

Ano I — Supl. 1 — NOVEMBRO — 1991

PULMÃO RJ

Órgão Oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Rio de Janeiro

SUPLEMENTO



III CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA
E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
I ENCONTRO BRASILEIRO
DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA



VII Congresso
Brasileiro de

Cirurgia Torácica



15 A 22 DE NOVEMBRO • 1991 • HOTEL GLÓRIA • RIO DE JANEIRO • RJ

SEGURANÇA:

Únicos alérgenos registrados no Ministério da Saúde

IDENTIFIQUE RAPIDAMENTE EM SEU CONSULTÓRIO OS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS ALERGIAS RESPIRATÓRIAS

Os testes diagnósticos e as vacinas Alergomed MERCK em seu consultório, constituem-se no meio mais rápido, eficiente e seguro para o diagnóstico etiológico e o tratamento causal das alergias respiratórias.



DIAGNÓSTICO

- Prático estojo para utilização em consultório
- Identificação rápida e precisa dos agentes etiológicos
- Testes diagnósticos cutâneos e de provocação nasal



TRATAMENTO

- Cura das alergias respiratórias em até 2 anos de tratamento, sob controle médico
- Tratamento individualizado
- Vacinas específicas, altamente eficazes e seguras

Depot

Liberação lenta dos antígenos. Maior intervalo de aplicações, menor número de injeções.

Aquoso

Liberação instantânea dos antígenos. Menor intervalo de aplicações, maior número de injeções.

Spray

Exclusivo para rinites. Solução aquosa para aplicações tópicas diárias.

Oral

Só para crianças até 8 anos. Liberação instantânea dos antígenos, doses crescentes diariamente.

Alergomed MERCK

MERCK S/A Indústrias Químicas
Estrada dos Bandeirantes, 1099
CEP 22710 - Rio de Janeiro - RJ

SOLICITE SEM COMPROMISSO UMA VISITA DE NOSSO REPRESENTANTE

DDD GRÁTIS
9021 3425225

PULMÃO

Pulmão — RJ

Orgão Oficial da Sociedade de
Pneumologia e Tisiologia do
Rio de Janeiro

Editor

Alfred Lemle

Secretária de Redação

Ângela de Fátima Rodrigues Assis

Conselho Editorial

João Carlos Correa

José Manoel Jansen

Clemax do Couto Santana

Gerson Pomp

Roni Marques

Conselho de Redação

Adrelirio Rios - Alexandre Pinto Cardoso -

Antonio Monteiro da Silva Chibant - Antonio Ribeiro Neto -

Bodo Wamke - Carlos Alberto de Barros Franco -

Carlos Alberto Guimarães - Clemax do Couto Sant'Anna -

Cid Marcos Nascimento David - Denis Muniz Ferraz -

Eduardo Bethlem - Germano Gerhardt -

Gilvan Renato Muzy de Souza -

Guilherme Alberto Freitas Milward

Guilherme de Campos Martins - Helio Siqueira -

Henrique Men Eisemberg - José Carlos Cachapuz -

José Roberto Zimmerman - José do Vale - Luis Carlos Sell -

Luiz Felipe Judia - Mauro Musa Zamboni -

Margareth Pretti Dalcolmo - Miguel Ayub - Newton Bethlem -

Paulo Cesar de Oliveira - Pedro Fagundes - Rui Haddad -

Roberto Bibas - Sergio Magarão - Silvana Elena Romano -

Sonia Natal Ribeiro - Thiers Marques Monteiro

Matéria p/ Publicação:

Prof. Alfred Lemle

Rua Fadel Fadel, 20, apto 1402

CEP 22430 - Rio de Janeiro - RJ

Assinaturas e Administração

Sociedade de Pneumologia e

Tisiologia do Rio de Janeiro

Av. Mem de Sá, 197 - Centro

CEP 20280 - Rio de Janeiro - RJ

Diretoria da S.P.T.

Sociedade de Pneumologia e Tisiologia
do Rio de Janeiro

Presidente: João Carlos Correa

Vice-Presidente: Margareth Pretti Dalcolmo

Secretário Geral: Carlos Alberto Barros Franco

Secretários Adjuntos: Mauro Zamboni
Luis Augusto Alves Carneiro

1.º Tesoureiro: Carlos Alberto Guimarães

2.º Tesoureiro: Maria Aparecida de Souza Paiva

Diretor Divulgação: Alfred Lemle

Diretor Científico: José Manoel Jansen

Presidente do Conselho
Deliberativo: Gerson Pomp

Vice-Presidentes Regionais:

Região da Capital e
Baixada Fluminense: Sérgio Magarão

Região de Niterói, São
Gonçalo e Lagos: Luiz Felipe Júdice

Região Serrana: Thiers Marques


Região Norte: Luiz Carlos Sell

Região Sul: Pedro Cesar Fagundes

PULMÃO-RJ é uma revista trimestral,
direcionada especialmente a pneumologistas e
tisiologistas em todo o Brasil e a clínicos no
interesse da especialidade, centros de estudos,
bibliotecas assinantes e anunciantes.
Tiragem: 3000 exemplares.

Projeto e Produção Gráfica
BHR Plan. Editorial e Gráfico Ltda.
Rua Cardoso de Moraes, 399, sobrado
Bonsucesso - Tel. 280-2639
CEP 21031 - Rio de Janeiro - RJ

★
PRÊMIO
★ SMITHKLINE-BEECHAM ★
PULMÃO-RJ
★



REGULAMENTO

1. Os temas livres remetidos para o III Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Rio de Janeiro e I Encontro Brasileiro de Endoscopia Respiratória e aceitos pela Comissão de Temas Livres serão apresentados, em princípio, como murais.
2. A Comissão de Temas Livres selecionará até 9 (nove) temas livres para apresentação oral e comunicará a seus autores para que, até 30 de outubro p.v., remetam o tema com estrutura de artigo para publicação, na forma das recomendações da revista Pulmão-RJ.
3. Os autores que cumprirem o solicitado no item anterior estarão automaticamente inscritos para os prêmios SmithKline-Beecham/Pulmão-RJ para Temas Livres Audiovisuais nos valores de US\$ 1,000 (um mil dólares) e US\$ 500 (quinhentos dólares), pagos em cruzeiros pelo câmbio turismo do dia, respectivamente para o 1.º e 2.º colocados, os autores que não cumprirem o solicitado no item anterior estão expressamente excluídos dessa premiação, podendo optar por apresentar seus temas livres como mural.
4. Todos os temas livres apresentados em murais estarão automaticamente inscritos para o Prêmio SmithKline-Beecham/Pulmão-RJ para Temas Livres em Mural no valor de US\$ 500 (quinhentos dólares), pago em cruzeiros pelo câmbio turismo do dia, para o 1.º colocado.
5. O julgamento dos temas livres apresentados oralmente será efetuado por um Colegiado de Julgamento de Temas Livres Audiovisuais (CJT LAV) constituído pela Comissão de Temas Livres e outros 4 (quatro) associados designados pela Comissão Organizadora dos eventos.
6. Para a classificação dos temas livres apresentados oralmente, os membros do CJT LAV depositarão seus votos secretos logo após a apresentação do último tema livre apresentado, e a apuração dos votos, em público, será feita pela Comissão de Temas Livres, atribuindo-se a 1.º e 2.º colocações aos 1.º e 2.º trabalhos mais votados, respectivamente.
7. Em caso de empate em uma e/ou outra colocação, será realizado de imediato um segundo escrutínio secreto do CJT LAV envolvendo apenas os trabalhos empatados em cada colocação. Persistindo o empate, o prêmio será dividido entre os trabalhos empatados nessa colocação.
8. No escrutínio previsto no item anterior, deverão abster-se os membros do CJT LAV que forem autores ou co-autores dos trabalhos em julgamento.
9. O julgamento dos temas livres em mural será efetuado por um Colegiado de Julgamento de Temas Livres em Mural (CJT LM) constituído pela Comissão de Temas Livres e outros 4 (quatro) associados designados pela Comissão Organizadora dos eventos.
10. Para o julgamento dos temas livres em mural, os membros do CJT LM depositarão seus votos secretos até o encerramento da apresentação dos murais e a apuração dos votos, em público, será feita pela Comissão de Temas Livres logo após a apuração referida nos itens 6 e 7, obedecendo-se os mesmos critérios estabelecidos pelos itens 7 e 8.
11. O pagamento dos prêmios será feito ao primeiro autor de cada tema livre premiado, logo após a apuração.
12. Todos os trabalhos que cumprirem o estabelecido no item 2 deste Regulamento serão publicados em números posteriores da revista Pulmão-RJ desde que efetuadas as modificações eventualmente sugeridas por seu corpo editorial.
12. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Temas Livres.



**III CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA
E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
I ENCONTRO BRASILEIRO
DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA**

18 a 21 de Novembro de 1991 - Hotel Glória - Rio de Janeiro - RJ

PRESIDENTE

Carlos Alberto de Barros Franco

COMISSÃO ORGANIZADORA

Alexandre Pinto Cardoso
José Manoel Jansen
Luiz Augusto Carneiro Vianna
Margareth Pretti Dalcolmo
Mauro Zamboni
Paulo Cesar Oliveira

COMISSÃO CIENTÍFICA

Afonso Bernardineli Tarantino
Afranio Lineu Kritski
Alfred Lemle
Angela Santos Ferreira
Cid Marcos Nascimento David
Denis Muniz Ferraz
Farley Campos
Germano Gehardt Filho
Gerson Pomp
José Carlos de Barros Cachapuz
Miguel Abdon Aidé
Newton Bethlem
Nicolau Pedro Monteiro
Ricardo Marques Dias

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Agnes Kosa Teixeira
Luis Carlos Sell
Luiz Felipe Judice
Pedro Cesar Fagundes
Thiers Marques Monteiro Filho

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES

Temas Livres Comentados

Afonso Berardineli Tarantino
Mario Serrat Rodrigues
Newton Bethlem
Plíneo Jotta Cantarino

Mural

Luis Carlos Sell
Luis Paulo Verbicario
Pedro Cesar Fagundes
Thiers Marques Monteiro Filho

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Antonio Monteiro da Silva Chibante
Roni Marques
Sérgio Magarão

Coordenador de "Traga o seu caso"

José Manoel Jansen

Presidente da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Rio de Janeiro

Sérgio Luis Magarão

Presidente do I Encontro Brasileiro de Endoscopia Respiratória

Elizabeth Prudente Correa Tassi



**III CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA
E FISILOGIA DO RIO DE JANEIRO
I ENCONTRO BRASILEIRO
DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA**

18 a 21 de Novembro de 1991 - Hotel Glória - Rio de Janeiro - RJ

**ÍNDICE DE TEMAS LIVRES
DE
PNEUMOLOGIA**

A — Apresentação oral (AO-01 a AO-08)

B — Murais (MU)

1 — 1.º GRUPO

- Asma (MU-01 a MU-07)
- Sida (MU-08 a MU-18)
- Tuberculose (MU-19 a MU-40)

2 — 2.º GRUPO

- Granulomatoses não tuberculosas (41 a 50)
- Infecções e supurações (51 a 61)
- Procedimentos diagnósticos (62 a 69)
- Procedimentos endoscópicos (70 a 81)

3 — 3.º GRUPO

- Neoplasias torácicas (82 a 101)
- Miscelânea (102 a 125)

Lançamento

VECTARION[®] 50mg

bismesilato de almitrina

Centenas de milhares de bronquíticos crônicos hipoxêmicos que precisam de oxigênio encontram-se privados de um tratamento eficaz de sua doença. Com efeito, as contrariedades que a oxigenoterapia convencional impõe, limitam, na prática, sua utilização para os hipoxêmicos mais graves. No entanto, trabalhos da OMS demonstraram que a esperança de vida está notavelmente reduzida, inferior a 10 anos, para mais que um bronquítico em cada 2, quando há uma hipoxemia, mesmo moderada ($PaO_2 \leq 70\text{mmHg}$ no repouso) (1).

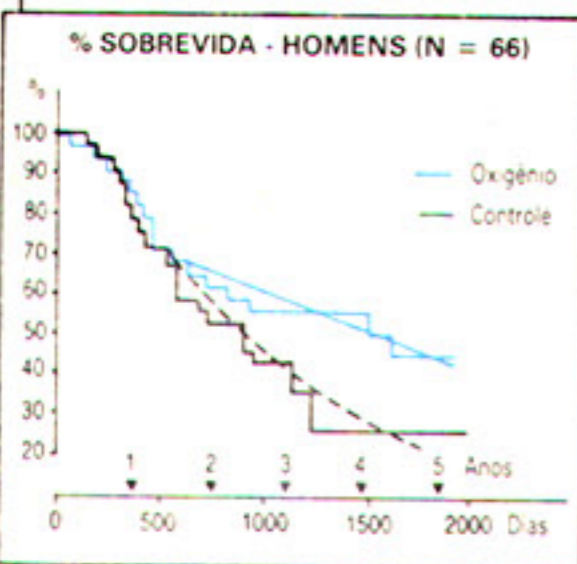
Os estudos do Medical Research Council e do Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group estabeleceram, ao contrário, o efeito benéfico a curto e a longo prazo da correção da hipoxemia pela oxigenoterapia (2,3).

Corrigir a hipoxemia significa,

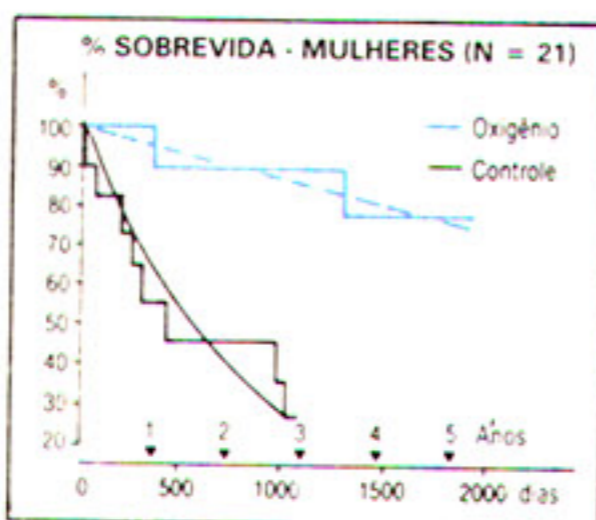
A curto prazo, melhorar a qualidade de vida dos bronquíticos crônicos:

- eles se sentem globalmente melhor...
- sua aptidão ao esforço aumenta,
- seus deslocamentos são mais fáceis,
- a sonolência diurna se atenua e seu sono melhora,
- as infecções brônquicas recidivantes são mais raras e a recorrência à antibioticoterapia é menos freqüentemente necessária,
- os casos graves são menos freqüentemente hospitalizados.

A longo prazo, a esperança de uma vida mais longa.



Assim, no estudo do Medical Research Council (2), os pacientes foram repartidos, ao acaso, em 2 grupos, uns recebendo oxigênio 15 horas por dia, inclusive à noite, os outros servindo de "controle".



Três anos mais tarde, 80% das mulheres e 55% dos homens que receberam oxigênio ainda estão vivos, enquanto que no "grupo controle" 3/4 das mulheres e dos homens morreram...

Todos estes trabalhos prepararam e orientaram a pesquisa em direção à síntese de novos medicamentos capazes de dar aos bronquíticos crônicos o oxigênio que lhes falta, sem as contrariedades da oxigenoterapia convencional.

Atualmente, Vectarion é o único medicamento capaz de proporcionar um ganho de oxigênio comparável ao da oxigenoterapia a longo prazo, com um aumento de PaO_2 da ordem de 10mmHg, podendo chegar a 28mm nos melhores "respondedores".

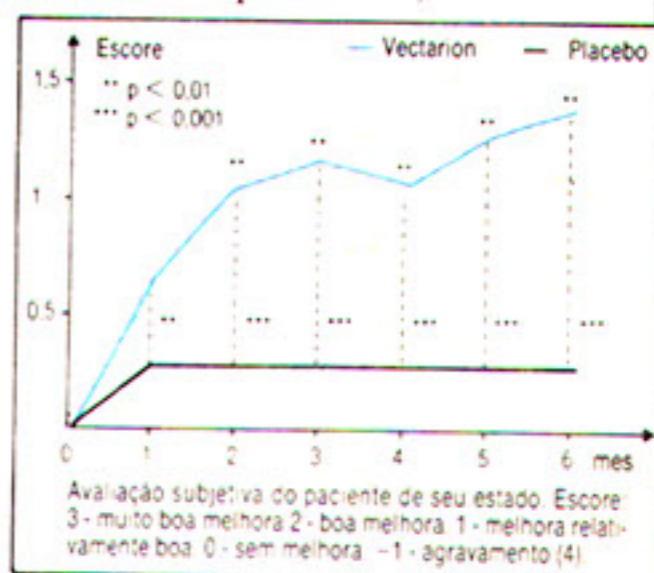
Dentre todos os bronquíticos crônicos hipoxêmicos tratados com Vectarion, se distinguem 20% de pacientes "não respondedores" e 80% de pacientes ditos "respondedores", nos quais a PaO_2 aumenta na mesma proporção que a obtida em se administrando por via nasal uma oxigenoterapia de baixo débito (2l/min) 24 horas sobre 24 (4,5).

Na prática, Vectarion se destina aos bronquíticos crônicos graves, ou seja, hipoxêmicos,

desde que a qualidade de sua vida esteja comprometida:

- quando a inaptidão ao esforço os torna dependentes,
- quando os distúrbios de humor aparecem,
- quando a qualidade do sono se deteriora.

desde que os episódios de infecções brônquicas repetidas se tornem cada vez mais difíceis de controlar por um tratamento apropriado, enfim, quaisquer sinais que demonstrem uma progressão da sua bronquite crônica.



1. Etude multicentrique de l'OMS. Variables physiologiques et mortalité dans diverses maladies respiratoires chroniques. Bull. Eur. Physiopathol. Resp. 1984, 20, 495-500. 2. Medical Research Council Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Lancet, 1981, (1), 681-686. 3. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. Ann. Inter. Med., 1980, 93, 391-98. 4. Etude multicentrique contrôlée contre placebo sur 6 mois de traitement. Expertise. 5. Seignalet Ch., Miech G. Interêt du bismesilate d'almitrine dans le traitement au long cours de la bronchite chronique obstructive. Rev. Med. Interne, 1985, VI-21-29.

Forma farmacéutica e apresentação: Caixas com 30 comprimidos revestidos.
Composição: bismesilato de almitrina, 50mg por comprimido. **Propriedades:** no homem, nas doses preconizadas em terapêutica (50-100mg/dia) na DPOC VECTARION melhora os parâmetros gasométricos - aumento da SO_2 e da PaO_2 - redução da $PaCO_2$. Estes efeitos nestas doses são independentes de qualquer modificação significativa da ventilação global. A pesquisa do mecanismo de ação permitiu demonstrar que as melhoras gasométricas estão relacionadas com uma melhor adequação das relações ventilação-perfusão. Estes efeitos acompanham-se de uma melhora da ventilação alveolar, contribuindo para a melhora global da hematose, como foi observado no decurso dos tratamentos crônicos. Nas doses superiores a 100mg, em tomada única, pode ser observado aumento transitório e moderado da ventilação global que pode conduzir ao aparecimento de fenômenos de intolerância. **Indicação:** Insuficiência respiratória com hipoxemia ligada à bronquite crônica obstructiva. **Contra-indicações:** Em caso de doença hepática grave, no estado atual dos conhecimentos, este medicamento está a princípio contra-indicado. Em caso de necessidade absoluta do tratamento, deverá ser efetuada uma vigilância clínica e biológica particular, gravidez e aleitamento. VECTARION não tem indicação no tratamento dos estados asmáticos pois pode agravar o bronco-espasmo.

Precauções de uso: O tratamento com VECTARION deve começar após avaliação do paciente por um especialista. Não associar a outras medicações contendo almitrina. Não ultrapassar a posologia preconizada. Em casos de parestesias persistentes dos membros inferiores ou de perda de peso superior a 5% recomenda-se suspender o tratamento. **Reações adversas:** Foram assinalados raros efeitos secundários - emagrecimento, neuropatias periféricas com sensações anormais ao nível dos membros inferiores e parestesias (picadas, formigamentos, adormecimentos...). Estes efeitos foram constatados no decurso de tratamento a longo prazo de 1 ano ou mais - náuseas, queimaduras e sensação de peso epigástrico, dispepsias, distúrbios de trânsito, distúrbios de sono de tipo insônia, sonolência, agitação, ansiedade, palpitações e vertigens - percepção consciente dos movimentos respiratórios. **Posologia e modo de administração:** A posologia é de 50 a 100mg (1 a 2 comprimidos) por dia em duas tomadas durante as principais refeições. Após um tratamento inicial de 3 me-

ses, na posologia recomendada, preconiza-se um tratamento de manutenção sequencial: um mês de suspensão do tratamento para cada 2 meses de tratamento. Pode ser necessário adaptar a posologia segundo o peso do doente, a gravidade dos distúrbios gasométricos e eventuais reações adversas.
• segundo o peso do doente, nos pacientes com um peso inferior a 50kg, recomenda-se a prescrição de um único comprimido ao dia;
• segundo a gravidade dos distúrbios gasométricos, excepcionalmente pode ser aumentada para 3 ou mesmo 4 comprimidos ao dia, por períodos curtos e sob vigilância especializada.
A ausência de eliminação renal de VECTARION permite não modificar a posologia no insuficiente renal.
A administração de VECTARION é compatível com uma oxigenoterapia associada.
Conservação: 4 anos após a data de fabricação.

VECTARION[®] 50mg
2 comprimidos por dia



LES LABORATOIRES SERVIER
45400 GIDY - FRANÇA

INCIBRA PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

MATRIZ: Rua Mário Piragibe, nº 23 - Lins
20720 - Rio de Janeiro - RJ
Tel. (021) 289-2832

ESCRITÓRIO: Rua Maestro Chiapparelli, nº 409 - Jd. Paulista
01432 - São Paulo - SP
Tel. (011) 885-7302

PROCIN

CIPROFLOXACINA

A primeira escolha no combate à infecção.

PROCIN destrói a informação genética da bactéria, pela inibição da enzima DNA-Girase. A falta desta enzima impossibilita a formação da hélice de DNA bacteriano, levando a destruição e morte da bactéria. O Inovador mecanismo de ação, confere a PROCIN:

Diferenciada potência bactericida:

Eficácia superior a:

- Penicilinas
- Cefalosporinas
- Aminoglicosídeos
- outras quinolonas



Bloqueio da formação de resistências:

A ação de PROCIN sobre a informação genética da bactéria, dificulta o desenvolvimento e a transmissão de resistência bacteriana.

Ação seletiva:

Atua exclusivamente sobre o cromossoma bacteriano.

Ação bactericida total:

- Em fase de repouso
- Em fase de reprodução bacteriana

Eficácia e segurança, agora por via oral.

PROCIN pode ser utilizado por via oral em infecções que até o momento só podiam ser tratadas por via parenteral com penicilinas, cefalosporinas e aminoglicosídeos.

Espectro de ação:

PROCIN apresenta excepcional eficácia contra patógenos Gram-negativos e Gram-positivos, principalmente:

- Staphylococcus (inclusive MRSA e MARSa)
- Enterobactérias
- Pseudomonas e germes afins
- Hemófilos e Meningococos (inclusive cepas produtoras de Beta Lactamase)

Elevada biodisponibilidade:

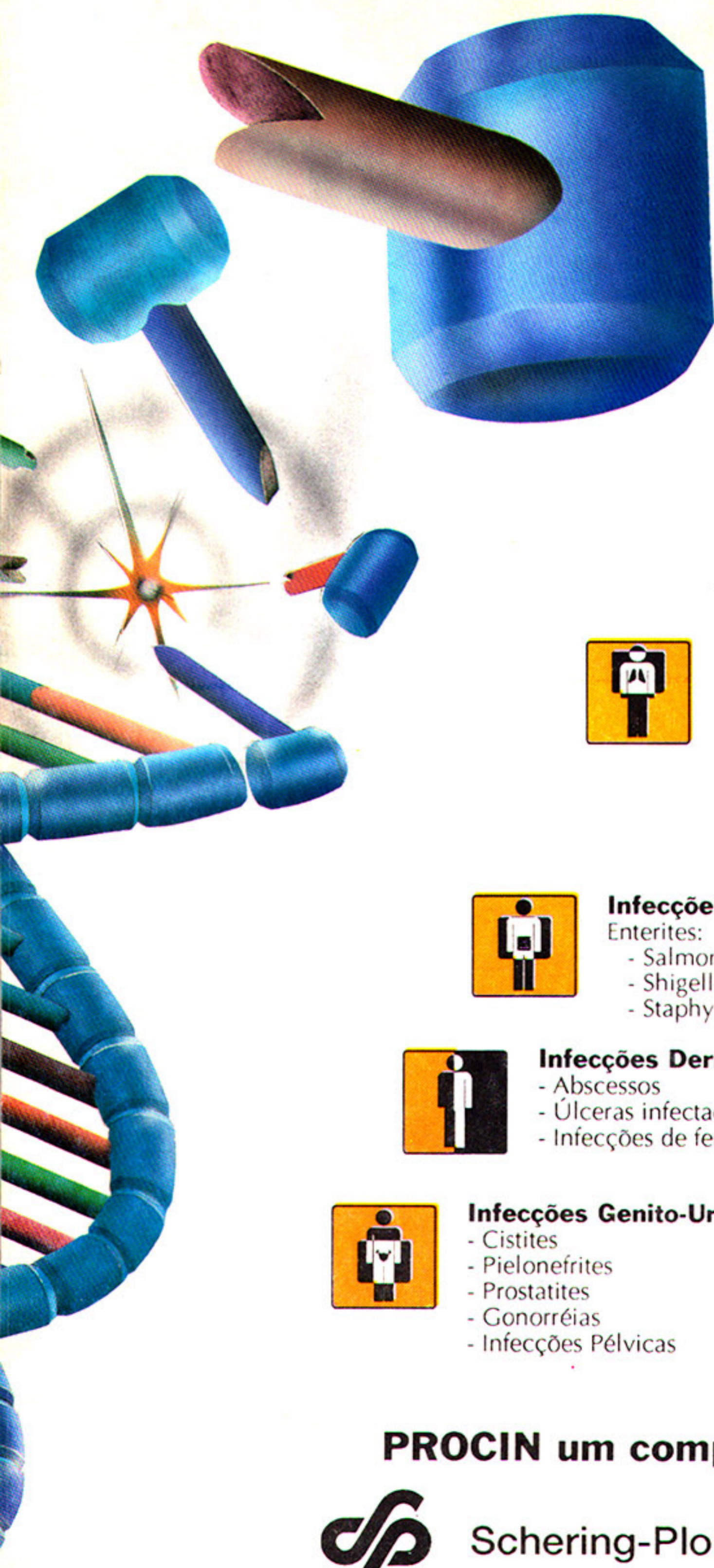
PROCIN atinge elevados níveis séricos (acima de 80%) em diversos sítios corpóreos:

- Pulmões
- Pele
- Aparelho gastrointestinal
- Aparelho genito-urinário
- Amígdalas
- Ossos
- Ganglios

Rápida absorção:

As concentrações séricas são alcançadas entre 60 e 90 minutos.





A opção terapêutica mais avançada para derrotar o inimigo.



Infecções Respiratórias

Vias Superiores

- Otites médias
- Sinusites

Vias Inferiores

- Bronquites
- Pneumonias
- Broncopneumonias

Resposta clínica:
86% de êxitos terapêuticos



Infecções Gastrointestinais

Enterites:

- Salmonella sp.
- Shigella sp.
- Staphylococcus sp.

Resposta clínica:
97% de êxitos terapêuticos



Infecções Dermatológicas

- Abscessos
- Úlceras infectadas
- Infecções de feridas

Resposta clínica:
88% de curas e
8% de melhorias



Infecções Genito-Urinárias

- Cistites
- Pielonefrites
- Prostatites
- Gonorréias
- Infecções Pélvicas

Resposta clínica:
96% de êxitos terapêuticos

PROCIN um comprimido duas vezes ao dia.



Schering-Plough

Diretoria Médica:
(9021) 342-5888 - ligação grátis

TEOFILINA



®

Teolong

MAIS FÔLEGO POR MAIS TEMPO

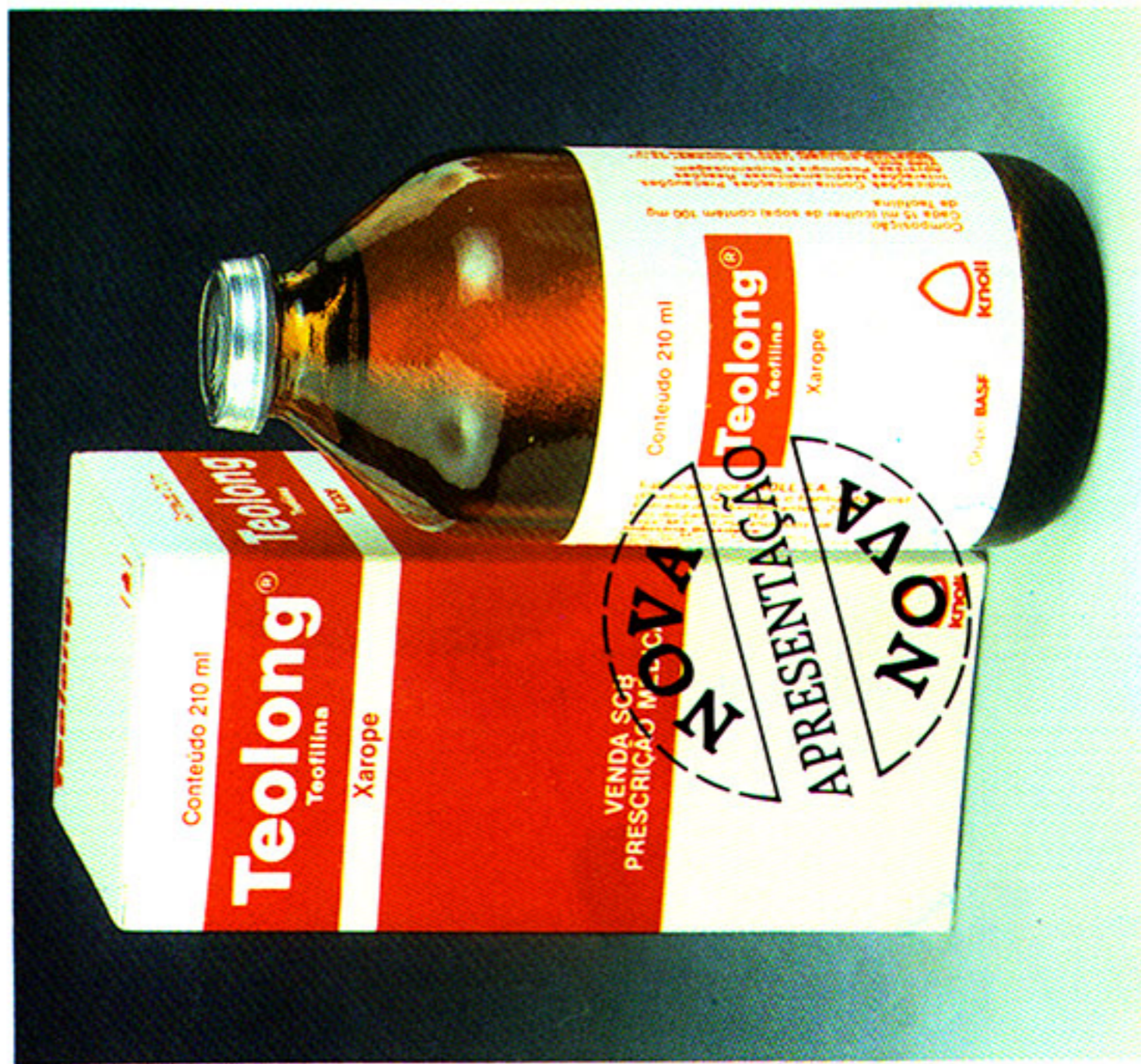
INDICAÇÃO:

BRONQUITE
ENFISEMA

ASMA

POSOLOGIA:

ADULTOS: Dose inicial –
4 colheres de sopa (dose única)
Manutenção –
2 colheres de sopa,
3 a 4 vezes ao dia.
CRIANÇAS: Dose inicial –
5 mg/kg de peso corporal (dose única)
Manutenção –
3 a 9 anos: 4 mg/kg de peso corporal,
4 vezes ao dia.
9 a 16 anos: 3 mg/kg de peso corporal,
4 vezes ao dia.



Medicamentos para sua saúde

Grupo BASE

00-0A

AO-01

20-0A

AO-02

Título: BRONCOFIBROSCOPIA SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO UM VÍDEO
Autor(es): CARDOSO, A.P.; COSTA, M.; LEOCARDIO, J.; LIMA, F.P.S.; PITTA, M.N.
Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HOSP.UNIV.CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFVJ.

Objetivo: desenvolver material didático para o ensino da anatomia, anatomia radiológica, anatomia endoscópica, bem como demonstrar o acesso as vias aéreas periféricas sob controle fluoroscópico.

Casuística e metodologia: Os procedimentos foram realizados com BF Olympus 1 XT 20 e fluoroscopia em aparelho Siemens Orbicospe.

Foram gravadas simultaneamente as imagens endoscópicas e fluoroscópicas e mais tarde editadas em sequência lógica de modo a formar um conjunto com 12 minutos de duração. Com especial destaque se mostra o manuseio da pinça de biópsia sob controle fluoroscópico e finaliza com a obtenção de uma broncografia dinâmica da árvore brônquica direta.

Os autores concluem que o estudo da anatomia brônquica e da endoscopia respiratória com o apoio deste tipo de material instrucional ganha nova dimensão e rendimento.

AVALIAÇÃO RADIOLOGICA PRE-OPERATORIA DO VEF₁ PÓS-PNEUMONECTOMIA
 Roberto Bravo-de-Souza, Karen Rosas Sodré Azevedo, Isabel Maria Lopes, Rosa Maria dos Santos Marsico, Rogério dos Reis Visconti
 INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

De 13 pacientes com seqüelas de tuberculose pulmonar e de 10 pacientes com neoplasia maligna de pulmão, foram obtidos espirogramas forçados antes (em média, 53 dias) e depois (em média, 358 dias) de uma pneumonectomia. Nenhum dos 23 pacientes tinha história ou exame clínico compatíveis com asma brônquica e nos 11 pacientes em que foi realizada, a prova broncodilatadora pré-operatória foi negativa (aumento do VEF₁ < 15% do valor basal). Radiografias pré-operatórias do tórax (em ins e expiração máximas) foram utilizadas juntamente com os espirogramas pré-operatórios para que o VEF₁ pós-pneumonectomia fosse estimado por 3 observadores independentes (A, B e C). Os valores estimados foram confrontados com os valores efetivamente encontrados no pós-operatório. Os resultados obtidos são melhores que os alcançados por autores estrangeiros que utilizaram métodos cintigráficos (Tabela I).

Tabela I - VEF₁ pós-pneumonectomia, em litros: valores observados (x) versus valores estimados (y) em 23 pacientes.

Observador	n	r	y = a + b.x	d (<0,15L)	D (<10L)
A	23	0,95*	y = -0,09 + 1,03.x	18 (74%)	17 (74%)
B	23	0,87*	y = +0,08 + 0,90.x	10 (44%)	8 (35%)
C	23	0,90*	y = +0,17 + 0,86.x	14 (61%)	12 (52%)
Disen et al, 74	13	0,72*	y = +0,30 + 0,64.x	5 (38%)	5 (38%)
Williams et al, 84	11	0,75*	y = +0,29 + 0,64.x	5 (45%)	4 (36%)
Ladurie et al, 86	41	0,68*	y = +0,57 + 0,63.x	-	-

n = número de pacientes; r = coeficiente de correlação linear; d = diferença absoluta (obs.-est.), em L; D = (obs.-est.)x100/obs.; * p < 0,01.

00-0A

AO-03

20-0A

AO-04

Título: NOVO MÉTODO PARA QUANTIFICAÇÃO DE PNEUMOTÓRAX
Autor(es): SAPIENZA, J.C.R.
Serviço: SETOR DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇÚ (INAMPS-PMNI)

Com o objetivo de comparar um novo método de quantificação percentual de pneumotórax com os três usualmente empregados (método da Relação dos Retângulos de KIRCHER; da Razão dos Cubos dos Diâmetros Intrapleurais Médios de LIGHT; e da Média das Distancias Interpleurais de RHEA) foram estudados 58 pacientes adultos, de ambos os sexos portadores de pneumotórax, sendo 38 à direita e 20 à esquerda. O método proposto consiste na medida em milímetros, sobre a radiografia em PA do espaço inter pleural em ponto situado no meio da metade inferior da distância compreendida entre o ápice pulmonar e o seio cardiofrênico correspondente. A medida encontrada, quando igual ou menor que 60 mm, soma-se um fator de correção, 10 (dez) para à direita e 15 (quinze) para à esquerda; quando maior de 60 mm, não adiciona-se tal fator. O valor absoluto resultante corresponderá à medida percentual do pneumotórax. A área do pneumotórax foi avaliada por planimetria (planímetro marca A.OTT modelo 30.139). Foi considerado acerto uma medida que não variasse mais que 5% do valor determinado por planimetria. Os resultados estão expressos na tabela abaixo.

