resolução do quadro através de bypass vascular com bons resultados na nossa experiência.

Título: Análise dos Pacientes Submetidos à Toracotomia Exploradora para Trauma na Cidade de Manaus
Autores: Westphal FL, Silva JS, Menezes AQ.
Instituição: Universidade Federal do Amazonas - Universidade Estadual do Amazonas - UEA

Introdução: O traumatismo torácico tem grande importância na vida cotidiana refletindo as condições sociais e econômicas da população urbana. É necessário que haja um conhecimento das características regionais das principais causas de mortalidade no traumatismo torácico.

Objetivos: Com o intuito de avaliar as condições que cursam com melhor ou pior evolução dos pacientes vítimas de trauma torácico cirúrgico, foram analisados 126 pacientes entre os anos de 1998 e 2001 que foram submetidos à Toracotomia Exploradora, em dois centros de referência para trauma, com suspeita diagnóstica dada por meio de exames clínicos ou radiológicos de lesão torácica. **Pacientes e Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de pacientes, que deram entrada em Pronto-Socorro no período de Janeiro de 1998 a Dezembro de 2001. Foram excluídos os que haviam sido apenas drenados e que não possuíam dados suficientes em seus prontuários. **Resultados:** O paciente vítima de trauma torácico é do sexo masculino (96,8%), entre 20 e 29 anos (46,8%), ferido por Arma Branca (69,1%), com Escore Anatômico de Trauma menor que 9 pontos (48,4%) e evoluindo para a cura em 79,4% dos casos. A frequência das lesões cardíaca e pulmonar nesse trauma se fez em 34% e 43%, respectivamente, com predomínio dos ventrículos esquerdo e direito e pulmão esquerdo. Em 1998, 30 pacientes foram submetidos à toracotomia e 9 morreram (30%), e em 2002, 47 pacientes foram operados e 7 faleceram (15%). Dos 26 pacientes que faleceram, nos 4 anos, houveram 9 lesões cardíacas, 12 vasculares e 12 lesões pulmonares. As lesões vasculares apresentaram resultados significativos ($p < 0,05$) em relação a sua mortalidade, pois todos os traumas de aorta e veia cava inferior evoluíram ao óbito. A morte também esteve relacionada com o uso de mais de 4 Concentrados de Hemácias (31% dos pacientes) e com um Escore Anatômico de Trauma superior a 15 pontos (38,5%). **Conclusão:** A toracotomia exploradora é um método de tratamento muito eficaz quando o paciente possui a oportunidade de ser tratado, chegando à cura em 79,4% dos casos, sendo muito frequentes as lesões cardiopulmonares, mas pouco relacionadas com o óbito.

Título: Metaplasia Mielóide Agnogênica no Pulmão -
Autores: Westphal FL, Andrade E, Menezes AQ, Lima Netto JC
Instituição: Hospital Universitário Getúlio Vargas

Introdução: Metaplasia mielóide agnogênica é uma doença hematológica com incidência de 2 para cada 100000 habitantes, secundária a mielofibrose idiopática, que ocorre com a deposição de fibroblastos na medula óssea, ou à doenças que levam a alteração da medula. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente com diagnóstico de metaplasia mielóide agnogênica.

Relato de caso: paciente do sexo masculino, 50 anos, natural e procedente de Manaus, evoluindo há um ano com quadro de dor torácica, tosse seca, dispnéia e dor generalizada sem melhora com analgésicos. É portador de plaquetopenia crônica. Radiografia de tórax evidenciou condensação pneumônica difusa e TC demonstrou traves fibrosas em lobos superiores com granuloma à esquerda. O estudo da medula óssea evidenciou hipoplasia. Foi realizada biópsia pulmonar por videotoroscopia com resultado histopatológico de metaplasia mielóide pulmonar. **Discussão:** Metaplasia mielóide é uma doença rara, principalmente quando associada à hematopoiese extramedular, sendo incomum a hipoplasia medular. Dentre as patologias que levam à alteração da medula e que podem ocasionar a doença, podemos citar: carcinoma metastático, lúpus eritematoso crônico, doença de Gaucher e linfoma. O local de hematopoiese é primeiramente os ossos longos e posteriormente locais extramedulares, mais comumente fígado e baço, podendo também ocorrer no pulmão, rim, cérebro, intestino, medula espinhal e peritônio. O quadro clínico é caracterizado por anemia severa, emagrecimento, dor óssea, hepatoesplenomegalia e sintomatologia associada à localização da metaplasia, podendo apresentar hemorragia digestiva, hematuria, convulsões, ascite, paralisia e angústia respiratória. É importante o diagnóstico precoce da doença com o intuito de melhora da sobrevida e diferenciação com outras doenças como o carcinoma metastático com infiltração medular.

Título: Tratamento Cirúrgico de Pneumonia Necrosante: Análise de treze casos
Autores: Westphal FL, Lima LC, Menezes AQ, Carneiro MB, Lima Netto JC.
Instituição: Universidade Federal do Amazonas - Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Estadual do Amazonas - UEA

Introdução: A pneumonia bacteriana é uma doença comum na infância. Com o advento da antibioticoterapia, as complicações diminuíram, sendo diagnosticado empiema em cerca de 10% dos casos. A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, de infecção pulmonar, na qual há trombose dos vasos pulmonares, gerando desvitalização e necrose do parênquima pulmonar. Quando presente, é responsável por elevada morbimortalidade na população infantil. **Objetivo:** Análise de treze casos de pneumonia necrosante em crianças, submetidas a tratamento cirúrgico, avaliando os resultados obtidos, bem como os índices de morbidade e mortalidade, com o tratamento cirúrgico. **Metodologia:** Realizou-se estudo retrospectivo de treze casos de pneumonia necrosante, atendidos no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e Sociedade Beneficente Portuguesa, no período de março de 1997 a agosto de 2003, na cidade de Manaus. Os pacientes foram avaliados quanto a idade, sexo, etiologia da infecção pulmonar, indicação e tipo de tratamento cirúrgico, evolução pós-operatória e complicações. **Resultados:** Treze crianças na faixa etária entre dez e 48 meses, com idade média de 28,8 meses, foram hospitalizadas com pneumonia bacteriana aguda, evoluindo com toxemia, derrame pleural e insuficiência respiratória, respondendo insatisfatoriamente a antibioticoterapia e drenagem pleural. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico para descorticação pulmonar e ressecção de tecido pulmonar necrosado, sendo realizado lobectomia em sete casos. O agente infeccioso isolado em cultura da secreção retirada da área de necrose pulmonar na maioria dos casos foi o *Staphylococcus aureus*. Fistulas broncopleurais ocorreram em três pacientes. Ocorreu óbito em dois dos casos. **Conclusões:** Os autores concluem que a ressecção pulmonar de emergência é indicada quando a necrose pulmonar é diagnosticada em pacientes septicêmicos, que não estão apresentando resposta adequada a antibioticoterapia, ou com fistula broncopleural de alto débito, visando a melhora do prognóstico dessas crianças, mesmo cientes de que o índice de morbimortalidade nesses casos é alto.

Título: Blastoma Pulmonar Bifásico**Autores: Garbelini.F.R.O; Ferreira H.P; Veronese L.A; Mattar N.J****Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Araçatuba-SP**

Blastoma Pulmonar é uma neoplasia rara, sendo estimada em 0,5% das neoplasias pulmonares; incide predominantemente em adultos. Usualmente são classificadas em dois subtipos: Adenocarcinoma Fetal bem diferenciado (WOFA) e Blastoma Pulmonar Bifásico (BPB). Os principais sinais e sintomas são: angústia respiratória, febre, hemoptise, dor torácica ou abdominal, anorexia. As Metástases são frequentes para cérebro, osso, fígado, adrenal e ovário. Objetivos: Relatar um caso de BPB, tratado com pneumectomia, pericardiectomia e ressecção parcial do diafragma. Material e métodos: Paciente de 27 anos, masculino, apresentando queixa de dor torácica anterior e cervical a esquerda há seis semanas. Ao exame apresentava murmúrio vesicular abolido a esquerda, radiografia de torax com opacidade ocupando quase todo hemitorax esquerdo, bocelada; tomografia de torax com massa pulmonar a esquerda, com áreas de necrose; broncoscopia flexível evidenciando obstrução extrínseca do bronquio principal esquerdo. Resultados: Realizada biópsia pulmonar a céu aberto com anátomo patológico de BPB. No segundo tempo foi realizada pneumectomia esquerda, sendo necessário a ressecção do saco pericardico homolateral e porção central do diafragma por invasão neoplásica. Foi realizada reconstrução do pericárdio com pericárdio bovino e sutura primária do diafragma. O paciente recebeu alta no quinto PO. Conclusão: No Blastoma Pulmonar, 2/3 dos pacientes falecem em até dois anos do diagnóstico. Apresenta 16% de sobrevida em 5 anos e 8% em 10 anos. No Blastoma Pulmonar Bifásico a média de sobrevida é de um ano. A cirurgia é o método de escolha para tratamento, sendo a radioterapia utilizada para controle local da doença e paliativa nas metástases. A quimioterapia pode ser utilizada como neoadjuvante ou adjuvante. No caso apresentado houve recidiva da doença em 30 dias do PO, sendo realizada radioterapia. O paciente faleceu no 43 PO por insuficiência respiratória.

Título: Ferimento por Arma Branca - Relato de Caso**Autores: Garbelini.F.R.O; Ferreira.H.P; Plese L; Shinsato V.N; Micheletti.L.G.****Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Araçatuba-SP**

A violência urbana tem nos colocado em situações inusitadas, com ferimentos por armas brancas (FAB) e fogo (FAF), nada convencionais. Objetivo: Relatar um caso de FAB inusitado. Paciente de 21 anos, branco, natural de Araçatuba-SP, deu entrada no PS da Santa Casa local, deambulando, com FAB havia 30 minutos, em torax, região paravertebral direita, oitavo espaço intercostal. A cirurgia torácica foi acionada, sendo que o paciente ao exame apresentava-se em decúbito ventral, com faca de caça, totalmente introduzida no torax, estável hemodinamicamente, pressão arterial de 130/90 mmHg, pulso de 100 ppm, corado e hidratado, murmúrio vesicular presente, com hematócrito de 45 e hemoglobina de 15. Foi realizada radiografia de torax, que não evidenciava pneumotorax, apresentava elevação da cúpula diafragmática direita, pequeno derrame pleural, com lâmina da faca totalmente introduzida no torax. Foi optada por videotoracoscopia inicialmente, devido a estabilidade hemodinâmica. O paciente foi colocado em decúbito dorsal entre duas macas, com a faca entre as mesmas, prosseguindo com a intubação orotraqueal com sonda de duplo lumen e a seguir colocado em decúbito lateral esquerdo. Ao entrar com os portes da videotoracoscopia, observamos um aumento no sangramento, convertendo a cirurgia para toracotomia postero lateral, onde foi possível visualizar 1000 ml de sangue na cavidade pleural, lâmina da faca no oitavo espaço intercostal, paravertebral direito, com lesão de veia intercostal e laceração de 2 cm de diâmetro no lobo inferior direito do pulmão, sendo realizada eletrocauterização da veia intercostal e sutura do parenquima pulmonar com Vicryl 3.0, seguido de drenagem do espaço pleural. O paciente evoluiu bem, recebendo alta no 5 pós operatório. Conclusão: Em nossa região estamos passando por mudanças nas características do atendimento ao trauma, onde os acidentes automobilísticos têm diminuído (duplicação das rodovias) e a violência urbana tem aumentado, principalmente por armas de fogo. Nas lesões por arma branca, devemos retirar a lâmina sob visão direta. No caso relatado, o paciente apresentava-se estável, porém, ao isolarmos o pulmão direito através da sonda de duplo lumen, retiramos a visceral (parenquima pulmonar) da faca, provocando o sangramento, sendo necessário converter para toracotomia.

Título: Perfuração Traumática de Esôfago - Relato de Caso**Autores: Garbelini F.R.O; Ferreira.H.P; Carrieri.R.****Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Araçatuba-SP**

O empiema pleural pode resultar de mediastinite, consequente à ruptura espontânea ou perfuração traumática do esôfago. Objetivo: Relatar um caso de perfuração traumática de esôfago. Material e métodos: Paciente M.C.R.S, 59 anos, residente em Araçatuba, deu entrada no PS da Santa Casa local, com queixa de dispnéia e dor torácica a direita há 3 dias. Apresentava de antecedentes pessoais hipertensão arterial sistêmica e várias internações em Hospital Psiquiátrico; no momento da internação encontrava-se consciente e orientada. Ao exame apresentava dispnéia, maciez a percussão, murmúrio vesicular abolido em base pulmonar direita, radiografia de torax com derrame pleural a direita. Foi realizada toracocentese com saída de secreção purulenta, em seguida realizada drenagem pleural tubular fechada, com saída de 1000 ml de secreção purulenta. O pleurograma evidenciava PH :7,0; glicose:21 mg%; DHL:255 U/l; proteína de 3,8g/l, com 1536 leucócitos, 98% de neutrófilos. Iniciado esquema antibiótico com Ceftriaxona 1,0g EV de 12/12h, empiricamente. Houve expansão pulmonar após a drenagem pleural e notava-se condensação em base pulmonar direita. No sétimo dia de internação a paciente mantinha febre, leucocitose, onde a cultura do líquido pleural foi positiva para Klebsiella, sensível a Tienam e Sulbactam/Ampicilina sódica, sendo optado por Sulbactam 1,5g EV de 8/8 h. No oitavo dia de internação a paciente começou a se alimentar, onde foi possível observar a saída de alimentos pelo dreno de torax, sendo diagnosticada fistula esôfago-pleural. Foi conduzida a Endoscopia Digestiva Alta e Radiografia Contrastada de Esôfago, ratificando a perfuração esofágica. Optado por Toracotomia postero lateral direita; no inventário da cavidade o lobo inferior direito encontrava-se aderido ao esôfago, com presença de osso de frango no espaço pelural. O esôfago apresentava perfuração de 3 cm de extensão, com grande área de necrose ao redor, sendo optado por esofagotomia, com utilização de sutura mecânica no coto proximal e distal do esôfago torácico, seguido de jejunostomia. A paciente evoluiu bem recebendo alta no 20 PO. Dois meses após a alta a paciente reinternou para correção do trânsito alimentar, com anastomose esofagogastrica cervical retro esternal por laparotomia e cervicotomia esquerda. Conclusão: Ao nos depararmos com empiema pleural, principalmente em paciente psiquiátrico, devemos lembrar da perfuração de esôfago como causa de mediastinite. No caso descrito a paciente evoluiu bem mesmo apresentando perfuração de esôfago por mais de oito dias, devido a drenagem pleural efetiva, bloqueio da perfuração pelo pulmão, antibioticoterapia de largo espectro.

Título: Síndrome de Veia Cava Superior por Neoplasia de Pulmão- Derivação Jugulo-atrial**Autores: Petrucio Abrantes Sarmento, Rodrigo Caetano Souza, Carlos Jogi Imaeda, Jaqueline Sonoe Ota, Vicente Forte****Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica Prof. Dr. Vicente Forte- Beneficência Portuguesa de São Paulo/Unitt (Unidade Integrada de Tratamento de Doenças Torácicas).**

Relato de caso: Paciente 51 anos, masculino com queixa de facies pletórica ao abaixar e dispnéia aos grandes esforços há 6 meses, e edema de face há 1 mes. Nega febre, emagrecimento ou perda de peso. Nunca fumou. Nega epidemiologia para histoplasmoze. Ao exame: em BEG, facies pletórica, edema de face, estase jugular. demais sem alterações. Raio X de tórax: normal. Ecocardiograma: normal. TC de tórax: massa de aproximadamente 4 cm de diametro em região paratraqueal direita comprimindo veia cava superior. Nódulo de 0.8 cm de diametro, periférico em LID. Realizada mediastinoscopia com biópsia: adenocarcinoma. Iniciado quimioterapia e radioterapia com redução apenas parcial do tumor, persistindo com sintomas de compressão da cava superior. Submetido a derivação jugulo-atrial, com ressecção parcial do tumor para-traqueal e ressecção do nódulo em LID (adenocarcinoma). Apresentou parada cardio-respiratória no POi revertida após 15 minutos. Atualmente encontra-se no quarto ano após intervenção cirúrgica com obstrução parcial da derivação jugulo-atrial (foi mantido com anticopagulante oral). Mantinha as suas atividades habituais até há 2 meses quando apresentou sinais de recidiva tumoral no pulmão e metástase em femur. Segue em tratamento quimio e radioterápico. Discussão: A derivação jugulo-atrial pode fazer parte do tratamento na síndrome de veia cava superior em paciente com neoplasia de pulmão após tratamento quimio e radioterápico.

017

Título: “Pseudo Tumor” de Goteira Pára-Vertebral
Autores: Israel, APC; Pereira, JCN; Grimailloff, A; Lopez, GC; Milanez, JRC
Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, São Paulo-SP

Introdução: Os tumores da goteira pára-vertebral são geralmente de origem neurogênica e a conduta é a ressecção. Diferentemente dos tumores do mediastino anterior, onde o diagnóstico etiológico pré-operatório é essencial para a definição da conduta, os pára-vertebrais exigem intervenção operatória.

Descrição: Paciente feminina. Descoberta imagem radiográfica em hemitórax direito durante investigação, em pronto-socorro, de dor em parede anterior torácica incomum que perdurou por três dias. A tomografia demonstra massa em goteira pára-vertebral. Submetida à toracotomia. O achado intra-operatório é de dobra do diafragma, sem pontos de herniação ou de fraqueza. Não foi realizado qualquer procedimento na estrutura.

Discussão: A intervenção cirúrgica em tumores da goteira pára-vertebral é realizada mesmo na ausência do diagnóstico histológico, basando-se em critérios clínicos e imagenológicos. A tentativa de biópsia neste caso específico, seria inconclusiva e poderia incorrer em perfuração diafragmática. A operação não seria necessária caso houvesse métodos que demonstrassem de forma convincente tratar-se apenas de dobra diafragmática.

Conclusão: Em intervenções operatórias prévias ao diagnóstico histológico, é aconselhável a exploração da cavidade torácica por técnicas pouco invasivas, como a videotoracoscopia.

018

Título: Doença de Castelman Localizada em Pericárdio
Autores: Pereira, JCN., Israel, APC, Grimailloff, A; Lopez, GC; Milanez, JRC
Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, São Paulo-SP

Introdução: A doença de Castelman caracteriza-se pela presença de granulomas, que podem acometer diversos órgãos e sistemas, por isso, pode ter várias apresentações clínicas. O acometimento isolado do pericárdio é raro e a ressecção não exige grandes margens.

Relato: paciente feminina, cardiopata (hipertensão arterial sistêmica, insuficiência coronariana e cardíaca), durante radiografia de rotina para acompanhamento cardiológico evidencia nódulo pára-mediastinal esquerdo. A tomografia computadorizada, confirmada a lesão, em íntimo contato com o pericárdio. Realizada biópsia com congelação, sem conclusão diagnóstica, procedendo-se então, à ressecção. O diagnóstico definitivo foi de Doença de Castelman.

Discussão: A ressecção de escolha nos casos de Doença de Castelman localizada é a enucleação da lesão, para diagnóstico. Não é necessária a obtenção de margens, principalmente quando acomete estruturas adjacentes que tragam morbimortalidade se retiradas.

Conclusão: Quando deparamos com lesões mediastinais de etiologia desconhecida, devemos julgar com parcimônia ressecções que aumentem a morbimortalidade do procedimento.

019

Título: Evolução Natural de Metástase Linfonodal Mediastinal de Carcinóide Típico
Autores: Pereira, JCN; Ab Saber, AM; Parra, ERC; Capelozzi, VL; Beyruti, R; Jatene, FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Depto. de Patologia da FMUSP, São Paulo-SP

Introdução: Carcinóides Típicos são carcinomas neuroendócrinos bem diferenciados, considerados benignos até poucos anos atrás. Porém diversos relatos de metástases linfonodais e à distância são descritos. A ressecção linfonodal mediastinal ainda não é preconizada, assim como não o é a lobectomia. Este caso ilustra a evolução de massas mediastinais por metástases.

Relato: Paciente de 56 anos, cardiopata, nefropata dialítica, hipotireoidia e obesa, operada de carcinóide típico através de xxxxxxxx. O acompanhamento pós-operatório demonstra lesão expansiva mediastinal, confirmada com metástase de carcinóide à mediastinoscopia com biópsia. A condição clínica da paciente torna a reintervenção discutível, pois o risco cirúrgico é elevado e a lesão tem volume mantido no decorrer dos anos, além de ser assintomática.

Discussão: A dissecação linfonodal mediastinal no ato da primeira operação, talvez evitasse o impasse quanto a conduta frente à massa mediastinal. A lesão não é responsiva à quimio nem à radioterapia, e o tratamento com Lutécio-octatetretoide não é disponível no Brasil.

Conclusão: Os relatos de metástases à distância e linfonodal em casos de carcinóide típico exige que se discuta a eficiência da ressecção mínima como conduta de escolha.

020

Título: Granulomatose Linfomatóide: O Papel da Biópsia a Céu Aberto
Autores: Pereira, JCN; Ab Saber, AM; Parra, ERC; Capelozzi, VL; Jatene, FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Depto. de Patologia da FMUSP, São Paulo - SP

Introdução: Granulomatose linfomatóide pulmonar é uma doença rara, rapidamente progressiva e letal se não diagnosticada precocemente. Sua etiopatogenia é controversa, havendo defensores de ser uma doença maligna e outros que advogam ser uma lesão pré-maligna. O diagnóstico exige fragmentos de tecido volumosos o bastante para serem obtidos através da biópsia transbrônquica.

Relato de caso: Paciente de 40 anos, HIV+, com quadro de febre e dispnéia rapidamente progressiva e infiltrado pulmonar em vidro fosco associado a padrão micronodular. Realizada biópsia transbrônquica, inconclusiva. Tratado empiricamente sem sucesso, até a realização de biópsia a céu aberto, que diagnosticou granulomatose linfomatóide. Procedeu-se ao tratamento quimioterápico com sucesso. A pesquisa de agentes infecciosos resultou negativa.

Discussão: A escolha do método para aquisição de tecidos pulmonares deve ser julgada com parcimônia em casos de pacientes graves e rapidamente progressivas que necessitem de diagnóstico específico.

Conclusão: A demora para aquisição de material adequado pode ser letal para pacientes com doenças agressivas e de difícil diagnóstico.

021

Título: Hamartoma e Carcinoma Metacrônicos
Autores: Israel, APC; Pereira, JCN; Lopez, GC; Grimailoff Jr., A; Milanez, JRC
Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, São Paulo, SP

Resumo: Introdução: Metástases de carcinoma pulmonar para outro lobo são estadiadas como M1, e conseqüentemente, estadio IV. Neste caso, o tratamento de escolha não é cirúrgico. Imagens sugestivas de metástases podem corresponder a doenças benignas, segundo primário e metástases de outra natureza, mudando a conduta conforme o diagnóstico.

Relato: Paciente de 60 anos, operada de hamartoma em lobo pulmonar inferior esquerdo. Em 6 meses desenvolve massa em lobo superior direito, que à biópsia resultou em carcinoma epidermóide. Procedeu-se à lobectomia com esvaziamento linfonodal. Estadio final: T2N0M0, Ib.

Discussão: Caso o carcinoma tivesse aparecido sincronamente ao hamartoma, poder-se-ia levantar a hipótese diagnóstica de metástase pulmão-pulmão (T4). A biópsia da lesão maligna sendo feita anteriormente, suscitaria a dúvida quanto proceder à segunda. A confirmação de hamartoma levaria ao tratamento de escolha para um carcinoma em estadio inicial, a suposição de metástase levaria a diagnóstico e conduta inadequados.

Conclusão: A confirmação histológica de lesões supostamente malignas aos métodos de imagem pode oferecer dados que mudam completamente a conduta, oferecendo-se tratamento adequado a doentes que hipoteticamente seriam considerados como tendo doença avançada.

022

Título: Histoplasmose Pulmonar Crônica Sintomática
Autores: Pereira, JCN; Ab Saber, AM; Parra, ERC; Capelozzi, VL, Werebe, E; Jatene, FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Departamento de Patologia da FMUSP-São Paulo

Resumo: Introdução: Colonização das vias aéreas por fungos é um fenômeno comum. Doença fúngica pulmonar é rara em indivíduos imunocompetentes. Apesar da colonização por histoplasma ser ubíqua na Grande São Paulo, a histoplasmose é pouco comum. O quadro agudo pode ocorrer em aspiração maciça do agente, porém desenvolve-se poucos dias após a exposição. No caso relatado, não se sabe qual o motivo, os sinais e sintomas desenvolveram-se semanas após o evento. A ressecção das lesões serve apenas como diagnóstico, pois o tratamento é clínico.

Relato: Paciente de 51 anos, engenheiro, desenvolveu febre diária e dispnéia sem emagrecimento, sudorese, hemoptise ou tosse, semanas após trabalhar em demolição. Imagenologicamente demonstrou lesões múltiplas pulmonares. Suspeitou-se de fungos ou tuberculose. Submetido à biópsia que demonstrou tratar-se de histoplasmose pulmonar. Tratado clinicamente com sucesso.

Discussão: Neste paciente suspeitou-se facilmente de histoplasmose, mesmo que o quadro clínico tenha aparecido tardiamente, pois a história e a morfologia das lesões foram extremamente sugestivas, porém deve-se ter como diagnóstico diferencial das lesões pulmonares infecções fúngicas. Cada tipo de agente causa um quadro clínico e imagenológico, facilitando o diagnóstico. O papel do cirurgião é no auxílio ao diagnóstico, pois o tratamento é clínico.

Conclusão: Infecção fúngica pulmonar é diagnóstico diferencial de diversos quadros superponíveis a neoplasias e outros processos benignos. A ressecção não é necessária, como tratamento, na maioria dos casos.

023

Título: Linfoma Primário de Parede: Relato de Caso
Autores: Pereira, JCN; Israel, APC; Grimailoff Jr., Antônio; Lopez, GC; Milanez, JRC
Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, São Paulo, SP

Resumo: Introdução: Os ressecção de tumores da parede torácica anterior e cranial e volulmosos podem causar grandes deformidades. O diagnóstico de doenças de tratamento clínico é essencial para que se evite morbidade desnecessária. Linfomas de parede torácica podem simular tumores que exigem exérese, sendo indispensável seu diagnóstico pré-ressecção total.

Relato: Paciente jovem, feminina, com lesão dolorosa em parede torácica anterior, adjacente à mama esquerda. A biópsia incisional com congelamento foi inconclusiva, aguardou-se a análise em parafina, que resultou em linfoma. Recebeu tratamento clínico.

Discussão: O tratamento dos linfomas é clínico, sendo o papel do cirurgião importante para o diagnóstico e para resgate de lesão residual. A retirada das estruturas da parede anterior nesta jovem acarretaria uma conduta inadequada, gerando morbidade e não levando ao controle da doença.

Conclusão: Em lesões que exigem ressecções mutilantes, a biópsia incisional é conduta de escolha.

024

Título: Mesotelioma Bifásico: Relato de Caso
Autores: Pereira, JCN; Ab Saber, AM; Parra, ERC; Capelozzi, VL; Beyruti, R; Jatene, FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Depto. de Patologia do HCFMUSP, São Paulo-SP

Resumo: Introdução: A incidência de mesotelioma pleural está em ascensão. Os tipos mais comuns são os epitelióides, sarcomatosos e os bifásicos. As diversas variantes histológicas podem refletir heterogeneidade do comportamento clínico e, conseqüentemente, da resposta às possíveis terapias. O reconhecimento dos subtipos histológicos exige grandes fragmentos de tumor e somente assim poderemos classificar subgrupos de pacientes, com seus prognósticos e tratamentos diferenciados.

Relato: Paciente de 47 anos, trabalhador exposto a asbesto, com dor pleurítica progressiva, emagrecimento, sem febre, sudorese ou derrame pleural. Evolui com dispnéia aos médios esforços. Diagnosticada lesão pleural imagenologicamente. Submetido à biópsia percutânea, inconclusiva. Procedeu-se à biópsia a céu aberto, diagnosticando-se mesotelioma bifásico.

Discussão: Doenças cujas características histológicas exijam grandes fragmentos para diagnóstico, como os mesoteliomas, devem ser conduzidas de forma que procedimentos intermediários não retardem o tratamento adequado.

Conclusão: O diagnóstico de mesotelioma exige grandes fragmentos tumorais, e a conduta dificilmente pode ser tomada baseando-se somente em fragmentos obtidos por técnicas percutâneas.

025

Título: Complicações Respiratórias Pós-operatórias de Cirurgias de Urgência/Emergência no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Autores: Perre, A; Goya, C; Bertoldi, E; Turkiewicz, G; Thomson, J, C.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução: As complicações respiratórias estão entre as mais frequentes no pós-operatório, sendo causa importante de morbimortalidade e de prolongamento do tempo de internação.
Objetivos: Identificar as complicações respiratórias pós-operatórias em cirurgias de urgência/emergência no HURNP e associa-las a possíveis fatores de risco.
Casística e métodos: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo. Foram incluídos os pacientes submetidos a cirurgia de urgência/emergência durante o ano de 2001, que tiveram tempo de internação maior que 24 horas após o procedimento.
Resultados: Foram estudados 586 pacientes, sendo 283 do sexo masculino (48,3%) e 303 do sexo feminino (51,7%). A média de idade foi de 35,7 anos. Apresentaram complicações respiratórias 12,3% dos pacientes: pneumonia (54 casos), tromboembolismo pulmonar (8 casos), derrame pleural (9 casos), atelectasia (3 casos), empiema (2 casos). A mortalidade foi de 8,9%. Apresentaram complicações respiratórias: 23,5% dos pacientes submetidos a anestesia geral; 25% dos que tiveram incisão em tórax ou abdome superior; 70,8% dos que foram submetidos a intubação orotraqueal; 22,7% dos que tiveram tempo de cirurgia maior que 180 minutos e 57,9% dos pneumopatas prévios.
Conclusão: As taxas de complicações respiratórias de mortalidade encontradas estão de acordo com a literatura.

026

Título: Vídeo-simpatectomia Torácica Bilateral para Tratamento da Hiperhidrose - Análise de 127 casos.
Autores: Mansano, A, M; Goya, C; Menezes, M, A, Pereira, P, T, G; Thomson, J, C
Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução: A hiperhidrose normalmente se desenvolve no adolescente ou adulto jovem, determinando problemas sociais e ocupacionais ao paciente. Embora vários tratamentos tenham sido utilizados, o único que resulta em cura permanente é a simpatectomia. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo é revisar os resultados de uma série de vídeo-simpatectomias torácicas bilaterais realizadas em um serviço de saúde. **Casística e métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo. Foram selecionados os pacientes submetidos à vídeo-simpatectomia de 1997 a 2003. **Resultados:** Foram analisados 127 pacientes dos quais 32 eram do sexo masculino (25,2%) e 95 do sexo feminino (74,8%). A média de idade foi de 24,3 anos(9-51). 109 pacientes (85,8%) apresentavam queixas palmares; 97(76,4%), queixas axilares; 89(70,1%), queixas plantares e 6(4,7%), queixa facial. Apenas 1 paciente não obteve melhora da sudorese e 1 paciente apresentou recidiva. 79 pacientes (62,2%) apresentaram sudorese compensatória, 47(37%) em região torácica posterior, 35(27,6%) em membros inferiores e 34(26,8%) em região abdominal. 52 pacientes (40,9%) queixaram-se de dor no pós-operatório. **Conclusões:** A vídeo-simpatectomia torácica bilateral mostrou-se um meio de cura eficaz para a hiperhidrose. A sudorese compensatória continua a ser a maior queixa no pós operatório, constituindo uma resposta termo-reguladora fisiológica do organismo.

027

Título: Diagnóstico de Tumor de Pulmão por Escarro : Relato de Caso
Autores: Adib Farinazzo , Ester Zeituni , Sueli Ap . Alves
Instituição: CLIAR : Clínica do Aparelho Respiratório

OBJETIVO : Ressaltar a importância da citologia do escarro na investigação de pacientes com pneumonia de resolução lenta .
METODOLOGIA : Relatada a história de um paciente de 74 anos com quadro clínico e radiológico de pneumonia bacteriana em lobo inferior do pulmão direito tratado por dez dias com levofloxacina em dose habitual . Houve melhora clínica mas não radiológica . Durante a investigação, uma tomografia de tórax foi compatível com processo pneumônico em resolução e uma citologia de escarro com carcinoma bronquiolo - alveolar . Paciente foi submetido à um procedimento cirúrgico após estadiamento negativo para metástases à distância .
RESULTADOS : Feito uma toracotomia à direita , onde observou-se tumor em lobo pulmonar inferior com invasão de mediastino(congelado). Biopsiados a lesão e linfonodos mediastinais que confirmaram a citologia . Paciente foi encaminhado à oncologia com estadio T4N2M0 .
CONCLUSÃO : A citologia oncológica do escarro deve fazer parte da investigação de pneumonia de resolução lenta pois pode diagnosticar neoplasia não suspeitada .

028

Título: Metástase Pulmonar de Adamantinoma - Nove Anos Após o Diagnóstico
Autores: Neves JBV, Nani RS, Fonseca MH, Samano MN , Minamoto H , Jatene FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP

Relatamos o caso do paciente JTN de 32 anos, encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica do HCFMUSP por apresentar imagens em radiografia de tórax sugestivas de massas pulmonares. O paciente procurou auxílio médico por apresentar tosse seca (3 meses antes de ser encaminhado). Antecedente pessoal: amputação de perna direita em 1989 por Adamantinoma, com 4 recidivas locais, sendo submetido a novas ressecções, a última em 1992.
 A investigação revelou 2 massas pulmonares, uma em Lobo Inferior Direito de 3,4 cm e outra em Lobo Inferior Esquerdo de 5,0 cm. A cintilografia óssea não revelou outras lesões. A biópsia transbrônquica mostrou material compatível com neoplasia de origem neuroendócrina.
 Submetido a Toracotomia Pósterio-Lateral com Lobectomia Inferior Esquerda em Outubro de 2002, com resultado anatomopatológico de Metástase de Adamantinoma. Após 2 meses foi novamente operado - Toracotomia Pósterio-Lateral para ressecção pulmonar segmentar envolvendo a massa em Lobo Inferior Direito, sem intercorrências. O anatomopatológico demonstrou ser metástase de Adamantinoma. O paciente teve boa evolução pós-operatória e atualmente está em acompanhamento ambulatorial.

Título: Actinomicose

Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.
Instituição: Hospital das Clínicas / UNICAMP

Paciente relatava tosse seca há dezoito anos. Apresentava hemoptise uma vez ao dia e pneumonia de repetição há quatro meses. Rx e tomografia computadorizada de tórax evidenciavam massa pulmonar peri-hilar à direita. A fibrobroncoscopia apresentava lesão vegetante no óstio do lobo médio. Na biópsia, ausência de neoplasia. Ao escovado, colônias de Actinomyces. A função pulmonar demonstrava: CVF - 1,21 litros (63%) e VF1 1,08 litros (68%). Foi realizada cintilografia de ventilação- perfusão mostrando diminuição da captação no terço inferior direito. A paciente foi submetida a bilobectomia média-inferior. O exame de congelação foi compatível com adenocarcinoma. O exame anátomo-patológico definitivo foi de bronquiectasia, presença de colônias de Actinomyces e ausência de neoplasia.

Actinomicose torácica é uma doença de difícil diagnóstico devido a sua semelhança com o carcinoma broncogênico e com a pneumonite tuberculosa. A toracotomia é necessária para o diagnóstico e para o tratamento. Um dos aspectos que dificultam a identificação de cepas patogênicas é o fato do Actinomyces israelii tratar-se de uma bactéria normal da flora oral. Geralmente, os pacientes que apresentam actinomicose têm higiene oral precária.

Título: Feocromocitoma de mediastino posterior

Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.; Metzke, K.
Instituição: Hospital das Clínicas / UNICAMP

D.A.R., 41 anos, sexo masculino, com hipertensão arterial sem controle há três anos e diabetes mellitus, apresentava níveis de metanefrinas totais de 5003 mcg/24 horas (normal até 700 mcg/24 horas), ácido vanilmandélico de 31,3 mcg/24 horas (normal de 10 mcg/24 horas) e lesão expansiva sólida em adrenal direita por ressonância nuclear magnética sem hiper captação à cintilografia com MIBI. Havia hiper captação na região torácica baixa esquerda paravertebral. A ressonância nuclear magnética do tórax mostrou lesão de 6 x 4 x 4 cm no mediastino posterior com íntimo contato com a parede póstero-lateral esquerda da aorta torácica. Foi submetido à ressecção cirúrgica com hipótese diagnóstica de feocromocitoma de mediastino. A lesão localizava-se sobre a aorta torácica, sem invadi-la. Durante o procedimento cirúrgico, chegou a apresentar PA sistólica de 300 mmHg enquanto manipulava-se o tumor. Depois da retirada, necessitou de droga vasoativa para manter PA. No pós-operatório, manteve pressão arterial e glicemia dentro dos parâmetros da normalidade, sem uso de medicações. O feocromocitoma é uma neoplasia derivada de células cromafins do sistema nervoso adrenal e dos gânglios simpáticos (feocromocitoma extra-adrenal= paraganglioma). O feocromocitoma é responsável por 0,1% a 0,2% dos casos de hipertensão arterial sistêmica, sendo que, em 10%, o feocromocitoma tem características de malignidade. O feocromocitoma extra-adrenal é manifestação rara, ocorrendo em cerca de 10% dos casos. Desses, 90% estão localizados intra-abdominais próximos à artéria mesentérica superior e gânglios mesentéricos inferiores.

Massa paravertebral associada à hipertensão arterial paroxística ou sustentada, hipermetabolismo ou diabetes deve-se suspeitar de feocromocitoma (Shields, 1994). Dá-se a confirmação pela elevação urinária de catecolaminas e seus metabólitos. A localização da massa pode ser obtida com tomografia computadorizada, cintilografia (metaiodobenzilguanizina I 131) ou ressonância nuclear magnética. No preparo pré-operatório, faz-se necessário o uso de bloqueadores alfa e beta-adrenérgicos para prevenir hipertensão e taquicardia associadas à manipulação do tumor.

Título: Massa Mediastinal Gigante em Paciente HIV

Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.
Instituição: Hospital das Clínicas / UNICAMP

M.L.T., 32 anos, sexo masculino, HIV positivo com queixa de tosse com expectoração hialina e dispnéia progressiva de início recente. Estava em acompanhamento ambulatorial por herpes zoster. Exame radiológico do tórax evidenciou volumosa massa mediastinal anterior. Foi submetido a mediastinostomia para diagnóstico, evoluindo, nas primeiras vinte e quatro horas, com parada cardiorrespiratória e óbito. O exame anátomo-patológico evidenciou seminoma.

Os tumores malignos de células germinativas do mediastino ocorrem, predominantemente, na localização ântero-superior, costumam acometer adultos jovens e diferem quanto a distribuição por sexo (cerca de 86% ocorrem em homens e 14% em mulheres). Os sintomas iniciais mais comuns são dor torácica, tosse e perda de peso. O prognóstico para os seminomas de mediastino, assim como para os demais tumores de células germinativas do mediastino, costuma ser reservado, em parte porque o diagnóstico é feito em estágios avançados da doença, mas também porque muitos destes tumores contêm elementos muito agressivos como carcinoma de células embrionárias, coriocarcinoma e/ou yolk sac.

Os seminomas constituem 50% dos tumores malignos de células germinativas e 2% a 4% de todas as massas mediastinais. Diferentemente dos demais tumores germinativos de células malignas, os seminomas permanecem em localização intra-torácica. A disseminação hematogênica com acometimento extra-torácico pode aparecer tardiamente na evolução, sendo os ossos e os pulmões os sítios mais comuns de metástases. Síndrome de veia cava pode ser vista em 10% a 20% dos pacientes. Por serem radioinsensíveis, os seminomas puros de mediastino são passíveis de tratamento radioterápico, com boa resposta. A ressecção é recomendada se não houver acometimento de estruturas vitais, que possam vir a ser sacrificadas para remoção do tumor. Quando a cirurgia completa é factível, não se torna necessário nenhum tipo de tratamento complementar. A ressecção citoredutora antes da irradiação é desnecessária, pois o controle da doença pode ser alcançado pela radioterapia isoladamente. A avaliação sorológica pode ser utilizada para verificar a resposta ao tratamento e no diagnóstico de recidivas ou falha de tratamento, visto que os seminomas raramente produzem beta-hCG e nunca produzem alfa-fetoproteína. Nos casos de recidiva após tratamento adequado, nos pacientes com doença extra-torácica ou quando há doença intra-torácica extensa com possibilidade de pouca resposta à radioterapia, a multiqumioterapia com base na cisplatina pode ser utilizada, com remissões em uma grande parte dos pacientes. O seminoma não faz parte das neoplasias associadas à SIDA como sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin, linfoma primário do SNC e carcinoma cervical invasor, de acordo com estudos epidemiológicos até o momento. Os pacientes com SIDA costumam apresentar neoplasias em estágios mais avançados, estágio 4, tornando ambas doenças de difícil controle, com piora do prognóstico.

Título: Neurofibromatose

Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.
Instituição: Hospital das Clínicas / UNICAMP

M.H.X.D., 37 anos, sexo masculino, natural de São Paulo, procedente de Itatiba, balconista de papelaria.

Em 1990, o paciente iniciou acompanhamento no Hospital das Clínicas/ UNICAMP por neurofibromatose e em 1992 foi submetido à ressecção cirúrgica por processo expansivo em forame conjugado C2-C3 o qual acarretava cervicobraquialgia. Em 2001, foi encaminhado, pela neurologia, ao ambulatório de cirurgia torácica devido ao aparecimento, em tomografia de tórax, de múltiplas lesões intra-torácicas compatíveis com neurofibromas. Em maio deste ano, foi submetido novamente à cirurgia a qual consistiu na retirada de duas massas, uma delas localizada junto ao plexo braquial direito e outra, na parede torácica ao nível do sétimo arco costal direito. O estudo anátomo-patológico dessas lesões foi compatível com neurofibromas. Em 2003, realizou nova intervenção cirúrgica por cervicotomia anterior em colar, foram ressecadas outras duas massas. Uma delas localizava-se entre a carótida e a veia jugular esquerdas, correspondendo ao nervo vago e a outra, aderida à coluna vertebral, acompanhava a cadeia do nervo simpático esquerdo. O paciente recebeu alta hospitalar em boas condições gerais, mas apresentando síndrome de Horner à esquerda e disfonia.

A neurofibromatose tipo I é conhecida, desde 1882, como doença de von Recklinghausen. Trata-se de uma patologia autossômica dominante a qual se caracteriza por uma grande variedade de defeitos, tais como lesões de pele (por exemplo, máculas café com leite e neurofibromas) e lesões congênitas envolvendo ossos, íris, nervo óptico, glândulas endócrinas e sistema nervoso central. A incidência da neurofibromatose é de 1 para cada 2500 a 3300 nascimentos. A transformação maligna ocorre em aproximadamente 5% dos pacientes e, mais freqüentemente, como neurofibrossarcoma, tumor de Wilms, rabdomiossarcoma e formas variadas de leucemia. A manifestação sistêmica é a mais comum, podendo acometer tórax, abdômen, pelve e extremidades. No tórax, os neurofibromas mediastinais, em pacientes com doença de von Recklinghausen, geralmente originam-se do nervo vago intra-torácico. A ressecção cirúrgica permanece como o melhor método de diagnóstico e de tratamento para tumores endotorácicos de origem neural.

Título: Sarcoma Primário de Pulmão
Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.
Instituição: UNICAMP / Hospital das Clínicas

M.V.A.S., 46 anos, sexo feminino, portadora de lesão expansiva de lobo superior esquerdo que, à tomografia média 4,8 x 2,6 cm, localizada em segmento anterior, relatava dois episódios de pneumonia neste lobo nos últimos dois anos e quadro de escarro hemoptoico acompanhado de dor torácica nos últimos oito meses. Negava emagrecimento. Tabagista de um maço de cigarros/ dia por 24 anos. A fibrobroncoscopia revelou lesão vegetante hipervascularizada em terço distal do brônquio fonte esquerdo, sem malignidade à biópsia. A paciente foi submetida a ressecção, tendo sido optado por lobectomia superior esquerda uma vez que a neoplasia fazia trajeto em "iceberg" no brônquio, aparentemente sem invadi-lo. O exame anátomo-patológico foi compatível com sarcoma de baixo grau de malignidade com invasão da parede brônquica e do parênquima adjacente com margens cirúrgicas livres de neoplasia.

O sarcoma primário de pulmão é um tumor extremamente raro e corresponde entre 0,013% a 0,4% de todas as neoplasias pulmonares. Os poucos estudos na literatura a respeito desse tumor não são conclusivos quanto ao prognóstico - por exemplo, tamanho do tumor e tipo histológico de sarcoma. Há consenso de que o baixo grau de malignidade é um fator favorável para sobrevida. A ressecção completa é a melhor opção terapêutica, sendo que, em trabalhos analisados, não houve recorrência ou metástases em nenhum paciente que foi submetido a remoção completa do tumor. Não há melhora na sobrevida de pacientes submetidos a quimio ou radioterapia após ressecções incompletas de sarcomas primários de pulmão.

Título: Silicose e Câncer de Pulmão - Relato de Caso.
Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.; Metzke, K.
Instituição: Hospital das Clínicas - Unicamp

L.C., 62 anos, natural de Jaguariúna, procedente de Pedreira-SP, trabalhou em fábrica de porcelana durante trinta anos, tabagista de um maço/dia durante quarenta e três anos. Apresentou quadro de pneumonia há dois meses, dor torácica a direita, acompanhada de dor articular difusa. Apresentou emagrecimento de catorze quilogramas nesse período. Fez exame radiológico do tórax e tomografia apresentando massa no lobo superior direito. Na fibrobroncoscopia o exame era normal, foi submetido a mediastinoscopia e apresentava linfonodomegalia nas cadeias dois, três e quatro, e ausência de neoplasia. Submetido a lobectomia superior direita mais esvaziamento mediastinal. No anatomopatológico apresentava carcinoma de grande células (sem diferenciação neuroendócrina), de 2,8 centímetros de diâmetro associado com silicose pulmonar e ganglionar, com margem cirúrgicas livres (T1N0M0). Existem relatos na literatura demonstrando um aumento da incidência do câncer de pulmão em indivíduos expostos a silicose. Infante-Rivard e colaboradores em 1989 demonstraram que trabalhadores expostos a sílica apresentavam três vezes mais chance de morrer de câncer de pulmão em Quebec, Canadá.

Título: Síndrome de Job com Aspergiloma.
Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B.; Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.
Instituição: Hospital das Clínicas-Unicamp.

D.L.C., 20 anos, natural e procedente de Indaituba-SP, profissão: pedreiro. Paciente com tuberculose miliar e Blastomicose (escarro positivo), fez tratamento com esquema triplíce e bactrin. Foram realizados exames para constatar imunodeficiência. O HIV era negativo, mas apresentava níveis sérios de Imunoglobulina IGE monoclonal de 13.080KU/L (normal até 120). Diante disto, foi feito o diagnóstico de Síndrome de Job. Cinco meses após o início do tratamento desenvolveu abscesso pulmonar bilateral, que foi tratado com antibiótico terapia Endovenosa (com Amicacina + Clindamicina) durante quatro semanas. Sete meses após o tratamento dos abscessos, desenvolveu um pneumotórax espontâneo à direita. Foi drenado e na análise do líquido pleural direito e no lavado brônquico a cultura para aspergilos era positiva. Iniciou tratamento Itraconazol, após um mês fez tomografia computadorizada de tórax que evidenciou micetoma bilateral, foi submetido a lobectomia superior esquerda. Durante a cirurgia houve ruptura da cavidade pulmonar contaminando o espaço pleural. No pós-operatório teve dificuldades de expansão pulmonar, sendo realizado pneumopontônio e aspiração dos drenos com pressão negativa. Evoluiu com empiema pleural sendo mantido com drenagem aberta inicialmente, com tubo e posteriormente com pleurostomia. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial com quadro pleural controlado.

Síndrome de Job é um defeito genético que causa a produção de níveis altos de Imunoglobulina (LGE), ocasionando graves infecções cutâneas e pulmonares.

O aspergilos é um fungo com mais de 350 espécies. As mais comuns são *Aspergillus fumigatus*, *A. flavus* e o *A. niger*. O *Aspergillus* foi primeiramente identificado em 1729 por Micheli. O *Aspergillus* é um fungo oportunista que incide em pacientes imunossuprimidos e com infecções pulmonares pré-existentes. O micetoma ou bola fúngica é a colonização de cavidades pulmonares formadas como seqüela de tuberculose. A aspergilose pleural é raro e ocorre em infecções pulmonares avançadas, o seu tratamento é feito com drenagem cirúrgica e com uso de antifúngicos (itraconazol).

Título: Tubo-T de Montgomery - Tratamento de Patologias Traqueais.

Autores: Rocha, L.F.M.; Brandão, S.L.B. Seabra, J.C.T.; Santos, J.G.; Mussi, R.K.; Toro, I.F.C.; Ajub, J.C.F.R.
Instituição: Hospital das Clínicas - Unicamp

Foram levantados casos tratados com Tubo-T de Montgomery no Hospital das Clínicas da Unicamp, no período de 1990 à 2001, no total de quarenta e dois pacientes. Eram do sexo masculino trinta e três (77,3%) e nove feminino (22,7%). A duração do tratamento variou de quatro a quarenta e cinco meses, em média de 14,3 meses. As causas mais frequentes de patologias traqueais foram as intubações por tempo prolongado, em trinta e seis casos (85,7%), seguido pelas blastomicoses traqueais com dois casos e a laringite também com dois casos (4,7% cada uma), mais raramente a compressão extrínscica por neoplasia e pós-cricotireoidostomia em um caso cada uma (2,8% para ambos os casos). Alguns pacientes foram submetidos a dilatações traqueais com broncoscópico rígido, sua frequência foi de: nenhuma dilatação, doze casos (28,5%); uma dilatação, 17 casos (40,4%); duas dilatações, sete casos (16,6%); três dilatações, seis casos (14,5%).

A extensão da estenose variou de um a doze anéis traqueais, fazendo uma média de 3,95 anéis. Em vinte e oito casos (66,6%), havia traqueomalácia associada, e em catorze casos (33,4%) não haviam. No resultado final, após o tratamento com a prótese de Montgomery, onze casos (36,6%) necessitaram de traqueostomia, sete casos (16,6%) foram submetidos a traqueoplastia. No total de quarenta e dois casos analisados, vinte e um (50%) tiveram resolução completa do problema, apenas com o uso do Tubo - T de Montgomery.

Os primeiros relatos do uso do Stend traqueal são do século 19. Em 1872 Trendelenburg em Berlin usou um tubo de metal para tratamento de estenose de traquéia cervical em uma mulher jovem. Em 1964 Montgomery criou o Tubo - T de acrílico rígido e em 1965 modificou usando silicone.

O Tubo - T é uma alternativa para o tratamento de problemas que resultam em obstrução, alguns exemplos são estenose traqueal, traqueomalácia e trauma de traquéia.