CASOS DE ACERTOS (± 5%) DA ÁREA DO PNEUMOTÓRAX (58 CASOS)

Método	n	%	X ² (*)	p
KIRCHER	24	41	12,75	P < 0,01
LIGHT	14	24	28,95	P < 0,001
RHEA	21	36	16,8	P < 0,001
PROPOSTA	43	74	--	--

(*) Em relação ao método proposto
 Com os dados acima podemos concluir que o método apresentado é: a) simples e de rápida execução, b) mais acurado que os propostos na literatura.

Título: NOVA PERSPECTIVA COM BRAQUITERAPIA-AFTERLOADING COMO UMA FORMA ALTERNATIVA/ALTERNANTE NO TRATAMENTO ENDOBRONQUIAL COM LASER.
Autor(es): M. Cristina Gravantes*; S. Aisen; H. A. Carvalho; C. K. Haddad. A. Jatene*.

Serviço: Central Médica de Laser InCor* e Dept. de Radioterapia HC/FMUSP. Braquiterap. com controle remoto Afterloading tem sido usado para controle local de carcinoma endobronquial c/ ou s/ foto-ressociação com Laser. Este método tem demonstrado excelentes resultados tanto na Europa quanto USA. Com a aquisição do Nd-YAG Laser (Surgilase) e Microselectron-HDR (Nucleatron) pela Central Médica Laser InCor possibilitou-se o emprego destes novos métodos em nosso meio desde Jan./91. Os pacientes foram tratados com intuito curativo, paliativo ou recorrente, de acordo com o protocolo. Na categ. I: pac. inoperáveis c/ irradiação previa, mas potencialmente curáveis; sendo q/ na categ. II-paliativo; e recidiva comprovada-categ. III. Nas categ. I, II e III foram classificadas 1, 2 e 9 pacientes, respectivamente. Pacientes com obstrução total das vias aéreas por massas exofíticas foram submetido inicial/ a foto-ressociação com Nd-YAG Laser. Posterior/ foi realizado tratamento endobronquial c/ Afterloading na massa tumoral, com um boost de 750 rads à lom, entre 1 a 3 minutos. Os 12 primeiros pacientes foram submetidos à 33 procedimentos de Afterloading, sendo q/ 50% foi previa/ submetido à ressecção endobronquial com Laser, devido a obstrução total ou hemoptise. A histologia revelou 9 carcinoma Epidermoide; 2 Small Cell Ca. e 1 Adenocarcinoma. Todos referiam dispnéia e tosse, sendo q/ 70% apresentava atelectasia total ou parcial do pulmão, e 30% hemoptise. Os parâmetros empregados para resposta foram: controle da hemoptise, % de desobstrução endobronquial e melhora da saturação de O₂. Os resultados revelaram controle de 100% das hemoptises; reduzimos 70% das obstruções, com melhora da dispnéia em 90% dos casos. Como complicações decorrentes do procedimento tivemos 3 broncoespasmo e 1 arritmia atrial controlada. Concluímos q/ esta nova metodologia tem se mostrado eficiente, melhorando a qualidade de vida e prolongando a sobrevida em certos casos, sobre tudo quando os pacientes já foram previamente submetido a cirurgia, radioterapia externa e quimioterapia, sendo este o ultimo recurso disponível nestes casos.

AO-05

Título: REFLEXO NASO-BRÔNQUICO APÓS ESTIMULAÇÃO NASAL EM PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA AO POLEN

Serviço: PULOLAB -CENTRO DE FISIOPATOLOGIA PULMONAR*; DEPARTEMENT DE MALADIE RESPIRATOIRE, HOPITAL COCHIN, UNIVERSITE DE PARIS V**

Autores: L M PLOTKOWSKI*, J M JANSEN*, J F DESSANGES** A LOCKHART**

A existência de reflexo naso-brônquico (RNB) mediado pelo vago já provado em animais, foi proposto para explicar a associação entre rinite e asma no homem. Entretanto, tentativas para demonstrar a existência do RNB, através do estudo da mecânica pulmonar apresentaram resultados controversos. É, entretanto, provável que se este reflexo existir no homem, ele poderia não desencadear diretamente uma broncoconstricção, mas apenas um aumento da reatividade brônquica que seria responsável por uma facilitação da resposta brônquica à outros estímulos. Para testar esta hipótese, nós estudamos, fora da estação polênica, a resposta brônquica à metacolina (MC) antes e após provocação nasal ao polen, com uma semana de intervalo, em 11 pacientes com rinite alérgica e fluxos expiratórios forçados normais. A reação nasal ao polen foi medida por rinomanometria. Curvas dose resposta (CDR) à metacolina (MC) foram analisadas em curvas volume-tempo, fluxo-volume e fluxos-volumes parciais. A hiperreatividade brônquica basal foi testada com uma semana de intervalo sendo altamente reprodutiva, a não ser em 1 paciente. Uma semana mais tarde uma terceira CDR foi realizada após estimulação nasal por polen. A penetração brônquica do polen foi privenida por instilação nasal durante a expiração e por utilização de um prendedor nasal durante 10 minutos. Nossos resultados mostraram que a instilação nasal por polen causa um aumento na resposta à MC. Houve queda do VEF1 de $11 \pm 8\%$ (m+SD) e $9 \pm 6\%$ após estimulação nasal por placebo e $25 \pm 10\%$ após estimulação nasal por polen ($p < 0.001$). Para confirmar que os resultados obtidos são devidos a um reflexo, o protocolo foi repetidos em 6 pacientes antes e após anestesia da mucosa nasal com xyloxaina. Embora a anestesia nasal não tivesse inibido os sintomas de rinite, no dia da instilação nasal por polen, não houve aumento da resposta brônquica à MC em nenhum dos pacientes, após anestesia da mucosa nasal. Nossos resultado sugerem a existência de um reflexo naso-brônquico no homem.

AO-07

Título: UM MÉTODO ESTATÍSTICO PARA CLASSIFICAÇÃO DA SÍNDROME OBSTRUTIVA BRÔNQUICA.

Autor(es): Augusto-Silva, C.; Jansen, J.M.; Keller, I.; Noronna Filho, A.; Maeda, T.Y.; Tavares, J.L.; Melo, M.E.O.C.

Serviço: UERJ - Pneumologia

Com a finalidade de criar um método gráfico e de fácil utilização, usando dados retirados de registros espirográficos e com metodologia estatística, estudamos 356 pessoas, sendo 82 normais e 274 doentes, portadoras de doenças respirativas e (ou) obstrutivas. Os gráficos foram construídos em faixas de 10 anos, a partir dos 15 até os 65 anos de idade, utilizando o índice de Tiffeneau (VEF1/CVF) e a relação FEF/CVF. O método empregado foi o de análise de variâncias e co-variâncias de Fisher, com separação de "clusters" (software-BMDP). Elaboramos as fórmulas correspondentes às 5 faixas etárias estudadas, com a determinação da faixa de normalidade (N), mais três graus de intensidade de obstrução leve (L), moderada (M) e grave (G). Dessas fórmulas foram montados os gráficos abaixo (em abscissas: VEF1/CVF; em ordenadas: FEF/CVF).



AO-06

Título: UMA NOVA CLASSE DE BRONCODILATADORES -ESTUDO COM CROMACALINA, UM ATIVADOR DE CANAIS DE K⁺.

Autor(es): Soares de Moura, R.; Jansen, J.M.; Augusto-Silva, C.; Noronha Filho, A.J.; Costa, C.H.

Serviço: UERJ - Farmacologia e Pneumologia.

O controle do calibre brônquico envolve a participação de diversos setores do sistema nervoso e múltiplas substâncias. Vários receptores de membrana participam do favorecimento ou bloqueio do influxo iônico, o que influi sobre a contração ou relaxamento muscular. Recentemente, foi desenvolvida uma nova classe de fármacos que tem a propriedade de relaxar a musculatura lisa por ativação dos canais de K⁺, envolvendo o canal ATP dependente. O presente trabalho visa a estudar os efeitos de um desses fármacos, a cromacalina, na musculatura lisa respiratória humana (brônquios frescos), "in vitro". Procedemos a montagem com anéis brônquicos de 3a e 4a gerações, para registrar contrações isométricas, com a finalidade de compor curvas dose-resposta. O efeito broncodilatador da cromacalina foi quantificado em porcentagem do broncoespasmo produzido pela histamina. Verificamos que a cromacalina, na concentração de 10^{-7} , 3×10^{-7} e 10^{-5} M induz um relaxamento de 25 ± 10 , $45,1 \pm 12$ e $142 \pm 20\%$ da broncoconstricção induzida pela histamina. A utilização de um bloqueador de canal ATP dependente de potássio (glibenclâmida) em concentração 10^{-5} M induz a diminuição da resposta relaxadora de cromacalina. Concluímos que (a) a cromacalina possui efeito broncodilatador em brônquios humanos; (b) essa resposta é dose-dependente; (c) a resposta envolve canais K⁺ ATP dependentes.

AO-08

Título: NUTRIÇÃO ENTERAL (NE) NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): CONTROLE POR CALORIMETRIA INDIRETA (CI).

Autor(es): Eduardo M. Rocha; Souza, WCH; Dias, MEAT; Silva, MHN e Simão, AT.

Serviço: CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO/HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - SUDS/RJ.

Foram estudados prospectivamente 17 pacientes com DPOC, 12 homens e 5 mulheres, em CTI, com idade de 63 ± 9 anos, sem diferença entre suas superfícies corporais, de $1,54 \pm 0,23$ m². Todos estavam com DPOC agudizada, complicada com infecção pulmonar em 17(100%), embolia pulmonar em 3(17,6%) e diversas outras complicações menos frequentes em 6(5,9%) e em prótese respiratória (PR). Os tempos de NE e PR foram em mediana 21 (7,5-77) e 14(7,4-42) dias respectivamente. O aporte calórico e a relação gasto energético diário e basal (GEB) calculados foram de 51 ± 12 Kcal/m²/h e $1,58 \pm 0,4$, respectivamente; com $1,4 \pm 0,2$ g de proteína/kg peso ideal/dia e Kcal/gN₂ de 142 ± 11 . A NE constou de dieta modulada para DPOC com 28% de carboidrato, 55% de lipídio e 17% de proteína. Foi feita CI inicial em todos e repetida em 9 pacientes em 19[±]5 dias. Os volumes minuto (V_e -l/m²/minuto) e corrente (V_t -ml/m²) variaram de $6,1 \pm 2$ e 259 ± 97 para $4,5 \pm 1,5$ e 204 ± 66 , com $p=0,04$ e $0,3$; o VCO_2 (l/min/m²) e o quociente respiratório (QR) variaram de $0,13 \pm 0,04$ e $0,87 \pm 0,11$ para $0,106 \pm 0,020$ e $0,82 \pm 0,07$, com $p < 0,2$ e $> 0,3$; e o VO_2 tendeu a diminuir com $p > 0,3$ respectivamente. O gasto energético de repouso medido tendeu a diminuir de 45 ± 15 para $37,7 \pm 7,8$ Kcal/m²/h com $p < 0,3$ e $29,7\% > GEB$ -calc.. A avaliação nutricional mostrou perda somática média inicial de 16,3% diminuindo o peso em % do peso ideal e área muscular do braço, com $p=0,03$ e $< 0,05$ respectivamente; a albuminemia variou de $2,8 \pm 0,4$ para $3,3 \pm 0,3$ com $p=0,013$ em 16[±]3 dias. Assim, 60% desse grupo era hipermetabólico no início, tolerando bem metabólica e respiratoriamente a dieta modulada, tendo 12 (71%) alta hospitalar.

MU-001

Título: AVALIAÇÃO DE HIPERREATIVIDADE BRÔNQUICA. COMPARAÇÃO ENTRE PROVA BRONCOCONSTRICTORA COM H₂O DESTILADA E VARIAÇÃO CIRCADIANA DAS VIAS AERIAS

Autor(es): NIGRI, D, H; MENDONÇA, D, A; FRANCO, C, A, B.

Serviço: CLINICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Dentre os diversos métodos utilizados para o diagnóstico de hiperreatividade brônquica são citados a prova broncoconstrictora com H₂O destilada através de nebulização ultrassônica e a Variação circadiana da luz brônquica através da medida do Peak flow. Os autores estudaram 12 pacientes com indicação de pesquisa de hiperreatividade brônquica através dos dois métodos. Primeiro faziam espirografia simples, caso o VEF1 fosse normal era realizado a prova broncoconstrictora (considerada + quando houvesse queda no VEF1 em 20%) seguido de nova espirografia e prova broncodilatadora com Salbutamol spray (300µg). Em seguida todos os pacientes recebiam um protocolo onde eram preenchidos os valores do Peak flow (Asses PF metter) antes e 15 min. após Salbutamol spray (200µg) (o exame era considerado + quando havia uma variação entre o maior e menor valores diários de 12%, sendo a prova broncodilatadora + com aumento de 20% associado a uma variação de 12%) medido em 4 horários (6 12-18-22 h). Dos 12 pacientes avaliados 2 (16,7%) tiveram prova broncoconstrictora +, que foi acompanhada por espirografia obstrutiva, prova broncodilatadora +. Onze (91,7%) apresentaram variação circadiana positiva, sendo que 6 (50%) apresentaram prova broncodilatadora + no ciclo, 4 (33,3%) correlacionaram-se com padrão espirografico obstrutivo e prova broncodilatadora + (destes 2 também se correlacionaram com a prova broncoconstrictora) e 7 (58,3%) tinham ciclo + com espirografia positiva e o restante negativo. Um paciente teve todos os exames normais (8,3%). Concluímos que ambos os exames são de utilidade na avaliação ambulatória de reatividade, sendo o ciclo + sensível

MU-003

Título: ABPA: CASO ATÍPICO

Autor(es): VALLE S, PEIXOTO M, REZA D, BLANC E e FRANÇA A.

Serviço: SERV. IMUNOLOGIA—HUCFF—FAC. MEDICINA—UFRJ

OBJETIVO: Apresentar 1 caso atípico de ABPA, com sensibilização única ao *Aspergillus fumigatus*.

RELATO DO CASO: MCS, 24a, fem, br, solt, RJ, do lar, resid. Méier. Início aos 6 anos c/ tosse produtiva, dispnéia e sibilância diárias, piorando c/ fatores específicos e inespecíficos, revertendo parcial e temporariamente c/ broncodilatadores. Aos 14 anos, iniciou imunoterapia que foi suspensa por piora dos sintomas. Agravamento do quadro, só melhorando c/ corticosteróides. Pneumonias aos 16, 20 e 22 anos. Tratada p/ TP por 11 meses, sem resultado.

EX. FÍSICO: hipodesenvolvida, acrocianose, baqueteamento digital. Expansibilidade e elasticidade reduzidas, roncos, estert. grossas bolhas, sibilos insp. e exp.

EX. COMPLEMENTARES: hemograma, IgE total e específica, precipitinas, testes cutâneos, BAAR no escarro, eletrólitos no suor, PFR e radiografias.

COMENTÁRIOS: A ABPA tem sido identificada nos pacientes com Asma Brônquica que apresentam sensibilização múltipla aos alérgenos ambientais, sendo frequentemente confundida e tratada como outras doenças, principalmente Tuberculose Pulmonar. No presente caso, a sensibilização foi apenas ao *Aspergillus fumigatus*, possivelmente devido a bronquiectasias prévias que foram colonizadas.

MU-002

Título: ABPA: HISTORIA NATURAL

Autor(es): PIRES G, REZA D, CARRANO A, ABE A e GROHMANN P.

Serviço: SERV. IMUNOLOGIA—HUCFF—FAC. MEDICINA—UFRJ

OBJETIVO: Apresentar 1 caso típico de ABPA, divulgando a história natural da doença, no sentido de alertar para o diagnóstico precoce.

RELATO DO CASO: HS, 39a, fem, pd, solt, RJ, Professora, res. Caxias

Início aos 16 anos com episódios de dispnéia e sibilância de leve intensidade, sem tosse ou febre, manifestando-se a intervalos variáveis, desencadeados por inalação de p. dom. e estímulos inespecíficos, que desapareciam espontaneamente ou c/ broncodilatadores. Ficava assintomática entre as crises. Após 10 anos, as crises tornaram-se mais frequentes, de maior intensidade, de difícil controle, só revertendo c/ corticosteróides. Passou a apresentar tosse c/ expectoração mucopurulenta e, por vezes, febre, mesmo intercrises, sendo necessário antibioticoterapia com frequência.

EX. FÍSICO: Expansibilidade e elasticidade reduzidas, estertores de médias bolhas na reg. infra-clavicular Esq.

EX. COMPLEMENTARES: testes cutâneos, sorologias, radiografias e PFRs.

COMENTÁRIOS: A ABPA é mais frequente do que suspeitado inicialmente. Caracteriza-se por manifestações clínicas, imunitárias, radiográficas e patológicas bem definidas. Quando não diagnosticada precocemente, evolui para fibrose pulmonar.

MU-004

Título: EFEITO BRONCODILATADOR DO GUACO—CRENÇA POPULAR OU REALIDADE CIENTÍFICA?

Autor(es): Jansen, J.M.; Soares de Moura, R.; Augusto Silva, C.; Tavares, J.L.; Kirk, K.

Serviço: UERJ—Pneumologia—Farmacologia

O guaco é largamente utilizado na medicina popular no tratamento de doenças respiratórias. Com a finalidade de testar um possível efeito broncodilatador, testamos vários extratos dessa planta. Foi utilizada montagem com anéis de brônquios humanos frescos e de traquéia de cobaia, empregando-se o método do registro de contrações isométricas em polígrafo. O meio de conservação utilizado foi o Tyrode, ao qual se adicionam as substâncias necessárias para realizar curva dose-resposta. Foram testados: extrato hidro-alcoólico e com éter de petróleo. Os resultados mostraram relaxamento tanto de brônquio humano quanto da traquéia de cobaia, deslocando a curva dose-resposta para a direita. A seguir, foi identificada uma fração de extração alcoólica, particularmente eficaz (IC 50: 0,03mg/mL), que mostrou por análise química, conter uma cumarina não hidroxilada, com potencial broncodilatador superior à aminofilina. Nossos resultados mostraram que a cumarina relaxa a preparação contraída com concentrações correspondentes do IC 50 da histamina, da acetilcolina e a induzida por 60mM de K⁺. O IC 50 da cumarina é de 1,5x10⁻⁴M. Propranolol, pilocarpina e atropina não interferiram na resposta. Concluímos que (a) o guaco possui propriedade broncodilatadora; b) o extrato etéreo contém substâncias ativas mais potentes que o extrato hidro-alcoólico; c) uma cumarina é o agente broncodilatador mais potente, podendo existir outras substâncias com o mesmo efeito; d) o efeito da cumarina não envolve receptores adrenérgicos, colinérgicos, ou histaminérgicos. (R1)

(Auxílio CEME)

MU-005

Título: INTERFERÊNCIA DA INTEGRIDADE DO REVESTIMENTO EPITELIAL NA REATIVIDADE BRÔNQUICA.

Autor(es): Augusto-Silva, C.; Soares de Moura, R. Jansen, J.M.; Maeda, T.Y. Brandão, R.E.

Serviço: UERJ - Farmacologia e Pneumologia

Com a finalidade de testar a possível influência da integridade do epitélio brônquico na resposta espástica provocada por histamina, estudamos brônquios humanos (3ª e 4ª gerações ou 7ª e 8ª gerações), em montagem de anéis isolados para registro de contrações isométricas, com confecção de curvas dose-resposta. Duas preparações de cada geração, em pares, foram estudadas: uma íntegra e outra com desnudamento epitelial, realizado por fricção suave contra filtro de papel (posteriormente confirmado por estudo histológico). Os resultados mostram que o efeito constritor máximo é obtido com a concentração $10^{-4}M$ de histamina, distintamente para as preparações com e sem epitélio. O IC_{50} nas preparações intactas foi de $1,14 \times 10^{-6}M$ e, nas sem epitélio, de $1,04 \times 10^{-6}M$, com deslocamento da curva dose resposta para a histamina. Concluímos que a ausência do epitélio brônquico altera a resposta da histamina, tornando o brônquio mais sensível a seu efeito broncoconstritor.

MU-007

Título: VALOR DIAGNÓSTICO DOS TESTES DE PROVOCAÇÃO ESPECÍFICOS NASAIS MEDIDOS POR RINOMANOMETRIA NA DOENÇA OCUPACIONAL DAS VIAS AÉREAS.

Serviço: PULMOLAB - CENTRO DE FISIOPATOLOGIA PULMONAR, RIO DE JANEIRO E **LABORATOIRE D'EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE, HOPITAL FERNAND VIDAL, PARIS.

Autores: LM PLOTKOWSKI*, JM JANSEN*, A GHAEM**

Já foi anteriormente demonstrado que os testes de provocação nasal (TPN) ao pólen têm grande especificidade na rinite alérgica (Bul Eur Physiothol Respir 1986 22 443). A reação da mucosa nasal apresenta similaridades em relação à mucosa brônquica e já foi provado que há uma boa correlação entre a hiperreatividade nasal e brônquica para estimulação com alérgenos inalatórios comuns. (Bul Eur Physiothol Respir 1986 22 1956). Mas, apesar do nariz ser facilmente acessível existem poucas informações sobre o TPN nas doenças ocupacionais das vias aéreas (DOVA). Nós estudamos o TPN em um grupo de 128 pacientes com exposição ocupacional: 74 com rinite isolada, 54 com a associação de rinite com asma. História clínica cuidadosa foi utilizada para o diagnóstico de DOVA confirmando o diagnóstico em 97 pacientes, o rejeitando o diagnóstico de DOVA nos 31 restantes. 61 desses pacientes eram profissionalmente expostos a compostos de grande peso molecular (GPM): 36 padeiros, 9 laboratoristas, 16 trabalhadores da indústria farmacêutica, e 57 a agentes de baixo peso molecular (BPM): 21 cabeleireiros, 18 pintores, 17 carpinteiros, e 11 trabalhadores da indústria farmacêutica. TPN foram realizados por aplicação nasal direta para compostos não voláteis ou em câmara de inalação de corpo inteiro para compostos voláteis ou gasosos. Foi considerada como resposta positiva ao TPN um aumento de 100% na resistência nasal. A concordância entre a história clínica e o TPN foi de 83% para o grupo todos ($n=128$), de 89% para os expostos a GPM ($n=61$) e de 70% para os expostos a componentes de BPM ($n=67$). Uma menor concordância com os compostos de BPM foi principalmente observado em pacientes expostos ao isocianato. Vinte e um dos 22 pacientes estudados na câmara de inalação, tem 100% de coincidência para os testes de provocação brônquica e nasal positivos ($n=10$) ou negativos ($n=12$). Nossos resultados mostram que não existe resposta nasal falsamente positiva ao TPN na DOVA. Em consequência de nossos resultados nos sugerimos: 1) O TPN pode ser o teste específico de primeira escolha como diagnóstico de DOVA, 2) para o caso de compostos não voláteis o TPN pode ser usado em substituição aos testes de provocação brônquica específica; 3) para os casos de compostos voláteis a monitorização da resposta nasal pode reduzir o risco do teste de provocação brônquica específica, por possibilitar a interrupção da exposição, assim que o teste de provocação nasal se torne positivo.

MU-006

UTILIZAÇÃO DE COPO DE PAPEL COMO ESPAÇADOR PARA NEBULÍMETRO DOSIFICADOR.

INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ.

Autores: Roni Marques; Rosa Maria dos Santos Marsico; Isabel Maria Lopes; Roberto Bravo de Souza; Hélcio Meire Conde Jr.

O uso de nebulímetros dosificadores para a broncodilatação em asmáticos é um procedimento terapêutico de eficácia indiscutível. É comum, no entanto, que mesmo pacientes adultos tenham dificuldades em executar as manobras necessárias para o bom aproveitamento das doses expelidas pelos nebulímetros. A otimização do procedimento pode ser obtida com o uso de espaçadores que não são amplamente comercializados e que representam um custo adicional importante para as camadas sócio-econômicas menos favorecidas.

Em estudo duplo cego, comparamos a broncodilatação obtida em 7 asmáticos utilizando 2 doses de nebulímetro dosificador de salbutamol (200 mcg) através de um "espaçador" improvisado com copo de papel de 500 ml e a nebulização de 2500 mcg de sulfato de salbutamol diluído em 1,5 cc de soro fisiológico. Não houve diferença significativa entre as médias de variação do VEF1 obtidas com os dois procedimentos.

Conclui-se que um espaçador improvisado como o copo de papel pode ser utilizado para otimizar o uso de nebulímetros dosificadores de agonistas beta 2 adrenergéticos.

MU-008

MU-009

CLAUDE BERNARD HORNER, NEUROPATIA PERIFÉRICA E WERNICK KORSAKOFF
DESENCADEADOS POR QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA EM PACIENTE AIDÉTICO
ALCOÓLATRA.

AGNES KOSA TEIXEIRA, REGINA ALVARENGA, ALEXANDRA SANCHES TOLEDO,
PEDRO AUGUSTO ARAÚJO ROMÃO, LUIS CARLOS VIEIRA TEIXEIRA.

HOSPITAL DA LAGOA, INAMPS, RIO DE JANEIRO.

Trata-se de paciente internado com história de infecção respiratória há cerca de 20 dias, apresentando ao RX de tórax condensação em LSE. Encontrava-se lúcido, desidratado com história de toxicomania e alcoolismo severo além de lesões crostosas em toda mucosa oral. HIV +.

Foi iniciada hidratação venosa com soro glicosado e a seguir feita broncoscopia cujo resultado foi positivo para BAAR. No 7º dia de esquema triplíce começou a apresentar importantes alterações de comportamento com hiperreatividade de tal monta que necessitou tratamento com neurolepticos passando então a tornar-se prostrado, exibindo rapidamente níveis de impregnação medicamentosa: rigidez, apatia e sinal da roda dentada.

A impressão inicial era de complicações neurológicas da SIDA sendo realizadas investigações em líquor, exames laboratoriais e TCC que foram normais. Com a desimpregnação o paciente evoluiu para melhora do quadro mental porém passou a apresentar sinais neurológicos objetivos de neuropatia periférica e síndrome de Claude Bernard Horner à direita.

Iniciado esquema nutricional, complementação vitamínica, evidenciou-se reversibilidade dos sinais focais neurológicos no prazo de aproximadamente 30 dias.

Os autores discutem a concomitância de quadro de etiologia exógena tóxica, provavelmente potencializado pela medicação administrada, desencadeando manifestações neurológicas e concluem que diante de paciente com SIDA, outros diagnósticos devem ser incluídos como hipóteses etiológicas.

DERRAME PLEURAL POR CITOMEGALOVÍRUS EM PORTADOR DE SIDA: RELATO DE CASO.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAFFRÉE E GUINLE - UNIRIO - RJ
MIRANDA, S.; CARVALHO, S.R.S.; LACERDA, M.C.R.; OLIVEIRA, C.A.B.; MACARÃO, S.L.

A.C.S., 40 anos, sexo masculino, branco, auxiliar de contabilidade, homossexual, natural do Rio de Janeiro.

Paciente internado em 18/07/91, com história iniciada há 1 mês de emagrecimento, febre baixa, tosse com expectoração virosa e diarreia intensa. Após episódio de hematoquesia foi submetido a endoscopia digestiva com diagnóstico de úlcera gástrica e duodenal, sendo encaminhado ao HUGG. A história patológica pregressa revelava herpes zoster e monilíase oral.

Na admissão o paciente encontrava-se em regular estado geral, hipocorado. Ao exame do aparelho respiratório havia discreta estertoração em base de HTE. Realizado teste anti-HIV com resultado positivo. Raio X de tórax evidenciava condensação em base esquerda, associada a um pequeno derrame pleural. Foi submetido a toracocentese e biópsia pleural com os seguintes resultados: líquido pleural - Leucócitos = 170/mm³, hemácias = 11.000/mm³, mononucleares = 90%, polimorfonucleares = 10%, glicose = 87 mg%, proteína = 2 g%. BAAR (-). A biópsia de pleura apresentou hiperplasia de células mesoteliais com ativação nuclear e presença de inclusões nucleares do citomegalovírus. Foi iniciado tratamento específico com Ganciclovir. Paciente não respondeu à terapêutica, apresentando piora progressiva do quadro clínico evoluindo para o óbito.

Os autores ressaltam a importância da biópsia pleural, por ter sido decisiva no diagnóstico da citomegalovirose; e a raridade do caso tendo em vista tratar-se de uma entidade pouco frequente e de difícil confirmação, quando relacionada à pleura.

MU-010

MU-011

DOENÇA PULMONAR E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA

AGNES KOSA TEIXEIRA, JANE DAYE, CLAUDIA VELLOSO, JORGE FERREIRA Fº

HOSPITAL DA LAGOA, INAMPS, RIO DE JANEIRO

Este levantamento retrospectivo foi realizado no H. Lagoa em pacientes internados num período de 2 anos (julho 1989 a julho 1991). Houve predominância do sexo masculino (88%) e de pacientes entre 21 e 40 anos, num total de 125 pacientes com SIDA.

A mais frequente patologia encontrada foi pneumonia por P. Carinii, estando a tuberculose em 2º lugar nas suas formas: pulmonar, ganglionar e pleural, sendo a forma pulmonar isolada a mais frequente.

O grupo de risco nestes 68 pacientes HIV+ com manifestações pulmonares foi de homossexuais com 28 (41%), a seguir usuários de drogas com 18% e transfundidos com 6%. À internação 25 doentes já tinham HIV +. A monilíase foi a patologia associada mais frequente e a terapia com kotoconazole apresentou bons resultados. O tratamento habitual para pneumonia por P. Carinii foi realizado com SFX+ TMP sendo que 4 apresentaram intolerância sendo necessária a mudança do esquema para pentamidina (3 casos) e dapsona (1 caso). Os pacientes que não responderam à terapêutica (eventualmente associada a corticoterapia), eram os casos mais graves com óbito em curto espaço de tempo.

A grande maioria abandonou o follow up ambulatorial sendo desconhecida a evolução dos mesmos.

Discute-se a incidência de patologias pulmonares em pacientes com SIDA, seu tratamento, evolução e relação com a evolução da patologia básica.

Título: "Estudo Anátomo Patológico de 24 pacientes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Achados Pulmonares"

Autor(es): José Galvão Alves, Alice da Fonseca Martha, Adrienne da S. Brandão Pozzato, Fernando C. Rosman, Manoel Barretto Netto.
Serviço: Instituto de Patologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

O presente trabalho corresponde a avaliação de 24 pacientes portadores de HIV positivo com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) clinicamente manifesta, no período de 1985 à 1991.

Houve uma nítida predominância do sexo masculino sendo 17 homens e 7 mulheres com idade variando entre 21 e 67 anos com a média de 36,08 anos. Destaca-se também uma maior incidência da doença na raça branca (16). Foram analisados os pulmões com relação às infecções oportunistas mais frequentes, as neoplasias, ou qualquer outro achado histopatológico compatível com a presença do HIV. Pudemos observar uma predominância de Tuberculose Pulmonar seguida da Criptococose, Pneumocistose e Citomegalovirose Pulmonar. Dentro do material estudado encontramos apenas uma neoplasia correspondente a um Linfoma Hodgkin Pulmonar.

Analisamos também a ocorrência no mesmo paciente de mais de uma infecção pulmonar, bem como a correlação entre o tipo de infecção e a presença de adenomegalia hilar e/ou mediastinal a derrame pleural.

MU-012

Titulo: Infecção por *Mycobacterium szulgai* em hemofílico com SIDA.

Autor(es): Mauro Zamboni, Ricardo P. Igreja, Carlos Bonecker, Helio Magarinos Torres Filho.

Serviço: Hospital da Casa do Hemofílico - Rio - RJ
 O *M. szulgai* é uma micobactéria atípica, escotocromogênica, identificada pela 1ª vez em 1972 e com 27 casos descritos até o momento, nenhum associado à SIDA. Ela causa doença pulmonar semelhante ao *M. tuberculosis* e também bursite olecraneana. Por apresentar maior sensibilidade aos agentes tuberculostáticos, é importante sua diferenciação das outras micobactérias, principalmente às do complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*. Os autores relatam o 1º caso no Brasil de infecção por *Mycobacterium szulgai* em paciente com SIDA. Trata-se de hemofílico A grave, 39 a., HIV + desde 1985, com história progressiva de hemoartroses de repetição, P.T.I., toxoplasmose do SNC, candidíase cutânea, oral e esofágica. Em Jan. 1991: tosse com expectoração amarelada, febre vespertina, Rx de tórax: condensações de aspecto inflamatório em ambas as bases. Usou ceftriaxone por 7 dias sem melhora. 03 amostras de escarro para pesquisa de BAAR foram negativas. Broncofibroscopia mostrou supuração broncopulmonar bibasal. O LBA não evidenciou BAAR ou outros agentes patogênicos. Realizada punção aspirativa transparietal da condensação de base esquerda. BAAR no aspirado foi negativo. A cultura mostrou numerosas colônias de *Mycobacterium szulgai*. Apesar da instituição de esquema específico o paciente evoluiu com plora do quadro pulmonar, meningite criptocócica e óbito.

MU-013

Titulo: MANIFESTAÇÕES PULMONARES X SIDA NA INFÂNCIA ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS

Autor(es): PEREGRINO S.; MARTIRE, M.T.; IGLESIAS, B.S.; SGORLON, G.

Serviço: Pediatria - Hospital Univ. Gafree Guinle - UNI-RIO

Foram estudados 19 pacientes com SIDA e manifestações pulmonares no Setor de Pneumologia Infantil do HUGG-UNIRIO, no período de julho/89 a agosto de 91.

Observou-se que 63% dos pacientes eram do sexo masculino e 17% do sexo fem. cuja idade média situou-se em torno de 3 anos e seis meses. Desses pacientes 73.6% adquiriram a doença através de transmissão vertical, 21% através de hemotransfusão e 5.2% a forma de transmissão foi desconhecida.

Dos pacientes HIV positivo, 73,6% iniciaram a sintomatologia através de quadro pulmonar. Dentre estes a pneumonia de repetição compreendeu 42% do total de casos. Foi realizado estudo imunológico, clínico e radiológico com a tentativa de melhor diagnosticar o quadro pulmonar e consequentemente oferecer um melhor prognóstico sob o ponto de vista de sobrevivência.

O agravamento do quadro pulmonar, assim como a menor sobrevivência, está diretamente relacionada aos seguintes achados: relação $OKT_4/T_8 < 2,0$, transmissão vertical e o achado de infiltrado intersticial agudo com desconforto respiratório associado.

MU-014

Titulo: PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO EM PACIENTES COM SIDA

Autor(es): PATRÍCIA FREIRE PERES; LUIZ AUGUSTO VIANNA E CARLOS ALBERTO DE BARROS FRANCO.

Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - DEP. CLIN. MED DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRJ.

Foram estudados retrospectivamente 4 pacientes portadores de SIDA que apresentaram, em sua evolução, episódios de pneumotórax espontâneo, tratados em regime de internação no HUCFF.

Os pacientes eram todos do sexo masculino, com idade variando de 23 a 41 anos. Relação com pneumonia por *P. carinii* foi presumida em 3 pacientes, sendo confirmada em um desses. Em 3 pacientes os episódios foram recidivantes, e em 2 foram bilaterais, perfazendo 9 episódios nos 4 pacientes. Apenas em um caso havia relação com uso de pentamidina inalada para profilaxia de *P. carinii*.

O tratamento de todos os episódios foi drenagem torácica sob selo d'água, com persistência de fuga aérea por tempo prolongado. Pleurodese com tetraciclina foi tentada em 2 casos, sem sucesso.

O pulmão é órgão muito frequentemente acometido em pacientes com SIDA, sendo variada a natureza desse acometimento, podendo ser inflamatória, neoplásica ou infecciosa. Os autores chamam a atenção para o pneumotórax espontâneo como uma complicação grave, de difícil tratamento nesses pacientes, e analisam sua provável etiopatogenia.

MU-015

Titulo: PNEUMOCISTOSE E CRIPTOCOCOSE PULMONAR

Autor(es): Miguel A. Aidé; Luiz Maurício C. Ramos; Luiz Felipe Judice; Paulo Marcos Valiante; Antonio Luiz A. Horta.