Em casos de lesões extensas da traquéia ou de pacientes com uma condição clínica desfavorável, que impossibilite o tratamento cirúrgico definitivo, o Tubo - T de Montgomery é uma boa opção terapêutica. Essas próteses tem custo baixo, de fácil manuseio e são fabricadas atualmente em nosso país.

Título: Adenocarcinoma Pulmonar em Adulto Jovem
Autores: Fatureto MC, Aquino Jr OR, Ribeiro MCB, Neves Jr MA, Pultrin CG, Ribeiro KA, Bertolucci PA
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

INTRODUÇÃO: Os adenocarcinomas de pulmão são tumores que acometem principalmente pacientes entre 55 a 65 anos, do sexo feminino e tabagistas. Geralmente são periféricos. Esse é o relato do caso um jovem, masculino e não-tabagista que desenvolveu um adenocarcinoma papilífero mucinoso pulmonar devastador, responsável pela necrose de todo o pulmão esquerdo do paciente em um espaço de tempo relativamente curto. **HISTÓRIA CLÍNICA:** RFO, 29 anos, auxiliar de escritório, natural e procedente de Uberaba-MG, com dispnéia, dor torácica esquerda, astenia e emagrecimento severo (28 kg nos últimos quatro meses). Somente um caso de leucemia na família sem demais relatos de câncer na mesma. Negava doenças pulmonares anteriores, tabagismo e uso de drogas ou exposição à asbestos. ExF: taquipnéia de 24 i.p.m; murmúrio vesicular abolido à esquerda; dois linfonodos aumentados na axila e na fossa supraclavicular esquerda, fixos e indolores. O RX mostrou velamento de hemitórax esquerdo sugestivo de derrame pleural. A citologia de líquido pleural à esquerda fortemente hemático, espesso e recidivante mostrou adenocarcinoma papilar. Análise anátomo-patológica (AP) de linfonodos apresentou adenocarcinoma papilífero mucinoso metastático. Estudo imuno-histoquímico destes caracterizou o pulmão como sítio primário da neoplasia. O AP de fragmentos pulmonares à broncoscopia revelou adenocarcinoma bronquioloalveolar mucinoso. A Cintilografia óssea mostrou aumento da atividade osteogênica compatível com metástases em calota craniana, ombro esquerdo, arcos costais, coluna torácico-lombar e região sacral. O pulmão E não reexpandia após várias toracocenteses. Foi submetido a inúmeros ciclos de quimioterapia e também à radioterapia. Desenvolveu empiema E septado volumoso, sendo realizada uma toracostomia aberta definitiva. Em julho de 2003 o paciente faleceu em decorrência das metástases cerebrais e abdominais **DISCUSSÃO:** Os adenocarcinomas de pulmão são os tumores encontrados mais em mulheres, 75% dos casos são tabagistas, em que apenas 2% dos pacientes possuem menos de 40 anos. Estes tumores podem incidir sobre indivíduos jovens, masculinos e não expostos à fatores de risco tais como tabagismo, exposição contínua e prolongada à asbestos e lesões pulmonares prévias. O relato mostra que os adenocarcinomas broncopulmonares podem ser bastante agressivos, crescendo rapidamente e enviando metástases diversas para vários sítios do organismo tais como cérebro, pulmão contralateral, linfonodos, tecido subcutâneo e ossos.

Título: Câncer de Pulmão? TU do Mediastino? Sarcoma Neurogênico!
Autores: Fatureto MC, Daoud GC, Saldanha JC, Aquino Jr OR
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVO: Apresentação de um caso de neoplasia mediastinal maligna rara simulando câncer de pulmão.

INTRODUÇÃO: Os tumores neurogênicos são raros, geralmente benignos, assintomáticos e localizados no ápice da cavidade torácica. Podem crescer ou não para o canal medular. As neoplasias pulmonares apicais são mais prevalentes e altamente infiltrativas.

RELATO DE CASO: VSN, 55 anos, professora aposentada, em tratamento de anemia autoimune havia 10 anos, referia intensa dor escapular direita havia 6 meses, perda ponderal de 10%, fumante grave, sem Síndrome de Horner. Em avaliação cardiológica a radiografia mostrou massa apical torácica D. A biópsia percutânea mostrou SARCOMA NEUROGÊNICO. Foram indicados quimio e radioterapia com boa resposta e regressão de 60% da lesão. A ressecção cirúrgica foi realizada sem dificuldades. O pós-operatório foi normal e a quimioterapia foi continuada. O exame anatomopatológico revelou tumor de partes moles, compatível com neoplasia maligna da bainha de nervo periférico (epitelióide) – SCHWANNOMA MALIGNO EPITELIÓIDE. A imunohistoquímica foi difusamente positiva para proteína S-100 e focalmente positiva para citoceratina.

DISCUSSÃO: Os tumores da bainha nervosa (neurileomas e neurofibromas) são tumores geralmente benignos pseudocapsulados e têm crescimento lento. O sarcoma neurogênico ou schwannoma maligno tem caráter localmente invasivo e pode gerar metástases à distância. Nestes são frequentes a hiperplasia celular e o pleomorfismo nuclear e mitoses. (CCAN 1988).

CONCLUSÃO: Relatamos um caso de neoplasia torácica maligna rara – Sarcoma Neurogênico, com difícil diagnóstico por imagem entre neoplasia pulmonar ou mediastinal.

Título: Empiema Pleural Fúngico por Paecilomyces Varioti em Paciente Idoso
Autores: Fatureto MC, Aquino Jr OR, Barata CH, Santos CTB
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVO: Apresentar um caso de infecção pleural fúngica por Paecilomyces varioti, em paciente não imunodeficiente.

RELATO DE CASO: Um homem de 71 anos, não diabético nem imunossuprimido, queixava-se de leve tosse com expectoração brancacenta havia duas semanas, não associada a adinamia, febre ou calafrios. Negava perda de peso. É ex-tabagista há 20 anos e etilista social. Apresentava déficit para deambular devido a acidente vascular encefálico havia 11 anos. É hipertenso em uso de nifedipina. Havia realizado "check up" há 30 dias, apresentando exame físico e raio-x de tórax anormal, sendo encaminhado ao pneumologista que diagnosticou "pneumonia", sendo prescrito antibiótico sem sucesso terapêutico. Apresentava-se ao exame físico em regular estado geral, afebril, eupneico, com índice de massa corporal igual a 25,4; pulmões com diminuição do murmúrio vesicular e submacicez em base esquerda.

O raio-x de tórax mostrou um velamento homogêneo em terço inferior esquerdo compatível com derrame pleural. O hemograma apresentou uma leucocitose discreta sem desvio à esquerda. Foi realizada a toracocentese com saída de secreção esverdeada com grumos (empiema), sendo o paciente submetido então a uma toracostomia com drenagem fechada. Não houve reexpansão pulmonar. Com o diagnóstico de empiema septado foi realizada uma toracostomia esquerda aberta. Durante o procedimento foi visualizado uma "massa fúngica". Ao anátomo-patológico revelou fibrose, hemorragia antiga (pleura) e infiltrado composto por neutrófilos e linfócitos ("na massa fúngica"). A cultura para fungos foi positiva para Paecilomyces varioti. O paciente recebeu alta hospitalar em bom estado, sem medicação antifúngica, estando em controle clínico ambulatorial.

CONCLUSÃO: Infecções causadas por espécies de Paecilomyces são raras, apresentando poucas alterações sistêmicas, necessidade de drenagem cirúrgica precoce e de longos cursos de antibióticos, usualmente descritas em pacientes imunodebilitados.

Título: Granulomatose de Wegener com Rápida Progressão Fatal
Autores: Fatureto MC, Aquino Jr Or, Oliveira A, Rua AMO, Lemos ACA
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVO: Relatar um caso de Granulomatose de Wegener (GW), com rápida evolução para o óbito (em cerca de dois meses), apresentando necrose de parênquima pulmonar e c-ANCA negativo.

RELATO DE CASO: Paciente de 45 anos, masculino, com dor torácica bilateral havia 30 dias e piora há 4 dias, e quadro de febre e tosse produtiva com expectoração amarelada sem sangue, associada à rouquidão discreta. Negava alterações do peso, do apetite, urinárias ou intestinais. Era etilista inveterado, tabagista pesado e hipertenso. Apresentava-se em regular estado geral, febril; pulmões com diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo e discretos estertores crepitantes em hemitórax direito.

O raio-x de tórax mostrava consolidação pneumônica em lobo superior esquerdo e derrame pleural ipsilateral. A toracocentese obteve-se líquido inflamatório com predomínio de neutrófilos e bacterioscopia negativa. A broncofibroscopia foi normal, com citologia e bacteriologia negativas. A tomografia computadorizada mostrou espessamento pleural com septação póstero-inferior e mediastinal à esquerda, opacidades nodulares nos ápices (nódulos tipo granulomatosos). Evoluiu com consolidação necrótica em hemitórax esquerdo, derrame multisseptado, apesar de tratamento antibiótico com cefepime. Foi submetido à descorticação pulmonar constatando-se um pulmão endurecido, hepatizado, com segmento apical do lobo inferior esquerdo necrótico, tendendo à cavitação, além de micronódulos pulmonares; e a um desbridamento retroauricular à direita. O anátomo-patológico de pleura parietal e de fragmento de pulmão revelou vasculite granulomatosa necrotizante associada à inflamação crônica compatível com granulomatose de Wegener. A lesão de pele retroauricular também foi compatível com GW.

Cinco dias após evoluiu com broncopneumonia grave associada a seps. Iniciou-se pulsoterapia com metilprednisolona, e diálise peritoneal pois o paciente apresentava níveis de uréia e creatinina de 120 e 3,7 mg/dl, respectivamente. Quatro dias após, iniciou-se esquema de prednisona e ciclofosfamida, sendo suspenso a metilprednisolona. Anticorpo antineutrófilo citoplasmático (ANCA): negativo. O paciente foi a óbito sete dias após o início do quadro séptico.

CONCLUSÃO: A Granulomatose de Wegener ocorre mais frequentemente na quarta e quinta décadas de vida, usualmente se desenvolve entre 4 e 12 meses, com acometimento renal e de vias aéreas superiores e inferiores.

Título: Granulomatose Linfóide Pulmonar Rapidamente Progressiva

Autores: Fatureto MC, Werneck AM, Etchebehere R, Saldanha JC, Cruvinel LAT

Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

INTRODUÇÃO: A Granulomatose Linfomatóide (GL) é uma doença que envolve principalmente os pulmões e, com menos frequência, a pele, os sistemas nervosos central e periférico e os rins, com infiltração de macrófagos e células linfocitóides, semelhantes a plasmócitos, criando uma reação inflamatória granulomatosa necrótica, principalmente nos vasos sanguíneos ou próximo a eles. A doença pode progredir como um distúrbio linfoproliferativo e evoluir para linfoma maligno em até 50% dos pacientes. O tratamento da granulomatose linfomatóide com glicocorticóides e ciclofosfamida pode induzir sua remissão.

RELATO DE CASO: Paciente de 37 anos, branca, internada no PS-HE- FMTM em 21/03/03 com queixa de falta de ar há 2 dias. Esteve internada em Conquista (MG) em tratamento para pneumonia há 11 dias. Apresentou quadro de febre há 5 dias (38,5°C), tosse seca, dor ventilatório-dependente, dispnéia, hiporexia e fraqueza. Ela apresentava quadro de equimoses em membros superiores e eritema malar em face (em asa de borboleta), fotossensibilidade, artralgia em joelho direito havia 6 anos. Apresentava gastrite erosiva com esofagite de refluxo. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, lesões ulceradas em mucosa labial superior e inferior, dispnéia, estertores crepitantes principalmente em base esquerda, FR=36irpm. Iniciou prova terapêutica para Tuberculose com esquema 1. Leucograma: 4.430 (7-80-0-0-9-4). Evoluiu com tosse produtiva com escarro amarelo-alaranjado, febre alta persistente, cianose periférica, piora do quadro de dispnéia FR=44irpm e alcalose respiratória. Foi transferida para CTI e medicada também com Ceftriaxona e Clindamicina. No dia 24/03 o raio X e tomografia evidenciavam processo interstício-alveolar bilateral. No dia 26/03 evoluiu com Insuficiência Respiratória sendo realizado biópsia de pulmão esquerdo a céu aberto. O resultado da biópsia de congelção deu resultado negativo para células neoplásicas com hipótese diagnóstica de processo inflamatório não específico. No dia 27/03 iniciou tratamento com Cambendazol e pulsoterapia com corticoide devido a hipótese diagnóstica de doença do colágeno. Nos exames de mielograma, lavado brônquico, e líquido pleural não houve crescimento bacteriano, bacterioscopia negativa e pesquisa de BAAR negativa. No dia 31/03 o resultado da biópsia de pulmão evidenciou lesão imunoproliferativa angiocêntrica tratando-se de Granulomatose Linfomatóide, dando suspenso esquema para Tuberculose. No mesmo dia houve piora progressiva do quadro, evoluindo com hipotensão, taquicardia, PCR revertida seguida de óbito.

Título: Malformação Adenomatóide Cística I : Relato de Caso Operado

Autores: Fatureto MC, Pultrin CG, Rua AMO, Aquino Jr OR

Lemos ACA, Ribeiro KA, Neves Jr MA, Bertolucci PA
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

INTRODUÇÃO: A malformação adenomatóide cística (MAC) é a forma de doença cística pulmonar menos freqüente, caracterizada por massa multicística gomosa ou sólida de tecido pulmonar, traduzida por proliferação anormal de bronquíolos terminais, com supressão do crescimento alveolar. Os diagnósticos diferenciais mais freqüentes são as bronquiectasias, o seqüestro pulmonar intralobar, o abscesso pulmonar, etc. **RELATO DO CASO:** PSF, 28 anos, pardo, casado, pedreiro, natural e procedente de Araxá – MG, com obesidade mórbida. O paciente relatava tosse produtiva havia quatro anos. Quadro este progressivo, tratou de vários episódios de pneumonias repetitivas em base de pulmão E. Passou a referir halitose, chiados e desconforto torácico E. O paciente foi enfim encaminhado ao ambulatório de pneumologia, onde os diagnósticos de asma, refluxo, seqüestro pulmonar e bronquiectasias foram suspeitados. O RX mostrou opacidade parenquimatosa homogênea em base E, com apagamento do seio costofrênico, cardiomegalia grau I. A TC sugeriu bronquiectasias com material hipodenso no interior; calcificação peribronquica proximal e mediastino normal. A broncoscopia evidenciou broncoestenose com tecido neoforado ocluindo subtotalmente o BLE, de onde saía grande quantidade de secreção purulenta fétida. As pesquisas de BAAR e fungos, bem como as citologias e biópsias brônquicas foram negativas. Em 05/05/03 o paciente foi submetido à lobectomia inferior esquerda. O pós-operatório foi normal, à exceção de seroma de ferida operatória. O anatomopatológico mostrou malformação adenomatóide cística tipo I. **DISCUSSÃO:** A MAC é uma forma rara de supuração pulmonar, de difícil diagnóstico clínico definitivo. A forma I é a mais prevalente (55%), de melhor prognóstico após a exérese do parênquima pulmonar comprometido. Geralmente apresenta cistos grandes em apenas um lobo. A MAC tipo II (40% dos casos) apresenta numerosos e pequenos cistos de 1 a 10 mm de diâmetro, A MAC tipo III é mais rara e usualmente sólida, por hiperplasia adenomatóide ou de estruturas sólidas. O exame anatomopatológico é fundamental para adequada caracterização definitiva. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de MAC é difícil clinicamente. O tratamento pode ser curativo especialmente nas do tipo I.

Título: Mesotelioma Pleural Maligno Difuso 17 Anos Após Radioterapia Para Ca Mama? Relato De Caso

Autores: Fatureto MC, Moura L, Marra M, Meneses AC, Aquino Jr OR

Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVOS: Apresentar um caso de mesotelioma pleural maligno difuso (MPMD) numa paciente sem história prévia de exposição ao asbesto. E, ainda, estabelecer uma possível relação causal entre radioterapia prévia e desenvolvimento do mesotelioma maligno.

Método: Relatamos um caso de MPMD, obtendo os dados do prontuário da paciente.

RELATO DE CASO: Uma paciente idosa – 74 anos, enfermeira, desenvolveu MPMD e na sua história ocupacional não foram encontrados os principais fatores de risco para tal enfermidade. Analisando-se seus antecedentes pessoais, verificou-se relato de mastectomia radical à esquerda seguido de radioterapia (5000 rads/ 5 semanas) havia 17 anos. A paciente iniciou sintomatologia de cansaço, desconforto torácico esquerdo, tosse seca e emagrecimento, evoluindo com derrame pleural volumoso recidivante. Realizaram-se vários procedimentos com finalidade diagnóstica (toracoscopia) e terapêutica (pleurodese). Após firmar o diagnóstico com imunohistoquímica, iniciou-se quimioterapia. Porém, com a evolução insatisfatória do quadro e complicações pulmonares a paciente foi a óbito. **CONCLUSÃO:** Neste presente caso, não se evidenciou a presença dos principais fatores de risco (exposição ao asbesto e tabagismo) para o desenvolvimento do MPMD na história da paciente. A partir de relatos encontrados na literatura, desenvolve-se a hipótese de relação causal entre radioterapia e mesotelioma maligno difuso. Com isso, discute-se a necessidade de estudos analíticos para confirmar esta hipótese e inclusão da exposição à radioterapia como um dos principais fatores de risco no desenvolvimento desta doença, em pacientes sem história ocupacional. Portanto, o aparecimento inexplicável de ascite ou derrame pleural em pacientes com história irradiação prévia, em área próxima, deve-se considerar o mesotelioma maligno como diagnóstico diferencial.

Título: Nódulo Pulmonar – Micose – Alternaria Alternata – Primeiro Caso Literatura Mundial?

Autores: Fatureto MC, Aquino Jr OR, Werneck AM, Oliveira RM, Barata CH, Santos CTB

Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVO: Relato de caso de infecção pulmonar, em forma de nódulos, por Alternaria alternata em paciente de 58 anos, previamente habitante de zona rural. Não há caso publicado na literatura mundial.

RELATO DE CASO: Trata-se de um paciente masculino, 58 anos, branco, casado, pedreiro, natural e procedente de Sacramento – MG, em acompanhamento de AVC, ocorrido há 2 anos, tendo realizado raio-x de tórax evidenciando nódulo pulmonar à esquerda. Negava tosse, dispnéia ou febre. Referia emagrecimento de 15 Kg após AVC, segundo orientação médica. De antecedentes apresentava hipertensão arterial sistêmica em tratamento, hemiparesia à direita devido ao AVC, negava tabagismo, etilismo ou história prévia de neoplasia. Era lavrador até há 10 anos. Não havia alterações no exame físico, exceto no neurológico, descrito acima. O hemograma era normal. Realizou tomografia computadorizada de tórax que mostrava nódulo de contornos irregulares, periférico, do segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo, e ausência de comprometimento pleural ou linfonodomegalia. Foi submetido a uma broncofibroscopia, também sem alterações. Programado então lobectomia, foi visualizado no ato cirúrgico dois nódulos em superfície do lobo inferior do pulmão esquerdo, sendo estes ressecados em cunha e enviados para congelção, a qual revelou a presença de fungos. Na cultura cresceu o fungo Alternaria alternata. O paciente recebeu tratamento com fluconazol até o resultado da cultura, sendo definido a exérese dos nódulos como tratamento definitivo.

DISCUSSÃO: Há controversias na abordagem dos nódulo pulmonar. Sabidamente, em geral, prevalecem os granulomas, e outras lesões benignas. Na impossibilidade de exclusão de neoplasia maligna, nódulo indeterminado, segue-se na investigação com biópsias percutâneas, vídeo-assistidas ou mesmo abertas convencionais. No presente relato não foi possível a definição segura da lesão em exames complementares. A biópsia excisional mostrou dois nódulos pulmonares justapostos que foram ressecados. A cultura definiu a lesão como fúngica e sendo identificado. Não encontramos na literatura nenhum caso de acometimento nodular pulmonar por este fungo em humanos. OGAWA H et al relatam um caso de infiltrado pulmonar difuso bilateral por Alternaria alternata.

045

Título: Pulmão Destruído por Tuberculose Associado a Seqüestro Intralobar
Autores: Fatureto MC, Werneck AM, Etchebehere R, Oliveira RM, Aquino Jr OR
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

RELATO DE CASO: Paciente de 19 anos, que foi atendido no AMG do HE-FMTM no dia 31/03/03 com história de tosse, escarros hemoptóicos, hemoptise e um episódio de febre tendo sido tratado com amoxicilina durante 3 dias. No dia 02/04/03 deu entrada no PS do HE-FMTM com piora do quadro, hemoptise de 800 mL, dor ventilatório-dependente e febre. O exame de tomografia computadorizada revelou opacidades nodulares de distribuição irregular comprometendo lobo médio e parte do lobo superior direito. Opacidade hipodensa ou secreção de alta densidade na porção anterior localizada no lobo inferior (segmento póstero-lateral) com diminuição do volume de todo o pulmão direito. Fez-se hipótese diagnóstica de pneumopatia crônica com sinais de recidiva ou reativação (tuberculose, aspergilose, seqüestro). No dia 09/04 foi submetido à pneumonectomia direita, devido ao diagnóstico peroperatório de Tuberculose e seqüestro pulmonar direito. O resultado da biópsia de pulmão foi compatível com Tuberculose, com raros bacilos. Houve hemorragia grave nas primeiras 6 horas por escape parcial em ligadura da artéria pulmonar direita. O pos-operatório evoluiu sem intercorrências. O paciente recebeu alta hospitalar no dia 19/04 com terapia anti-tuberculose, em bom estado.

DISCUSSÃO: A indicação de tratamento cirúrgico nos pacientes com tuberculose está geralmente limitada às complicações dessa infecção incluindo hemoptise maciça, fistula bronco-pleural, suspeita de câncer, e mais comumente o desenvolvimento de resistência ou persistência da infecção mesmo com tratamento clínico adequado. Seqüestros Pulmonares são massas de tecido pulmonar não funcionais sem comunicação com a árvore traqueobrônquica). A sua incidência é maior em pacientes do Sexo masculino (3:1) e 60 a 90% dos seqüestros estão localizados em região torácica póstero-inferior esquerda próximo ao diafragma e lobo inferior. Os seqüestros pulmonares podem ser intra ou extralobares, sendo na maioria das vezes congênitos. Não encontramos citações de associação de tuberculose pulmonar em seqüestro intralobar.

046

Título: Quilotórax Bilateral Após Trauma Torácico Fechado
Autores: Fatureto MV, Aquino Jr OR, Oliveira RM, Werneck AM
Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - Uberaba - Mg

OBJETIVO: Relato de caso de quilotórax traumático bilateral em paciente jovem com rápida resolução após tratamento conservador.
 RELATO DE CASO: Trata-se de um paciente masculino, 14 anos, previamente hígido, vítima de trauma fechado ao nível da Quinta vértebra torácica, não apresentando alterações ao atendimento inicial. Quatro dias depois, evoluiu com quadro de dispnéia progressiva, que piorava com o decúbito horizontal, acompanhada de dor torácica ventilatório-dependente. Negava tosse, febre ou expectoração. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, taquipneico (FR=32ipm), com diminuição da expansibilidade torácica bilateral, maciez e diminuição do murmúrio em ambas as bases. O restante do exame físico encontrava-se sem alterações. Na ocasião, o raio-x demonstrou derrame pleural bilateral, sendo realizado toracocentese com saída de secreção róseo leitosa. A análise bioquímica do líquido demonstrou tratar-se de um quilotórax. Foi realizada toracostomia bilateral fechada, com débito de 1150ml à direita e 850ml à esquerda; associada a repouso e jejum nas primeiras 24 horas, sendo oferecido posteriormente dieta oral com triglicerídeos de cadeia média. Evoluiu nos dias seguintes com redução progressiva do débito de drenagem. Quando esta se tornou desprezível (4º dia), liberamos a dieta. Os drenos foram retirados, no quinto e sexto dia de internação, pois permaneceram com mínimo débito. O paciente recebeu alta hospitalar em bom estado com completa resolução.
 CONCLUSÃO: O tratamento conservador do quilotórax deve ser instituído inicialmente, visando a reexpansão pulmonar pela drenagem torácica e a manutenção da nutrição através de uma dieta com triglicerídeos de cadeia média, o que reduz a formação do quilo, podendo levar à cicatrização do local lesado, por segunda intenção.

047

Título: Condrossarcoma de Parede Torácica Associado a Nódulo Pulmonar- Relato de Caso
Autores: Queiroz M L, Sousa A A V, Filho M A M, Aranha A G, Ghefter M C
Instituição: Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (Serviço de Cirurgia Torácica)

Caso clínico: Paciente sexo feminino, 42 anos, branca, com queixa de aparecimento de abaulamento em região de parede torácica anterior direita acima da mama com aumento progressivo. Antecedente de tabagismo 30 anos/maço. Exame físico com abaulamento com tumoração fixa aos planos profundos e de consistência endurecida em região anterior de hemitórax acima da mama direita. Radiograma de tórax com opacidade em terço superior de hemitórax direito ao nível do 3º, 4º, 5º arcos costais, e Tomografia de tórax com tumoração da parede torácica anterior direita de 8 cm com destruição óssea ao nível 3º, 4º, 5º arcos costais na junção condroesternal.

Conduta: realizado minitoracotomia submamária direita com biópsia da lesão (Congelamento: cartilagem), sendo optado por ampliação da toracotomia para região axilar, com ressecção de todo o tumor com retirada de 3º, 4º, 5º arcos costais com margem de 4cm, e retirada do nódulo pulmonar com sutura mecânica, e correção da falha da parede torácica com tela de prolene. Anatomo-patológico: condrossarcoma com baixo grau de malignidade, e pulmão com lesão sequelar de tuberculose.

Conclusão: os condrossarcomas são os tumores malignos mais comuns da parede torácica sendo seu tratamento de escolha a ressecção completa do tumor, pois este não responde à quimioterapia e radioterapia. E na presença de lesão pulmonar sincrônica opta-se se possível para ressecção da mesma para diagnóstico, estadiamento e possível cura do paciente.

048

Título: Fibrohistiocitoma Maligno de Parede Torácica Pós-Radioterapia
Autores: Queiroz M L, Aranha A G A, Sousa A A V, Filho M A M, Ghefter M C, Esgaib A S
Instituição: Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (Serviço de Cirurgia Torácica)

Fibrohistiocitoma maligno é um sarcoma pleomórfico de partes moles, ocorre principalmente como massa de extremidades, cavidade abdominal ou retroperitônio. Pela sua baixa incidência é pouco lembrado no diagnóstico das tumorações da parede torácica.

Relato de caso: paciente 62 anos, sexo feminino, há 11 meses sofreu trauma em região cervical, e há 6 meses começou a observar tumoração em região da fúrcula com crescimento progressivo para região cervical, associado à dor local. Antecedente de neoplasia de mama esquerda com mastectomia radical e radioterapia local há 20 anos. Exame físico: tumoração de consistência endurecida, localizada na fúrcula esternal, estendendo-se para região cervical até cricóide. TC e RNM de tórax com tumoração heterogênea de 6 cm de diâmetro, infiltrando manúbrio.

Conduta: realizado biópsia incisional: fibrohistiocitoma maligno; ressecção de toda massa tumoral em bloco com ressecção de manúbrio e terço medial das clavículas, e parcial do tronco venoso braquiocéfálico esquerdo e reconstrução com retalho miocutâneo de peitoral maior.

Conclusão: fibrohistiocitoma maligno é tumor raro, com tratamento de escolha sendo a ressecção completa do tumor e de suas recorrências, pois não responde bem à radioterapia ou quimioterapia.

Título: Hemangioendotelioma: Tumor raro de Mediastino
Autores: Queiroz M L, Sarmento P A, Souza T G S, Imaeda C J, Forte V
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: O hemangioendotelioma é um tumor de origem vascular de grau de malignidade intermediário entre hemangioma e os sarcomas e devido à sua raridade é pouco lembrado no diagnóstico diferencial dos tumores de mediastino.

Relato de caso : Doente de 30 anos, sexo masculino, há 3 meses com dor em hemitórax esquerdo, progressiva, em queimação. Há 1 mês dispnéia aos grandes esforços. Ex-tabagista 10 anos/maço. No exame físico: dor à palpação da parede torácica anterior esquerda ao nível do 3º,4º,5º espaço intercostal. Radiograma de tórax: volumosa massa em hemitórax esquerdo de limites laterais precisos e com borramento da silhueta cardíaca medialmente. CT e RNM de tórax com massa em mediastino anterior, de densidade heterogênea, estendendo-se desde 2 cm abaixo da fúrcula englobando vasos da base e com íntimo contato com parede torácica anterior. Indicado mediastinostomia à Chamberlain. Durante o procedimento, doente evoluiu com sangramento intenso sendo indicada toracotomia de urgência. Após abertura da cavidade, visualizada tumoração encapsulada aderida a parede torácica, pericárdio e veia braquiocéfálica esquerda e nervo frênico. Feito ressecção total do tumor. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, com alta hospitalar no 9º/6/16; pós-operatório. Anátomo-patológico: hemangioendotelioma de mediastino.

Discussão: O hemangioendotelioma de mediastino pode se manifestar com sintomas de compressão ou como achado em exames radiológicos. Quando lembrado como hipótese diagnóstica deve-se evitar biópsia devido ao risco de sangramento, e o tratamento de escolha é a ressecção total do tumor.

Título: Tumor Primário de Traquéia?
Autores: Queiroz M L, Aranha A G A, Sousa A A V, Filho M A M, Ghefter M C, Esgaib A S
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (Serviço de Cirurgia Torácica)

Introdução: Os tumores traqueais são divididos em primários ou secundários, que envolvem a traquéia ou carina por invasão direta por tumores adjacentes, como a laringe, tireóide, pulmão, ou esôfago. Os tumores secundários mais comuns que permitem ressecção cirúrgica são o carcinoma da tireóide e broncogênico.

Relato de caso: paciente masculino, 70 anos, branco. Há 6 meses com disfonia progressiva, dispnéia aos esforços. Ao exame físico apresentava voz rouca como única alteração.

Exames subsidiários: R-X de tórax com diminuição do lúmen traqueal no terço superior; TC e RNM de tórax e pescoço com lesão abaixo da tireóide, com infiltração, com importante redução do lúmen traqueal sem plano de clivagem com o esôfago. broncoscopia com paralisia de corda vocal esquerda, tumoração semilunar, envolvendo primeiro e segundo anéis traqueais com redução de 70 % da luz traqueal, realizado biópsias. Anátomo- Patológico: papiloma fibroepitelial.

Conduta: cervicotomia com ressecção traqueal, cricóide e parcial do lobo tireóideano esquerdo, abaixamento da laringe, com anastomose cricotraqueal término-terminal. Anátomo- Patológico: carcinoma papilífero de tireóide invadindo traquéia com margem tireóideana comprometida; realizado tireoidectomia total num segundo tempo.

Conclusão: o tratamento de escolha é a ressecção total do tumor, pois radiação externa, iodo radioativo e quimioterapia são pouco eficazes para controle da doença residual

Título: A Esternotomia Mediana no Tratamento das Metástases Pulmonares
Autores: Samano MN, Hiratsuka J, Matos LL, Melero LMM, Beyruti R, Jatene FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP

Os pulmões são os principais sítios de metástases de todos os tumores malignos. Embora a presença de metástases sejam indicadores de doença avançada, o tratamento através de ressecção cirúrgica mostra-se uma boa alternativa, não só aumentando a sobrevida como proporcionando cura em alguns casos. Entre os fatores prognósticos, a ressecabilidade é o de maior impacto e a minuciosa exploração dos pulmões no momento da metastasectomia tem grande importância nos resultados desta cirurgia. Temos utilizado a esternotomia mediana com muito entusiasmo pois não é raro identificarmos lesões contra-laterais não visualizadas pelos métodos de imagem convencionais.

No período de 1988 a 2002, 43 pacientes foram submetidos a metastasectomia pulmonar.

Quanto ao tipo histológico, 27 pacientes tinham metástases de sarcomas, 14 de carcinomas, 1 de melanoma e 1 de tumor de células germinativas. O tempo livre de doença médio foi de 29 meses (0 a 171 meses). A esternotomia foi empregada em 8 pacientes e em todos estes, o número de metástases ressecadas foi maior do que o número de lesões identificadas pela tomografia.

Apesar do pequeno número de casos, acreditamos que a exploração pulmonar contra-lateral proporcionada pela esternotomia, identificando lesões não identificadas previamente, possa ter impacto nos resultados da metastasectomia pulmonar. Além disso, a esternotomia como via de acesso está relacionada a recuperação pós-operatória mais rápida e menor perda funcional

Título: Traqueostomia Percutânea – Experiência de 720 Casos.
Autores: Tedde ML, Fonseca MH, Neves JBV, Engel FC, Day ARR, Jatene FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP

A traqueostomia percutânea é um procedimento recente em nosso meio e tem apresentado bons resultados. Relatamos nossa experiência com os "kits" Ciaglia, Portex, Blue Rhino e PercTwist.

Foram realizados 720 procedimentos em 711 pacientes, sendo 418 masculinos. A média de idade foi de 65 anos, 55% dos pacientes estavam em pós-operatório de cirurgia cardíaca, 52,3% necessitavam de drogas vasoativas e 63% com infecção pulmonar. O tempo médio de intubação foi de 13,4 dias.

O "kit" Ciaglia foi utilizado em 475 casos, o Portex em 169, o Blue Rhino em 70 e o Perc Twist em 6. Todos os casos foram assistidos por fibroscopia. Dificuldades técnicas foram a extubação do paciente durante a retração da cânula de IOT em 9 casos, e dificuldade de introdução da cânula de traqueostomia requerendo nova dilatação do trajeto.

As complicações foram sangramento pela incisão em 12 casos, resolvidos à beira do leito. Em 3 pacientes ocorreu revisão de hemostasia em centro cirúrgico. Em 3 houve estenose de traquéia e um outro apresentou fistula traqueocutânea.

Dos 711 casos, 445 tiveram óbito em decorrência da doença de base. Dos 266 pacientes vivos, 70 foram entrevistados por telefone, sendo que 46 estão decanulados e assintomáticos.

Pode-se concluir que a traqueostomia percutânea é procedimento rápido, seguro mesmo em pacientes graves, com pequeno número complicações precoces ou tardias.

053**Título: Diferentes Manifestações Pulmonares de Neoplasias Miomatosas Uterinas.****Autores: Vega, N.A.; Vega, H.A.O.; Siqueira, M.C.; Carvalho, K.G.; Arruda, F.T;****Instituição: Departamento de Pneumologia e Cirurgia torácica da Faculdade de Medicina Barão de Mauá/ Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto**

PFA, 52 anos, fem., natural e procedente de Santa Rita do Passa Quatro; apresentou tosse seca e dispnéia. Ao estudo radiológico observou-se infiltrado micronodular difuso e bilateral; realizou-se toracotomia com biópsia a céu aberto e o resultado do anátomo patológico e imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de Leiomioma Metastazante Benigno (LMB). Paciente foi submetida à US-Ginecológico que evidenciou mioma uterino e posteriormente realizada a histerectomia.

LCSS, 56 anos, fem., natural de Itajubi/SP, procedente de Porto Ferreira/SP; iniciou quadro de tosse seca, desconforto respiratório e dispnéia. Antecedente de Mioma uterino, (leiomioma simplástico). Os exames radiológicos apresentaram nódulos pulmonares bilaterais de tamanhos diferentes. Realizou-se ressecção de nódulo pulmonar, classificado posteriormente no anátomo patológico como leiomiossarcoma pulmonar provavelmente metastático.

Na LMB, observa-se a proliferação metastática de músculo liso de leiomioma uterino no parênquima pulmonar, o estudo radiológico demonstra infiltrado micronodular difuso e bilateral. A etiologia é controversa, sendo proposta várias teorias; acomete mulheres de 30 a 74 anos.

Os leiomiomas simplásticos são considerados lesões de certa raridade, caracterizadas por mitoses gerando células leiomióticas atípicas e áreas de necrose. Nesses casos a lesão é dita como tendo potencial incerto de malignidade sendo referida na literatura atual como tumores de experiência limitada; "Limited Experience".

Reforça-se a importância do seguimento de alguns casos e observação de sintomas respiratórios em pacientes submetidas à retirada de leiomiomas, pelas possibilidades de manifestações pulmonares tanto benignas como malignas.

054**Título: Broncoplastia com Sutura Contínua para Ressecção de Tumor Carcinóide em Brônquio Intermediário.****Autores: Petrucio Abrantes Sarmiento; Visela PB; Caetano, RS; Imaeda,CJ; Gregorius,KM; Forte,V****Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (UNITTO)**

Paciente de 40a, tosse seca com três episódios de pneumonia de repetição nos últimos seis meses.

Durante a investigação, foi diagnosticado tumor carcinóide em brônquio intermediário, além de atelectasia parcial do lobo médio. Realizamos ressecção da lesão, preservando-se o lobo médio e o inferior através da realização de broncoplastia com sutura contínua. Neste, demonstraremos a técnica operatória e evolução do paciente.

055**Título: Esternotomia Parcial para Correção de Fístula e/ou Ressecção de Coto Brônquico Longo Pós Pneumonectomia****Autores: Vicente Forte; Perfeito, J A J; Imaeda, C J; Sarmiento, P A; Visela, P B; Oliveira, R; Caetano, R S; Almeida, Rodrigo****Instituição: Beneficência Portuguesa de São Paulo (UNITTO) / Hospital São Paulo-UNIFESP**

I.F.N 34a, antecedente de tuberculose pulmonar com destruição do pulmão esquerdo, motivo este pelo qual foi submetido à pneumonectomia esquerda há 2 anos; ha um ano vem evoluindo com tosse persistente sem melhora ao tratamento clínico.

Realizou broncoscopia que evidenciou coto brônquico longo (3-5cm) com acúmulo de secreção local.

Operado para realização de ressecção de coto brônquico longo via esternotomia parcial e sutura manual do coto. Após o procedimento não apresenta tosse ou outros sintomas inerentes à operação.

056**Título: Tratamento das Re-estenoses Traqueais Infraglóticas com Alargamento Anterior e Posterior da Laringe****Autores: Carlos Jogi Imaeda; Sarmiento,PA;Caetano,RS; Visela,PB; Gregorius,KM; Forte,V.****Instituição: Serviço de cirurgia torácica e Pneumologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo-Equipe Vicente Forte(UNITTO)**

D L S, quatro anos natural e procedente de São Paulo, foi submetido à correção de CIA, CIV, PCA e coarctação de aorta nos primeiros seis meses de vida, neste interim foi diagnosticada estenose infraglótica pós entubação orotraqueal.

Submetido à primeira operação para correção da estenose ha um ano permanecendo com molde traqueal Montgomery por três meses, após vinte dias da retirada do molde necessitou da colocação de cânula metálica devido a um quadro de insuficiência respiratória aguda. Realizou broncoscopia que evidenciou re-estenose no local da primeira ressecção; submetido a quatro seções de dilatação por endoscopia e sem resolução do caso foi realizada nova operação para correção da re-estenose.

Neste, demonstraremos às técnicas utilizadas para alargamento e fixação da parede anterior da laringe assim como para alargamento da parede posterior da laringe com sobreposição de retalho posterior da membranosa traqueal.

057

Título: Tratamento das Re-estenoses Traqueais Infraglóticas com Fixação Externa da Parede da Laringe
Autores: Carlos Jogi Imaeda; Sarmiento,PA; Caetano, RS; Visela, PB; Gregorius,KM; Forte,V.
Instituição: Serviço de cirurgia torácica e Pneumologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo-Equipe Vicente Forte(UNITTO)

Paciente de 60 anos natural e procedente de São Paulo, vítima de TCE por queda da própria altura sendo necessária entubação orotraqueal e traqueostomia; após descanalização e alta hospitalar, a paciente passou a apresentar dispnéia progressiva, neste interim foi diagnosticada estenose infraglótica pós entubação orotraqueal; realizado inicialmente tratamento através de dilatação endoscópica(5 seções) com recidiva da estenose após as dilatações.

Foi indicado tratamento cirúrgico onde realizou-se ressecção da área doente, colocação de Montgomery, o qual permaneceu por três meses, sendo trocado por cânula metálica e descanalizada. No terceiro mês de evolução pós descanalização iniciou quadro de dispnéia progressiva que a levou ao PS sendo realizada traqueostomia após constatação de re-estenose; Endoscopia de seguimento mostrou fixação da prega vocal esquerda e estreitamento da comissura anterior.

Neste, demonstraremos às técnicas utilizadas para alargamento e fixação externa da parede anterior da laringe assim como a liberação e re-inserção da prega vocal anteriormente fixa pela estenose.

058

Título: Experiência Inicial com do Uso de Prótese Auto-expansível de Malha de Poliéster Revestida com Silicone (Polyflex) no Tratamento de Estenoses Traqueais
Autores: Terra RM, Minamoto H, Tedde ML, Jatene FB
Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

A prótese auto-expansível revestida por silicone foi concebida para apresentar as vantagens de facilidade de implantação e acomodação das próteses autoexpansíveis e facilidade de remoção das próteses siliconizadas. Portanto, adicionando o fato de ter boa relação entre diâmetro interno e externo devido a sua fina parede, seria muito apropriada para o tratamento das estenoses traqueobrônquicas benignas. Em nossa experiência inicial, utilizamos a prótese em 5 pacientes portadores de estenose traqueal pós-intubação sem indicação de cirurgia, seja pelas características da estenose ou pelas condições clínicas do paciente. Nos 5 casos a prótese foi implantada através de laringoscopia direta após dilatação da via aérea, sem necessidade de radioscopia. A seleção da prótese foi baseada em medidas das dimensões da estenose realizadas através de broncoscopia e tomografia computadorizada de laringe e traquéia. Em 2 casos, a prótese foi removida e reimplantada sem dificuldades no mesmo tempo cirúrgico por posicionamento inicial inadequado. Em 3 pacientes, a prótese ficou com a extremidade proximal locada a menos de 1 cm das pregas vocais e, em 1 paciente, ficou com a extremidade distal locada a menos de 1 cm da carina. No seguimento, 1 paciente apresentou tosse incoercível e a prótese foi retirada após 2 meses; em um paciente a prótese foi reposicionada após 15 dias.

059

Título: Metástase em Parede Torácica Como Primeira Manifestação de Ca de Tireóide
Autores: Kang DWW, Terra RM, Ishy A, Fernandez A, Jatene FB.
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Metástases ósseas geralmente representam doença neoplásica avançada e são as formas mais comuns de doença neoplásica óssea. O câncer de tireóide é a 5a. causa de metástase óssea, mas metástase de CA de tireóide em parede torácica é um evento extremamente raro. O quadro clínico geralmente é dor ou fratura patológica. Revisando a literatura mundial, há apenas 11 casos relatados de metástase de câncer de tireóide em parede torácica (8 de esterno, 1 de arcos costais e 2 de clavícula). Apresentamos dois casos de câncer de tireóide que se manifestaram inicialmente como massas em parede torácica (clavícula e arcos costais). As 2 pacientes relatavam quadro de abaulamento local de crescimento progressivo e lento associada a dor localizada. A CT de tórax mostrava processo expansivo da parede torácica com contornos bem regulares. A paciente com massa clavicular foi submetida à ressecção de 2/3 mediais da clavícula com margens cirúrgicas e a paciente com massa em arcos costais foi submetida à toracectomia do 3o. e 4o. arcos costais. A análise patológica por congelação evidenciou tecido folicular de tireóide. Apesar do exame cervical normal, as pacientes foram submetidas a tireoidectomia total após 2 meses com anátomo-patológico de carcinoma folicular de tireóide. Há poucos casos na literatura, e na nossa experiência os doentes operados apresentam-se sem evidência de doença numa média de 1 ano de seguimento sugerindo que a cirurgia tem um papel promissor no tratamento das metástases ósseas de parede torácica no câncer de tireóide, já que estas são de alguma forma resistentes à radioiodoterapia (que é indicada em carcinomas de tireóide metastáticos).

060

Título: Toracectomia para o Tratamento de Tumor Phyllodes Recidivado
Autores: Terra RM, Kang D, Ishy A, Fernandez A, Jatene FB
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP

O tumor phyllodes (TP) é uma neoplasia fibroepitelial rara que corresponde a 1% das neoplasias de mama, geralmente tratada com ressecções limitadas. Relatamos uma paciente de 45 anos, com um (TP) de mama esquerda há 25 anos. Fez 8 ressecções locais chegando até a mastectomia radical. Após 2 anos evoluiu com nova recidiva local sendo submetida a mais 2 ressecções superficiais. Neste período, desenvolveu TP na mama contralateral e sofreu mais 6 ressecções limitadas, até a mastectomia definitiva. Na nossa avaliação inicial apresentava 2 tumores de consistência fibroelástica de cerca de 3 cm de diâmetro na topografia da mama direita. A última ressecção fora feita há 3 meses. Neste momento optamos por toracectomia com ressecção de tumor com margens de 4 cm e ressecção de 3 costelas. A reconstrução foi com tela de polipropileno e retalho de músculo reto abdominal bipediculado, reconstruindo também a mama. Após 6 meses a paciente continua em seguimento ambulatorial sem sinais de recidiva local. O tumor phyllodes, devido a sua alta taxa de recidiva local, deve ser tratado com ressecção ampla desde a primeira manifestação. As recidivas devem ser tratadas de forma agressiva através de mastectomia ou até toracectomia como no caso descrito.

Título: Fibrose Pulmonar Induzida por Ácido Fosfórico
Autores: Bortoloti, A. K.; Coelho, L. S.; Cavalcanti, D. M.; Cunha, M. G.; Rodrigues, H.; Vale, S. A.; Godoy, I.;
Instituição: HC UNESP BOTUCATU

ARMC, 39 anos, masculino, caldeireiro há 15 anos, examinado em 16/01/03 queixando-se de tosse seca e dispnéia há 2 meses. Após ter inalado grande quantidade de ácido fosfórico (durante 10 a 15 minutos) em NOV/02 começou a apresentar tosse seca e contínua, dispnéia com piora progressiva, diminuição do apetite, "febre" vespertina, sudorese, artrite migratória e emagrecimento de 12 kg em 2 meses. Negou comorbidade prévia. Ao exame apresentava FR: 34 ipm, hidratado, acianótico, descorado (+/4+) e afebril. Aparelho respiratório com expansibilidade diminuída bilateralmente e MV + porém diminuído a direita com crepitações finas em base esquerda. A broncoscopia mostrou bronquite crônica, área focal de fibrose intersticial e processo inflamatório crônico e inespecífico, ausência de granuloma e neoplasia. Na biópsia a céu aberto havia fibrose intersticial, intensa reparação epitelial e infiltrado linfoplasmocitário esparso. Sorologias negativas. Feito o diagnóstico de dano alveolar difuso por intoxicação exógena e iniciado corticoterapia.

Título: Pneumonia Intersticial Descamativa Associada a Pneumocistose em Paciente com SIDA
Autores: José Eduardo G. Rodrigues, Virgílio Aguiar
Instituição: Disciplina de Pneumologia. Faculdade de Ciências Médicas de Santos - UNILUS

Paciente VGA, 62 anos, masculino, motorista aposentado internou em nosso hospital com quadro de insuficiência respiratória associado à febre e tosse com expectoração clara há 5 dias. Nega história prévia ou qualquer epidemiologia. Exame físico inicial demonstra regular estado geral FR= 36irm, tiragem intercostal, Fc=126bpm PA= 140X90mmHg. Refereia emagrecimento discreto não quantificado. Sat O2 de 85% sem O2 que foi p/ 90% com Masc O2 10 L/m

MV + com estertores finos bibasais.

RX Tórax com padrão de congestão pulmonar pré-m com índice cárdio-torácico normal. Iniciado gatifloxacina esolicitado exames iniciais com Hemograma com 11.600 leucócitos sem desvio, função hepática, renal, e bioquímica normal, Ecocardiograma normal. paciente com pouca melhora do quadro. Solicito anti HIV + com pesquisa de BAAR no escarro negativa porém com suspeita de presença de pneumocistis carini no escarro Iniciei SMT e TC Toráx demonstrava padrão alveolar bibasal e em regiões posteriores de ambos os pulmões com pouca imagem em 1/3 médio e ápices. Pela imagem radiológica inconclusiva solicitei biópsia pulmonar à céu aberto que demonstrou pneumonia intersticial descamativa. Realizamos uma revisão quanto a associação desta com Infecções pelo HIV e por pneumocistis carini

Título: Amiloidose Pulmonar
Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Afonso-Jr, J. E.; Capelozzi, V. L.; Kairalla, R. A.; Carvalho, C. R. R.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Paciente feminina; 32 anos, previamente hígida apresentou há 1 ano quadro de dispnéia rapidamente progressiva; no momento a mínimos esforços. Na investigação apresentava prova de função pulmonar com doença restritiva grave (CVF 20% do predito) e radiografia de tórax com padrão reticulo-nodular difuso. A tomografia de tórax evidenciava espessamento brônquico, nódulos pulmonares de diversos tamanhos com áreas de confluência e regiões de espessamento septal. A paciente apresentava discreta elevação de Ig M na imuno-eletoforese de proteína sem pico monoclonal. Submetida a biópsia pulmonar a céu aberto que evidenciou depósito de material amorfo positivo pelo método do Vermelho Congo sob luz polarizada; em região perivascular, região subpleural e ao longo dos septos interlobulares, compatível com amiloidose pulmonar. Não foi encontrado acometimento renal, cardíaco ou de medula óssea.

A Amiloidose Sistêmica engloba todo um espectro de doenças congênitas e adquiridas causadas pela deposição de material fibrilar característico em vários órgãos e tecidos. O acometimento pulmonar exclusivo é raro porém incapacitante e de difícil diagnóstico. No trato respiratório a amiloidose pode acometer qualquer porção, desde a língua causando apnéia obstrutiva do sono, obstrução brônquica e hemoptise na doença de via aérea; até a dispnéia secundária a deposição intersticial da substância, podendo causar ainda derrame pleural e infiltração diafragmática com insuficiência respiratória secundária. Em geral deve-se à deposição de cadeias leves (AL), onde um clone plasmocitário pré-neoplásico; em geral derivados de linfócitos B produz de forma desproporcional uma imuno-globulina monoclonal ou um fragmento desta, levando a alterações na mecânica e capacidade difusional pulmonar.