Serviço: Dept. Medicina Clínica - UFF

Os autores apresentam um caso de Pneumocistose e Criptococose pulmonar em paciente do sexo fem., 39 anos, com Anti HIV positivo. Há 5 meses: dispnéia progressiva, tosse seca e febre baixa. Fez uso de Bac-trin melhorando dos sintomas. Há 4 dias da internação, lúcida, cianose, taquipnéia, taquicardia e febre de 39°C, hipocratismo digital, monilíase oral. Estertores crepitantes de ambas as bases pulmonares pH 7,51; PaO₂ 33,5 e PaCO₂ 21,3. Aos raios X de tórax infiltrado intersticial bilateral. Broncofibroscopia com citologia sugestivo de monilíase e criptococose pulmonar. Biopsia de pulmão compatível com pneumocistose e criptococose pulmonar. O quadro clínico se deteriorou, evoluiu com insuficiência respiratória apesar da terapêutica com Anfotericina B, Fluconazol e Pentamidina. A paciente faleceu no 14º dia de intervenção.

Título: TUBERCULOSE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES IMUNOCOMPETENTES E IMUNODEPRIMIDOS.

Autor(es): SOUZA, M.M.M.; LIMA, D.B.; SIQUEIRA, H.R.

Serviço: PNEUMOLOGIA, H.U. PEDRO ERNESTO, UERJ, RJ.

Objetivando avaliar se a imunodepressão ou a imunocompetência associadas a Tuberculose (TB) levam a padrão de apresentação/evolução diferentes fizemos um estudo retrospectivo/prospeção de 35 pacientes (pc) com TB ativa, imunocompetentes (IC) - 10pc - ou imunodeprimidos (ID) - 25pc -, por avaliação clínica, radiológica e laboratorial. Através de testes cutâneos de imunidade celular (TCIC) foram classificados em: 1º - IC-TCIC pos. - 20pc, 12 ♂ e 8 ♀, 12 com doenças diversas de base associadas à TB, 2º - ID-TCIC neg. - 15pc, todos com doenças de base associadas à TB, 12 ♂, todos com SIDA, e 3 ♀ (2 desnutridas; 1 senil). Em ambos os grupos consideramos a TB como de reinfecção devido a idade adulta. A resposta aos tuberculostáticos foi boa nos 2 grupos. Os óbitos ocorridos não foram devidos a TB. O padrão radiológico foi de "reinfecção" nos IC e nas 3 ♀ ID, e de "primo-infecção" nos ♂ ID com SIDA. O diagnóstico etiológico de BK, nos 2 grupos, foi mais frequentemente feito no escarro pela baciloscopia, seguido pela cultura (com $\Delta t > 25$ dias), e pela histopatologia, na qual em 3pc IC mostrou típico granuloma com necrose de caseificação; 9 ID, todos com SIDA, apresentaram granuloma mas somente em 5 destes houve necrose de caseificação. O trabalho mostrou que todos os pacientes com SIDA e TB estavam imunodeprimidos, e que deve-se suspeitar de SIDA+BK em todo homem adulto com padrão radiológico tipo "primo-infecção" ou TB forma ganglionar.

A TUBERCULOSE NA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - ESTUDO EM 151 PACIENTES.

Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO)

Magaão SL, Carvalho SRS, Neves DD, Bethlen EP, Miranda S, Guimarães EP.

Foram estudados 151 pacientes com idade média de 35 anos, com predomínio do sexo masculino e portadores da associação de tuberculose e HIV positivo.

Constatamos a maior frequência de acometimento pulmonar (61%) seguindo-se, o ganglionar (22,5%), hepático (12,5%), das serosas (9%) e genito-urinário (6,6%). Em 14% dos casos houve associação comprovada em mais de um órgão.

Obtivemos comprovação diagnóstica em 71,5% dos casos e a prova terapêutica foi utilizada em 28,5% dos pacientes, face à possibilidade diagnóstica própria da seriedade de cada caso.

Adotamos a associação de RMP + INH + PZA por 2 meses seguidos do emprego de RMP + INH por 7 meses.

Completaram o tratamento 28% dos pacientes enquanto que em 52% ocorreu óbito durante o esquema empregado, devido à associação de outras doenças. O abandono do tratamento ocorreu em 9% das vezes.

Como complicações decorrentes da terapêutica anti-tuberculosa empregada anotamos icterícia (9%), manifestações cutâneas (8,5%), gastrointestinais (6,5%) e variadas (2%).

Pelo exposto, visamos demonstrar a alta associação da tuberculose em pacientes HIV+, assim como o comportamento do perfil terapêutico daquela infecção neste tipo de indivíduos.

MU-018

TUBERCULOSE E SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

AGNES KOSA TEIXEIRA, ALEXANDRA SANCHES DE TOLEDO, JANE DAYE, JORGE FERREIRA F., CLAUDIA M. ANDRADE VELLOSO

HOSPITAL DA LAGOA, INAMPS, RIO DE JANEIRO

A análise retrospectiva de 125 pacientes com SIDA internados no H. Lagoa, Inamps, no período de julho 1989 à julho 1991 revelou a presença da infecção tuberculosa como agente infeccioso mais frequente. Ao todo 35 eram portadores de alguma forma clínica de tuberculose com predominância dos homossexuais seguidos de toxicômanos.

A forma pulmonar foi a mais frequente, (55%), sendo a condensação heterogênea com ou sem infiltrado intersticial o achado mais comum. A tuberculose ganglio-pulmonar e ganglionar ocorreu em 35% dos pacientes e muitos destes também exibiam acometimento de gânglios retroperitoneais. Menos frequentemente (5%) surgiu a tuberculose pleuro-pulmonar e pleural respectivamente, cabendo destacar a presença de derrame pleural bilateral concomitante.

O diagnóstico foi firmado através exame de escarro, lavado bronco-alveolar, biópsia ganglionar e punção aspirativa. Foi iniciado esquema quimioterápico com RMP, INH e PZA em todos os casos e em 5 pacientes evidenciou-se efeitos colaterais às drogas obrigando mudança de esquema terapêutico.

A resposta ao tratamento foi rápida, com melhora da sintomatologia em poucos dias. O follow-up foi desalentador já que a maioria (51%) abandonou o controle.

Após análise da casuística os autores discutem as formas de apresentação da tuberculose em pacientes imunocomprometidos e a evolução desta quanto as drogas administradas e infecções oportunistas que se sobrepuseram concomitantemente.

MU-019

Título: Adoecimento por tuberculose (TB) em profissionais de Saúde (PS) em Hospitais no Rio de Janeiro.

Autores: Kritski, AL; Mehas, MMG; Marine, J; Magarão, S; Facheco, EL; Penna, MLF; Gontijo F, PP; Andrade, GN.

Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ (ITP); Hospital Raphael de Paula Souza (HRPS); Hospital Universitário Gaffree e Guinle (HUGG) e Hospital Estadual Santa Maria (HESM).

Material e método: A incidência da tuberculose nos profissionais de saúde de 4 Hospitais do Rio de Janeiro foi avaliada através das respectivas fichas de certificação: ITP, HRPS, HUGG e HESM. Foram considerados apenas os PS que tiveram seu diagnóstico comprovado a histopatologia e/ou bacteriologia.

Resultados: Dos 33 PS com TB, 9(27%) eram Auxiliares de Enfermagem; 6(19%) eram Auxiliares Operacionais de Limpeza e 4(12%) eram Enfermeiros. A TB ocorreu:

INSTITUIÇÃO	1988		1989		1990	
	TB/PS	p	TB/PS	p	TB/PS	p
HRPS	3/1041	5,99	4/967	0,16	2/876	17
HESM	1/473	33,01	2/457	5,81	5/416	0,001
ITP	2/177	1,01	2/162	0,86	1/216	16,74
HUGG	3/770	2,86	4/768	0,45	4/765	0,05
MUN.RJ	4169/5852	1,00	5371/5934	1,600	5557/6016	1,700

p = probabilidade exata pela distribuição binomial na ocorrência do valor (TB/PS) igual ou superior ao encontrado;

* p em nível de 0,05

** dados do IBGE.

Conclusão: A TB ocorreu entre os PS 2,3 a 13,6 meses mais frequente que na população geral, e a incidência foi maior no ITP e no HUGG.

MU-020

Título: Alterações hematológicas em tuberculosos alcoólicos(CAGE+) e não alcoólicos(CAGE-) em uso de tuberculose.

Autor(es): CARRERA; Marcia Nogueira, JANINI; Maria Cândida R.

Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ.

Acompanhamos um grupo de 21 pacientes virgens de tratamento, com avaliações hematológicas mensais. Desses 8(38%) foram considerados alcoólicos, após resposta ao questionário CAGE. Apenas 1(5%) paciente era portador de Diabetes Mellitus. Em ambos os grupos, foi observada hiperglicemia transitória em 20 a 36% dos casos. Durante o 1º e 2º mês, entre 60 e 80% dos pacientes exibiu níveis elevados de Ácido Úrico. Hiperglicemia persistente, até o 5º / mês foi observado em 20% desses doentes. No 6º mês todas as avaliações eram normais. Nenhum dos grupos mostrou alterações nos níveis fosfatase alcalina e Bilirrubinas. Apenas 9% dos doentes CAGE - tiveram elevação de transaminases enquanto que no grupo CAGE +, os níveis ultrapassaram em 2 vezes / os valores Basais e o percentual de pacientes foi maior. Ambos os grupos demonstraram inversão da relação Albumina/Globulina, já na avaliação inicial/ e até o final do tratamento, acima de 40% dos pacientes alcoólicos.

MU-021

Título: Alterações Bioquímicas em tuberculosos Alcoólicos(CAGE+) e não-alcoólicos(CAGE-) em uso de tuberculostáticos

Autor(es): CARRERA; Marcia Nogueira, JANINI; Maria Cândida R.

Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Acompanhamos um grupo de 21 pacientes, virgens de tratamento, com avaliações hematológicas mensais. Desses 8(38%) foram considerados alcoólicos após resposta ao questionário CAGE. Acerca de 50%, em ambos os grupos, mostravam hematemetria subnormal no exame pré-tratamento a velocidade de hemossedimentação estava elevada em 100% dos casos. Leucocitose global excessiva foi observada em 40% dos casos nos dois grupos no diagnóstico e ao final do 1º mês nos meses subsequentes, leucopenia persistente foi exibida por 30% dos pacientes. Comportamento semelhante, apresentaram os leucócitos polimorfonucleares no grupo CAGE +, que não foi seguida pelos / CAGE -. O Perfil linfocitário do grupo caracterizou-se pelo comportamento errático alternando linfocitose/linfopenia. No decorrer do uso, 75% de pacientes de ambos os grupos exibiam leucocitose significativa. Cerca de 9% a 18% dos CAGE - apresentaram plaquetopenia, durante todos os meses de tratamento, sem repercussões clínicas.

MU-022

Título: ALTERAÇÃO MECÂNICA GRAVE EM SEQUELA DE TUBERCULOSE PULMONAR. - APRESENTAÇÃO DE UM CASO.

Autor(es): Julio César A. Rangel, Alfred Lemle, Newton Bethlem; LIMA, F.P.S.; SOUZA, G.R.M.

Serviço: PNEUMOLOGIA(HUCFF) e DEP. CLIN. MED. (FAC. MED.), UFRJ.

T.A.S., f, 44, HUCFF 036705.5, hemoptises de repetição. TP aos 12 anos, tratamento incompleto com recidiva e re-tratamento aos 38 com esquema REI. Suspeita de BK genital. Nega outras pneumopatias. Nega tabagismo. Ausência de dispnéia, cianose ou hipocratismo. Hemitórax E: discreta retração, com aumento do FTV e estertores no 1/3 superior. Raio-X: à esquerda, redução volumétrica com espessamento pleuro-apical e hipotransparência não homogênea no 1/3 superior, desvio da traquéia e do mediastino para este lado, com tração cranial do hilo ipsilateral. Perfil: hipotransparência não-homogênea no 1/3 superior, com imagens areolares de perifeio. Espirografia: CVF 1,33(46%), VEF1 0,69(31%), VEF1/CVF 52%(68% do teórico), FEF 25-75% 0,27(10%), VMI26(38%). Gasometria: PaO2 71,2(ar), 545(O2 100%), PaCO2 36,5(ar), Os/Ot 6,0, VD/VT 40%. Observa-se uma acentuada desproporção entre os achados do exame físico e as alterações radiológicas por um lado, em relação aos dados espirográficos por outro, que revelaram acentuado distúrbio misto. Infreqüente mesmo em doenças obstrutivas, este padrão parece característico de seqüelas moderadas e avançadas, de acordo com nossa experiência em estudos de correlação clínico-radiológico-funcional em pacientes com história de tuberculose pulmonar tratada.

MU-023

DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO - ANALISE DE 41 CASOS

Monica K. N. Andrade, Rosa Maria S. Marsico, Alfredo R. Peyneau
INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

De 78 pacientes com derrame pleural estudados no período de Janeiro a agosto de 1991, 41 (52,6%) eram de etiologia tuberculosa, 11 (14,1%) de natureza neoplásica, 8 (10,2%) bacteriana inespecífica, 6 (7,7%) secundário a doença sistêmica e 12 (15,4%) de causa indeterminada.

Os 41 pacientes foram analisados quanto aos aspectos clínicos, radiográficos antes e após a toracocentese, teste tuberculico com 2 U de PPD Rt-23, exame bacteriológico do líquido pleural, fragmento de pleura e/ou no escarro, exame citológico do líquido pleural e histopatológico do fragmento de pleura.

A confirmação da etiologia tuberculosa pelo isolamento do *M. tuberculosis* foi possível em 20 (48,8%) doentes. Em 16 (39,0%) pacientes, o diagnóstico foi histopatológico. Nos demais 5 (12,2%) doentes, sem comprovação bacteriológica e com exame histopatológico não conclusivo, o diagnóstico foi baseado em critérios clínico-radiológicos de probabilidade.

MU-024

Título: Diagnóstico bacteriológico da tuberculose no ITP-UFRJ, entre Janeiro de 90 a junho de 91.

Autores: Marsico, A.G.; Vieira, G.B.O.; Gontijo Ff, P.P. e Andrade, G.N.

Serviço: Instituto de fisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITP-UFRJ).

Foi analisada a positividade obtida pela baciloscopia e cultura em espécimes biológicos provenientes de pacientes atendidos pela primeira vez e em rettamento para tuberculose no ITP-UFRJ.

Material e método: Foram computadas 2871 espécimes, dos quais 73,0% correspondentes a escarro. Os esfregaços foram corados pelo método de Ziehl-Neelsen e as culturas em meio de Lowenstein-Jensen. Os materiais contaminados, como o escarro, foram tratados pelo método de Petroff.

Resultados: A positividade obtida na baciloscopia e na cultura foi, respectivamente de 17,3% e 22,1%. Em 41,0% dos exames não foi possível determinar o grupo do paciente, pelo preenchimento incorreto do pedido de exame. Quando comparados os resultados obtidos pela baciloscopia com os da cultura, esta última aumentou em 56,0% a confirmação diagnóstica. O percentual de exames baciloscópicos positivos e de culturas negativas foi de 3,0% entre os pacientes em rettamento.

Conclusão: No ITP-UFRJ a confirmação bacteriológica da tuberculose pulmonar foi superior a 20%.

Apoio CNPq.

MU-025

Título: EFETIVIDADE DO ESQUEMA 1 NO TRATAMENTO DOS DOENTES TUBERCULOSOS MAIORES QUE 15 ANOS.

Autores: Hisbello da S. Campos, Francisco E. F. da Silva, Miguel A. Hijjar, José Antonio N. Miranda, Germano G. Filho.

Serviço: CENTRO DE REFERÊNCIA PROF. HÉLIO FRAGA, DA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, MS.

A partir de uma amostra de 2431 doentes tuberculosos, maiores que 15 anos, que iniciaram o tratamento em outubro de 1988, em todas as capitais brasileiras (exceto Natal, Maceió, Goiânia e Vitória), foram avaliados os métodos diagnósticos e os resultados do tratamento com esquema 1 (RMP + INH+PZA). Em 86% (2092) da amostra, a forma clínica era pulmonar; em 13% (333), extra-pulmonar e, em 1% (6), meningoencefálica. Excluídos os doentes que abandonaram o tratamento (18,3%), os portadores de formas extra-pulmonares que prorrogaram o tratamento por mais de 6 meses (6,8%) e os que não tinham informações sobre o resultado do tratamento no prontuário (5,8%), observou-se que o esquema foi efetivo, em condições de rotina, em 94% dos casos. Se enfocados apenas os bacilíferos (1346), o esquema foi efetivo em 96% dos doentes que o cumpriram corretamente.

MU-026

Título: EFETIVIDADE DO ESQUEMA 1 NO TRATAMENTO DOS DOENTES TUBERCULOSOS COM IDADE ENTRE 01 E 15 ANOS.

Autores: Hisbello da S. Campos, Francisco E. F. da Silva, Miguel A. Hijjar, José Antonio N. Miranda, Germano G. Filho.

Serviço: CENTRO DE REFERÊNCIA PROF. HÉLIO FRAGA, DA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, MS.

A partir de uma amostra de 232 doentes tuberculosos, com idade entre 1 e 15 anos, que iniciaram o tratamento em outubro de 1988, em todas as capitais brasileiras (exceto Natal, Maceió, Goiânia e Vitória), foram avaliados os métodos diagnósticos e os resultados do tratamento com esquema 1 (RMP+INH+PZA). Em 70% (163) da amostra, a forma clínica era pulmonar; em 28% (66), extra-pulmonar e, em 2% (3), meningoencefálica. Excluídos os doentes que abandonaram o tratamento (10,7%), os portadores de formas extra-pulmonares que prorrogaram o tratamento por mais de 6 meses (25) e os que não tinham informações sobre o resultado do tratamento no prontuário (6%), observou-se que o esquema foi efetivo, em condições de rotina, em 97% dos casos. Se enfocados apenas os bacilíferos, (38), o esquema foi efetivo também em 97% dos doentes que o cumpriram corretamente.

Título : Meio Líquido seletivo no diagnóstico da tuberculose pleural.

Autores: Anjos F., L.; Gontijo F., P.P. e Andrade, G.N.

Serviço: Instituto de Fisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITP-UFRJ).

O diagnóstico da tuberculose pleural é usualmente difícil em virtude do pequeno número de micobactérias presentes no fragmento de pleura e líquido pleural. O objetivo do trabalho foi avaliar o meio líquido do (Kirchner) seletivo para o diagnóstico da tuberculose pleural.

Material e método: Um total de 150 espécimes, compreendendo 103 fragmentos de pleura e 47 líquidos pleurais, foram inoculados sem tratamento prévio no meio de Kirchner, contendo antimicrobianos e em Loewenstein-Jensen (LJ). O crescimento no meio líquido foi subcultivado, independentemente da presença de turvação, em meio de LJ, após 2 e 4 semanas de incubação. As culturas foram identificadas como *M. tuberculosis* através de testes bacteriológicos e bioquímicos.

Resultado: A presença do bacilo da tuberculose foi confirmada em 30/150 (20%) dos espécimes cultivados, verificando-se uma taxa de contaminação de 2,6%. Os fragmentos pleurais apresentaram uma positividade de 21,4% e os líquidos pleurais de 17%.

Conclusão: O uso do meio seletivo, juntamente com o LJ, resultou em um aumento de 68% (17/25) no diagnóstico de tuberculose pleural.

	Kirchner		
Loewenstein-Jensen	Positivo	Negativo	Total
Positivo	13	12	25
Negativo	17	108	125
Total	30	120	150

Apoio CNPq

Título : Microscopia Fluorescente versus Microscopia pelo Ziehl-Neelsen no diagnóstico da tuberculose.

Autores: Rodrigues, C.A.; Gontijo F., P.P. & Andrade, G.N.

Serviço: Instituto de Fisiologia e Pneumologia.

A microscopia fluorescente utilizando a Auramina "O" é mais sensível que a microscopia ótica, após coloração pela técnica de Ziehl-Neelsen. Sua utilização numa rotina com grande demanda permite a racionalização das atividades do laboratório. Aqui, avaliou o rendimento da microscopia fluorescente na rotina do Serviço de Bacteriologia do ITP.

Os esfregaços foram preparados a partir do escarro "in natura", sendo corados pelo método de Ziehl-Neelsen e pela técnica de fluorescência.

A positividade obtida pelas microscopias fluorescente e ótica foram, respectivamente, de 26,21% (54/206) e 20,4% (42/206). Constatou-se apenas um caso onde a fluorescência foi negativa com Ziehl-Neelsen positivo.

Resultado	Fluorescência	Ziehl-Neelsen
Positivo	54	42
Negativo	152	164
Total	206	206

A sensibilidade da microscopia fluorescente foi superior à da microscopia pelo Ziehl-Neelsen, com um acréscimo de 28,6% no total de resultados positivos.

Título: MORTALIDADE EM TUBERCULOSE

Autor(es): ESTER LACHTERVACHER PACHECO E HELIO CAPELLA VELASCO

Serviço: HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA

OBJETIVO - Em decorrência do tipo de paciente que este hospital recebe, resolvermos fazer um estudo do alto índice de mortalidade existente e suas principais causas.

Material - Levantamento dos últimos 100 (cem) casos de óbitos ocorridos neste hospital no período de 01/01/91 e 03/06/91.

Em relação a idade, sexo e cor nada de diferente foi constatado, pois obedece ao padrão que normalmente ocorre com a TBC no Brasil - adulto jovem, do sexo masculino e de cor parda.

No diagnóstico, percebe-se que a grande maioria era realmente portadora de TBC, com 87% dos casos. Tiveram associação com SIDA 12% e com diabetes 3%.

A grande maioria dos pacientes recebidos eram provenientes da própria residência e dos Centros Municipais de Saúde (CMS), sendo que os hospitais estaduais, municipais e os FAMS também tiveram um bom índice de egressos.

O que nos chamou a atenção foi o grave estado geral dos pacientes aqui recebidos. Constatamos que 81% dos pacientes chegaram ao hospital em precárias condições de saúde e 77% faleceram antes de completar 30 dias de internação, o que nos levou ao segundo objetivo deste trabalho - um alerta as autoridades de saúde responsáveis pela tuberculose. Há uma grave falha no controle da doença. Cumpre a nós fisiologistas detectá-la e saná-la.

Título: O PACIENTE TUBERCULOSE SUPER CRÔNICO EVOLUÇÃO CLÍNICA E BACTERIOLÓGICA

Autor(es): Ruffi, M.; Araújo, A.A.; Suassuna, L.; Capella, H.V.

Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE/UERJ - H.E. SANTA MARIA

O paciente que permanece com baciloscopia positiva por mais de 6 meses é denominado de super crônico no Hospital Estadual Santa Maria. A nossa hipótese é que por algum motivo ele se tornou resistente a algumas das drogas dos esquemas propostos pelo Manual para controle da Tuberculose editado pela D.N.P.S. Estes casos não são levados em consideração neste Manual e nem na literatura corrente. O objetivo do nosso estudo é dar uma contribuição quanto à conduta terapêutica destes pacientes. Para isto estudamos 347 culturas e antibiogramas solicitados no H.E. Santa Maria no período compreendido entre março 1983 e Novembro 1990, considerando que estes pacientes teriam permanecido positivos por mais de seis meses o que é a rotina do serviço. Observamos que os que permaneceram com baciloscopia positiva por mais de seis meses na época do antibiograma eram pacientes que apresentavam resistência à Isoniazida e à Rifampicina (11%) os que permaneceram positivos por mais de um ano eram resistentes à Isoniazida ou Rifampicina e mais e uma das drogas dos outros esquemas (II e III) (8%) ou eram resistentes a todas as drogas (6%). Analisando-se o tempo de sobrevivência destes super crônicos que tomarem algum esquema alternativo com a conduta antiga quando se dava somente Isoniazida em doses altas, não houve diferença significativa. As principais causas para o fenômeno foram o abandono do tratamento, a tomada irregular do medicamento e para isto concorreram o alcoolismo e a doença mental.

MU-031

MU-032

Título: Resistência às drogas de primeira linha em pacientes tuberculosos, em retratamento no ITP-UFRJ, entre Janeiro de 90 e Junho de 91.

Autores: Vieira, G.B.O.; Marsico, A.G.; Gontijo F., P.P. e Andrade, G.N.

Serviço: Instituto de Fisiologia e Pneumologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foram analisadas as taxas de resistência secundária à isoniazida, estreptomicina, etambutol e rifampicina, em pacientes, em retratamento, no ITP-UFRJ.

Material e método: Foram realizados testes, direto e indireto, para avaliar a susceptibilidade "in vitro" pelo método das proporções, em pacientes em retratamento.

Resultados: No período foram realizados 307 sendo 224 em pacientes em retratamento (149 diretos e 65 indiretos). A taxa de resistência foi de 66,1%, sendo que 91,3% das amostras eram resistentes à isoniazida; a taxa de resistência à rifampicina, etambutol e estreptomicina foi, respectivamente, 75,8%, 46,6% e 42,2%, quando consideradas apenas as amostras resistentes. Neste grupo a poli-resistência às drogas testadas foi verificada em 131/162 (80,9%) amostras, nas quais a resistência para a isoniazida e a rifampicina foi de 72,7%.

Conclusão: Cerca de 2/3 das cepas isoladas a partir de pacientes em retratamento eram resistentes aos anti-microbianos testados e, dentre estes 3/4 eram resistentes simultaneamente à isoniazida e à rifampicina.

Apoio CNPq.

Título: RESISTÊNCIA BACTERIANA EM TUBERCULOSE

Autor(es): HISBELLO DA SILVA CAMPOS, IRLÂNDIA FIGUEIRA, CARLOS EDUARDO DIAS CAMPOS.

Serviço: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, CNCT, MS.

Foram analisados os testes de sensibilidade do bacilo de Kock (BK) aos principais tuberculostáticos (RMP, INH, PZA, EMB, SM, ETH, PAS e KM) em 130 doentes internados no hospital Raphael de Paula Souza (HRPS) no ano de 1989. Em 61,7% (82) dos doentes, o BK era sensível a todos os fármacos testados; em 12% (16) havia resistência a uma única droga; em 10,5% (14), a 2; em 6,8% (9), a 3; em 2,2% (3), a 4; em 4,5% (6), a 5; em 1,5% (2), a 6 e, em 0,8% (1) a 7 drogas testadas. Quando havia resistência a apenas 1 fármaco, foi mais comum ser à INH ou à ETH (31,3%). Nos doentes nos quais havia resistência a 2 drogas, a associação RMP+INH (71,4%) foi mais comum. A resistência concomitante a 3 drogas mais comum foi à RMP+INH+EMB, que aconteceu em 5/9 situações.

MU-033

MU-034

TÍTULO: TUBERCULOSE: MODELO EM UMA VISÃO CRÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

AUTORES: JOÃO PAULO CANTALICE FILHO; OMAR LUPI DA ROSA SANTOS; CÉLIO MARINHO DE PAULA MOTA; JANE ARAÚJO OLIVEIRA.

SERVIÇO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Trabalho financiado pelo CNPq na categoria de Aperfeiçoamento tipo B, visa traçar um novo perfil epidemiológico das micobacterioses mais prevalentes no estado do Rio de Janeiro - Tuberculose Pulmonar e Hanseníase - sob o prisma do atendimento médico primário e especializado da rede pública de saúde.

A amostra em estudo consta de cerca de 500 pacientes aleatórios de regime ambulatorial distribuídos em 6 Unidades Sanitárias do município do Rio de Janeiro, selecionadas a partir de critérios geo-demográficos definidos no projeto de pesquisa original. A investigação foi realizada com questionários dirigidos aos próprios pacientes e consultas subsequentes aos seus respectivos prontuários médicos, visando a obtenção de dados referentes ao nível sócio-econômico, acessibilidade ao atendimento e sucesso terapêutico. Os resultados iniciais serão discutidos neste congresso e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas ilustrativas.

Ainda carentes de alguma complementação amostral e devido tratamento estatístico, os dados aferidos apontam para a projeção do perfil epidemiológico da Tuberculose Pulmonar no estado e a não satisfatória assistência médica primária, até o momento pouco acessível e incapaz de efetuar um controle ativo na busca de casos novos.

TUBERCULOSE MILIAR: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 23 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL OTAVIO MANGABEIRA DE 1987 A 1991

HOSPITAL OTAVIO MANGABEIRA - SALVADOR - BA

Autores: Duarte. M. B., Oliveira. M., Pecanha Martins. A. C.

Foram revistos 23 casos de tuberculose miliar (disseminação hematogênica) internados no HOM durante o período de Janeiro/87 a Junho/91. O material é composto de 13 crianças de 0 a 10 anos, nenhum adolescente, 6 adultos jovens (20 a 30 anos) e quatro nas demais décadas.

Serão discutidos os aspectos clínicos, achados bacteriológicos e laboratoriais, bem como a resposta à terapêutica instituída, obedecendo o esquema I padronizado pelo Ministério da Saúde. A exceção de 7 pacientes que passaram para esquema alternativo devido a comprometimento hepático decorrente de efeito colateral das drogas.

As tabelas dos estudos acima referidos serão apresentadas durante a exposição.

MU-035

MU-036

Título: TUBERCULOSE GANGLIONAR APRESENTANDO DISFAGIA COMO SINTOMA INICIAL.

Autor(es): L.G. Vianna, R.J. Freitas, P.A. Lemos, D.T. Ikeoka.

Serviço: DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.

A tuberculose continua a ser importante problema de saúde pública no Brasil. A maior parte dos casos de tuberculose com localização extrapulmonar é diagnosticada em gânglios periféricos ou em pleura. Descreve-se o caso de uma paciente feminina, de 22 anos, que apresentou disfagia como sintoma inicial de tuberculose ganglionar. A doente referia disfagia progressiva há 1 mes, a qual associou-se, após 2 semanas, febre alta (38-39°C), diária, vespertina, acompanhada de calafrios e sudorese. No mesmo período apresentou tosse seca, adinamia, anorexia e emagrecimento de 4 kg. No exame físico palpavam-se linfonodos nas cadeias cervical posterior, direita e esquerda, e inguinal direita. PPD foi reator forte. Radiografia de tórax mostrou coração e pulmões normais e espessamento da parede traqueo-brônquica. Radiografia de esôfago revelou compressão extrínseca na parede anterior do 1/3 médio e imagem de depósito baritado, que correspondia à adenopatia comprimindo extrínsecamente o esôfago e fistulizando para dentro do mesmo. Endoscopia mostrou abaulamento do 1/3 médio do esôfago posterior com sua mucosa íntegra. Biópsia de linfonodo revelou necrose caseosa. Foi iniciada terapêutica para tuberculose, havendo melhora do estado geral, involução progressiva da adenopatia e desaparecimento da disfagia e febre.

TUBERCULOSE NA CRIANÇA - COMPROMETIMENTO PULMONAR EM 71 CASOS DE NECROPSIAS

Marina Zoucas, Monica K. N. Andrade, Ezemar M. de Andrade, Alfredo R. Peyneau

INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Revisão de 71 casos de necropsias em crianças de até 12 anos de idade com diagnóstico de tuberculose miliar.

Foram analisados o quadro clínico inicial, as alterações radiológicas pulmonares e o comprometimento anatomopatológico das estruturas do tórax.

Dentre os resultados deste estudo destaca-se o achado de radiografias de tórax normal de 1.7% dos casos.

MU-037

MU-038

TUBERCULOSE NA CRIANÇA - REVISÃO DE 71 CASOS DE NECROPSIA

Marina Zoucas, Monica K. N. Andrade, Ezemar M. de Andrade, Alfredo R. Peyneau

INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Revisão de 71 casos de necropsias em crianças de até 12 anos de idade com diagnóstico de tuberculose miliar.

Foram analisados o comprometimento anatomopatológico das estruturas do tórax, do abdome e do sistema nervoso central.

Dentre os resultados deste estudo destaca-se o achado de edema cerebral difuso em 83.4% dos casos.

Título: TUBERCULOSE NA INFÂNCIA: POSITIVIDADE BACTERIOLÓGICA DE LAVADO GÁSTRICO E ESCARRO

Autor(es): Rosana Alves, Adriana Rodrigues Pacheco, Maria de Fátima B.P. March, Clemax Couto Sant'Anna, Marcia Fernanda Carvalho

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - IPPMG/UFRJ

Foram estudadas 121 crianças de 0 a 12 anos com tuberculose, em estudo retrospectivo através de análise de prontuários e acompanhamento ambulatorial.

Os pacientes foram divididos de acordo com a faixa etária e analisados quanto à vacinação BCG, teste tuberculínico (PPD), história de contágio, radiografia de tórax, bacteriologia e histopatologia.

A maioria das crianças 75 (62%) era vacinada e com história de contágio - 75 (62%). Das 109 crianças que realizaram PPD, 58 (53,2%) foram reatoras fortes. Sete (5,9%) crianças apresentaram radiografias de tórax normais. A bacteriologia mostrou-se positiva em 32 (38,5%) em 83 pacientes, analisando-se lavado gástrico e exame de escarro. Este resultado aumentou quando incluídos outros exames.

Destaca-se a elevada positividade dos espécimes analisados em condições de rotina.

MU-039

MU-040

Título TUBERCULOSE MILIAR COMPLICADA POR PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO. RELATO DE CASO.
Autor(es) ROCHA, Alexandre S.; SILVA, Ronaldo N.; SOUZA Gilvan R.M. e LIMA, F.P.S.
Serviço SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HOSP.UNIV.CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

É um relato de caso de um paciente com Tuberculose Miliar com acometimento pulmonar e ganglio linfático retro-peritoneal, complicado por pneumotórax espontâneo no decurso do tratamento com tuberculostáticos. Em levantamento feito por Chandra, publicada em 1988, verificou tratar-se de complicação rara, tendo sido descritos até então apenas 13 casos semelhantes. Os autores discutem sua provável etiopatogenia e conduta.

Título TUBERCULOSE MILIAR: ANÁLISE DE 23 CASOS DE UM HOSPITAL GERAL.
Autor(es) SILVA, Ronaldo N.; ROCHA, Alexandre S.; SOUZA, R.M. e LIMA, F.P.S.
Serviço SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HOSP.UNIV.CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

Trata-se de estudo retrospectivo de prontuários de pacientes com o diagnóstico confirmado de tuberculose miliar internados em um hospital geral. Foram analisados dados epidemiológicos e o comportamento clínico-laboratorial de 23 pacientes; Eram 16 homens e 7 mulheres, distribuídos da 2ª até a 7ª década de vida. Pelo menos uma condição predisponente esteve presente em 78% dos casos. A mais frequente foi a sorologia anti-HIV positiva (47,8%). Em 18 pacientes a doença teve curso de mais de 30 dias até a internação hospitalar. O quadro clínico se mostrou inespecífico. Os principais sinais e sintomas foram hipertemia (78%), hepatomegalia (78%), astenia (78%) e perda de peso (82,6%). Mais da metade dos doentes (56,5%) estavam anêmicos e com hipoalbuminemia. A maioria da amostra (78%), apresentava leucometria global normal, com linfopenia (70%) e elevação no percentual de neutrófilos com núcleos em bastão (82%). A radiografia de tórax inicial era do padrão retículo-micronodular (miliar) clássico em (70%) dos laudos. Vinte pacientes tiveram sua evolução avaliada e apenas 5 obtiveram alta curados, enquanto que 4 pacientes faleceram durante o tratamento e 12 morreram sem receber tratamento por retardo diagnóstico.

Os autores concluem que a suspeita diagnóstica precoce de tuberculose miliar deva ser feita em nosso meio diante de quadro clínico crônico, febril e consumptivo, deflagrando investigação diagnóstica muitas vezes invasiva.

MU-041

TÍTULO: BIÓPSIA PULMONAR TRANSBRONCOSCÓPICA (BPT) NA SÍNDROME GÂNGLIO-PULMONAR: EXPERIÊNCIA EM 71 CASOS.
AUTOR(ES): BEIRLEM, E.P.; BEIRLEM, N.; MARTINS, G.C.; FIGUEIREDO, S. de; MAGARÃO, S.L..
SERVIÇO: DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA UNIRIO - SERVIÇO DE ENDOSCÓPIA E PUNÇÕES-BIÓPSIAS - HUSG.

Os autores avaliam a rentabilidade diagnóstica da BPT em 71 pacientes com Sarcoidose Gânglio-Pulmonar em diferentes graus (14 do grau I; 45 do grau II; 12 do grau III - segundo a classificação internacional), obedecendo a sequência de atendimento. Não foram incluídos pacientes comprovadamente portadores de outras enfermidades com comprometimento pulmonar. A amostra era composta de 27 homens (38%), 44 mulheres (62%), 38 brancos (53,5%) e 33 não brancos (46,5%). Obtiveram fragmentos pulmonares em 65 (92%) com rentabilidade diagnóstica de 89,7% (66,7% no grau I; 86% no grau II; 72,7% no grau III). Três pacientes (4,2%) apresentaram pneumotórax que não necessitaram de drenagem e 1 (1,4%) apresentou sangramento maior que 50 ml facilmente controlado. Concluem ser a BPT método útil no diagnóstico da Sarcoidose Gânglio-Pulmonar.

MU-042

TÍTULO: CRIPTOCOCOSE ASSOCIADA A TUBERCULOSE

Autor(ES): LEOPÉRCIO JR., J.W.V.; DUQUE, C.R.T.; AZULAY, D.R.; CAIUBY M. J.; MACEIRA, J.M.P.;
Serviço: SERV. PNEUMOLOGIA E DERMATOLOGIA HUCFF/UFRJ

A Criptococose cutânea ocorre em 10% a 15% dos pacientes com Criptococose. Os autores descrevem o caso de uma paciente de 23 anos do sexo feminino, portadora de Criptococose cutâneo-ósseo e pulmonar, sem comprometimento do sistema nervoso central, associada a tuberculose ganglionar e pulmonar. Os testes de imunidade celular e humoral foram normais. Foi instituído tratamento com Anfotericina B no total de 2,6g e iniciado esquema R.I.P. com regressão completa do quadro clínico.

MU-043

TÍTULO: CONTRIBUIÇÃO DO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) NO DIAGNÓSTICO DAS PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS DIFUSAS (PID).

Autor(ES): TAVARES, J.L.; Jansen, J.M.; Maeda, T.Y.; Noronha, A.J.;
 Ornellas, M.H.

Serviço: Pneumologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

As PID são caracterizadas por grande atividade inflamatória e fibrose. O LBA, ao recolher a celularidade do meio alveolar, reflete alterações intersticiais e auxilia na orientação etiológica e quanto ao momento evolutivo das PID. Apresentamos 6 pacientes portadores de sarcoidose, em momentos evolutivos distintos, analisados quanto ao envolvimento pulmonar, principalmente no que tange à atividade inflamatória da doença, caracterizada por desvio no sentido do incremento dos valores percentuais de linfócitos do LBA (% linfócitos LBA em condições normais = 10 a 15% da celularidade total). São 2 pacientes com quadro extrapulmonar (febre, eritema nodoso e artralgias com biópsia de lesão de pele no 1º e reação de Kveim positiva no 2º caso) e envolvimento radiológico pulmonar questionável, avaliados antes do início do tratamento (% linfócitos LBA = 71% no 1º e 49% no 2º caso); 2 pacientes com quadro clínico respiratório e envolvimento radiológico gangliopulmonar (biópsia de lesão de pele no 1º e de pulmão no 2º caso) analisados antes (1º caso) e após 4 meses (2º caso) de tratamento (linfócitos LBA = 61% no 1º e 24% no 2º caso); e 2 pacientes com quadro clínico e radiológico de envolvimento pulmonar diagnosticados (biópsia pulmonar) há 4 anos, tratados por 2 anos com boa resposta sendo que, em um dos casos, houve reativação recente de manifestação ocular enquanto que, no outro caso, houve estabilidade evolutiva (% linfócitos LBA = 25% no 1º e 6% no 2º caso). Assim, caracteriza-se o valor do LBA quanto à caracterização etiológica e da atividade inflamatória das PIB.

MU-044

TÍTULO: ESTUDO DA CAPACIDADE DE DIFUSÃO PULMONAR NA AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE DA SARCOIDOSE - ANÁLISE DE UM CASO.

Autor(ES): Paschoal, MEM. Santos, MIV; Lemle, A.

Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSP. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

Os autores relatam o caso de uma paciente de 41 anos, negra, acompanhada há 6 anos no HUCFF/UFRJ, com sarcoidose estágio III há 2 anos, e um esquema de manutenção com 35 mg de prednisona em dias alternados. Após inadvertida redução do esteroide pela paciente houve piora progressiva da dispneia e queda do estado geral.

A telerradiografia de torax mostrou-se de padrão inalterado. A espirometria e a gasometria arterial estavam dentro da normalidade. A capacidade de difusão pulmonar (DLCO) encontrava-se reduzida com 56% do Teórico de Bate. Foi reintroduzido o esteroide em dose plena e repetido o estudo funcional. A espirometria e gasometria arterial permaneceram normais. O estudo da DLCO mostrou um aumento de 14% comparado ao exame anterior, ocorrendo melhora clínica em paralelo.

O estudo da (DLCO) foi indicativo de atividade de doença (alteração >10%) em um caso em que a telerradiografia de torax e a espirometria e gasometria arterial permaneceram dentro da normalidade.

MU-045

MU-046

Título: Granulomatose Pulmonar por Talco: Dois Casos Diagnosticados por Biópsia Transbrônquica.

Autor(es): Portal, Guilherme; Bandeira, Elisa; Dóres, Antonio José; Fonseca, Ricardo.

Serviço: Serviço de Fisiologia Respiratória do Hospital Octávio Mangabeira.

No período de 7 meses, realizamos 2 broncofibroscopias, no serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Octávio Mangabeira, Salvador-Bahia, utilizando um aparelho Olympus BF-210, em pacientes toxicômanos que faziam uso endovenoso de comprimidos de psico-trópicos triturados. Vários autores como Jaron Prens, Herbert Hahn documentaram casos de granulomatose pulmonar por talco (hipertensão pulmonar angio-tronclótica), nestes pacientes. O objetivo desse trabalho, é chamar atenção, para a alta sensibilidade e especificidade da biópsia pulmonar transbrônquica, nesta patologia, dispensando procedimentos mais agressivos, como a biópsia pulmonar e céu aberto ou até a diagnóstico na necropsia, com muitos casos relacionados. Mostraremos também, os aspectos clínicos, radiológicos e terapêuticos dos nossos casos. A biópsia pulmonar transbrônquica foi realizada utilizando a técnica habitual nas áreas de maior comprometimento de um pulmão e não observamos sangramento ou pneumotórax.

Título: INFILTRADO PULMONAR, ANEMIA E HEPATOSPLENOMEGALIA

Autor(es): Noronha, A.; Maeda, T.Y.; Tavares, J.L.; Silva, M.V.; Paiva, D.

Serviço: Pneumologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ.

Mulher de 46 anos, preta, doceira, natural do Rio de Janeiro, internou-se em abril deste ano em outro hospital devido a dispnéia e emagrecimento. Estabeleceu-se o diagnóstico de tuberculose através de biópsia transbrônquica e iniciou-se o tratamento com tuberculostáticos. Evoluiu com piora dos sintomas iniciais acrescidos de aumento do volume abdominal. Internou-se no HUPE em agosto, quando constatamos aumento das parótidas, pequenos gânglios cervicais, hepatosplenomegalia, lesões tuberosas bem delimitadas na face. Radiografia de tórax revelou infiltrado alvéolo-intersticial difuso. Gasometria com hipoxemia e hipocapnia. PPD não reator. Espirometria mostrou síndrome restritiva acentuada. Anemia e leucopenia. Provas de função hepática bastante alteradas, cálcio sérico e urinário normais. Ultra-sonografia abdominal mostrou hepatosplenomegalia homogênea, cálculos no rim direito. Tomografia do abdome: hepatosplenomegalia homogênea, linfadenomegalia nas topografias retrocrual direita e periaórtica; adrenal direita de volume aumentado. Biópsia de pele bem como biópsia de medula óssea revelaram reação inflamatória crônica granulomatosa, compatível com sarcoidose. Pesquisas de fungos e BAAR negativas. Lavado broncoalveolar mostrou intensa alveolite linfocitária. Iniciou-se Prednisona 1mg/kg com melhora clínica, radiológica e laboratorial.

MU-047

MU-048

Título: PARACOCCIDIOMICOSE MULTIFOCAL DO ADULTO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM DISSEMINAÇÃO HEMATOGENICA CONFIRMADA.

Autor(es): LEOPÉRCIO Jr., J.W.V.; VILLELA, C.A.; CAUBI, M.J.; SILVA A.C.; CARNEIRO, F.C.P.

Serviço: SERV. PNEUMOLOGIA E CL. MÉDICA - HUCFF - UFRJ

A PCM Disseminada Crônica é uma forma clínica frequentemente encontrada em adultos, cujo foco primário, em geral, é uma lesão pulmonar ativa ou em regressão espontânea e a disseminação se dá por via hematogênica. Os autores chamam atenção para apresentação atípica de início do quadro com manifestação neurológica exclusiva. Caso clínico: Masculino, 44 anos, nat. de Rio Bonito. Há trinta dias início com cefaléia diária, náuseas e febre de até 38.5°C, evoluindo com diplopia. Tabagista 30 maços/anos e etilista 1/2 garrafa aguardente/dia. Ex. físico: bom estado geral, lucido, orientado, estrabismo convergente à esq., fundoscopia normal sem outras alterações. Radiografia de tórax com gânglio hilar direito calcificado e infilt. misto em lobo médio e inferior bilateral. TC de SNC com múltiplas imagens nodulares captantes de contraste. Feita hipótese diagnóstica de metástases cerebrais de sítio primário desconhecido, sendo iniciado Dexametasona. Realizado BFC com ex. direto normal, lavado bronquico negativo para células neoplásicas, BAAR e fungos. Evoluiu com melhora da diplopia, porém na segunda semana surgiu febre alta e artrite em joelhos. Repetida radiografia de tórax: infilt. intersticial difuso e condensações alveolares no terço médio e inferior bilateral. Iniciou tosse com expectoração muco-purulenta. Ex. direto do escarro: **Paracoccidioides brasiliensis**. Hemocultura: crescimento de **Paracoccidioides brasiliensis**. Iniciado Anfotericina B. Paciente apresentou piora progressiva, entrando em insuficiência respiratória. Radiografia de tórax nesta ocasião com densidades alveolares difusas. Óbito em seguida.

Título: POLISSEROSITE COM FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SARCOIDOSE

Autor(es): AGNES KOSA TEIXEIRA, WALDINEZ LIMA OLIVEIRA, JORGE FERREIRA FQ, CLAUDIA MAIRA ANDRADE VELLOSO, JANE DAYE.

Serviço: HOSPITAL DA LAGOA, INAMPS, RIO DE JANEIRO

Os autores discutem a apresentação de um paciente jovem, pardo, cuja queixa principal à internação era dor abdominal difusa associada à dor pleurítica em hemitórax direito.

Durante a internação surgiu derrame também a esquerda e novamente à direita, onde persiste sínfise pleural. Submetido à toracocenteses com biópsia pleural, broncoscopia, toracoscopia sem que se alcançasse o diagnóstico. O PPD era de 12 mm e não houve resposta ao esquema anti-tuberculoso. Foi então submetido a uma laparoscopia que demonstrou a presença de nodulos em superfície hepática cuja histologia foi de granuloma não caseoso. A posteriori foi submetido ao teste de Kveim que foi positivo.

Em resumo, trata-se de uma polisserosite sem o acometimento clássico pulmonar ou ganglionar mediastinal o que torna o diagnóstico difícil. Saliênta-se que a forma pleural de apresentação da sarcoidose ocorre de 0.7 a 4% em algumas estatísticas mundiais, é uma apresentação peculiar por ser intermitente e a associação com lesão peritoneal torna o caso ainda menos comum e interessante.

MU-049

MU-050

Título: SÍNDROME DE GRADENIGO NA SARCOIDOSE. RELATO DE UM CASO

Autor(es): Vianna A., Ferreira A., Freitas M., Lafayette J., Mourad O.

Serviço: Pneumologia do Hospital Universitário Antônio Pedro

A Síndrome de Gradenigo caracteriza-se pelo acometimento simultâneo dos V^o e VI^o nervos cranianos homolaterais por neoplasias, infecções ou trombose do seio dural com acometimento do apex do osso petroso temporal.

Os autores relatam a rara presença desta síndrome em uma paciente com sarcoidose confirmada por achados anátomo-patológicos.

Realizam revisão da literatura e discutem a boa evolução clínica com corticoterapia.

Título: Traqueíte Granulomatosa Blastomicótica "Relato de um caso"

Autor(es): John, L., Freire, M.M., Jansen, J.M., Martins, G.C., Siqueira, H.

Serviço: HUPE/UERJ

LPN, 39a. fem, br, natural do Rio de Janeiro, com história de início há 7 meses antes da internação apresentando quadro gripal acompanhado de febre baixa, tosse e expectoração clara. Fez uso de amoxicilina com melhora clínica. Permaneceu assintomática até 2 meses atrás quando iniciou novo quadro respiratório com febrícula, tosse e expectoração. A Radiografia de tórax evidenciava infiltrado pulmonar em dois terços inferiores bilateralmente e fratura antiga de clavícula direita. Foi submetida a investigação diagnóstica sem esclarecimento. Evoluiu com piora da tosse, expectoração amarelada às vezes com raias de sangue, emagrecimento de 3Kg (em 2 meses), febrícula, dispnéia aos médios esforços e piora da imagem radiológica. Ao exame físico, paciente eupneica em repouso, sem evidências de lesões cutâneas ou adenomegalias. Expansibilidade torácica diminuída, FTV mantido, MV diminuído universalmente. Radiografia evolutiva do tórax mostrava imagem cavitária no segmento superior da língua, mediastino sem alterações. A broncofibroscopia evidenciou lesão de mucosa traqueal em terço superior com hiperemia e áreas esbranquiçadas além de edema difuso de toda a traquéia. Foi realizada biópsia de mucosa traqueal, aspirado e escovado. A análise histopatológica com coloração pela prata mostrou leveduras com brotamento múltiplo característico do *Paracoccidioides brasiliensis*.

MU-051

MU-052

Título: ALIMENTO ENTERAL COMO FONTE DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL

Autor(es): Silva, Patrícia Maria de Freitas; David, Cid Marcos do Nascimento; Gontijo Filho, Paulo Pinto
 Serviço: ¹Instituto de Microbiologia e ²Unidade de Terapia Intensiva da UFRJ

Determinou-se a relação entre soluções de alimento enteral contaminadas e a etiologia de pneumonias hospitalares diagnosticadas através de critérios clínicos, radiológicos e bacteriológicos. Foram analisados 3 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em prótese respiratória, alimentação enteral por sonda nasogástrica e com diagnóstico clínico radiológico de pneumonia. O diagnóstico etiológico foi realizado por contagem quantitativa de microrganismos na secreção traqueal ($\geq 10^5$ UFC/ml).

Resultados:

PACIENTE	TRAQUEIA		ALIMENTO	
	microrganismo	nº / ml	microrganismo	nº / ml
1	<i>E. cloacae</i> + Cocos G -	$\geq 10^5$	<i>E. cloacae</i> + Cocos G -	$1,2 \cdot 10^5$
2	<i>E. aerogenes</i>	$\geq 10^5$	<i>E. aerogenes</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>Pseudomonas</i> spp.	$2,8 \cdot 10^5$
3	Não fermentador	$\geq 10^5$	Não fermentador <i>E. cloacae</i>	$1,5 \cdot 10^3$

Conclusão: O mesmo microrganismo presente em número significativo na secreção traqueal foi também isolada do alimento enteral.

Apoio: CNPq

AVALIAÇÃO CRÍTICA DA UTILIZAÇÃO DO EXAME ULTRAESTRUTURAL (MICROSCOPIA ELETRÔNICA-ME) NOS LAVADOS BRONCOALVEOLARES EM SIDA.

Autor(es): LEOPÉRCIO Jr., JWV., TAKIYA, Cristina Maeda, ALMADA HORTA, A.L.
 Serviço: PNEUMOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA DO HUCFF/ UFRJ

O exame citológico de lavados broncoalveolar tem, em muito, contribuído para a elucidação das infecções oportunistas pulmonares em pacientes aids. Tais diagnósticos na maioria dependem da demonstração dos agentes patogênicos por meios de colorações especiais, que mesmo dentro de um protocolo estabelecido-realização rotineira das técnicas de Papanicolaou, impregnação argêntica-Grocott e PAS para fungos, Giemsa para protozoários e Ziehl-Nielsen para *M. tuberculosis* e "cell-block", fornece o resultado dentro de 24-48 hs. O estudo ultraestrutural acrescenta em relação à MO, detalhes quanto a melhor caracterização dos agentes infecciosos em particular, dos vírus - nem sempre detectáveis à MO. A utilização, em rotina diagnóstica, de ME de lavados broncoalveolares é avaliada de forma crítica, em 10 espécimes, imediatamente processadas após colheita, analisando-se o rendimento quanto positividade e tempo para o diagnóstico em relação à MO e superfície examinada.

MU-053

MU-054

Título: ANTIBIOTICOTERAPIA DOS GERMES GRAM NEGATIVOS COMPORTAMENTO "IN VITRO"

Autor(es): Rafful, M.; Meirelles, K.R.V.; Resende Carmo, M.L.; Galherdo, C.J.
 Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE/UFRJ

O objetivo do presente trabalho é divulgar os resultados obtidos com culturas e testes de sensibilidades nos exames feitos no laboratório de bacteriologia do HUPE/UFRJ nos anos compreendidos entre 1967 e 1974, 1981, 1988 e 1990 mostrando os agentes mais comuns encontrados, a sua incidência específica e a sua sensibilidade, seja na cultura de escarro, sangue, ponte de cateter, derrame pleural ou ferida operatória. Em todas as culturas houve predominância de Gram-negativo. A sensibilidade destes foi estudada tanto em relação ao germe quanto ao espectro do antibiótico. Como conclusão final, fazemos referência a algumas regras no uso de antibióticos, analisamos os diversos esquemas já usados no HUPE e propomos um esquema, dada a ênfase nos Gram-negativos, com um Aminoglicosídeo e uma Cefalosporina de 3ª geração, que cobriria a maior parte deles, menos *Pseudomonas* que seria tratado com Carbenicilina.

COLONIZAÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO E GÁSTRICA DE PACIENTES EM USO DE PRÓTESE RESPIRATÓRIA.

Autor(es): David, C.M.N.; Silva, P.M.F.; Gontijo Filho, P.P.; Goldwasser, R.S.

Serviço: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hosp. Univ. CFF e Instituto de Microbiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Objetivo: Para avaliar a relação entre as microbiotas do trato respiratório e estômago como fontes de pneumonia hospitalar, foram investigados 17 pacientes internados na UTI do HU-UFRJ no período de 06/2-10/06/91. Todos estavam em uso de bloqueador H_2 ou alimentação enteral. Métodos: A cada três dias, realizou-se culturas quantitativas de secreção traqueal e do conteúdo gástrico com determinação do seu pH. Resultados: Colonizações da traqueia (T) e estômago (E)*.

		<i>Pseudomonas</i> spp	outros Gram-	Gram+	leveduras
pH \geq 4 (n=15)	E	6	0	5	3
	T	11	9	6	1
	E+T	4	1	0	1
pH < 4 (n=10)	E	2	1	1	1
	T	6	3	2	0
	E+T	1	0	1	0

*Contagens acima de 10^3 Unidades Formadoras de Colônias/mililitro. Conclusões: a) Cerca de 2/3 dos pacientes apresentavam colonização por *Pseudomonas* spp / e/ou outros Gram negativos no trato respiratório superior b) Essa colonização foi mais expressiva na / queles com pH \geq 4; c) Observou-se uma maior correlação entre as microbiotas de E e T neste grupo de pacientes.

APOIO: CNPq.

MU-055

Título: DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÔNICO EM CRIANÇAS INTERNADAS

Autor(es): Márcia Fernanda Carvalho/Malena de Lima Barros/Antônio José Ledo A.Cunha/Rosana Alves
Serviço: INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - IPPMG - UFRJ

Estudo retrospectivo de 45 crianças de 1 mês a 12 anos internadas com diagnóstico de pneumonia aguda e derrame pleural parapneumônico, no período de dezembro de 88 a dezembro de 89.

- A maioria dos casos (66,6%) ocorreu entre 6 meses e 24 meses.
- Os principais sinais associados foram: desconforto respiratório (66,6%), tosse (80%) e febre (97,8%).
- Asma brônquica foi a doença associada mais frequente.
- Toracocentese diagnóstica foi realizada na maioria dos casos (73,3%), com evidência de empiema em 26,6%. Houve necessidade de drenagem torácica fechada em 25 casos (55,5%) e de antibioticoterapia prolongada (mais que 14 dias de tratamento) em 42,2% dos casos.

Os autores concluem que:

- 1 - o derrame pleural associado à pneumonia prevalece em lactentes e pré-escolares;
- 2 - a febre persistente é parâmetro importante, indicativo da presença de complicações e
- 3 - a maioria dos casos evoluiu com melhora clínico-radiológica com antibioticoterapia e toracocentese em tempo hábil.

MU-056

Título: DERRAME PLEURAL POSITIVO NO IPPMG

Autor(es): Cunha, A.J.L.A.; Ormonde, L.R.; Carvalho, V.B.; Pardo, G.; Oliva, M.L.
Serviço: INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA -SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E LAB.DE BACTERIOLOGIA

Procurou-se estudar os casos de crianças com derrame pleural com cultura positiva no IPPMG, no período de julho de 87 a agosto de 90. Os dados foram colhidos no livro de registro do Laboratório de Bacteriologia. Foram identificados 29 casos no período, sendo 20 (69%) procedente de enfermaria. Do total, 48,3% eram menores de 2 anos. Os germes isolados foram estafilococos 37%, sendo 13,8% coagulase negativo; 41% pneumococos e os restantes gram negativos. Os dois antibióticos que mostraram maior sensibilidade dos germes isolados foram cefalotina (75%) e gentamicina (69,0%). Em 22 casos foi realizada hemocultura que se mostrou positiva em 4 (18,2%) e para o mesmo agente. Os autores discutem, em função dos resultados, o esquema terapêutico inicial mais adequado.

MU-057

Título: EDEMA PULMONAR NA MALÁRIA PELO PLASMODIUM BERGHEI EM CAMUNDONGOS. MODULAÇÃO PELA CETIRIZINE.

Autor(es): Clóvis Botelho¹, Clystenes Soares Silva¹, Osvaldo Beppu¹, B. Boris Vargaftig², Miguel Bogossian¹.
Serviço: PNEUMOLOGIA/EPN¹ - INSTITUT PASTEUR, PARIS²

O objetivo deste trabalho foi de desenvolver um modelo animal para o estudo do edema pulmonar da malária. Na definição do modelo, através do estudo do lavado pulmonar e das trocas gasosas, utilizou-se 210 camundongos da raça Swiss, divididos em dois grupos: I- Malárico, inoculados pelo Plasmodium berghei (n=116); II- Não malárico, inoculados com salina (n= 84). Neste modelo foi testada a cetirizine, uma nova droga anti H₁ e a terfenadina, onde foram empregados outros 200 camundongos da mesma raça, assim divididos: Grupo III - Malárico + drogas, distribuídos em cinco sub-grupos, administrados 2x/dia, 0,2ml de salina, 10, 20 e 60mg/kg/dia de cetirizine ou 60mg/kg/dia de terfenadina por 6 dias (n=100); Grupo IV - Não malárico + drogas, controle (100). Na metade dos animais foi feito lavado pulmonar, com contagem total de células e dosagem de proteínas. Na outra metade, gasometria arterial e estudo do edema pulmonar através das relações peso úmido/peso corporal. Os resultados mostraram: 1) aumento da celularidade (98% de monócitos): de 2,1 no 1º dia para 14,1 x 10⁶ no 7º dia; e da proteína no lavado pulmonar. 2) hipoxemia moderada e aumento da diferença alvéolo-arterial de oxigênio. 3) aumento significativo da relação peso úmido/peso corporal nos animais infectados. A cetirizine bloqueou em 70% a migração celular; diminuiu em 35% a quantidade de proteína no lavado pulmonar; melhorou em 22% o edema pulmonar. A terfenadina só melhorou proteína do lavado pulmonar (35%). Conclui-se que o edema pulmonar provocado pelo Plasmodium berghei em camundongos tem importante participação monocítica e a cetirizine tem ação de bloqueio na migração celular, na permeabilidade vascular, diminuindo o edema pulmonar. A participação de outros mediadores, que não a histamina, deve ser importante e merece ser estudada com o uso de bloqueadores do processo inflamatório neste modelo animal.

Apoio: CAPES/PICD

MU-058

Título: EMPIEMA PLEURAL EM ADULTOS: Análise retrospectiva de 79 casos consecutivos

Autor(es): Marcelo C Fatureto, Isaias J de Barros

Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica do HE-FMTM Uberaba - MG

No período de janeiro de 87 a dezembro de 90, tratamos cirurgicamente 79 pacientes adultos com empiema pleural (EP). Houve predomínio de homens (82,2%) e de brancos (74,7%). A média de idade foi de 46,5 anos, sendo a maior concentração de pacientes entre 41 e 60 anos. Ambos hemitoraces foram semelhantemente acometidos e em 3 casos o EP foi bilateral. Cinquenta e oito por cento de casos eram difusos e 90% estavam nas fases fibrino-purulenta (44,3%) e de organização (36,7%). Segundo a etiologia 64,6% eram pos-pneumônicos e 11,4% eram pos-traumáticos. A bacteriologia não evidenciou germes em 32,9%, em 30,4% evidenciou "G+" e 26,6% "G-" e "G+ e -" em 7,6%. A cultura foi positiva em 63,3% dos casos; os germes mais frequentemente isolados foram o "Staphylococcus aureus" (36%) e a "Pseudomonas aeruginosa" (34%). Em 38% das culturas positivas havia associação de 2 germes. Cento e treze procedimentos cirúrgicos foram realizados, sendo 43 pleurostomias intercostais fechadas, 42 pleurostomias abertas, 18 descorticações pulmonares (12 precoces) e 3 pleuroscopias. Tivemos 17 óbitos hospitalares (21,5%); 19% dos casos evoluíram para a cronicidade e 59,5% não apresentaram intercorrências, com 76% de alta médica em boas condições clínicas. As causas mais frequentes de óbito hospitalar foram a caquexia (4 casos) e a sepse e a insuficiência cardíaca grave (3 casos cada). O EP é uma infecção de tratamento eminentemente cirúrgico, com indicações de terapêutica bem estabelecidas, que cursa ainda com grandes morbidade e mortalidade se não diagnosticado nem tratado em tempo hábil.

Título: PNEUMONIA DE REPETIÇÃO NA INFÂNCIA

Autor(es): Vera Lúcia L. de Melo, Felisbela Antônia da Costa, Clemax Couto Sant'Anna, Maria de Fátima B.P. March, Rosana Alves

Serviço: INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - IPPMG/UFRJ

Acompanhamos 113 crianças com pneumonia de repetição em estudo retrospectivo (1985-1991), separando-as em 3 grupos: (1) menores de 1 ano; (2) de 1 a 4 anos e (3) maiores de 5 anos, atendidas em Ambulatório de Pneumologia Infantil. Para inclusão no estudo, foram selecionados casos com 3 pneumonias em 1 ano e/ou número total de 5 ou mais, tendo por objetivo identificar causas mais comuns.

Houve predomínio de alergia respiratória como causa de pneumonia de repetição, no total de 109 (96,5%) casos, sendo 79 (70%) como causa isolada e 30 (26,5%) associada a outras doenças (16 hipertrofia de adenóides, 4 bronquiectasias, 3 suspeitos de mucoviscidose, 3 refluxo gastroesofágico e 1 caso de cada uma das seguintes afecções: deficiência seletiva de IgA, cardiopatia congênita, malformação pulmonar e SIDA). Dentre as outras causas encontrou-se 1 caso de anemia falciforme, 1 de cardiopatia congênita, 1 refluxo gastroesofágico e 1 sem diagnóstico estabelecido.

Destaca-se a importância de pneumonias recorrentes em ambulatório especializado, enfatizando-se a alergia respiratória como principal causa.

Título: PNEUMONIA POR CLAMÍDIA TRACHOMATIS EVOLUINDO PARA HARMAN HIRSCH

Autor(es): FRANCO, C.A.B, NIGRI, D.H.; MENDONÇA, D.A.

Serviço: CLINICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATORIAS

Os autores apresentam um caso de paciente com infiltrado pulmonar retículo nodular difuso, no qual foi diagnosticado infecção por Clamídia, através de pesquisa direta por imunofluorescência com anticorpo monoclonal no swab de orofaringe, lavado broncoalveolar e swab de secreção perineal. Após o diagnóstico foi iniciada entromicina, sendo a paciente transferida para UTI e sendo instalada protese ventilatória. Devido a piora clínica e radiológica foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto treze dias após o início da terapêutica sendo então diagnosticado pneumonia intersticial com descamação e fibrose da parede alveolar. Foi iniciada metilprednisona 30 mg/kg (03 dias consecutivos mais 1 ciclo no 7º dia), sendo continuada a terapêutica com prednisona 30 mg/dia. Permaneceu internada por 43 dias tendo como intercorrências: insuficiência respiratória aguda, coagulação intravascular disseminada, sepsis e hemorragia digestiva aguda. Obteve alta hospitalar, estando em uso atualmente de prednisona 30 mg/dia e oxigenioterapia transtraqueal intermitente. Os autores gostariam de ressaltar três pontos no caso: 1) A necessidade de lembrarmos de Clamídia em pneumonias de comunidade atípica para que possamos solicitar os exames necessários, 2) A importância da biópsia pulmonar a céu aberto em pneumonias difusas com diagnóstico que evoluam mal apesar de tratamento apropriado, 3) Hermah hirsh causado por Clamídia o que não foi encontrado na literatura.

MU-061

Título: PNEUMONIA RETÍCULO-NODULAR DIFUSA POR Chlamídia psittaci.

Autor(es): BETHLEM, N.M.; BETHLEM, E.P.; LEAL, G.M.; MACHADO, R.D.

Serviço: UFRJ (INST. DE MICROBIOLOGIA) - UNI-RIO (DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA) - INAMPS (HOSPITAL DO ANDARAÍ).

Mulher de 38 anos, vista em 1988, com cansaço há 2 anos, bom estado geral, pouca tosse, expectoração mucosa, febrícula, RX de tórax com pneumopatia difusa bilateral retículo-nodular, sem comprometimento pleural nem linfonodomegalias mediastinais. Chegara recentemente do Japão onde vivera nos últimos cinco anos. Possuía vários animais, especialmente periquitos que tinham contato direto, especialmente na boca e costumava limpar o viveiro. Nada de importante na história pessoal ou familiar. Exame físico não contributivo. Todos os exames para apurar a etiologia de uma pneumopatia retículo-nodular difusa foram negativos ou normais. Biópsia pulmonar transbroncoscópica (EPB) só revelou fibrose, predominância de linfócitos, negativa para qualquer microorganismo. Toracotomia exploradora com biópsia (GML). O exame do material com anticorpos monoclonais de C. psittaci mostrou citoplasma hiperplásico que expulsa o núcleo. Cultura de células McCoy de camundongo mostrou corpúsculos de inclusão (RDM). Esta Chlamídia tem 18 tipos conhecidos e a C. trachomatis tem 15 tipos oficializados e 6 novos. Três Chlamídias identificadas atualmente: psittaci, trachomatis e Pneumoniae variedade TWAR. Exames identificadores são ELISA, imunofluorescência, anticorpos monoclonais, alteração celular com presença de Chlamídia. A paciente foi tratada com tetraciclina 2g diárias, duas séries de 21 dias, limpeza radiológica total. A importância para o diagnóstico no sentido epidemiológico é que a variedade TWAR não atinge as aves e o contágio é interhumano. Uma contribuição indireta é que vários periquitos da paciente faleceram.

MU-062

MU-063

Título: SILICOSE: CORRELAÇÃO RADIOLÓGICA-FUNCIONAL

Autor(es): Castro, H.A.; Souza, G.R.M.; Lemle, A.

Serviço: Pneumologia (HUCCF) e Depto Clínica Médica
Faculdade Medicina - UFRJ

Foram estudados 13 trabalhadores expostos à sílica em caminhados ao Lab. Fisiopatologia Pulmonar. Idade $53,3 \pm 14,1$ a. 11 fumantes. Leitura radiológica (3 leitores): categoria 0-1; cat. 1-6, tipo nodular (3) e linear (3); cat. 2 - 2, tipo nodular (1) e linear (1); cat. 3 - 4, tipo nodular (2) e linear (2) (critérios ILO UICC - 1980). Padrões espirográficos por categorias: cat. 0 - 1 normal; cat. 1 - 2 normais, 2 obst., 1 restrit. e 1 misto; cat. 2 - 1 obst., 1 restrit.; cat. 3 - 2 obst. 1 restrit. e 1 misto. Todos os restritivos e mistos (5 casos) eram do tipo lineares. Cinco casos obstructivos, 4 eram lineares e 1 nodular. Dos 3 casos normais 2 eram nodulares e 1 RX normal. Hipoxemia: cat. 0 - 0; cat. 1 - 4; cat. 2 - 1; cat. 3 - 2. Hipercapnia apenas um caso (cat. 3).

TAB.1 - CATEGORIA X MÉDIA DE IDADE X MÉDIAS DE FUNÇÃO RESF

CAT	0	1	2	3	0 e 1	2 e 3
IDADE	23	51,5	68,5	56,2	47,4	60,3
CV%T	110	80	97,5	68,5	84,2	78,1
VEF1/CVF%	75	63	77,5	57	64,7	63,8
PaO2	75	69,3	75,2	73,9	70,1	75,5
PaCO2	27,9	34,5	35,2	40,2	33,6	30,5

O teste t foi significativo para a comparação das médias de VEF1/CVF entre as categorias 0 e 1 e 2 e 3.

Concluimos que embora houvessem maior prevalência de padrões espirográficos anormais nas cat. 2 e 3 e maior nº de lesões tipo lineares, a comparação das médias dos parâmetros funcionais não mostrou resultados piores nas categorias de maior profusão. O tabagismo não explica a falta de correlação.

Título: COMPORTAMENTO DA PaO2 ANTES E APÓS EXERCÍCIO SIMPLIFICADO NAS DOENÇAS INTERSTICIAIS DIFUSAS DO PULMÃO

Autor(es): Santos, M.I.V.; Lemle, A.; Souza, G.R.M.

Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HUCFF - UFRJ

Foi determinada a PaO2 antes e após exercício tipo Master (PaO2Ex.) em 17 pacientes com infiltrado intersticial difuso (ESP - 4, LES - 1, Sarc.-2, Silicose - 3, Idiop. - 1, Histiocitose X - 1 e ainda em investigação - 5), com idade variando de 30 à 69 anos (média - 47,5), 9 do sexo fem. e 8 masc., 9 não fumantes e 8 fumantes e sem pneumopatias associadas. O sangue arterial foi obtido após cateterização da artéria umeral esq. com jelco heparinizado.

PaO2Ex (mmHg)	≥ -10	-5a-9	< -5ou0
n (% casuística)	9(53,0)	3(17,6)	5(29,4)
dispnéia (%grupo)	8(88,8)	2(66,6)	3(60,0)
redução de CV,CVF (% grupo)	5(55,5)	0(0)	1(20,0)
fumantes (%grupo)	4(44,4)	2(66,6)	2(40,0)

Concluimos que o comportamento da PaO2 foi variável. Não houve correlação com o tabagismo. Houve tendência à correlação com a dispnéia e com a redução de CV e CVF.

Colaboração técnica: Filho, D.J.R.; Pinheiro, J.E.E., Ribeiro, J.G., Santos, L.G.R., Santos, V.B.

MU-064

MU-065

Título: COMPORTAMENTO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO NA ESCLEROSE SISTÊMICA PROGRESSIVA

Autor(es): Saraiva, L.G.; Santos, M.I.V.; Cassabian, L.A.; Paschoal, M.E.M.; Oliveira, L.C.L.; Rangel, J.A.; Lemle, A.
Serviço: Serviço de Pneumologia - HUCFF - UFRJ

Na Esclerose Sistêmica Progressiva (ESP), o parênquima pulmonar pode se apresentar normal ou mostrar vários graus de alterações similares às observadas em outras doenças com fibrose intersticial. Com o objetivo de avaliar as alterações funcionais respiratórias na ESP, foram estudados retrospectivamente 53 casos (50 Fem. e 3 Masc.), com média de idade de 46,7. Foram excluídos os tabagistas e os portadores de antecedentes respiratórios. A amostra foi dividida em 2 grupos, com base na teleradiografia de tórax. O grupo I (GI) apresentava tórax normal e o grupo II (GII) infiltrado intersticial.

n	CV (%T)	VEF1/CVF(E)	n	PaO2	PaCo2
GI 38	95,7±19,3	77,1±10,0	28	84,3±9,9	36,2±4,4
GII 13	77,3±16,9	78,5±12,0	13	81,4±9,3	35,3±3,4

Correlacionando os 2 grupos, encontramos diferença estatisticamente significativa somente para a CV ($p < 0,01$). Os grupos foram subdivididos em sintomáticos e assintomáticos respiratórios; sendo que a dispnéia foi o sintoma predominante. Foi feita a correlação entre sintomáticos X assintomáticos no GI e o mesmo para o GII, não sendo encontradas diferenças significativas em nenhum dos parâmetros. Concluimos (1) em nossa amostragem, a presença de achado radiológico de infiltrado intersticial correlacionou-se com o padrão ventilatório do tipo restritivo e (2) a presença de sintomas respiratórios não foi capaz de prever a citada alteração.

Título: DESENVOLVIMENTO DE UM MÉTODO SIMPLES PARA CALORIMETRIA INDIRETA À BEIRA DO LEITO.

Autor(es): Simão, Antonio T.; Rocha, Eduardo E.M.; Bernhoeft, Clotilde M. e Souza, Wilma C.H.

Serviço: CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO, HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - INAMPS/RJ.