Título: Bronquiolite Constrictiva em Paciente com Exposição a Cloro-Fluor-Carbono (CFC).
Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Nunes, F. S.; Capelozzi, V. L.; Kairalla, R. A.; Carvalho, C. R. R
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Paciente masculino; 49 anos; ex-tabagista de 2 anos-maço, tendo interrompido o hábito há 28 anos; mecânico de geladeira (onde expunha-se continuamente ao CFC durante os reparos nas tubulações, bem como a solventes inorgânicos usados no revestimento dos refrigeradores) apresentou há 3 anos início de quadro de dispnéia progressiva. Feito o diagnóstico em outro serviço de DPOC tabágico, seguiu em tratamento com broncodilatador sem resposta clínica subjetiva. Há 20 dias iniciou com sinais de cor pulmonale, quando procurou o nosso serviço. À entrada o paciente apresentava hipoxemia e retenção de CO2 (gasometria em ar ambiente pH=7.35 PO2=38.8 PCO2=54.6 HC03=29.4 SatO2=70%) e hiperinsuflação à radiografia de tórax. A prova de função pulmonar apresentava VEF1 780 ml (19% do predito) sem resposta a broncodilatador, com hiperinsuflação e aumento do volume residual (215% do predito); com difusão de 90%. A tomografia de tórax evidenciava áreas de perfusão em mosaico e presença de micronódulos centro-lobulares. O paciente então foi submetido a biópsia transbrônquica que evidenciou bronquiolite inalatória. Iniciou-se então o tratamento com prednisona 1 mg/kg/dia; além do afastamento do patógeno inalatório potencial; e ao final de 6 semanas o paciente apresentava melhora clínica e laboratorial significativa.; tendo em sua gasometria em ar ambiente atual pH=7.39 PO2=56.9 PCO2=51.8 HC03=30.7 Sat O2=89%

A bronquiolite constrictiva é uma patologia rara, definida pela alteração na parede dos bronquíolos respiratórios, levando a estreitamento concêntrico ou obliteração completa de seu lúmen e decorre de danos ao epitélio de revestimento de pequenas vias aéreas. O caso descrito é o primeiro da literatura a relatar tal lesão vinculada à exposição crônica ao Clorofluorcarbono.

065

Título: Resposta à Corticoterapia das Manifestações Neurológicas e Pulmonares de Granulomatose Linfomatóide
Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Santana, A. N. C.; Alameddine, M.; Capelozzi, V. L.; Kairalla, R. A.; Carvalho, C. R. R.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Paciente feminina, 27 anos, previamente hígida apresentou há 3 meses quadro de diplopia; evoluindo com meningite asséptica (Líquor com 130 células; 90% de células linfo-monocitárias). Apresentava à ressonância magnética lesões de padrão inflamatório, com nódulos em cerebelo, região sub-cortical e tronco cerebral. Durante a evolução a paciente apresentou um episódio de hemoptoico. A radiografia de tórax mostrava acometimento interstício-alveolar predominantemente em bases. A tomografia evidenciou espessamento septal e presença de múltiplos nódulos bilaterais de tamanhos variados, com áreas em vidro despolido. Apresentava proteínas de fase aguda elevadas e ANCA negativo. Submetida à biópsia pulmonar a céu aberto que demonstrou infiltração linfocítica exuberante com acometimento vascular e nódulos linfóides intra-parenquimatosos, sugerindo o diagnóstico de granulomatose linfomatóide. A paciente então foi submetida a corticoterapia com metil-prednisolona 125 mg / dia; apresentando boa resposta clínica; tomográfica e laboratorial já após duas semanas de tratamento. Até o momento mantém-se a terapêutica com ciclofosfamida 100 mg/ dia e prednisona 20 mg/dia e após 8 meses do tratamento não encontrada evidência de recidiva do quadro.

A granulomatose linfomatóide é uma doença caracterizada por infiltração pulmonar de linfócitos B displásicos e T reacionais policlonais; com invasão vascular e necrose proeminentes. As manifestações extra-torácicas são comuns; com acometimento cutâneo, renal e de sistema nervoso central ou periférico. Acredita-se hoje que a granulomatose linfomatóide é uma forma distinta e pré-neoplásica do linfoma angiocêntrico. O tratamento inicial inclui imunossupressão com corticoesteróide e ciclofosfamida e caso haja recidiva com malignização a quimioterapia convencional para linfoma não-Hodgkin está indicada; com resposta em geral insatisfatória.

066

Título: Boop por Nitrofurantoína: Resolução Espontânea
Autores: Eloara Vieira Machado Ferreira, Suzianne Ruth Hosanah Lima, Andréa Gimenez, Carlos Alberto de Castro Pereira
Instituição: UNIFESP/EPM

Paciente masculino, 39 anos, evolui em 10 dias com dispnéia rapidamente progressiva, chegando aos mínimos esforços, associado à tosse seca e dor torácica anterior. Ex-tabagista dos 14-36 anos de 1 maço/semana, parou há 2 anos quando diagnosticado carcinoma de bexiga, sendo submetido à ressecção cirúrgica e desde então em uso de nitrofurantoína. Internado para investigação, sem alteração no exame físico inicial, trazia radiograma de tórax com infiltrado reticular peribroncovascular e opacidades em consolidação de predomínio central e em 1/3 inferiores. Realizou tomografia de tórax com vidro-fosco e consolidações peribrônquicas de predomínio central e em 1/3 médios, espirometria sugestiva de distúrbio ventilatório restritivo leve e biópsia transbrônquica com padrão BOOP. Suspensão nitrofurantoína com melhora clínica, funcional e radiológica completa após 4 meses sem qualquer outro tratamento.

Discussão: até o momento foram descritos 5 casos na literatura, todos em uso crônico da nitrofurantoína, conduzidos com a suspensão da droga e associação com corticóide oral, com dois óbitos. Em virtude do bom estado geral do paciente e da pouca alteração funcional, optou-se por retirar a droga e mantê-lo em observação, com resolução favorável do quadro.

067

Título: Pneumomediastino Espontâneo como Manifestação de Pneumonite de Hipersensibilidade
Autores: Nunes, F.S.; Costa, E.L.V.; Santana, A.N.C.; Capelozzi, V.L.; Kairalla, R.; Carvalho, C.R.R.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da FMUSP

Paciente de 15 anos, masculino, previamente hígido, com quadro clínico de dispnéia, febre e tosse seca. Após 2 meses de evolução, procurou o pronto-socorro (PS) em insuficiência respiratória hipoxêmica (PO2 38mmHg), internado em UTI para receber suporte ventilatório não-invasivo. A radiografia inicial de tórax mostrava pneumomediastino e a TC de tórax, padrão de vidro despolido difuso bilateral com predomínio em campos superiores e médios. Submetido à lavado broncoalveolar com pesquisa para agentes infecciosos negativa e biópsia transbrônquica que foi inconclusiva. A prova de função pulmonar mostrava distúrbio restritivo, comprometimento da difusão pulmonar (D=40% predito) e represetamento aéreo moderado. Obteve melhora clínica e gasométrica (PO2 82mmHg, SatO2 95.6%) sem tratamento específico, recebendo alta hospitalar após 20 dias de internação. Duas semanas depois, foi novamente o PS com recorrência da dispnéia, tosse e febre; reinternado, e evoluindo com melhora sem tratamento específico. Submetido à biópsia pulmonar à céu aberto que confirmou a hipótese de pneumonite de hipersensibilidade. Um edredon mofado foi identificado como o fator de exposição e eliminado do ambiente domiciliar. Paciente evoluiu bem após a alta, com melhora significativa função pulmonar: normalização Capacidade Pulmonar Total, redução represetamento aéreo significativa, D=66% predito e SatO2 94% em ar ambiente e sem recorrência de pneumomediastino.

A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma patologia complexa imunomediada decorrente da inalação de poeiras orgânicas. As manifestações radiológicas variam de acordo com o estágio evolutivo da patologia. Este caso ilustra um quadro típico desta entidade, porém com um aspecto radiológico praticamente não descrito previamente: o pneumomediastino espontâneo em associação à PH.

068

Título: Fibrose Pulmonar em Paciente com Albinismo
Autores: Fernandes LAF; Costa ELV; Takagaki TY; Carvalho CRR; Kairalla RA; Ab'Saber AM; Capelozzi VL
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP

Relato de Caso: Paciente 39 anos, feminino, procedente da Bahia, com queixa de tosse seca há seis meses. Antecedente pessoal de albinismo óculo-cutâneo e familiar de 11 irmãos sendo 3 albinos, esses falecidos por problemas pulmonares. Radiografia de tórax: Padão reticulo nodular com predomínio em bases e periferia. TC de tórax: Opacidades reticulares em vidro fosco difusamente distribuídas pelos 2 pulmões com bronquiectasias de tração. Função pulmonar: CVF 1,90 L (55%); VEF1 1,71 L (59%) VEF1/CVF 90%; CPT 5,21L (101%); VR 3.27 L (193%).

Realizada biópsia pulmonar que evidenciou acúmulo de material PAS positivo nos macrófagos alveolares e áreas de fibrose pulmonar. O quadro clínico radiológico e anatomo patológico são compatíveis com a síndrome de Hermansky-Pudlak

Discussão: Este é o primeiro caso da síndrome de Hermansky-Pudlak relatado no Brasil. É uma síndrome rara de herança autossômica recessiva, que consiste de albinismo óculo-cutâneo, alteração funcional nas plaquetas e depósito de material ceróide PAS positivo no sistema retículo endotelial, na medula óssea e nos macrófagos alveolares levando a fibrose pulmonar. A sua prevalência mais alta ocorre na região norte de Porto Rico com 1 caso a cada 1800 pessoas. A fibrose pulmonar leva a óbito em 50% dos casos e complicações hemorrágicas são causa de mortalidade em 10%. Não existe tratamento específico comprovado.

Título: Acometimento Pulmonar em Paciente com Neurofibromatose
Autores: Safioti G, Martinez JAB, Vianna EO, Silva GA, Terra Filho J
Instituição: Divisão de Pneumologia - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - FMRP - USP

RELATO DE CASO. Paciente de 31 anos, sexo feminino que, um ano antes de ser atendida no ambulatório de Pneumologia, apresentou hemoptise por 15 dias, que se iniciou após quadro de infecção de vias aéreas superiores e cessou espontaneamente. Negava febre, emagrecimento ou sintomas respiratórios associados. Tabagista desde os 20 anos, atualmente de 3 cigarros ao dia, mas chegou a fumar 1 maço e meio por dia. Relatava diagnósticos de neurofibromatose e hipercolesterolemia. Ao exame físico, xantelasma palpebrais, manchas café-com-leite e lesões papulares hipercrômicas difusas; à ausculta pulmonar, murmúrio vesicular diminuído e estertores finos em base direita. A radiografia de tórax era normal, mas a TCAR mostrava lesões císticas difusas de paredes delgadas, mais evidentes à direita. A dosagem de alfa-1 anti-tripsina era normal. A espirometria evidenciava distúrbio obstructivo, sem resposta ao broncodilatador e volumes normais, enquanto a gasometria arterial mostrava PaO₂: 66 mmHg. Submetida a broncofibroscopia (normal) com LBA (normal) e biópsia transbrônquica, que não foi representativa. Todas as culturas de escarro e LBA para piogênicos, fungos e BAAR foram negativas. DISCUSSÃO. Apesar de a biópsia não ter sido conclusiva, o quadro clínico, radiográfico e laboratorial era compatível com acometimento pulmonar por neurofibromatose tipo 1, cujas alterações mais frequentes são enfisema bolhoso e fibrose intersticial.

Título: Amiloidose Pulmonar Nodular- Relato de Caso
Autores: Gustavo Trindade Michel, Roseane Marchiori, Cleber Antonio Fiorini, Fábio Pires Santos, Rodrigo Bortoli, Alessandra Bertolazi, Cristiano Tonello.
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: Amiloidose pulmonar localizada é uma doença rara, caracterizada pela deposição de proteínas amilóides isoladas no trato respiratório. Lesões nodulares geralmente são assintomáticas, sendo frequentemente observadas como um achado acidental na radiografia de tórax ou em autópsias. Relato de caso: Paciente, 70 anos, masculino, branco, casado, tabagista 20 anos/maço, com sintomas de DPOC há 8 anos. Em dezembro de 2002 realizou hemicolecomia direita para retirada de um adenocarcinoma de colon. Em março de 2003 realizou radiograma de tórax para controle pós-operatório e foi observado pequena nodulação em ápice do pulmão esquerdo, com espessamento pleural concomitante. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou área nodular cavitada de paredes espessas e irregulares, medindo 3,8X 2,4 cm em topografia justapleural no terço superior do pulmão esquerdo associado com espessamento pleural lateralmente. Biópsia pulmonar transcutânea mostrou massas de um material eosinofílico denso, circundadas por células gigantes, tipo corpo estranho, assumindo coloração esverdeada quando corada pelo vermelho congo, achados consistentes com amiloidose. Biópsia de medula óssea e proteinograma sem alterações. Discussão: Amiloidose pulmonar nodular geralmente acomete pessoas idosas, após a sexta década de vida, apresentando lesões únicas ou múltiplas de variados tamanhos, mais frequentemente em lobos inferiores, podendo simular lesões neoplásicas.

Título: Bronquiolite Obliterante com Pneumonia em Organização Pós Radioterapia em Neoplasia de Pulmão
Autores: Maria Alenita de Oliveira, Alecsandra Calil Moyses, Mariana Silva Lima, João Aléssio Juliano Perfeito, Jaqueline Sonoe Ota
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica Prof. Dr. Vicente Forte-Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo / UNITTO (Unidade Integrada de Tratamento de Doenças Torácicas)

Relato de Caso: Paciente, feminina, 72 anos, com tosse seca e dispnéia a moderados esforços há 3 meses, negava febre. Tratada em outro serviço levofloxacina sem melhora. Antecedentes pessoais: Ex-tabagista: 30 maços/ano. Lobectomia inferior direita em 1996 (tumor carcinóide). Ressecção segmentar em LSE 2001 (adenocarcinoma), seguida de radioterapia em janeiro de 2002. Ao exame físico : estertores crepitantes na base direita.

TC de tórax (07/2002): consolidação em região anterior de LSE
 PET SCAN (07/2002) : hipercaptção no terço médio e superior a esquerda e região posterior basal do pulmão direito

RX de tórax(08/2002): consolidação em LID e tenue infiltrado em LSE.
 TC de tórax (08/2002): consolidação periférica no seg anterior do LSE, com caráter migratório em relação à TC de 07/2002. nódulo no seg superior da língua. vidro fosco em LID.

Biópsia transbrônquica: inconclusiva.

Evolução: Apesar da BTB ter sido inconclusiva, frente a presença de consolidações periféricas de caráter migratório e, paciente com antecedente de radioterapia, iniciou-se o tratamento com corticóide com o provável diagnóstico de BOOP. Apresentou melhora clínica e radiográfica em 1 mes, mantendo-se o tratamento por 6 meses.

Discussão: A BOOP pós radioterapia foi descrita inicialmente na neoplasia de mama, podendo manifestar-se até 4 a 6 meses após término da RT. Neste caso a presença de consolidações periféricas migratórias em paciente submetida a RT há 5 meses permitiram o início do tratamento sem a comprovação histológica. Porém caso não apresentasse melhora clínica em 2 a 4 semanas, seria mandatória biópsia pulmonar.

Título: Pneumonite de Hipersensibilidade - Apresentação Radiológica não Usual: Relato de Caso
Autores: José Wellington Alves dos Santos, Claudius Vladimir Cornelius de Figueiredo, Cristiano Tonello, Cleber Antonio Fiorini, Alessandro Zordan, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Gustavo Trindade Michel.
Instituição: Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS).

Introdução: Pneumonite de Hipersensibilidade ou Alveolite Alérgica Extrínscica consiste em uma doença pulmonar difusa causada pela repetida inalação de diferentes antígenos orgânicos e ambientais que induzem a uma reação imunopatológica nos pulmões de indivíduos predispostos.

Relato de caso: Paciente masculino, 53 anos, agricultor, não tabagista, há 6 meses passou a apresentar dispnéia aos grandes esforços e há 2 meses apresentou episódio de rinosinusopatia. Negava tosse, emagrecimento, febre e hemoptise. Paciente referia presença de mofo domiciliar e no local de trabalho, além da presença de numerosas aves. Ao exame físico apresentava estertores crepitantes em bases; radiograma de tórax evidenciou infiltrado em bases e lesões cavitadas, confirmadas pela Tomografia Computadorizada de Alta Resolução. Broncoscopia foi normal e o LBA foi negativo para fungos e micobactérias. O achado histopatológico através de biópsia pulmonar a céu-aberto evidenciou Pneumonite de Hipersensibilidade.

Discussão: As manifestações clínicas e radiológicas são bastante variadas, dependendo da forma da doença, aguda, subaguda ou crônica. Diferentemente das apresentações clássicas de nódulos centrilobulares, alcaponamento de ar e fibrose, a presença de lesões cavitadas é um achado radiológico incomum.

073

Título: Proteínose Alveolar Pulmonar - Relato De Caso
Autores: José Wellington Alves dos Santos, Roseane Cardoso Marchiori, Alessandra Bertolazzi, Cristiano Tonello, Cleber Antonio Fiorini, Claudius Wladimir Cornelius de Figueiredo, Rubens Gabriel Feijó Andrade.
Instituição: Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS).

Introdução: Proteínose alveolar pulmonar é uma doença rara de etiologia desconhecida, caracterizada pelo acúmulo de material proteináceo dentro do alvéolo.

Relato de caso: Paciente feminina, 34 anos, não tabagista, há 2 anos com dispnéia aos esforços e tosse seca que piorou nos últimos 6 meses, tratada diversas vezes com antibioticoterapia para pneumonia com remissão parcial dos sintomas. Ao exame físico apresentava estertores crepitantes em bases pulmonares. O radiograma de tórax evidenciou infiltrado pulmonar bilateral. Prova de função pulmonar demonstrou distúrbio ventilatório restritivo. Uma TC de alta resolução evidenciou padrão característico de "pavimentação em mosaico". O diagnóstico de Proteínose alveolar pulmonar foi estabelecido através do material obtido em biópsia pulmonar por toracoscopia vídeo assistida. A paciente foi submetida à lavagem lobar por fibrobroncoscopia com remissão total dos sintomas.

Discussão: Os achados clínicos e radiológicos são muito inespecíficos e o curso clínico bastante variável, ou seja, os pacientes podem apresentar-se assintomáticos ou com grave dispnéia, tosse e outros, e enquanto em alguns casos ocorre remissão espontânea em outros o tratamento é ineficiente. Apesar dessa variabilidade, a Tomografia Computadorizada de alta resolução pode ser bastante sugestiva para o diagnóstico.

074

Título: Granulomatose de Wegener associada a comprometimento de vias aéreas.
Autores: Barros, J.M., Barbas, C.V., Antunes, T., Fernandes, F.L.A.
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ambulatório de Vasculites.

O comprometimento das vias aéreas na granulomatose de Wegener não é um fenômeno comum; o comprometimento é de cerca de 16%.

As conseqüências clínicas podem ter grande impacto na qualidade de vida dos pacientes afetados, visto que causa graus variados de dispnéia e tosse.

Descrevemos 4 casos de pacientes com diagnóstico confirmado de granulomatose de Wegener apresentando estenose subglótica e/ou traqueal, sendo 2 pacientes submetidos à colocação de próteses de Montgomery e de Dumont para correção. Outros estão em seguimento para serem submetidos a dilatação através da colocação de "stents" por broncoscopia.

Ressalta-se a importância desses procedimentos, já que as alterações de vias aéreas podem ser recorrentes, e potencialmente fatais.

Referências bibliográficas:

Clinical Radiology 53: 809-815, 1998
 Clinics in Chest 19(4): 759-776, 1998

075

Título: Granulomatose de Wegener Associada a Grandes Cavitações.
Autores: Barros, J.M., Barbas, C.V., Antunes, T., Fernandes, F.L.A.
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ambulatório de vasculites.

A granulomatose de Wegener é uma vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos com predileção para vias aéreas superiores e rins. As manifestações pulmonares incluem nódulos, massas com ou sem cavitações, entre outras. Porém, massas extensas com cavitações não são comuns.

Descrevemos 2 casos de pacientes que se apresentaram com massas pulmonares extensas de cerca de 12 cm de diâmetro, que evoluíram com cavitações, necessitando ressecção cirúrgica, além de tratamento clínico inicial com ciclofosfamida (100 mg/dia) e prednisona (1mg/kg/dia). Em ambos os casos houve boa resolução.

Nota-se, portanto que massas com grandes cavitações podem ser as manifestações iniciais de granulomatose de Wegener.

Referências bibliográficas:

Arthritis Rheumatology 37: 187-192, 1994

076

Título: O Papel da Plasmaferese em Granulomatose de Wegener
Autores: Barros, J.M., Barbas, C.V., Antunes, T., Fernandes, F.L.A.
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ambulatório de vasculites.

A granulomatose de Wegener pode se manifestar com quadro de hemorragia alveolar em 8% dos casos e glomerulonefrite rapidamente progressiva, evoluindo para insuficiência renal terminal e dialítica. Sabidamente, há alta morbimortalidade dos pacientes afetados.

A plasmaferese é um recurso alternativo em pacientes que apresentam maior gravidade clínica inicial ou que não respondem à terapia inicial com ciclofosfamida (100 mg/dia) e prednisona (1 mg/kg/dia).

Descrevemos 4 casos de pacientes apresentando hemorragia alveolar e glomerulonefrite rapidamente progressiva com diagnóstico confirmado de granulomatose de Wegener e que responderam favoravelmente à terapia com plasmaferese.

Este recurso, portanto, é um importante fator alternativo para remissão de doença grave e com prognóstico inicialmente desfavorável.

Referências bibliográficas:

Curr Opin Rheumatol 15:197-204, 2003

077

Título: Hemossiderose Pulmonar de Longa Evolução
Autores: Menezes MB , Filho JT , Silva GA, Vianna EO, Martinez JAB
Instituição: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto , USP

INTRODUÇÃO: A hemossiderose pulmonar é patologia rara e de obscura etiopatogenia, caracterizada por recorrentes episódios de hemorragia alveolar difusa na ausência de envolvimento sistêmico / renal. O caso apresentado ilustra a evolução de uma paciente acometida. **RELATO :** Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade; com um ano de idade, em coincidência com início de leite de vaca na dieta, apresentou quadro agudo de dispnéia, febre, diarreia, cianose, hipoxemia e anemia; a partir de então passou a apresentar paroxismos semelhantes, que cediam ao uso de prednisona, O₂ nasal e hemotransfusões. Aos 4 anos de idade biópsia a céu aberto evidenciou alvéolos preenchidos por histiócitos carregados de hemossiderina, ausência de vasculite. Dos 5 aos 14 anos, apesar de não ingerir derivados de leite de vaca, ocorreram mais 6 internações com clínica idêntica, uma delas em UTI ; desde então mantém-se assintomática e sem uso de qualquer medicação. Desde a infância as radiografias de tórax mostravam infiltrado retículo-nodular difuso. Mesmo na ausência de sintomas a CT de tórax mostra velamento em vidro fosco bilateral e opacidades nodulares à esquerda. Espirometria aos 19 anos: VEF1:2,26 (71%); CVF:2,58 (71%); VEF1/CVF:87,6; CPT:4,15(88%); VR:1,57(141%). Gasometria aos 19 anos: normal. **DISCUSSÃO:** A patologia em questão é rara e manifesta-se na infância em 80% dos casos, podendo evoluir com fibrose pulmonar residual. No caso descrito há evidências radiológicas de seqüela, com mínimos sintomas ou alterações funcionais.

078

Título: Cistos Pulmonares Como Achado Radiológico na Pneumonite por Hipersensibilidade Crônica (PHC)
Autores: Lima MS, Rodrigues JEG, Ota JS, Missrie I, Jasinowodolinski D, Ferreira RG, Pereira CAC
Instituição: UNIFESP-EPM

RELATO DE CASO

Paciente, 58a, sexo masculino, pardo, lixeiro. HDA: Há 12 meses relata que começou a sentir dispnéia progressiva chegando aos mínimos esforços, associada a tosse produtiva com expectoração branca e chiado. Mahler 5. ISDA: Nega sintomas dispépticos. AP: Nega tabagismo. Trabalhou na coleta de lixo de 1981 a 1998. Nega outras exposições ocupacionais ou ambientais. EF: cianose de extremidades. AP: MV+ com estertores em velcro bilaterais. Extremidades com edema de MMII ++ (4+). PFP: CVF(%)= 60,4; VEF1(%)= 65,4; IT(%)= 71. Gasometria arterial: PO₂=34,3mmHg; PaCO₂=36mmHg; P(A-a)=56,8mmHg. TC de tórax de alta resolução: Cistos pulmonares de tamanhos variados dispersos pelo parênquima. Achados de fibrose de distribuição atípica com faveolamento em regiões periféricas e centrais. Bx cirúrgica: Altamente sugestiva de Pneumonite por Hipersensibilidade na fase crônica. **DISCUSSÃO:** Os cistos pulmonares são raros na PHC. Existe 1 relato de caso publicado em paciente com exposição a pombos. Na PHC tem sido descrito, além dos achados de fibrose, nódulos centrolobulares em vidro fosco, alçapamento de ar, vidro fosco e padrão em mosaico como achados mais frequentes.

079

Título: Bronquiolite Obliterante com Pneumonia em Organização
Autores: Albuquerque, PR; Araújo, C.A.A; Anjos, B.C.C; Vale Jr., H.M; Chaves, A.B.D.
Instituição: UFRN - Hospital Universitário Onofre Lopes

RELATO DE CASO: Paciente MTB, 38 anos, comerciante, natural de PE, residente no RN foi admitido em 14/07/03 com história de dispnéia intensa, iniciada há 3 meses, perda de peso e tosse seca. Passado de Tb aos 2 anos. Nunca fumou. Nega uso de drogas ilícitas; estilista social. Ao Exame Físico dispnéia aos pequenos esforços, afebril e acianótico; sem baqueteamento digital. À Ausculta pulmonar o MV era diminuído difusamente com discreto creptos em bases. AC - Bulhas normofonéticas, sem sopros. Abdomen: NDN; sem edemas de mm ii. Rx tórax - "Infiltrado pneumônico" bilateral, pp em bases. Gasometria: pH: 7,47; PaCO₂ 32 mm Hg, PaO₂ 62 mm Hg. Leucograma - 5440 (seg 66%; linf 32%; eosino 1 %) Ht 41% ; plaquetas 350.000. Bioquímica - normal. Introduzido corticoterapia venosa e Esquema I. Realizado Broncoscopia com Lavado - bacteriologia negativa e sem cél. neoplásicas. Submetido a Biópsia a céu aberto, cujo anatomo-patológico evidenciou "BOOP". Paciente evoluiu com IRpA . Internado na UTI e submetido a ventilação mecânica, mas foi a óbito em 19/08/03

DISCUSSÃO: A "BOOP" foi proposta por Epler em 1985 e se traduz por um quadro clínico-patológico variável por envolver uma organização intraluminal de tecido de granulação frouxo e mixóide formando massas polipóides que se estende até ductos alveolares e alvéolos. Pode ser causada por infecções, drogas, doenças do colágeno, aspiração crônica e idiopática. Clinicamente se manifesta com história de Pneumonia de evolução insidiosa, com tosse e dispnéia. A forma rapidamente progressiva ocorre em percentagem pequena de casos, com hipoxemia severa , Insuficiência Respiratória Aguda e evolução para óbito em poucos dias. O diagnóstico requer estudo tomográfico de alta resolução e biópsia pulmonar. No tratamento utiliza-se de corticosteróides, além de oxigenoterapia.

080

Título: Proteinose Alveolar Pulmonar e Criptococose
Autores: Rodrigo Silva Cavallazzi, Tatiane Gobbato De Liz, Sérgio Grava, Antônio César Cavallazzi
Instituição: Univesidade Federal de Santa Catarina

Objetivo: Relatar um caso de proteinose alveolar pulmonar e criptococose pulmonar e cerebral.

Relato de caso: Paciente masculino, de 40 anos, relatava dispnéia há um mês da admissão. O exame físico era normal. O radiograma e a TC de tórax revelaram infiltrado pulmonar intersticial. A sorologia para HIV foi negativa. Foi realizada biópsia pulmonar aberta cujo diagnóstico foi proteinose alveolar pulmonar. Foi submetido à lavagem com cateter de duplo lúmen com melhora clínico-radiológica. Três meses após a lavagem, relatou cefaléia, vômitos e febre. Uma TC de crânio demonstrou múltiplas lesões expansivas intra-axiais, supra e infra-tentoriais, determinando importante edema peri-lesional. Uma nova TC de tórax revelou uma massa de 6x5x4 cm em LID. Realizou-se uma broncoscopia com biópsia transbrônquica cujo estudo anatomo-patológico revelou C. neoformans. Recebeu Anfotericina B e, posteriormente, Fluconazol. Após 2 meses de tratamento, houve diminuição significativa da massa pulmonar, porém aumento do edema cerebral. Optou-se por punção lombar, que foi negativa para C. neoformans, e biópsia da lesão cerebral, que revelou C. neoformans. Permaneceu com Fluconazol e, atualmente, está assintomático. **Discussão:** Atenção particular deve ser dada à possibilidade de infecção por germes incomuns concomitante à proteinose alveolar pulmonar.

Título: Pneumonite de Hipersensibilidade Subaguda: Relato De Caso

Autores: Sergio Grava, Eloara Vieira Machado Ferreira, Camila Campos Rodrigues, Diego Britto Ribeiro, Jaqueline Sonoe Ota, Célia Mallarte LLarges, Rimarcos Gomes Ferreira
Instituição: Disciplina de Pneumologia - UNIFESP-EPM

RELATO DE CASO: paciente feminina, 54 anos, negra, com história de dispnéia progressiva há 1 ano, inicialmente aos grandes esforços e há 2 meses ao repouso, além de sibilância, tosse seca, anorexia e adinamia. Antecedentes pessoais de exposição importante a pássaros e mofo no ambiente doméstico. No exame físico apresentava murmúrio vesicular globalmente diminuído e estertores finos difusamente. No radiograma de tórax presença de infiltrado micronodular difuso e na tomografia nódulos centrilobulares em vidro fosco bilaterais e difusos. Broncoscopia não demonstrou alterações e a biópsia transbrônquica revelou espessamento inflamatório septal com área focal de proliferação fibromixóide intra-alveolar e transformação gigante celular focal com presença de material particulado. Baseado na correlação anátomo-clínico-radiológica foi diagnosticado pneumonite de hipersensibilidade e iniciado corticoterapia oral e fisioterapia para condicionamento físico com melhora clínica importante.

DISCUSSÃO: no Brasil a pneumonite de hipersensibilidade é mais comum em mulheres que criam pássaros domésticos, e frequentemente esta doença é diagnosticada na fase crônica onde existe fibrose pulmonar e perda funcional irreversíveis. Os critérios diagnósticos para as fases aguda e subaguda não são aceitos universalmente, porém são bem estabelecidos. Neste relato, a paciente demorou quase doze meses para ter o diagnóstico e iniciar o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEREIRA, CAC. Pneumonia por Hipersensibilidade. In: Corrêa da Silva, LC. Conduitas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, pp 518-21.
 SCHUYLER M. The diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. Chest 1997;111:534-6

Título: Histiocitose X - Relato de 02 Casos

Autores: Montanha, S.M.; Mayo, S.V.; Leiro, L.C.F.
Instituição: Serviço de Pneumologia – Hospital Heliópolis - São Paulo

INTRODUÇÃO: A histiocitose X ou de células de Langerhans é um distúrbio granulomatoso de etiologia desconhecida, acomete principalmente indivíduos fumantes jovens ou meia idade, 60% restrita ao pulmão, 20% envolvimento ósseo e outras vísceras. RELATO DE DOIS CASOS: 1) I.P.S., 46 a, masc, branco, casado, motorista. Tabagismo 10 maços/ano. História de tosse seca, astenia e dispnéia progressiva há 3 meses, pneumotórax espontâneo à esquerda e após um mês à direita. Foi drenado bilateralmente, evoluiu com episódios de chiado no peito atenuado com broncodilatador. Encaminhado com biópsia pulmonar que sugeria fibrose pulmonar, feita revisão de lâmina: presença de nódulos histiocitários com eosinofilia em distribuição broncoêntrica. Ao exame: BEG, eupneico. MV+ sem RA. TCAR tórax: múltiplas formações cístico-aeradas de paredes finas, em ambos os pulmões, predomínio em lobos superiores. Espirometria com DVO leve. 2) O.S, 46 a, masc, branco, pintor. Tabagismo 40 maços/ano. História de dor torácica à esquerda e tosse seca há 2 meses. TC tórax: formações císticas esparsas de paredes mal definidas em lobos superiores, associadas a densificação retrátil nodular contornos irregulares em lobo superior esquerdo. Espirometria: DVO leve. BEG, eupneico, submetido a biópsia pulmonar, sendo em ambos diagnosticado histiocitose X. DISCUSSÃO: Relatamos dois casos de histiocitose X com apresentação radiológica diferente. Paciente do caso um parou de fumar com retorno a função pulmonar normal e o paciente do caso dois ainda não conseguiu abandonar o tabagismo, mantém DVO leve após 6 meses de acompanhamento.

Título: Linfangioleiomiomatose - Relato de Caso

Autores: Montanha, S.M.; Teixeira, C. M. M.; Neis, M.
Instituição: Serviço de Pneumologia – Hospital Heliópolis - São Paulo

INTRODUÇÃO: Linfangioleiomiomatose (LAM) é doença rara, afeta o sexo feminino, caracterizando-se por proliferação desordenada no interstício pulmonar de células musculares lisas, ocasionando espaçamento das paredes dos vasos linfáticos, vasos sanguíneos e bronquíolos, cuja luz pode ser ocluída parcial ou totalmente. A influência hormonal foi sugerida pela presença de receptores de estrogênio e progesterona em algumas biópsias pulmonares de pacientes com LAM. Sintomas comuns são tosse seca, dor torácica, quilotórax e dispnéia progressiva, podendo ocorrer pneumotórax, hemorragia pulmonar, hemossiderose. RELATO DE CASO: D.J.S, 46 a, fem.. História de tosse seca, dor torácica ocasional e dispnéia progressiva e emagrecimento de 5 kg em cinco anos. Ao exame: REG, taquidispnéica. MV+ com estertores e sibilos expiratórios. TCAR: inúmeros cistos, paredes finas bem definidas, distribuídas difusamente. Espirometria com DVR acentuado. SO2: 88% (ar ambiente). Fez pneumotórax no dia da biópsia pulmonar a céu aberto, cujo AP confirmou diagnóstico de LAM fase avançada. DISCUSSÃO: Relatamos um caso de LAM fase avançada que evoluiu sem diagnóstico por cinco anos, o que poderia ter mudado o prognóstico desta paciente. A mesma negou-se a ooforectomia cirúrgica, sendo iniciada reposição hormonal oral com progesterona, além de oxigenioterapia domiciliar contínua. A doença tem progressão lenta sendo geralmente fatal em dez anos.

Título: Proteínose Alveolar Pulmonar - Relato de Caso

Autores: Montanha, S.M.; Mayo, S.V.; Prates, G.C.; Valentini, D.; Silva, L.C.; Ladipo, O.L.
Instituição: Serviço de Pneumologia – Hospital Heliópolis - São Paulo

INTRODUÇÃO: Proteínose alveolar pulmonar é uma entidade rara caracterizada pela deposição de material lipoprotéico intra-alveolar com preservação do interstício pulmonar. Pode ser primária (idiopática) ou secundária a doenças como exposição a inalantes químicos (inseticidas) e minerais (sílica, poeira de alumínio, titânio), linfoma, leucemia, infecção pelo HIV. Predomina entre segunda e quinta década. Proporção 2:1 homens e mulheres. RELATO DE CASO: W.R.O.P., feminina, 28 anos. História de tosse seca, dispnéia progressiva, emagrecimento de 19 Kg, astenia, artralgia e febre ocasional há 1 ano. Em outro serviço foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto com diagnóstico de proteínose alveolar. A seguir submetida a lavagem pulmonar à direita e após 15 dias à esquerda sendo interrompida por bradicardia e dessaturação. Recebeu alta com prednisona e oxigenioterapia contínua. TCAR de tórax com infiltrado em vidro fosco predomínio em lobos inferiores, com preservação da arquitetura pulmonar. Após reavaliação foi submetida a nova lavagem pulmonar bilateral em dois tempos, intervalo de duas semanas com soro fisiológico 150 ml em casa segmento brônquico, com saída de secreção esbranquiçada constituída por material proteínico amorfo. CONCLUSÃO: Após segundo lavado bronco alveolar evoluiu com melhora progressiva e após um ano encontra-se assintomática respiratória.

Título: Avaliação de Fatores de Risco e Gravidade para Pneumonia em Crianças Menores de 5 Anos
Autores: Goya,A.; Ferrari,G.F.
Instituição: Departamento de Pediatria- Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Objetivo: A pneumonia aguda constitui uma das principais causas de morbimortalidade infantil em todo o mundo. O presente estudo teve por objetivo avaliar fatores que podem aumentar o risco de infecções respiratórias graves. Métodos: Os autores avaliaram crianças menores de 5 anos com diagnóstico clínico e radiológico de pneumonia, atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, no período de abril de 1997 a abril de 1998. Foram estudados 3 grupos com 30 pacientes cada : 1) grupo controle, composto por crianças saudáveis que frequentavam creche da rede municipal de Botucatu; 2) grupo com pneumonia leve, tratada a nível domiciliar; 3) grupo com pneumonia grave, requerendo internação. Foram avaliadas as seguintes condições que poderiam estar associadas a risco e gravidade da doença: estado nutricional, idade, sexo, exposição passiva ao fumo, prematuridade, ausência ou interrupção precoce do aleitamento materno, peso ao nascimento, escolaridade dos pais, aglomeração na residência, vacinação, anemia, suplementação de vitamina A e dosagem plasmática de vitamina A. A análise estatística comparou os grupos pela utilização do método de Tukey (F), prova de Kruskal-Wallis (H) Resultados: Há associação entre pneumonia leve e/ou pneumonia grave, quando comparado ao grupo controle, com os seguintes aspectos: falta de suplementação de vitamina A ($\chi^2=8,331$; $p<0,02$); menor idade materna ($F=4,59$; $p<0,05$); menor grau de escolaridade materna ($H=7,988$; $p<0,02$) e paterna ($H=6,661$; $p<0,05$). Destaca-se que 83,3% de toda população estudada apresentaram níveis de hemoglobina abaixo da normalidade, porém a anemia foi significativamente mais intensa nos grupos com pneumonia e pneumonia grave em relação ao controle ($H=8,917$; $p<0,02$). Não foi detectada nenhuma criança apresentando deficiência de vitamina A (níveis plasmáticos inferiores a 10 ug/ 100 ml de plasma) contudo as crianças do grupo controle apresentaram valores significativamente superiores ($H=9,310$; $p<0,05$) na sua dosagem ($\bar{x}=44,72 \pm 27,63$ ug/dl) em relação aos grupos com pneumonia ($\bar{x}=25,43 \pm 5,68$ ug/dl) e pneumonia grave ($\bar{x}=32,64 \pm 12,99$ ug/dl). Conclusão: O trabalho evidencia a associação entre pneumonias na infância e a presença de carências nutricionais e a baixa escolaridade dos pais.

Título: Atuação Fonoaudiológica em Pacientes com Disfagia e Doenças Respiratórias
Autores: PSM Rocha, CH Rosa, LAGMM Torres.
Instituição: Serviço de Pneumologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP. Serviço de Fonoaudiologia do HCRP-FMUSP.

A dispnéia na criança pode acarretar problemas na deglutição, já que a sucção, respiração e deglutição devem ocorrer de forma coordenada. Já a ocorrência de aspiração agrava o quadro respiratório. O objetivo deste relato é descrever a importância da atuação fonoaudiológica em pacientes com disfagia e doença respiratória. O primeiro paciente apresentou doença das membranas hialinas que evoluiu para doença pulmonar crônica e dependência de oxigênio. Durante a avaliação da sucção não nutritiva foi observada fraca pressão intra-oral, sem vedamento labial e movimento de língua ântero-posterior lentificado, ausência de reflexos de mordida e procura e incapacidade de utilizar a via oral com piora da dispnéia. O segundo apresentou SARA pós- pneumonia, com longos períodos de hipóxia. Na recuperação apresentou distúrbio de deglutição e dispnéia intensa, com movimentação de língua lentificada, aumento de ruído cervical, penetração laringea e tosse pós-deglutição. O videodeglutograma confirmou penetração laringea, sem aspiração traqueal. Em ambos foi iniciada alimentação por gastrostomia. O tratamento fonoaudiológico foi instituído e houve adequação da sensibilidade e da aceitação do alimento, do controle da fase oral e das demais fases e eliminação dos sintomas de tosse e engasgo. Após um ano foi possível o restabelecimento da alimentação sem piora respiratória. Conclui-se que o acompanhamento fonoaudiológico é fundamental para o restabelecimento da alimentação oral sem piora respiratória.

Título: Linfoma de Grandes Células em Pulmão
Autores: J Murata, PSM Rocha, S Ramos, CS Trad, RF Nóbrega, APCP Carlotti, VPL Ferriani, LAGMM Torres.
Instituição: HCFMRP-USP

O linfoma de grandes células corresponde a 30% dos linfomas na infância. Tem progressão lenta e boa resposta terapêutica, exceto quando associado a imunodeficiência. Pode ocorrer na região cervical, nasofaringe, mediastino, partes moles, ossos e trato gastrointestinal, mas não tem sido descrito nos pulmões. Descrevemos um caso com início muito precoce, predomínio de sintomatologia respiratória, evolução rapidamente fatal, atingindo os pulmões, maciçamente. Menina, 7 meses, com chiado desde os dois meses, vômitos freqüentes e três episódios anteriores e um atual de pneumonia. Foi internada sendo isolado pneumococo do líquido pleural infeccioso. Foi tratada por 30 dias com antibióticos e apresentou melhora lenta. Foram descartadas pneumopatias crônicas como fibrose cística e imunodeficiência, sendo diagnosticado refluxo gastroesofágico pela seriografia e pHmetria. A tomografia de tórax mostrava sinais sugestivos de doença bronquiolar, sem condensações ou massas mediastinais. Teve alta bem. Após 5 dias, reinternou em mau estado geral, com tosse, dispnéia, febre e velamento extenso em base D. Evoluiu com hepatosplenomegalia, deterioração do quadro pulmonar e evoluiu para coma, apesar do tratamento. O quadro culminou em hemorragia pulmonar com óbito após 30 dias. A necrópsia mostrou linfoma de grandes células disseminado por todos os órgãos abdominais e torácicos. A descrição desse caso visa alertar a pediatras e pneumologistas sobre a doença respiratória de evolução atípica, que pode estar associada a processo malignos.

Título: Tuberculose Pulmonar com Evolução Atípica
Autores: RS Andrade, AAT Arantes, G Orsi, YMVA Vicente, CS Trad, S Ramos, VPL Ferriani, LAGMM Torres.
Instituição: HCFMRP-USP

A tuberculose é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. A resolução do processo pulmonar pode ocorrer para uma calcificação regular, geralmente próxima do mediastino ou no parênquima. Esse caso mostra uma criança com calcificação extensa, associada à presença de lesões em atividade, alguns anos após o início dos sintomas, num quadro já tratado e resolvido. BAT, 4 anos, parda, com um ano de idade foi internada com pneumonia que se repetiu após nove meses, com tosse e sudorese noturna. Foi tratada para tuberculose com esquema tríplice. A tosse melhorou, mas persistiu uma "mancha" no RX. Procurou o serviço após 3 anos, por persistência de lesão extensa calcificada em LSD. Foram feitos reação de Mantoux, lavado broncoalveolar com baciloscopia e cultura para BK, exame direto para fungos e Elisa para TBC, todos negativos. Foi realizada exérese da lesão que mostrou nódulos pulmonares com extensa área de necrose, calcificação central e células do tipo Langhans, com fibrose adjacente caracterizando processo inflamatório crônico granulomatoso. Também apresentava sugestão da presença de micobactérias sem isolamento do BK. O Mantoux, repetido após 6 meses, foi de 17 mm. Discute-se as dificuldades no diagnóstico da tuberculose na infância e ressalta-se que, lesões aparentemente cicatríciais, devam ser analisadas, para detectar atividade atual da doença.

Título: Dissociação Clínico-radiológica Em Um Caso de Pneumoconiose**Autores: Teixeira CA, Martinez JAB, Vianna EO, Silva GA, Menezes MB, Terra Filho J****Instituição: Divisão de Pneumologia - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - FMRP - USP**

INTRODUÇÃO: Doenças ocupacionais são aquelas causadas e/ou exacerbadas por exposição em ambiente de trabalho, sendo proeminentes as pneumoconioses, que têm ampla gama de agentes causais e manifestações. O caso relatado ilustra, entre outros fatos, a relevância dos antecedentes ocupacionais no diagnóstico de pneumopatias e possíveis dissociações entre Clínica e Radiologia. **RESUMO DO CASO:** Paciente de 47 anos, branco, masculino, trabalhador em indústria de calçados. Atendido pela primeira vez em novembro de 2002 queixando-se de esporádico prurido nasal quando em contato com produtos químicos de odor forte, sem qualquer outra queixa. Encaminhado por alterações radiológicas que motivaram biópsia pulmonar a céu aberto em outro serviço um mês antes. Ex-tabagista de 5 anos / maço; abandonou o hábito há 26 anos. Fez por algum período tratamento irregular para rinite alérgica com spray nasal e comprimidos via oral cujos nomes desconhecia. Relatou antecedente de gastrite dois anos e meio antes do atendimento. Criara pássaros até trinta anos antes da consulta. Trabalhou como pedreiro dos 16 aos 20 anos de idade, como metalúrgico dos 20 aos 42 anos de idade (tendo manuseado jato de areia por 2 desses anos). Operador de máquinas para manufatura de solas de sapatos dos 42 anos de idade até o momento da consulta. Ao exame físico apresentava baqueteamento digital, estertores finos em ambas as bases e frequência respiratória de 16 ipm, sem outros achados relevantes; FC: 84 bpm e PA: 150 x 80 mm Hg. Tomografia computadorizada de tórax (julho de 2002) revelava: velamento reticular e micronodular difuso por todo parênquima pulmonar, bilateralmente; áreas de consolidação em ambos os ápices, com broncogramas aéreos. Prova de função pulmonar (fevereiro / 03) revelou: VEF1: 1,81 L (79%); CVF: 2,19 L (80,2%); VEF1/CVF: 82,65; CPT: 4,32 L (103,6%); VR: 2,13 L (147,9%). Gasometria arterial (fevereiro / 03): pH: 7,47 / pO2: 80,5 / pCO2: 41,5 / HCO3: 30,4 / BE: +7,0 / Sat O2: 96,5%. Material de biópsia pulmonar a céu aberto (outubro / 02) avaliado pelo serviço de Patologia do HCFMRP – USP, com a seguinte conclusão: Processo fibrosante crônico do pulmão associado a doença ocupacional. O padrão de fibrose (reticulínico) sugere exposição leve à sílica associada a substâncias menos fibrogênicas (carvão e ferro), compatível com pneumoconiose de poeira mista, observada em soldadores e fundidores. **CONCLUSÃO:** O caso chama a atenção para uma dissociação entre achados radiológicos e clínicos, comum em outras pneumopatias, sendo que impõe-se a necessidade da biópsia pulmonar, que auxilia no diagnóstico diferencial e na identificação de possíveis exposições nocivas (por vezes, mais de uma) relacionadas ao trabalho.

Título: Silicose e Esclerodermia: Dispneia por Hipertensão Pulmonar.**Autores: Eloara Vieira Machado Ferreira, Thiago Fernandes Leomil, Fernando Sérgio Studart Leitão Filho, Vilmer Vieira da Silva, Jaqueline Sonoe Ota****Instituição: UNIFESP / EPM - Disciplina de Pneumologia**

Paciente masculino, 38 anos, há 5 anos início de dispneia progressiva, atualmente aos moderados/mínimos esforços (Mahler 6), associado à tosse seca diária e chiado noturno ocasional. Há 2 anos sintomas de refluxo gastroesofágico e aparecimento de telangiectasias em face, tronco e palmas e fenômeno de Raynaud. Nos últimos 2 meses emagrecimento de 9 kg. Antecedentes pessoais: ex-tabagista 20 anos/maço (parou há 2 anos), trabalhou em mineração por 5 meses na perfuração de rochas, com intensa exposição. Tratamento para tuberculose pulmonar em 1995 por 6 meses e 1996 por 8 meses, realizando após tratamento biópsia transbrônquica com o diagnóstico de silicose. Ao exame físico telangiectasias difusas, na ausculta cardíaca hiperfonose de 2º bulha com sopro sistólico ++/4 em foco tricúspide, na ausculta pulmonar estertores finos nas bases, sem outras alterações dignas de nota. Trazia radiograma de tórax com pequenos nódulos e opacidades em consolidação de distribuição difusa, tomografia de tórax com presença de infiltrado intersticial retículo-nodular difuso, nódulos e conglomerados, cavidades de paredes espessas em ambos os ápices, mais acentuado à esquerda e ecocardiograma com dilatação de câmaras direitas e hipertensão pulmonar (PAPs 53mmHg). Feito a hipótese diagnóstica de síndrome de Erasmus (silicose predispondo à esclerodermia com hipertensão pulmonar), solicitado provas reumatológicas (FAN 1:640 e antiRNP positivo), capilaroscopia compatível com padrão SD, espirometria com distúrbio ventilatório restritivo leve, PaO2 66mmHg, SatO2 94% e DCO 37%. Iniciado tratamento de suporte para hipertensão pulmonar com digital, diurético e anticoagulante oral, assim como corticóide inalatório e broncodilatador para a hiperreatividade brônquica com melhora parcial dos sintomas. **Discussão:** A silicose pode predispor a esclerodermia que por sua vez pode evoluir com hipertensão arterial pulmonar, sendo importante avaliar se o comprometimento parenquimatoso pela silicose poderia justificar a hipertensão pulmonar. Neste caso a restrição ventilatória observada é leve. É importante ressaltar que o uso indiscriminado de bloqueador de canal de cálcio pode ser deletério, sendo necessário o teste hemodinâmico de vaso-reatividade pulmonar para identificação dos "respondedores". Há indicação neste caso do tratamento com prostacilinas ou inibidor do receptor de endotelina-1.

Título: Pneumonite por Hipersensibilidade: Relato de Caso**Autores: Igor Bastos Polonio, Karine Simone, Mauro Gomes, Roberto Stirbulov****Instituição: Santa Casa de São Paulo**

Introdução: A pneumonite por hipersensibilidade (PH) é uma doença inflamatória pulmonar causada por uma infinidade de agentes ocupacionais e ambientais. Apresenta características clínicas e radiológicas comuns a várias doenças, o que torna seu diagnóstico muito mais dependente do índice de suspeita clínica correlacionado com documentação da exposição ao agente incitante. Este artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com este diagnóstico e revisar os principais conceitos sobre PH encontrados na literatura.

Relato do caso: A.S., 76 anos, casado, branco, natural e procedente de São Paulo, capital, aposentado, procurou o Ambulatório de Pneumologia com queixa de adinamia há um mês, associado à astenia, febre vespertina não mensurada, sudorese noturna, tosse seca e emagrecimento de 4 Kg no período. O paciente também relatou ser criador de pássaros em casa por longo período, exposto a grande número de animais. Radiografia de tórax com elevação de hem cúpula esquerda, além de incontáveis opacidades nodulares dispersas por todo o parênquima pulmonar bilateralmente, e grande opacidade irregular, de limites imprecisos, em campo pulmonar médio à esquerda com empastamento do hilo pulmonar esquerdo. Optou-se por biópsia pulmonar a céu aberto com diagnóstico anatomopatológico final de pneumonia de hipersensibilidade com áreas em organização.

Discussão: A pneumonite por hipersensibilidade, também conhecida por alveolite alérgica extrínseca, é uma doença crônica, com exacerbações agudas frequentes, causada por inalação de alérgenos que provocam inflamação linfocítica nas vias aéreas periféricas e no tecido intersticial circundante. Com a persistência da exposição, há organização do processo, levando à fibrose pulmonar irreversível. Existem centenas de fatores e agentes responsáveis, incluindo micróbios, proteínas animais e vegetais e agentes químicos orgânicos e inorgânicos. Quanto ao tratamento, deve-se afastar os fatores causais, podendo-se usar cursos de corticosteróides (prednisona 0,5 mg/Kg/dia) por duas a quatro semanas e nas fases subagudas e crônicas por períodos mais prolongados. O prognóstico depende da fase da doença, sendo bom nas fases iniciais e pior nas fases crônicas. Mesmo retirando-se o fator causal, na fase crônica da doença as anormalidades tendem a progredir.

Título: Silicose - Achado Tomográfico atípico : Espessamento Interlobular**Autores: Andréia Lima S. Gimenez, Roberto Rincón, Dany Jasinowodolinsky, Rimarcs Gomes Ferreira, Jaqueline Sonoe Ota, Carlos Alberto de Castro Pereira.****Instituição: Disciplina de Pneumologia – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina**

Relato de Caso: Paciente masculino, 33 anos, com exposição ocupacional a sílica (jateamento de areia), afastado há 01 ano. Iniciou em janeiro de 2002 quadro de dispneia progressiva associada a tosse seca. Raio x de tórax: Infiltrado reticular, predomínio em lobos inferiores associado a linfadenomegalias hilares. T.C. de tórax infiltrados reticulares septais associado a distorção parenquimatosa, micronódulos centro-lobulares, vidro fosco em áreas de fibrose, linfadenomegalias hilares e mediastinais. A baciloscopia B.A.A.R e P.P.D resultaram negativas. Realizado biópsia transbrônquica sendo evidenciado processo inflamatório crônico linfomononuclear com hiperplasia do epitélio alveolar, nódulo fibrótico delimitado por reação histiocitária e septos alveolares com discreto espessamento fibroso. Biópsia pulmonar cirúrgica: compatível com silicose.

Discussão: O achado tomográfico de espessamento interlobular na silicose é incomum, porém associado à presença de micronódulos e linfonodomegalias hilares e mediastinais deve ser considerado entre os diagnósticos diferenciais.

Título: Análise da Capacidade Respiratória em Mulheres no Primeiro Dia de Puerpério, Submetidas à Cesariana
Autores: Araruna, A. A. R.; Coelho, R. F.; Silva, J. C. L.; Pulz, C.
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina - Departamento de Pneumologia

O parto por meio de uma incisão na parede abdominal e uterina pode ser que mostra que este tipo de parto foi escolhido previamente por uma razão específica, ou num caso de emergência, onde a intervenção cirúrgica foi necessária por motivo de segurança.

Além de se tratar de uma cirurgia abdominal, temos que ressaltar a multiplicidade de influências, de ordem mecânica e fisiológica, que ocorrem sobre a função respiratória durante a gestação.

O objetivo do estudo foi avaliar as alterações de capacidades pulmonares e de força muscular respiratória presentes no primeiro dia de pós-parto em mulheres submetidas à cesariana, partindo do pretexto da multiplicidade de fatores que interferem na capacidade respiratória durante o período gestacional e o puerpério, especialmente em se tratando de mulheres submetidas a um tipo de cirurgia abdominal, como é a cesariana.

A função pulmonar foi testada em 30 mulheres saudáveis, não fumantes, e sem história de doença pulmonar, sendo 15 analisadas no primeiro dia de puerpério, submetidas à cesariana (grupo A), internadas na Santa Casa de Santo Amaro, em São Paulo. Nas outras 15 integrantes (grupo B), que não apresentavam história de parto ou cirurgia abdominal, os resultados obtidos foram tomados como controle. Ambos os grupos são homogêneos, não havendo diferença estatística no que diz respeito à idade ($p=0,293$), peso ($p=0,162$), altura ($p=0,111$) e índice de massa corpórea ($p=0,118$).

Foram colhidos o volume minuto, o volume corrente, a capacidade vital, e as forças musculares inspiratórias e expiratórias máximas (PI_{Max} e PE_{Max}) de todas as participantes de ambos os grupos. Constatou-se a redução estatisticamente significativa da capacidade vital nas participantes puérperas em relação ao grupo controle. As puérperas apresentaram média de capacidade vital de 2,38 litros ($\pm 0,17$) enquanto o grupo controle apresentou média de 3,63 ($\pm 0,14$), com $p < 0,001$.

Nos demais parâmetros avaliados, volume corrente, volume minuto e força muscular inspiratória e expiratória, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Título: Estudo da Influência da Orientação no Pré-Operatório sobre as Complicações Pulmonares em Cirurgias Abdominais Altas
Autores: Araruna, A. A. R.; Arima, K.c.; Nakano, L.y.; Rolim, D.s.; Carvalho, C.r.f.; Lunardi, A.c.
Instituição: Curso de Fisioterapia da Faculdade de Fisioterapia da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC/FMUSP

As cirurgias abdominais altas apresentam alta incidência de complicações pulmonares no período pós-operatório. Apesar de estudos mostrarem o importante papel da Fisioterapia na prevenção de complicações pulmonares no pós-operatório neste tipo de cirurgia, não existem estudos avaliando a importância da orientação e intervenção fisioterapêutica no período pré-operatório. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi mostrar a eficiência da orientação da fisioterapia respiratória antes no período pré-operatório na incidência de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes de baixo e alto risco submetidos a cirurgias abdominais altas, através do relato de dois casos selecionados com diferentes estratégias de abordagem fisioterapêutica. Os sujeitos foram submetidos à cirurgia abdominal alta, com incisão xifo-umbilical, com idades de 75 e 58 anos, ambos do sexo feminino, sem alterações neuromusculares e ortopédicas conhecidas. Foi realizada uma avaliação fisioterapêutica pré-operatória e uma no primeiro dia pós-operatório (1^oPO), verificando-se a presença de secreção, cirtometria torácica, medidas de saturação de oxigênio, frequência respiratória e cardíaca, e pressão arterial. O sujeito que recebeu orientações pré-operatórias quanto a importância da tosse, eliminação de secreção, exercícios respiratórios, utilização do inspirômetro de incentivo (Voldyne), deambulação precoce e importância da fisioterapia no pós-operatório, foi submetido a uma reavaliação no 10^oPO. O sujeito que não recebeu orientações se recusou a receber tratamento fisioterapêutico após a cirurgia e a realizar uma reavaliação no dia da sua alta (12^oPO). Além do maior período de internação hospitalar, no dia da alta o sujeito que não recebeu orientação deambulava ainda com auxílio, o que sugere que a falta de orientação pré-operatória pode ter influenciado negativamente na adesão do paciente no tratamento pós-operatório e sua evolução após a cirurgia. No sujeito que recebeu orientação, houve melhora significativa no volume corrente obtido no Voldyne, menor variação da saturação de oxigênio e frequência respiratória, além de menor perda de expansibilidade torácica. Isso pode ser explicado pelo melhor entendimento dos procedimentos e maior condicionamento da musculatura respiratória. Os demais parâmetros não tiveram diferenças significativas entre os sujeitos. Apesar dos dados indicarem os benefícios da orientação fisioterapêutica pré-operatória, tornam-se necessários estudos mais profundos, verificando parâmetros quantitativos e uma amostra significativa para embasar definitivamente a eficácia de tais orientações para posterior aderência e melhor prognóstico pós-operatório.

Título: Avaliação do Efeito da Cirurgia Abdominal na Força Muscular Respiratória em Adultos.
Autores: Araruna, A. A. R.; Arima, K.c., Nakano, L.y., Rolim, D. S., Carvalho, C. R. F., Lunardi, A.
Instituição: Curso de Fisioterapia da Faculdade de Fisioterapia da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Univers. de São Paulo, HC/FMUSP

Muitos estudos comprovam que os pacientes submetidos à anestesia geral e que sofrem incisões cirúrgicas, principalmente no tórax e abdômen superior, passam a ter alterações temporárias importantes na função respiratória, provavelmente, por um decréscimo na capacidade residual funcional pulmonar aliado a uma diminuição do volume corrente, o que pode levar a complicações respiratórias, em especial, no período pós-operatório. Estas complicações, possivelmente, resultam de fraqueza da musculatura respiratória. Diversos estudos mostram que a Pressão Inspiratória máxima (PI_{max}) e a Pressão Expiratória máxima (PE_{max}) sofrem um decréscimo após uma cirurgia abdominal, mas há divergências se estes valores retornam ou não aos valores iniciais. Este acompanhamento mostra-se muito importante como indicativo de futuras complicações pulmonares que podem ser evitadas, iniciando-se um programa fisioterapêutico de recuperação desta força muscular; além do que, essas medidas podem ser vistas como indicativas da eficiência e da adequação dos exercícios fisioterapêuticos utilizados. Este estudo tem por objetivo comparar a medida da PI_{max} e da PE_{max}, no período pré e pós-operatório de pacientes de baixo e alto risco submetidos à cirurgia abdominal alta com a finalidade de comprovarmos o decréscimo e verificarmos sua evolução no decorrer dos dias que seguem a cirurgia. Para isso, foi medida a PI_{max} e a PE_{max} um dia antes da cirurgia, e no 1^o, 3^o, 5^o, 7^o e 9^o dias após a extubação dos pacientes. Foram estudados três homens e uma mulher submetidos a esofagectomia, com idade entre 50 e 75 anos, com média de idade de 62,75 anos (dp 10,34). Neste estudo, os valores de PI_{max} retornaram aos valores obtidos no pré-operatório em 3 dos 4 sujeitos, no entanto metade dos valores de PE_{max} não retornaram aos seus valores iniciais, sendo que, em um deles, o valor obtido após nove dias da extubação corresponde à 50% do valor obtido no período pré-operatório; nos sujeitos restantes os valores da nona medida de PE_{max} ultrapassaram a medida inicial. Outro dado relevante é o valor obtido no pré-operatório da PE_{max} em todos os sujeitos estar abaixo do valor esperado, segundo estudo realizado por Black e Hyatt (1969) que definiu valores de normalidade de PI_{max} e PE_{max} relacionando com faixa etária e sexo. Todos os resultados foram condizentes com a maioria dos estudos realizados acerca do assunto, quando diz respeito ao decréscimo da PI_{max} após uma cirurgia abdominal alta, e seu retorno aos valores obtidos previamente à cirurgia após um período de nove dias. No entanto, referente aos resultados da PE_{max}, este estudo não foi conclusivo visto que metade da amostra não retornou aos valores iniciais enquanto que a outra metade ultrapassou os valores.

Título: Efeitos do Uso de Vmni X Oxigenoterapia Após a Extubação
Autores: Breda, Ana Paula; Chiavegato, Luciana; Rodrigues, Camila Campos.
Instituição: Hospital do Rim e Hipertensão - Órgão Suplementar Unifesp / Epm. Faculdade de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro - Unisa

INTRODUÇÃO: A ventilação mecânica invasiva (VMI) é um método de suporte durante uma enfermidade aguda, não constituindo em uma terapia curativa. São observadas nas primeiras 24 horas de transição da ventilação mecânica para a espontânea, alterações na mecânica ventilatória, troca gasosa e hemodinâmicas / metabólicas. A hipoxemia pós extubação pode desencadear uma série de riscos, como reintubação, aumento da morbidade e mortalidade. A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) previne reintubação na maioria dos pacientes vivenciando hipoxemia pós extubação, atelectasia progressiva e otimiza a capacidade residual funcional. A oxigenoterapia está indicada para corrigir hipoxemia e melhorar a oferta de oxigênio. Portanto, constatou-se a importância de um estudo comparativo dos efeitos do uso de VMNI x oxigenoterapia após a extubação.

MATERIAIS E MÉTODOS: Participaram do estudo 21 pacientes submetidos ao transplante renal onde fizeram uso de VMI, durante a cirurgia. Após extubados os pacientes eram randomizados em um dos dois grupos. Pacientes do Grupo A fizeram uso de VMNI através de CPAP com PEEP de 7,5 (gerando uma FIO₂ aproximada de 40%), durante 1 hora. Pacientes do Grupo B fizeram uso de oxigenoterapia com máscara de Venturi de FIO₂ 40%, durante 1 hora. Após esta primeira etapa, os dois grupos foram submetidos a oxigenoterapia através de máscara de Venturi 40%. Foram coletados: 2 Radiografias Torácicas (uma imediatamente antes da extubação e outra na manhã seguinte); 3 Gasimetrias Arteriais, 3 medidas de Frequência Cardíaca, 3 medidas de Frequência Respiratória, 3 medidas de Pressão Arterial (a primeira imediatamente antes da extubação, a segunda 1:30 hora após a extubação e a terceira e última na manhã seguinte).

RESULTADOS: No Grupo B, onde foi utilizado máscara de Venturi 40% após a extubação, houve significância estatística nas medidas de PaO₂ 1:30h e 24h após a extubação, porém no Grupo B – CPAP não encontrou-se significância estatística (teste de Friedman). A média da PaO₂ após 1:30h no Grupo CPAP foi de 116,18 mmHg e no grupo Venturi de 121,31 mmHg. Após 24h, a média do Grupo CPAP foi de 105,59 mmHg e no grupo Venturi foi de 118,99 mmHg. A relação entre PaO₂ em IOT e 24h após a extubação indicou que no Grupo CPAP houve uma diminuição de 14,8%, já no Grupo Venturi esta queda foi de 24,10%. Nos outros valores estudados não foi verificada significância estatística entre os resultados (teste de Friedman e teste de Mann-Whitney). Quanto ao padrão radiológico, houve significância estatística entre o anterior e o de 24h à extubação no Grupo Venturi, indicando uma piora quanto a hipotransparências e velamentos de seios e cúpulas frênicas, o que não foi observado no Grupo CPAP (teste de McNemar). **CONCLUSÃO:** O Grupo CPAP comportou-se de maneira mais homogênea em relação à PaO₂ e ao padrão radiológico que o Grupo Venturi, pois os alvéolos encontravam-se mais recitados, tornando o pulmão mais homogêneo e estável, impedindo que as complicações relacionadas ao pós-operatório de cirurgias abdominais se instalassem.

Título: Comparação entre dois Métodos de Recrutamento Alveolar para a Reversão de Atelectasia

Autores: Elaine Cristina Polleti Dias; Anderson José; Daniela Aparecida de Oliveira Silva; Carolina Nunes de Aguiar; Deyse Alves Botelhos; Paulo Antonio Chiavone
Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Serviço de Terapia Intensiva - Fisioterapia

Introdução: A realização da função primária de troca gasosa do pulmão requer um estreito contato entre gás e sangue através da extensa superfície alveolar. Devido à existência de forças locais e regionais não uniformes, certas unidades pulmonares estão naturalmente predispostas ao colapso, até mesmo num pulmão normal. Doença parenquimatosa ou de via aérea extensa acentuam fortemente esta tendência. Manobras de recrutamento alveolar periódicas, ou seja, a aplicação sustentada de pressão suficiente para se aproximar da capacidade pulmonar total (pressões transalveolares de 30 a 35 cmH₂O) podem ajudar na oposição à tendência ao colapso progressivo.

Objetivo: Verificar se há diferença entre o recrutamento alveolar no tratamento de atelectasia em 2 grupos de pacientes: pacientes conscientes submetidos ao recrutamento com pressão de suporte (PSV) e pacientes sedados submetidos ao recrutamento em pressão controlada (PCV).

Material e Método: Estudo prospectivo e controlado. Foram incluídos no estudo pacientes adultos, em ventilação mecânica, com evidência radiológica de atelectasia pulmonar. Foram excluídos do estudo pacientes com instabilidade hemodinâmica, enfisema subcutâneo, fistulas broncopleurais, hipertensão intracraniana e contra indicação de hipercapnia. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: no Grupo A, composto de paciente sedados e ventilados em pressão controlada, foi realizada a manobra de recrutamento alveolar com elevação da pressão inspiratória para 40 cmH₂O e PEEP para 30 cmH₂O durante 30 segundos, aplicados três vezes com intervalos de 1 minuto; no Grupo B, composto de pacientes conscientes e ventilados em pressão de suporte, foi realizada a manobra de recrutamento alveolar com elevação da pressão de suporte para 40 cmH₂O e PEEP para 30 cmH₂O durante 30 segundos, aplicados três vezes, com intervalo de 1 minuto. Foram realizadas radiografia de tórax antes e após a manobra de recrutamento alveolar.

Resultados: Foram estudados 15 pacientes, 06 pacientes no Grupo A e 9 pacientes no Grupo B. As imagens radiológicas de atelectasia apresentaram reversão após a aplicação da técnica nos dois grupos de forma similar. Não houve complicação associada à técnica nos dois grupos.

Conclusão: Os resultados mostram que não houve diferença entre as técnicas de recrutamento alveolar aplicadas e ambas foram eficientes para a reversão da atelectasia.

Título: Utilização da Insuflação Traqueal de Gás (Tgi) em Crianças Submetidas a Ventilação Mecânica

Autores: Ivaneide de Paula Barros Lemos; Marília Maniglia Resende; Aline Rodrigues Valesin; Angélica Pereira Bom; Daniela Leite Pestana
Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Serviço de Terapia Intensiva - Fisioterapia

Objetivo: Verificar a eficácia da insuflação traqueal de gás (TGI) na diminuição da hipercapnia em pediatria.

Material e Método: Estudo prospectivo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Foram incluídos no estudo crianças sob ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda, apresentando uma PaCO₂ acima de 45mmHg, com pico de pressão inspiratória maior que 25 cmH₂O e frequência respiratória maior que 2/3 da frequência fisiológica. A técnica consistiu na introdução de um catéter (Sonda Levine no. 4 ou 6 de acordo com o calibre da cânula de intubação) na cânula endotraqueal locado a 1cm da carina, conectado à um fluxo contínuo de 1,5 l/m de O₂ durante 60 minutos. Foram analisadas as gasométrias arteriais antes e 60 minutos após a aplicação do TGI.

Resultados: Foram estudadas 12 crianças, com idade média de 2,91 anos, sendo que 43% eram portadoras de doenças obstrutivas associadas à pneumonias, 25% portadores de pneumonias e o restante com diagnósticos variados. Em 67% dos pacientes foi instalado sonda no. 04 e 33% sonda no. 06. A aplicação do método resultou em uma diminuição da PaCO₂ em média de 4,36 mmHg ou 7%, sendo esta queda mais expressiva quando utilizada a sonda no.6, e um aumento da média da PaO₂ de 5,4 mmHg ou 6,3%.

Conclusão: os resultados sugerem que a técnica promoveu uma redução da hipercapnia acompanhada de uma melhora da oxigenação.

Título: Ventilação não Invasiva em Pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda Após Extubação

Autores: Anderson José; Elaine Cristina Polleti Dias; Luis Rogério de Carvalho Oliveira; Daniela Brandão Fuin; Leslie Gomes Leite; Grazielle de Souza Guerra; Deise do Carmo Barbosa; Paulo Antonio Chiavone
Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Serviço de Terapia Intensiva - Fisioterapia

Introdução: A utilização da ventilação não invasiva (VNI) como técnica para o desmame na fase pós extubação tem sido utilizada como método que pode reduzir a duração da ventilação mecânica invasiva. As primeiras evidências da aplicação da VNI no auxílio do desmame da ventilação mecânica são referentes ao seu uso em pacientes com extubação acidental ou insuficiência respiratória após a extubação.

Objetivos: Observar o índice de pacientes que evoluíram com Insuficiência Respiratória Aguda (IRPa) após extubação, necessitando de suporte ventilatório não-invasivo, avaliando sua efetividade quanto ao índice de sucesso e insucesso, conforme as taxas de re-intubação.

Material e Métodos: Estudo prospectivo realizado com pacientes internados no serviço de terapia intensiva, considerados aptos para o desmame da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Foi aplicada a VNI nos pacientes que apresentaram três ou mais sinais clínicos e gasométricos de IRPa após extubação, independente de sua etiologia. Para a realização da VNI foram utilizados ventiladores mecânicos microprocessados, na modalidade pressão de suporte (PSV), que foi ajustada para se obter um Vte>5 ml/Kg e PEEP e FIO₂ ajustados para uma SaO₂ > 90%. A VNI foi realizada de forma contínua até cessarem os sinais de IRPa apresentados anteriormente. Critérios de exclusão: instabilidade hemodinâmica, angina instável, IAM recente, trauma de face, glasgow>8, sangramento gastro-intestinal ativo, pneumotórax não tratado, pós-operatório do trato digestivo alto recente e extubação acidental. Considerou-se sucesso quando os eventos clínicos que levaram o paciente à utilização da VNI permaneceram ausentes por um período superior a 48 horas de ventilação espontânea após o uso da VNI, evitando assim a re-intubação e a instalação novamente da ventilação mecânica invasiva.

Resultados: Foram estudados 47 pacientes aptos para o desmame da VMI e que foram extubados. Observamos que 32%(15) pacientes evoluíram com sinais de IRPa após a extubação e foram submetidos a VNI, e 68%(32) pacientes não apresentaram sinais de IRPa após a extubação. O tempo de VNI utilizado foi em média 8 horas, a PSV utilizada em média foi de 12 cmH₂O, PEEP de 7cmH₂O e FIO₂ de 40%. Entre os pacientes que realizaram a VNI, 74%(11) cursaram com sucesso e alta do serviço e 26%(4) evoluíram com insucesso da VNI com posterior reintubação e retorno à ventilação mecânica invasiva, que, dentre estes, 13%(2) evoluíram para óbito.

Conclusão: Com este estudo, conclui-se que a VNI aplicada em pacientes com IRPa após a extubação, mostrou-se eficaz para evitar a reintubação na maioria dos pacientes.

Título: Efeitos da Aplicação do Bipap® Sobre as Variáveis Espirométricas no Pré E Pós-operatório de Revascularização do Miocárdio (Rm)

Autores: Vilela, C.D., Galetti, F.C., Guiguet, F.M., Negrini, F., Silva, A. B., Pires Di Lorenzo, V.A
Instituição: Centro Universitário de Araraquara-UNIARA

Objetivos: Verificar a influência do BiPAP® associado a Fisioterapia Respiratória Convencional (FRC) por meio das variáveis espirométricas no pré-operatório (PréO) até a pré-alta (PréA) de pacientes submetidos a RM. **Material e Métodos:** Foram estudados 15 pacientes com idade de 50 a 60 anos, submetidos à RM, compondo um grupo controle (GC) com 9 pacientes tratados por FRC (2x/dia) e outro Grupo Experimental (GE) com 6 pacientes tratados por FRC com aplicações de BiPAP® (2x/dia, durante 30 minutos, com IPAP de 12 e EPAP de 5 cmH₂O). Foi realizada a espirometria no PréO, 1º (1PO), 3º pós-operatório (3PO) e PréA, com um espirômetro Vitalograph, onde os valores de Pico de fluxo (PF), Capacidade Vital (CV), Capacidade Vital Forçada (CVF), Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1), Fluxo Expiratório Forçado (FEF25-75%) e VEF1/CVF foram mensurados (ATS, 1987). **Resultados:** Os valores de VEF1, FEF25-75%, CVF, CV e PF aumentaram significativamente (p<0,05) do 1º PO até a PréA no GC e GE. Os valores de FEF25-75% nos GE e GC retornaram aos valores basais do PréO. Somente para o GE, os valores de PF retornaram aos valores PréO. Quando comparado o ganho obtido entre os valores Pré-O e PréA nos grupos estudados, observou-se maior variação do GE em relação ao GC para os valores de FEF25-75%, PF e VEF1. **Conclusão:** Conclui-se que a aplicação do BiPAP proporcionou maior reversão dos fluxos pulmonares quando associado a FRC.

Título: Influência da Pressão de Suporte Ventilatória Sobre o Índice de Respiração Rápida Superficial

Autores: Ana Carolina Serigatto de Oliveira; Julio Flavio Fiore Junior; Emerson Pinho; Edison Benassule; Juliana Franceschini
Instituição: UNIFESP/EPM

INTRODUÇÃO: O índice de respiração rápida superficial (IRRS), frequência respiratória / volume corrente, tem o objetivo de prever sucesso no desmame e extubação de pacientes em ventilação mecânica. Estudos mostram este índice apresenta maior valor preditivo quando avaliado após a permanência do paciente em tubo-T por trinta minutos, no entanto, esta técnica pode ser pouco tolerada pelo paciente devido a imposição de uma carga de trabalho excessiva pelo tubo oro-traqueal. A utilização de Pressão de Suporte Ventilatório (PSV) mostra-se útil para diminuir o trabalho imposto pelo tubo.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo é verificar se a PSV, quando utilizada em níveis mínimos para compensar a resistência imposta pelo tubo orotraqueal, gera influência sobre os valores encontrados no IRRS.

METODOLOGIA: Foram avaliados 26 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardiovascular considerados aptos para extubação. Nestes pacientes foi avaliado: IRRS após trinta minutos de respiração espontânea em tubo-T e IRRS após trinta minutos de respiração espontânea em PSV (7 cmH₂O). Os pacientes foram randomizados de forma que a ordem das avaliações fosse aleatória.

RESULTADOS: Os valores de IRRS foram significativamente menores quando avaliados após respiração espontânea em PSV em comparação com a avaliação após respiração espontânea em tubo T (p<0,05)

CONCLUSÃO: O uso da PSV subestima os valores encontrados no IRRS. Sugerimos que novos valores de referência para o IRRS sejam descritos para que o índice seja avaliado na vigência de suporte pressórico.

Título: Pressões Respiratória Máximas e Capacidade Vital: Avaliação através de Bucal e Máscara Facial

Autores: Julio Flavio Fiore Junior; Denise de Moraes Paisani; Juliana Franceschini; Luciana Dias Chiavegato; Sonia Maria Faresin
Instituição: UNIFESP/EPM

INTRODUÇÃO: As pressões respiratórias máximas (PRM) e a capacidade vital (CV) são recursos frequentemente utilizados para avaliação da função respiratória. A mensuração destes parâmetros é geralmente realizada com uso de uma peça bucal rígida, acoplada entre os lábios do paciente. O escape de ar ao redor do bucal é um problema encontrado em alguns estudos, principalmente quando avaliados pacientes portadores de paralisia facial ou alterações dentárias que afetem a oclusão labial. Uma alternativa para a avaliação das PRM e CV nestes pacientes seria a utilização de máscara facial como interface entre o paciente e o aparelho de mensuração, reduzindo assim o risco de escape de ar.

OBJETIVO: Verificar se existe diferença entre os dados obtidos através da máscara facial em relação ao método de avaliação convencional realizado com bucal rígido.

METODOLOGIA: Participaram do nosso estudo 30 pacientes (16 homens e 14 mulheres) em período pré-operatório de cirurgia abdominal, internados na Enfermaria de Gastrocirurgia do Hospital São Paulo. As variáveis pressão inspiratória máxima (Plmáx), pressão expiratória máxima (PEmáx) e CV foram avaliadas através de um bucal rígido e uma máscara facial plástica de bordas infláveis siliconadas. A ordem de aplicação das avaliações foi randomizada. A análise estatística dos dados foi realizada através de teste t pareado.

RESULTADOS: A utilização de máscara facial não gerou influência significativa sobre a CV e Plmáx (p>0,05), porém mostrou reduzir significativamente o valor da PEmáx (p<0,01). O vazamento de ar ao redor da máscara foi o principal problema encontrado durante a avaliação da PEmáx.

CONCLUSÃO: A avaliação da Plmáx e CV pode ser realizada com uso de máscara facial sem que haja interferência nos resultados obtidos. Quando avaliada a PEmáx, o uso da máscara mostrou reduzir significativamente os valores encontrados, possivelmente devido ao escape de ar durante a mensuração.

Título: Efeitos da Intervenção Fisioterapêutica Respiratória em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva

Autores: Sogame, LCM; Wittmer, VL; Marchiori, RC; Simões, GMS; Vasquez, EC
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES/ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Espírito Santo.

Introdução: O paciente com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) crônica apresenta congestão pulmonar que ocasiona dispnéia e fadiga muscular. Existem pesquisas abordando a prática de exercícios no tratamento dos pacientes com ICC, entretanto não foram encontrados relatos sobre os efeitos da fisioterapia associados a espirometria e ao teste de caminhada dos 6 minutos (T6') nesses pacientes.

Objetivo: Verificar e quantificar a evolução da função pulmonar (capacidade vital forçada -CVF) e da distância percorrida no T6' de pacientes com ICC submetidos a 2 protocolos de tratamento fisioterapêutico (PTF).

Métodos: 23 pacientes hospitalizados com ICC classe funcional II e III e fração de ejeção < 45% foram randomizados de acordo com o PTF em grupo controle (GC) e tratado (GT). Protocolos: GC (n=11) 3 tipos de exercícios respiratórios (10 repetições cada); GT (n=12) exercícios respiratórios, caminhada de 100 metros e 30 min de depressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP - 8 cmH₂O). Os tratamentos foram realizados diariamente durante 9 dias. Todos os pacientes foram avaliados antes do PTF e no 4° e 9° dias de tratamento quanto a CVF (espirômetro -respiradyne II plus) e distância percorrida no T6'.

Resultados: Após o tratamento observou-se aumento significante dos valores obtidos da CV em 8% e 16% e da distância percorrida no T6' em 18% e 24% apenas no GT.

Distância percorrida no T6' em metros

	PRÉ	4° dia	9° dia
GT	344± 25	395± 21*	415± 22*
GC	402±26	413±31	400±30

* p<0.01

Valores da CV em %

	PRÉ	4° dia	9° dia
GT	66 ± 5	71 ± 5*	76 ± 5*
GC	59 ± 3	60 ± 3	61 ± 3

*p<0.01

Conclusão: O protocolo estabelecido para o grupo tratado mostrou-se mais eficaz na melhora da CVF e na distância percorrida no T6'. Com esses resultados podemos supor que a utilização do CPAP foi um dos fatores determinantes para o aumento da tolerância ao exercício físico, tendo em vista o aumento da reserva pulmonar.

Título: Função Pulmonar no Período Pré e Pós -Operatório de Transplante Renal

Autores: Luciana Dias Chiavegato; Mariana Teixeira da Silva; Maria Carolina de Rogatis Ferreira
Instituição: Hospital do Rim e Hipertensão - UNIFESP/EPM

Introdução: O transplante renal é hoje um tratamento bastante aceitável para pacientes que se encontram no estágio final de falência renal. A laparotomia utilizada para realizar o transplante está associada a significantes alterações na mecânica respiratória, na oxigenação, nos volumes e capacidades pulmonares e no comprometimento dos mecanismos de defesa pulmonares. A diminuição dos volumes e capacidades pulmonares varia em torno de 40 a 50 % em relação aos seus valores pré-operatórios.

Objetivo

Analisar as alterações da função pulmonar no período pré e pós-operatório em pacientes submetidos a transplante renal.

Materiais e Métodos

Estudo prospectivo com 58 pacientes submetidos a transplante renal onde estes foram avaliados quanto ao volume minuto (VM); volume corrente (VC); capacidade vital (CV) pressão inspiratória e expiratória máximas (PI e PEmáx); índice diafragmático (ID); frequência respiratória e cardíaca; saturação de oxigênio e dor. Estas variáveis foram mensuradas no pré-operatório, 1°, 3°, 5° e 7° dias de pós-operatório (PO).

Resultados

Nestes pacientes foram calculadas as médias dos períodos pré-operatório e 1°, 3°, 5° e 7° dias de pós-operatório. No 1° PO houve uma queda de 18% no VC, 17,2% no VM, 22% na CV, 23,7% na Plmáx, 41,9% na PEmáx, 21% no ID. (p<0,001). A frequência respiratória aumentou 8% e as demais variáveis não tiveram alterações significativas.

Discussão e Conclusão

Houve diminuição significativa dos volumes e capacidades pulmonares, assim como da força muscular respiratória principalmente no 1° PO, retornando aos valores de pré-operatório no 3° PO, o que não é observado em outras cirurgias. Estas alterações se devem a inibição reflexa do diafragma, local, tempo cirúrgico e dor. O retorno precoce desses valores (3° PO) provavelmente tenha ocorrido devido a fisioterapia respiratória e ao aprendizado da medida.

Título: Efeitos do Treinamento Físico e Treinamento Muscular Respiratório em Pacientes Asmáticos

Autores: Sampaio, L. M. M.; Silva, A. B.; Jamami, M.; Kunikoshita, L.N.; Pires Di Lorenzo, V. e Costa, D.
Instituição: Lab. de Espirometria e EMG, DFisio/UFSCar.

Objetivos: Avaliar os efeitos da associação do Treinamento Físico (TF) e Treinamento Muscular Respiratório (TMR) em indivíduos asmáticos.

Métodos e Resultados: Foram estudados 10 pacientes com diagnóstico de asma Moderada e Grave, com média de idade de 57,2± 8,1 anos, encaminhados à Unidade Especial de Fisioterapia Respiratória da UFSCar, na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. A avaliação inicial constou de anamnese, exame físico, Teste de Esforço e medidas da Força Muscular Respiratória (FMR) através do método Black e Hyatt (1969). Os indivíduos participaram de um programa de TF e TMR 3 vezes por semana durante 6 semanas consecutivas, com duração de 1 hora. O TF consistiu de caminhada de 30 minutos na esteira rolante e o TMR foi realizado no Threshold IMT com uma carga de 40% da P_{lmax} diária., durante 10 minutos. Após o treinamento todos foram reavaliados.

Resultados: Foram constatadas, através do Teste t Student (p< 0,05), reduções significativas na FC pico (de 143,2±11,28 para 126,5±7,1 bpm) e aumentos na FMR da P_{lmax} (de 72,0± 27,8 para 90,0±15,6 cmH₂O) e da P_{Emax} (de 57,5±19,6 para 72,5±10,3 cmH₂O).

Conclusão: Os resultados indicaram que o treinamento físico associado ao TMR proporcionou uma melhora cardiorrespiratória e da FMR desses pacientes asmáticos.

Apoio: CNPq

Este estudo foi realizado com a anuência dos pacientes de acordo com a resolução 196/96 do CNS.

Título: EScalas Motoras como Reflexo da Função Pulmonar em Pacientes com Distrofia de Duchenne.

Autores: Marisa Afonso Andrade Brunherotti, Elizabet Sobrani, Claudia Sobreira, João Terra Filho, José Antônio Baddini Martinez

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

O comprometimento respiratório é frequente em pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne(DMD).Diferentes escalas podem ser utilizadas para avaliar o grau de comprometimento motor desses doentes. O modo como tais escalas correlacionam-se com a função pulmonar ainda não está completamente estabelecido. Objetivo: Comparar o modo como duas escalas motoras (EK e Barthel) correlacionam-se com dados de função pulmonar em pacientes com DMD. Material e Métodos: Foram estudados 20 indivíduos com DMD (idade: 12,6+/-3,82 anos). Foram submetidos a questionário respiratório, espirometria, medidas de pressão inspiratória máxima (PIM) e expiratória máxima (PEM), prensão palmar e gasometria arterial. Resultados: Os valores de CPT, CVF e VEF1 foram respectivamente de 84,6% +/- 3,9%; 61,17 +/-23,6%; 60,68+/- 23,1%. Os valores da gasometria foram: pH: 7,45; PaO₂:90,76mmHg; PaCO₂:36,6mmHg. Os valores de PIM e PEM foram, respectivamente: 73,7+/-26,3% e 62,5+/-42,7%. Os escores para a escala EK e a escala de Barthel foram 8,5+/-7,59 e 51,5+/-25,34. Os escores das escalas motoras mostraram um alto grau de correlação (r:-0,926).Os escores de ambas as escalas correlacionaram-se significativamente com medidas de prensão palmar, PIM, PEM, CPT, CVF e VEF1. Conclusão: Ambas as escalas correlacionaram-se com dados de função pulmonar na DMD. Escalas motoras podem refletir a gravidade respiratória nesses pacientes.

Título: Desmame da Ventilação Mecânica em Pacientes Neurocirúrgicos - Correlação com Fatores de Risco

Autores: Vidotto, Milena; Sogame, Luciana; Jardim, José Roberto
Instituição: UNIFESP, São Paulo, Brasil; EMESCAN, Vitória, Brasil

A relação entre variáveis pré-operatórias (PRÉ) e evolução pós-operatória (PO) em pacientes cirúrgicos tem sido analisado em vários estudos, porém não existem pesquisas específicas em pacientes neurocirúrgicos. O objetivo deste trabalho foi verificar se fatores de risco (FR) clínicos e cirúrgicos influenciam no processo de desmame da ventilação mecânica (VM) e no desenvolvimento de complicação pulmonar pós-operatória (CPP) de pacientes neurocirúrgicos. Foram avaliados no período PRÉ, para detectar a presença de FR, 49 pacientes submetidos a craniotomia eletiva por tumor, aneurisma cerebral e malformação arteriovenosa. No PO os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo com a evolução do desmame da VM. Grupo A formado por 33 pacientes extubados no PO imediato e grupo B com 16 pacientes com tempo de extubação > 24 horas de VM. Dos 49 pacientes 38 obtiveram sucesso na extubação e 11 falharam. Realizando-se a análise multivariada observou-se que: os fumantes e ex-fumantes têm 6 vezes mais chances de falharem no desmame quando comparados aos não fumantes (p=0,056) e que os paciente do grupo B têm 35,7 mais chances de falharem no desmame do que os extubados no grupo A (p=0,003). Vinte e três (46 %) pacientes apresentaram CPP. A ocorrência de CPP associou-se à presença de: tabagismo (p=0,045), cirurgia por tumor (p=0,023), tempo de intubação orotraqueal (p=0,008) e tempo de cirurgia (p=0,032). Conclui-se que os pacientes que tiveram mais chances de falharem no desmame são os extubados com mais de 24 horas de VM e com história de tabagismo. Os fatores de risco para CPP foram: tabagismo, cirurgias de tumor e tempo de intubação orotraqueal e de cirurgia.

Título: Função Respiratória e Desmame da Ventilação Mecânica em Pacientes Neurocirúrgicos

Autores: Vidotto, Milena; Sogame, Luciana; Jardim, José Roberto
Instituição: UNIFESP, São Paulo, Brasil; EMESCAM, Vitória, Brasil

Índices preditivos de desmame são utilizados para prever o sucesso e a falha de extubação em pacientes sob suporte ventilatório, porém em pacientes neurocirúrgicos não se sabe a real influência destes índices em prever o sucesso na extubação. O objetivo deste trabalho foi verificar quais alterações respiratórias influenciam no sucesso ou falha no desmame de pacientes neurocirúrgicos. A função respiratória de 49 pacientes submetidos a craniotomia eletiva foi avaliada no pré-operatório e pós-operatório (pré-extubação) observando-se os valores de frequência respiratória (f), volume minuto (VE) e volume corrente (VC) e calculada a relação entre f e VC em litros (f/VC). Dos 49 pacientes verificou-se que 38 pacientes obtiveram sucesso na extubação e 11 falharam. O grupo dos pacientes que falharam no desmame tiveram aumento médio da f de 12,7 rpm (p=0,002), do VE de 3,28 l (p=0,069), da relação f/VC de 41,73 (p=0,002) e diminuição do VC de 126,9 ml (p=0,021) comparando-se os valores do pré-operatório com o do pós-operatório (PO). Já o grupo de pacientes que obtiveram sucesso no desmame tiveram aumento médio da f de 4,18 rpm (p=0,001), do VE de 0,479 ml (p=0,312), da f/VC de 17,34 (p=0,001) e diminuição do VC 86,37 ml (p=0,022). Comparando-se os resultados obtidos do grupo que falhou com o grupo que obteve sucesso verificou-se apenas aumento significativo da f (p=0,003) e da relação f/VC (p=0,022).Conclui-se que existe aumento dos valores da f e da relação f/VC e redução do VC no PO de pacientes submetidos a craniotomia. Nos pacientes que falham no desmame o aumento da f e da relação f/VC é maior que nos pacientes com sucesso.

Título: Comportamento das Variáveis Fisiológicas em Três Protocolos Submáximos Aplicados a Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Autores: Toledo, A., Pires Di Lorenzo, V. A., Silva, A.B.
Instituição: Laboratório de Fisioterapia Cardiopulmonar do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, São Paulo/SP

Objetivo: Avaliar o comportamento das variáveis fisiológicas em 3 protocolos de avaliação funcional distintos em pacientes com DPOC. Métodos: Estudou-se 7 indivíduos com diagnóstico clínico e espirométrico de DPOC, com grau de obstrução de moderado à grave, idade de 59,4±8,9 anos, estáveis. Realizou-se um teste máximo em esteira limitado por sintomas, com protocolo adaptado aos pacientes que iniciou-se com velocidade a 2,0Km/h e inclinação constante de 3% com incrementos de 0,5Km/h a cada 2 minutos, até a exaustão voluntária do paciente, por dispnéia, aumentos excessivos de PA ou da FC máxima prevista. O segundo, foi um teste submáximo em cicloergômetro, com carga de 25W e velocidade constante de 18Km/h, até que os pacientes atingissem a FC de estabilização. O terceiro, foi um teste de caminhada de seis minutos (TC6), e o paciente foi orientado a manter a maior velocidade possível. Mensurou-se a frequência cardíaca (FC), a saturação de oxigênio (SaO₂), a sensação de dispnéia. Analisou-se pelo método Friedman (Anova), p<0,05. Resultados: Para a SaO₂ constatou-se diferenças significativas entre o cicloergômetro com o TC6, e cicloergômetro com o teste em esteira, mas, entre a esteira e o TC6 não. Para a dispnéia observou-se diferenças entre a esteira e TC6, e entre o cicloergômetro e TC6, mas, entre a esteira e o cicloergômetro não. Conclusão: Protocolos de esteira e TC6 produzem maiores quedas da oxigenação que os de cicloergômetro, reproduzido por atividades habituais. Além disso, demonstraram neste estudo produzir maior sensação de dispnéia devido ao maior esforço atingido no teste.

**Título: Determinação de L-Carnitina Plasmática e Avaliação Nutricional por Meio da Impedância Bioelétrica em Pacientes Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)”.
Autores: Audrey. Borghi Silva, Luciana Maria Malosá Sampaio, Valéria Amorim Pires Di Lorenzo, Mauricio Jamami, Vilmar Baldissera; Leonardo Cardello; Aureluce Demonte, Dirceu Costa**

Instituição: Universidade Federal de São Carlos e Universidade Estadual Paulista-UNESP-Araraquara

Objetivos: avaliar os níveis de L-carnitina livre no plasma e a influência da desnutrição em pacientes com DPOC sobre a função pulmonar, a força muscular respiratória e a tolerância ao exercício.
 Material e Métodos: Quarenta pacientes com DPOC entre 66,2±9 anos, foram divididos em 2 grupos: G1=IMC<20 e G2=IMC>20. Foram mensurados os parâmetros espirométricos, a tolerância ao exercício no teste de caminhada, a força muscular respiratória, a composição corporal por meio da Impedância Bioelétrica e amostras de sangue para dosagens da L-carnitina livre no plasma.
 Resultados: Constatou-se por meio da análise de mann-witney diferenças significativas entre os grupos para as variáveis espirométricas, a força muscular respiratória e os níveis de L-carnitina, porém não houve diferenças na capacidade ao exercício. Observou-se correlações significativas, pela análise de Spearman, entre o percentual de gordura corpórea com os níveis de L-Carnitina plasmática.
 Conclusões: Pode-se concluir que a desnutrição pode estar associada a prejuízos sobre a função pulmonar, a força muscular respiratória e redução dos níveis de L-Carnitina plasmática nos pacientes com DPOC.
 Apoio: FAPESP

Título: Cirurgia de Remodelamento Pulmonar em Paciente com Doença Bolhosa e DPOC

Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Fernandes, F. L. A.; Beyruti, R.; Ribeiro, M.; Stelmach, R.; Cukier, A.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: Modalidades terapêuticas para pacientes com DPOC grave são escassas. Cirurgia de remodelamento pulmonar, ou seja, ressecção não anatômica de áreas bolhosas, é uma opção em pacientes selecionados, podendo levar a melhora clínica.

Caso Clínico: 64 anos, masculino, ex-tabagista 100 maços-ano. Há 8 anos relata dispnéia progressiva, inicialmente aos grandes esforços, agora em repouso. Espirometria: VEF1 0,87 L (34%); VEF1/CVF 0,31; CVF 2,79 L (78%) Dif 12%; CPT 6,42 L (116%) CRF 4,50 L (146%) VR 3,38 L (172%); SO₂ = 86% em ar ambiente. Tomografia de tórax: doença bolhosa difusa com áreas de enfisema centro-lobular e para-septal confluentes em grandes bolhas, áreas hipertensivas em lobo superior esquerdo, com desvio do mediastino contra-lateral.

Apesar da medicação e fisioterapia não houve melhora. Foi submetido à cirurgia de remodelamento pulmonar. A partir do segundo mês após o ato cirúrgico teve melhora gradual; com ganho de 100 m no teste de 6 minutos. Decorridos quatro meses o paciente apresenta melhora clínica e gasométrica; voltou a exercer suas atividades diárias e mantém saturação em ar ambiente de 89%

Discussão: O tratamento cirúrgico da DPOC compreende o transplante pulmonar, a cirurgia redutora, a bulectomia e a cirurgia de remodelamento. Esta última é uma opção diante de grandes áreas bolhosas com o restante do parênquima acometido por enfisema esparso. A mortalidade geral gira em torno de 1,5%; subindo nos pacientes com enfisema difuso e idosos. Complicações pós-operatórias chegam a 44%, fistulas bronco-pleurais e infecções são comuns. O seguimento prolongado mostra que o benefício clínico obtido dura de 5 anos; e o procedimento não retarda a progressão das áreas enfisematosas subjacentes. No entanto em pacientes selecionados a cirurgia de remodelamento deve fazer parte do arsenal terapêutico disponível, aliviando a dispnéia e melhorando a capacidade ao exercício.

Título: Atributos Associados à Mortalidade nos Pacientes em Uso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Autores: Dela Coleta, Karina; Nascimento, Wlmyr Duarte; Rodrigues II, Haroldo; Silva, Luzia A M; Godoy, Irma de
Instituição: Disciplina de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

O serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) da Faculdade de Medicina de Botucatu foi criado em 1996. Desde este ano até 2003, 172 pacientes foram avaliados e acompanhados no serviço e, destes, 45 morreram no período. O presente estudo tem por objetivo comparar as variáveis obtidas durante a primeira avaliação dos pacientes que foram a óbito com aquelas observadas naqueles que continuam em acompanhamento. A proporção de pacientes do sexo masculino nos dois grupos foi 56% e 58%, respectivamente no grupo em acompanhamento e no de óbito. Não foi observada diferença entre eles no que se refere aos parâmetros de função pulmonar (CVF e VEF1) e quanto ao índice de massa do corpo. Os pacientes que morreram eram mais velhos (65,2 ± 11,0 versus 61,3 ± 13,4 anos) e apresentavam hipoxemia mais pronunciada de acordo com os valores de PaO₂ (46,4 ± 8,5 versus 50,8 ± 11,1) e SpO₂ (78,8 ± 11,6 versus 82,7 ± 10,5). A doença pulmonar obstrutiva crônica foi o diagnóstico principal em 70% do grupo todo, 66% dos pacientes em acompanhamento e em 76% dos pacientes que foram a óbito. Os outros diagnósticos mais comuns foram Doença Pulmonar Intersticial, Bronquiectasia, Sequela pulmonar por Paracoccidiodomicose e Hipertensão Pulmonar. De acordo com os dados da literatura, a idade avançada e hipoxemia mais intensa foram mais comuns entre os pacientes que morreram durante o período de acompanhamento.

Título: Características e Aderência ao Tratamento De Pacientes Atendidos em Ambulatório de Tabagismo.

Autores: Dela Coleta, Karina; Andrade, Luiz Mauro; Parente, Luciana Cristina; Braga, Ludmila Candida; Nascimento, Wlamyr Duarte; Godoy, Irma de
Instituição: Disciplina de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

O atendimento a tabagistas no Centro de Saúde Escola teve início no ano de 2002. O objetivo deste trabalho é avaliar as características e a aderência ao tratamento dos pacientes atendidos durante o período de fevereiro de 2002 a julho de 2003. Foram avaliadas as fichas de 177 pacientes, com idade média de $49,6 \pm 12,2$ anos; a maioria do sexo feminino (64,4%). Setenta e seis pacientes (43%) realizaram avaliação inicial e não frequentaram as reuniões do grupo de apoio (Grupo 1); o restante participou de pelo menos uma reunião do grupo (Grupo 2). A proporção de mulheres (61,8% versus 66,3%) e a escolaridade (ensino fundamental: 47,4% versus 57,4%; ensino médio: 32,9% versus 23,8%; ensino superior: 11,8% versus 13,9%; analfabetos: 2,6% versus 1%) foram similares nos dois grupos. Com relação à presença de sintomas respiratórios as prevalências foram as seguintes para o grupo 1 e 2, respectivamente: tosse (52,6% versus 54,5%); expectoração (42,1% versus 45,5%); chiado (29,0% versus 48,5%); dispnéia (36,8% versus 37,6%). Os antecedentes pessoais positivos nos dois grupos foram os seguintes: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (5,3% versus 5,0%); Infarto Agudo do Miocárdio (2,6% versus 2,0%); Hipertensão Arterial Sistêmica (17,1% versus 23,8%); Arritmia Cardíaca (1,3% versus 5,0%); Insuficiência Arterial Periférica (5,3% versus 4,0%); Neoplasia (7,9% versus 11,9%). O tempo de tabagismo do Grupo 1 foi significativamente menor que do Grupo 2 ($p < 0,05$), mas não houve diferenças significativas em relação à idade e à carga tabágica. No Grupo 2, 34,7% tiveram apenas uma participação no grupo, 18,8% duas participações, 8,9% três, 5,0% quatro e 31,7% cinco ou mais retornos. Visto que, para completar o grupo é considerada necessária a presença em cinco ou mais retornos, pode-se afirmar que 31,7% dos pacientes completaram o programa. Em resumo, de todos os pacientes que procuraram o ambulatório, apenas 18% realizaram o tratamento completo.

Título: Transplante Pulmonar Após Cirurgia de Redução de Volume Pulmonar em Paciente com Deficiência de Alfa1-antitripsina.

Autores: Rodrigo Caetano Souza, Petrucio Abrantes Sarmiento, Fabio Marioni, João Aléssio Juliano Perfeito, Jaqueline Sonoe Ota, Vicente Forte

Instituição: Serviço de cirurgia Torácica Prof. Dr. Vicente Forte - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo / Unitto-Unidade Integrada de Tratamento de doenças Torácicas

Paciente feminina, 36 anos com dispnéia progressiva aos esforços há 6 anos. A investigação feito diagnóstico de enfisema pulmonar secundário à deficiência de alfa 1 antitripsina. Realizou reabilitação pulmonar e posteriormente foi submetida em outro serviço à cirurgia de redução de volume pulmonar a esquerda em julho de 2001 com melhora clínica acentuada porém após 8 meses encontrava-se novamente limitada a pequenos esforços, sendo submetida a redução de volume pulmonar a direita (setembro de 2002), porém desta vez sem melhora clínica, sendo indicado transplante pulmonar.