Com base nos trabalhos de Norton (1980), pioneiro em calorimetria indireta à beira do leito, nos E.U.A., foi desenvolvido um método para colheita de gases expirados, CO2 produzido (VCO2) e O2 consumido (VO2), e a transformação desses valores em gasto energético basal (GEB) e quociente respiratório (QR). Assim, foi utilizado o método do circuito aberto, composto dos seguintes elementos: 1) máscara transparente e inflável para fixação e perfeito ajuste à face, para colheita de gases expirados; 2) tubulações corrugadas; 3) termômetro na linha de condução dos gases; 4) ventilômetro de precisão fdE (Haloscale Standard, em l/ml) para medida do volume minuto (Ve) e do volume corrente (Vt); 5) Recipiente cilíndrico de acrílico com capacidade para 4 litros, com ventoinha, para armazenamento e mistura dos gases expirados; 6) torneira de 3 vias para retirada de amostras dos gases expirados; 7) aparelho de gasometria AVL para medida da pO2 e da pCO2 no volume de ar expirado; 8) calculadora programável HP 25-C para precisão dos cálculos. O teste tem duração de 12' e nos 90" finais são colhidas 3 amostras, intercaladas com o acionamento automático da ventoinha. Os voluntários normais foram avaliados após 12 horas de jejum, em repouso, pela manhã, em sala escurecida e silenciosa, e em decúbito dorsal. Desse modo, conforme a metodologia de Dalton (1800), Haldane (1935) e Fenn e Rahn (1955), o Ve, o VO2 e o VCO2 corrigidos para as BTPS, são medidos no estado de equilíbrio das trocas gasosas e o VG2 e VCO2 são transformados no GEB em Kcal/dia, segundo a equação de Weir (1949) e a razão VCO2/VO2 corresponderá ao QR. Como método simples e não invasivo, pode ser aplicado para a medida dos gastos energéticos de pacientes em suporte nutricional e/ou em Terapia Intensiva para monitorização da VO2, do Vt/Vr, de V. Alveolar e do Oe/Ot.

Título: HÁ CORRELAÇÃO ENTRE CARGA TABÁGICA E SÍNDROME OBSTRUTIVA BRÔNQUICA?

Autor(es): John, L.; Kirk, K.; Augusto-Silva, C.; Jansen, J.M.; Maeda T.Y.; Noronha Filho, A.J.; Tavares, J.L.
Serviço: Pneumologia - UERJ

Com a finalidade de determinar a influência da carga tabágica (maços-ano) sobre a intensidade da síndrome obstrutiva brônquica, estudamos 229 pacientes (idade: 51 ± 14 anos), sendo 131 fumantes -f- (idade: 50 ± 14 anos) e 98 ex-fumantes -ex-f- (idade: 52 ± 14 anos). Os índices de obstrução tomados como variáveis dependentes foram o de Tiffeneau (VEF1/CVF) e a relação FEF/CVF. As correlações, o valor de t e a significância estatística foram as abaixo relatadas:

I. TIFFENEAU		FEF/CVF		
r	t	r	t	
F + exF	- 0,371	- 6,02*	- 0,315	- 5,00*
F	- 0,453	- 5,77*	- 0,400	- 4,96*
ExF	- 0,311	- 3,21*	- 0,237	- 2,39*

* $p < 0,001$

Concluimos que: (a) Há correlação entre carga tabágica e obstrução brônquica; (b) a correlação é maior entre os fumantes que entre os ex-fumantes; (c) os relativamente baixos valores de r devem-se, provavelmente, à influência de outros fatores como idade e variações de padrão do hábito de fumar.

Título: Micobactérias isoladas no Serviço de Bacteriologia do Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

Autor(es): Anjos F.F.L.; Gentijo F.F.P.; Andrade, G.N.

Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP) da UFRJ, Rio de Janeiro.

Cento e trinta e nove amostras de micobactérias foram identificadas através dos seguintes testes: tempo de crescimento a 37°C e 24°C ; morfologia colonial; produção de pigmento; crescimento em meio Löwenstein-Jensen contendo ácido p-nitrobenzóico, hidrazida do ácido tiofênico, tiosemicarbazona e NaCl; crescimento em agar MacConkey; hidrólise de Tween 80; urease; catalase a temperatura ambiente e 68°C ; niacina e redução do nitrato. O teste de suscetibilidade aos antimicrobianos foi realizado pelo método das proporções. Em 139 amostras provenientes de 135 pacientes, cerca de 14% foram caracterizadas como micobactérias não tuberculosas (MNT); em 4 pacientes verificou-se a presença de infecções mistas, compreendendo respectivamente: *M. tuberculosis* + *M. scrofulaceum*; *M. tuberculosis* + *M. avium*; *M. tuberculosis* + *M. phlei* e *M. fortuitum* + *M. scrofulaceum*. Entre as MNT, predominou o complexo *M. fortuitum* abrangendo 8/20 (40%) das amostras. Apenas 3 dos 20 espécimes positivos correspondiam a material clínico não contaminado, permitindo diagnóstico de certeza. Entre as 119 amostras do complexo *M. tuberculosis*, 21% foram nitrato-negativas e 5,9% niacina-negativas. Em cerca de 70% das amostras, foi realizada avaliação da sensibilidade/resistência às drogas de primeira linha, verificando-se um predomínio de polirresistentes (cerca de 60%). Entre as 38 amostras de *M. tuberculosis* catalase-negativas, 84,2% foram resistentes à isoniazida.

Apoio CNPq.

Título: PROJETO DE INFORMATIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA. MÓDULO 1: OBSERVAÇÃO CLÍNICA.

Autor(es): Siqueira, H.R.; Coelho, P.R.C.; Pomp, G.

Serviço: Pneumologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ.

Este projeto de informatização para um serviço de provas respiratórias, consta de três módulos: 1- Observação clínica; 2- Cálculo e laudo; 3- Avaliação de risco cirúrgico. Este módulo - Observação Clínica - baseia-se no modelo ATS -DLS -78-A que foi modificado para maior objetividade. A primeira parte consta de anamnese e a segunda de exame físico objetivo. O módulo está estruturado de tal maneira que uma pessoa não médica pode fazer a anamnese simplesmente perguntando ao doente o que vai sendo mostrado na tela do computador e digitando sim ou não (S/N). O exame físico objetivo e a interpretação do RX de tórax, realizados por um médico, seguindo formas padronizadas, são passados para quem está fazendo a anamnese para digitação no computador. Ao término, o relatório é impresso exibindo apenas as respostas positivas e a classificação da dispnéia em grau que varia de um a quatro. Este programa, além de dinamizar o uso de pessoa não médica para sua realização, oferece ao médico, na hora do laudo, informações resumidas e objetivas. Usou-se a linguagem QuickBasic para computador IBM PC compatível, mas facilmente pode-se transformá-la para Basic, até para computadores de oito bits.

Título: PROJETO DE INFORMATIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA. MÓDULO 3: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA.

Autor(es): Siqueira, H.R.; Coelho, P.R.C.; Pomp, G.

Serviço: Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ.

O presente trabalho tem por objetivo padronizar através de um programa de computador, a avaliação de risco cirúrgico para doentes candidatos a cirurgia torácica, calculando, inclusive, por dois métodos, a perda da função pulmonar em caso de cirurgia de ressecção. A padronização ainda permite que estudos retrospectivos e prospectivos venham a aperfeiçoar o processo. Com base no trabalho de Drings e col. (Chest, 96:425-445, 1989) criou-se um fluxograma em que nos doentes respiratórios, com CVF 70% do teórico ou VEF1/CVF 70% mais VEF1 2 L ou 80% do teórico, se calcula, a priori, o VEF1 pós-operatório para os casos de ressecção de parênquima pulmonar (VEF1 PROG.). Idealmente este cálculo é feito com o uso de cintigrafia de perfusão quantitativa. Na sua falta, utiliza-se fórmula que estima a perda funcional. Se o VEF1 PROG. for 1,2 L ou 40% do previsto, o doente é operável, inclusive para pneumectomia. Se o VEF1 PROG. for 1,21 ou 40% do previsto mas 0,8L ou 30% do previsto, indica-se a determinação do VO2 pela prova de esforço e a medição da pressão de artéria pulmonar (PAP). VO2 20mL/kg/min. ou PAP 35 mmHg contraindicam a pneumectomia. A lobectomia ainda pode ser realizada. VO2 15 mL/kg/min. contraindica qualquer cirurgia de ressecção. Quando o VEF1 PROG. é 0,8L ou 30% do previsto, qualquer cirurgia de ressecção está contraindicada. PaCO2 45mmHg também contraindica ressecção de parênquima.

MU-070

MU-071

Título: AVALIAÇÃO DA SONDA DE METRAS NA COLHEITA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIAS EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

Autor(es): David, C.M.N.; Goldwasser, R.S.; Portelada, C.; Silva G.; Rosa, R.C.; Gontijo Filho, P.P.

Serviço: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital UCFE da Univ. Federal do Rio de Janeiro (UTI, HU-UFRJ).

Objetivo e Material: foram estudados 13 pacientes sob ventilação mecânica, internados na UTI, HU-UFRJ, com diagnóstico presuntivo de pneumonia hospitalar, com base em dados clínicos e radiográficos. Os pacientes foram classificados em dois grupos: I - com condensação pulmonar (infiltrado não homogêneo, sem broncograma aéreo e de localização pouco precisa), com 6 pacientes; e II - com pneumonia (infiltrado pulmonar localizada e presença de broncograma aéreo), com 7 pacientes. A sonda metras foi introduzida através do tubo orotraqueal ou da traqueostomia sob radioscopia até encunhar em bronquio de pequeno calibre. A secreção traqueobronquial (STB) foi colhida antes do LBA e cultivada quantitativamente.

Resultados: Não foi observado cultura positiva a partir do LBA proveniente do grupo I ao contrário do obtido em 6/7 pacientes do grupo II. Houve uma correlação positiva neste último grupo entre os resultados obtidos do LBA e STB diferentemente do encontrado no grupo I.

Conclusão: A cultura do LBA foi mais específica do que a de STB no diagnóstico de pneumonia em pacientes críticos.

Título: BRONCOSCÓPIA NA HEMOPTISE

Autor(es): MONTAL G.S.; LÓREA A.J.; FONSECA, P.

Serviço: SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAL CTAVIO MANGABEIRA - HOSPITAL SÃO RAFAEL - SSA/BA.

Os autores propõem-se a apresentar 87 casos de hemoptise sendo 47 de sexo feminino, 40 de sexo masculino, e 40 de sexo feminino numa variação de idade de 06 a 85 anos, no período de 18.06.87 a 15.08.90, discutindo as suas indicações, tipo de aparelho utilizado, correlação com exame clínico e radiológico, suas principais causas, diagnósticos mais frequentes com radiografia torácica normal e patológica. Abordaremos aspectos do diagnóstico topográfico, etiológico e técnica para broncoscopia terapêutica.

MU-072

MU-073

Título: Broncografia - Experiência do Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Octavio Mangabeira - Salvador/BA

Autor(es): Lórea, Antonio José; Montal, Guilherme; Monteiro, Elisa.

Serviço: Endoscopia Respiratória do Hospital Octavio Mangabeira - Salvador/BA

Os autores propõem-se a apresentar a sua experiência no serviço de Endoscopia Respiratória do H.O.M. através de 82 exames de broncografia entre 43 pacientes de sexo feminino, com uma média de idade de 38 anos sendo 40 casos de bronquiectasias cilíndricas, 24 saculares, 06 varicosas, 07 atelectasias, 02 fistulas, 03 estenoses e 20 normais, com técnica desenvolvida pelo próprio serviço no período de 02.03.89 a 15.08.91. Utilizamos broncofibroscopia prévia para limpeza da árvore bronquial, melhor rendimento da anestesia e afastar possibilidades de presença de corpos estranhos ou lesão endobronquial. Posteriormente recuamos o broncofibroscópio (Olympus BF 10) até o vestíbulo laríngeo e através visualização direta introduzimos um cateter de oxigênio na outra narina e direcionamos até a cartilagem da cartilagem principal, injetamos contraste iodado (Hytrast) através manobras anti-refluxo posterior para contrastar os segmentos desejados. Não utilizamos radioscopia. Finalmente realização de RX de torax em 2 perfis de lado contrastado e obtenção de radiografias.

MU-074

MU-075

TÍTULO: ELETRO-TRAFIMONIA TRANSBRONCOSCÓPICA (ETBT): UM PROCEDIMENTO DE REGIME AMBULATORIAL.
 AUTORES: BEIHEIM, E.P.; BETHLEM, N.; MARTINS, G.C.; MAGALHÃES, J.L.
 SERVIÇO: DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - SERVIÇO DE BRONCOSCOPIA E FUNÇÕES BIÓPSIAS - UNI-RIO - RJ.

Os autores estudam a equibilidade da realização da ETBT em regime ambulatorial. Foram estudados 150 casos de ETBT realizados de 1981 a 1991. Obteve-se material válido para análise em 127 (84,7%) com baixa morbidade, e pneumonitares em 12% que necessitaram de drenagem e sangramento na ETBT, porém não se debelou facilmente com as manobras de dilatação, e mortalidade na seqüência. A maioria dos casos foi feita em regime ambulatorial e na quase totalidade dos casos o controle radioscópico. Concluiu-se ser método de ETBT equibíndade, com baixa morbidade e mortalidade, podendo ser realizado em regime ambulatorial.

TÍTULO: ELETRO-TRAFIMONIA TRANSBRONCOSCÓPICA (ETBT): UM MÓTODÓ DE INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICA.
 AUTORES: BEIHEIM, E.P.; BETHLEM, N.; MARTINS, G.C.; MAGALHÃES, J.L.
 SERVIÇO: DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - SERVIÇO DE BRONCOSCOPIA E FUNÇÕES BIÓPSIAS - UNI-RIO - RJ.

Os autores revêem as indicações e técnica de execução do método avalizando os resultados em 150 bpt realizados no período de 1981 a 1991. Discutem seu papel diagnóstico no estudo das afecções pulmonares. Obteve-se material válido para análise em 127 (84,7%) contribuindo para o diagnóstico em 22,1%. Em 10,1% dos casos o diagnóstico foi realizado por outras técnicas. Concluiu-se a bpt método válido de investigação diagnóstica, especialmente em determinar doenças como Sarcoptose, Infecções, Pneumocitose e neoplasias (neoplasias na especial de Cânceres Bronquitolon- gares).

MU-076

MU-077

TÍTULO: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS INFECÇÕES PULMONARES ATRAVÉS DE BRONCOASPIRADO E CATETER PROTEGIDO

Autor(es): MENDONÇA, D.A.; NIGRI, D.H.; FRANCO, C.A.B.; SAMPAI O, J.L.M.
 Serviço: CLÍNICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Os autores apresentam sua experiência no diagnóstico dos infiltrados pulmonares em pacientes graves com suspeita de pneumonia através de 81 broncofibróscopias com colheita de material por broncoaspirado e cateter telescópico protegido, simultaneamente. Estes materiais eram submetidos a cultura quantitativa. As bactérias isoladas eram consideradas patogênicas (positivas) quando encontradas no broncoaspirado em concentrações superiores a 1×10^5 colônias/ml e no cateter protegido superior a 1×10^3 colônias/ml. Foram encontradas nestas concentrações em 55,5% no broncoaspirado e 38,2% no cateter protegido. Houve concordância em resultados em 76,55%, sendo 40,75% broncoaspirado e cateter protegido negativos e 35,80% broncoaspirado e cateter protegido positivos. Dentro dos resultados concordantes positivos, em 96,5% apresentam o mesmo agente etiológico e em apenas 3,44% germes diferentes. Houve discordância em 23,45% sendo 22,22% broncoaspirado positivo e cateter protegido negativo e em 1,23% broncoaspirado negativo e cateter protegido positivo. Concluímos que este método de diagnóstico para pneumonias tem valor, com índice elevado (76,5%) de positividade e concordância de resultados entre broncoaspirado e cateter protegido.

Naqueles casos onde encontramos discordância (resultados do broncoaspirado e cateter protegido diferentes) devemos correlacionar a clínica.

TÍTULO: Lavado Bronco-Alveolar na na Terapêutica da pneumonia Lipóidica: Relato de Ol Caso.

Autores: Montal, G.S.; Lemos, A.C.; Dórea, A.J.

Serviço: Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Otávio Mangabeira - Salvador - Ba.

Trata-se de Ol paciente de 50 anos, masculino, com história de agonia, cansaço, tosse seca e febrícula há 15 dias. Não tinha outros dados relevantes na anamnese e no exame físico. En- contrava-se com P.E.C.: lucido com os sinais vitais normais, e a presença de sub-crepitos no 1/3 inferior do pulmão e era a única alteração encontrada no exame segmentar. Realizou os seguintes exames: Ziehl do escarro negativo; Gram do escarro com 10⁶ de torax em P.A. e perfil com consolidação alveolar de limites imprecisos no lobo inferior e (segmento 6). Fez tomografia alveolar do terço inferior do pulmão e que evidenciou a lesão com detalhes que apontar para uma causa específica. Procedeu-se então uma broncofibróscopia que não mostrou alteração endobronquial, sendo realizada lavagem bronco-alveolar e biópsia pulmonar transbronquial no segmento afetado. A biópsia transbronquial revelou uma pneumonia lipóidica e o controle radiológico após o exame foi completamente normal. Toda investigação bacteriológica e citopatológica no lavado foi negativa.

Vários relatos na literatura enfatizam a utilidade da fisioterapia na resolução da pneumonia lipóidica. Diante do presente caso, chamamos a atenção para o lavado bronco-alveolar como uma proposta de tratamento para esta patologia com a broncofibróscopia tendo dupla utilidade: diagnóstica e terapêutica.

Mostraremos detalhes da evolução clínica e radiológica.

MU-078

MU-079

Título: RENDIMENTO DO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTADORES DE SIDA.
Autor(es): GAMA, A.C.; COSTA, M.J.M.; LIMA, F.P.S.; PERES, P.; PETERSEN, P.E.
Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HOSP. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

Realizamos estudo retrospectivo em 125 pacientes portadores de tuberculose pulmonar (TP) e SIDA diagnosticados no período de junho de 1990 a junho de 1991. Destes, 24 submeteram-se a broncofibroscopia (BF) para o diagnóstico bacteriológico. Não entraram na análise do BAL: 2 pacientes que usaram RIP pré BF e 1 que realizou apenas o broncoaspirado.

Tuberculose pulmonar foi a 1ª manifestação de SIDA em 41,7% dos casos. O estudo do BAL foi positivo através de baciloscopia e/ou cultura em 14 pacientes (66,7%), em 5 (23,8%) foi positivo à baciloscopia e cultura, em 5 casos (23,8%) positivo somente à baciloscopia, 4 casos (19%) positivo à cultura e 7 casos (33,3%) negativo em ambos. Nos casos de BAL positivo 12 (85,7%) apresentaram infiltrado intersticial ao RX, sendo 9 (64,3%) infiltrado difuso. Houve 1 caso com RX normal.

Observamos que o BAL apresentou rendimento satisfatório para o diagnóstico de TP devendo ser incluído como um dos procedimentos endoscópicos.

Título: RENDIMENTO DA BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DOS TUMORES PERIFÉRICOS DE PULMÃO
Autor(es): COSTA, M.J.M.; FRANCO, C.A.B.; LIMA, F.P.S.; HORTA, A.L.A.; CARDOSO, A.P.
Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HOSP. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

O rendimento dos métodos broncoscópicos para diagnóstico de tumor periférico de pulmão, definido como ausência de lesão visível à broncofibroscopia (BF), é analisado no estudo prospectivo de 10 pacientes (total de 11 exames realizados sem fluoroscopia) no ano de 1991.

Os procedimentos foram sistematizados na ordem que segue: lavado brônquico (LB), lavado broncoalveolar (LBA), escovado brônquico (EB), lavado da escova (LE) e lavado brônquico pós escovado (LBPE). A idade média foi de 58,6 anos; os tumores variaram de 2 a 5,5cm, tamanho médio de 3,8cm. A BF foi positiva para câncer em 45,4% dos casos com o mesmo valor para o LB, LBA e EB. O LE e LBPE foi positivo em 38,5% dos casos.

Nos falsos negativos (55,6%) o diagnóstico foi confirmado por punção transparietal, biópsia pulmonar transbrônquica e/ou cirurgia. Os tipos histológicos encontrados foram: indiferenciado de grandes células, escamoso e adenocarcinoma.

A inocuidade da BF e o rendimento encontrado justificam a sua realização como método diagnóstico auxiliar também nos tumores periféricos do pulmão.

MU-080

MU-081

Título: Resolução de Abscesso Pulmonar através da Broncofibroscopia
Autor(es): Montal, G.S.; Matos, M.A.; Fortella, K.G.; Santos, I.
Serviço: Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Octávio Mangabeira - Salvador-Ba.

A.L.C.M., 14a, masculino, admitido em 23/03/91 com febre, tosse com escassa expectoração purulenta, dor torácica V.D. em HTD, e adinamia há 5 dias. Exame físico normal. Ex de tórax com imagem cavitária com nível hidronefítico em segmento anterior do LSD. Investigação para BK negativa. Cultura do escarro cresceu S. aureus. Usou Pen. Procaína 800.000 ui/dia durante 10 dias sem melhora. Modificado o esquema para Rocefin 2,0 g/cia, durante 12 dias. Rx. mostrava enchimento da cavidade. Não apresentava expectoração. Submetido a broncofibroscopia com árvore brônquica normal. Realizado lavado e escovado no referido segmento. Imediatamente após exame apresentou vômito. O Rx. de controle 24 hs. após evidenciou esvaziamento do abscesso, progredindo para regressão total em 3 meses. Os autores chamam atenção para a utilização da broncofibroscopia terapêutica na abordagem da obstrução brônquica em abscesso pulmonar, mesmo sem características de malignidade, após falência do tratamento clínico (antibioticoterapia e fisioterapia).

Título: UM MÉTODO SIMPLES, BARATO E EFICAZ DE REGISTRO DA IMAGEM ENDOSCÓPICA.

Autor(es): Oriane Lima; Rinaldo Costa; Alfredo Jorge V. de Azevedo; Marco Aurélio P. Gomes; Eduardo Saito; Danielle Lima.

Serviço: INSPIRAP-CLÍNICA CIRÚRGICA DO TÓRAX; RJ.

Os autores apresentam um método simplificado de registro da imagem endoscópica (Broncoscopia, Mediastinoscopia, Pleuroscopia, etc) utilizando uma Videocâmara VHS comum.

O emprego deste sistema dispensa o uso de adaptadores específicos.

A utilização da Videocâmara acoplada a um sistema de TV, permite o acompanhamento instantâneo do procedimento.

As vantagens do método são que ele permite o ensino, a documentação e o emprego em nível ambulatorial a baixo custo.

MU-082

APRESENTAÇÃO TUMORAL DE LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO DE PULMÃO

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA ESPANHOLA DE SALVADOR - BA

Autores: Neves Jr. M. P., Pecanha Martins, A. C., Costa, A. L. P., Costa, M. C. L., Fabel, A. M.

JFS, 45 anos, masculino, pardo, procedente de Salvador - Ba. História de tosse produtiva muco-purulenta associada a anorexia e adinamia iniciada há 15 dias, na ausência de febre ou perda ponderal. Fumante de cigarros, consumindo 20 ao dia há cerca de 20 anos.

Ao exame físico, apresentava bom estado geral com sinais vitais mantidos, sem anormalidades. Mucosas coradas, ausência de adenomegalia periférica ou de hipocratismo digital. O exame do aparelho respiratório revelava uma síndrome de condensação pulmonar audível na face posterior do hemitórax direito. Ausência de hepatosplenomegalia. Demais aparelhos e sistemas sem anormalidades.

Foram realizados exames complementares de rotina, estudo radiológico do tórax, CT de tórax, mielograma e ultrassonografia abdominal que serão apresentados, bem como o estudo anatomopatológico oriundo de biópsia trans-brônquica. Tratado com esquema COP com excelente resultado.

MU-083

Título: MESOTELIOMA PLEURAL BENIGNO GIGANTE

Autores: Rebchi, MF; Paschoal MEM; Mura Fé, JA; Ferreira, TD; Boquevisque, CR.

Serviço: PNEUMOLOGIA E CIRURGIA CARDIO TORÁCICA, HU CFF - UFRJ

Os autores apresentam um caso de mesotelioma pleural benigno, em uma mulher de 58 anos de evolução insidiosa com única queixa de desconforto torácico à esquerda durante os últimos 3 anos. Apresentava-se em bom estado geral com síndrome de derrame pleural à esquerda e baqueteamento digital, observou-se hipoglicemia manifesta por alterações neurológicas. Foram realizados telerradiografia de tórax, que mostra imagem de hipotransparência de toda metade inferior do hemitórax-esquerdo, tomografia computadorizada do tórax cintilografia pulmonar perfusional e dosagem sérica de insulina durante episódio de hipoglicemia comprovada. Foi encaminhada a toractomia diagnóstica terapêutica.

Os autores comentam os seguintes aspectos:

Os exames complementares

As síndromes clínicas correlatas

A localização pleural bizarra

Indicação Cirúrgica com melhora sintomática

MU-084

FÍSTULA COLÔNICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

RACHED HAJAR TRAJA, AGNES KOSA TEIXEIRA, CLAUDIA M. ANDRADE VELLOSO, JORGE FERREIRA FILHO

HOSPITAL DA LAGOA, INAMPS, RIO DE JANEIRO

Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma de pulmão cujo diagnóstico inicial foi feito através de uma fístula colônica.

O levantamento bibliográfico mostra a raridade da localização desta metástase como manifestação de adenocarcinoma pulmonar.

MU-085

ASSOCIAÇÃO DE TUMOR DE APICE PULMONAR E TUBERCULOSE PULMONAR EM ATIVIDADE NA MESMA TOPOGRAFIA.

INSTITUTO DE FISILOGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Autores: Rosa Maria dos Santos Marsico, Mônica Kramer Noronha Andrade, Roni Marques

1º caso - MFM, masculino, 52 a. com história de 1 ano de evolução de astenia, emagrecimento, tosse produtiva de expectoração purulenta e hemática, dispnéia aos grandes esforços e dor em terço superior de HTD. Tratava-se de um tabagista de 120 m-a, emagrecido, acrocianótico mas eupnéico em repouso. A imagem radiográfica foi interpretada como infiltrado não homogêneo em terço superior do pulmão D. A baciloscopia foi positiva para BAAR e o tratamento específico foi instituído, confirmando-se depois o diagnóstico de tuberculose pela cultura de escarro. Três meses após, persistia com queixa de dor em região supra-escapular, agora irradiando para MSD, a baciloscopia negativara e a imagem radiológica correspondia a massa, com corrosão costal. A biópsia aspirativa transparietal permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma.

2º caso - MJP, masculino, 80 anos. Dor na região escapular, com 2 anos de evolução, adinamia, emagrecimento e osteoartropatia hipertrófica. Tabagista de 65 m-a. A radiologia, infiltrado não homogêneo em terço superior do pulmão D. Cinco citológicos de escarro e 1 de aspirado brônquico foram negativos para malignidade enquanto 4 culturas de escarro para M. tuberculosis foram positivas. Treze meses após, na vigência de tratamento específico para tuberculose, queixava-se de agravamento da dor, que se irradiava para a região infraclavicular e para MS, e o EX mostrava imagem de massa em ápice D, com destruição posterior do 3º e 4º arcos costais, evoluiu para o órbita com o diagnóstico clínico e radiológico de neoplasia pulmonar de ápice.

MU-086

MU-087

ASPECTOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS DOS TUMORES QUE
COMPROMETEM O APÍCE PULMONAR

INSTITUTO DE FISIOLÓGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Autores: Roni Marques & Geraldo de Noronha Andrade

Foram revistos 49 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão comprometendo o ápice pulmonar. A dor foi o primeiro e principal sintoma. O comprometimento simpático cervical foi observado em 19 (38,8%) pacientes. 2 (10,5%) dos quais apresentavam estimulação simpática cervical, fato sem precedentes na literatura. Em 1 paciente, o tumor estava associado à tuberculose pulmonar bacteriologicamente comprovada e com a mesma topografia. A destruição óssea foi observada na metade dos casos e poucos pacientes apresentavam uma imagem radiográfica de casquete apical.

A punção aspirativa do tumor demonstrou ser um procedimento diagnóstico seguro e de rendimento só superado pela toracotomia e pela biópsia de linfonodos clinicamente identificáveis.

O diagnóstico mais comum, dentre os casos com tipagem anatomopatológica, foi o de carcinoma de células escamosas, registrando-se um caso de carcinoma indiferenciado de pequenas células que vem se somar aos 14 casos relatados por outros autores.

Título: ANÁLISE DO EXAME CITOLOGICO DE ESCARRO
PREBRONCOSCÓPIA EM 119 PACIENTES COM CARCINOMA BRONCOGENICO.

Autores: Paschoal, MEM; Visconti, RR; Rezende, RB; Almada Horta, AL; Reis, AFT.

Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, GRUPO DE ONCOLOGIA PULMONAR E SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - HOSP. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ.

Foram analisados 457 casos de carcinoma broncogênico no período de 1978 a 1989, no HUCFF/UFRJ. Destes, 119 realizaram exame citológico de escarro prebroncoscopia, sendo que 63 pacientes forneceram 1 amostra, 23 pacientes forneceram 2 amostras, 24 forneceram 3 amostras e 9 pacientes forneceram mais do que 3 amostras.

Foram encontrados 8 casos considerados inadequados para exame citológico devido à ausência de macrofago alveolar nos esfregaços. Do restante, tivemos a seguinte frequência de diagnóstico: atípico 1 (0,8%); negativo para malignidade 46 (39,5%); positivo para malignidade 63 (52,9%). A distribuição dos 63 diagnósticos de câncer mostrou: carcinoma composto 1 (1,6%); mucoepidermoide 1 (1,6%); carcinoma de grandes células 1 (1,6%); bronquiolo alveolar 2 (3,2%); pequenas células 3 (4,8%); carcinoma pouco diferenciado "não pequenas células" 8 (12,7%); adenocarcinoma 9 (14,3%); escamoso 38 (60,3%).

A análise da eficácia do exame citológico do escarro prebroncoscopia mostrou sensibilidade de 56% com intervalo de confiança de 46,7 a 65,3%. Tais valores se encontram dentro dos achados na literatura.

MU-088

MU-089

Título: Tumor de Pancoast-Metastático

Autores: José Galvão Alves
Denise Lotufo Estevam

Serviço: 18ª Enfermaria (Feminina) do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Na literatura médica a denominação Tumor de Pancoast é considerada como sinônimo de Câncer Primário de Pulmão.

No entanto, situações raras existem em que este tumor originário de uma metástase a distância.

O caso por nós apresentado corresponde ao terceiro da Literatura Mundial e trata-se de um Tumor de Pancoast com Síndrome de Claude Bernard Horner cujo sítio primário localiza-se no útero.

O caso é apresentado com Radiologia Convencional, CT de Tórax, Broncofibroscopia, Exame Ginecológico e o Estudo Histológico.

Título: ADENOMA BRÔNQUICO - EXPERIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HOSPITAL OCTÁVIO MANGABEIRA E HOSPITAL SÃO RAFAEL.

Autores: GABEIRA E HOSPITAL SÃO RAFAEL.
MONTAL, G.S.; Galvão, T.S.; Gomes, A.G.; Dorea, J.A. Leite L. P. S.
Serviço: Hospital Octávio Mangabeira e Hospital São Rafael, Salvador - BA).

No período de 08.07.87 a 05.06.90 foram encaminhados ao Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Octávio Mangabeira e Hospital São Rafael, 6 pacientes com suspeita diagnóstica de adenoma brônquico, sendo todos confirmados endoscopicamente. Além disso, em 9 pacientes encaminhados ao serviço com outras suspeitas diagnósticas, foram confirmados diagnósticos de adenoma brônquico na endoscopia e em 2 casos em que a endoscopia mostrou massa Grau II na classificação de Castella, a histopatologia revelou carcinoma broncogênico. Dos 15 casos confirmados de adenoma brônquico, a idade variou de 12 a 67 anos, com idade média 38 anos, sendo 8 do sexo masculino. A histopatologia mostrou 9 tumores carcinóides, 2 carcinomas adenóides císticos, 1 carcinoma epidermoide e 1 adenocarcinoma. Em 12 casos foi evidenciada massa Grau II na classificação de Castella, 2 casos com lesão difusa e 1 caso com broncoscopia normal, cujo RX tórax mostrava múltiplos nódulos bilaterais que a biópsia transbrônquica evidenciou tumor carcinóide. Foram realizadas biópsias em 13 casos, sempre precedidos de lavagem com soro fisiológico gelado e solução adrenalina, não ocorrendo qualquer complicação. Em nenhum caso suspeito de adenoma em que a broncoscopia foi negativa, não foi confirmado diagnóstico por outro método. Chamamos a atenção para os casos suspeitos de adenoma brônquico, em que a biópsia deve ser realizada sempre que o aspecto endoscópico permitir.

MU-090

MU-091

Título: CARCINOSARCOMA - RELATO DE CASO

Autor(es): PITTA.M,N;MENDONÇA.D,A;NIGRI.D,H;CARAMURU.H,
P;FRANCO.C,A,B.

Serviço: CLÍNICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Os autores apresentam um caso de carcinosarcoma pulmonar endobrônquico primário. O carcinosarcoma de pulmão foi descrito pela 1ª vez por Kika em 1908. Patologicamente pode se apresentar como tumor vegetante endobrônquico com ou sem extensão para o parênquima contíguo ou como massa periférica sem comunicação com via aérea. Histologicamente apresenta um componente epitelial usualmente carcino escamoso, menos comumente adenocarcinoma ou carcinoma de grandes células indiferenciado. O componente mesenquimal, na grande maioria, se trata de fibrosarcoma ou "spindle cells". Trata-se de um tipo de neoplasia rara. Apresenta nítido predomínio no sexo masculino, com história prévia de tabagismo, acometendo indivíduos na 6ª década de vida. Nosso relato descreve um paciente do sexo feminino, 86 anos, não fumante, que desenvolveu um carcinosarcoma, como tumor vegetante endobrônquico, no segmento antero-medial basal esquerdo. Pela microscopia ótica, havia concomitância de adenocarcinoma e fibrosarcoma. Consideramos o caso de interesse, pois trata-se de neoplasia rara; incidindo em paciente feminino e não fumante, ao contrário do descrito na literatura; em lesão endobrônquico com componente epitelial do tipo adenocarcinoma, quando na literatura o tipo endobrônquico tem como componente epitelial o tipo carcinoma escamoso em 91% dos casos.

Título: CÂNCER DE PULMÃO. ESTUDO DE 46 CASOS.

Autor(es): ANTERO GOMES NETO, FCº PAULO P.P.JUNIOR,
PAULO MARCOS LÓPES.

Serviço: CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL GERAL DR.CÉ SAR CALS E HOSPITAL DE MESSEJANA-FORTALEZA
Os autores estudaram 46 pacientes com câncer de pulmão, no período de agosto/89 a setembro de 1991. Os pacientes foram analisados quanto ao sexo, idade, tabagismo, quadro clínico, diagnóstico histológico, métodos diagnósticos e estadiamento. Houve predomínio do sexo masculino em relação ao feminino na proporção de 2,8:1, com idade variando de 34 a 80 anos (média de 54 anos), e, o hábito de fumar esteve presente em 79,0% dos casos. Os sintomas principais foram tosse (54,3%), dor torácica (34,8%) e escarros hemáticos (32,6%). O diagnóstico foi estabelecido através da fibrobroncoscopia (32,6%), toracotomia (28,3%), biópsia lancetante percutânea (17,4%), mediastinoscopia (10,9%) e outros (10,8%). A distribuição quanto ao tipo histológico foi: Carcinoma epidermóide 34,8%; Adenocarcinoma 26,1%; Carcinoma indiferenciado de pequenas células 17,4% e outros 8,6%. Quanto ao estadiamento, os pacientes encontravam-se nos estágios: I - 10,9%; II - 6,5%; IIIA - 54,3%; IIIB - 21,7% e IV - 6,5%.

Concluimos que o câncer de pulmão teve maior incidência no sexo masculino e nos tabagistas. A idade média dos casos estudados situou-se em 54 anos. O sintoma predominante foi a tosse, o tipo histológico, o carcinoma epidermóide, e o estágio III, o mais frequente.

MU-092

MU-093

Título: CONDUZA A UTILIZAR EM PACIENTES VELHOS COM CARCINOMA BRONCOGENICO E METASTASE CEREBRAL.

Autor(es): M. C. Chavantes, L. Zambrano, M. Dujovny, J. Ausman.

Serviço: Henry Ford Hospital. Detroit, Michigan, U.S.A.

Metástase continua sendo um problema significativo no tratamento de carcinoma broncogênico, posteriormente a toracotomia e ou quimioterapia. Desde que a sobrevida média para esses pacientes é de 3 meses e desde que o índice de metástase cerebral é de 14%, um approach agressivo se faz necessário, mesmo em pacientes acima de 65 anos, levando-se em conta que classicamente idade era considerado um fator limitante. Nossa série é de 42 pacientes com ou acima de 65 anos, os quais foram submetidos à craniotomia por metástase cerebral. Análise estatística de univariáveis e multivariáveis foram realizadas, com fins de determinar os fatores que predizem a sobrevida. A sobrevida média do lado neurológico foi de 228 dias e 494 dias do lado pneumológico. A sobrevida média em 20 pacientes que foram submetidos a toracotomia foi de 353 dias, contrastando com os 22 pacientes que foram considerados irresecáveis, os quais apresentaram diminuição significativa da sobrevida média com apenas 186 dias. Os tipos de ressecção foram pneumonectomia em 5 pacientes e lobectomia em 14 pacientes, os quais tiveram um tempo de sobrevida média de 866 e 1185 dias, respectivamente. Karnovsky, a cirurgia pulmonar e sobretudo a sequência do procedimento cirúrgico pulmonar e cerebral foram os determinantes mais importantes na sobrevida. Nossos dados não mostraram nenhuma diferença significativa, quando comparados com os resultados obtidos dos 121 pacientes mais novos que 65 anos em termos de morbidade, mortalidade cirúrgica, sobrevida e fatores predizentes. Portanto, nos concluímos que idade não constitui nenhum impedimento para o tratamento de neoplasia pulmonar com metástase cerebral.

Título: Derrame pericardico em pacientes portadores de neoplasias malignas. Análise de 33 pacientes.

Autor(es): WALTER RORIZ DE CARVALHO, E. TORQUATO, E. TOSCANO, S. BIASI, PAULO DE BIASI

Serviço: S. Cirurgia Toracica-Instituto Nacional de Cancer. RJ.

Em 33 pacientes analisados, foi comprovada etiologia neoplásica em 21. Quadro clínico de tamponamento cardíaco foi encontrado em 13 ptes (39.3%), sendo mais frequente nos derrames neoplásicos. O tumor primário mais frequente foi de pulmão (11 casos), mama (5), linfoma (4) e doenças hematológicas (4). O volume de líquido pericárdico aspirado variou de 100 a 1.120 ml., com a média de 628 ml. Pericardiocentese foi realizada em 26 ptes, sendo a citologia neoplásica positiva no líquido em 95% dos casos com derrame neoplásico. Pericardiectomia foi realizada em 19 ptes, associada a instilação de talco nos derrames neoplásicos. Em nove ptes submetidos a pericardiocentese e drenagem com cateter venoso, foi realizada a injeção intrapericárdica de tetraciclina. Não foi observada recidiva do derrame ou pericardite constritiva na presente série. A sobrevida mediana global dos pacientes que tiveram alta hospitalar (21 ptes) foi de 13 meses, sendo de 12 meses nos ptes com derrames neoplásicos e de 16 meses nos derrames não neoplásicos. Os autores concluem que o derrame pericárdico em ptes com neoplasias malignas deve ser tratado com o esvaziamento do derrame e/ou pericardiectomia parcial, associado a pericardiodesse quando o derrame for de etiologia neoplásica.

Título: ESTERECTAXIA ENDOSCÓPICA COM LASER : INDICAÇÃO PARA METASTASE CEREBRAL DE CANCER DE PULMÃO.

Autor(es): M. Cristina Chavantes*, L. Zamorano, M. Dujovny, J. Ausman.

Serviço: Central Medica de Laser InCor-HC/FMUSP*; Henry Ford Hospital, Detroit, USA.

Esterectaxia endoscópica com Laser envolve integração do endoscópio rígido-flexível e Nd-YAG Laser guiado por imagem tridimensional ou multiplanar (3D e 2D). As principais indicações são: tumores primários e metastases císticas, abscessos, hematomas, e lesões intraventriculares. A metodologia envolve: 1-aquisição dos dados de imagens; 2-pré-planificação 3D ou 2D estereotáticas, determinando ângulos e profundidade; 3- ato cirúrgico. A instrumentação básica intraoperatória inclui: instrumentação endoscópica (rígido e flexível), anel estereotático, adaptado: endoscópio para o arco estereotático e Nd-YAG Laser. Sob anestesia local uma incisão de 1 cm é realizada na entrada da área pré-planificada. A canula rígida (6 cm) com mandril é inserida seguindo a trajetória predefinida. O neuroendoscópio rígido (Chavantes-Zamorano, Storz) é introduzido, sendo que a irrigação é contínua c/ S.F. à 37 C, e sucção mantida, evacuando o conteúdo fluido em excesso. Através do canal de biópsia, obtemos tecido para diagnóstico, e empregamos a fibra do Laser para coagulação, vaporização e ressecção. Em caso de metastase cística emprega-se a endoscopia flexível para vaporizar as lesões prévias/ inacessíveis e de alto risco. A fibra descartável do Nd-YAG Laser é inserida através do canal de biópsia do endoscópio rígido ou flexível, e aplicamos usualmente uma potência de 5 a 50 Watts com pulsos repetidos de 0,5 segundos. O Nd-YAG Laser pode ser empregado da técnica convencional de não contacto ou de contacto com "power tip".

Esta nova metodologia e experiência clínica do Henry Ford Hospital nos 53 casos serão apresentados. A esterectaxia endoscópica com Laser fornece um manejo diagnóstico e terapêutico preciso no caso de lesões metastáticas cerebrais de cancer de pulmão em regiões de difícil acesso ou em áreas eloquentes cerebrais; aumentando a sobrevida e sobretudo melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

LIOMIOMA MÚLTIPLO DE PULMÃO - RELATO DE UM CASO
INSTITUTO DE FISILOGIA E PNEUMOLOGIA DA UFRJ

Autores: Vieira C. P.; Marsico G. A.; Carvalho C. E.; Guimarães C.A.

Liomiomatose pulmonar é uma doença rara que ocorre mais comumente em mulheres, assintomáticas do ponto de vista respiratório. / com história de mioma uterino e parece ter um curso benigno.

Os autores apresentam o caso de uma paciente de 42 anos, negra, assintomática, que procurou o serviço de Cirurgia Torácica do Instituto de Fisiologia e Pneumologia com radiograma e tomografia computadorizada de tórax mostrando múltiplos nódulos em ambos os pulmões. Há 7 anos havia sido submetida a miomectomia uterina, sendo o radiograma de tórax, naquela época, normal. O exame físico atual mostrou massa palpável em região hipogástrica de cerca de 7 cm de diâmetro; a ultrassonografia pélvica mostrou imagem compatível com mioma uterino.

De acordo com revisão bibliográfica, o método de investigação diagnóstica mais indicado neste caso é a biópsia pulmonar a céu aberto, a qual foi realizada no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Andaraí, cujo resultado histopatológico foi de liomiomatose pulmonar.

A paciente está em acompanhamento pós-operatório, devendo ser submetida a histerectomia e ooforectomia visando impedir a progressão da doença, através da remoção do sítio primário da neoplasia e de uma possível dependência hormonal.

TÍTULO: MESOTELIOMA PLEURAL BENIGNO GIGANTE

Autor(es): Moura Fê, JA; Ferreira, TD; Boasquevisque, CHR; Reis, MCM; HADDAD, R; Paschoal, MEM; Rabahi, MF.

Serviço: CIRURGIA CARDIO TORÁCICA E PNEUMOLOGIA. HUFF - UFRJ

Os autores apresentam um caso de mesotelioma pleural benigno, em uma mulher de 58 anos de evolução insidiosa com única queixa de desconforto torácico à esquerda durante os últimos 3 anos. Apresentava-se em bom estado geral com síndrome de derrame pleural à esquerda e baqueteamento digital, observou-se hipoglicemia manifesta por alterações neurológicas. Foram realizados telerradiografia de tórax, que mostra imagem de hipotransparência de toda metade inferior do hemitórax-esquerdo, tomografia computadorizada do tórax cintilografia pulmonar perfusional e dosagem sérica de insulina durante episódio de hipoglicemia comprovada. Foi encaminhada a toracotomia diagnóstica terapêutica.

Os autores comentam os seguintes aspectos:

Os exames complementares

As síndromes clínicas correlatas

A localização pleural bizarra

Indicação Cirúrgica com melhora sintomática

Título: NEUROFIBROSSARCOMA DE MEDIASTINO - relato de um caso

Autor(es) d. Oliveira, LCL; Paschoal, MEM; Guimarães Neto, FD; Vaz JUR; Boasquevisque, CHR

Serviço: PNEUMOLOGIA, ANATOMIA PATOLÓGICA E CIRURGIA TORÁCICA

Os autores relatam o caso de uma paciente de 28 anos, portadora de neurofibromatose, com quadro de insuficiência respiratória de acometimento insidioso. Ao exame físico apresentava-se taquidispnéica e manchas tipo "Café com leite" e neurofibromas em tronco e membros. A ausculta pulmonar evidenciava sibilância difusa. A telerradiografia mostrava massa de mediastino superior com desvio acentuado da traquéia para direita. Submetida a broncoscopia que demonstrou desvio e obstrução de traquéia por compressão extrínseca diminuindo sua luz em cerca de 90%. O aspirado brônquico foi negativo para micobactérias, fungos e células neoplásicas. Realizado cintilografia de tireóide a qual foi normal. Indicada mediastinoscopia que evidenciou tumoração cística cuja biópsia de congelamento foi positiva para malignidade sendo então realizada toracotomia com ressecção total da massa.

O estudo histopatológico mostrou tratar-se de neurofibrossarcoma bem diferenciado.

Os autores levam a discussão os seguintes aspectos:

1. Manifestação torácica na neurofibromatose
2. O seu acometimento de mediastino superior
3. Neurofibromatose como causa de insuficiência respiratória
4. Degeneração sarcomatosa na neurofibromatose
5. Indicação e formas de de terapêutica

Em resumo trata-se de um caso raro, devido a baixa incidência, localização atípica e evolução infrequente da neurofibromatose.

MU-098

MU-099

Título: NEUROFIBROMATOSE
 Autor(es): MARIA DE FATIMA DO A. TEIXEIRA.
 Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA
 DA U.F.R.J.

Relata-se um caso de Neurofibromatose de Von Recklinghausen. O paciente apresentava quadro dermatológico escasso com exuberante manifestação neurológica conseqüente a volumoso neurofibroma situado no mediastino posterior. Tratava-se de paciente com 36 anos de idade que apresentava paraplegia flácida arreflexa de membros inferiores e retenção urinária e fecal. Referia igualmente o aparecimento de nódulo subcutâneo na região frontal esquerda. Ao exame dermatológico apresentava mancha café com leite com 4,5 cm de diâmetro na região dorsal esquerda. O exame histopatológico do material de biópsia do nódulo frontal levou ao diagnóstico de Schwannoma maligno e o da massa endotorácica levou ao diagnóstico de Neurofibroma. O paciente faleceu cerca de quatro (4) meses após o início dos sintomas, em insuficiência respiratória.

Este caso corrobora com a literatura sobre a possibilidade da transformação maligna dos Neurofibromas, em especial quando associado a Neurofibromatose de Von Recklinghausen.

PNEUMONIA E DERRAME PLEURAL COMO APRESENTAÇÃO DE MESOTELIOMA PLEURAL. TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO DR. FLAVIO MARRA - C.S.SÃO SEBASTIÃO RJ. Marra F. M., Nassar A., Kaskus L, Corrêa D. D., Meirelles R.

Os autores apresentam o caso de uma paciente, I.M.A.P de 49 anos, portadora de pneumonia do LID que evoluiu com derrame pleural direito. Tratada com cefalotina 04g/dia/12 dias evoluiu com cura clínica e radiológica.

Seis meses depois, apresentou dor torácica, e estudo radiológico demonstrou presença de massas / pleurais. A investigação com pleuroscopia e biópsia revelou mesotelioma pleural. Após tratamento com quimioterapia (ADM + CDDP + UP₁₆) e fisioterapia respiratória obteve regressão total das lesões pleurais e reexpansão pulmonar.

MU-100

MU-101

TUMOR CARCINOIDE DE PULMÃO ACHADO RADIOLÓGICO. TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO DR.FLAVIO MARRA - C.S.SÃO SEBASTIÃO RJ. Marra F M., Benedetti F., Castro J. M., Kaskus L., / Nascimento A.

Os autores apresentam dois casos de tumor carcinoide, como achados radiológicos, em revisão clínica. Nos dois casos a broncoscopia / com estudos citológicos foram negativos para malignidade. A punção transtorácica com citologia positiva para tumor carcinoide. O estadia-mento clínico e cirurgico não apresentaram metástases. Foram realizados lobectomias e tratamento com fisioterapia respiratória com reexpansão pulmonar total.

Título: TUBERCULOSE DE LARINGE E CÂNCER DE PULMAO

Autor(es): Maeda, T.Y.; Higa, C.; Jansen, J.M.; Ferreira, V.; Novaes, R.

Serviço: Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto- UERJ.

Mulher de 69 anos, branca, ex-lavradora, natural do Espírito Santo, tabagista de 55 maços-ano com rouquidão progressiva há um ano e dor torácica em 1/3 superior do hemitórax esquerdo, astenia e emagrecimento há 15 dias. Fez uma radiografia de tórax como rotina para avaliação de hipertensão arterial que evidenciou nódulo do lobo superior esquerdo. Apresentava sinais de hiperinsuflação pulmonar bilateral e extrasístolia. Radiografia de tórax mostrava hiperinsuflação bilateral e massa bocelada de 7cm de diâmetro no lobo superior esquerdo. Espirometria mostrou síndrome obstrutiva de moderada intensidade. PPD reator forte. Broncoscopia revelou lesão ulcerada de 1/3 posterior de corda vocal esquerda e comissura posterior. A biópsia desta lesão mostrou processo inflamatório crônico com intensa hiperplasia epitelial secundária e ocasionais esboços de granuloma, sugerindo etiologia granulomatosa. Punção percutânea da massa pulmonar: carcinoma epidermóide. Submetida a ressecção em cunha do tumor, toractomia intercostoperiostica de 3º e 5º arcos costais posteriores. A lesão em corda vocal desapareceu com tuberculostáticos.

MU-102

Título: ANÁLISE DE 27 PACIENTES EXPOSTOS A FIBRAS DE ASBESTO NA INDÚSTRIA NAVAL

Autor(es): Ferreira, A.; Malacarne, M.*; Andrade, C.R.M.; Gabetto, J.M.; Costa, C.M.

Serviço: PNEUMOLOGIA DO HUAP

Foram atendidos 27 pacientes nos ambulatórios de saúde ocupacional do Hospital Universitário Antônio Pedro, no período de 1988 a 1990, com diferentes tempos de exposição ao asbesto.

Os autores analisam os diferentes aspectos radiológicos, enfatizando a importância desta exposição nos trabalhadores da construção naval, alertando para o perigo do desenvolvimento de doença futura.

MU-103

Título: COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM RESSEÇÕES POR DOENÇA SUPURATIVA CRÔNICA.

Autor(es): Leite, L.P.S., Fortunato, S.T.L., Penna Costa A.L., Galvão T.S., Matos, M.A., Machado, R.V., Gomes, A.G.;

Serviço: Cirurgia Torácica do Hospital Octávio Mangabeira, Salvador - Bahia.

No período de maio 1985 a julho 1991 foram operados 55 pacientes portadores de doenças supurativas de etiologias diversas, com idade variando de 9 a 56 anos. Trinta e quatro pacientes do sexo masculino e 21 do feminino. O objetivo do presente trabalho foi determinar as principais complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a ressecções pulmonares e conseqüentemente determinar as taxas de morbidade e mortalidade. Todos apresentavam sintomas relacionados a doenças supurativa crônica. Trinta e cinco pacientes (64%) tinham seqüela de tuberculose e 10 (18%) tuberculose crônica. Em 25 pacientes (45%) a hemoptise foi indicação cirúrgica. Foram realizadas 21 pneumonectomias a direita e 10 a esquerda, 14 lobectomias, 3 segmentectomias e 1 lobectomia mais segmentectomia. O achado anatomopatológico mais frequente foi bronquiectasias. Um caso apresentava bola actinomicética (1,8%) e 6 (10,8%) apresentavam bola fungica. A principal complicação pós-operatória foi empiema (9%) - 5 casos; 3 casos desenvolveram fístula broncopleurais. Houve 6 óbitos (10,8%) sendo 1 óbito não relacionado a cirurgia. Apenas um paciente (diabético) apresentou infecção na ferida cirúrgica.

MU-104

Título: EMBOLIZAÇÃO PULMONAR POR MERCÚRIO - RELATO DE UM CASO.

Autor(es): Noronha, A.J.; Burlamaqui, B.J.; Henrique da Costa, C.; Esposito, A.

Serviço: Pneumologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ.

Apresentamos um caso de um paciente na quarta década de vida, masculino, militar que foi trazido ao Pronto Socorro após tentativa de suicídio por injeção intravenosa de mercúrio. Ao exame físico mostrava-se levemente dispneico, ansioso, taquipneico, taquicárdico e febril. Notava-se discreta flebite superficial em membro superior esquerdo no local onde havia sido feita a punção venosa. A radiografia de tórax mostrava imagens de alta densidade representando o metal em ambos os campos pulmonares embora predominasse no hemitórax esquerdo. Uma imagem densa era vista na ponta do ventrículo direito o que ajudava no diagnóstico diferencial radiológico com aspiração mercurial. Na radiografia de abdome foram visualizados depósitos de mercúrio impactados em vasos abdominais. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas. Radiografias seriadas até três anos após o episódio evidenciaram imagens semelhantes.

MU-105

Título: EMBOLIA PULMONAR. UTILIZAÇÃO DE TERAPIA TROMBOLÍTICA E EMBOLECTOMIA. APRESENTAÇÃO DE 2 CASOS

Autor(es): FRANCO, C.A., NIGRI, D.H., MENDONÇA, D.A.

Serviço: CLINICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Os autores apresentam 02 casos de embolia pulmonar maciça, que tiveram comprovação por arteriografias pulmonares e cintilografia perfusional.

Ambos os casos apresentavam história de início da doença a menos de 07 dias, além de hipoxemia severa ($PaO_2 < 50$ mmHg) e hipotensão arterial. Todos os dois foram levados a unidade de terapia intensiva aonde foram acompanhados.

O caso nº 1: Foi inicialmente tratado com streptokinase na dose de 20.000 u/h sob infusão contínua na artéria pulmonar conforme técnica previamente descrita na literatura. Porém não houve resposta a esta terapêutica, evoluindo com piora clínica. Devido a gravidade foi submetido a embolectomia e colocação de filtro em cava inferior. Obteve alta hospitalar em uso de cumarínico, estando em casa há aproximadamente 4 meses com excelentes condições de vida.

O caso nº 2: Foi tratado com rtPA (100 u/2 h por via endovenosa periférica) havendo excelente resposta imediata e tardia. Em ambos os casos não foram observadas complicações significativas.

Concluimos que a terapia trombolítica é uma forma de tratamento de fácil utilização e que deve ser tentado nas embolias maciças comprovadas com arteriografia. O insucesso no caso 2 pode ter ocorrido devido ao trombo ser mais antigo e não devido ao uso de droga diferente. Devemos ressaltar a embolectomia que é um procedimento pouco utilizado na atualidade e deve ser lembrada nas embolias maciças que não respondem a trombolíticos.

MU-106

MU-107

Título: ESTUDO RETROSPECTIVO DE CRIANÇAS INTERNADAS COM INFILTRADOS PULMONARES

Autor(es): WALCY F. SATYRO; VERA L. L. MELLO; MÁRCIA F. CUNHA; KATIANA C. CRUZ.

Serviço: HOSPITAL GERAL DE JACAREPAGUÁ-INAMPS, Rio de Janeiro - RJ.

Foram estudados 19 casos de infiltrados pulmonares intersticiais em um período de 17 anos. A faixa etária variou de 1 ano e 6 meses a 11 anos. Os pacientes foram selecionados mediante a presença de infiltrados intersticiais pulmonares associados a quadro clínico asmático não correlacionados a presença de infecção. Foram encontrados 15 casos associados à eosinofilia exagerada e 4 sem eosinofilia. Os 4 sem eosinofilia foram diagnosticados por biópsia pulmonar como Pneumonia intersticial desquamativa, Pneumonia usual intersticial, Pneumonia intersticial linfocítica com AIDS e Pneumonia intersticial linfocítica sem AIDS. Os 15 casos com eosinofilia foram considerados como Larva Migrans Visceral (LMV) baseado no quadro clínico, presença de eosinofilia exagerada associado ao baixo nível sócio-econômico, desvio do apetite, desnutrição e boa resposta clínica e laboratorial ao Tiabendazol. Em vista da dificuldade do diagnóstico de LMV, os autores chamam a atenção para o diagnóstico de LMV em crianças, baseados nos achados de infiltrados intersticiais e eosinofilia exagerada acompanhada de quadro asmático.

Título: FENDA ESTERNAL SUPERIOR: Relato de caso tratado cirurgicamente

Autor(es): Marcelo C Fatureto, Márcio C Fatureto

Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica do HE-FMTM Uberaba - MG

J.L.M., 16 meses, branca, feminino, 7.500 gramas, hipodesenvolvida, nascida em 07.11.85, parto cesáreo, 3º filho, gestação normal, pais sem parentesco boa condição sócio-econômica, mãe recebeu apenas vitaminas na gestação; peso ao nascer 3.200 g, Apgar 8; constatou-se escavação torácica anterior mediana superior, com abaulamentos e retrações respiratórias; hemangiomas labiais, cervicais e torácicos. Evoluiu com infecções respiratórias repetitivas, com internações hospitalares frequentes (8 pneumonias) e refluxo gastroesofágico. O estudo radiológico do tórax evidenciou afastamento lateral das clavículas. O cateterismo cardíaco e o ecocardiograma foram normais. O eletrocardiograma mostrou retardo de condução do ramo direito do feixe de Hiss. A família procurou vários serviços, sendo apenas orientada para aguardar a evolução para fazer prótese externa de contenção.

Em março de 1986, a paciente foi submetida a esternoplastia com sutura primária, sem intercorrências. O pós-operatório de 60 meses evidencia grande recuperação pondero-estatural e ausência de infecções pulmonares.

A fenda esternal superior é uma malformação congênita que implica numa série de complicações torácicas e sistêmicas, se não tratadas em tempo hábil; apesar da raridade desta anomalia, o tratamento deve ser difundido e executado o mais precocemente possível.

MU-108

MU-109

FÍSTULA PANCREATO-PLEURO-BRONQUICA MAIS PSEUDOCISTO MEDIASTINAL. RELATO DE CASO.

Serviço: DE CIRURGIA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU
Sapienza, J. C. Romeiro, Freire, M. S. Silva; Reis, M. Almeida; Camargo, M. Berardinelli

Os autores apresentam um caso de derrame pleural bilateral de causa pancreática, com fistulas pancreatopleural e pseudocisto mediastinal, em homem de 37 anos, com queixas unicamente respiratórias, durante toda evolução. Além dos níveis de amilase no líquido pleural serem muito elevados, havia recorrência dos derrames pleurais, ora a esquerda, ora a direita, fazendo-se necessárias diversas toracocenteses. Outro fator importante na evolução, era a grande quantidade de secreção drenada através da expectoração, cerca de 400 ml/dia. Fato este, explicado através da fistulografia pelo dreno torácico a esquerda, que mostrava preenchimento dos bronquios com contraste. Houve grande dificuldade na localização de um possível Pseudocisto Pancreático, já que a Tomografia Computadorizada fora inconclusiva e somente uma das ultra-sonografias realizadas, questionou a presença do mesmo. O paciente não respondia as medidas preconizadas para tratamento clínico tais como: drenagem gástrica contínua, suporte nutricional parenteral, drenagens torácicas repetidas. Nesta ocasião fora realizada nova fistulografia guiada pelo ultra-som após punção da cavidade cística pancreática (formação anecoide de contornos irregulares), onde foram drenados cerca de 200 ml de líquido purulento e injetado contraste (hipaque 50%, 150ml) seu interior. O meio de contraste opacificou volumosa cavidade em situação retro peritoneal, de contornos irregulares e que se comunica com outra cavidade no mediastino posterior através de trajeto fistuloso amplo, não ocorreu passagem do meio de contraste para o espaço pleural. O paciente fora levado a cirurgia, vindo a óbito no terceiro dia de pós-operatório. Os autores tecem comentários sobre as localizações das fistulas pancreáticas, assim como mostram no caso relatado o fato incomum da associação dessas fistulas em um mesmo indivíduo.

Título: FÍSTULA PANCREATO-PLEURAL. DEMONSTRAÇÃO POR PANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA.

Autor(es): Clarice Freitas-Santos, Ricardo Martins, Paulo Tavares.

Serviço: UNIDADE DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA DF, 70844, FAX: (061)-272-3250.

Fístula pancreato-pleural é uma condição rara e sua apresentação de difícil diagnóstico, frente as evidências de doença pancreática e preponderância de sintomas torácicos. Os autores apresentam um caso de derrame pleural esquerdo volumoso, recorrente, em um homem de 29 anos alcoólatra. As anilases sérica, urinária e do líquido pleural encontravam-se elevadas. Houve dificuldade no diagnóstico da doença pancreática, só evidenciada pela pancreatografia retrógrada, com Rx de abdomen, ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada normais. O tratamento efetuado foi cirúrgico: pancreatocomia distal, esplenectomia, com resolução do derrame pleural e da sintomatologia referida. Os autores fazem uma revisão sobre a ocorrência de derrames pleurais associados à doença pancreática e tecem comentários sobre a avaliação diagnóstica e a conduta a seguir nestes casos.

MU-110

MU-111

Título: FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA BENÍGNA ADQUIRIDA.
RELATO DE O1 CASO.

Autor(es): ANTERO GOMES NETO, VIVIANNE C.C. GOMES.

Serviço: CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS. FORTALEZA-CE.

O motivo da apresentação deste caso, prende-se ao fato de ser uma afecção grave e rara, contudo, passível de correção cirúrgica. Trata-se de uma paciente de 19 anos de idade, com história de que aos 07 anos de idade engoliu um corpo estranho (moeda). Na época, procurou assistência médica e foi submetida a exame endoscópico de urgência, permanecendo 02 meses internada, impossibilitada de alimentar-se por via oral. Em novembro de 1990, foi admitida no nosso serviço, com queixa de tosse ao deglutir alimentos sólidos e líquidos, há 02 anos. O exame físico, estudos laboratoriais e radiografia de tórax não mostraram alterações. Um esofagograma demonstrou comunicação fistulosa entre o esôfago e o brônquio fonte esquerdo. A broncoscopia revelou existência de cratera de 08mm na porção membranosa do brônquio fonte esquerdo à 02 cm da bifurcação da traquéia. A correção da fístula foi realizada via toracotomia direita. Em adultos, as fístulas adquiridas traqueoesofágicas e broncoesofágicas são geralmente de natureza maligna e de tratamento paliativo. As fístulas benígnas em sua maioria são de origem infecciosa, traumática, pós traqueostomia ou entubação prolongada. O caso em questão, julgamos ser de etiologia traumática.

Título: Hanseníase como causa de baciloscopia positiva no escarro - relato de dois casos.

Autor(es): Duarte, MB; Peçanha Martins, AC; Buenavita, MGG; Oliveira, M; Gomes, AG; Gudice, M; Cruz, AA.

Serviço: Hospital Octávio Mangabeira - Salvador-Bahia.

Serão apresentados dois pacientes que foram internados no Hospital Octávio Mangabeira, portadores de hanseníase, e que apresentaram baciloscopia positiva no escarro. Durante o internamento, verificou-se que os achados radiológicos não eram compatíveis com tuberculose, sendo realizado então, pesquisa de BAAR na secreção nasal de ambos os pacientes, que resultaram positivas. Diante das manifestações cutâneo-neurológicas de hanseníase, na presença de secreção nasal rica em BAAR, foi considerada a hipótese de resultado falso positivo para tuberculose, e admitida a positividade no escarro a coleta inadequada, contaminada por secreção oriunda do nasofaringe. Vale ressaltar que as manifestações clínico-radiológicas de infecção respiratória regridiram totalmente com o uso de antibioticoterapia, confirmando a suspeita inicial de não envolvimento pela tuberculose.

Esta é a mensagem, que julgamos importante, para a atenção na coleta de escarro de pacientes portadores ou suspeitos de hanseníase, com secreção nasal, para a baciloscopia de escarro.

Os dois casos serão apresentados, separadamente, obedecendo os critérios estabelecidos pelo Congresso.

MU-112

MU-113

MALFORMAÇÃO MÚLTIPLA: ASSOCIAÇÃO DE AGENESIA DA ARTERIA PULMONAR COM SEQUESTRO DUPLO EM PULMÃO ESQUERDO E DEXTRÓVERSÃO DE AORTA DESCENDENTE. APRESENTAÇÃO DE UM CASO.
SETOR DE CIRURGIA TORACICA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU.
Sapienza, J. C. Romeiro, Reis, M. Almeida, Masseli, S. Donus, Freire, M. S. da Silva.

Os autores apresentam o caso de um jovem de 17 anos, branco, estudante, natural de Resende, RJ, com história de pneumonias de repetição e inúmeras internações durante a infância por comprometimento respiratório. O quadro clínico predominante era o de tosse, dispnéia aos mínimos esforços, escarros sanguíneos. Ao exame clínico, tórax apresentando aumento do diâmetro A/P, expansibilidade torácica conservada bilateralmente, com ausculta pulmonar revelando estertores de finas bolhas nos 2/3 inferiores do HTE. Radiografia de tórax de 1986, apresentando grande imagem cística em lobo inferior do pulmão esquerdo, com nível hidro-aéreo, além de pequenas formações císticas próximas a esta imagem; desvio do mediastino para esquerda; retificação do arco médio; elevação do hemidiafragma esquerdo. Exames laboratoriais sem alterações. ECG normal. Espirometria apresentando disfunção ventilatória compatível com restrição moderada. Eco Cardiograma: sinais de sobrecarga de volume de VE, sendo visualizada falha de ecos ao nível do Canal Arterial, sendo interrogado PCA (persistência do canal arterial). Cintilografia pulmonar revelou ausência de perfusão em todo pulmão esquerdo. Arteriografia digital pulmonar, mostrou ausência da Arteria Pulmonar Esquerda, dextróversão da Aorta e vasos da base, com saída de vasos anormais da Arteria Subclávia Esquerda, para o pulmão esquerdo, caracterizando Sequestro Pulmonar. O paciente fora submetido a pneumonectomia esquerda em 12/01/90, quando fora observado um segundo vaso arterial anômalo, emergindo da hem cúpula diafragmática esquerda. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, estando atualmente em controle ambulatorial. Os autores discutem a associação dessas mal-formações, assim como os seus diagnósticos diferenciais.

Título: MICROLITÍASE ALVEOLAR - APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Autor(es): JULIO CESAR MEDEZ DE OLIVEIRA

CO-AUTOR: ALEXANDRE GALVÃO BUEIRO

Serviço: INSTITUTO DO PULMÃO DE CASCAVEL

Os autores apresentam 1 caso de uma paciente do sexo feminino, 56a., branca, do lar, natural do RS, residente no Paraná, com queixas de DISPNEIA evolutiva há 2 anos. O EX de Torax PA de 1988 mostra lesão intersticial difusa com lesões mais densas, calcificadas. Foi inicialmente tratada por Tbc sem melhora do quadro clínico e radiológico.

Veio a este serviço em 07/91 com piora radiológica e clínica. A P.BAAR e fungos foi negativa, assim como a sorologia para BLASTOMICOSE. No exame físico apresentava Torax em tonel, enagrecida, dispneica, cianótica nas extremidades, dedos em baqueta de taboal, com sibilos difusos.

As hipóteses diagnósticas foram de fibrose pulmonar idiopática ou doença do colágeno. A espirometria mostrou grave restrição e severa obstrução de pequenas vias aéreas. O anátomo mostrou tratar-se de MICROLITÍASE ALVEOLAR.
CONCLUSÃO: Embora não seja tão rara, os autores mostram um caso bem documentado de MICROLITÍASE ALVEOLAR, com acompanhamento radiológico de 3 anos.

MUCOVISCIDOSE EM ADOLESCENTES E ADULTOS

Dallalana, L.T.; Lobo, S.T.; Pinto R.M.C.; Paschoal, M.M. Jansen, J.M.; Marques, E. Setor Mucoviscidose do Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ; Disciplina Pneumologia da UERJ; Disciplina Microbiologia e Imunologia da UERJ.

São apresentados 21 casos de mucoviscidose, com provados pelo teste do suor (metodo da iontoforese com pilocarpina), com idades superiores à 15 anos e follow-up de 1 à 20 anos.

Este grupo representa 30% dos pacientes atualmente em acompanhamento. Onze pertencem ao sexo masc., 10 ao fem.; 19 são de raça branca, 2 pardos. As idades, por ocasião do diagnostico variaram de 4 à 29 anos (media de 13a); atualmente variam de 15 à 41 anos (media de 22a). Todos os casos apresentam comprometimento pulmonar; 13 casos (61,90%) tambem insuficiencia pancreatica; 5 casos (23,60%) apresentam historia familiar positiva para mucoviscidose.

O comprometimento pulmonar, traduzido pelas imagens radiologicas, foi quantificado utilizando-se o criterio de Brasfield. A contagem de pontos, por ocasião do diagnostico, variou de 13 à 25 pontos e atualmente se situa entre 10 à 22 pontos. A cultura da secreção traqueobronquica revelou a presença de *Pseudomonas aeruginosa* em 16 casos (61,90%), sendo em 9 casos (38,09%) cepa mucoide.

As complicações foram, em ordem de frequencia: hemoptises 4 casos (14,28%), polipos nasais recidivantes 3 casos (14,28%), pneumotorax 1 caso (4,76%) equivalente do ileo meconial 1 caso (4,76%).

Os autores ressaltam a importancia da suspeita de mucoviscidose em adolescentes e adultos jovens com comprometimento pulmonar obstrutivo crônico.

Titulo SILICOSE DOS JATEADORES DE AREIA - ANALISE DE 80 CASOS

Autor(es) Ferreira, A.; Passarella, E.*; Gabetto, J.M.; Garcia, M.A.B.; Soares Filho, P.S.

Serviço PNEUMOLOGIA DO HUAP

Os autores analisam as alterações radiológicas de 80 jateadores de areia, oriundos de diversos estaleiros situados na orla da Baía da Guanabara, atendidos nos ambulatórios de Pneumologia e Saúde Ocupacional do Hospital Universitário Antônio Pedro expostos a altas concentrações de sílica livre e enfatizam a gravidade e o aparecimento, a curto prazo, dessas lesões.

Titulo SILICOSE: BRONQUIECTASIAS DIFUSAS

Autor(es) CASTRO, H.A.; SOUZA, G.R.M.; LEMLE, A.

Serviço PNEUMOLOGIA (HUCFF) E DPTª CLÍNICA MÉDICA - FAC.MED. - UFRJ.

A.G.L., 227413.3, 60 a., trabalhou como polidor utilizando pasta de areia por 15 anos em ambiente fechado na maior parte do tempo; nunca usou equipamento de proteção. Nega tabagismo. Há 10 anos com diagnostico de silicose. Hepatite há 1 ano. Nos últimos cinco anos houve acentuação de sintomas respiratórios como tosse, expectoração e dispnéia. Há 6 meses com aparecimento de petéquias em membros inferiores acompanhado de fortes dores que impedem a deambulação. Apresentava-se emagrecido, dispnéico, diminuição de força muscular em membros superiores e inferiores, pulmões com MV preservado, estertores subcrep. disseminados e petéquias por todos os membros inferiores. Espirografia prejudicada pela dispnéia. Hipoxemia arterial em ar (PaO₂ - 68) e após O₂ 100% (480), denotando "Shunt" patológico (9%). O estudo da ventilação mostrou aumento de VD/VT (52), traduzindo alteração da relação ventilação/perfusão. Leiatura radiológica de acordo com ILO UICC (1980) feita por 3 leitores apresentou profusão (1/2), tipo linear (S/T) e alterações compatíveis com bronquiectasias difusas, que se confirmaram com a tomografia computadorizada do tórax. Biopsia de pele do membro inferior mostrou reação inflamatória inespecífica.

Apresentava ainda hipocomplementemia e hipergamaglobulinemia.

O relato deste caso mostra a evolução de processo de silicose acompanhado de bronquiectasias difusas, aspecto não descrito na bibliografia da doença. Biopsia pulmonar contra-indicada no momento. Insuficiência respiratória leve, com ventilação irregular e Shunt significativo. Púrpura vascular em investigação.

MU-118

MU-119

Título: SILICOSE EM TRABALHADOR DE MINA DE SHELITA
 Autor(es): CASTRO, H.A.; LEMLE, A.; SOUZA, G.R.M.
 Serviço: PNEUMOLOGIA(HUCCFF)- DEPTº CLÍNICA MÉDICA - FAC.MED. UFRJ.