TC de tórax (julho 2002): sinais de enfisema homogêneo predominante nas bases.

PFP (agosto 2002): CPT 6,79L(128%) VR4,74L(274%) CVF 1,49(42%) VEF1 0,49L(16%) DCO 31%

Gasometria arterial: ph: 7,43 PaO2 75,4 mmHg PaCO2 34 mmHg SaO2 95%

Eccardiograma: sinais indiretos de hipertensão pulmonar.

Em 11/08/2003 foi submetida a transplante pulmonar bilateral sem necessidade de circulação extra-corpórea. Foi desintubada no 3 PO e recebeu alta da UTI no 10 PO. No 22 PO evoluiu com deiscência parcial da anastomose brônquica a direita sendo submetida a colocação de prótese endo-brônquica. No 25 PO evoluiu com necessidade de ventilação mecânica, optando-se pela tentativa de tamponamento da fistula bronco-pleural por videotoracoscopia, com aparente controle. Segue internada na UTI com melhora clínica, radiográfica e funcional.

Discussão: o transplante de pulmão é uma opção terapêutica no enfisema pulmonar, após esgotados os tratamentos clínicos e cirúrgicos. A deiscência da anastomose brônquica é uma complicação cirúrgica que pode ocorrer geralmente associada à rejeição aguda ou infecção.

Título: Diagnóstico da Síndrome da Apnéia do Sono (Sas) Na População DPOC: Diferenças na Mortalidade Após 6 Anos em 229 Pacientes do Ambulatório de Oxigenoterapia Domiciliar do HSPE-SP.

Autores: Machado, MCLO; Fazolo, GP; Souza, EP; Fontes, APA; Costa, ZCF, Pereira, CAC.

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Introdução: A SAS tem prevalência de 2 a 4% na população adulta e de 10% na população DPOC, com roncos característicos, hipersonnia diurna e doenças cardiovasculares. Material e método: De janeiro de 1996 a janeiro de 2003 foram estudados 229 pacientes com hipoxemia e cor pulmonale, sendo 206 portadores de DPOC: idade = 69,3 anos (65% homens) e 23 portadores de S. Overlap: idade = 65 anos (45% homens). Os parâmetros de função pulmonar, trocas gasosas e mortalidade estão anotados na tabela abaixo. Os portadores de DPOC foram arguidos na entrada do protocolo da OD quanto a presença de roncos, despertares frequentes noturnos e hiperssonnia diurna. Se a resposta fosse positiva, submetia-se o paciente ao estudo polissonográfico noturno. Vinte e nove pacientes o realizaram, confirmando-se S. Overlap em 23, os quais receberam CPAP nasal.

Resultado	DPOC	S Overlap	Valores de p
Mortalidade	57%	26%	*p < 0,004
V EF1 (% pred)	29,3	47,2	*p < 0,01
PaO 2 (mmHg)	51,7	60,8	*p < 0,01
PaCO 2 (mmHg)	43,9	42,4	NS

Conclusão: Encontramos mortalidade de 57% no grupo DPOC contra 26% na população Overlap (*p < 0,004) após 6 anos de seguimento. Analisando-se a PaO2, VEF1 e diagnóstico, apenas a PaO2 se correlacionou com a sobrevida, apontando maior mortalidade nos pacientes com hipoxemia mais grave (Cox *p < 0,006).

Título: Mortalidades Diferentes em Mulheres e Homens com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) do Ambulatório de Oxigenoterapia Domiciliar da UNIFESP Após 48 Meses De Seguimento.

Autores: Machado, MCLO; Zancanari, GV; Santarosa, MG; Oliveira, KT; Jardim, JR.

Instituição: Centro de Reabilitação Pulmonar da Disciplina de Pneumologia da UNIFESP/EPM/LESF.

Introdução: A prevalência da DPOC é maior em homens do que em mulheres, o que historicamente é decorrente do hábito de fumar maior na população masculina. Entretanto isso está se modificando pelo aumento do tabagismo em mulheres nas últimas décadas. Estudos sobre diferenças entre os sexos na DPOC tem evidenciado que as mulheres são mais susceptíveis a desenvolverem DPOC mais grave do que os homens, e que a taxa de mortalidade na mulher é maior, mas não há relatos sobre esse tema na população DPOC com hipoxemia crônica e usuária de OD. **Objetivo:** Analisar os parâmetros de idade, mortalidade função pulmonar, trocas gasosas e tabagismo progressivo (anos/maço) nos portadores de DPOC hipoxêmica e usuários de oxigenoterapia, protocolados no ambulatório de OD da UNIFESP, comparando o comportamento homens versus mulheres. **Material e método:** De janeiro de 1998 a janeiro de 2003 foram seguidos 100 portadores de DPOC grave do ambulatório de OD, com idade de 64,6 anos; VEF1 = 34,4% predito; índice de massa corpórea (IMC) = 25,5 Kg/m²; PaO2 = 52,2 mmHg, PaCO2 = 40,4 mmHg, 98% extabagistas com 67,2 anos/maço, 62 homens e 38 mulheres.

Resultados	homens	mulheres	valores de p
Sobrevida /meses	38,0	24,0	* p < 0,05
Idade (anos)	66,0	62,4	NS
V EF1 (% pred)	33,2	36,3	NS
PaO 2 (mmHg)	51,0	49,5	NS
PaCO 2 (mmHg)	46,0	50,3	NS

Conclusão: Na população DPOC hipoxêmica e usuária de OD, e que possui o mesmo tempo e grau de doença, as mulheres apresentam sobrevida mais curta.

Título: Pressão Inspiratória Máxima (PI Máx) e Capacidade Inspiratória (Ci) Antes e Após Formoterol na Avaliação da Resposta Broncodilatadora Aguda na DPOC Grave
Autores: Machado, MCLO; Fazolo, GP; Souza, EP; Fontes, APA; Costa, ZCF; Pereira, CAC.
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Introdução: Atualmente o que se leva em conta em um tratamento farmacológico para DPOC é a capacidade de se conseguir boa melhora dos volumes pulmonares após o uso de broncodilatadores. **Objetivo:** Investigar a resposta broncodilatadora aguda após o uso de formoterol inalado em 9 pacientes com DPOC grave, com objetivo de testar o formoterol como medicação de resgate na DPOC grave. **Material e métodos:** Os pacientes tinham idade de 65 anos; volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) 0,82 L; índice de massa corpórea (IMC) = 22 Kg/m²; PaO₂ = 58,9 mmHg, 90% homens, tabagismo progressivo presente em todos. Nenhum paciente usou broncodilatadores 12 horas antes do estudo. A espirometria basal foi realizada pela manhã e repetida 15 minutos após a inalação de 12 mg de formoterol.

Resultados	Antes	15' após	Valores de p
CVL (L)	2,21	2,84	p < 0,05
VEF1 (L)	0,82	1,02	p < 0,001
CI (L)	1,82	2,19	p < 0,05
PI MAX (cmH ₂ O)	47,3	62,0	p < 0,05

Conclusão: Nós encontramos diferenças estatisticamente significantes 15 minutos após formoterol em todos os parâmetros espirométricos, apontando o formoterol como excelente droga broncodilatadora de resgate em portadores de DPOC grave, e a Pimax como boa marcadora dessa melhora.

Título: Análise Crítica de Pacientes Asmáticos Atendidos em Unidades de Emergência da Cidade de São Luís
Autores: Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Abdon José Murad Junior, Livia Farias de Aragão, Ana Bárbara Silva dos Santos, Ramon Diego Lopes da Silva
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Introdução: A asma é uma doença cercada de mitos e preconceitos, a começar pelo próprio nome, que muitas das vezes é evitado por estar popularmente associado às formas mais graves. **Objetivo:** Estudar uma amostra de pacientes asmáticos atendidos em três unidades de emergência da cidade de São Luís-MA, com o objetivo de conhecer o que os mesmos sabem sobre a asma, seu controle e manejo. **Metodologia:** Estudo prospectivo com amostragem aleatória de 28 pacientes adultos asmáticos atendidos em três unidades de emergência da cidade de São Luís-MA. Os pacientes responderam a um questionário subjetivo, aplicado por um acadêmico de Medicina, que constou de dez questões sobre: nome utilizado para asma, diagnóstico, tempo de história, sintomas, gravidade, medicamento utilizado, controle e manejo de sua doença. **Resultados:** Dos 28 pacientes entrevistados: apenas 10 (35,7%) utilizam o termo asma, e 18 (64,3%) utilizam os termos cansaço ou bronquite; 24 (85,7%) revelaram ter sido feito o diagnóstico por médico; 17 (60,7%) apresentam tempo de história maior que 20 anos; 10 (35,7%) apresentam sintomas diários e 9 (32,1%) apresentam sintomas 2 ou mais vezes por semana; 19 (67,8%) frequentam a emergência pelo menos uma vez por semana; 14 (50%) já foram hospitalizados por asma e 2 (7,1%) necessitaram de UTI; 19 (67,8%) não tomam nenhum medicamento para asma; 14 (50%) não foram orientados como proceder em relação à asma; e apenas 4 (14,2%) conhecem e sabem usar a bombinha. **Conclusão:** Dos pacientes asmáticos estudados que frequentam unidades de emergência na cidade de São Luís, verificou-se que os mesmos só fazem tratamento em Pronto Socorro, não são orientados quanto à sua doença, desconhecem os medicamentos inalatórios para asma, continuam a utilizar vários termos como sinônimo para asma, apesar de possuírem mais de dez anos de tempo de história e do diagnóstico de asma ter sido feito por médicos.

Título: Análise Crítica do Atendimento Médico em Unidades de Emergência da Cidade de São Luís
Autores: Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Abdon José Murad Junior, Livia Farias de Aragão, Nárjara Caroline Araújo de Sousa, Érica Fabiana Queiroz Mariano.
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que afeta mais de 150 milhões de seres humanos em todo o mundo. **Objetivo:** Conhecer os procedimentos médicos utilizados para diagnóstico e tratamento da asma em três unidades de emergência da cidade de São Luís-MA, assim como suas orientações quanto ao controle e manejo da doença. **Metodologia:** Foram entrevistados 29 médicos de três unidades de emergência da cidade de São Luís-MA. Os médicos responderam a um questionário subjetivo, aplicado por um acadêmico de Medicina. O questionário constou de seis questões sobre: nome utilizado para asma, diagnóstico, conduta terapêutica e orientação quanto ao controle e manejo da doença. **Resultados:** Dos 29 médicos entrevistados: 27 (93,1%) utilizam o termo asma; 29 (100%) fazem o diagnóstico pela anamnese e exame físico; 24 (82,7%) utilizam como conduta terapêutica inalação com beta2 agonista, aminofilina e hidrocortisona EV; 25 (86,2%) não prescrevem tratamento de manutenção, não orientam para a prevenção de novas crises e somente encaminham para o especialista; 29 (100%) não utilizam o aparelho medidor de pico de fluxo expiratório; e 26 (89,6%) não prescrevem e não orientam quanto ao correto uso da bombinha. **Conclusão:** No nosso meio, os pacientes asmáticos são basicamente tratados durante as exacerbações em pronto socorro e depois são mandados para casa sem nenhuma orientação, assim como os médicos não utilizam o aparelho de pico de fluxo para ajudar no diagnóstico e tratamento.

Título: Estudo Comparativo de Programas Estruturado e não Estruturado de Educação em Asma: Brasil X Portugal.
Autores: Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Felicidade Dias, Márcio Mendes Pereira, Nárjara Caroline Araújo de Sousa, Érica Fabiana Queiroz Mariano, Ramiro Dávila, Ana Luisa Godoy Fernandes.
Instituição: Universidade Federal do Maranhão/ Universidade Federal de São Paulo e Hospital de Pulido Valente-Lisboa/Portugal.

Introdução: Programas educacionais em asma induzem melhora no controle dos sintomas, benefícios psicológicos e melhoram a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Comparar um programa educativo em asma estruturado no Brasil e um programa não-estruturado em Portugal quanto à qualidade de vida e ao grau de conhecimento sobre asma. **Metodologia:** Foram analisados 71 pacientes após seis meses de participação no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (São Luís-MA-Brasil) e 60 pacientes asmáticos acompanhados no ambulatório de Pneumologia e Imunologia do Hospital de Pulido Valente sem programa de educação. Utilizaram-se questionários de qualidade de vida e de conhecimento sobre asma. **Resultados:** No questionário de qualidade de vida, o resultado foi favorável ao programa brasileiro (Mann-Whitney, p < 0,001) nos blocos da limitação física, frequência e intensidade dos sintomas, adesão ao tratamento e qualidade de vida global. O conhecimento sobre asma foi melhor nos pacientes do programa brasileiro (p < 0,001). **Conclusão:** O programa de educação estruturado mostrou-se efetivo em relação: à adesão ao tratamento; à melhora dos sintomas relacionados às atividades físicas e preferidas do paciente; à frequência dos sintomas; e ao conhecimento sobre asma em relação aos pacientes destituídos desses programas.

Título: Alterações Eletrocardiográficas em Pacientes Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
Autores: Maria Vera Cruz de Oliveira, Ana Cláudia T. Nogueira, Andréia M. de D. de Almeida, Antonio Carlos Arighi Jr, Luciano Cavichio, Rafael L. P. Feichas, Tami
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual – FMO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(DPOC) é uma doença altamente prevalente no Brasil, acometendo cerca de 5% da população geral, mais notadamente os tabagistas onde atinge cerca de 15%. Apresenta elevada morbidade e mortalidade. Muitas alterações eletrocardiográficas têm sido relacionada a esta patologia.

Objetivo: Avaliar as alterações eletrocardiográficas em pacientes portadores de DPOC grau II(modrado) e III(grave).

Pacientes e métodos: Estudo retrospectivo através da análise de prontuários. Foram avaliados 548 prontuários de pacientes atendidos na pneumologia entre janeiro de 2000 e agosto de 2002. Foram excluídos os pacientes que não apresentavam eletrocardiograma(ECG) ou que apresentassem infarto do miocárdio prévio, valvulopatias e cardiopatias congênitas. Foram excluídos os pacientes DPOC grau I (geralmente sem alterações eletrocardiográficas) e IV (número reduzido de pacientes no ambulatório). Tivemos 175 pacientes que preencheram todos os critérios de inclusão. Foram avaliados os parâmetros : sexo, idade, raça, tabagismo, peso, altura, grau de DPOC, HAS e ECG.

Resultados : Dos 175 pacientes, 119(68%) eram do sexo masculino, 153(87%) fumantes, com média de 56,8 anos-maço. A média de idade dos pacientes foi de 69,5(9,3 anos, sendo 98 (56%) DPOC grau II e 77 (44%) grau III. Entre os pacientes 155 (88,5%) usavam medicamentos para DPOC e 77 (44%) eram hipertensos. O ECG era normal em 43 pacientes (24,5%). As alterações eletrocardiográficas mais frequentes foram : onda P apiculada tipo P Pulmonale (20,5%), alterações inespecíficas da repolarização ventricular (14,2%), BDAS (9,7%), STQ3 e complexos com baixa amplitude (8%), taquicardia sinusal e extrasístolia ventricular(6,8%), BCRD, S1S2S3 e eixo de QRS desviado para direita (6,2%), PR curto, eixo de QRS desviado para a esquerda, sobrecarga de átrio esquerdo, R/S<1 em V6 e/ou R/S >1 em V1 (5,7%), sobrecarga ventricular esquerda e fibrilhação/flutter atrial (5,1%), bradicardia sinusal (2,2%) e BCRE, BAV de 1º grau (1,7%).

Conclusão : Cerca de 75% dos pacientes com DPOC graus II e III apresentaram algum tipo de alteração eletrocardiográfica, sendo as ondas P Pulmonale as mais frequentes.

Título: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada: A Experiência do Ambulatório de DPOC da FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília, SP.
Autores: Queiroz RP, Gomes TLCS
Instituição: Faculdade de Medicina de Marília

Introdução. Os estudos clínicos MRC e NOTT demonstraram que o uso de oxigênio por tempo prolongado (ODP) aumenta a sobrevida, melhora os sintomas clínicos e a qualidade de vida dos pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Em Marília – SP, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) firmou convênio com a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) que, através do seu ambulatório de DPOC, avalia, prescreve e acompanha o tratamento de todos os pacientes que têm indicação de ODP, enquanto a SMHS fornece o concentrador ou cilindro de oxigênio e atendimento domiciliar multiprofissional. Este estudo tem como objetivo divulgar a experiência do Ambulatório de DPOC da FAMEMA. **Metodologia.** Avaliamos clínica e funcionalmente os oito pacientes incluídos neste estudo (quatro homens e quatro mulheres). Após consentimento, aplicamos o “Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória” (SGRQ), do Dr. Paul Jones, para avaliação da qualidade de vida antes do início da ODP e na ocasião da revisão. **Resultados.** Os escores do SGRQ revelaram entre os pacientes masculinos antes da ODP um percentual total de $56,45 \pm 20,00$ e após implantação da ODP $32,45 \pm 25,69$. Entre três dos quatro pacientes do gênero feminino, encontramos $66,73 \pm 13,47$ antes da ODP e $59,60 \pm 26,66$ após a ODP. Estes valores traduzem significativa melhora da qualidade de vida dos pacientes. **Conclusão.** A ODP resulta em significativa melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de DPOC e hipoxemia crônica. **Referências:** 1) Nocturnal Oxygen Therapy Trial: Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. *Ann Int Med* 1980; 93(3): 391-8 2) Medical Research Council Working Party: Long term therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1980; 1: 681-6 3) Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med* 1991; 85 Supl 1: 25-31

Título: Derrame Pleural por Paracoccidiodomicose
Autores: André Aranha, Jean Pierre Canudos, Daniel Chagas, Altamiro Nostre Jr.
Instituição: Faculdade de Medicina – UNIMES – Santos

O.O.G., 38 anos, negra, natural de Ubatam (interior da Bahia, região rural próximo à Itabúna) e procedente de Praia Grande, onde mora há 16anos,faxineira. Paciente com quadro de rouquidão há 2 anos, com períodos de melhora e piora variáveis. Há 1 ano, início de tosse com expectoração amarelada e episódios de hemoptóicos, febre diária no fim da tarde não aferida, sudorese noturna (molhava toda a cama - Sic), dor em região dorsal à direita.

Associado à emagrecimento de 20 kg em 4 meses, odinofagia e linfadenomegalia cervical no mesmo período. Procurou serviço médico, sendo diagnosticado empiema pleural à direita. Recebeu antibioticoterapia e drenagem torácica em selo d'água. Evoluiu com piora e fistula broncopleural de alto débito, sendo submetida à pleurostomia e biópsia pleural, que demonstrou infiltrado granulomatoso, composto por células eptelióides gigantes, halo linfoplasmocitário e necrose caseosa central e pesquisa de BAAR negativa. Na investigação do quadro de odinogagia e linfadenomegalia cervical, lesão úlcero granulomatosa em região supraglótica, envolvendo comissura posterior da laringe, que ao anátomo patológico mostrou mucosa laringea com reação inflamatória crônica granulomatosa, focos de ulceração e exudativos, presença de fungos sugestivos de paracoccidiodomicose. Pesquisa com prata revelou formas leveduriformes e gemulações múltiplas. Fragmento de pleura na revisão demonstrou os mesmos achados. Instituído tratamento com anfotericina B, melhora do estado geral da paciente, do quadro pleural e laringeo.

Título: Pneumonia Intersticial por Herpes Virus Simples - Relato de Caso
Autores: Araruna, A.AR; Pereira, C.AC.; Lima, S.; Freitas, I.G.; Ferreira, R.
Instituição: UNIFESP/EPM - Disciplina de Pneumologia

A infecção viral das vias aéreas é a causa mais comum humana de doença sintomática, podendo variar de simples apresentações como resfriados até uma severa pneumonia. A incidência vem aumentando na última década, em concomitante ao aumento da sensibilidade e especificidade no diagnóstico virológico. As três mais frequentes etiologias virais de pneumonia no adulto é a Influenza, o Virus Sincicial Respiratório e a Parainfluenza, sendo o Herpes Simples Virus (HSV) uma causa rara. Nestes os imunocomprometidos estão mais propensos à doença pelo HSV. O HSV-1 em imunocompetentes é usualmente limitado às vias aéreas superiores e têm manifestações como lesões labiais ou menos comumente doença faríngea. Nos imunocomprometidos a doença se apresenta de uma forma mais grave e pode progredir para o acometimento da traquéia (traqueobronquite membranosa) e vias aéreas inferiores (pneumonia localizada ou difusa). O HSV-2 tem área de atividade localizada na porção genital. No presente caso o paciente JPS, 55 anos, casado, natural do Piauí, procedente de SP há 30 anos, queixava-se de tosse com hemoptóicos de início súbito há 01 semana, evoluindo com dispnéia aos médios esforços, inapetência, e dor em membros inferiores, sem outras queixas. Fez uso de cefalexina por 5 dias, sem melhora. Antecedentes de tabagismo 8a/m, etilismo há 30 anos (1litro destilado/d), trabalhando em perfuração de poços e colhendo excrementos de morcegos há 30 anos atrás. A admissão apresentava quadro de insuficiência respiratória, hipotensão, sopro sistólico 4/6+ em foco mitral, edema e lesões hiperemáticas de bordas definidas em membros inferiores e manutenção de hemoptóicos. Ecocardiograma com dilatação leve dos átrios e ventrículos, insuficiência leve de mitral e tricúspide e acentuada de aorta. Radiografia do tórax com infiltrado parenquimatoso bilateral em “asa de borboleta” . TC tórax com derrame pleural pequeno à esquerda e moderado à direita, nódulo em traquéia a cerca de 10cm da carina, linfonodos pré-traqueal e subcarinal de dimensões normais, vidro fosco com tendência a consolidação em algumas regiões. Broncoscopia com achado de traqueobronquite difusa aguda leve. LBA negativo para BAAR, fungos e gram. Cultura qualitativa de LBA positiva para *Acinetobacter baumannii* (colhido no 12o. dia de internação). Sorologia negativa para histoplasmose e Pmicosose. Evolui com choque séptico e piora da insuficiência respiratória, obtinuando ao vigésimo quarto dia de internação hospitalar. Ao resultado do anatomopatológico constatou-se diagnóstico de pneumonia intersticial por Herpes virus simples.

Título: Carcinoma Muco-Epidermóide como Diagnóstico Diferencial de Pneumonias de Repetição
Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Alameddine, M.; Takagaki, T. Y.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Paciente feminina; 35 anos, com antecedente de cirrose hepática pré-sinusoidal por esquistossomose e hemorragia digestiva alta prévia apresentou há 6 meses 3 quadros de pneumonia bacteriana e hemoptícos. A radiografia de tórax evidenciava infiltrado alveolar retrocardíaco. A tomografia de tórax contrastada demonstrou atelectasia total de lobo inferior esquerdo e lesão endobrônquica a 2 cm da emergência de brônquio fonte esquerdo; com atelectasia a jusante de lobo inferior esquerdo. Tentada a ressecção broncoscópica do mesmo, sem sucesso. A biópsia demonstrou carcinoma muco-epidermóide. A paciente então foi submetida a um curso prolongado de antibiótico e apesar do risco cirúrgico potencial, submetida a lobectomia inferior esquerda; com sucesso. Até o momento a paciente encontra-se assintomática, sem evidência da recidiva da doença. Os carcinomas muco-epidermóides são tumores raros, originários do epitélio secretor brônquico e em geral ocorrem nos brônquios principais, causando freqüentemente sintomas obstrutivos. Quando o crescimento oclui a luz da via aérea podem ocorrer atelectasias e a partir daí pneumonias de repetição. A maioria dos casos é de tumores de baixo grau, curados completamente após ressecção cirúrgica ou broncoscópica. Tumores de alto grau chegam a atingir mortalidade de 100% em 28 meses. A investigação minuciosa de casos com pneumonias de repetição é fundamental portanto para a correta identificação e tratamento de casos como este.

Título: Nódulos Pulmonares em Paciente com Aids
Autores: Cardoso MS, Westphal FL, Ackel S, Menezes AQ, Lima Netto JC, Castanheiras A
Instituição: Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - AM

Introdução: Em pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) as manifestações pulmonares são as mais diversas, sendo a primeira descrita em 1980, quando isolaram o P. carinii, antes mesmo do diagnóstico da imunodeficiência. O achado de nódulos pulmonares neste pacientes ocorre em uma gama de patologia, mas tem como um dos principais diagnósticos o Sarcoma de Kaposi, mesmo sem lesão cutânea evidente. É importante um diagnóstico preciso da doença causadora da alteração pulmonar, sendo importante a investigação de outras patologias como a sarcoidose, tuberculoses, metástases pulmonares e doenças fúngicas.
Objetivo: Relatar caso de paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida que apresentava nódulos pulmonares atendida pelo serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.
Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos, apresentando dispnéia intensa a pequenos esforços, tosse seca, adinamia, hemoptise, astenia e febre, com diagnóstico de AIDS há 8 anos. Apresentando na radiografia infiltrado em todos os campos pulmonares, tomografia computadorizada de tórax mostrou múltiplos nódulos pulmonares bem delimitados. A paciente refere que apresentou há 5 anos aborto espontâneo e mola hidatiforme. Realizado biópsia pulmonar à céu aberto com retirada de fragmento de pulmão. O resultado do estudo histopatológico mostrou coriocarcinoma metastático. No Pós operatório imediato a paciente apresentou piora do quadro sendo necessária ventilação mecânica. Paciente foi a óbito no 7ºDPO.
Discussão: As lesões pulmonares em pacientes com diagnóstico de AIDS se mostram um desafio para o pneumologista pela grande variedade de doenças associadas, sendo que não podemos esquecer doenças não relacionadas a imunodepressão. Em pacientes com nódulos pulmonares múltiplos as metástases pulmonares nunca devem ser esquecidas e o rastreamento do tumor primário é importante para o prognóstico do paciente.

Título: Pneumonia Estafilocócica Simulando Tuberculose Pulmonar
Autores: Gustavo Trindade Michel, Cleber Antonio Fiorini, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Márcio Maldonado, Lauro Vinícius Schuarcz da Silva, Alessandro Zordan, Giuseppe Gracioli, Rodrigo Bortoli
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: Pneumonia estafilocócica adquirida na comunidade é rara, e geralmente apresenta um curso clínico fulminante, com características clínicas e radiológicas variadas simulando inúmeras doenças pulmonares.
Relato de Caso: 50 anos, feminina, diabética há 10 anos, insulino dependente. Em junho de 2003, apresentou lesões eritematosas em região sacral, associadas à tosse seca e dor ventilatório dependente em hemitórax direito. Fez uso de levofloxacino, por 14 dias, obtendo melhora parcial dos sintomas. Um mês após, foi hospitalizada, queixando-se de tosse, hemoptise, febre, dispnéia e dor pleurítica. Lesão em região sacral apresentava drenagem de secreção purulenta. Radiograma de tórax na internação evidenciou lesão escavada em ápice pulmonar direito, segmento posterior. Tc de tórax com lesão escavada em ápice pulmonar direito e lobo inferior do pulmão esquerdo. Broncoscopia observou-se brônquios hiperemiados. Bacterioscopia e cultura do lavado broncoalveolar e do escarro evidenciaram Staphylococcus aureus, assim como Swab da lesão sacral. Paciente recebeu terapia antimicrobiana, com oxacilina por 21 dias, apresentando boa evolução e remissão dos sintomas. **Discussão:** Pneumonia estafilocócica acomete tanto indivíduos idosos com comorbidades, como adulto-jovens previamente hígidos. Lesões radiológicas são variadas, e incluem a presença de cavitação, derrame pleural e consolidações que podem simular tuberculose, assim como micoses e outras pneumonias.

Título: Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus: Apresentação Fulminante – Relato de Caso.
Autores: Gustavo Trindade Michel, Rodrigo Bortoli, Claudius Wladimir Cornelius de Figueiredo, Adriano Rieger, Cristiano Tonello, Cleber, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Alessandro Zordan.
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: Hantavírose é uma doença febril aguda causada pelo Hantavirus. A apresentação clínica da doença varia desde leve com sintomas inespecíficos até síndromes graves como a síndrome cardiopulmonar pelo hantavirus (SCPH).
Relato de Caso: 37 anos, agricultor, previamente hígido. Há 3 dias com tosse seca, dispnéia intensa, cefaléia, mialgias, e febre. Apresentava-se desidratado, cianótico, febril, FR=36mvp/m, FC=92bpm, PA=120/80mmHg; ausculta pulmonar com estertores crepitantes pulmonares difusos. RX de tórax com opacidades lineares intersticiais e alveolares difusas. Exames laboratoriais: DHL=1667, TGO=159, TGP=85, Hb=17mg/dl, Ht=51%, plaquetas=49.000, leucócitos=7.800 com 15% de bastões, 5,1% linfócitos. EQU: pH=6, leucócitos 35 p/ campo e cilindros hialinos 4 p/ campo. Foi iniciado terapia antimicrobiana com ceftriaxone e claritromicina. Sorologia para hantavírus (Sin Nombre) positiva. Sorologias anti-HIV, para leptospirose e a pesquisa de antígeno urinário para Legionella pneumophila sorotipo 1 foram negativos. Após 8 horas da admissão evoluiu com insuficiência respiratória, sendo admitido ao CTI necessitando de ventilação mecânica. Apresentou grave hipotensão, com pouca resposta a vasopressores. Foi ao óbito após 6 horas. **Discussão:** A letalidade da SCPH pode alcançar 50% o que torna imperativo a obtenção de uma história clínica adequada, e a diferenciação com outras síndromes infecciosas agudas, para instituição de terapêutica apropriada.

Título: Tuberculose Anal: Relato de Caso
Autores: Gustavo Trindade Michel, Roseane Marchiori, Alessandra Bertolazzi, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Cristiano Tonello, Rodrigo Bortoli, Maurício Licks
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: A tuberculose anorretal corresponde a menos de 10% dos casos de tuberculose gastrointestinal. A apresentação clínica da tuberculose anal é variada incluindo sintomas como dor anal, tenesmo, cólicas intestinais, linfadenopatias inguinais e lesões como abscesso perianal agudo úlcera anal crônica e fistula anal.

Relato de caso: SS, feminina, 24 anos, branca, doméstica, tabagista 12 anos/maço, há 8 anos referindo aparecimento de lesão perianal, dolorosa e supurativa que melhorava parcialmente com uso de antibióticos. Há 4 meses, apresentando drenagem constante de sangue e pus pela fistula perianal, início de tosse improdutivo, dor torácica ventilatório dependente à direita e emagrecimento de 12 quilos. No exame físico foram encontrados três orifícios fistulosos com drenagem de secreção purulenta, um superior ao ânus e outros dois na região interglútea à direita. Ao radiograma de tórax apresentava infiltrado parenquimatoso com pequena área de cavitação no lobo superior direito e adenomegalias hilares e paratraqueais à direita. O exame do escarro induzido e raspado da lesão corados ao Ziehl-Nielsen evidenciaram a presença de BAAR, iniciado o tratamento com RHZ, obteve-se a resolução das lesões perianais após o primeiro mês de terapia.

CONCLUSÃO: A tuberculose pode se manifestar inicialmente por lesões anais e perianais, que uma vez não reconhecidas, retardam o diagnóstico definitivo.

Título: Síndrome de Munier Kuhn : Relato de Caso
Autores: Adib Faninazzo , Ester Zeituni , Sueli Ap. Alves
Instituição: CLIAR - Clínica do Aparelho Respiratório

OBJETIVO : Lembrar da hipótese de traqueobroncomegalia como um diagnóstico diferencial de tosse crônica e exibir seus exames diagnósticos, dando ênfase à broncoscopia virtual .

METODOLOGIA : Relatada a história de um paciente de 64 anos , do sexo masculino , com tosse seca há dois anos e alguns episódios de infecção respiratória . Na investigação , realizada tomografia computadorizada do tórax com recurso de terceira dimensão (broncoscopia virtual) que selou o diagnóstico de Síndrome de Munier Kuhn .

RESULTADOS : Tomografia computadorizado do tórax mostrando aumento dos diâmetros da traquéia e brônquios fontes e broncoscopia virtual salientando a redundância da mucosa nesses locais, confirmando o diagnóstico de traqueobroncomegalia .

CONCLUSÃO : A Síndrome de Munier Kuhn , apesar de infrequente , deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de tosse crônica , sendo a broncoscopia virtual de grande utilidade para sua confirmação.

Título: Criptococose Pulmonar em Paciente Imunocompetente Assintomático
Autores: José Wellington Alves dos Santos, Ariovaldo Leal Fagundes, Fábio Pires Santos, Giuseppe Gracioli, Cleber Antonio Fiorini, Gustavo Trindade Michel, Alessandro Zordan.
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS

Introdução: Criptococose pulmonar isolada é incomum em imunocompetentes e, nesta apresentação, freqüentemente é assintomática e constitui achado casual.

Relato de caso: feminina, 74 anos, não tabagista, do lar, procedente de Santa Maria. Em acompanhamento regular com cardiologista, em 1992, realizou radiograma de tórax que não demonstrou alterações. Em 2003, novo RX de tórax evidenciou lesão nodular de aproximadamente 2 cm no terço médio do pulmão direito. CT de tórax: três nodulações de contornos bem definidos no pulmão direito: duas de localização subpleural no terço médio; outra, de densidade cálcica no segmento medial do lobo médio. Com suspeita clínica de metástases pulmonares foram realizadas CT de abdome, endoscopia digestiva alta e colonoscopia, que não evidenciaram alterações. Biópsia a céu aberto demonstrou elementos leveduriformes capsulados unibrotantes compatíveis com *C. neoformans*. Exame do líquor não evidenciou envolvimento do SNC.

Comentários: Entre os achados radiológicos de criptococose pulmonar em imunocompetentes, aproximadamente 30 a 50% dos casos são encontrados sob a forma de nódulos pulmonares. Os nódulos comumente são subpleurais, solitários ou múltiplos e podem ser facilmente confundidos com neoplasia.

Título: Paracoccidioidomicose Pulmonar Crônica e Criptococose Disseminada em Paciente Não-HIV
Autores: José Wellington Alves dos Santos, Maurício Licks, Fábio Pires Santos, Cleber Antonio Fiorini, Cristiano Tonello, Gustavo Trindade Michel, Alessandro Zordan, Rubens Gabriel Feijó Andrade.
Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS

Introdução: A associação de micoses, principalmente Paracoccidioidomicose e Criptococose, constituiu achado raro em pacientes não-HIV.

Relato de caso: masculino, 72 anos, agricultor, tabagista 120 anos/maço. Há dois meses da internação iniciou com tosse seca, anorexia, emagrecimento, seguido de febre e sudorese noturna. Há uma semana da internação apresentou piora do estado geral , cefaléia e expectoração purulenta. RX de tórax: infiltrado intersticial reticulo-nodular difuso bilateral em 1/3 médios e opacidade em LID. Foi internado e iniciado tratamento com ampicilina e ciprofloxacina por 7 dias sem melhora clínica, sendo transferido para este hospital. CT de tórax: opacidades em vidro fosco em LS, focos de consolidação difusos, lesão cavitada subpleural com 1,6 cm em LSE. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória e foi transferido para CTI. Micológico de aspirado de tubo traqueal revelou elementos leveduriformes compatíveis com *P. brasiliensis* e *C. neoformans*. Exame do líquor evidenciou *C. neoformans*. Anticorpos anti-HIV não foram detectados. Foi a óbito no 24º dia de internação. Foi realizada necrópsia que confirmou presença de *P. brasiliensis* e *C. neoformans* no tecido pulmonar.

Comentários: A suspeita clínica de micose sistêmica, associada à uma correta coleta de espécimes e exames micológicos (direto e cultivo) permitem o diagnóstico preciso e por vezes rápido, além de surpreender ao evidenciar a associação de micoses.

Título: Paracoccidiodomicose em Paciente Leucêmico - Relato de Caso

Autores: José Wellington Alves dos Santos, Gustavo Trindade Michel, Cristiano Tonello, Alessandro Zordan, Cleber Antonio Fiorini, Alessandra Bertolazzi, Rodrigo Bortoli.

Instituição: Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS).

Introdução: A prevalência de micoses oportunistas (candidíase, aspergilose, hialohifomicose, etc) têm aumentado em pacientes imunodeprimidos. Entretanto a intercorrência de micoses sistêmicas (Paracoccidiodomicose, histoplasmoses) é menos frequente podendo desenvolver a doença pulmonar aguda e rapidamente fatal. **Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, agricultor, tabagista de longa data, com diagnóstico de Síndrome Mielodisplásica há 3 anos que evoluiu para leucemia mielocítica aguda, apresentou há 20 dias tosse com expectoração hialina, dor torácica ventilatório dependente e dispnéia aos médios esforços. Ao exame físico apresentava estertores crepitantes em bases pulmonares. Radiograma de tórax evidenciou extensa consolidação em terço médio e inferior do pulmão esquerdo e infiltrado basal à direita. Imunodifusão para fungos foi negativo. Material obtido através de punção pulmonar transcutânea corado ao Gomori-Grocott evidenciou Paracoccidiodomicose brasiliensis. **Discussão:** Raramente observa-se Paracoccidiodomicose (PCM) em pacientes imunodeprimidos. Em áreas endêmicas a associação de PCM e câncer é inferior a 2% e nestes casos não há interferência na clínica e morfologia do fungo, no entanto ocorrem alterações na resposta tecidual do hospedeiro e reativação de lesões quiescentes ou latentes da PCM.

Título: Pneumonia Adquirida na Comunidade Causada por Staphylococcus Aureus Meticilina-resistente

Autores: José Wellington Alves dos Santos, Cleber Antonio Fiorini, Gustavo Trindade Michel, Cristiano Tonello, Rodrigo Bortoli, Maurício Licks, Ariovaldo Leal Fagundes, Fábio Pires Santos.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: Pneumonia adquirida na comunidade causada por Staphylococcus aureus meticilina-resistente (MRSA) é rara. Entretanto, a incidência tem aumentado na última década, revelando a importância de estabelecer medidas de controle de infecções e o uso apropriado de antibióticos. Fatores de risco para tal infecção, incluem o uso prévio de antibióticos, hospitalização prévia, a presença de comorbidades, uso de drogas endovenosas, e residência em asilos. **Relato de caso:** Paciente 64 anos, masculino, branco, residente em asilo, DPOC há 8 anos. Em agosto de 2002, foi atendido no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria, queixando-se de febre, tosse produtiva, hemoptise e dispnéia. Exame físico: PA 90/60 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 30 rpm. Radiograma de tórax evidenciou consolidação em lobo inferior direito. Bacterioscopia de escarro evidenciou cocos gram-positivo aos cachos. Hospitalização foi providenciada, e tratamento foi instituído com B-lactâmico+ oxacilina. No segundo dia de internação, paciente evoluiu com insuficiência respiratória, sendo transferido para UTI. Hemocultura revelou crescimento de Staphylococcus aureus, e antibiograma demonstrou resistência a oxacilina. Esta foi substituída por Vancomicina, e o paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após 28 dias de tratamento. **Discussão:** MRSA na comunidade embora raro, é um problema emergente, e tratamento antiestafilocócico deve ser instituído observando os fatores de risco para tal resistência.

Título: Síndrome Cardiopulmonar Pelo Hantavírus – Relato de Caso.

Autores: José Wellington Alves dos Santos, Rodrigo Bortoli, Claudius Wladimir Cornelius de Figueiredo, Adriano Rieger, Aland Waldow, Cléber Antonio Fiorini, Roseane Marchiori, Aline Mathias..

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS

Introdução: As hantaviruses são infecções zoonóticas distribuídas em todo o mundo. A síndrome cardiopulmonar pelo hantavírus (SCPH), reconhecida desde 1993, tem sido descrita em vários estados do Brasil. **Relato de Caso:** M.A., 22 anos, masculino, agricultor, não tabagista e previamente hígido. Há 5 dias iniciou com tosse seca, dispnéia progressiva, tonturas, febre com calafrios, mialgia e astenia. Apresentava-se em mau estado geral, cianótico, taquipnéico, FR=38mvp, taquicárdico (FC=122bpm), PA=130/90mmHg; ausculta pulmonar com estertores crepitantes difusos bilaterais e murmúrio vesicular abolido em base pulmonar esquerda. RX de tórax com infiltrados intersticiais difusos bilaterais, derrame pleural (DP) à esquerda e velamento do seio costofrênico direito. Exames laboratoriais: 37.000 plaquetas, Hb=15,7mg/dl, Ht=51,4%, 4.700 leucócitos (19% bastões, 60% segmentados), 15% de linfócitos. Evoluiu com insuficiência respiratória sendo admitido ao CTI, necessitando de ventilação mecânica (VM). Foi utilizado tratamento antimicrobiano com penicilina cristalina, ceftriaxone e eritromicina associado a corticosteróides. Sorologia Anti-HIV, sorologia para leptospirose e pesquisa de antígeno urinário para Legionella pneumophila sorotipo 1 foram negativos. Sorologia para Hantavírus (Sin Nombre) foi positiva. RX de tórax evoluiu com consolidações em ambas as bases e aumento do DP à esquerda. Toracocentese revelou líquido pleural citrino, transudato com glicose normal. Permaneceu em VM por 11 dias e teve alta após 30 dias de internação.

Discussão: A SCPH geralmente acomete indivíduos previamente hígidos provenientes do meio rural, se apresentando com sintomas influenza-símile e com rápida evolução para insuficiência respiratória.

Título: Abscesso Pulmonar com Invasão de Parede Torácica - Relato de Caso

Autores: Mauro Gomes; Cristiano Torres da Silva; Leandro Antonio de Castilho; Jorge Ethel Filho

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP - Clínica de Pneumologia

RELATO DO CASO: Paciente de 65 anos, sexo masculino, encaminhado à Pneumologia com quadro de dor torácica à direita há cinco meses, acompanhada de dispnéia, tosse com expectoração amarelada e emagrecimento de 10 Kg no período, sem febre. Etilista e tabagista de 40 anos-maço. Exame físico: regular estado geral, caquético, descorado, dispneico e hálito de odor fétido. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído e crepitação extensa em hemitórax direito. Apresentava duas amostras de escarro com pesquisa de BAAR negativas e radiografias de tórax com opacidade homogênea com 10 centímetros de diâmetro em campo médio de pulmão direito com erosão de arcos costais adjacentes, que evoluiu com nível hidroaéreo e infiltrado pulmonar extenso em 2 meses. Exames admissionais: leucocitose com desvio à esquerda e radiografia de tórax com nível hidroaéreo e piora radiológica. Realizada hipótese diagnóstica de abscesso pulmonar, associado ou não a neoplasia. Iniciado tratamento com ceftriaxone e clindamicina. Evoluiu em choque séptico e insuficiência respiratória 24 horas após internação e óbito após 72 horas. A autópsia revelou hepatização maciça de ambos os pulmões, que pesaram 3,5 Kg, com secreção espessa amarelada e fétida nos espaços alveolares e cavitação em lobo superior de pulmão direito, correspondendo ao abscesso. Na parede torácica, corrosão de arcos costais com destruição de partes moles. Sem evidências de neoplasia. **DIAGNÓSTICO:** abscesso pulmonar com lesão de parede torácica. **CONCLUSÃO:** relatamos interessante caso de óbito por abscesso pulmonar de cinco meses de evolução, cuja imagem radiológica inicial era sugestiva de processo neoplásico, o que não foi confirmado pela necropsia.

Título: Empiema Pleural Por Corpo Estranho Abdominal
Autores: Alameddine M., Afonso-Jr JE., Fernandes FLA., Suesada MM., Takagaki TY.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RELATO DO CASO: Paciente de 36 anos foi admitida no setor de emergências com dor pleurítica intensa há dois dias. A paciente relatava dispnéia progressiva há aproximadamente 5 meses, no entanto, apresentou dispnéia a pequenos esforços e dor pleurítica nos últimos dois dias, com febre de até 39°C. De antecedentes, a paciente tinha sido submetida a uma rafia hepática pós-traumática aos 15 anos de idade e a miomectomia aos 34 anos. Ao exame físico inicial, encontrava-se dispnéica aos mínimos esforços, com 95% de saturação de oxigênio em ar ambiente, com diminuição dos murmúrios vesiculares à direita, abolidos em 2/3 inferiores. A radiografia de tórax de entrada mostrava opacidade total de hemitórax direito com desvio de mediastino para esquerda. A tomografia computadorizada de tórax, antes da drenagem, mostrou derrame pleural extenso e uma imagem cística na metade inferior do tórax, de paredes irregulares, contendo líquido em seu interior de mesma atenuação que o líquido da cavidade pleural. Após a drenagem, a imagem cística se manteve à tomografia, tendo contiguidade com o fígado, e não era possível identificar a cúpula diafragmática direita. O líquido pleural era de aspecto achocolatado e sua análise bioquímica era de empiema. A pesquisa de bactérias e fungos, assim como a cultura do líquido, foram negativas. Foi realizada a hipótese de corpo estranho ou de abscesso hepático. No intraoperatório, foi encontrada uma compressa na região subfrênica direita. O abdome foi drenado com dreno de Waterman. O dreno de tórax foi retirado no segundo dia pós operatório. Paciente evoluiu sempre eupnéica e afebril, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: Cerca de 80% dos abscessos subfrênicos seguem-se a processos cirúrgicos intra-abdominais e muitos deles são acompanhados de derrame pleural. Há três possibilidades para isso ocorrer: microcanalículos que comunicam espaços pleural e peritonal, espaços perivasculares de vasos transfixantes do diafragma e fistulas. Neste caso, não foi visualizada fistula no intraoperatório, o que corrobora as hipóteses de microcomunicações pleuro-peritonias.

Título: Aspergilose Pulmonar Angioinvasiva Após Quimioterapia para Linfoma não Hodgkin
Autores: Pedro Medeiros Jr, Marissol C. Girom, Marcel G. Cliquet, Vera Luiza Capellozzi, Ronaldo A. Kairalla, Carlos RR Carvalho
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP

Relato de Caso: Paciente de 74 anos com diagnóstico de linfoma não Hodgkin em janeiro de 2003. Em fevereiro do presente ano iniciou tratamento quimioterápico (QT) com esquema Chop (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona). Após o terceiro ciclo de QT passou a apresentar febre, tosse produtiva e dispnéia. A radiografia de tórax mostrava opacidades nodulares bilaterais em região axial peribrônquica. A tomografia de tórax revelou imagens alveolares em região peribrônquica e discretas linfonomegalias mediastinais. Foi optado por realização de biópsia pulmonar a céu aberto em outro serviço e introdução de esquema amplo para piogênicos e fungos (vancomicina, imipenem e anfotericina B) empírico. Após 2 dias de tratamento a paciente encontrava-se afebril e com redução da secreção pulmonar e da dispnéia. O resultado inicial da anatomopatologia mostrou apenas infiltrado neutrofílico em região peribrônquica, com áreas de embolização séptica. A paciente foi mantida com esquema empírico até a reavaliação da biópsia em nosso serviço quando evidenciou-se infiltração pulmonar por aspergilus sp com características angioinvasivas. Foi completado tratamento com 1,5g de anfotericina B e iniciado itraconazol. A paciente evoluiu com redução das massas pulmonares e boa resposta clínica. A ocorrência de infecções fúngicas pulmonares pode acontecer em até 70% dos pacientes hematológicos em tratamento quimioterápico e até 90% daqueles submetidos a transplante de medula óssea. O diagnóstico geralmente se faz através da análise de tecido pulmonar e da cultura dos mesmos. O uso isolado de imidazólicos parece não ser efetivo, mas sua associação após uso prévio de anfotericina pode resultar em resolução de até 60% dos casos.

Título: Tendência das Causas Múltiplas de Morte Relacionadas a Tuberculose, Estado de São Paulo, 1997 A 2002
Autores: Augusto Hasiak Santo (1), Celso Escobar Pinheiro (2)
Instituição: 1) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e 2) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde

Objetivos: Estudar a tendência das causas múltiplas de morte relacionadas à tuberculose (TB), determinando a frequência relativa das suas causas associadas e descrevendo as causas básicas nas mortes em que TB se apresentou como causa associada, no Estado de São Paulo de 1997 a 2002. Metodologia: Os dados sobre óbitos e estimativas de população foram obtidos na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Foram estudadas as formas clínicas da TB incluídas no agrupamento A15-A19 e suas seqüelas na categoria B90 da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão. As causas associadas de morte foram processadas pelo programa Tabulador de Causas Múltiplas de Morte. Teste do qui-quadrado para diferenças entre percentagens de causas associadas e análise de variância para diferenças entre médias foram usados por meio do Epi Info, versão 6. Resultados: No período de 1997 a 2002 foram observados coeficientes de mortalidade por TB de 4,9, 4,7, 4,8, 4,4, 3,8 e 3,4 por 100.000 habitantes, concernentes a 1.711, 1.644, 1.730, 1.636, 1.436 e 1.296 óbitos respectivamente. A frequência relativa das principais causas associadas de morte variou pouco para a insuficiência respiratória e desnutrição/caquexia, respectivamente em torno de 48% e 19%, entretanto ocorrendo significativo aumento ($p < 0,001$) entre 1997 e 2002 das pneumonias de 14,6% para 22,8% e septicemias de 6,2% para 12,9%. No período, a TB foi mencionada também como causa associada em outras 1.546, 1.388, 1.188, 1.163, 985 e 1.060 mortes. Os coeficientes de mortalidade incluindo a TB como causa básica ou associada foram de 9,4, 8,6, 8,2, 7,6, 6,5 e 6,2 por 100.000 habitantes, respectivamente de 1997 a 2002. As mortes em que a TB foi mencionada como causa associada tiveram como principal causa básica a Aids, seguida das neoplasias e doenças do aparelho circulatório e neoplasias com valores em torno de 65%, 9% e 8%. O número médio de causas mencionadas por declaração de óbito aumentou significativamente no período, de $2,8 \pm 1,1$ a $3,2 \pm 1,3$ ($p < 0,001$). Conclusões: Verificou-se um decréscimo da mortalidade que foi maior quando a TB se apresentou como causa associada de morte. Esse decréscimo pode estar relacionado ao decréscimo da mortalidade por Aids, considerando que no período de 1997 a 2002 a TB esteve associada em cerca de 18,7% dessas mortes.

Título: Tuberculose Peritoneal e Gravidez – Relato de Um Caso
Autores: Ruivo Junior, B. ; Lopes, S. ; Lacerda, A.M.C.C.A, Ruivo, G.F
Instituição: Ambulatório de Tisiologia do Centro de Saúde I, Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba e Serviço de Clínica Médica da Universidade de Taubaté-SP.

M.C.R., 22 anos, refere que desde o 7º mês de gestação (2G 1P 0A) iniciou quadro de febre diária, dor em abdômen inferior, sudorese, emagrecimento de 20 kg e anemia, não sendo diagnosticado o foco infeccioso. No momento do parto, que evoluiu para cesárea, após a abertura da cavidade peritoneal houve saída de material de coloração amarelada. Após a retirada do conceito, optou-se pela ampliação da cicatriz cirúrgica para estudo da cavidade. Observado processo inflamatório difuso peritoneal, sem lesões nos órgãos internos, colheu-se biópsias do epíplon para análise e fechou-se a cavidade. O estudo anátomo-patológico revelou múltiplos granulomas caracterizados por necrose caseosa central circundada por células epitelióides, linfócitos e células gigantes multinucleadas do tipo Langerhans, compatível com Tuberculose Peritoneal. Iniciado o tratamento com as drogas do Esquema 1 para Tuberculose (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), porém a paciente desenvolveu hepatite medicamentosa e quadro urticariforme que foram atribuídos à Isoniazida, que foi substituída pelo Etambutol, evoluindo para a cura. Nos 2 anos de seguimento após a cura teve 2 internações por sub-oclusão intestinal, atribuída a aderências. A Tuberculose Peritoneal é uma forma rara, ocorrendo, em grandes séries da literatura, em cerca de 0,5% dos casos de tuberculose. Geralmente seu diagnóstico é tardio pela pouca familiaridade com o problema, que foi acentuado, no caso atual, pela associação com a gravidez.

Título: Tuberculoma Cerebelar como Manifestação Inicial de Tuberculose Miliar

Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Nunes, F. S.; Bombarda, S.; Seiscento, M.

Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Paciente do sexo feminino, 30 anos, previamente hígida apresentou há 6 meses quadro de cefaléia de intensidade progressiva. Deu entrada no pronto socorro com náuseas, vômitos e distúrbios de marcha (ebriosa), afebril, sem tosse, dispnéia ou sintomas constitucionais. Apresentava, à TC de crânio, lesão isoatenuante em cerebelo à esquerda com realce anelar delgado e hidrocefalia. Por haver deterioração progressiva do quadro neurológico, no momento ainda sem diagnóstico etiológico, foi realizada a ressecção cirúrgica da massa em fossa posterior. A análise anátomo-patológica da lesão do sistema nervoso central demonstrou a presença de lesão granulomatosa com necrose caseosa central e BCG positivo (imunohistoquímica). A radiografia e a TC de tórax iniciais demonstravam padrão reticulo-micronodular difuso. A pesquisa de BAAR foi negativa no escarro e positiva no lavado broncoalveolar. A biópsia transbrônquica demonstrou processo crônico granulomatoso. Instituído o tratamento com esquema I (2RHZ/7RH) por 9 meses, com resolução completa dos quadros neurológico e pulmonar. A disseminação hematogênica de tuberculose pode suceder a primo-infecção em pacientes imunodeprimidos ou susceptíveis geneticamente ao desenvolvimento da mesma e é uma condição grave, potencialmente fatal quando posterga-se o tratamento da mesma. Convém ressaltar, também, a importância do diagnóstico diferencial com tuberculose nas mais diferentes lesões, dada a alta prevalência desta em nosso meio.

Título: Exuberantes Manifestações Radiológicas em Mediastino de Paciente Portador de Tuberculose Disseminada

Autores: Christiane Aires Teixeira; Elcio dos Santos O. Vianna; José Antonio Baddini Martinez; João Terra Filho

Instituição: Divisão de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Paciente de 28 anos, sexo masculino, negro, natural do Paraná, procedente de São Paulo, servente de pedreiro, há 3 anos detento em penitenciárias do Estado. História de que há aproximadamente 4 meses apareceu tosse produtiva, febre diária, adinamia e mal estar geral. Diagnosticado e medicado para pneumonia, com melhora clínica relativa. Hum mês após, a tosse voltou a ficar mais produtiva, com expectoração amarelada em moderada quantidade, sem hemoptise. Concomitantemente surgiu dispnéia aos esforços, que foi acentuando-se progressivamente. Alguns episódios de febre. Assim permaneceu por mais 2 meses, até que percebeu o aparecimento de perda de força e sensibilidade em membro inferior esquerdo, que limitaram, mas não impediram a deambulação. Desde o início dos sintomas refere emagrecimento importante (\pm 10 kg), apesar de continuar alimentando-se normalmente. Antecedentes de tabagismo e uso de drogas (crack, maconha, cocaína). Negava transfusões de sangue. Negava outras doenças. Ao exame físico chamava atenção o emagrecimento e a perda de força em membro inferior esquerdo. Na radiografia do tórax observou-se a presença de extensa massa mediastinal, proeminente à direita, alargada superiormente, mas perceptível em todo o tórax: velamento reticulo nodular em ápices. O estudo tomográfico das regiões, cervical, torácica e abdominal demonstrou a presença de grande massa paravertebral, que estendia-se desde a região cervical até o abdome, massa esta com extensas áreas hipodensas em seu interior. Em projeção pulmonar, apareceram velamentos micronodulares difusos, com padrão miliar. Pesquisa BAAR no escarro negativo. Sorologia para HIV negativa. Punção de gânglio cervical trouxe material necrótico com baciloscopia positiva para BAAR. Aproximadamente 2 semanas após início do esquema I para tratamento da tuberculose, evoluiu com cefaléia frontal, fotofobia, náuseas, hemiparesia incompleta à esquerda e diminuição discreta da força muscular à direita. A tomografia de crânio apareceram múltiplas lesões com reforço anelar por contraste em cerebelo, córtex parietal direito e esquerdo, sem efeito de massa. A ressonância nuclear magnética de coluna vertebral mostrou a presença de granuloma intermedular em T11, sem compressão e comprometimento do corpo vertebral em T5 e T6. Punção líquórica, com líquido linfocítico (93%) compatível com tuberculose. Diagnóstico definitivo de tuberculose disseminada: neuro-vertebral, ganglionar e pulmonar.

Título: Massa Diafragmática de Origem Tuberculosa

Autores: Nunes, F.S.; Fernandes, C.J.C.S; Canzian, M.; Milanez, J.R.; Bombarda, S; Seiscento, M.

Instituição: Disciplina de Pneumologia da FMUSP

Paciente do sexo feminino, 26 anos, teve diagnóstico de tuberculose pulmonar aos 17 anos sendo tratada com esquema I preconizado pelo Ministério da Saúde. Evoluiu assintomática até aos 23 anos, quando apresentou quadro de tosse improdutiva, febre e perda ponderal. À radiografia de tórax, observava-se imagem arredondada justa diafragmática direita. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética do tórax sugeriam lesão cística em topografia diafragmática direita, sendo submetida à cirurgia diagnóstica. Foi identificada massa justa diafragmática de aspecto cístico, tendo sido realizada a exérese completa da lesão. O anátomo-patológico evidenciou processo granulomatoso crônico com necrose caseosa central. As pesquisas de fungos e bacilos álcool-ácidos resistentes na lesão foram negativas. Iniciado esquema IR (Ministério da Saúde) com regressão completa dos sintomas. A transmissão da tuberculose se faz por via aérea e, a partir do foco inicial pulmonar, a infecção pode atingir qualquer órgão ou tecido humano por via hematogênica ou por contiguidade. Descrevemos apresentação não usual da tuberculose, inicialmente na forma pulmonar e a recidiva da doença 6 anos depois, com localização diafragmática.

Título: Toxicidade Renal Associada à Rifampicina

Autores: Nunes, F.S.; Ribeiro, S.C.C.; Afonso-Jr, J.E.; Bombarda, S.; Seiscento, M.

Instituição: Disciplina de Pneumologia da FMUSP

Paciente do sexo feminino, 80 anos, com antecedente de câncer de mama há 14 anos, apresentou quadro de dispnéia progressiva, dor pleurítica à direita, tosse improdutiva e perda ponderal há 3 meses. Identificado à radiografia do tórax derrame pleural bilateral, sendo submetida à toracocentese com finalidade diagnóstica e de alívio. A análise do líquido mostrava exsudato linfocítico, adenosina deaminase dosada de 94 e citologia suspeita de malignidade. Submetida à videopleuroscopia e biópsia pleural que evidenciou processo crônico granulomatoso com necrose caseosa central e ausência de malignidade, quando foi iniciado esquema I (2RHZ/4RH) para tratamento de Tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde. A paciente desenvolveu disfunção renal progressiva 4 dias após início da terapia, quando a hipótese de Nefropatia Intersticial por Rifampicina foi aventada. A droga foi suspensa no 6º dia de tratamento, havendo reversão completa da disfunção renal. Foi instituído esquema com isoniazida, pirazinamida, etambutol e ofloxacina. Um dos aspectos relevantes neste caso ilustrado é o reconhecimento e manejo dos efeitos nefrotóxicos da rifampicina.

Título: Tuberculose Tumoral: Relato de Caso com Falso Diagnóstico e Conduta Adequada

Autores: Sousa, G.S; Castello Branco; Lima, D. S; Cartaxo, C.G.B; Pinto ,T.C

Instituição: Serviço de Tisiologia do Hospital Clementino Fraga

Apresentação de um caso de tuberculose com aspecto não habitual e exuberante com comprometimento pulmonar. Trata-se de um paciente do sexo feminino, 48 anos com história de tosse improdutivo há 03 anos, sem febre ou perda de peso, calafrios ou sudorese noturna. Negava dispnéia ou sibilância. Relatava tabagismo 20 maços anos. Submetida a exames radiográficos que evidenciaram uma imagem de aspecto tumoral em terço superior de pulmão direito e broncoscopia que evidenciou fistula caseosa em porção medial e proximal do BFD e estenose concêntrica em BLSO com acentuada hiperemia da mucosa. Realizado lavado brônquico com pesquisa direta e cultura para BK e fungos negativas. Iniciou-se esquema-1, com regressão dos sintomas e melhora radiográfica. Ressalta-se que a suspeita no momento da solicitação do exame endoscópico era de carcinoma brônquico.

e-mail: tuberculose @saúde.pb.gov.br

Título: Comparação das Características Clínicas e Epidemiológicas da Tuberculose Pulmonar entre Pacientes Diabéticos e Não Diabéticos

Autores: Mauro Gomes; Rafael Sanches Simone; Cristiano Torres da Silva; Leandro A. Castilho

**Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP
Disciplina de Pneumologia**

INTRODUÇÃO: Tuberculose é a segunda doença infecciosa mais comum no mundo. A frequência da ocorrência de tuberculose é quatro vezes maior em portadores de Diabetes Mellitus (DM). Sugere-se que pacientes idosos e diabéticos apresentam maior incidência de padrões atípicos, com imagens em bases pulmonares e múltiplas pequenas cavidades. **OBJETIVO:** Determinar a prevalência de DM entre os pacientes portadores de tuberculose atendidos no Ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e comparar as características da tuberculose pulmonar desta população com a população não diabética. **MÉTODO E CASUÍSTICA:** Foram estudados retrospectivamente 410 pacientes no período de janeiro de 1996 a fevereiro de 2001, dos quais 219 (53,4%) eram do sexo masculino e 191 (46,6%) feminino. A idade variou de 13 a 84 anos, com média 39,2 anos. Os pacientes foram agrupados segundo a presença ou ausência de DM como doença prévia. **RESULTADOS:** A prevalência de DM dentre os portadores de Tuberculose foi de 5,6%. Houve maior acometimento de múltiplos lobos pulmonares na população diabética em comparação à não diabética ($p < 0,01$), com predominância dos ápices. A prevalência de etilismo foi significativamente maior no grupo diabético ($p = 0,017$). As demais variáveis analisadas (idade, raça, resultado da prova tuberculínica e meio diagnóstico) não mostraram diferença significativa entre os grupos. **CONCLUSÃO:** Houve predomínio significativo de doença com apresentação pulmonar difusa na população diabética em relação à não diabética, com acometimento predominante dos ápices. O antecedente de etilismo mostrou ser importante fator associado à tuberculose nos pacientes diabéticos.

Título: Meningite de Etiologia Indeterminada em Paciente com Tuberculose Prostática : Relato de Caso

Autores: Mauro Gomes; João Paulo M. Carvalho; Cristiano T. Silva

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP

Relatamos caso de paciente do sexo masculino de 62 anos, que foi submetido à ressecção prostática transuretral por hiperplasia benigna da próstata há 1 ano. Há 3 meses apresentou febre vespertina (não aferida) acompanhada de sudorese noturna e perda de peso (10Kg). Há 15 dias iniciou quadro de confusão mental com episódios de "desligamento" e comportamentos bizarros, como raspar o espelho por horas. Há 1 dia da internação apresentou afasia de expressão, espasticidade muscular e rebaixamento do nível de consciência. O paciente não apresentava outras alterações ao exame clínico. Radiografia de tórax sem alterações. O liquor apresentava neutrofilia, cloreto normal e ADA=2 U/L. Tomografia computadorizada de crânio normal. Ressonância nuclear magnética de crânio apresentava focos difusos inflamatórios de padrão inespecífico. Além da leucocitose, sem desvio à esquerda no hemograma, os demais exames laboratoriais eram normais. Foi internado na Clínica Médica com hipótese diagnóstica de meningite. O paciente foi tratado com ceftriaxone por 10 dias sem melhora significativa. A revisão do anatomopatológico da próstata constatou inflamação granulomatosa sugestiva de tuberculose e o segundo liquor apresentava um predomínio linfocítico, mantendo ADA baixo. Foi então associado esquema 1 para tuberculose associado à corticoterapia. O paciente permaneceu internado por 1 mês, recebendo alta com melhora lenta do quadro neurológico.

CONCLUSÃO: Mesmo com o antecedente de tuberculose prostática não tratada e do quadro clínico e da evolução serem sugestivos de meningotuberculose, não foi possível comprovar a etiologia da meningite através da investigação realizada.

Título: Tuberculose no Idoso

Autores: Mauro Gomes; Suzana Sayuri Inoue; Leandro Antonio de Castilho; Cristiano Torres da Silva

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP - Clínica de Pneumologia

INTRODUÇÃO. Observa-se maior incidência de tuberculose na população idosa nos últimos anos. **OBJETIVOS.** Comparar as apresentações clínica e radiológica e a resposta terapêutica entre indivíduos idosos e não idosos com tuberculose. **MÉTODO E CASUÍSTICA.** Foram avaliados retrospectivamente 382 pacientes com tuberculose tratados no Ambulatório de Tuberculose da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período de janeiro de 1996 a fevereiro de 2001. Analisaram-se dados referentes a idade, sexo, etilismo, sorologia anti-HIV, forma de tuberculose, positividade de baciloscopia no escarro, topografia radiológica da lesão pulmonar, presença de doenças associadas e resposta ao tratamento. **RESULTADOS.** Do total, 198 (51,8%) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, 142 (37,2%) entre 40 e 59 anos, e 42 (11%) com 60 anos ou mais. Houve predominância no sexo masculino (55,2%) e na raça branca (54,4%). Não houve diferenças entre os grupos com relação à presença de etilismo, sorologia anti-HIV, forma de tuberculose, baciloscopia positiva do escarro e índices de abandono e de cura. Houve predominância de lesões radiológicas típicas nos três grupos. Quanto ao aparecimento de lesões atípicas, estas foram mais frequentes entre os idosos ($p = 0,047$). Doenças associadas foram mais comuns nos idosos ($p < 0,03$). **CONCLUSÕES:** Os idosos apresentam incidência maior de doenças associadas e de lesões radiológicas atípicas que os não idosos. Não há diferenças com relação à baciloscopia positiva, forma de tuberculose e índices de abandono e de cura entre os idosos e os não idosos.

Título: Efeitos colaterais adversos no tratamento da tuberculose

Autores: Gomes Mauro; Stirbulov R.; Ethel J; Moreira P H
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

INTRODUÇÃO: Muitos podem ser os efeitos colaterais relacionados às drogas usadas no tratamento da tuberculose, levando muitas vezes à suspensão dos medicamentos, reintrodução droga a droga ou substituição por esquemas alternativos. **OBJETIVOS:** Verificar os efeitos colaterais mais predominantes durante todo o tratamento, as drogas a eles relacionadas e a conduta assumida. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** Revisamos os prontuários de todos os pacientes que receberam alta do Ambulatório de Tuberculose do Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo no período compreendido entre março de 2000 a julho de 2003. Foram analisados os dados referentes a 138 doentes, excluindo-se posteriormente 9 deles que foram transferidos para outros serviços. **RESULTADOS:** Cento e vinte e nove pacientes foram incluídos no estudo. A idade variou entre 15 e 80 anos, com média de 47,5 anos. Houve predomínio do sexo masculino 72 (55,8%) e da raça branca 75 (58,1%). Do total, 129, 84 (65,1%) se mantiveram assintomáticos contra 45 (34,9%) sintomáticos. Os sintomas mais prevalentes foram os articulares 20 (44,5%), seguidos de 15 (33,3%) dermatológicos, 14 (31,2%) gástricos, 6 (13,3%) hepáticos, 1 (2,2%) neurológico e 4 (8,8%) outros, sendo que obteve-se mais de 100% porque os pacientes puderam relatar mais de um sintoma. A pirazinamida foi a droga mais relacionada aos efeitos colaterais 29 (64,5%) casos, sendo 18 casos articulares, 6 gástricos, 3 dermatológicos e 2 hepáticos. **CONCLUSÕES:** Os efeitos colaterais mais observados foram os articulares, a droga que esteve associada ao maior número de sintomas foi a pirazinamida. Em apenas 5 casos foram necessários substituição por esquema alternativo, o que não foi significativo $p > 0,05$, os demais resolveram-se espontaneamente, com sintomáticos ou com reintrodução droga a droga.

Título: Mal de Pott Como Diagnóstico Diferencial de Tumor em Coluna Torácica.

Autores: Silva, PHB; Fernandes, ML; Reis, EF; Carneiro, R; Alves, FM; Araújo, AC.
Instituição: Hospital Sanatorinhos de Itapevi - Serviço de Clínica Médica/Pneumologia e Serviço de Ortopedia e Traumatologia

A tuberculose óssea corresponde a 5% dos casos de tuberculose. O Mal de Pott (tuberculose de coluna vertebral) é responsável por 50% dos casos de tuberculose óssea, acometendo preferencialmente a transição tóraco-lombar. Pode ou não haver concomitância com lesão pulmonar ativa. A gravidade do caso e semelhança radiológica com lesões neoplásicas retardam o diagnóstico. **RELATO DE CASO:** Homem, 47 anos, procurou o hospital com quadro de tosse produtiva, febre e dispnéia há 5 dias. Referia diminuição progressiva de força muscular em membros inferiores há 6 meses e encontrava-se em investigação em outro serviço por tumoração em 5° vértebra torácica, sem diagnóstico definitivo pela dificuldade de abordagem (SIC). Ao exame: Prostrado, taquidispneico, emagrecido. Paraplegia. Murmúrio vesicular presente com estertores e ronos difusos. Bulhas rítmicas. Abdômen escavado. Presença de massa palpável em projeção de 5° vértebra torácica. Raio-X de tórax: infiltrado interstício-alveolar difuso com múltiplas escavações bilateralmente. Raio-X de coluna: destruição do corpo vertebral de T5 com diminuição de sua altura em aproximadamente 80%; lesão lítica acometendo espaço discal de T5-T6, acentuando cifose torácica. Tomografia de coluna: lesão lítica no corpo vertebral de T5 envolvendo lâminas do arco posterior e processo transversal, e componente de partes moles paravertebral e intracanalicular. Ressonância de coluna: colapso do corpo de T5 com formação de massa paravertebral e compressão de medula. Pesquisa de BAAR positiva no escarro. Iniciado então o uso de esquema 1. Após aproximadamente 60 dias de tratamento pôde-se observar redução da massa em região dorsal, o que permitiu afirmar que a lesão de coluna não se tratava de neoplasia e sim de tuberculose óssea. Ao término do tratamento o paciente apresentou melhora clínica significativa, voltando a deambular. **DISCUSSÃO:** A tuberculose ainda é uma doença comum no Brasil, devendo-se incluir o Mal de Pott no diagnóstico diferencial de paciente com dor em coluna, destruição do corpo vertebral ou massa. O diagnóstico precoce e o tratamento com drogas tuberculostáticas podem levar a cura, com ou sem cirurgia.

Título: Relato De Um Caso de Metástase Endobrônquica De Melanoma Cutâneo.

Autores: Adriana Ignacio de Padua; Flávia Álvares; João Terra Filho.
Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

O melanoma cutâneo primário é o tumor de pele que apresenta maior índice de mortalidade. Constituído por proliferação de melanócitos atípicos localizados na camada basal, tem caráter invasivo, podendo dar metástases para linfonodos e outros órgãos, tais como pulmões, fígado e cérebro. Embora o melanoma tenha uma tendência de metastatizar-se para os pulmões, a apresentação endobrônquica é dificilmente encontrada.

O melanoma pode ocorrer em qualquer parte do tegumento, porém as localizações mais freqüentes são: dorso, membros superiores e membros inferiores. Ocorre em qualquer idade, porém é raro antes dos 12 anos.

Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 70 anos, com diagnóstico de melanoma em região dorsal grau III, que após dois anos de acompanhamento evoluiu com quadro de tosse e perda ponderal, sendo evidenciado na tomografia de tórax uma massa de aproximadamente 6 cm de diâmetro em topografia de lobo inferior direito. A broncofibroscopia revelou uma lesão vegetante, enegrecida, ocluindo 100% do brônquio do lobo inferior direito. A biópsia da lesão revelou fragmentos de mucosa brônquica com metaplasia escamosa e melanoma metastático.

Título: Relato de Caso: Stent em Compressão Extrínseca Traqueal

Autores: Elizabeth Prudente Corrêa; Adriano Guazzelli; Silvana Marson.
Instituição: UNIFESP

O uso de prótese em grandes vias aéreas inferiores tem sido preconizado paliativamente em obstrução causada por compressão extrínseca, doenças intraluminais, perda de suporte cartilaginosa, na fistula traqueoesofágica em dupla com prótese esofágica.

Apresenta-se caso de paciente do sexo feminino, 84a. e meio de idade, com diagnóstico de bócio intratorácico não operável. Quadro clínico de dispnéia progressiva, disfagia, engasgo e desmaio(sic) ao abaixar-se. A broncofibroscopia foi visibilizada aproximação das paredes laterais da traquéia com passagem forçada do aparelho (4,9 mm ǿ). Optou-se pela colocação de stent (Poliflex), ocorrendo recuperação gastro-respiratória e conseqüente qualidade de vida (QV). Teve como complicação formação de granuloma nas extremidades sendo removidos com pinça rígida, tosse persistente e secreção descontínua.

Título: Hamartoma Endobrônquico: Relato de Caso
Autores: Alvares, F; Pádua, AI; Terra-Filho, J.
Instituição: Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

INTRODUÇÃO: Hamartoma é o tumor benigno mais freqüente de pulmão, porém a sua localização endobrônquica é incomum. O hamartoma endobrônquico acomete principalmente pacientes do sexo masculino com idade entre 50 e 74 anos. Frequentemente é sintomático, sendo as manifestações clínicas mais comuns as infecções respiratórias e a hemoptise. Não há localização preferencial na árvore traqueobrônquica. A presença de lesão exofítica ou polipóide bem delimitada, com superfície regular e brilhante e, ausência de sinais de infiltração da mucosa são características endoscópicas que sugerem seu diagnóstico. A realização de broncoscopia, com ou sem a aplicação do laser, é preferível em relação à conduta cirúrgica, porém o tratamento deve ser individualizado para cada paciente e de acordo com a experiência de cada serviço.

CASO CLÍNICO: Paciente do sexo masculino de 76 anos, com queixa e tosse seca há vários anos. Negava hemoptise, febre ou perda de peso. Antecedentes pessoais: ex-tabagista 60 anos/maço e doença arterial coronariana com cardiopatia isquêmica. O exame físico não mostrava alterações. Rx de tórax mostrava aumento da região do hilo esquerdo e a tomografia evidenciava nódulo de 2 cm de diâmetro com densidade de partes moles, com calcificações grosseiras, junto ao brônquio do lobo superior esquerdo. O paciente foi, então, submetido à broncofibroscopia que revelou a presença de lesão vegetante regular em segmento superior da língua, obstruindo aproximadamente 90% da sua luz. Foi realizada biópsia endobrônquica, cuja análise anátomo-patológica confirmou o diagnóstico de hamartoma. Como o paciente era pouco sintomático e apresentava alto risco cirúrgico, foi optado, apenas, pelo seguimento clínico.

DISCUSSÃO: Os hamartomas endobrônquicos possuem características endoscópicas que sugerem o seu diagnóstico, assim como, apresentam fácil acesso à biópsia endobrônquica. Com esse diagnóstico pode se evitar uma conduta cirúrgica e, se for necessária alguma medida terapêutica, esta pode ser realizada também através da broncoscopia, com ou sem a aplicação de laser. Dessa forma, fica demonstrado o importante papel da broncoscopia nos casos de hamartoma endobrônquico.

Título: Lipoma Traqueobrônquico – Relato de Caso
Autores: Kelma K. Rosatto, Danielle M. Gualandro, André L. I. Ueda, Mauro Gomes
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa/ SP – Disciplina de Pneumologia.

Caso Clínico: N.P., 55 anos, masculino, negro, pedreiro, natural de Uberaba (MG), procedente de São Paulo com história de tosse produtiva acompanhada de infecções pulmonares recorrentes há 3 anos. Há 6 meses evoluiu com piora importante da tosse e dispnéia progressiva aos esforços. Antecedentes de tabagismo e ressecção de lipoma em mucosa jugal há 6 meses. A radiografia de tórax apresentava atelectasia em lobo inferior direito e a tomografia de tórax imagem de formação endobrônquica em brônquio fonte direito, levando a redução de calibre do brônquio intermediário. A broncofibroscopia evidenciou lesão polipóide, pediculada, recoberta por mucosa íntegra e regular, de grandes proporções, localizada em carina principal que ocluía 75% da luz traqueal e levava à obstrução total da luz da árvore brônquica direita. O paciente foi submetido à ressecção endoscópica da lesão através de alça de polipectomia. O estudo anatomopatológico da peça revelou um lipoma. Após cinco dias foi realizado controle broncoscópico sendo evidenciada no terço distal da traquéia, junto à emergência do brônquio fonte direito, uma úlcera rasa com fundo recoberto por fibrina, medindo cerca de 1,0 cm em seu maior diâmetro, correspondendo ao antigo local de inserção do pedículo do tumor. Desde a ressecção o paciente não apresenta dispnéia, tosse ou expectoração, mantendo-se em bom estado geral. **Discussão:** O lipoma é um tumor benigno raro, que corresponde a 0,1 a 0,5 % de todos os tumores do pulmão. Sua incidência é maior no sexo masculino e idade em torno da sétima década de vida. Fatores relacionados a este tumor são a obesidade e o tabagismo. Setenta e cinco por cento dos casos apresentam sintomas, sendo os mais relatados tosse, expectoração, hemoptise e dispnéia. Em pacientes assintomáticos a investigação inicia-se a partir de achados na radiografia de tórax. A tomografia computadorizada de tórax e a ressonância nuclear magnética podem auxiliar no diagnóstico. O aspecto broncoscópico típico consiste de tumoração pedunculada ou sésil, de coloração pálida, amarelada ou rósea. O tumor encontra-se predominantemente no brônquio direito (2/3 casos), principalmente nas três primeiras subdivisões da árvore traqueobrônquica. Em 8% dos casos é encontrada outra neoplasia maligna em associação ao lipoma. A ressecção cirúrgica está indicada nos casos em que há possibilidade de tumor maligno associado, doença pulmonar periférica com destruição pulmonar e crescimento extra-brônquico ou dificuldades técnicas durante a broncoscopia.

Título: Ablação de Carcinoma In Situ por Eletrocoagulação com Argônio
Autores: Ota, LH; Gonçalves, JJS; Santoro, IL; Ferreira, EVM; Paula, G; Ferreira, RG
Instituição: Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/ EPM

Os autores relatam a experiência com um paciente do sexo masculino, 48 anos, tabagista (28 anos/maço) com tosse crônica. Na tomografia de tórax apresentava enfisema septal (obstrutivo grave) e bronquiectasias no lobo inferior direito. Submetido a uma avaliação endoscópica da via aérea inferior constatou-se uma discreta elevação da mucosa da parede posterior do brônquio intermediário. Na época a biópsia revelou tratar-se de uma metaplasia escamosa com atipia. Em novas biópsias, 1 mês e 3 meses após, do mesmo local, o diagnóstico histopatológico foi o mesmo. Nove meses após, a lesão permanecia inalterada macroscopicamente, com superfície granulosa e elevada, mas a biópsia revelou displasia acentuada com carcinoma in situ focal. Permaneceu em acompanhamento no serviço de Pneumologia para tratamento da DPOC e reabilitação com melhora clínica, embora permanecesse sem condições para uma cirurgia de ressecção pulmonar.

Dentre as várias opções terapêutica para esta neoplasia precoce endobrônquica (terapia fotodinâmica, YAG laser, eletrocautério e a eletrocoagulação com argônio ou argon plasma). Optamos por este último, com sucesso imediato. O presente relato visa discutir esta modalidade terapêutica que até pouco tempo era restrita à endoscopia digestiva e praticamente para ablação do esôfago de Barrett. O diferencial deste relato está tanto na raridade de neoplasia precoce bem como o uso da cromoscopia com corante vital (azul de metileno) para delimitar o local da eletrocoagulação com argônio.

Título: Fechamento de Deiscência de Coto Brônquico, Pós-pneumectomia Direita por Broncoscopia
Autores: Ota, LH; Gonçalves, JJS; Arêas, PVB; Llages, CM
Instituição: Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/ EPM

Os autores relatam a experiência de oclusão de fístula brônquica, pós-pneumectomia, por via broncoscópica, com sucesso. No 30o PO de pneumectomia direita, por um carcinoma de grandes células, a paciente foi reinternada com a suspeita de uma fístula broncoleural, empiema e pneumonia aspirativa. A broncoscopia confirmou a suspeita e revelou deiscência total da sutura do brônquio principal direito e aspiração da secreção purulenta que inundava o pulmão esquerdo. Em insuficiência ventilatória foi colocada em suporte ventilatório, com intubação brônquica para evitar a aspiração. Por estar dependente da intubação do brônquio esquerdo, foi realizada a pleurostomia com ampla drenagem pleural e oclusão da fístula com uma sonda de Foley número 6; após estes procedimentos foi possível retirar a paciente do suporte ventilatório. O empiema pós-pneumectomia foi tratado com irrigação contínua com soro fisiológico e iodo povidona com redução progressiva da cavidade e formação do fibrotórax em 2 meses. A fístula ficou limitada ao trajeto da sonda de Foley, que foi retirada progressivamente em uma semana, após esvaziamento do balonete e recuo diário de poucos centímetros da sonda uretral. A paciente se encontra no 27o mês de PO, sem a fístula brônquica, sem empiema e sem sinais de recidiva tumoral.

Título: Ressecção Endoscópica de Pseudotumor Traqueal
Autores: Gonçalves, JJS; Ota, LH; Ferreira, RG; Paulo, GA
Instituição: Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/ EPM

Os autores relatam um raro tumor benigno de traquéia que provoca hemoptise e dispnéia. O paciente, M.A.S., 46 anos, tabagista e com queixa de hemoptise e dispnéia aos moderados esforços. Apresentava uma radiografia de tórax normal, quando indicada uma broncoscopia diagnóstica, que revelou uma lesão polipóide no terço distal da traquéia, com redução da luz traqueal em mais de 1/3, sangrante ao toque do aparelho. Realizada biópsia da lesão que mostrou ser um processo inflamatório inespecífico. Indicada nova broncofibroscopia com ressecção completa da lesão com o uso de uma alça de polipectomia endoscópica. Após o procedimento houve um alívio imediato dos sintomas. O exame histopatológico desta vez mostrou tratar-se de um granuloma piogênico com metaplasia escamosa.

O pseudotumor traqueal causado por um granuloma piogênico é extremamente raro e a abordagem com a ressecção completa por broncoscopia flexível mostrou ser acertada e que não só propiciou o diagnóstico histológico bem como o tratamento. Na literatura é extremamente rara a presença de granulomas piogênicos na via aérea inferior e, para alguns autores, trata-se de um hemangioma lobular capilar, pois, sem histórico de traumatismo nesta área não é possível explicar este tipo de lesão. Os relatos mais próximos são de granulomas piogênicos em pregas vocais secundários à intubação prolongada.

Título: Tuberculose Endobrônquica - Diagnóstico e Tratamento Endoscópico
Autores: Elizabeth Prudente, Andréa Gimenez, Elza Rezende, Débora Bogliossi, Alexandre Araruna
Instituição: Escola Paulista de Medicina

A incidência de tuberculose endobrônquica na era pré-antibiótica era muito alta, tendo sido constatada a TB endobrônquica em até 72% das autopsias dos pacientes com TB e em 10 a 30% em broncoscopias de rotina. Hoje a incidência varia entre 10 a 37%, principalmente devido a ocorrência de doenças imunossupressoras, como o HIV. A forma de propagação pode ser principalmente pela rede linfática. Geralmente a broncoscopia não revela bons resultados para diagnóstico e tratamento para esta entidade, mas apresentamos aqui um caso com boa resolução utilizando-se a técnica endoscópica. Paciente RRS, 38anos, com diagnóstico de TB em fevereiro de 2002, apresentando após 04 meses de tratamento dispnéia aos grandes esforços, co TC tórax apresentando imagem de atelectasia à esquerda. A broncoscopia apresentou traquéia com tecido fibrótico em parede lateral esquerda sem acometimento da luz traqueal e carina fixa fibrosada e desviada para a esquerda, com estenose de brônquio principal esquerdo (sequelar). Achado relevante de redução do calibre do brônquio principal esquerdo a menos de 06mm em toda a sua extensão, em decorrência do tecido fibrótico. Foi então submetida a 04 sessões de dilatação mecânica com manutenção da luz do mesmo e feito então reparo plástico do óstio do brônquio descrito com eletrocautério, apresentando o paciente boa evolução clínica.

Título: Cisto Sinovial de Articulação Manúbrio-Esternal Simulando Massa Pulmonar
Autores: José Eduardo G. Rodrigues, Virgílio Aguiar
Instituição: Disciplina de Pneumologia. Faculdade de Ciências Médicas de Santos - UNILUS

Paciente SGM, 45 a, sexo feminino vem com quadro de tosse, com expectoração clara há 3 dias e mal estar com dores no corpo. Refere provável quadro gripal porém a tosse a preocupa pois já foi fumante. Ex- tabagista de 10a/m, negando qualquer outra doença. Exame físico normal. Apesar da maior probabilidade de um quadro de infecção viral em vias aéreas superiores, solicitado um RX Tórax por insistência da paciente e que evidenciou opacidade em lobo superior D. Encaminhada para nosso serviço, onde iniciamos procedimentos de investigação diagnóstica para nódulo-massa pulmonar e inicialmente TC Tórax demonstrou massa mal caracterizada em região de mediastino anterior com densidade de partes moles junto ao esterno e a RNN com técnicas para análise de partes moles demonstrou ser um cisto sinovial. Os autores apresentam o caso devido à sua característica peculiar, inusitada de ocorrência incomum

Título: Manifestação Cutânea Grave da Granulomatose de Wegner Responsiva Apenas à Plasmaférese
Autores: Santana, A.N.C.; Antunes, T.; Barbas, C.S.V.
Instituição: Disciplina de Pneumologia, HC-FMUSP

Paciente feminina de 59 anos apresentou, há 30 meses, eritema nodoso em perna esquerda; interpretado como tuberculose e tratado por 18 meses, com evolução para extensa necrose. Realizada, então, biópsia de lesão cutânea (vasculite granulomatosa com culturas negativas). Com a hipótese de Granulomatose de Wegener, pediu-se c-ANCA (1/160) e TC tórax (múltiplos nódulos pulmonares). Realizou-se biópsia do nódulo (vasculite granulomatosa com necrose geográfica e culturas negativas). Com o diagnóstico de Granulomatose de Wegener, iniciou-se prednisona 1mg/kg/dia, pulso de gamaglobulina (por 03 dias) e, devido à extensa necrose, associou-se câmara hiperbárica de oxigênio. Porém, não houve controle da necrose. Realizou-se, então, 06 sessões de plasmaférese e pulso de solumedrol (500 mg por 03 dias), obtendo-se o controle da atividade da vasculite e a granulação da lesão necrótica. A seguir, complementou-se com enxerto de pele.

Neste caso, a gravidade e extensão da lesão necrótica de membro inferior esquerdo e a resposta à plasmaférese sugerem que o diagnóstico tem de ser precoce e a plasmaférese, uma boa opção terapêutica.

Título: Sugar Cells Tumor
Autores: Santana, A.N.C.; Nunes, F.S.; Suesada, M.; Ho, N.; Takagaki, T.Y.
Instituição: Disciplina de Pneumologia, HC-FMUSP

Paciente masculino de 48 anos, tabagista de 30 anos-maço, apresentava-se com tosse e hemoptóico há 04 meses. Foi realizado, então, Raios-X de tórax que evidenciou uma opacidade em terço inferior de HTE. Na TC de tórax, havia um nódulo de borda regular medindo 2,5 cm em LIE; com protocolo Swensen que evidenciou um acréscimo de 70 UH. Foi submetido, então, a uma nodulectomia, cuja análise histopatológica foi um sugar cells tumor. No presente caso, têm-se a oportunidade de abordar uma rara causa de nódulo pulmonar solitário, bem como enfatizar a diferença entre este tumor (primário do pulmão), a metástase pulmonar do Tumor de Células Claras do Rim e uma variante do Tumor Carcinóide.

Título: Prevalência do Uso do Tabagismo em Estudantes do 2º Grau
Autores: BREDÁ, Ana Paula; RODRIGUES, Camila Campos, SILVEIRA, Cristina Maria
Instituição: Universidade De Santo Amaro - UNISA / Fac. de Fisioterapia

INTRODUÇÃO: Pela farta documentação sobre tabagismo, que na atualidade passa de 150 mil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a epidemia tabagística a maior causa isolada, evitável, de doença e morte prematuras. O tabagismo é verdadeira epidemia e, como tal, tem que ser enfrentado. (JOVEM MEDICO, 2001). No Brasil existem em torno 36 milhões e 500 mil fumantes, significando 32,5% da população acima de 15 anos; dos fumantes, 59,6 são homens e 40,4 são mulheres. Até os 19 anos de idade mais de 3 milhões e 200 mil são tabagistas. (JOVEM MEDICO, 2001). A elevada complexidade da sociedade moderna, bem como a facilidade de acesso a uma ampla variedade de drogas, tem contribuído para os altos índices de uso por adolescentes e sabe-se que possuem um risco significativamente maior de dependência química que qualquer outro grupo etário, principalmente entre as mulheres (DEITOS, PASQUALOTTO, SANTOS, et al, 1998). Dos que começaram a fumar na adolescência, um em cada dois, eventualmente, morrerá entre os 35 e 69 anos de idade. Nesse grupo etário, um terço da mortalidade geral é devido ao tabagismo (JOVEM MEDICO, 2001). Observou-se então a importância de estudar uma população adolescente com a finalidade de caracterizá-la e atuar de maneira preventiva. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Visando atingir o objetivo da pesquisa, elaborou-se um questionário conciso, de fácil execução, de caráter anônimo, auto-administrado, onde o perfil biopsicossocial dos alunos pudesse ser estudado, comparando os alunos fumantes com os não fumantes. A aplicação deste questionário foi realizada no ano de 2002, em 202 estudantes (88 alunos do gênero masculino e 114 do feminino) da 1ª, 2ª e 3ª séries do 2º grau da Escola Estadual Calin Manuel Abade, localizada na cidade de São Paulo, durante o período matutino. Estes dados foram analisados, e com base nos resultados, elaborou-se uma palestra informativa visando conscientizá-los quanto aos males causados pelo tabagismo, atuando de maneira preventiva. Esta foi aplicada um mês após a realização do questionário, com 30 minutos de duração, as séries que participaram do estudo. **RESULTADOS:** A amostra dos entrevistados contou com um total de 202 alunos, dos quais 56,44% eram do sexo feminino e 43,56% do sexo masculino. Suas idades variaram de 13 a 19 anos. Segundo a amostra, 44,06% dos alunos relataram já terem fumado ou experimentado cigarro. Atualmente, 8,91% são fumantes, tendo como maior prevalência, de acordo com o gênero, o feminino (77,78%), e com a escolaridade, a 2ª série (50%). A idade mediana para o consumo do cigarro pela primeira vez foi aos 14 anos de idade (15 e 13 e 9792, e 13 e 9794.). A prevalência de quantidade de cigarros fumados por dia foi de 1 a 10 unidades por 61,11% dos alunos fumantes. Dos alunos que apresentam o hábito de fumar, 50% possuem pais fumantes, sendo que em 27,28% dos casos os dois pais são fumantes e em 22,22% apenas um dos pais fuma. Já ao analisarmos os alunos não fumantes, podemos observar que 46,70% possuem pais fumantes, sendo que em 26,59% dos casos os dois pais são fumantes e em 40,11% apenas um dos pais fuma. (Vale ressaltar que 4 alunos deixaram esta questão em branco.) Os consumidores de tabaco definem-se como sendo alegres (27,78%), extrovertidos (27,78%) e ansiosos (22,22%). Estes correlacionam ainda sua vontade de fumar quando se sentem principalmente tensos (33,33%) e extrovertidos (23,81%). Observou-se que ao questionarmos os estudantes sobre acometimentos respiratórios, 55,55% dos alunos fumantes relataram possuí-los (35,32% falta ar e 29,42% dificuldade respirar). Entre os alunos estudados, observou-se que 96,04% receberam informações sobre os efeitos do uso do tabagismo. Analisando cada grupo individualmente, 11,11% dos tabagistas e 3,26% dos não tabagistas não foram orientados. A orientação entre o grupo dos fumantes foi dada principalmente pelos familiares (30%), escola (25%) e meios de comunicação (17,5%). No grupo dos não fumantes, principalmente pelos familiares (28,97%), meios de comunicação (21,49%) e escola (20,56%). **DISCUSSÃO:** A prevalência do tabagismo, neste trabalho, foi relativamente baixa (8,91%) em comparação a outras pesquisas (DEITOS, PASQUALOTTO, SANTOS, et al, 1998; BARROS, 1999), onde este índice geralmente encontra-se acima de 20%. O sexo de maior prevalência entre os tabagistas é o feminino, cursando o 2º (33,33%) e 3º colegial (33,33%). Esta mesma prevalência foi encontrada por DEITOS, PASQUALOTTO, SANTOS, et al (1998) e IVANOVIC, CASTRO e IVANOVIC (1997). De acordo com CABELLO, HREPIC, ASTUDILLO et al, este é um fato de extrema gravidade, uma vez que estão em idade fértil e serão futuras mães. Apesar de termos encontrado uma baixa prevalência para o uso do tabaco, observou-se que 44,06% dos alunos já haviam experimentado ou experimentado cigarro. Este dado nos faz perceber a extrema importância do aconselhamento e esclarecimento sobre os males que o tabagismo provoca à saúde. Dos alunos que participaram da pesquisa, 88,89% dos que são tabagistas já tinham recebido este tipo de informação, enquanto no grupo dos não fumantes este índice se eleva para 96,74%. Apesar deste valor ter sido maior entre os não fumantes, ambos são elevados. Isso nos leva a questionar se a maneira que esta informação vem sendo passada aos adolescentes tem chamado sua atenção e atingido seu objetivo. **CONCLUSÃO:** Há uma grande predisposição dos alunos em terem o contato com o tabagismo, uma vez que 44,06% do total dos alunos já experimentou ou fumou cigarro; apesar do fator descrito acima, o número de fumantes não foi elevado (8,91%), comparando-se com a literatura estudada; a prevalência do grupo dos fumantes foi do gênero feminino e a 2ª série do 2º grau; a idade mediana para o uso do tabaco pela primeira vez, em ambos os sexos foi de 14 anos; a média de cigarros fumados por dia foi de 1 a 10 cigarros por 61,11% alunos, o que nos leva a crer que o grau de dependência é baixo; houve uma maior prevalência de acometimentos respiratórios em alunos fumantes; a porcentagem de alunos que receberam informações sobre os males do tabagismo foi elevada (96,04%), mas pudemos observar que entre os não fumantes não receberam tal orientação, a maior parte é fumante.

Título: O Efeito da Coloração do Esmalte de Unha na Oximetria de Pulso em Indivíduos Sadios.
Autores: Mara Harumi Miyake; Solange Diccini
Instituição: UNIFESP

Introdução: A oximetria de pulso é um método não invasivo de mensuração da saturação periférica da oxihemoglobina (SpO2). É frequentemente utilizado em unidades de emergência, terapia intensiva e centro cirúrgico. A leitura da oximetria de pulso tem acurácia limitada na presença de: metahemoglobina, carboxiemoglobina, anemia, vasoconstrição periférica, esmalte de unha, luz fluorescente e movimentação. **Objetivo:** Avaliar a interferência da coloração de esmalte de unha sobre a SpO2 em indivíduos sadios. **Método:** Sessenta e uma voluntárias sadias, com idades entre 18 e 32 anos foram incluídas neste estudo. A coleta de dados foi realizada de novembro a dezembro de 2000, no laboratório do departamento de enfermagem da UNIFESP. As colorações escolhidas correspondem às mais utilizadas em nosso meio. Foi avaliada SpO2 nas seguintes colorações de esmaltes: base (dedo mínimo), rosa claro (dedo anular), rosa claro com cintilante (dedo médio) e vermelha (polegar). O indicador não recebeu esmalte, sendo considerado controle. O sensor permaneceu durante cinco minutos em cada dedo. Para análise estatística da medida SpO2 para cada tipo de coloração de esmalte foi utilizado a Prova de Wilcoxon. **Resultados:** Quando comparada as medidas da SpO2 ao controle, as colorações base (p=0,56), rosa claro (p=0,56) e rosa claro com cintilante (p=0,37) não apresentaram diferença estatisticamente significativa. A SpO2 apresentou variação significativa na cor vermelha (p<0,001), porém manteve-se dentro dos parâmetros de normalidade. **Conclusão:** Apesar da diferença encontrada com o uso de esmalte vermelho, todas as medidas da SpO2 obtidas, encontravam-se dentro do intervalo de normalidade, para indivíduos sadios.

Título: Efeitos Da Suplementação com Creatina na Capacidade Espontânea de Exercício de Hamsters Portadores de Miopatia Por Esteróides.
Autores: Andréa Rossi Campos, Luciano Neder Serafini, Luciana Menezes, José Antônio Baddini Martinez
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Introdução: Miopatia por esteróides pode constituir um grave problema clínico. A suplementação com creatina tem melhorado a capacidade de exercício de atletas. **Objetivo:** Investigar os efeitos da suplementação com creatina na capacidade de exercício espontânea de hamsters com miopatia por esteróides. **Material e Métodos:** Foram estudados 4 grupos de hamsters machos assim constituídos: Grupo I (n=10; salina via s/c e IP); Grupo II (n=10; salina s/c e 600 mg/kg/dia de creatina IP); Grupo III (n=18; dexametasona 7,5 mg/kg/dia s/c e salina IP) e Grupo IV (n=18; dexametasona s/c e creatina IP). Após 18 dias de tratamento os animais foram sacrificados e foram retirados o diafragma e o gastrocnêmio medial para histologia. **Resultados:** Os animais não diferiram quanto ao peso inicial ou final (Inicial= Grupo I: 112,4 gr X Grupo II: 112 gr X Grupo III: 112,6 gr X Grupo IV: 112,3 gr; Final= Grupo I: 116 gr X Grupo II: 119,6 gr X Grupo III: 112,3 X Grupo IV: 113,7 gr). A distância média percorrida pelos animais no dia 18 foram respectivamente: Grupo I: 8878+/-2737 m; Grupo II: 9145+/-1999 m; Grupo III: 4288+/-2623 m; Grupo IV: 6339+/-2345m. Após o teste de ANOVA e pós teste SNK todos os grupos diferiram significativamente entre si, a não ser a comparação Grupo I X Grupo II. **Conclusão:** A administração de creatina teve um efeito protetor sobre as manifestações funcionais de exercício relacionadas a administração de corticosteróides em altas doses. As diferenças histológicas entre os grupos foram menos proeminentes.

Título: Manifestações Clínicas Distintas de Doença Brônquica Cística Congênita

Autores: Fernandes, C. J. C. S.; Caruso, P.; Vaz, M. C.
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Caso Clínico 1: Paciente feminina; 25 anos, previamente hígida apresentou na investigação de dor torácica atípica imagem cística acometendo todo o hemitórax esquerdo; sem história de pneumonias ou supuração. A tomografia de tórax evidenciava aumento do tamanho de pulmão direito sem alteração parenquimatosa e imagem cística substituindo o pulmão esquerdo. A broncoscopia não demonstrava comunicação da área cística com a via aérea. Frente a ausência de sintomas optado por conduta expectante e observação clínica. Caso Clínico 2: Paciente masculino; 23 anos; apresenta desde a infância quadro de pneumonias de repetição e há 10 anos tosse e supuração. A radiografia de tórax evidenciava inúmeros cistos em base pulmonar direita, confirmadas pela tomografia restritas ao lobo inferior direito. A broncoscopia evidenciava ectasia difusa da via aérea com presença de secreção purulenta. O paciente foi submetido a uma lobectomia inferior direita e desde então encontra-se assintomático.

Cistos congênitos representam áreas de desenvolvimento brônquico anormal parcialmente preenchidos por muco e revestido por epitélio respiratório. Podem ser classificados em cisto central congênito (caso 1) em geral único, de tamanhos variados, acometendo inclusive todo o pulmão; sem comunicação com a via aérea; e o cisto periférico congênito (caso 2); comumente múltiplos e representam uma alteração no desenvolvimento fetal mais tardia que o anterior. Em geral assemelham-se a bronquiectasias pois comunicam-se com a via aérea e freqüentemente apresentam infecções que acabam por distorcer sua arquitetura histológica original.