G.F., 2018279, 61 a., trabalhou em mina de "shelita"- extração de Tungstato de Cálcio, Tungstênio (CaWO₄) - como briador de 1951 a 1954. Ex-tabagista (20 maços/ano) até 37 a.. 1972 apresentou nódulo em L.S.D. em abreuografia para emprego. Lobectomia S.D. nesta época com histopatológico de silicose focal, alterações indefinidas difusa e linfadenite crônica hilar. Tratou T.P. em 1962 e pneumonia em 1990. Evolução com aumento progressivo da tosse e dispnéia. Exame físico apresentava cianose (**/****), taquipnéia, expansibilidade torácica diminuída e estertores sub-crep. bibasais, fígado à 2cm da RCD, borda romba. Espirografia com distúrbio ventilatório misto acentuado (CVF% = 50;VEF1% = 23;VEF1/CVF = 38). Hipoxemia moderada e hipercapnia leve (PaO₂ = 63;PaCO₂ = 46,3). Aumento da relação VD/VT (53) traduzindo aumento da ventilação do espaço morto e da relação ventilação/perfusão. Radiologia (ILO UICC-1980) feita por 3 leitores mostrou perfusão (3/-) tipo linear (U/T), BAAF e cultura para BK negativos. Ultrasonografia abdominal mostrou fígado de contornos rombos, acentuação da ecogenicidade em várias regiões peri-portais e hilo hepático - fibrose? Este relato retrata evolução grave de processo de silicose após curto período de exposição em mina de Shelita, levando o paciente à lobectomia e a profusão intensa, tipo linear, com repercussões importantes para função respiratória. No momento encontra-se em investigação diagnóstica para alterações hepáticas.

Título: SÍNDROME DE KARTAGENER

Autor(es): L.G. Vianna, E.W. Kitajima, G.T. Ikeoka, P.A. Lemos, L. Tassin, N.P.F. de Lima.
 Serviço: DEPARTAMENTOS DE CLÍNICA MÉDICA E DE BIOLOGIA CELULAR. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.

A síndrome de Kartagener ou síndrome do cílio imóvel é caracterizada por sinusite, bronquiectasia e situs inversus. Os pacientes afetados apresentam infecções respiratórias crônicas, devido à inadequado clearance mucociliar. Além disso, produzem espermatozoides imóveis. Estes distúrbios ocorrem como consequência de defeito na proteína dineína da estrutura ciliar, levando à falta de ondulação dos mesmos. Relata-se o caso de um paciente com esta síndrome, masculino, de 20 anos. Ele apresentou, na tomografia computadorizada de tórax, bronquiectasias localizadas predominantemente em lobo médio, sendo submetido à lobectomia. O teste da sacarina mostrou transporte mucociliar deficiente. A microscopia eletrônica das biópsias de mucosas nasal e brônquica, assim como dos espermatozoides, confirmou o diagnóstico. E apresentado o estudo genético do paciente, assim como casos correlatos em sua família.

MU-120

MU-121

Título: UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECANICA POR PRESSÃO NEGATIVA INTERMITENTE
 Autor(es): FRANCO, C.A.B, MENDONÇA, D.A, NIGRI, D.H.
 Serviço: CLINICA BARROS FRANCO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Os autores apresentam sua experiência no uso da Ventilação Artificial por Pressão Negativa Intermitente. Discutem a importância do método, modelos de equipamentos e técnica de uso. Submeteram sete pacientes a esse método sendo que a indicação em três pacientes foi no auxílio na retirada de prótese ventilatória por pressão positiva e em quatro para descanso da musculatura respiratória. Foram consideradas duas fases. A Fase de Adaptação(hospitalar) onde obtivemos sucesso em 4 casos(57,2%) por completarem esta etapa e insucesso em 3 casos(42,8%) e, a Fase Domiciliar onde obtivemos sucesso em 2 casos(66,6%) e insucesso em 1 caso(33,4%) por negar o seu uso. Um(1) caso atingiu os objetivos somente na Fase de Adaptação. Concluímos que em casos selecionados o método é útil e eficiente sendo de fácil instalação.

Título: TABAGISMO PASSIVO E FUNÇÃO PULMONAR EM ESCOLARES

Autor(es): FERREIRA S., SANT'ANNA C. C., DE SOUZA R. B.
 Serviço: IPPMG - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Os autores estudaram a relação entre tabagismo passivo e função pulmonar em crianças. Foram selecionadas 112 crianças saudáveis de 7 a 14 anos, por sorteio, em colégio da rede privada do Município do Rio de Janeiro. Os pais ou responsáveis responderam, previamente, a um questionário padronizado, orientados por entrevistadores treinados e supervisionados. O aparelho usado foi o espirômetro digital MONAGHAN M-403 portátil, tendo sido obtidas as medidas de fluxo respiratório forçado máximo (FEFmax ou "Peak Flow"), VEF1, CVF e VEF1/CVF. De cada criança foram obtidos 3 valores de cada parâmetro espirométrico, sendo aproveitados para estudo subsequente apenas aqueles que produziram trios de CVF e VEF1 que satisfaziam os critérios de reprodutibilidade da ATS (American Thoracic Society). Das 112 crianças selecionadas, 63 produziram trios de CVF e VEF1 que satisfaziam os critérios de reprodutibilidade da ATS. Trinta e cinco (55%) dos 64 meninos e 26 (54%) das 48 meninas produziram CVFs com coeficientes de variação iguais ou superiores a 5%. Trinta (47%) dos 64 meninos e 19 (40%) das 48 meninas produziram valores de VEF1 com coeficientes de variação iguais ou superiores a 5%. Para CVF e VEF1 não houve associação estatisticamente significativa entre variabilidade excessiva e sexo, idade ou tabagismo passivo. Oito (25,8%) das 31 crianças fumantes passivas tiveram VEF1 inferior ao previsto pela equação de KNUDSON et al e 2 (6,3%) das 32 crianças não fumantes passivas tiveram VEF1 inferior ao previsto pela equação de KNUDSON et al. Embora os autores tenham encontrado relação entre tabagismo passivo e valores de VEF1 subnormais, esta relação não foi estatisticamente significativa.

MU-122

MU-123

Título: TABAGISMO NA CLASSE MÉDICA BRASILEIRA

Autor(es): Hisbello da Silva Campos

Serviço: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, MS.

O presente trabalho apresenta os resultados do inquérito sobre tabagismo na classe médica brasileira, realizado nos anos de 1990 e 91. Através de questionário padronizado, previamente testado e validado, 5.158 médicos de 23 estados foram entrevistados individualmente. A análise estatística dos dados obtidos permite estimar que: 1) a proporção de fumantes encontra-se próxima de 25%; 2) a proporção de fumantes e a intensidade de fumo é significativamente maior entre os homens; 3) os médicos com idade inferior a 31 anos fumam em menor proporção que os mais velhos; 4) os homens começam a fumar mais cedo do que as mulheres; 5) tanto a condição tabágica como a idade do médico não parece influenciar no grau com que ele aconselha seu cliente a parar de fumar.

Estes resultados não diferem significativamente de outros obtidos em estudos regionais, que também procuravam avaliar o fumo entre os médicos.

Título: TABAGISMO NA CLASSE MÉDICA DO DISTRITO FEDERAL

Autor(es): Hisbello da Silva Campos

Serviço: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, CNCT.

O presente trabalho apresenta os resultados do inquérito sobre tabagismo entre os médicos do Distrito Federal (DF), feito no período de 1990 a 91. A partir de uma listagem de todos os médicos em atividade no DF, foi sorteada uma amostra casual e sistemática de 300 profissionais. Todos foram entrevistados através de questionário padronizado, previamente testado e validado, enviado pelo Correio juntamente com carta explicativa do motivo da pesquisa e um envelope já selado e endereçado para remeter as respostas. Cerca de 82% responderam ao questionário e, a partir da análise estatística dos dados obtidos, foi possível estimar que: 1) em torno de 15% dos médicos do DF fumam; 2) cerca de 3/4 dos fumantes pensam em parar de fumar num futuro próximo (5 anos) e percentual equivalente evita fumar na frente de seus pacientes; 3) os médicos que não fumam aconselham sua clientela a parar de fumar com maior frequência que os fumantes. Devido a grande proporção de não-respondentes (18%), o verdadeiro valor da proporção de fumantes está situado entre limites significativamente amplos. É possível que este valor não esteja significativamente abaixo dos encontrados em estudos equivalentes (25%) realizados em outras regiões do país.

MU-124

MU-125

Título: Tratamento cirúrgico do carcinoma broncogênico com invasão da parede torácica. Análise de 22 ptes.

Autor(es): Walter Röriz de Carvalho, E. Toscano, E. Torquato, S. Biasi, M. Zamboni, Paulo de Biasi

Serviço: Cirurgia Torácica-Instituto Nacional de Câncer RJ

A invasão da parede torácica não implica obrigatoriamente em considerar a lesão irremediável. A ressecção completa da lesão é possível, com resultados satisfatórios a longo prazo, e sem aumento da mortalidade hospitalar.

Os autores analisam a experiência do Serviço com vinte e dois pacientes operados. Houve um óbito hospitalar (4,5%), e não se observou aumento de morbidade. A instabilidade da parede torácica, quando presente, não perdurou mais do que dez dias, não sendo encontrada em nenhum caso no pós-operatório tardio. O número de arcos costais ressecados variou de um a quatro, e a maioria das ressecções pulmonares consistiu de uma lobectomia (19 ptes).

Na evolução tardia foram encontrados quatro novos tumores primários (pulmão-2; pâncreas e amígdala-1 de cada); as recidivas locais sempre ocorreram quando permaneceu doença residual na cirurgia.

A curva de sobrevivência mostra 27% de ptes vivos ao final de 36 meses, e 14% ao final de 60 meses. Concluímos que a ressecção pulmonar com toracectomia pode oferecer resultados satisfatórios a este grupo de pacientes.

Título: PLEUROSTOMIAS ABERTAS EM ADULTOS: Técnica e Resultados em 46 casos consecutivos

Autor(es): Marcelo C Fatureto, Isaías J de Barros

Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica do HE-FMTM Uberaba - MG

No período de jan/87 a dez/90, realizamos 46 pleurostomias abertas (PA) em adultos para o tratamento de empiema pleural (EP). O grupo é constituído de 87% de homens com média de idade de 47 anos, não havendo diferença significativa quanto ao lado a ser operado. A causa mais frequente do EP foi a infecção pulmonar prévia (69,6%), seguida das complicações infecciosas em pós-operatórios eletivos e pós-trauma (21,7%). Cinquenta e oito por cento dos EP estavam na fase fibrino-purulenta e 41,3% eram da fase de organização.

A pleurostomia com retalho cutâneo (Eloesser modificado) foi a técnica mais realizada (80,4%) e em 5 casos utilizamos um tubo de polietileno calibroso, mantendo o trajeto parietal. Em 84,8% dos casos o procedimento foi realizado sob anestesia geral e em 15,2% a PA foi realizada com anestesia local ou bloqueio intercostal.

Não tivemos complicações em 67,3% dos casos. Houve 9 óbitos hospitalares (19,6%). As complicações encontradas foram a hemoptise fulminante em 2 casos (pulmão destruído), a deiscência do retalho cutâneo, a osteomielite costal, miíase no estoma e a septação da loja empiemática em 1 caso cada.

O tempo de fechamento do estoma foi, em 52,2% de até 60 dias e superior a 90 dias em 15,2%; um paciente foi transferido do nosso serviço (2,2%). Em 6 pacientes foi realizada exeresse tardia da elipse cutânea com finalidade de melhor estética local. Operações complementares para cura da doença de base foram realizadas em 3 pacientes (6,6%), sendo a PA responsável pela cura em 67,4% dos pacientes, incluindo-se os óbitos hospitalares e os tardios não relacionados ao procedimento.

A PA é um método cirúrgico valioso no tratamento do EP nas fases fibrino-purulenta e de organização, e que permitem a cura da maioria e preparam os poucos casos restantes para o tratamento de sua patologia de base.

Índice remissivo dos trabalhos apresentados ao III Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Rio de Janeiro

AUTOR	NÚMERO DO(S) TRABALHO(S)	AUTOR	NÚMERO(S) DO(S) TRABALHO(S)
ABE, A	2	CARVALHO, WR	93, 124
AIDE, MA	15	CASSABIAN, LA	64
AISEN, S	AO 3	CASTRO, HA	117, 119
ALVARENGA, R	8	CASTRO, JM	100
ALVES, JG	11, 88	CAUBÍ, MJ	47
ALVES, R	38, 55, 59	CHAVANTES, MC	92, 94, AO 3
ANDRADE, CRM	102	COELHO, PRC	68, 69
ANDRADE, EM	36, 37	CONDE JR, HM	6
ANDRADE, GN	24, 27, 28, 31, 67, 86	CORREA, DA	99
ANDRADE, MKN	23, 36, 37, 85	COSTA, ALP	82, 103
ANJOS F, L	27, 67	COSTA, CH	104, AO 7
ARAUJO, AA	30	COSTA, CM	102
AUSMAN, J	92, 94	COSTA, FA	59
AZEVEDO, KRS	AO 2	COSTA, M	73
ÁZULAY, DR	42	COSTA, MCL	82
BANDEIRA, E	45, 72	COSTA, MJM	78, 79
BARRETO NETO, M	11	COSTA, R	81
BARROS, IJ	58, 125	CRUZ, KC	106
BARROS, ML	55	CUNHA, AJLA	55, 56
BENEDETTI, F	100	CUNHA, MF	106
BEPPU, O	57	D. OLIVEIRA, LCL	97
BERNHOF, CMS	65	DALLALANA, LT	114
BETHLEM, EP	17, 41, 61, 74, 75	DAVID, CMN	51, 54, 70
BETHLEM, N	22, 41, 61, 74, 75	DAYE, J	10, 18, 48
BIASI, P	93	DE SOUZA, RB	121
BIASI, S	93, 124	DESSANGES, JF	AO 5
BLANC, E	3	DIAS, MEAT	115
BOASQUEVISQUE, CHR	83, 96, 97	DOREA, AJ	45, 71, 72, 77, 89
BOGOSSIAN, M	57	DUARTE, AJV	81
BONECKER, C	12	DUARTE, MB	34, 111
BOTELHO, C	57	DUJOVNY, M	92
BRANDÃO, RE	5	DUQUE, CRT	42
BUENO, AG	113	ESPOSITO, A	104
BUONAVITA, MGG	111	ESTEVAM, DL	88
BURLAMAQUI, BJ	104	FAHEL, AM	82
CAIUBY, MJ	42	FASSARELLA, E	116
CAMARGO, MB	108	FATURETO, MC	58
CAMPOS, CED	32	FERREIRA FILHO, J	10, 18, 48, 84
CAMPOS, HS	25, 26, 32, 122, 123	FERREIRA, A	49, 102, 116
CANDIDA, JM	20, 21	FERREIRA, S	121
CANTALICE F, JP	33	FERREIRA, TD	83, 96
CAPELLA, HV	30	FERREIRA, V	101
CARAMURU, HP	90	FIGUEIRA, I	32
CARDOSO, AP	73	FIGUEIREDO, S	41
CARMO, MLR	53	FONSECA, R	45, 71
CARNEIRO, FCP	47	FORTUNATO, STL	103
CARRANO, A	2	FRANCA, A	3
CARRERA, MN	20, 21	FRANCISCO PPP JR.	91
CARVALHO, CE	95	FRANCO, CAB	1, 14, 60, 76, 79, 90, 105, 120, AO 1
CARVALHO, HA	AO 3	FREIRE, MM	50
CARVALHO, MF	38, 55	FREIRE, MSS	108, 112
CARVALHO, SRS	9, 17	FREITAS, M	49
CARVALHO, VB	56	FREITAS, RJ	35

AUTOR	NÚMERO(S) DO(S) TRABALHO(S)	AUTOR	NÚMERO(S) DO(S) TRABALHO(S)
GABETTO, JM	102, 116	MARSICO, AG	24, 31, 95
GALHARDO, CJ	53	MARSICO, RMS	6, 23, 85, AO 2
GALVÃO, TS	89, 103	MARTHA, AF	11
GAMA, AC	78	MARTINS, ACP	82, 111
GARCIA, MAB	116	MARTINS, GC	41, 50, 74, 75
GERMANO G. FILHO	25, 26	MARTINS, R	109
GHAEM, A	7	MARTIRE, MT	13
GOLDWASSER, RS	54, 70	MASSELI, SD	112
GOMES NETO, A	91, 110	MATOS, MA	80, 103
GOMES, AG	89, 111	MEIRELLES, KRV	53, 99
GOMES, MAP	81	MELLO, VLL	59, 106
GOMES, VCC	110	MENDONÇA, DA	1, 60, 76, 90, 105, 120, AO 1
GONTIJO F, PP	24, 27, 28, 31, 51, 54, 67	MEOHAS, MMG	19
GROHMANN, P	2	MIRANDA, JAN	25, 26
GUIMARAES NETO, FD	97	MIRANDA, S	9, 17
GUIMARAES, CA	95	MONTAL, GS	45, 71, 72, 77, 80, 89
HADDAD, CK	AO 3	MOTTA, CMP	33
HADDAD, R	83	MOURA FE, JA	83, 96
HIGA, C	101	MOURA, RS	4, 5, AO 7
HIJJAR, MA	25, 26	MOURAD, O	49
HORTA, ALA	15, 52, 79, 87	NASCIMENTO, A	100
IGLESIAS, BS	13	NASSAR, A	99
IGREJA, RP	12	NEVES JR, MP	82
IKEOKA, DT	35, 118	NEVES, DD	17
JANSEN, JM	4, 5, 7, 43, 50, 66, 101, 114, AO 5, AO 6, AO 7	NIGRI, DH	1, 60, 76, 90, 105, 120, AO 1
JATENE, A	AO 3	NORONHA F, AJ	43, 46, 104, AO 6, AO 7
JOHN, L	50, 66	NOVAES, R	101
JUDICE, LF	15	OLIVA, ML	56
KASKUS, L	99, 100	OLIVEIRA, CAB	9
KIRK, K	4, 66	OLIVEIRA, JA	33
KITAJIMA, EW	118	OLIVEIRA, JCM	113
KRITSKI, AL	19	OLIVEIRA, LCL	64
LACERDA, MCR	9	OLIVEIRA, M	34, 111
LAFAYETTE, J	49	OLIVEIRA, WL	48
LEAL, GM	61	ORMONDE, LR	56
LEITE, LPS	89, 103	ORNELLAS, MH	43
LEMLE, A	22, 44, 63, 117, 119	PACHECO, AR	38
LEMONS, AC	77	PACHECO, EL	19, 29
LEMONS, PA	35, 118	PAIVA, D	46
LEOCARDIO, J	73	PARDO, G	56
LEOPERCIO, JR, JWV	42, 47, 52	PASCHOAL, MEM	44, 64, 87, 96, 114
LIMA, DB	16	PEÇANHA, ACM	34
LIMA, FPS	22, 39, 40, 73, 78, 79	PEIXOTO, M	3
LIMA, O	81	PEREGRINO, S	13
LOBO, ST	114	PERES, PF	14, 78
LOCKHART, A	AO 5	PETERSEN, PE	78
LOPES, IM	6, AO 2	PEYNEAU, AR	23, 36, 37
LOPES, PM	91	PINTO, RMC	114
MACHADO, RD	61	PIRES, G	2
MACIEIRA, JMP	42	PITTA, MN	73, 79, 90
MAEDA, TY	5, 43, 46, 66, 101, AO 6	PLOTKOWSKI, LM	7, AO 5
MAGÃO, SL	17	POMP, G	68, 69
MAGARÃO, SL	9, 19, 41, 74, 75	PORTELADA, C	70
MALACARNE, M	102	PORTELLA, KG	80
MARCELO C. FATURETO	107, 125	POZZATO, ASB	11
MARCH, MFBP	38, 59	RAFFUL, M	30, 53
MARCIO C. FATURETO	107	RAHABI, MF	96
MARINE, J	19	RAMOS, LMC	15
MARQUES, R	6, 85, 86	RANGEL, JCA	22
MARRA, FM	99, 100	REIS, AFT	87
		REIS, MA	108, 112

AUTOR	NÚMERO(S) DO(S) TRABALHO(S)	AUTOR	NÚMERO(S) DO(S) TRABALHO(S)
REIS, MCM	83	VIEIRA, GBO	24, 31
REZA, D	2, 3	VILLELA, CA	47
REZENDE, RB	87	VISCONTI, RR	87, AO 2
ROCHA, AS	39, 40	WILMA, CH	65
ROCHA, EM	65, 115	ZAMBONI, M	12, 124
RODRIGUES, CA	28	ZAMORANO, MDL	92, 94
ROMÃO, PAA	8	ZOUCAS, M	36, 37
ROSA, RC	70		
ROSMAN, FC	11		
SAITO, E	81		
SAMPAIO, JLM	76		
SANT ANNA, CC	38, 59, 121		
SANTOS, CF	109		
SANTOS, I	80		
SANTOS, MIV	44, 63, 64		
SANTOS, OLR	33		
SAPIENZA, JCR	108, 112, AO 4		
SARAIVA, LG	64		
SATYRO, WF	106		
SGORLON, G	13		
SILVA, AC	47		
SILVA, CA	4, 5, 66, AO 6, AO 7		
SILVA, CS	57		
SILVA, FEF	25, 26		
SILVA, G	70		
SILVA, MHN	115		
SILVA, MV	46		
SILVA, PMF	51, 54		
SILVA, RN	39, 40		
SIMÃO, AT	65, 115		
SIQUEIRA, H	50		
SIQUEIRA, HR	16, 68, 69		
SOARES FILHO, PS	116		
SOUZA, GRM	22, 39, 63, 117, 119		
SOUZA, MMM	16		
SOUZA, RB	6, AO 2		
SOUZA, RM	40		
SOUZA, WCH	115		
SUASSUNA, L	30		
TAKIYA, CM	52		
TAVARES, JL	4, 43, 46, AO 6		
TAVARES, P	109		
TEIXEIRA, AK	8, 10, 18, 48, 84		
TEIXEIRA, LCV	8		
TEIXEIRA, MFA	98		
TOLEDO, AS	8, 18		
TORQUATO, E	93, 124		
TORRES FILHO, HM	12		
TOSCANO, NOE	93, 124		
TOSSIN, L	118		
TRAJA, RH	84		
VALIANTE, PM	15		
VALLES, S	3		
VARGAFTIG, BB	57		
VAZ, JUR	97		
VELLASCO, HC	29		
VELLOSO, CMA	10, 18, 48, 84		
VIANNA, A	49		
VIANNA, LA	14		
VIANNA, LG	35, 118		
VIEIRA, CP	95		



VII Congresso
Brasileiro de



Cirurgia Torácica

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Carlos Alberto Guimarães

COMISSÃO CIENTÍFICA

Antonio F. Ribeiro da Silva Netto

Dirceo Edson de Azevedo

Eimar Delly Araújo

Fernando Cesar David Silva

Giovanni Antonio Marsico

Haroldo Voigt Meyer

Jesse Teixeira Filho

Luiz Felipe Judice

Roberto Bibas

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Oriane Almeida Santana Lima

Paulo de Biasi Cordeiro

Gustavo Modesto Leal

Pedro Telésforo Cunha Teixeira

COMISSÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Walter Roriz de Carvalho

Rui Haddad

Ricardo Beyruti

Manoel Ximenes Netto

PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO DE

CIRURGIA TORÁCICA

Manoel Ximenes Netto

APOIO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA DA

SOCIÉDADA BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA

E TISIOLOGIA



VII Congresso
Brasileiro de



CIRURGIA TORÁCICA

HOTEL GLÓRIA — 18 A 21 DE NOVEMBRO DE 1991

ÍNDICE DE TEMAS LIVRES DE CIRURGIA TORÁCICA

Apresentação oral (AO-01 a AO-18)

Pós-operatório -	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Cirurgia do mediastino -	27, 28, 29, 30, 31, 32
Empiema pleural -	33, 34, 35, 36
Doenças do esôfago -	37, 38, 39
Endoscopia -	40, 41
Malformações congênitas -	42, 43
Traumatismo torácico -	44, 45
Doença bolhosa do pulmão -	46, 47
Miscelânea -	48, 49, 50, 51, 52, 53



VII Congresso
Brasileiro de

Cirurgia Torácica



HOTEL GLÓRIA — 18 A 21 DE NOVEMBRO DE 1991

TEMAS LIVRES

A Comissão selecionou os Temas Livres de n.º 1 a 18 para apresentação durante o Congresso, com um tempo de 10 minutos para cada um.

Haverá três Sessões de Temas Livres, uma em cada dia do Congresso. Estas Sessões serão dirigidas por um Presidente, a quem caberá apresentar o autor, comentar o trabalho e organizar as perguntas do plenário. As perguntas devem ser feitas por escrito antes ou após a apresentação de cada tema.

**Oriane Almeida Santana Lima
Paulo de Biasi Cordeiro
Gustavo Modesto Leal
Pedro Telésforo Cunha Teixeira**

TEMAS LIVRES I — 18.11.91 — 10 horas — Salão Dourado

Presidente: Ali Said Esgaib
Secretário: José Cláudio da Silva Manhães

1. Estudo anatomocirúrgico da transição traquéia-brônquios principais para via transpericárdica. Melero, L.M.S., Shin, R.H.D., Rodrigues Jr., A.J., Tolosa, E., Graciotti Jr., O. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. Análise das mortalidades em cirurgia torácica no pós-operatório imediato. Shin, R.H.D., Beyruti, R., Melero, L.M.S., Banmann, R.H., Castro, A.C.P. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
3. Brachiterapia de alta dosagem: alternativa de tratamento para tumores avançados. Fernandez, A., Filomeno, L.T.B., Tedde, M.L., Fernandes, J.L. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
4. Tumor neuroectodérmico maligno da parede torácica. Relato de 3 casos operados. Perfeito, J.A.J., Succi, J.E., Forte, V., Nasser, M., Asman, M.F., Barbosa, J.C., Marchini, W.F., Amorim, E., Buffolo, E. — Disciplina de Tórax, Escola Paulista de Medicina.

5. Tumor carcinóide brônquico. Apresentação de 44 pacientes. Camargo, J.J.P., Ferlicetti, J.C., Moreira, J.S., Porto, N.S., Barros, A.A.O., Geyer, G. — Pavilhão Pereira Filho.
6. O uso do "imprint" tumoral na broncofibroscopia. Toro, I.F.C.T., Seabra, J.C.T., Silva, A.M.F., Santos, J.G., Frazatto Jr., C., Paschoal, I.A. — Disciplina de Cirurgia Torácica da FCM da UNICAMP.

TEMAS LIVRES II — 19.11.91 — 12 horas — Salão Dourado

7. Tratamento cirúrgico das bronquiectasias — Complicações. Mercúrio Netto, S., Leiro, L.C.F., Costa, G.P.R., Mayo, S.V. — Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia, Hospital Heliópolis — SP.
8. Broncoplastia no tratamento das complicações brônquicas da tuberculose: a experiência de 5 casos. Camargo, J.J., Felicetti, J.C., Pinto, F., Darcy, R. — Pavilhão Pereira Filho (Porto Alegre).
9. Corpo estranho intratorácico pós-toracotomia. Relato de 5 casos. Haddad, R., Boasquevisque, C.H., Ferreira, T.D., Reis, M.C.M., Fe, J.M., Frazatto, R., Westphal, F. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho — UFRJ.

10. Doença cística dos pulmões. Apresentação de 24 casos. Cataneo, A.J.M., Ruiz Jr., R.L., De Faveri, J., Ferrari, G.F., Reibscheid, S.M. — Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP.
11. Resultado das culturas de secreção brônquica obtidas no intra-operatório. Lyra, R.M., Ferreira, S.M.A., Trajano, A.L.C., Esgaib, A.S., Guidugli, R.B. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
12. Sutura mecânica do coto brônquico em pacientes com tuberculose pulmonar. Machado, G.F., Verdegoen, J., Bachichi, N.C., Pomponet, F.S., Hamada, A.Y. — Complexo Hospitalar do Mandaqui (SP).

TEMAS LIVRES III — 20.11.91 — 12 horas — Salão Dourado

13. Toracoscopia. Tratamento do pneumotórax espontâneo com ligadura elástica. Lyra, R.M., Esgaib, A.S. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Servidor Público Estadual (SP).
14. Fístula de coto brônquico em cães imunossuprimidos (estudo experimental). Torquato, E.B., Normando Jr., G.R., Carvalho, A.B.C.B., Muller, M., Nascimento Jr., A., Frota, C., Miyagui, T., Judice, L.F., Lima, O.S. — Departamento de Cirurgia da Universidade Federal Fluminense.
15. Transplante pulmonar unilateral em receptor com fibrose pulmonar secundária à esquistosomose. Forte, V., Succi, J.E., Perfeito, J.A.J., Barbosa, J.C., Martinez, J.A.B., Cendon, S.P., Beppu, O., Santos, M.L., Buffofo, E. — Disciplina de Tórax, Escola Paulista de Medicina.
16. Transplante de pulmão experimental — modelo TGH. Gregoric, A., Carvalho, A., Oliveira, O.P., Puskas, J.D., Netto, M.X. — Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito Federal e Laboratório Experimental do Hospital das Forças Armadas (Brasília).
17. Reimplante de coto brônquico pós-pneumonectomia (estudo experimental em cães). Normando Jr., G.R., Torquato, E.B., Carvalho, A.B.C.B., Muller, M., Nascimento, P.R., Teixeira, G.H., Judice, L.F., Lima, O.S. — Departamento de Cirurgia da Universidade Federal Fluminense.
18. Transplante lobar na substituição do pulmão esquerdo. Forte, V., Succi, J.E., Perfeito, J.A.J., Asman, M.F., Marchini, W.F., Martinez, J.A.B., Cendon, S.P., Beppu, O., Santos, M.L., Buffofo, E. — Disciplina de Tórax, Escola Paulista de Medicina.
19. Cateter laríngeo. Um método alternativo para remoção de secreções pulmonares. Spiandorello, W., Pinto Fº, D., Bassani, G., Della Giustina, F., Pereira, J.R., Boff, D.R. — Universidade de Caxias do Sul.
20. Analgesia pós-toracotomia: análise de um novo método. Cavalcante, A.L., Moll, J., Normando Jr., G.R., Morard, M.R., Barcellos, M., Teixeira Fº, J., Teixeira, J.P. — Serviço de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do Hospital da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro.
21. Conduta cirúrgica na câmara torácica residual pós-operatória. Machado, G.F., Bachichi, N.C., Hamada, A.Y., Salerno, F., Paschoalino, W. — Serviço de Cirurgia Torácica, Complexo Hospitalar do Mandaqui (S. Paulo).
22. Síndrome do coágulo retido. Leiro, L.C.F., Mercúrio Netto, S., Alves Jr., A., Karasin, M., Maia Fº, E.R. — Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia do Hospital Heliópolis (S. Paulo)
23. Efeitos do posicionamento e da fisioterapia em pacientes pós-cirúrgicos medidos pela oximetria. Ribeiro, E.C. — Pavilhão Pereira Filho (Porto Alegre).
24. Edema pulmonar de reexpansão. Andrade Fº, L.O., Milanez, J.R.C., Fernandez, A., Filomeno, L.T.B., Ruiz Neto, P.P. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
25. Drenagem torácica e complicações infecciosas. Melero, L.M.S., Werebe, E., Mendes, C., Rebellato, F.J., Filomeno, L.T.B. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
26. Complicações pós-operatórias em ressecções por doença supurativa crônica. Leite, L.P.S., Fortunato, S.T.L., Costa, A.L.P., Galvão, T.S., Matos, M.A., Machado, R.V., Gomes, A.G. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Otávio Mangabeira (Salvador).
27. Miastenia Gravis: timectomia por via transternal. Araujo, C.A.A., Albuquerque, P.R., Ferreira, J.C., Santos, F.M. — Unidade de Neurologia e Unidade de Cirurgia Torácica — UFRN.
28. A mediastinoscopia na AIDS. Fernandez, A., Milanez, J.R.C., Filomeno, L.T.B., Tedde, M.L. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
29. Mediastinoscopia na síndrome de cava superior. Fernandez, A., Milanez, J.R.C., Filomeno, L.T.B. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
30. Miastenia Gravis: Experiência em 40 casos. Queiroz, S.S.S., Camargo, J.J., Felicetti, J.C., Porto, N.S., Haussen, S. — Pavilhão Pereira Filho (Porto Alegre).
31. Mediastinite pós-supuração cervical. Esgaib, A.S., Ghefter, M.C., Lyra, R.M., Guidugli, R.B.F., Ferreira, S.M.A., Trajano, A.L.C. — Serviço de Cirurgia Torácica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo.
32. Complicações na cirurgia das neoplasias do timo. Westphal, F., Diniz, T., Boasquevisque, C., Reis, M., Fé, João, Frazato, C., Haddad, R. — Serviço de Cirurgia Torácica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
33. Pleuroscopia no tratamento do empiema pleural multisseptado. Pinto, F., Darcy, R., Spiandorello, W.P., Borges, J.L. — Universidade de Caxias do Sul.

34. Fístula esofagopleural com complicação de empiema pleural. Maia F^o, E.R., Mercurio Netto, S., Leiro, L.C.F., Alves Jr., A., Karasin, M., Stelmach, D. — Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Heliópolis (São Paulo).
35. Fechamento de fístula broncopleural através de broncofibroscopia. Lundgren, F., Bandeira, R., Almeida, P. — Serviço de Pneumologia do Hospital do Câncer (Recife).
36. Ventana pleurocutanea como tratamiento para el empiema pleural cronico secundario a fistula broncopleural. Siderakis, L., Collia, E., Fogazzi, A., Celleri, C., Pressacco, G., Lema, A. — Servicio de Cirurgia General (división B), Hospital Juan A. Fernandez (Buenos Aires).
37. Rotura não traumática de esôfago. Conduta cirúrgica: revisão de 5 casos. Milanez, J.R.C., Andrade Filho, L.O., Santoro, S., Strassmann, V. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
38. Achados broncoscópicos no câncer de esôfago. Pinheiro, N.S., Campos, M.J., Justo, F.A., Younes, R.N. — Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A.C. Camargo, FMUSP.
39. Estudo retrospectivo de câncer de esôfago: experiência de 5 casos. Justo, F.A., Faria, N.L.N., Waksman, G., Moura, W.V., Younes, R.N. — Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A.C. Camargo, FMUSP.
40. O efeito do tamanho e localização do tumor na acurácia diagnóstica da fibrobroncoscopia sem fluoroscopia. Campos, M.J., Pinheiro, N.S., Justo, F.A., Younes, R.N. — Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A.C. Camargo, FMUSP.
41. Broncoscopia sem pré-medicação. Seabra, J.C.T., Toro, I.F.C., Frazatto Jr., C., Santos, J.G., Lavoura Jr., N.S. — Disciplina de Cirurgia Torácica da FCM da Unicamp.
42. Cirurgia na síndrome de Jeune. Relato de caso. Perfeito, J.A.J., Forte, V., Succi, J.E., Asman, M.F., Marchini, W.F., Barbosa, J.C., Tyng, C.J., Buffolo, E. — Disciplina de Tórax da Escola Paulista de Medicina.
43. Doença cística dos pulmões. Apresentação de 24 casos. Cataneo, A.J.M., Ruir Jr., R.L., De Faveri, J., Ferrari, G.F., Reibschaid, S.M. — Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP.
44. Hérnia diafragmática traumática esquerda de 19 anos de evolução complicada por empiema fecal. Relato de um caso. Pereira F^o, A., Pereira, S.P., Grossi, R.C., Santiago, R.L.A., Barros Jr., J.C. — Clínica de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.
45. Hérnia diafragmática traumática esquerda, trinta anos de evolução com perda de domicílio das víceras abdominais. Pereira F^o, A., Ribeiro, G.C., Pereira, S.P. — Clínica de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.
46. Tratamento cirúrgico das pneumatoceles: quando indicar? Pinto F^o, D.R., Spiandorello, W., Boreges, J.K. — Universidade de Caxias do Sul.
47. Tratamento cirúrgico das lesões bolhosas pulmonares. Complicações. Mercurio Netto, S., Alvers Jr., A., Leiro, L.C.F., Cukier, A. — Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia, Hospital Heliópolis (São Paulo).
48. Corpos estranhos intratorácicos. Diagnóstico e tratamento. Fernandez, A., Milanez, J.R.C., Filomeno, L.T.B. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP.
49. Actinomicose endobrônquica simulando carcinoma broncogênico: relato de um caso. Montal, G., Fonseca, R., Dórea, A.J., Melo, E. — Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Otávio Mangabeira (Salvador).
50. Fístula broncoarterial pulmonar em pós-operatório de lobectomia. Pinto, F., Darcy, R., Spiandorello, W.P. — Universidade de Caxias do Sul.
51. Abordagem diagnóstica e terapêutica da fístula arteriovenosa pulmonar em síndrome de Rendu-Osler-Weber (SROW). Losso, L.C., Ghetter, M.C., Imaeda, C.J., Pereira, M.S., Forte, V. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos (São Paulo).
52. Complicações da cirurgia das estenose laringotraqueais pós-intubação. Forte, V., Perfeito, J.A.J., Losso, L.C., Cervantes, O., Imaeda, C.J., Mercurio Netto, S. — Disciplina de Tórax da Escola Paulista de Medicina (Hospital Heliópolis).
53. Intercostotomia dupla pela mesma toracotomia. Filomeno L.T.B., Fernandez, A., Minamoto, H., Rodrigues, O.R. — Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Clínicas da FMUSP.