Título: Avaliação dos Tumores Pulmonares em Relação ao Hábito Tabágico

Autores: Oliveira CAS, Jamnik S, Santoro I
Instituição: Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

Introdução: O câncer de pulmão é o câncer que mais mata, e o que tem uma etiologia prevenível, o tabagismo. Este é um hábito em mais de 80% dos portadores de câncer de pulmão. Objetivo:

Avaliar a localização da massa tumoral em relação ao campo pulmonar e ao hábito tabágico. Foi considerado campo superior o acometimento dos lobos superior direito, superior esquerdo, lingula e, campo inferior o envolvimento dos lobos inferiores direito e esquerdo. Método: Foram avaliados 720 prontuários de pacientes portadores de câncer de pulmão e verificada a localização do mesmo em relação aos campos pulmonares e ao hábito do tabagismo. Resultado: Dos 720 pacientes estudados, 518 (71,9%) são do sexo masculino e 202 (28,1%) do sexo feminino; 614 (85,3%) são fumantes e 106 (14,7%) não fumantes. Entre os fumantes, 78,2% são do sexo masculino e 21,8% do sexo feminino. Entre os não fumantes, 35,8% são do sexo masculino e 64,2% do sexo feminino. A distribuição encontra-se na tabela abaixo:

Campo pulmonar	Não fumantes		Fumantes		Total	%
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
Superior	15	26	277	67	385	56,02
Inferior	8	25	110	34	177	23,45
Ambos	15	17	93	33	158	20,52
Total	38	68	480	134	720	100,00

As diferenças entre os campos superiores e inferiores foram significantes tanto para o geral quanto para a distribuição por sexo, não havendo diferença entre os lobos direito e esquerdo. Conclusão: Existe diferença entre a localização da massa tumoral entre fumantes e não fumantes

Título: Adenocarcinoma Acinar Associado a Hamartoma - Relato de Caso

Autores: Oliveira C. A. de O., Jamnik S., Santoro, Ilka., Ferreira, Rimarcos G.
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - Pneumologia

Introdução: O hamartoma é o tumor benigno mais comum do pulmão. Em geral ocorre como nódulo solitário no parênquima pulmonar. Aproximadamente 10% dos casos apresentam inclusão epitelial, mas pouco se conhece sobre a associação com o adenocarcinoma. Relato de caso: M. B. R., 50 anos, feminino, branca, viúva, natural de Cruzeiro/SP, ajudante de serviços gerais, 1º grau incompleto, tabagista de 45 anos-maço, com história familiar de neoplásia, previamente hígida.. Em março de 2002 foi submetida a radiografia de tórax ocasional. Na avaliação do mesmo observou-se imagem nodular em lobo inferior e opacidade de contorno irregular no lobo superior, ambos no pulmão direito. Tais imagens foram confirmadas com tomografia computadorizada de tórax. O exame de broncoscopia evidenciou pequeno nódulo na comissura posterior junto à prega vocal direita, alterações na mucosa brônquica do lobo médio, e redução do diâmetro do subsegmento cinco do segmento anterior do lobo superior direito. A biópsia transbrônquica demonstrou ausência de sinais de malignidade. Em setembro de 2002 foi submetida a toracotomia. O anatomopatológico da peça cirúrgica resultante da bilobectomia pulmonar superior e média foi conclusivo para adenocarcinoma acinar com áreas de células claras, enquanto o exame do nódulo pulmonar do lobo inferior foi positivo para hamartoma. Ao tratamento cirúrgico seguiu-se quimioterapia adjuvante. Conclusão: A coexistência de câncer de pulmão e hamartoma não é tão frequente. Poucos estudos dessa associação são encontrados na literatura. Em geral esses tumores são mais comuns na faixa de 50 e 60 anos de idade e quando coexistentes podem se localizar em áreas próximas, no mesmo lobo ou em lobos diferentes. Embora o hamartoma seja geralmente considerado uma neoplasia benigna, existem indícios de risco aumentado para câncer de pulmão em pacientes portadores de hamartoma condromatoso.

Título: Paniculite Tuberculosa por Contaminação em Procedimentos de Mesoterapia

Autores: Melo, FAF; Savioli, MTG; Katz, M; Menezes, MB; Freitas, I
Instituição: Instituto Clemente Ferreira

Procedimentos estéticos como cirurgias plásticas, mesoterapia e outros tornaram-se freqüentes nos dias de hoje. O risco de complicações, inclusive contaminações infecciosas, acompanham a disseminação destas práticas. Apresentamos um caso de paniculite tuberculosa claramente relacionado a contaminação durante sessões de mesoterapia.

Relato de caso

Paciente de 28 anos, branca, sem história de contágio, foi encaminhada para tratamento no Serviço após diagnóstico de paniculite tuberculosa realizado por AP de lesões em coxas que se expressaram como complicação de mesoterapia realizada meses antes. O AP revelou lesões granulomatosas com presença de necrose caseosa. Presença de lesão vacinal de BCG-ID, reatividade tuberculínica presente, RX de tórax normal. Tratada com Esquema-1/MS (R6H6Z2) foi considerada curada ao término do mesmo, permanecendo com lesões residuais retrateis e hiperpigmentadas.

Na discussão, infere-se sobre uma provável contaminação pelo material utilizado no procedimento da mesoterapia, alertando-se sobre os riscos de tais práticas e sobre a necessidade de descontaminação adequada para micobactérias no material usado.

Título: Sarcoidose ou Tuberculose: Eis a Questão (Ou se os Médicos Persistem, Chame os Sintomas...)

Autores: Melo, FAF; Arakaki, JSO; Menezes, MB; Freitas, I
Instituição: Instituto Clemente Ferreira

Resumo: Achados radiológicos de infiltrados retículo-nodulares sempre suscitam uma gama extensa de patologias. A biópsia transbrônquica ou a céu aberto com resultado de lesão granulomatosa, estreita as opções diagnósticas, particularmente se não se encontram agentes etiológicos definidores. Foi o que ocorreu no caso que ora apresentamos com o diagnóstico firmado após tratamento de prova para uma suspeita inicial.

Relato de caso

Paciente de 47 anos, masculino, assintomático, em cuja radiografia de tórax realizada como rotina detectou-se infiltrado intersticial e alveolar em terço superior de ambos pulmões. PPD positivo com reação de 20mm. Escarro e lavado bronco-alveolar negativos para BAAR. A broncoscopia não mostrava alteração de árvore traqueobrônquica e a biópsia revelou processo granulomatoso. Indefinido o caso, foi realizada biópsia a céu aberto, sendo o AP também de processo inflamatório granulomatoso epitelióide, em alguns campos envolvendo áreas de necrose; pesquisa de BAAR negativa.

Com a suspeita inicial de sarcoidose foi introduzida terapêutica com Prednisona de 60mg/dia. Na evolução o paciente começou a apresentar sintomas de febres, sudorese noturna e hemoptise, acompanhado de deterioração radiológica. Encaminhado ao Serviço, teve duas amostras de escarro com baciloscopias positivas para BAAR, confirmadas por cultura e tipificação como do M. tuberculosis.

Discussão

O caso reforça necessidade de se suspeitar de tuberculose em acometimentos pulmonares de etiologia duvidosa e, sobretudo, quando se trata de doença granulomatosa. Ilustra ainda as deletérias conseqüências de terapêutica imunossupressora em paciente PPD positivo sem os cuidados de cobertura quimioprolifática antituberculosa. A glosa de Tom Zé, capa de Veja – São Paulo de agosto de 2003, acaba sendo conveniente e conivente, para este paciente.

Título: Tb Intestinal Bem Documentada, por Disseminação de Tb Pulmonar Descoberta a Posteriori

Autores: Amorim, VLB; Medici, LFR; Melo, FAF
Instituição: Instituto Clemente Ferreira

Resumo: Segundo os relatos da literatura dos países avançados, dita internacional, a tuberculose intestinal ocorre principalmente por via linfo-hematogênica. Não é o caso da encontrada entre nós, com prevalência de tuberculose elevada e problemas relacionados ao diagnóstico dos casos, como ilustra o em seguida apresentado

Relato de caso

Paciente de origem nipônica, sexo feminino, de 55 anos, foi encaminhado a uma unidade de saúde para tratamento de tuberculose intestinal, diagnosticada por colonoscopia como ileite granulomatosa, realizada pela presença de dor abdominal em faixa, emagrecimento e febre persistente. PPD de 20mm e sorologia anti-HIV1 e HIV2 negativas. Diversos outros exames com discretas ou sem alterações. Frente aos achados do AP de material colhido pela endoscopia a paciente foi encaminhada a uma Unidade de Saúde para tratamento de tuberculose.

Na Unidade, interrogatório complementar evidenciou sintomas respiratórios persistentes. Realizado RX de tórax com presença de lesões compatíveis com TB pulmonar. Duas amostras de escarro foram positivas para BAAR (+++).

Iniciou tratamento específico com melhora na evolução.

O caso será discutido com base em revisão de literatura e enfocando a fisiopatogenia da TB intestinal, particularmente em países de alta prevalência da doença com predomínio das formas pulmonares.

Título: Hipertensão Pulmonar Secundária À Esquistossomose - Evolução Mais Lenta?

Autores: Fernando Sergio Studart Leitão Filho, Eloara Vieira Machado Ferreira, Amílcar Marcelo Bigatão e Jaquelina Sonoe Ota
Instituição: UNIFESP/EPM

Resumo: Paciente feminina, 53 anos, como investigação de quadro de dispnéia progressiva e dor torácica aos esforços, realizou cateterismo em 1993 (na época 43 anos) com diagnóstico de hipertensão pulmonar primária (PAPm=86mmHg / PAPs=140mmHg), sendo medicada com digitálicos e diuréticos. Após dois anos de evolução, por piora da dispnéia (mínimos esforços) foi encaminhada para transplante pulmonar. Realizada nova investigação etiológica, que além do antecedente de tratamento prévio de esquistossomose, ainda apresentava ovos viáveis de S. mansoni à biópsia de válvula retal (Jun/95), considerando-se então o provável diagnóstico de hipertensão pulmonar secundária à esquistossomose. Neste serviço, continuou com a mesma medicação e associou-se anticoagulação com Marevan (suspensão por epistaxe de difícil controle) e substituído por heparina subcutânea com melhora da dispnéia, tornando-se aos grandes esforços. Manteve-se estável e em 2001 desenvolveu hiper-reatividade brônquica. Em Set/01, após análise de gasometria arterial, constatado hipoxemia em ar ambiente (pO₂=57mmHg/ SaO₂=88%) e iniciado oxigenoterapia domiciliar. A última consulta (Jul/03), cerca de 10 anos após o diagnóstico, estava em uso de O₂ 5 l/min, com queixas de dispnéia aos mínimos esforços/repouso, trazia ECO (Fev/03) compatível com sobrecarga ventricular direita importante e PAPs=120mmHg. TCAR de tórax: dilatação aneurismática das artérias pulmonares com presença de trombo e compressão do brônquio principal direito.

Discussão: Apesar de não haver trabalhos na literatura afirmando sobre a evolução mais favorável da hipertensão pulmonar secundária à esquistossomose, na nossa observação, tendo como exemplo o presente caso, achamos que os pacientes apresentam um curso mais benigno da doença. A paciente foi anticoagulada com base nos trabalhos de hipertensão pulmonar primária com melhora dos sintomas, possivelmente devido a essa abordagem terapêutica. A presença de hiper-reatividade brônquica também tem sido observada nos pacientes com hipertensão pulmonar secundária à esquistossomose. Estudos no nosso meio quanto aos possíveis benefícios das novas drogas (prostaciclina, bloqueador do receptor de endotelina-1) utilizadas na hipertensão arterial pulmonar são necessários também na esquistossomose.

Título: Carcinoma Pulmonar Epidermóide Associado com Linfoma Não-Hodgkin de Baixo Grau

Autores: Gustavo Trindade Michel, Maurício Licks, Alessandro Zordan, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Fábio Pires Santos, Roseane Marchiori, Cleber Antonio Fiorini, Cristiano Tonello.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Resumo: Introdução. Linfoma maligno pulmonar apresenta uma prevalência em torno de 1% em relação a todos linfomas. Carcinoma pulmonar epidermóide (CPE), de forma isolada, apresenta uma incidência de 30% em um ano para todas neoplasias endobrônquicas primárias. Relato do caso. Masculino, 66 anos, ex-tabagista, com história prévia de carcinoma pulmonar de pequenas células, diagnosticado há 11 anos, em outro serviço, após biópsia transbrônquica de consolidação pneumônica em lobo inferior esquerdo, além de biópsia de infiltração neoplásica em brônquio deste lobo. Excluída presença de metástases óssea e cerebral, realizou ciclos irregulares de quimioterapia (sem controle radiológico pós-tratamento), permanecendo em bom estado geral e assintomático até um ano atrás, quando apresentou novo quadro de febre, dor torácica e dispnéia progressiva. Tomografia de tórax demonstrou consolidação parenquimatosa em lobo inferior esquerdo, além de focos consolidativos em lobo inferior direito. Biópsia endobrônquica de lesão vegetante em brônquio inferior direito foi compatível com carcinoma epidermóide de pulmão; biópsia pulmonar transcutânea de massa intratorácica em hemitórax esquerdo estabeleceu o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin de baixo grau de malignidade. Conclusão. A concomitância entre LNH e CPCE é rara, geralmente ocorrendo em pacientes com idade avançada, tabagistas e com neoplasia linfóide de baixo grau: evolução relativamente benigna da neoplasia linfóide pode ser demonstrada pela boa resposta à quimioterapia.

Título: Discinesia Ciliar Primária : Relato de Caso

Autores: Gustavo Trindade Michel, Claudius Wladimir Cornelius de Figueiredo, Alessandro Zordan, Cleber Antonio Fiorini, Fábio Pires Santos, Aline Mathias, Rodrigo Bortoli, Giusepe Gracioli.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução. Discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença hereditária de caráter autossômico recessivo, caracterizada pela tríade clínica rinossinusite crônica, bronquite crônica com bronquiectasias e situs inversus. Descrição do caso. Feminina, branca, 64 anos, hipertensa, diabética, não tabagista, internada por queixas de febre, dor torácica pleurítica e expectoração purulenta há 7 dias. Apresentava história prévia de infecções respiratórias de repetição, otites e infecções do trato urinário recorrentes. Rx de tórax evidenciou presença de situs inversus e infiltrados broncopneumônicos no pulmão esquerdo. TC de tórax mostrou a presença de bronquiectasias difusas e tomografia de abdome confirmou a presença de situs inversus totalis. Prova de função pulmonar revelou distúrbio ventilatório obstrutivo severo. Broncoscopia revelou árvore brônquica invertida látero-lateralmente, e a cultura do lavado broncoalveolar foi positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Microscopia eletrônica dos cílios do epitélio brônquico, obtidos por biópsia endobrônquica, confirmou o diagnóstico de discinesia ciliar primária. Discussão. DCP corresponde a uma disfunção anatomofuncional dos braços de dineína nos microtúbulos que compõem os cílios, provocando dismotilidade do epitélio ciliado que reveste as mucosas respiratórias. Apresenta uma prevalência de mais ou menos 1:20.000, e o achado de situs inversus ocorre em metade dos pacientes com DCP; as principais manifestações clínicas são infecções de repetição de vias aéreas superiores, inferiores e dos canais auditivos internos.

Título: Tumor Fibroso Solitário de Pleura - Relato de Caso

Autores: Gustavo Trindade Michel, Roseane Cardoso Marchiori, Alessandra Bertolazzi, Cristiano Tonello, Alessandro Zordan, Claudius Wladimir Cornelius de Figueiredo, Giusepe Gracioli, Fábio Pires Santos.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS

Introdução: Tumor Fibroso Solitário é uma condição rara e poucos casos são relatados na literatura. São usualmente descobertos em radiografias de rotina em indivíduos assintomáticos e sem evidência de exposição ao asbesto.

Relato de caso: Paciente feminina, 71 anos, ex-tabagista (30 anos/maço), hipertensa, com história de AVC há 22 anos, no sétimo dia pós-operatório de correção de prótese de fêmur direito. Obteve internação hospitalar devido a um quadro de confusão mental, náuseas e vômitos, confirmado como novo episódio de AVC pela Tomografia de crânio. Ao exame físico apresentava-se desorientada, afebril, eupnéica, com MV diminuído em ½ superior à esquerda. O radiograma de tórax evidenciou extensa massa de aproximadamente 12 x 6 cm de tamanho confirmadas pela Tomografia de tórax. Broncoscopia e LBA apresentou ausência de células malignas. O espécime clínico obtido através de biópsia pulmonar transcutânea guiada por US demonstrou Tumor fibroso solitário de pleura.

Discussão: Tumor fibroso solitário geralmente apresenta-se como extensas massas intratorácicas, de comportamento benigno na grande maioria dos casos, que causam pouca ou nenhuma sintomatologia, sendo dessa forma achado acidental em radiogramas de rotina em mais de 50% dos casos.

Título: Tumor Carcinóide: Relato de Caso

Autores: Igor Bastos Polonio, Roberto Gonçalves, Mauro Gomes, Jorge Ethel Filho

Instituição: Santa Casa de São Paulo

TUMOR CARCINÓIDE:RELATO DE CASO

Introdução: O Tumor Carcinóide é um tumor derivado das células de Kulchitsky e representa 1 a 5 % dos tumores de pulmão. Tem natureza indolente e seus sintomas dependem de sua localização. Classificam-se em típicos e atípicos dependendo do número de mitoses por campo microscópico. Este trabalho relata o caso de uma paciente que apresentou hemorragia pulmonar decorrente do sangramento de tumor carcinóide periférico precipitado pelo uso de varfarina sódica.

Relato do Caso: Paciente OALZ, 68 anos, sexo feminino, branca, casada, natural e procedente de São Paulo, vendedora. Procurou serviço médico com queixa de dispnéia há 4 meses, aos grandes esforços, sendo realizado diagnóstico de fibrilação atrial e prescrito varfarina sódica. Após 21 dias evoluiu com hemoptise e velamento total de hemitórax esquerdo. Foi suspenso a varfarina e realizada drenagem de tórax sendo evidenciado hemotórax. Após o procedimento evidenciada opacidade regular homogênea em radiografia e tomografia computadorizada de tórax, quando foi encaminhada ao nosso serviço. Foi realizada hipótese diagnóstica de hematoma pleural intracissural e a paciente foi submetida a toracotomia para esvaziamento do hematoma. Na toracotomia foi retirado hematoma de 5,5 por 6,5 centímetros localizado na cissura e que apresentava ponto de aderência com lobo inferior esquerdo. Foi realizada ressecção em cunha deste ponto sendo enviado para análise anátomo-patológica com diagnóstico final de tumor carcinóide típico sendo realizado imunohistoquímica, positiva para enolase e sinaptofisina, corroborando o diagnóstico. A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta e retornando ambulatorialmente sem apresentar queixas.

Discussão: O tumor carcinóide brônquico é um tumor neuroendócrino derivado das células de Kulchitsky. Classificam-se quanto a localização, sintomas e histologia. Os principais sintomas, que são hemoptise, tosse, pneumonias de repetição, dor torácica, sibilos e dispnéia decorrem da obstrução brônquica pelo tumor. O diagnóstico é realizado principalmente através de achados radiológicos sugestivos, broncoscopia com biópsia transbrônquica, imunohistoquímica e cintilografia com octreotida. Em relação ao tratamento, é de fundamental importância o estadiamento do tumor com os métodos diagnósticos disponíveis com o fim de planejar o ato cirúrgico. Os autores são unânimes em afirmar que o tratamento do tumor carcinóide brônquico é cirúrgico, sendo a extensão da ressecção dependente, principalmente, da localização e tipo histológico do tumor.

Título: Hemangioendotelioma Epitelióide Pulmonar: Uma Rara Entidade

Autores: Silvestri, Isabella C.; Morrone, Néelson Jr.; Volpe, Vera Lúcia G. S.; Rodrigues, Mauri M.; Coletta, Ester M.

Instituição: Hospital Ipiranga - SP

Mulher, 45 anos, sem antecedentes patológicos, admitida com espirros, coriza, cefaléia e tosse com secreção clara, associada com dispnéia aos médios esforços, edema de MMII, face e mãos, disúria e dor torácica ventilatório-dependente há 15 dias. Ao EF: EGR; 38,5°C; taquipnéica (+/4+); gânglio cervical posterior esquerdo palpável, duro, fixo, doloroso, sem sinais flogísticos; AR: sibilos esparsos em HTD; ACV: RCR em 2T, sem sopros, FC = 104bpm, PA = 160 X 100 mmHg; Osteomioarticular: hiperemia e hipertermia em joelhos e tornozelos, edema de punhos (+/4+); MMII: edema (+/4+). Exames Complementares: leucograma - 18100 células/mm³ (4% bast + 77% segm + 10% LT + 9% mono); bioquímica - função renal normal, fosf. alcalina 205 (VN<110); urina I - proteínas+, Hb++, 35000 eritrócitos/ml, 57000 leucócitos/ml, bactérias++; proteinúria de 24hs. e provas reumatológicas normais; ECG - taquicardia sinusal; BAAR negativo; Rx Tórax - múltiplos nódulos pulmonares bilaterais; biópsia de gânglio cervical - hiperplasia linfóide reacional. Evolução: a paciente foi medicada com gatifloxacina e BD inalatório com desaparecimento dos sintomas, exceto pela persistência de uma dispnéia aos grandes esforços. A TCAR de Tórax revelou múltiplos pequenos nódulos bilaterais e lesões hipoatenuantes no fígado. O anatomopatológico e o estudo imunohistoquímico da biópsia a céu aberto de língula foram compatíveis com hemangioendotelioma epitelióide.

Título: Proteínose Alveolar Pulmonar: Relato de Quatro Casos – Londrina-PR.

Autores: Mansano, A, M; Goya, C; Kishima, M, O; Gomes, M, U; Thomson, J, C.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução. A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara (incidência de 1:2.000.000) caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteínico no interior dos alvéolos. Apresentação clínica variável, sendo a dispnéia o sintoma mais comum, podendo ocorrer tosse, febre, astenia, dor torácica, emagrecimento e, raramente, hemoptise. **Objetivos.** Apresentar a evolução de quatro casos de PAP, enfocando a importância da lavagem pulmonar como tratamento. **Casuística e Métodos.** Estudo retrospectivo de quatro pacientes, sendo três do gênero feminino e um do masculino, idades de 22 a 34 anos. Histórias semelhantes de dispnéia progressiva e tosse seca. Diagnóstico final realizado por biópsia pulmonar a céu aberto. A lavagem pulmonar foi realizada em três pacientes em Centro Cirúrgico, com anestesia geral e sonda de duplo lúmen. **Resultados.** Um paciente apresentou regressão espontânea da PAP, não sendo necessária a lavagem pulmonar. Nos outros três, o número de lavagens variou desde uma única lavagem unilateral com remissão completa do quadro bilateral, três lavagens sem melhora significativa e quatro procedimentos intercalados com períodos de melhora. **Discussão.** A lavagem pulmonar permanece como tratamento mais efetivo da PAP, apesar de alguns pacientes apresentarem certa resistência ao procedimento, enquanto outros podem ter uma remissão completa.

Título: Endometriose Pleural - Relato de Caso

Autores: Afonso-Jr JE., Ribeiro SCC., Costa ELV., Canzian M., Onishi R., Vaz MAC.

Instituição: Disciplina de Pneumologia - HC/FMUSP

INTRODUÇÃO: Endometriose é a proliferação de tecido endometrial, fora da cavidade uterina. A apresentação intra-torácica é rara, sendo a manifestação pleural uma de suas formas.

RELATO DO CASO: Paciente 47 anos, com antecedente de pneumotórax espontâneo bilateral há 5 anos, submetida na época a ressecção de bolhas justas pleurais e pleurodese com talco à direita. Procurou o HC/FMUSP em maio de 2003 com queixa de tosse seca, dispnéia, dor torácica pleurítica e dor abdominal há 12 meses, com episódios de piora relacionados ao período menstrual. Ao exame físico apresentava-se taquipnéica, com murmúrios vesiculares diminuídos em metade inferior do hemitórax esquerdo e macicez à percussão desta região. O exame abdominal era normal. A radiografia de tórax revelava derrame pleural, que foi puncionado, mostrando-se hemorrágico, com DHL=2443 (sérico era 788). A citologia do líquido revelou: 600 células, 36% de leucócitos, 15% neutrófilos, 1% eosinófilos, 81% linfócitos, 1% de células mesoteliais e 63% de macrófagos (pigmentóforos). Negativo para células neoplásicas. A biópsia pleural mostrou apenas pleurite crônica inespecífica. Tomografia computadorizada e ultrassom de abdome também foram inconclusivos.

Foi então indicada nova biópsia pleural por agulha, que desta vez evidenciou tecido endometrial sem atípia, caracterizando o quadro como endometriose pleural.

DISCUSSÃO: Já foram descritos diversos casos de endometriose pulmonar e pleural. Muitas vezes a primeira manifestação é pneumotórax associado a derrame pleural e ascite hemorrágicos. Apesar de rara, a endometriose pleuro-pulmonar deve ser considerada em pacientes em idade fértil, com derrame pleural e ascite hemorrágicos e piora dos sintomas no período menstrual.

Título: Metástase Cutânea Facial como Primeira Manifestação de Neoplasia Pulmonar

Autores: José Wellington Alves dos Santos, Aline Mathias, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Alessandro Zordan, Fábio Pires Santos, Alessandra Bertolazi, Cristiano Tonello, Cleber Antonio Fiorini.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS

Introdução: Metástases cutâneas clinicamente evidentes de carcinoma pulmonar são raras, ocorrendo em 1 a 12% dos casos. A disseminação metastática ocorre preferencialmente pelas vias hematogênica e linfática podendo envolver qualquer área da pele, sendo, em ordem decrescente, as regiões do tórax, dorso, abdômen, couro cabeludo e pescoço as mais acometidas. As lesões de pele podem ser a apresentação inicial de neoplasia pulmonar subjacente, podendo em algumas ocasiões simular neoplasias primárias de pele.

Relato de caso: OS, feminina, 73 anos, branca, do lar, ex-tabagista 30 anos/maço, com HAS há 4 anos. Há 6 meses relata aparecimento de nodulação dolorosa em mandíbula esquerda com crescimento progressivo. Há 15 dias apresentando intensificação da dor, hiperemia e calor no local da lesão. Há 5 dias com quadro de febre e tosse produtiva. Ao RX apresentava massa de 4cm de diâmetro em lobo superior esquerdo associada a atelectasia do mesmo. A tomografia revelou lesão expansiva sólida com 3,8 cm de diâmetro no terço médio do pulmão esquerdo, adenomegalias hilares, subcarinais e paratraqueais. A biópsia de pele da região mandibular evidenciou metastase cutânea de carcinoma de células escamosas.

Conclusão: Pacientes com história de tabagismo e lesões cutâneas devem ser submetidos a biópsia de pele seguida por RX de tórax devido a possibilidade da metastase cutânea ser a primeira manifestação de uma neoplasia pulmonar.

Título: Síndrome da Embolia Gordurosa: Relato de Caso

Autores: José Wellington Alves dos Santos, Rubens Gabriel Feijó Andrade, Alessandra Bertolazzi, Cleber Antonio Fiorini, Alessandro Zordan, Rodrigo Bortoli, Ariovaldo Leal Fagundes, Fábio Pires Santos.

Instituição: Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS

Introdução: A síndrome da embolia gordurosa que se caracteriza por inadequada perfusão tecidual, resultando em hipóxia ou anóxia, ocorre mais comumente como complicação de fratura traumática de ossos longos estando associada a uma mortalidade de 10-20%. O diagnóstico dessa síndrome, além da análise dos fatores de risco, baseia-se na tríade clínica de hipoxemia com novos infiltrados pulmonares, disfunção neurológica e petéquias com alteração do sistema de coagulação. As petéquias estão presentes em 40 a 50% dos casos sendo observadas nas regiões axilares, tórax, pescoço, conjuntivas e abdome.

Relato de caso: CPR, masculino, 30 anos, açougueiro, previamente hígido, vítima de acidente de trânsito com fratura de fêmur direito e esquerdo há 72 horas, com tração esquelética dos membros inferiores. Apresentando confusão mental e petéquias amplamente distribuídas pelo tórax, regiões axilares e pescoço. A gasometria arterial revelava valores de PH=7,44; PaO2=57; PCO2=37,9; SatO2=90. O radiograma de tórax demonstrou o aparecimento de infiltrado pulmonar à esquerda. Realizada tomografia verificou-se padrão em vidro fosco nas bases pulmonares.

Conclusão: A síndrome da embolia gordurosa é um diagnóstico de exclusão baseado na análise de fatores de risco e sinais clínicos facilmente identificáveis.

Título: Síndrome de Kartagener – Relato de Caso
Autores: Kelma K. Rosatto; Patrícia H.O. Moreira; Mauro Gomes; Roberto Stirbulov
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa/ SP – Disciplina de Pneumologia.

Resumo: Caso Clínico: C.S., sexo masculino, 27 anos, com história de infecções pulmonares de repetição desde o primeiro ano de vida acompanhadas por sinusopatia crônica. Encaminhado ao Serviço Ambulatorial do Departamento de Pneumopediatria aos 10 anos foi constatado situs inversus totalis e realizado diagnóstico de Síndrome de Kartagener. Aos quatorze anos foi transferido para o Serviço Ambulatorial do Departamento de Pneumologia Adulto onde mantém o acompanhamento até hoje. Exame físico: paciente em bom estado geral. Bulhas cardíacas audíveis à direita. Estertores crepitantes em ambas as bases. Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo moderado (VEF1/CVF=58%). Espirometria normal. Radiografia de tórax com situs inversus, confirmado à TC de tórax de alta resolução, que demonstrou a também a presença de bronquiectasias. TC de seios da face com pansinusite.

Discussão: A Síndrome de Kartagener é definida por situs inversus, bronquiectasias e sinusopatia crônica. Caracterizada por alteração grave dos movimentos ciliares do revestimento brônquico, causando falha no sistema de defesa dos brônquios resultando em bronquiectasias. É de etiologia ainda desconhecida, acreditando-se que ela seja uma anormalidade genética autossômica recessiva, com penetrância incompleta. Predomínio no sexo masculino. A incidência de síndrome de Kartagener em pacientes com situs inversus é de 18%. O tratamento inclui fisioterapia respiratória rigorosa, antibioticoterapia profilática e imunização tentando prevenir as infecções brônquicas e sinusais. Estágios mais tardios da doença podem requerer: intervenção cirúrgica das bronquiectasias ou transplante pulmonar em estágios finais da doença. Embora a ressecção pulmonar seja realizada é raro o caso em que se consiga retirar todas as bronquiectasias presentes. As indicações de exérese pulmonar por bronquiectasias continuam sendo hemoptise, supuração grave e repetida.

Título: Análise Multivariada de Fatores de Risco Para Complicação Pulmonar Pós-operatória em Neurocirurgia
Autores: Sogame, LCM; Faresin, SM; Jardim, JR.
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Espírito Santo.

Resumo: Introdução: Estudos recentes vêm demonstrando que os pacientes submetidos à craniotomia eletiva apresentam redução dos volumes e capacidades pulmonares, diminuição das pressões inspiratória e expiratória máximas, inversão do padrão respiratório e alteração das trocas gasosas. Demonstrou-se ainda importante desenvolvimento de complicação pulmonar pós-operatória (CPP) nesse grupo de pacientes.

Objetivos: Verificar se as variáveis clínicas como idade, consumo tabágico, pneumopatia, sintomas respiratórios, doença clínica, nível de consciência, ventilação mecânica (VM) prolongada, sonda nasogástrica; e as variáveis cirúrgicas como tempo, tipo e local de cirurgia são fatores de risco para o desenvolvimento de CPP e ocorrência de óbito em pacientes submetidos à craniotomia eletiva.

Material e métodos: Foram estudados 236 pacientes portadores de tumor, aneurisma, epilepsia, mal formação arteriovenosa, fistula e Síndrome de Arnold Chiari. Realizou-se a avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-operatório dos pacientes até a alta hospitalar ou óbito dos mesmos verificando-se a ocorrência de CPP (pneumonia, traqueobronquite, atelectasia, insuficiência respiratória aguda, broncoespasmo) e as causas de óbito.

Resultados: Dos 236 pacientes, 58 (25%) apresentaram CPP e 23 (10%) evoluíram para óbito. A CPP mais frequente foi traqueobronquite 42% (32/76), seguida por pneumonia 26% (20/76), broncoespasmo 25% (19/76) e atelectasia 7% (5/76). Realizando-se a análise multivariada verificamos como fator de risco para o desenvolvimento de CPP: local de cirurgia (p<0,000), tempo de VM (p<0,000), dias de internação na UTI (p<0,000), nível de consciência no pós-operatório (p<0,002), tempo de cirurgia (p<0,01) e pneumopatia (p<0,04). [Área abaixo da Curva ROC = 0,93]. Realizando-se a análise multivariada verificamos como fator de risco para a ocorrência de óbito: tempo de VM (p<0,000), dias de internação na UTI (p<0,001), CPP (p<0,001) e presença sintomas respiratórios (p<0,04). [Área abaixo da Curva ROC = 0,95].

Conclusão: A constatação, neste estudo, da grande incidência de CPP e da existência de fatores de risco clínico e cirúrgicos em pacientes submetidos a craniotomia nos leva a sugerir a necessidade de se instituir medidas preventivas nesse tipo de cirurgia, o que inclui a avaliação pré-operatória e a realização de fisioterapia respiratória.

Título: Efeito do Hábito Tabágico na Redução da Capacidade Vital em Pacientes Submetidos a Craniotomia.
Autores: Sogame, LCM; Gazzotti, M; Hayashi, LY; Vidotto, M; Jardim, JR.
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Espírito Santo.

Introdução: As alterações da função pulmonar são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de complicação pulmonar pós-operatória (CPP) em cirurgia geral. Alguns trabalhos têm demonstrado reduções da capacidade vital (CV) em pacientes neurocirúrgicos. Contudo, não há pesquisas que relacionem essas alterações em pacientes submetidos a craniotomia quando se considera o hábito tabágico.

Objetivo: Quantificar a redução da CV em pacientes submetidos a craniotomia eletiva. Averiguar a associação entre a evolução da CV e o hábito tabágico desses pacientes.

Material e método: 40 pacientes submetidos a craniotomia eletiva foram avaliados quanto a CV (ventilômetro) no pré-operatório (PRÉ) e 1°, 2°, 3° e 4° pós-operatório (PO) e quanto ao hábito tabágico - fumante (n=8), ex-fumantes (n=9) e não fumante (n=23). Utilizou-se teste T de Student pareado e não pareado para a análise dos dados.

Resultados: Verificou-se nos 40 pacientes redução significativa (p<0,001) dos valores de CV no 1° PO (37%), 2° PO (30%), 3° PO (17%) e 4° PO (11%) quando comparados aos valores PRÉ. Existiram, também, diminuições significantes entre os períodos PRÉ e PO nos fumantes (F), ex-fumantes (ExF) e não fumantes (NF). Observou-se alteração significativamente maior (p<0,04) da CV no 1° PO e 3° PO e na margem de significância (p=0,07) no 2° PO e 4° PO nos pacientes fumantes comparados aos não fumantes. A CV dos ex-fumantes é diferente da encontrada nos demais pacientes já no pré-operatório.

Delta % dos valores de CV

	1° PO	2° PO	3° PO	4° PO
F	55%*	39%*	25%*	12%*
ExF	42%*	31%*	25%*	16%*
NF	29%*	26%*	11%*	9%*

* (p<0,05)

Conclusão: Os pacientes submetidos a craniotomia têm reduções significantes da CV até o 4° PO independentemente de serem fumantes ou não. Entretanto, os fumantes têm maior diminuição da CV se comparados aos não fumantes. Essa alteração mais acentuada no fumante pode em parte justificar o fato do tabagismo ser considerado fator de risco para o desenvolvimento de CPP.

Título: Eficácia da Posição Prona em Paciente com SDRA: Relato de Caso
Autores: Luciana Dias Chiavegato; Mariana Teixeira da Silva; Ana Paula Breda
Instituição: Hospital do Rim e Hipertensão - UNIFESP/EPM

Nos últimos anos a posição prona é usada para otimizar o tratamento da SDRA, sendo considerada um método simples e seguro de aumentar a oxigenação.

V.L.C., sexo feminino, 52 anos, (QUANTOS QUILOS?) com diagnóstico de insuficiência renal crônica dialítica há 2 anos, e internou para realização de hernioplastia incisional.

No 3° dia de pós-operatório evoluiu com choque séptico de foco abdominal e SDRA (PCP: 17, RX: infiltrado bilateral difuso, PaO2/FiO2: 68). Optou-se por utilizar ventilação protetora com os seguintes parâmetros ventilatórios: PC: 22cmH2O (Vt: 400ml), tinsp: 1.0s, f: 14rpm, PEEP: 17cmH2O, FiO2: 100%. Gasimetria arterial: pH: 7.16, PaCO2: 52, PaO2: 69, HCO3: 18, BE: -10, SatO2: 86%.

O tratamento fisioterapêutico incluía manobras de reexpansão pulmonar, aspiração orotraqueal e recrutamento alveolar com PEEP: 30cmH2O, PC: 15cmH2O, Tins: 3.0s, f: 10rpm, durante 1 minuto.

Pela necessidade de alta fração inspiratória de oxigênio com um relação PaO2/FiO2: 68, a paciente foi colocada em posição prona durante 24 horas, com evolução satisfatória da PaO2/FiO2, como mostram os exames colhidos.

- Após a primeira hora em prona obteve-se a gasimetria arterial: pH: 7.32 PaCO2: 45, PaO2: 205, HCO3: 22, BE: -3, SatO2: 99%, FiO2: 100% PaO2/FiO2: 205;

- Após a segunda hora: pH: 7.38, PaCO2: 38, PaO2: 178, HCO3: 22, BE: -2, SatO2: 99%, FiO2: 80%, PaO2/FiO2: 222;

- Após a terceira hora: pH: 7.33, PaCO2: 42, PaO2: 145, HCO3: 21, BE: -3, SatO2: 99% FiO2: 60%, PaO2/FiO2: 241;

- Após 24 horas: pH: 7.40, PaCO2: 35, PaO2: 109, HCO3: 22, BE: -2, SatO2: 98%, FiO2: 50%, PaO2/FiO2: 218.

O uso da posição prona mostrou-se eficaz para melhora da oxigenação quando utilizada na primeira fase da SDRA, pelo aumento da capacidade residual funcional seguida de redução da pressão de fechamento alveolar, aumento da perfusão, mobilização de secreções e melhora da relação ventilação perfusão, podendo reduzir também, as lesões causadas pela ventilação.

Título: Abordagens Terapêuticas em Pacientes Portadores de Bola Fúngica Sem Condições

Autores: Valery MIBA¹, Marques JCS², Lastebasse FG³, Fontes APA⁴, Camargo PP⁵.

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual - SP

Relatamos a abordagem terapêutica de dois casos com diagnóstico de Bola Fúngica com hemoptise grave internados em nosso serviço. 1º caso: Paciente de 61 anos, masculino, referindo há 1 dia, 3 episódios de hemoptise (200ml) associada a tosse e dor torácica em 1/3 médio HTD. Referia nos últimos 6 meses, 3 episódios semelhantes. Portador de DPOC, ex-tabagista 45 anos/maço e antecedente de tuberculose pulmonar tratada há 5 anos.

2º caso: Paciente de 39 anos, masculino, referindo há 15 dias dor subescapular à E e escarros com sangue. Referiu nos últimos 2 dias hemoptises recorrentes (+/- 200ml). Relatou episódio semelhante há 2 anos. Tem antecedentes pessoais de etilismo crônico e tuberculose pulmonar recidivada tratada há 7 anos.

A investigação para tuberculose pulmonar e a pesquisa de fungos foram negativas e os exames radiológicos confirmaram a presença de Bola Fúngica nos dois casos. A broncoscopia demonstrou a presença de secreção amarelada em LSD (caso 1) e sangramento ativo proveniente do segmento apical de LSD (caso 2). A avaliação funcional indicou que ambos apresentavam VEF1 < 1,0L.

Optou-se: no caso 1 por segmentectomia não-anatômica apical e posterior e no caso 2 por embolização de artéria brônquica direita. A evolução foi satisfatória em ambos. O tratamento de escolha para Bola Fúngica é cirúrgico. Discutiremos as opções terapêuticas em pacientes com contra indicações clínico-funcionais para tratamento convencional.

Título: Criptococose Disseminada em Paciente Imunocompetente

Autores: Valery MIBA¹, Nascimento AV², Souza R³, Souza EP⁴, Zacarias FC⁵

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP

Relatamos o caso de paciente masculino, 44 anos, tratado inicialmente para pneumonia comunitária evoluindo, com melhora clínica e imagem radiológica residual. Retorna 4 meses após o primeiro tratamento com reaparecimento dos sintomas e piora radiológica. Submetido a nova investigação, apresentou cultura do LBA e biópsia transbronquica positivas para *Cryptococcus* sp. A pesquisa de infecções extra-pulmonares resultou em tomografia de crânio normal, LCR com aumento de leucócitos e de proteínas, cultura positiva para *Cryptococcus* sp. e alterações de enzimas hepáticas. A investigação imunológica foi normal. Configurado diagnóstico de Criptococose disseminada em paciente imunocompetente. Tratado com anfotericina B até a dose total de 2g. Atualmente em uso de fluconazol com estabilidade radiológica e programação de cirurgia da lesão residual. A Criptococose Disseminada em paciente imunocompetente é uma entidade rara. Discutiremos a investigação imunológica, a evolução radiológica e opções terapêuticas.

Título: Imunodeficiência Comum Variável Como Causa de Pneumonias de Repetição

Autores: Valery MIBA¹, Soibelman VL², Nagy ALL³, Souza R⁴, Lastebasse FG⁵

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP

Descrevemos caso de paciente do sexo feminino, vinte e quatro anos, internada para tratamento de Pneumonia Grave Adquirida na Comunidade. Há dois anos apresentava infecções de repetição, caracterizadas por episódios de sinusopatias e pneumonias em diferentes localizações. Houve necessidade de pelo menos três internações para tratamento nesse período. Relatava uso adequado dos antibióticos. Os controles radiológicos posteriores aos tratamentos mostravam resolução dos episódios. Submetida à investigação em outro serviço, diagnosticado bronquiectasias. Realizou broncoscopia cujo resultado foi normal e a biópsia transbronquica foi inconclusiva. Os quadros infecciosos tornaram-se mais frequentes nos últimos seis meses. Negava tabagismo e referia rinite alérgica e asma desde a infância, utilizando tratamento tópico com corticosteróides nasal e pulmonar irregularmente e uso de medicações de resgate ocasionalmente. A investigação imunológica evidenciou hipogamaglobulinemia acentuada. A eletroforese de imunoglobulinas demonstrou uma diminuição acentuada de todas as frações. O diagnóstico de Imunodeficiência Comum Variável será discutido, como causa de Pneumonias de repetição assim como a evolução do caso.

Título: Mycobacterium kansasii: relato de seis casos

Experiência do Serviço do DAR-HSPE(SP)

Autores: Valery MIBA¹, Marques JC², Souza EP³, Camargo PP⁴, Brasileiro GS⁵

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP

Descreveremos a experiência do Serviço do DAR de seis casos de pacientes HIV negativos com infecção por *M. kansasii*. *M. kansasii* é considerada a segunda micobactéria atípica mais comum produzindo infecção no homem. É uma micobactéria de crescimento lento que pode produzir infecção em indivíduos normais e em imunodeprimidos. O achado de *M. kansasii* tornou-se mais frequente após o advento da infecção pelo HIV.

O isolamento foi obtido em seis casos com idades que variaram de 33 a 70 anos, com características clínicas e radiológicas que serão detalhadas na apresentação final. Apenas quatro desses pacientes submeteram-se a tratamento. Dois são considerados curados e dois permanecem em uso da medicação. O diagnóstico de infecção por *M. kansasii* é de difícil realização, o que retarda consequentemente o tratamento. Os critérios utilizados para o diagnóstico e a evolução dos casos tratados e não tratados serão detalhados e comparados com os descritos na literatura.

Título: Mycobacterium peregrinum: Relato De Caso
Autores: Valery MIBA¹, Brasileiro GS², Camargo PP³, Nagy ALL⁴, Lastebase FG⁵
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP

As micobactérias de crescimento rápido estão amplamente distribuídas no ambiente e podem produzir doença em indivíduos normais e em imunodeprimidos.

Apresentamos relato de caso de paciente do sexo masculino 60 anos, portador de DPOC, internado com sintomas constitucionais e respiratórios há 30 dias. Submetido à investigação diagnóstica, encontrado BAAR positivo no escarro e LBA. O diagnóstico inicial foi de Tuberculose pulmonar, sendo introduzido esquema 1. O resultado da cultura evidenciou a presença de Mycobacterium peregrinum. O Mycobacterium peregrinum faz parte do complexo M. fortuitum. As micobactérias de crescimento rápido podem produzir infecções na pele, tecido subcutâneo, gânglios, coração e raramente infecções pulmonares em indivíduos normais e em imunodeprimidos. Discutiremos os achados clínicos, radiológicos e opções terapêuticas pertinentes ao caso.

Título: Teleangiectasia Hemorrágica Hereditária com Hipertensão Pulmonar Primária
Autores: Valery MIBA¹, Campos CMS², Brasileiro GS³
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP e Hospital Alvorada-Moema

Discutiremos caso de paciente em investigação por Hipertensão Pulmonar Primária que apresentava episódios repetidos de epistaxe, responsável por várias internações por anemia aguda necessitando de hemotransfusões repetidas. A angiografia carotídea evidenciou presença de teleangiectasias em região facial que foram embolizadas. Após a embolização diminuíram consideravelmente os episódios de epistaxe, não havendo necessidade de novas intervenções. A arteriografia pulmonar evidenciou Hipertensão Pulmonar ausências de malformações arteriovenosas pulmonares, levando ao diagnóstico de Teleangiectasia Hemorrágica Hereditária ou síndrome de Rendu-Osler-Weber na forma de esporádica e familiar que se acompanha de Hipertensão Pulmonar Primária. Apresentaremos os resultados dos exames laboratoriais realizados durante a investigação assim como a documentação radiológica.

Título: Tuberculose Pulmonar associada a ANCA – C positivo
Autores: Valery MIBA¹, Katz MH², Nagy ALL³, Lastebase FG⁴, Salvestro JES⁵
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual /SP

Descrevemos quadro de paciente do sexo feminino, 42 anos, branca, natural e procedente de São Paulo-Capital, que recorreu ao serviço para controle após tratamento de "Pneumonia". Referia que há vinte dias iniciou quadro de dor torácica, não associada aos movimentos respiratórios, acompanhada de tosse seca de pequena monta, foi ao serviço de emergência, medicada com antibióticos por três dias e encaminhada para controle ambulatorial. No controle apresentava-se assintomática, normal ao exame físico e com alterações radiológicas (serão demonstradas). A pesquisa de BAAR no escarro em três amostras foram negativas e o PPD foi negativo. A broncoscopia foi normal e a pesquisa de BAAR no lavadobroncoalveolar negativa. A hipótese diagnóstica provável era de Tuberculose, optamos por tratamento empírico com esquema I. A paciente evoluiu com artralgias severas e intolerância gástrica com vômitos incoercíveis após dez dias necessitando a suspensão da medicação e da avaliação das enzimas hepáticas que foram normais. O quadro radiológico mantinha-se inalterado e os exames imunológicos realizados demonstraram positividade do ANCA-C e do FAN. Frente à possibilidade diagnóstica de Granulomatose de Wegener, a paciente foi submetida à biópsia à céu aberto cujo diagnóstico anátomopatológico foi de Tuberculose. Demonstraremos a evolução radiológica e a possibilidade de reação cruzada do ANCA-C com outras patologias.

Título: Perfil do Fumante que Procura um Centro de Tratamento do Tabagismo
Autores: Gonçalves MS; Santos SRRA; Silva, CR; Domingues FM; Jardim JR
Instituição: PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo) - UNIFESP

Introdução: apesar do grande número de levantamentos epidemiológicos na literatura, há grande carência de estudos avaliando perfil dos fumantes que procuram centros de tratamento do tabagismo.

Objetivo: investigar o perfil do fumante que procura Programa de Cessação do Tabagismo.

Métodos: avaliados fumantes inscritos no PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo) da UNIFESP, de Janeiro 2002 a Maio 2003, através de inquérito epidemiológico.

Resultados: média de idade: 45,3 + 12 anos; 58,6% sexo feminino. Classificação econômica: 71,4% entre classes B e C. Escolaridade: 63% pelo menos colegial completo. Antecedentes patológicos mais descritos foram ansiedade (69,0%) e depressão (40,4%). Idade de início: 15,6 + 4,0 anos. Tempo médio de tabagismo: 29,3 + 12,1 anos. Média de consumo: 29,8 + 14,4 cigarros/dia. Dependência à nicotina (Fagerström): 6,2 + 2,1 (elevada). Depressão em 50,2% dos inscritos. Motivos para começar a fumar: curiosidade (56,5%), desejo de imitar amigos (53,2%). Para 70,9% tabagismo faz mal aos filhos; para 56,2% faz mal aos cônjuges. Motivos para parar: decisão própria (54,2%) e prevenção de doenças (46,3%). Intervalo entre decisão de parar e busca de auxílio: maior que 12 meses em 31,5%. Tentativas de parar: 60,9% entre 1 e 3 tentativas. Inscritos afirmaram precisar de ajuda para parar (96,0%).

Conclusões: fumantes que buscam auxílio para parar de fumar são predominantemente do sexo feminino, possuem classificação econômica favorável, alto grau de escolaridade, alto grau de dependência à nicotina e grande prevalência de depressão. Motivam-se a parar de fumar por decisão própria e para prevenir doenças, mas em geral demoram mais de 1 ano entre esta decisão e a busca de auxílio, após 1 a 3 tentativas sem sucesso.

A tendência de se moldar novos programas de auxílio à interrupção do tabagismo de acordo com a população-alvo mostra a necessidade de se investigar este perfil na busca de subsídios para se alcançar melhores resultados.

Título: Granulomatose Broncocêntrica
Autores: Rodrigues, Mauri M. Fuzi, Clarice E.; Morrone, Rita de Cássia G. L.; Coletta, Ester M.
Instituição: Hospital do Servidor Público Municipal

Mulher, 63 anos, asmática com dispnéia (Mahler 5), chiado e expectoração mucóide há 05 meses, em uso de corticóide inalatório e broncodilatador spray. Durante este período teve várias internações por exarcebação da asma, algumas em UTI, e recebeu vários antibióticos. Antecedentes: Hérnia hiatal com esofagite erosiva. Nega: TB, exposição ambiental e tabagismo. Exame físico: REG, taquipneia; Ausculta pulmonar: MV diminuído com sibilos e estertores inspiratórios no terço inferior do HMTD; ACV: RCR 2T sem sopro; Exames: Hemogramas de entrada – leucocitose 15000-30000 cels/mm³ (S-80%) e sem eosinofilia; Espirometria: IT – 0,45 (55%), CVF – 1,73l (61%), VEF1 – 0,78 (34%) sem resposta a BD; SaO₂ – 93%; FAN e FR – negativos; ECO com FE 0,66; Rx de tórax – infiltrado reticular nos campos inferiores. Evolução: A TCAR de tórax mostrou nódulos bilaterais e opacidades em vidro fosco. O anatomopatológico da biópsia pulmonar por minitoracotomia esquerda, revelou lesão broncocêntrica com a formação de granulomas peribronquiolares e áreas de pneumonia em organização, correspondente ao da granulomatose broncocêntrica. Na investigação domiciliar de exposição ocupacional detectou-se uma parede forrada de mofo na dispensa. A paciente foi afastada do local e medicada com prednisona 20mg/dia. Desde então não teve crises e as imagens radiológicas involuíram.

Título: Dispnéia Intermitente Após Pneumonectomia
Autores: Alameddine M., Afonso-Jr JE., Borges ER., Suesada MM., Takagaki TY., Barbas CSV.
Instituição: Disciplina de Pneumologia - HC/FMUSP

Relatamos o caso de uma paciente de 33 anos com episódios de dispnéia e cianose intermitentes. Os sintomas iniciaram-se 2 semanas após ter sido submetida a pneumonectomia direita. Durante cinco meses após cirurgia, foi tratada diversas vezes para broncopneumonia de comunidade. Ao ser admitida em nosso serviço com nova descompensação da dispnéia, negava febre, tosse ou secreção purulenta. Negava broncoespasmo nos episódios ou história de asma na infância. A radiografia de tórax era condizente com o status pós-operatório de pneumonectomia direita, sem sinais de infecção. Seus exames laboratoriais eram normais. À investigação, após afastarmos asma e infecção, tanto a tomografia de tórax helicoidal com contraste quanto a cintilografia pulmonar foram negativas para tromboembolismo pulmonar. A broncoscopia e a tomografia de tórax também afastaram a hipótese de síndrome pós-pneumonectomia. Durante a internação, notamos que a paciente tornava-se dispnéica e cianótica na posição ortostática, mas não em decúbito horizontal. Levantamos, assim, a hipótese de shunt direita-esquerda e a Síndrome de Platipnéia-Ortodeóxia foi confirmada através do ecodopplercardiograma contrastado. Foram realizados estudos hemodinâmicos e a paciente foi submetida ao fechamento cirúrgico do forame oval patente, com melhora total dos sintomas e retorno da saturação de oxigênio em ar ambiente para 96% em posição ortostática e supina. Descrevemos sucintamente a rara Síndrome de Platipnéia-Ortodeóxia e seus possíveis mecanismos fisiopatológicos.

Título: Manifestação Pulmonar Atípica por Paracoccidioides Brasiliensis (Pbmicose).
Autores: Vega, N.A.; Vega, H.A.O.; Pereira, L.P.; Kazava, D.K.; Carvalho, K.G.; Arruda, F.T;
Instituição: Departamento de Pneumologia e Cirurgia torácica da Faculdade de Medicina Barão de Mauá/ Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

LAM, 52 anos, masc., pintor, procedente e natural de Ribeirão Preto/ SP; apresentou história de dispnéia progressiva há 3 meses, tosse com expectoração esverdeada, febre e emagrecimento de 10 Kg em 40 dias; tabagista, etilista, tendo como antecedente familiar um irmão que fez tratamento para tuberculose há 8 anos.

Ao exame físico de entrada evidenciou-se regular estado geral, paciente desnutrido e desidratado, cianótico, icterício, sem gânglios palpáveis, taquipnéico (23 irpm).

Aparelho respiratório: expansibilidade reduzida HTE, frêmito tóxico vocal diminuído em HTE, percussão com maciez em 1/3 médio e inferior de HTE; ausculta com Murmúrio vesicular abolido em 1/3 médio e inferior. Os exames radiológicos evidenciaram derrame pleural moderado à esquerda e múltiplos nódulos no parênquima pulmonar; paciente foi submetido à toracotomia a céu aberto com biópsia pulmonar; o diagnóstico de Paracoccidioidomicose foi confirmado após a análise dos fragmentos pulmonares pelo método de metaminaprata.

Classicamente a Paracoccidioidomicose (Pbmicose) tem evolução lenta, o paciente manifesta crises de tosse, expectoração, hemoptises, febre, simulando uma tuberculose. No estudo radiológico, a lesão pulmonar aparece como um infiltrado de piócitos no terço médio do pulmão, em forma de asa de borboleta, raramente se manifestando com derrame pleural.

Reforça-se a importância de se fazer diagnóstico diferencial de Pbmicose nas patologias que cursam tipicamente com derrame pleural.

Título: Paragonimíase Pleuropulmonar Associada à Adenocarcinoma
Autores: Silva, PHB; Lima, R; Reis, EF; Xavier, MC; Fama, AS; Oliveira, ACR.
Instituição: Hospital Sanatorinhos Itapevi - Serviço de Clínica Médica e Pneumologia

Paragonimíase é uma parasitose rara que ocorre principalmente no Japão, Coreia, Formosa e China. Está relacionada à ingestão de carnes mal cozidas, principalmente crustáceos. O quadro clínico inclui uma fase aguda caracterizada por dor abdominal, diarreia, febre, hepatoesplenomegalia. Durante a fase crônica ocorre tosse, hemoptise, dispnéia. Radiologicamente, pode-se encontrar nódulos pulmonares ou massa e derrame pleural. O diagnóstico é feito pela pesquisa de ovos de Paragonimus em escarro, líquido pleural ou fezes, ou pelo achado anátomo-patológico. O tratamento é com praziquantel. RELATO DE CASO: Mulher, 56 anos, brasileira, branca, tabagista, sem patologias associadas, foi encaminhada ao HSI com quadro de dispnéia progressiva, dor torácica e tosse seca. Ao exame físico apresentava-se em regular estado, pouco emagrecida. Murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito. Bulhas rítmicas. Abdômen normal. Raio-X: infiltrado micronodular difuso e extenso derrame pleural à direita, confirmados à tomografia computadorizada de tórax. A paciente foi submetida a punção-biópsia pleural com saída de líquido acastanhado. O anátomo-patológico da pleura revelou metástase de adenocarcinoma e presença de ovos com morfologia de Paragonimus sp. Foi então realizada investigação do tumor primário, concluindo tratar-se de tumor primário do pulmão. Não foram encontradas metástases à distância nem ovos de Paragonimus em escarro ou outros órgãos. A paciente recebeu então praziquantel sendo encaminhada logo após para tratamento quimioterápico. DISCUSSÃO: Paragonimíase é entidade rara, sendo ainda mais rara se associada à neoplasia, como o caso descrito. Apesar de incomum, a paragonimíase deve ser incluída no diagnóstico diferencial de tuberculose e neoplasias, devido ao quadro clínico arrastado bem como as alterações radiológicas encontradas.

Título: Mensuração da Pressão de Cuff em Terapia Intensiva
Autores: Caserta R; Medeiros S; Kanda S; Kaneco M; Pinho E; Marconi J; Cavalheiro L; E.Knobel
Instituição: Hospital Albert Einstein, São Paulo-SP

Introdução: A mensuração da pressão de cuff do tubo endotraqueal é usado para prevenir escapes de gás e aspiração pulmonar em pacientes com ventilação mecânica. O volume inflado no cuff gera uma pressão que é transmitida diretamente para a parede da traquéia ao redor do cuff. Entretanto, pressões de cuff acima de 22 cmH₂O está relacionada a diminuição do fluxo capilar, com desaparecimento desse fluxo em níveis acima de 42 cmH₂O com consequentes graus de isquemias e suas complicações como ulcerações, estenose de traquéia e fístula traqueobrônquica. A relação entre intubação prolongada e a lesão da mucosa traqueal também tem sido bem demonstrada. Áreas de lesões da mucosa e alterações ciliares são visto após 2 horas de intubação. Vyas e cols. demonstraram que 62% dos pacientes estavam com pressões de cuff acima do recomendado e que 75% das UTIs que foram pesquisadas não mensuravam rotineiramente a pressão.

Pressões de cuff não são rotineiramente mensurados e estudos tem demonstrado que a palpação do cuff é insuficiente para detectar altas pressões. Além disso, não se tem descrito na literatura quantas medidas diárias são necessárias para manutenção da pressão de cuff nos limites aceitáveis.

Objetivo: Analisar a necessidade de se mensurar a pressão de cuff 3 vezes ao dia. **Método:** De março a abril de 2003 foram realizadas 612 medidas de cuff de tubo endotraqueal e de cânula de traqueostomia em 102 pacientes sob ventilação mecânica. A pressão de cuff foi mensurada em cmH₂O utilizando manômetro de pressão (Posey). As medidas foram coletadas no período da manhã, tarde e noite e recomendava-se limites até 25cmH₂O. Registramos as medidas encontradas, e as modificadas se houvesse necessidade de alterações de pressões. Todos os pacientes usavam cânula de baixa pressão (Mallinckrodt Medical, e Shiley). **Resultados:** As médias de pressões medidas no período da manhã foram 21,3137, da tarde 22,9118 e da noite 23,4804, sendo este resultado com diferença estatística entre as medidas da pressão de cuff mensuradas no período da manhã e tarde (p=0,001) e sem diferença estatística no período da noite (p=0,211), sugerindo que não há necessidade de se mensurar a pressão no período noturno. A média de pressão de cuff em todos os períodos foi de 24,5472 cmH₂O. Em 36% dos pacientes a primeira medida realizada da pressão de cuff estava acima de 31cmH₂O.

Conclusão: A Mensuração da pressão de cuff representa um simples e reprodutivo método de analisar a pressão exercida na mucosa traqueal e de acordo com o nosso estudo deve ser mensurada apenas duas vezes por dia no período da manhã e da tarde.

Título: Vigilância e Análise do Tempo de Desmame da Ventilação Mecânica
Autores: Silva,CSM.; Eid,RC.; Cavalheiro,LV.; Colleti,GA.; Taniguchi C; Gimenez AC; GAR; Knobel,E.
Instituição: Hospital Albert Einstein, São Paulo-SP

Introdução- A porcentagem de pacientes que recebem suporte ventilatório nas unidades de terapia intensiva varia de 20 a 60%, de acordo com as características clínicas da unidade. O termo "dependente do ventilador" é geralmente reservado para pacientes com necessidade de ventilação mecânica em torno de 24 horas ou aqueles que falham na tentativa de descontinuação do suporte ventilatório. Desmame da ventilação mecânica é definido como a redução gradual do suporte ventilatório até a retomada da ventilação espontânea. A ventilação mecânica é um procedimento invasivo, com riscos de várias complicações, muitas delas proporcionais ao tempo de sua duração.

OBJETIVO: objetivo deste trabalho é analisar o tempo de desmame da ventilação mecânica nos pacientes, clínicos e cirúrgicos, divididos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, pós-operatório de transplante hepático, neurológicos e na síndrome do desconforto respiratório (S.D.R.A.).

MATERIAIS E MÉTODOS: Caracterizado como início do desmame: controle da causa determinante da ventilação mecânica, presença de estímulo ("drive") ventilatório, estabilidade hemodinâmica, estabilidade da infecção, trocas gasosas satisfatórias, pH ≥ 7,35 com PaCO₂ < 55 mmHg, PaO₂ > 80 para FIO₂ E 40, PaO₂/FIO₂ > 200, PS livre, PEEP E 10 cmH₂O, f/Vc < 105, controle eletrolítico, controle do broncoespasmo, sem sedação e/ou bloqueadores neuromusculares, sem aparecimento de novas imagens radiológicas, e sem previsão de intervenção cirúrgica próxima. Caracterizado como critério de extubação: oxigenação (PEEP=5-8 cmH₂O, SaO₂≥95% → FIO₂ E 40% e PaO₂/ FIO₂ > 300), ventilação (Vt 4- 6 ml/Kg - ventilador com PS 5-7 cmH₂O, f< 30/ípm, VM 10- 15 l/min e f/ Vt < 105), estabilidade cardiovascular (FC< 120 bpm e pressão arterial estável), ausência de acidose respiratória, hemoglobina adequada (Hb = 8- 10 g/dl), nível de consciência adequado (escala de Glasgow ≥ 12 e com estímulo respiratório presente), estado metabólico estável (Ca⁺⁺, PO₄, Mg⁺⁺, K⁺), resolução da fase aguda da doença e tosse efetiva

Resultados: Foram incluídos, 172 pacientes clínico, 338 cirúrgicos, 76 pós- operatório de cirurgia cardíaca, 69 neurológicos, 51 pós operatório de transplante de fígado e 08 SDRA, com tempo médio de desmame 20,8 h (DP-78,8); 8,2 h (DP-1,02); 3,34 h (DP1,97); 20,18h (13,36); 4,75 h (DP-2,22) e 20,87 h (DP-7,75), utilizaram VNI após extubação 31,39%; 9,76%; 10,52%; 18,84%; 1,96% e 50%, necessitaram re-intubação nas 48 horas 6,97%; 2,95%; 3,94%; 2,89%; 3,92% e 0% respectivamente.

Conclusão:O tempo médio de desmame dos pacientes neurológicos da nossa unidade foi superior a 20 horas, a ventilação não invasiva foi utilizada principalmente nos pacientes clínicos e neurológicos e nossa taxa de reintubação foi menor que 10%. Assim os pacientes neurológicos necessitam de uma vigilância maior e de inovações no segmento de desmame ou indicação mais precoce de traqueostomia para melhora do prognóstico.

Título: Avaliação do Sexo, Tipo Histológico e Hábito Tabágico de Pacientes com Câncer de Pulmão
Autores: Sérgio Grava, Tatiane Gobatto De Liz, Rodrigo Silva Cavallazzi, Guilherme Jorge Costa, Sérgio Jamnik, Ilka Lopes Santoro
Instituição: Disciplina de Pneumologia da Unifesp. Ambulatório de Onco-Pneumologia.

Objetivo: Avaliar o sexo, tipo histológico e hábito tabágico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um ambulatório.

Método: Análise retrospectiva de dados de 824 pacientes com câncer de pulmão atendidos no ambulatório de onco-pneumologia da Unifesp. **Resultados:** No geral, 608 (73,8%) pacientes eram do sexo masculino e 216 (26,2%), do feminino. O tipo histológico mais comum foi carcinoma escamoso (43,7%; n=360) seguido de adenocarcinoma (33,5%; n=276), carcinoma de pequenas células (11,8%; n=97), carcinoma de grandes células (1,2%; n=10) e outros tipos (9,8%; n=81). No sexo masculino, o tipo histológico mais comum foi carcinoma escamoso (48%; n=292) ao passo que no sexo feminino predominou o adenocarcinoma (47,2%; n=102). Entre os não tabagistas (15%; n=123), o tipo histológico mais comum foi adenocarcinoma (52%; n=64) ao passo que nos tabagistas (85%; n=701) predominou o carcinoma escamoso (47%, n=329).

Conclusão: O percentual de não tabagistas com diagnóstico de câncer de pulmão neste trabalho (14,9%) está em concordância com a literatura. Embora nos Estados Unidos o adenocarcinoma tenha suplantado o carcinoma escamoso e, atualmente, seja o tipo histológico de câncer de pulmão mais comum em todas as raças e sexos, nosso estudo demonstrou que o carcinoma escamoso, em nosso meio, continua sendo o tipo histológico mais comum.

Título: Embolia com Exclusão Pulmonar como Primeira Manifestação de Lupus
Autores: Ribeiro SCC, Nunes FS, Albuquerque AL, Jasinowodolinsky D, Terra-Filho M
Instituição: Disciplina de Pneumologia- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Laboratório Fleury

Paciente de 12 anos procurou atendimento em 1998 com edema de membro inferior esquerdo e dor intensa em hemitórax direita, associada a dispnéia e hemoptóicos. Foi submetida a cintilografia de inalação-perfusão que mostrou tromboembolismo pulmonar maciço à esquerda e áreas de hipoperfusão segmentares à direita. Na investigação, apresentava anticoagulante lúpico positivo e FAN negativo. Recebeu anticoagulação oral e permaneceu em acompanhamento, oligossintomática, mantendo exclusão pulmonar do lado esquerdo. Em Março de 2003 apresentou febre, dispnéia, artralgias e oligúria. Foi internada em UTI, com quadro de insuficiência renal, anemia hemolítica, plaquetopenia e hemorragia alveolar à direita. Durante a internação foi solicitado novo FAN, que foi positivo (1:1280), com anti-DNA em alto título. Foi feito o diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico e a paciente foi tratada com pulsoterapia com corticoídeo. Não apresentou resposta ao tratamento, evoluindo para óbito 5 dias depois. O caso que relatamos mostra a importância do seguimento e investigação etiológica de pacientes com tromboembolismo pulmonar, entidade que pode ser a manifestação inicial de outras doenças.

Título: Massa Pulmonar E Abscessos Subcutâneos Causados por Aspergillus candidus

Autores: Ribeiro SCC, Santana ANC, Arriagada GH, Martins JEC, Takagaki TY

Instituição: Disciplina de Pneumologia- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Instituto de Medicina Tropical

A presença de doença causada por *Aspergillus candidus* foi raramente relatada, não existindo na literatura casos de acometimento sistêmico por esta espécie.

Relatamos o caso de uma paciente que apresentou episódio de hemoptise em 1999, procurando atendimento em unidade básica de saúde. Foi diagnosticada pneumonia, tratada com medicação intramuscular que não sabe especificar. Evoluiu com formação de coleções indolores de consistência amolecida em subcutâneo, inicialmente no local de administração da medicação e depois em outros locais.

Três anos depois foi encaminhada para nosso serviço de cirurgia de tórax por massa pulmonar a esclarecer. Não apresentava febre ou qualquer sintoma respiratório. Os abscessos cutâneos foram puncionados, sendo vistas na pesquisa direta hifas fúngicas septadas. A massa pulmonar foi abordada por biópsia guiada por CT, sendo encontradas hifas semelhantes e presença de granuloma. Foi isolado em cultura *Aspergillus candidus*. A pesquisa de imunodeficiências foi negativa. A paciente encontra-se em tratamento com Anfotericina B lipossomal, com regressão parcial das lesões cutâneas e diminuição da massa pulmonar.

Título: Quilotórax Associado à Malformação Linfática em Adulto

Autores: Ribeiro SCC, Afonso-Jr JE, Santana ANC, Verrastro C, Vargas FS, Vaz MAC

Instituição: Disciplina de Pneumologia- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O quilotórax é uma doença rara, mas com importantes implicações clínicas e terapêuticas, podendo causar grande morbidade e mortalidade se não for diagnosticada e tratada adequadamente.

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, que procurou atendimento com queixa de edema de membros inferiores e face associado a dispnéia progressiva e tosse seca. A radiografia de tórax mostrava derrame pleural bilateral, mais importante à direita. O derrame foi puncionado, apresentando aspecto leitoso e a análise laboratorial mostrou triglicérides elevados (198mg/dl), caracterizando o derrame como um quilotórax. Durante a investigação foi diagnosticada trombose de vela porta, sem sinais de cirrose hepática. Foi solicitada uma linfografia que evidenciou hipoplasia linfática na coxa esquerda e fístula linfática venosa ilíaca esquerda para-aórtica esquerda, sugerindo malformação do sistema linfático.

Discutimos as principais causas clínicas e o diagnóstico diferencial de quilotórax.

Título: Tromboendarterectomia em Paciente de 80 Anos de Idade

Autores: Ribeiro SCC, Afonso-Jr JE, Jatene FB, Terra-Filho M

Instituição: Disciplina de Pneumologia/Cirurgia de Tórax - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A tromboendarterectomia é cada vez mais utilizada no tratamento de tromboembolismo pulmonar crônico. Relatamos o primeiro caso no Brasil em que um paciente de idade tão avançada foi submetido a este procedimento cirúrgico.

O paciente referia um episódio de dispnéia súbita em 1999. Na ocasião foi feito diagnóstico de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo associado a embolia pulmonar. Evoluiu desde então com dispnéia progressiva a mínimos esforços (classe funcional III a IV). A arteriografia dos pulmões mostrou trombos proximais bilaterais, e pressão sistólica de artéria pulmonar de 75 mmHg.

Foi submetido a tromboendarterectomia em 25/02/03, tendo alta hospitalar em 17/04/03. Evoluiu com grande melhora sintomática (classe funcional I) e diminuição da pressão de artéria pulmonar (35 mmHg após 6 meses).

O resultado obtido com esse caso nos sugere que pacientes idosos com hipertensão pulmonar secundária a tromboembolismo pulmonar e que apresentem trombos proximais devem ser avaliados para eventual tromboendarterectomia.

Título: Cessaçao do Tabagismo em Idosos

Autores: Santos, SRRA; Gonçalves MS; Silva, CR; Ferreira ZM; Jardim, JR

Instituição: PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessaçao do Tabagismo) - UNIFESP

Introdução: sabe-se que existem populações especiais de fumantes que precisam de diferentes abordagens durante o tratamento do tabagismo. Pouco se estudou até o momento sobre os resultados no tratamento em idosos em centros especializados.

Objetivos: comparar o perfil de pacientes idosos (>60 anos) inscritos em um centro de tratamento do tabagismo com o dos demais pacientes; comparar os resultados após tratamento para deixar de fumar.

Métodos: avaliados prospectivamente 203 indivíduos inscritos no PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessaçao do Tabagismo) da UNIFESP, no período de Janeiro de 2002 a Maio de 2003. Os aspectos do perfil analisados foram: características sócio-demográficas, idade de início do vício, presença de antecedentes psiquiátricos, fatores relacionados com a decisão de parar de fumar, grau de dependência à nicotina, tipo de tratamento utilizado e sucesso do mesmo.

Resultados: avaliados 24 pacientes idosos e 179 entre 16 e 59 anos, sendo 16 (66,7%) mulheres no grupo de idosos e 103 (57,5%) entre os demais (p=NS). Em relação à escolaridade, apenas 41,7% dos idosos possuíam mais que o 1o grau completo, contra 65,9% entre os demais (p<0,05). Antecedente de depressão foi referido por 33,3% dos idosos e 41,3% dos não-idosos (p=NS); ansiedade foi referida por 70,8% dos idosos e 68,7% dos demais (p=NS).

Os motivos que mais estimularam os idosos a parar de fumar foram: evitar o agravamento de doenças já existentes (66,7%) e orientação médica (58,3%); entre os não-idosos foram: decisão própria (55,6%) e prevenção de doenças (49,7%). No grupo de idosos 44% tinham tentado parar de fumar 4 vezes ou mais, enquanto que apenas 18% dos não idosos tinham realizado este número de tentativas (p<0,05).

	idosos (>60 anos)	não-idosos (16-59 anos)	p
Idade de início	15,4 + 4,5	15,6 + 3,9	NS
Fagerström	6,1 + 2,3	6,2 + 2,1	NS
cigarros por dia	33,3 + 15,0	29,4 + 14,2	NS
Opção terapêutica	Bupropiona 4,2%	Bupropiona 16,3%	
	TRN 95,8%	TRN 83,1%	NS
Sucesso tratamento	58%	60%	NS

Conclusão: Pacientes idosos apresentaram nível de escolaridade inferior, número maior de tentativas prévias para abandonar o vício e consideraram o desejo de evitar o agravamento de doenças pré-existentes como o principal motivo para tentar parar de fumar. Idosos obtiveram sucesso no tratamento semelhante aos não-idosos.

Título: Carcinoma Bronquioloalveolar- Relato de Caso
Autores: Montanha, S.M.; Gonzaga, F.S.; Alcalá, M.R.A.; Bof, A.M.; Rosa, M.P.; Platt, A.M.
Instituição: Serviço de Pneumologia – Hospital Heliópolis - São Paulo

INTRODUÇÃO: O carcinoma bronquioloalveolar (CBA) é um subtipo de adenocarcinoma de pulmão e representa 2 a 6% das neoplasias pulmonares. Tipicamente apresenta 3 padrões radiológicos: nódulo pulmonar solitário, consolidação parenquimatosa e doença difusa ou multicêntrica. Quando o tumor envolve lóbulos secundários, no entanto, as estruturas subjacentes como vias aéreas, vasos e o septo interlobular podem ser identificados, a disseminação linfática não é incomum e o prognóstico é pior que nas formas localizadas. **RELATO DE CASO:** C.S.L, 64 a, fem. História de dispnéia progressiva, tosse seca e emagrecimento de 20 Kg em três meses, negava tabagismo. Referia DM2 com ITU por E. faecalis, tratada no início do quadro. Há um mês presença de púrpura em membros inferiores. Transferida de outro hospital com insuficiência respiratória, pO₂: 44, SaO₂: 84% ar ambiente, em uso de vancomicina e imipenem. Ao exame: MEG, taquidispnéia. MV+ com estertores crepitantes em bases. TCAR tórax: vidro fosco difuso, espessamento difuso dos septos interlobulares, interstício intralobular e preservação da arquitetura pulmonar. Piora progressiva foi submetida a ventilação mecânica e biópsia pulmonar a céu aberto com diagnóstico de carcinoma bronquioloalveolar. **CONCLUSÃO:** O CBA é um tumor predominante entre 40 e 70 anos, sendo 25 a 50% em não fumantes, com disseminação linfática pulmonar, como neste caso. A paciente evoluiu para óbito no sétimo dia de internação.

Título: Neoplasia Pulmonar Fusocelular de Alto Grau de Diferenciação
Autores: Ilka Santoro, Sérgio Jaminik, Alexandre Araruna, Rimarcs Ferreira, Natália Maluf
Instituição: Escola Paulista de Medicina

As massas pulmonares primárias quase sempre são constituídas por células de formato fusiforme, entretanto massas com predominância histológica fusocelulares são bem menos frequentes. Nestes tumores pequena porcentagem é benigna, sendo a maioria de origem metastática. Ao se observar esse padrão histológico é necessário a diferenciação da origem celular-neuroendócrina, mesenquimal ou epitelial, visto que o sarcoma fusocelular não é visto como um tumor específico, sendo atualmente um diagnóstico de exclusão, por ser extremamente raro. Nesse caso não foi possível diferenciar o tipo, apesar de ser sugestivo de leiomiossarcoma. FJA, 46 anos, pedreiro, casado, natural e procedente da Bahia. Apresentava história de tosse seca, hemoptóicos, febre vespertina, sudorese e astenia há 40 dias, com diagnóstico inicial de tuberculose e então uso de esquema 1. Sem melhora clínica, apresentou-se ao nosso serviço emagrecido, hipocorado(+/-), expansibilidade e murmúrio diminuídos em htd, fígado palpável a 2cm rcd. Na radiografia do tórax era observado imagem radiopaca ocupando quase todo o htd, com exceção do seio costal frênico e de parte da base, com alargamento mediastinal e sem desvio de traquéia. Na TC torax viu-se uma opacificação heterogênea nos 2/3 superiores do htd sem superfície de corte com mediastino e área cardíaca, presença da supra-renal esquerda com 2,8x2cm; compressão da parede anterior do brônquio principal direito. Na RMN do tórax foi visto massa no LSD com invasão de 3º tróquio direito, artérias pulmonares e obstrução de veia cava superior. A broncoscopia verificou-se a presença de grande massa obstrutiva em BPD sendo realizada biópsia transbrônquica local com resultado anatomo patológico constatando neoplasia maligna fusocelular de alto grau de origem mesenquimal.

Título: Ganho de Peso e Ingestão Alimentar Após Parada do Uso de Tabaco.
Autores: Morais de Oliveira P, Borges VCH, Kirchenchtegn C, Kuzniec E.
Instituição: Help Fumo e Ganep- Hospital Real e Benemerita Sociedade de Beneficência Portuguesa – SP- Brasil

Objetivo: verificar o ganho de peso e sua relação com a ingestão alimentar em pacientes que procuraram o serviço Help Fumo. **Método:** foram colhidos dados de 80 pacientes que participaram do programa de maio/2002 – julho/2003. Foram obtidos: peso corpóreo, altura, recordatório alimentar 24h, medicações em uso após 15 dias de inserção no programa. Não foi dada orientação nutricional. **Resultados:** dos pacientes, 59% eram do sexo feminino (F). A % de pacientes nas faixas etárias foi: 22- 40a (17% F, 24%M), 41- 60a (83% F, 70%M), 61-70a (6%M). Fizeram uso de medicação 94% (M) e 87%(F). A média da necessidade calórica estimada (peso atual) e a realmente ingerida foi respectivamente de: 1525 Kcal-1460 Kcal (F) e 1815 Kcal-1825 Kcal (M). O índice de massa corpórea (IMC) em Kg/m² foi de até 18,49: 0% (F) 3% (M); 18,5-24,99: 48% (F) 39% (M); 25-29,99: 38% (F) 42% (M); 30-34,99: 9%(F) 13% (M); > 35: 5% (F) 3% (M). Do total de clientes 40% tinham sobrepeso e 14% obesidade sendo esses valores maiores para (M). O recordatório alimentar mostrou ingestão de: doces 33% (M) e 53% (F); frituras: 42% (M) e 32% (F); vegetais 75%(M) e 70%(F); frutas: 36%(M) e 57%(F); leite e derivados: 72%(M) e 80%(F). Dos 80 em 51 foi possível comparar o peso atual com o usual e o resultado foi: ganho de peso: 60%(M) e 73% (F). **Conclusão:** houve ganho de peso após adesão ao programa maior para (F). A ingestão de doces foi maior para o (F) e de frituras para (M).

Título: Avaliação da Função Pulmonar em Pacientes Portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica por Meio da Capacidade Vital Forçada na Posição Sentada e Supina
Autores: FT Ms Wander de Oliveira Villalba, Profa Dr Ilma Ap. Paschoal
Instituição: Unicamp

Os objetivos deste trabalho foram avaliar as variações da medida da capacidade vital forçada e da ventilação voluntária máxima na mudança de decúbito sentado para deitado em pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica e determinar as pressões inspiratórias e expiratórias máximas, para medir força muscular respiratória. Participaram do estudo 21 pacientes portadores de ELA, 11 homens e 10 mulheres com idade entre 20 e 74 anos, sem nenhum antecedente de doença respiratória prévia.

Dez pacientes apresentavam acometimento de membros superiores e inferiores, 9 pacientes tinham fraqueza muscular de membros superiores, inferiores e de músculos bulbares, 1 paciente tinha alterações bulbares e 1 paciente com sintomas de membros superiores. Treze pacientes nunca fumaram e 8 tinham antecedentes de tabagismo (6 ex-fumantes e 2 ainda fumantes). Treze pacientes se queixavam de dispnéia aos esforços.

Para verificar a significância estatística das variações da CVF e da VVM foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas. Valores de p < 0,05 indicaram que os valores medidos na posição sentada (25%, 20% e 15%) e supina são significativamente diferentes.

Segundo o CONSENSO DE SPIROMETRIA (1996), para se avaliar deficiência muscular respiratória preconiza-se realizar a prova de função pulmonar no decúbito sentado e supino comparativamente e diagnosticar a deficiência quando a queda da CVF no decúbito supino for superior a 25%. Esta afirmação encontrada no Consenso se baseia em artigo escrito por ALLEN e cols (1985) que estudaram 147 pacientes (50 normais, 50 com doenças pulmonares obstrutivas e 47 com doenças pulmonares restritivas).

ALLEN e cols incluíram fibrose cística como causa de restrição na espirometria. Segundo HODSON & GEDDES (1995), a fibrose cística, que é uma doença hereditária transmitida por gene autossômico recessivo, caracteriza-se por apresentar excessiva secreção de um muco extremamente viscoso e de difícil eliminação. O quadro pulmonar é progressivo marcado por obstrução brônquica decorrente das alterações inflamatórias da árvore respiratória, associadas a manifestações clínicas de outras áreas orgânicas tais como síndrome de má absorção que conduzem a uma deterioração do estado geral do paciente. A participação de pacientes com fibrose cística no grupo de doentes restritivos no estudo de ALLEN e cols é criticável, já que o principal defeito encontrado na espirometria destes pacientes é a obstrução; além disso, como é frequente a desnutrição nestes indivíduos, não se pode afirmar que eles não tivessem diminuição da força muscular diafragmática.

Outro ponto importante a ser discutido no trabalho de ALLEN é a influência da hiperinsuflação dos indivíduos obstrutivos na força muscular diafragmática. Como no grupo dos obstrutivos havia pacientes com bronquite crônica pode-se supor que havia entre eles indivíduos hiperinsuflados cujo o diafragma poderia apresentar limitações funcionais, que se traduziriam por uma diminuição da eficiência do diafragma. Estes aspectos da seleção de pacientes no trabalho de ALLEN e cols abrem a possibilidade de que talvez os limites propostos pelos autores na variação da CVF sejam inadequados.

No presente estudo os diagnósticos espirométricos foram exclusivamente de restrição leves, moderadas e graves. Tomando-se como referência o estudo de VILKE e cols (2000), no qual as variações encontradas nas mudanças de decúbitos em indivíduos normais não foram superiores a 5%, uma variação maior que 25% está muito além do esperado.

Neste trabalho, a utilização de 25% como faixa de corte para variação da CVF com o decúbito não produziu resultados significativos. No entanto, faixas de corte de 15% e 20% resultaram em frequências significativas de variação da CVF com o decúbito.

Concluiu-se que: 1- Na espirometria houve queda significativa na capacidade vital forçada medida no decúbito supino em 9 pacientes quando o valor de corte foi de 15% em 8 pacientes quando o valor de corte foi 20%; a utilização do valor de corte de 25% não produziu queda na CVF com frequência significativa: o limite de 25% a partir do qual a queda da CVF é considerada como causada por fraqueza muscular diafragmática pode ser questionado.

2- Na avaliação de outras variações concomitantes na espirometria a VVM mostrou significantes alterações com o decúbito sendo significativa nos índices de 25%, 20% e 15%.

3- A avaliação da força muscular respiratória através da PIM e PEM revelou maior frequência de alterações nas medidas da Pressão Expiratória Máxima, sugerindo um comprometimento importante da musculatura expiratória.



**X CONGRESSO PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

Centro de Convenções Rebouças
6 a 9 de novembro de 2003
São Paulo, SP

ÍNDICE DE AUTORES

A

Ab`Saber, A. M. - 10 - 11 -23
 Afonso Jr., J. E. -22 - 42 - 43 - 54 - 58 - 60
 Aguiar, C. N. - 32
 Aguiar, V. -22 - 48
 Ajob, J. C. F. R. - 15
 Akel, S. - 39
 Alameddine, M. -23 - 39 - 42 - 58
 Alberio, C. A. A. - 50
 Albuquerque, A. L. - 59
 Albuquerque, P. R. -27
 Alcalá, M. R. A. - 61
 Almeida, A. M. D. - 38
 Almeida, R. - 20
 Alvares, F. - 46 - 47
 Alves, F. M. - 46
 Alves, J. R. - 40
 Alves, S. A. - 13 - 40
 Amorim, V. L. B. - 51
 Andrade, E. - 8
 Andrade, L. M. - 36
 Andrade, R. G. F. -24 -26 - 39 - 40 - 51 - 54
 Andrade, R. S. -29
 Anjos, B. C. C. -27
 Antunes, T. -26 - 48
 Aquino Jr., O. R. - 16 - 17 - 18
 Aragão, L. F. - 37
 Arakaki, J. S. O. - 51
 Aranha, A. G. A. - 6 - 18 -19 - 38
 Arantes, A. A. T. -29
 Araruna, A. A. R. -31 - 38 - 48 - 61
 Araújo, C. A. A. -27
 Arêas, P. V. B. - 47
 Arighi Jr, A. C. - 38
 Arima, K. C. -31
 Arriagada, G. H. - 60
 Arruda, F. T. -20 - 58

B

Baldissera, V. - 35
 Barata, C. H. - 16 - 17
 Barbas, C. S. V. -26 - 48 - 58
 Barbosa, D. C. - 32
 Barros, J. M. -26
 Benassule, E. - 33
 Bertolazi, A. -24 -26 - 40 - 41 - 52 - 54
 Bertoldi, E. - 13
 Bertolucci, P. A. - 16 - 17
 Bettencourt, A. R. C. - 49
 Beyruti, R. - 8 - 10 - 11 -19 - 35
 Bigatao, A. M. - 51
 Bof, A. M. - 61
 Bogliossi, D. - 48
 Bom, A. P. - 32
 Bombarda, S. - 43
 Borges, E. R. - 58
 Bortoli, R. -24 - 39 - 40 - 41 - 52 - 54
 Bortoloti, A. K. -22
 Botelhos, D. A. - 32
 Branco, C. - 45
 Braga, L. C. - 36
 Brandão, S. L. B. - 14 - 15
 Brasileiro, G. S. - 56 - 57
 Brayner, M. F. L. - 7
 Breda, A. P. -31 - 49 - 55

Brunherotti, M. A. A. - 34

C

Caetano, R. S. -20 -21
 Camargo, P. P. - 56 - 57
 Campos, A. R. - 49
 Campos, C. M. S. - 57
 Canudos, J. P. - 6 - 38
 Canzian, M. - 8 - 43 - 54
 Capelozzi, V. L. - 10 - 11 -22 -23 - 42
 Cardello, L. - 35
 Cardoso, M. S. - 39
 Carlotti, A. P. C. P. -29
 Carneiro, M. B. - 8
 Carneiro, R. - 46
 Carrieri, R. - 9
 Cartaxo, C. G. B. - 45
 Caruso, P. - 50
 Carvalho, C. R. F. -31
 Carvalho, C. R. R. -22 -23 - 42
 Carvalho, J. P. M. - 45
 Carvalho, K. G. -20 - 58
 Caserta, R. - 59
 Castanheiras, A. - 39
 Castilho, L. A. - 41 - 45
 Cataneo, A. J. M. - 7
 Cataneo, D. C. - 7
 Catunda, L. G. - 6
 Cavalcanti, D. M. -22
 Cavalheiro, L. V. - 59
 Cavallazzi, A. C. -27
 Cavallazzi, R. S. -27 - 59
 Cavichio, L. - 38
 Câmara, J. P. S. - 6
 Chagas, D. - 38
 Chaves, A. B. D. -27
 Chiavegato, L. D. -31 - 33 - 55
 Chivone, P. A. - 32
 Cliquet, M. G. - 42
 Coelho, L. S. -22
 Coelho, R. F. -31
 Coletta, E. M. - 52 - 58
 Colleti, G. A. - 59
 Corrêa, E. P. - 46
 Costa, D. - 34 - 35
 Costa, E. L. V. -23 - 54
 Costa, G. J. - 59
 Costa, M. R. S. R. - 37
 Costa, Z. C. F. - 36 - 37
 Cruvinel, L. A. F. - 17
 Cukier, A. - 35
 Cunha, M. G. -22

D

Daoud, G. C. - 16
 Dávila, R. - 37
 Day, A. A. R. - 6 - 7 -19
 De Liz, T. G. -27 - 59
 DeFaveri, J. - 7
 Dela Coleta, K. - 35 - 36
 Demonte, A. - 35
 Dias, E. C. P. - 32
 Dias, F. - 37
 Diccini, S. - 49
 Domingues, F. M. - 57

E

Eid, R. C. - 59
Engel, F. C. -19
Esgaib, A. S. - 18 -19
Etchebehere, R. - 17 - 18

F

Fagundes, A. L. - 41 - 54
Fama, A. S. - 58
Faninazzo, A. - 13 - 40
Faresin, S. M. - 33 - 55
Fatureto, M. C. - 16 - 17 - 18
Fazolo, G. P. - 36 - 37
Feichas, R. L. P. - 38
Fernandes, A. L. G. -21 - 37
Fernandes, C. J. C. S. -22 -23 - 35 - 39 - 43 - 50
Fernandes, F. L. A. -26 - 35 - 42
Fernandes, L. A. F. -23
Fernandes, M. L. - 46
Fernandes, P. P. - 6
Fernandez, A. - 7
Ferrari, G. F. -29
Ferreira, E. V. M. -23 -28 -30 - 47 - 51
Ferreira, H. P. - 9
Ferreira, M. C. R. - 33
Ferreira, R. G. -27 -28 -30 - 38 - 47 - 48 - 50 - 61
Ferreira, Z. M. - 60
Ferriani, V. P. L. -29
Figueiredo, C. W. C. -24 -26 - 39 - 52
Filho, F. S. S. L. -30 - 51
Filho, J. E. - 41 - 52
Filho, J. T. -27
Filho, M. A. M. - 18 - 19
Fiore Jr., J. F. - 33
Fiorini, C. A. -24 -26 - 39 - 40 - 41 - 51 - 52 - 54
Fonseca, M. F. - 7
Fonseca, M. H. - 13 -19
Fontes, A. P. A. - 36 - 37 - 56
Forte, V. - 9 -19 -20 -21 - 36
Franceschini, J. - 33
Freitas, I. - 50 - 51
Freitas, I. G. - 38
Freitas, M. A. - 7
Fuin, D. B. - 32
Fuzi, C. E. - 58

G

Galetti, F. C. - 32
Garbelini, F. R. O. - 9
Gazzotti, M. - 55
Ghefter, M. C. - 6 - 18 - 19
Gimenez, A. -23 - 48
Gimenez, A. C. - 59
Gimenez, A. L. S. -30
Girom, M. C. - 42
Godoy, I. -22 - 35 - 36
Gomes, M. -30 - 41 - 45 - 46 - 47 - 52 - 55
Gomes, M. U. - 54
Gomes, T. L. C. S. - 38
Gonçalves, J. J. S. - 47 - 48
Gonçalves, M. S. - 57 - 60
Gonçalves, R. - 52
Gonzaga, F. S. - 61
Goya, A. -29

Goya, C. - 13 - 54
Graciolli, G. - 39 - 52
Grava, S. -27 -28 - 59
Gregorius, K. M. -20 -21
Grimailloff Jr., A. - 10 - 11
Gualandro, D. M. - 47
Guazzelli, A. - 46
Guerra, G. S. - 32
Guiguet, F. M. - 32

H

Hafez, V. C. B. - 61
Hayashi, L. Y. - 55
Hiratsuka, J. -19
Ho, N. - 49

I

Ikari, N. M. - 6
Imaeda, C. J. - 9 -19 -20 -21
Inoue, S. S. - 45
Ishy, A. - 6 - 7 -21
Israel, A. P. C. - 10 - 11

J

Jamami, M. - 34 - 35
Jaminik, S. - 50 - 59 - 61
Jardim, J. R. - 34 - 36 - 55 - 57 - 60
Jasinowodolinski, D. -27 -30 - 59
Jatene, F. B. - 6 - 8 - 10 - 11 - 13 -19 -21 - 60
José, A. - 32

K

Kairalla, R. A. -22 -23 - 42
Kanda, S. - 59
Kaneco, M. - 59
Kang, D. W. W. - 8 -21
Katz, M. H. - 50 - 57
Kazava, D. K. - 58
Kirchenchtegn, C. - 61
Kishima, M. O. - 54
Knobel, E. - 59
Kunikoshita, L. N. - 34
Kuzniec, E. - 61

L

Lacerda, A. M. C. C. A. - 42
Ladipo, O. L. -28
Lastebasse, F. G. - 56 - 57
Leiro, L. C. F. -28
Leite, L. G. - 32
Lemos, A. C. A. - 16 - 17
Lemos, I. P. B. - 32
Leomil, T. F. -30
Licks, M. - 40 - 41 - 51
Lima, D. S. - 45
Lima, L. C. - 8
Lima, M. S. -24 -27
Lima, R. - 58
Lima, S. R. H. -23 - 38
Lima Netto, J. C. - 8 - 39
Llages, C. M. -28 - 47
Lopes, S. - 42
Lopez, G. C. - 10 - 11
Lunardi, A. -31

M

Macedo, A. - 48
Macedo, E. G. L. - 43
Machado, M. C. L. O. - 36 - 37
Maldonado, M. - 39
Maluf, N. - 61
Mansano, A. M. - 13 - 54
Marchiori, R. C. -24 -26 - 33 - 40 - 41 - 51 - 52
Marconi, J. - 59
Mariano, E. F. Q. - 37
Marioni, F. - 36
Marques, J. C. S. - 56
Marra, M. - 17
Marson, S. - 46
Martinez, J. A. B. -24 -27 -30 - 34 - 43 - 49
Martins, B. L. - 7
Martins, J. E. C. - 60
Mathias, A. - 41 - 52 - 54
Matos, L. L. -19
Mattar, N. J. - 9
Mayo, S.V. -28
Medeiros, S. - 59
Medeiros Jr, P. - 42
Medici, L. F. R. - 51
Melero, L. M. M. -19
Melo, F. A. F. - 50 - 51
Meneses, A. C. - 17
Menezes, A. Q. - 8 - 39
Menezes, L. - 49
Menezes, M. A. - 13
Menezes, M. B. -27 -30 - 50 - 51
Metze, K. - 14 - 15
Michel, G. T. -24 - 39 - 40 - 41 - 51 - 52
Micheletti, L. G. - 9
Michellin, O. C. - 7
Milanez, J. R. C. - 10 - 11
Minamoto, H. - 13 -21
Missrie, I. -27
Miyake, M. H. - 49
Montanha, S. M. -28 - 61
Moraes-Neto, D. - 8
Moreira, P. H. O. - 46 - 55
Moreira, P. H. P. - 46
Morrone, R. C. G. L. - 58
Morrone Jr, N. - 52
Moura, L. - 17
Moyses, A. C. -24
Murad Jr., A. J. - 37
Murata, J. -29
Mussi, R. K. - 14 - 15

N

Nagy, A. L. L. - 56 - 57
Nakano, L. Y. -31
Nani, R. S. - 13
Nascimento, A. V. - 56
Nascimento, W. D. - 35 - 36
Negrini, F. - 32
Neis, M. -28
Neto, A. G. - 6
Neto, M. N. - 7
Neves, J. B. V. - 13 -19
Neves Jr, M. A. - 16 - 17
Nóbrega, R. F. -29
Nogueira, A. C. T. - 38

Nostre Jr, A. - 6 - 38
Nunes, F. S. -22 -23 - 43 - 49 - 59

O

Oliveira, A. - 16
Oliveira, A. C. R. - 58
Oliveira, A. C. S. - 33
Oliveira, C. A. S. - 50
Oliveira, K. T. - 36
Oliveira, L. R. C. - 32
Oliveira, M. A. -24
Oliveira, M. V. C. - 38
Oliveira, N. G. S. - 6
Oliveira, P. M. - 61
Oliveira, R. -20
Oliveira, R. M. - 17 - 18
Onishi, R. - 54
Orsi, G. - 29
Ota, J. S. - 9 -24 -27 -28 -30 - 36 - 51
Ota, L. H. - 47 - 48

P

Pádua, A. I. - 46 - 47
Paisani, D. M. - 33
Parente, L. C. - 36
Parra, E. R. C. - 10 - 11
Paschoal, I. A. - 61
Paula, G. - 47
Paulo, G. A. - 48
Pereira, C. A. C. -23 -27 -30 - 36 - 37 - 38
Pereira, J. C. N. - 10 - 11
Pereira, L. P. - 58
Pereira, M. M. - 37
Pereira, P. T. G. - 13
Perfeito, J. A. J. -20 -24 - 36
Perre, A. - 13
Pestana, D. L. - 32
Pinheiro, C. E. - 42
Pinho, E. - 33 - 59
Pinto, T. C. - 45
Pires Di Lorenzo, V. A. - 32 - 34 - 35
Platt, A. M. - 61
Plese, L. - 9
Polônio, I. B. -30 - 52
Prates, G. C. -28
Prudente, E. - 48
Pultrin, C. G. - 16 - 17
Pulz, C. -31

Q

Queiroz, M. L. - 18 - 19
Queiroz, R. P. - 38

R

Ramos, S. -29
Reis, E. F. - 46 - 58
Resende, M. M. - 32
Rezende, E. - 48
Ribeiro, D. B. -28
Ribeiro, K. A. - 16 - 17
Ribeiro, M. C. B. - 16 - 35
Ribeiro, S. C. C. - 43 - 54 - 59 - 60
Rieger, A. - 39 - 41
Rincón, R. -30
Rocha, L. F. M. - 14 - 15

Rocha, P. S. M. -29
Rodrigues, C. C. -28 -31 - 49
Rodrigues, H. -22 - 35
Rodrigues, J. E. G. -22 -27 - 48
Rodrigues, M. M. - 52 - 58
Rolim, D. S. -31
Rosa, C. H. -29
Rosa, M. P. - 61
Rosatto, K. K. - 47 - 55
Rua, A. M. O. - 16 - 17
Ruivo, G. F. - 42
Ruivo Jr., B. - 42
Ruiz Jr., R. L. - 7

S

Safioti, G. -24
Saldanha, J. C. - 16 - 17
Salvestro, J. E. S. - 57
Samano, M. N. - 7 - 8 - 13 -19
Sampaio, L. M. M. - 34 - 35
Santana, A. N. C. -23 - 48 - 49 - 60
Santarosa, M. G. - 36
Santo, A. H. - 42
Santoro, I. L. - 47 - 50 - 59 - 61
Santos, A. B. S. - 37
Santos, C. T. B. - 16 - 17
Santos, F. P. -24 - 40 - 41 - 51 - 52 - 54
Santos, J. G. - 14 - 15
Santos, J. W. A. -24 -26 - 40 - 41 - 54
Santos, S. R. R. A. - 57 - 60
Sarmiento, P. A. - 9 -19 -20 -21 - 36
Savioli, M. T. G. - 50
Seabra, J. C. T. - 14 - 15
Seiscento, M. - 43
Serafini, L. N. - 49
Shinsato, V. N. - 9
Silva, A. B. - 32 - 34 - 35
Silva, C. R. - 57 - 60
Silva, C. S. M. - 59
Silva, C. T. - 41 - 45
Silva, D. A. O. - 32
Silva, G. A. -24 -27 -30
Silva, J. C. L. -31
Silva, J. S. - 8
Silva, L. A. M. - 35
Silva, L. C. -28
Silva, L. V. S. - 39
Silva, M. T. - 33 - 55
Silva, P. H. B. - 46 - 58
Silva, R. D. L. - 37
Silva, V. V. -30
Silveira, C. M. - 49
Silvestri, I. C. - 52
Simone, K. -30
Simone, R. S. - 45
Simões, G. M. S. - 33
Siqueira, M. C. -20
Sobrani, E. - 34
Sobreira, C. - 34
Sogame, L. C. M. - 33 - 34 - 55
Soibermann, V. L. - 56
Sousa, A. A. V. - 18 - 19
Sousa, G. S. - 45
Sousa, N. C. A. - 37
Souza, E. P. - 36 - 37 - 56
Souza, R. C. - 9 - 36 - 56

Souza, T. G. S. -19
Stelmach, R. - 35
Stirbulov, R. -30 - 46 - 55
Suesada, M. M. - 42 - 49 - 58
Suguimoto, R. L. - 6

T

Takagaki, T. Y. -23 - 39 - 42 - 49 - 58 - 60
Taniguchi, C. - 59
Tedde, M. L. -19 -21
Teixeira, C. A. -30 - 43
Teixeira, C. M. M. -28
Terra, R. M. -21
Terra Filho, J. -24 -30 - 34 - 43 - 46 - 47 - 59 - 60
Teruya, A. - 6
Thomson, J. C. - 13 - 54
Toledo, A. C. - 35
Tonello, C. -24 -26 - 39 - 40 - 41 - 51 - 52 - 54
Toro, I. F. C. - 14 - 15
Torres, L. A. G. M. M. -29
Trad, C. S. -29
Turkiewicz, G. - 13

U

Ueda, A. L. I. - 47

V

Vale, S.A. -22
Vale Jr., H. M. -27
Valentini, D. -28
Valery, M. I. B. A. - 56 - 57
Valesin, A. R. - 32
Vargas, F. S. - 60
Vasquez, E. C. - 33
Vaz, M. A. C. - 50 - 54 - 60
Vega, H. A. O. -20 - 58
Vega, N. A. -20 - 58
Veronese, L. A. - 9
Verrastro, C. - 60
Vianna, E. S. O. -24 -27 -30 - 43
Vicente, Y. M. V. A. -29
Vidotto, M. - 34 - 55
Vilela, C. D. - 32
Villalba, W. O. - 61
Visela, P. B. -20 -21
Volpe, V. L. G. S. - 52
Volpi, M. S. - 7

X

Xavier, M. C. - 58

W

Waldow, A. - 41
Werebe, E. - 11
Werneck, A. M. - 17 - 18
Westphal, F. L. - 8 - 39
Wittmer, V. L. - 33

Z

Zacarias, F. C. - 56
Zancanari, G. V. - 36
Zeituni, E. - 13 - 40
Jordan, A. -24 - 39 - 40 - 41 - 51 - 52 - 54



**X CONGRESSO PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

Centro de Convenções Rebouças
6 a 9 de novembro de 2003
São Paulo, SP