AO-01

AO-02

Título: ESTUDO ANATOMO CIRÚRGICO DA TRANSIÇÃO TRAQUEIA BRÔNQUIOS PRINCIPAIS PARA VIA TRANSPERICÁRDICA:
Autor(es): MELERO, L.M.S.; SHIN, R.H.D.; RODRIGUES JR. A.J.; TOLOSA, E.; GRACIOTTI JR, O.
Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Os autores estudam a abordagem transpericárdica da transição traqueia e brônquios principais (carina) do ponto de vista anatomo cirúrgico para viabilizar esse acesso em Cirurgia Torácica.

Para tal realizam disseções anatómicas na região referida em 20 cadáveres. Medimos as distâncias das estruturas anatómicas locais em condições que simulam o ato operatorio para mostrar sua execução a saber:

- a) - distância entre veia cava superior e Aorta ascendente (DCA).
- b) - distância entre veia inominada e artéria pulmonar (DIP).
- c) - A área média do espaço anatómico para abordagem (DCA x DIP) foi de 28 cm² (4,3cm x 6,4cm).

O material é documentado de forma rigorosa (fotográfica) para apresentação.

Concluimos que pelas áreas de exposição obtidas no trabalho para a manipulação da transição traqueia e brônquios principais (carina), via transpericárdica é factível pelo espaço obtido pelo acesso, tornando esta via uma boa opção de acesso a carina.

AO-03

Título: BRACHITERAPIA DE ALTA DOSAGEM: ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA TUMORES AVANÇADOS:
Autor(es): FERNANDEZ, A.; FILOMENO, L.T.B.; TEDDE, M.L.; FERNANDES, J.L.
Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

As neoplasias pulmonares avançadas e consideradas inoperáveis, tem na radioterapia (Tele-radioterapia) a opção terapêutica preferencial. Alguns casos selecionados podem se beneficiar de uma nova alternativa terapêutica, a brachiterapia de alta dosagem, através do implante de cateteres endobrônquicos posicionados endoscopicamente, por onde são passadas as fontes radioativas para tratamento localizado.

As vantagens do método são várias:

- Tratamento ambulatorial.
- Facilidade de execução.
- Equipe médica não tem contato com a radiação.
- O tratamento pode ser feito mesmo nos pacientes já irradiados com dose terapêutica.
- Dose e extensão do tratamento podem ser definidas com precisão.
- É um tratamento eficiente para tumores obstructivos com alta dosagem de radiação diretamente sobre o tumor sem os efeitos colaterais da radioterapia externa.

Desde que o aparelho computadorizado foi adquirido tivemos oportunidade de tratar 3 pacientes com neoplasias inoperáveis, que já haviam sido submetidos a radioterapia externa e os resultados foram satisfatório na desobstrução e alívio dos sintomas.

Título: ANÁLISE DAS MORTALIDADES EM CIRURGIA TORÁCICA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:
Autor(es): SHIN, R.H.D.; BEYRUTI, R.; MELERO, L.M.S.; BAMMANN, R.H.; CASTRO, A.C.P.
Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

Os autores analisam a mortalidade de pós operatório imediato de pacientes submetidos a diversos procedimentos em Cirurgia Torácica. Definimos pós-operatório imediato o período que se segue ao ato operatorio até a alta hospitalar. Foram analisados 2553 pacientes atendidos pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, no período entre 1985 a 1990. Nesse total 329 (12,9%) pacientes foram submetidos a cirurgia de ressecção pulmonar, 174 (6,8%) a cirurgia de abordagem pleural, 113 (4,4%) a cirurgia de parede torácica, 201 (7,9%) a cirurgias das estruturas mediastínicas, 351 (13,7%) a cirurgia de laringe e traqueia, 769 (18,4%) biópsias diversas com intenção diagnóstica, 887 (34,7%) a pequenos outros procedimentos e 29 (1,1%) a toracotomia exploradora.

O número total de óbitos foi de 67 pacientes sendo assim distribuídos: 31 (46,3%) nas cirurgias de ressecção pulmonar, 8 (11,9%) nas cirurgias de pleura, 4 (6,0%) nas cirurgias de estruturas mediastínicas, 5 (7,5%) nas cirurgias de traqueia e laringe, 11 (16,4%) nas cirurgias de biópsia de intenção diagnóstica, 7 (10,4%) nas toracotomias exploradoras e 1 (1,5%) nos pequenos procedimentos cirúrgicos.

Em relação às causas de mortalidade verificou-se que dos 67 pacientes, 20 (29,8%) tiveram causas respiratórias, 17 (25,4%) causa cardio-vascular, 8 (11,9%) septicemia, 1 (1,5%) de insuficiência renal, 2 (3,0%) complicação digestiva, 3 (4,5%) pela falência de múltiplos órgãos, 2 (3,0%) de complicação neurológica, 4 (6,0%) de causa indeterminada e 10 (14,9%) pela evolução natural da doença pulmonar ocorrida principalmente nos pacientes submetidos a biópsia pulmonar.

AO-04

Título: TUMOR NEUROECTODÉRMICO MALIGNO DA PAREDE TORÁCICA. RELATO DE 3 CASOS OPERADOS
Autor(es): Perfeito, JAJ; Succi, JE; Forte, V; Nasser, M; Asman, MF; Barbosa, JC; Marchini, WF; Amorim, E; Buffolo, E.
Serviço: DISCIPLINA DE TÓRAX - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Apresentamos 3 casos de tumor de Askin com localização torácica e que foram submetidos a cirurgia no período de outubro de 1988 a abril de 1991, sendo 2 do sexo masculino (15 e 4 anos) e 1 do sexo feminino (19 anos).

Um dos pacientes apresentava massa palpável na região torácica anterior, indolor e de crescimento rápido. Os outros dois apresentavam quadro clínico de dispnéia progressiva e queda do estado geral.

Para o diagnóstico foram realizados Raio X simples e tomografia computadorizada de tórax e biópsia pré-operatória. A biópsia foi conclusiva em dois casos. Nestes foi administrado quimioterapia adjuvante e a resposta foi incompleta em um caso e completa no outro.

A ressecção cirúrgica foi realizada nos três pacientes e em apenas um deles foi utilizado tela de Marlex para reconstrução da parede torácica. No paciente de 4 anos houve grande redução da massa tumoral com quimioterapia não sendo identificado células tumorais na peça ressecada. Em todos os três pacientes foi realizado quimioterapia pós-operatório.

A sobrevivência do paciente de 15 anos foi de 5 meses, a da paciente de 19 anos foi de 1 ano e o paciente de 4 anos encontra-se no 4º mês de P.O. sem sinais de recidiva.

Os autores discutirão a agressividade do tumor, a necessidade e a dificuldade do diagnóstico precoce, bem como a indicação de quimioterapia adjuvante e da cirurgia para o tratamento dessa doença.

AO-05

AO-06

Título: TUMOR CARCINOIDE BRÔNQUICO - Apresentação de 44 Pacientes.
Autor(es): CAMARGO, J.J.P.; Felicetti, J.C.; Moreira, J.S.; Porto, N.S.; Barros, A.A.C. e Geyer, C. (Porto Alegre-Fl)
Serviço: Pavilhão Pereira Filho

Durante o período de 1968 a 1991, os autores analisaram 44 casos de Carcinóide Brônquico, submetidos a tratamento cirúrgico.

Dos 44 pacientes: 20 homens (45,4%) e 24 mulheres (54,6%), com a idade média de 42 anos (14 a 77 anos), sendo 43 brancos e 01 preto; 15 fumantes (12 homens e 03 mulheres).

Os dados clínicos mais frequentes foram os seguintes: Hemoptise - 24 casos (54,5%) e infecções respiratórias de repetição - 17 (38,6%), sendo que 02 pacientes eram assintomáticos. Em nenhum paciente foi detectado síndrome carcinóide. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 26 meses (1 semana a 8 anos). O pulmão direito foi o lesado em 25 pacientes (56,8%) e o esquerdo - 19 (43,2%). Os achados radiológicos foram os seguintes: atelectasia - 21 (47,7%), tumefação central - 13 (29,5%), nódulo periférico - 4 (9%) e pneumonia em 7 (15,9%) pacientes. A função respiratória encontrava-se preservada em 20 pacientes (45,4%) dos casos.

O diagnóstico foi confirmado por fibrobroncoscopia em 24 pacientes e por toracotomia em 18. O tratamento cirúrgico só não foi realizado em 01, por recusa. Foram realizadas 30 lobectomias (13 com broncoplastia), 05 pneumonectomias, 04 bilobectomias e 04 ressecções de tumor com bronquiectomia mais reconstrução brônquica. Complicações: Empiema - 04 e broncoestenose da anastomose - 01. Um paciente (2,2%) foi a óbito por complicações infecciosas. Foram observados 41 pacientes com tumor carcinóide típico e 03 atípicos.

Título: O USO DO " IN PRINT " TUMORAL NA BRONCOFIBROSCOPIA
Autor(es): Toro, I.F.C.T.; Seabra, J.C.T.; Silva, A.M.Fo.; Santos, J.G.; Frazatto, C.Jr.; Paschoal, I.A.
Serviço: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA F.C.M. DA UNICAMP

Foram realizadas 91 bronscopias em pacientes que apresentavam tumorações na árvore traqueobrônquica.

Foram coletados os seguintes materiais: lavado; escovado; " in print " da biópsia tumoral e biópsia.

O " in print " era realizado com esfregão da biópsia em lâmina.

O " in print " apresentou uma positividade de 83%, o escovado de 65% e o lavado de 32,5%. Dentre os exames histológicos, a biópsia foi positiva em 87%.

Em 7 pacientes, o " in print " foi positivo quando até a biópsia que originou esta citologia foi negativa.

Este tipo de exame citológico é o exame mais positivo, contribuindo para a diminuição dos falso negativos da broncoscopia dos tumores visíveis.

AO-07

AO-08

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS BRONQUIECTASIAS - COMPLICAÇÕES.
Autor(es): Mercúrio Netto, S.; Leiro, LCF; Costa, GPR; Mayo, SV.
Serviço: Cirurgia Torácica e Pneumologia-Hosp. Heliópolis-SP

No período de junho de 1977 a dezembro de 1987, foram analisados 236 pacientes portadores de bronquiectasias. Neste estudo são ressaltadas as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico que foi realizado em 107 destes doentes, em 3 bilateral com 110 ressecções (47%), sendo 6 reoperações por bronquiectasias em lobo ou segmento remanescente homolateral. Entre os 7 pacientes que apresentaram "recidiva", 3 eram portadores de bronquiectasias discretas nos segmentos remanescentes, que se exacerbaram após a ressecção lobar. Dois pacientes originários de outros serviços e que não possuíam suas broncografias prévias à ressecção, respectivamente do lobo inferior esquerdo e dos segmentos basais do lobo inferior direito, vieram a necessitar da ressecção da língua e do segmento superior do lobo inferior direito por hemoptises de repetição.

Um paciente também operado anteriormente em outro serviço teve que ser reoperado (lobectomia média) tendo sido constatado obstrução de brônquio intermediário por corpo estranho. O sétimo paciente submetido a lobectomia superior direita por bronquiectasias no lobo inferior direito que não existiam no broncograma anterior.

Nesta série não houve óbito pós-operatório. Sete pacientes evoluíram com empiema pleural, sendo que entre estes, encontra-se um paciente que permaneceu com sequelas, pois após todas as tentativas de tratamento, permaneceu trajeto determinado por pequena fístula bronco-pleural-cutânea. Três doentes, necessitaram reoperações por complicações hemorrágicas, 02 por Síndrome do coágulo retido e 01 por sangramento. Quatro pacientes evoluíram com atelectasia por rolha de secreção, removidas por broncoaspiração. Um paciente apresentou pneumonia homolateral, resolvida com antibioticoterapia e 1 apresentou trombose da artéria pulmonar esquerda por lobectomia superior esquerda. Desta forma, o número de complicações pós-operatórias foi de 16 (14,1%).

Título: BRONCOPLASTIA NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BRONQUICAS DA TUBERCULOSE : A experiencia de 5 casos

Autor(es): CAMARGO, JOSE J., FELICETTI, JOSE C., PINTO, FQ DARCY R.
Serviço: Pavilhão Pereira Filho - P. Alegre - H.N.S.Saude - Caxias do Sul

Entre 1975 e 1991 foram realizadas no Pavilhão Pereira Filho, 171 broncoplastias, a maioria delas por cancer de pulmão. Outras indicações incluíram tumores benignos e semi-malignos (adenomas), trauma, transplante de pulmão, e outras causas. Entre as patologias menos frequentemente tratadas com essa técnica encontramos as complicações brônquicas da tuberculose que representou apenas 5/171 (3%).

Essa pequena série é constituída por quatro mulheres e um homem com idades variando entre 2 e 67 anos, com média de 39,7 anos.

Três pacientes tinham história de contágio com tuberculose mas nenhum deles sabia ter sido portador da doença.

Um paciente tinha hiperinsuflação pulmonar unilateral com dispnéia intensa, três apresentavam dispnéia com sibilância localizada e outro tinha clínica de bronquiectasias.

Os procedimentos consistiram em lobectomia superior direita com anastomose terminoterminal do brônquio intermediário na traquéia (3), bilobectomia inferior e média com anastomose do brônquio lobar superior na traquéia (1) e ressecção do brônquio principal direito com reconstrução através de anastomose terminoterminal (1).

A evolução foi favorável em todos os pacientes e em quatro deles foi realizada a broncografia para verificar a adequação da anastomose brônquica.

A conclusão é de que a broncoplastia é um procedimento recomendável para tratamento das complicações brônquicas da tuberculose, pelos resultados obtidos e pela baixa morbidade observada.

AO-09

Título: CORPO ESTRANHO INTRA-TORÁCICO PÓS-TORACOTOMIA (CEIT): RELATO DE 5 CASOS
Autor(es): R.HADDAD; C.H.BOASQUEVISQUE; T.D.FERREIRA; M.C.M.REIS; J.MOURA FE; R.FRAZATTO; F. WESTPHAL
Serviço: CIRURGIA TORÁCICA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - U.F.R.J.

O CEIT pós-toracotomia é uma complicação rara mas que pode ocorrer em certas cirurgias complicadas com sangramento. Por motivos médico-legais, estes casos não são publicados. O objetivo deste trabalho é discutir os métodos de diagnóstico de CEIT e apresentar sugestões p/ que esta complicação seja evitada. Para tal, cinco casos de CEIT são relatados e discutidos. Os pacientes foram reoperados de 1 mes a 21 anos após a primeira intervenção. Tres compressas e duas gazes foram os CE encontrados. Quatro pacientes eram sintomáticos: febre, tosse e dor torácica foram observados em 2 pacientes, e sensação de peso no tórax e dispnéia em outros 2. Apenas um dos CE apresentava marca radiopaca. Os diagnósticos feitos pre-operatoriamente foram: hemotórax coagulado PO (compressa- 30 dias), recidiva de teratoma mediastinal (compressa- 11 anos); tumor pleural (gaze- 13 meses); abscesso pulmonar / (gaze- 12 anos) e CEIT (compressa- 21 anos de PO).

Pacientes operados que apresentam RX de tórax com alterações bizarras, devem ter o CEIT como um dos diagnósticos diferenciais. No caso de compressas retidas, a tomografia computadorizada pode dar informações que permitem o diagnóstico desta complicação.

AO-11

Título: RESULTADO DAS CULTURAS DE SECREÇÃO BRÔNQUICA OBTIDAS NO INTRAPERITÓRICO.

Autores: Roberto de Menezes Lyra, Sérgio Manoel Alves Ferreira, André Luiz Cavalcante Trajano, Ali Said Escaib, Ruggero Bernardo Guidugli.
Serviço: Cirurgia Torácica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

A incidência de empiema, após cirurgia com ressecção pulmonar (lobectomia, pneumectomia), é de 3 a 5%.

Durante a ressecção pulmonar, ao realizarmos a secção brônquica, frequentemente ocorre extravazamento da secreção endobrônquica para a cavidade pleural. Foram colhidas, no intra-operatório, secreções endobrônquicas em doenças inflamatórias (9 casos) e em doenças neoplásicas (5 casos).

Resultados: dos 14 casos estudados, 5 apresentaram culturas positivas (35,7%) e 9 culturas negativas (64,3%). Os germes isolados foram: Streptococos Viridans (4 casos), Stafilococos Epidermidis (1 caso). Nos casos estudados não ocorreram infecções pós-operatórias. Os resultados preliminares indicam: 1-A colheita de material da secreção brônquica no intra-operatório pode nortear a antibioticoterapia no pós-operatório; 2-As doenças inflamatórias apresentam maior positividade das culturas endobrônquicas / 5/9 casos, em relação as doenças neoplásicas 0/5 casos; 3-A antibioticoterapia iniciada 2 horas antes da cirurgia, não negativou as culturas; 4-As cirurgias com ressecção pulmonar devem ser consideradas / como potencialmente contaminadas devendo ser realizada exaustiva lavagem da cavidade com solução fisiológica.

AO-10

Título: DOENÇA CÍSTICA DOS PULMÕES - APRESENTAÇÃO DE 24 CASOS.

Autor(es): CATANEO, A.J.M.; RUIZ JR., R.L. De FAVERI, J.; FERRARI, G.F.; REIBSCHEID, S.M.
Serviço: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

A doença cística dos pulmões pode ser congênita ou mais frequentemente adquirida. Esta resultando de processos infecciosos, degenerativos ou traumáticos; e aquela originando-se do desenvolvimento embriológico anormal da árvore traqueobrônquica. Na forma congênita esta doença pode aparecer como cisto central ou periférico, malformação adenomatóide cística e sequestro pulmonar. Estas patologias congênitas são indiscutivelmente de tratamento cirúrgico, mas o cisto adquirido pode regredir espontaneamente, obrigando o cirurgião a aguardar alguns meses antes de indicar sua extirpação. Como a diferenciação clínico radiológica entre cisto adquirido e congênito pode ser difícil, o tratamento cirúrgico deste último muitas vezes é postergado. Apresentaremos 24 casos, dos quais 14 tiveram sua indicação cirúrgica imediata, e dos 10 em que se postergou a cirurgia, 3 tiveram regressão espontânea. Os cistos ressecados estavam assim distribuídos: cisto pulmonar congênito - 6, sequestro pulmonar - 4, malformação adenomatóide cística - 1, enfisema bolhoso - 5, processo granulomatoso - 1. Em 4 casos não foi possível mesmo com o histopatológico estabelecer a etiologia congênita ou adquirida do cisto.

AO-12

Título: SUTURA MECÂNICA DO COTO BRÔNQUICO EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

Autor(es): G.F.MACHADO - JAIRO VERDEGOEN - N.C.BAGHCHI - F.S. POMONET - A.Y. HAMADA
Serviço: COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI - SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA (SÃO PAULO).

Os AA. apresentam doze casos de pacientes com tuberculose pulmonar, submetidos à ressecção (Pneumonectomia - Lobectomia - Re-sutura brônquica) onde foi usada a sutura mecânica do coto brônquico (Stapler RL-30). Considera-se que o índice de fístula brônquica com outros métodos, manuais (Sweet, Ramirez-Gama modificado), de acordo com a literatura oscila em tuberculose entre 2,8 a 5,6% na atualidade. Analisaram as indicações cirúrgicas (pulmão destruído, persistência de cavidade após tratamento específico, aspergiloma, fístula brônquica pós-operatória), as condições anátomo-patológicas do coto brônquico e a técnica empregada, além de dados sobre sexo, idade e cor.

Concluem que o método se apresenta seguro e confiável além da facilidade técnica. Não houve na série apresentada nenhum caso de fístula brônquica ou recidiva de fístula re-suturada.

Os AA. não encontraram referências na literatura sobre o assunto em pacientes tuberculosos.

AO-13

AO-14

Título: TORACOSCOPIA - TRATAMENTO DO PNEUMOTORAX ESPONTANEO COM LIGADURA ELÁSTICA.
Autor(es): Roberto de Menezes Lyra, Ali Said Esgaib.
Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Servidor Público Estadual - SP

No tratamento do pneumotórax espontâneo, decorrente da ruptura de bolhas enfisematosas, com fístula broncopleural de alto débito, depois de drenagem pleural por vários dias, sem cura espontânea, costuma-se indicar o tratamento cirúrgico.

Toracotomias ou minitoracotomias (axilotomias) são empregados para promover o acesso cirúrgico para o fechamento da fístula broncopleural que é obtido com a ressecção e sutura das bolhas. Estas, geralmente, se situam nas regiões apicais dos lobos pulmonares. Podem ser múltiplas ou única, separadas ou agrupadas.

Para estes casos que se apresentam como pequenos grupos bolhosos, idealizamos uma nova técnica utilizando-se a toracoscopia, que foi realizada, com sucesso, em dois doentes para fechar fístula broncopleural decorrente de pneumotórax espontâneo.

O instrumental cirúrgico empregado foi o mesmo que é utilizado para o tratamento de hemorroidas com ligadura elástica. Este foi introduzido na cavidade pleural através de um anuscópio que foi utilizado para a realização da toracoscopia. Na cerclagem das bolhas pulmonares foram empregadas ligas elásticas de silicone.

Concluimos que, o tratamento do pneumotórax espontâneo, de casos selecionados, via toracoscopia é um avanço técnico e permite a cura do doente sem a realização da toracotomia.

Título: FISTULA DE COTO BRONQUICO EM CAES IMUNOSSUPRIMIDOS (estudo experimental).

Autores: Emanuel Bastos Torquato, Geraldo Roger Normando Jr., Antônio Bento da C. B. de Carvalho, Marcos Müller, Amary Nascimento Jr, Cristiane Frota, Tizuko Miyagui, Luiz Felipe Júdice, Oriane S. Lima.
Serviço: Deptº de Cirurgia da Universidade Federal Fluminense.

Os autores analisam 19 cães mestiços, de ambos os sexos, pesando entre 10 e 20 kg, submetidos a toracotomia lateral esquerda e pneumonectomia com secção do brônquio a 0.5 cm da carina. Após a exérese do pulmão, foi dissecado e retirado um segmento importante do brônquio principal até as suas subdivisões lobares, que posteriormente foi reimplantado em sua origem, deixando assim um relevante segmento de via aérea isquêmica mergulhado na cratera hilar. Posteriormente foi implantado em torno desse coto, um tecido autólogo com capacidade nutridora, de modo a evitar a complicação mais temida da anastomose brônquica - a fistula aérea, na vigência de corticoesteróides.

Os cães foram divididos em 4 grupos distintos, conforme o tecido autólogo utilizado como revascularizante da via aérea: um grupo com músculo intercostal (5 cães); um grupo com pericárdio e gordura mediastinal (5 cães); um grupo com mamária interna (4 cães) e um grupo com Omento (5 cães). Foi acrescentado corticóide no período pós-operatório, sendo escolhido a Metilprednisona na dose de 3 mg/Kg de peso, uma vez ao dia.

Os cães foram sacrificados, em média, no 18º dia de pós-operatório. Os cães com fistula brônquica morreram entre o 2º e o 7º P.O.

Desta maneira, os autores concluem identificando as vantagens e desvantagens de cada tipo de proteção utilizada na sutura brônquica, levando-se em conta a grande área de tecido desvascularizado e o uso de uma droga imunossupressora capaz de dificultar a cicatrização brônquica, situações estas encontradas rotineiramente no transplante pulmonar.

AO-15

AO-16

Título: TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL EM RECEPTOR COM FIBROSE PULMONAR SECUNDÁRIA À ESQUISTOSSOMOSE

Autores: Forte, V.; Succì, J.E.; Perfeito, J.A.J.; Barbosa, J.C.; Martinez, J.A.B.; Cendon, S.P.; Beppu, O.; Santos, M.L. & Buffolo, E.

Serviço: DISCIPLINA DE TÓRAX - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Paciente com 50 anos de idade com história de dispnéia incapacitante.

Há 3 anos tosse seca acompanhada de dispnéia e palpitação ao esforço físico. Neste período fez vários tratamentos, inclusive 10 ciclos de metilprednisolona. Apesar disto, a dispnéia se intensificou e a terapia com oxigênio contínuo foi necessária. De antecedentes refere esquistossomose intestinal, tratada há 21 anos com triantereno e etranol.

O exame do paciente evidenciou dispnéia grave acompanhada de cianose. A frequência respiratória era de 32 em repouso. Sibilos em ambos os pulmões. A radiografia simples e a tomografia computadorizada do tórax evidenciaram quadro de fibrose pulmonar avançada. Os testes de função respiratória caracterizaram síndrome restritivo grave. A função ventricular direita foi considerada normal na ventriculografia radioisotópica e no cateterismo cardíaco com hipertensão pulmonar moderada.

A biópsia pulmonar evidenciou fibrose pulmonar avançada com a presença de granuloma contendo ovo de esquistossomose. O paciente teve que permanecer internado no hospital após ter completado o protocolo, por estar incapacitado - mesmo com oxigênio contínuo às atividades leves.

Em Junho de 1990 foi submetido ao transplante pulmonar tendo sido o pulmão doador preservado com solução de Eurocollins a 4º e prostaglandina e as anastomoses realizadas na seguinte sequência: atrial, brônquica com telescópio e arterial. A anastomose brônquica foi envolvida pela gordura pericárdica.

A terapia imunossupressora constituiu-se de ciclosporina e azatioprina algumas horas antes do procedimento, metilprednisolona durante o mesmo e esquema triplice utilizando as três drogas acima a partir do pós-operatório imediato.

Não houve intercorrências pós-operatórias, sendo o paciente desintubado em 13 horas, com pouco edema pulmonar e sem sinais de rejeição. Obteve alta hospitalar no 23º P.O.

Atualmente com 14 meses de evolução com parâmetros respiratórios semelhantes ao da alta e sem nenhum episódio de rejeição.

Título: Transplante de pulmão experimental-Modelo TGH

Autor(es): Adriana Gregorcic, André Carvalho, O. Pietricovsky, Oliveira, John D. Puskas, Manoel Ximenes Netto

Serviço: Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito Federal e Laboratório Experimental do Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF.

O presente trabalho tem como finalidade demonstrar o modelo experimental utilizado na Universidade de Toronto e HFA para transplante de pulmão único, direito ou esquerdo.

Vinte animais pesando entre 13 e 16 kgs. foram submetidos ao procedimento. A anestesia foi realizada com Nembutal na dose de 30 mg/kg e a ventilação com aparelho de Takaoka. Todos os transplantes foram únicos, 15 à esquerda e 5 à direita. No animal doador realiza-se uma esternotomia mediana com isolamento das veias cavas, aorta e pulmonar, após abertura do pericárdio. Faz-se uma pequena bolsa com fio 5-0 na AP onde se coloca um cateter 14 para efetuar o flushing com 50 ml de solução preservadora fria. Administra-se heparina (500 U/kg). Apertam-se as suturas das veias cavas e resseca-se o apêndice atrial esquerdo. Após a insuflação pulmonar efetua-se o flushing. Completa-se a extração do bloco coração/pulmões e faz-se a dissecação do pulmão a ser transplantado.

No animal receptor realiza-se uma toracotomia sem dividir o latissimus dorsi. Abre-se o pericárdio na base da AP dissecando-se a art. pulm. E. a qual é transectada após o primeiro ramo. As veias pulmonares são dissecadas de modo a deixar um amplo cuff para anastomose. O brônquio é dividido na primeira bifurcação. O reimplante é feito primeiro no átrio, seguido da AP e brônquio. O tempo de isquemia médio foi de 1 h e 15'. A sobrevida média foi de 3 dias. À autópsia encontrou-se focos hemorrágicos na superfície pulmonar com as anastomoses íntegras. Foram realizadas biópsias no pulmão normal, no período isquêmico e após o reimplante pulmonar. Dois animais morreram ao término do procedimento.

AO-17

Título: REIMPLANTE DE COTO BRÔNQUICO PÓS-PNEUMONECTOMIA (estudo experimental em cães).

Autores: Geraldo Roger Normando Jr., Emanuel Bastos Torquato, Antônio Bento da C. B. de Carvalho, Marcos Müller, Paulo Roberto Nascimento, Graça Helena Teóxima, Luiz Felipe Júdice, Oriane S. Lima.
Serviço: Dept^o de Cirurgia da Universidade Federal Fluminense.

Os autores analisam 25 cães mestiços, de ambos os sexos, pesando entre 9 e 25 kg, submetidos a toracotomia lateral esquerda e pneumonectomia com secção do brônquio a 0,5 cm da carina. Após a exérese do pulmão, foi dissecado e retrado um segmento importante do brônquio principal até as suas subdivisões lobares, que posteriormente foi reimplantado em sua origem, deixando assim um relevante segmento de via aérea isquêmica mergulhado na cratera hilar. Posteriormente foi implantado em torno desse coto, um tecido autólogo com capacidade nutridora, de modo a evitar a complicação mais temida da anastomose brônquica: a fistula aérea.

Os cães foram divididos em 5 grupos distintos, conforme o tecido autólogo utilizado como revascularizante da via aérea: um grupo com músculo intercostal (6 cães); um grupo com pericárdio e gordura mediastinal (5 cães); um grupo com mamária interna (5 cães) e um grupo com Omento (5 cães) e, finalmente um grupo controle (4 cães) em que não se usou qualquer tipo de proteção.

Os cães foram sacrificados, em média, no 18^o dia de pós-operatório. Os cães controle morreram entre 2^o e o 7^o P.O. com fistula brônquica.

Desta maneira os autores concluem identificando as vantagens e desvantagens de cada tipo de proteção utilizada na sutura brônquica, levando-se em conta a grande área de tecido desvascularizado.

AO-18

Título: TRANSPLANTE LOBAR NA SUBSTITUIÇÃO DO PULMÃO ESQUERDO

Autores: Forte, V.; Succì, J.E.; Perfeito, J.A.J.; Asman, M.F.; Marchini, W.F.; Martínez, J.A.B.; Cendon, S.P.; Beppu, O.; Santos, M.L. & Buffolo, E.
Serviço: DISCIPLINA DE TÓRAX - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Paciente de 36 anos de idade com tosse seca e dispnéia progressiva aos pequenos esforços há 6 anos. Neste período fez inúmeros tratamentos, mas sem resultados e por isso foi indicado o transplante.

Ao exame a paciente apresentava estatura de 1,5 metro, peso de 46,7 Kg (emagrecimento de 20 Kg em 5 anos). Sem cianose ao repouso, taquipneica (FR = 35 rpm). Ausência de sinais de descompensação cardiovascular. A ausculta pulmonar apresentava estertores subcrepitantes difusos e sibilos generalizados.

Para ser admitida no programa de transplante pulmonar realizou vários exames e destacamos os seguintes resultados: CV = 22%; FEV₁ = 20%; PaO₂ = 60 mmHg (repouso e ar ambiente) e 57 mmHg sob exercício com 0 Watts. A biópsia de pulmão mostrou fibrose pulmonar idiopática.

Após indicação do transplante vários doadores foram rejeitados devido a desproporção dos pulmões receptor/doador, sempre o pulmão doador ultrapassava o limite superior por nós estabelecido de até 30%. Pressionados pela deterioração da doente, no 4^o doador verificamos, após cálculos de volume, que apenas 1 lobo do pulmão doador seria suficiente para a doente.

Com esta decisão foi realizada, Novembro de 1990, Pneumectomia Esquerda no doador e receptor. No pulmão doador foi realizada Lobectomia Inferior Clássica. Em seguida, de maneira preconizada pelo grupo, foram realizadas as anastomoses, na seguinte sequência: arterial, brônquica (com telescópio) e venosa. Iniciada a ventilação do lobo transplantado, o mesmo, preencheu sem dificuldades o hemitórax esquerdo.

No pós-operatório até o tamponamento cardíaco, 3^o P.O., manteve funções pulmonares e cardíacas normais, depois desta complicação passou a ter uma somação de intercorrências, a saber: sofrimento cerebral, necessidade de ventilação mecânica, infecção, rejeição e culminou com o óbito no 12^o P.O. com falência de múltiplos órgãos.

MU-019

MU-020

Título: CATETER LARINGEO; UM MÉTODO ALTERNATIVO PARA REMOÇÃO DE SECREÇÕES PULMONARES.
Autor(es): SPIANDORELLO, WILSON; PINTO FR, DARCY; BASSANI, GISELE; DELLA GIUSTINA, FABIANA; PEREIRA, JOSE RI+ CARDO; ROFF, DANIELA RAMOS
Serviço: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - RS

Título: Analgesia pós-toracotomia: análise de um novo método.
Autor(es): *Adelson Loureiro Cavalcante*; Jorge Moll; Geraldo Roger Normando Jr.; Maria B. Morad; Márcio Barcellos; Jesse Teixeira F^o e Jesse P. Teixeira.
Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do Hosp. da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro - Clínica Cirúrgica do Tórax.

O Cateter Laringeo é um método novo que foi testado no sentido de demonstrar ser alternativo e útil para a remoção de secreções pulmonares em casos selecionados.

A sua indicação na situação em que a remoção de secreções pulmonares são ineficazes ou parcialmente eficazes com os métodos habituais de fluidificação e remoção com manobras de fisioterapia respiratória, ser complementar a fibrobroncoscopia, mais eficaz / que o intracath traqueal e impedir a necessidade de intubação endotraqueal e realização de traqueostomia quando a finalidade única é de remoção de secreções, pode ser demonstrada.

Sendo a toracotomia sabidamente uma das vias de acesso mais dolorosas principalmente a postero-lateral, trata-se de um desafio ao cirurgião torácico descobrir qual o melhor método para combatê-la eficazmente, proporcionando dessa forma ao paciente o conforto necessário juntamente com a diminuição das complicações produzidas pela dor, nesse período tão crítico de uma operação.

Anteriormente a rotina utilizada consistia na realização de bloqueio intercostal, sob visão direta, com bupivacaína 0.25% (marcalina) diluída em partes iguais com solução macromolecular (deodran), no início da síntese parietal, complementado por solução analgésica intramuscular à base de meperidina, diazepam e meflmelubrina, com quatro horas de intervalo.

O novo método consiste na introdução intra-pleural, por via percutânea, de um cateter de polietileno, que é direcionado ao ápice da cavidade. Ao término da síntese parietal, são injetados 20 ml da solução supracitada.

No período de março a julho do corrente ano, os autores realizaram 11 toracotomias, com a utilização deste método, por doenças diversas. As ressecções foram parciais em todos os casos. A análise dos resultados demonstrou que em 03 casos (27.2%) foi necessário o uso de solução analgésica complementar. Em 07 casos (63.6%) o intervalo para uma nova dose foi de 24 hs.

Conclui-se que o método foi eficiente em 100% dos casos não apresentou nenhuma complicação, proporcionando uma diminuição acentuada do uso da solução analgésica complementar.

MU-021

MU-022

Título: CONTUTA CIRÚRGICA NA CÂMARA TORÁXICA RESIDUAL PÓSOPERATÓRIA.
Autor(es): G.F.MACHADO - N.C.BACHICHI - A.Y. HAMADA - F.SALERNO e W. PASCHOALINO.
Serviço: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁXICA - COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI (SÃO PAULO).

Os AA. apresentam 21 casos de câmara residual pós-cirúrgica (Ressecção pulmonar, pleurostomia) com e sem fístula brônquica (6 casos com fístula brônquica), analisando o preparo pré-operatório, tempo da primeira intervenção (variando de 26 anos a 8 meses), dados sobre idade, sexo e cor, além de exames complementares dando ênfase ao estudo da câmara com substância radiopaca.

Esses pacientes foram submetidos à Toracoplastia corretiva (período de 1988 a 1991), tipo Schede-Grow e abordagem direta do coto brônquico nos casos de fístula, usando sutura mecânica (Stapler), em três deles.

A evolução foi satisfatória em vinte casos. Conclui-se que, embora o método apresente deformidade torácica de grau variável, a cura por extinção da câmara e correção da fístula justifica tal procedimento cirúrgico.

Título: Síndrome do Coágulo Retido

Autor(es): Leiro, L.C.F.; Mercúrio Neto, S.; Alves Jr, A.; Karasin, W.; Maia FR, E.R.
Serviço: Cirurgia Torácica e Pneumologia do Hospital Heliópolis - SP

No período de 1973 a 1990, foram efetuados 2550 procedimentos cirúrgicos. Dentre as complicações ocorridas os autores destacam 8 casos de hemorragia intracavitária com posterior retenção de coágulo na cavidade torácica.

Os autores apresentam o quadro clínico, laboratorial e radiológico, dando ênfase ao tratamento, o qual foi sempre cirúrgico.

Todos os 8 pacientes foram para toracotomia sendo que 6 tiveram boa evolução e 2 foram à óbito devido à sepsis e insuficiência cardíaca.

MU-023

MU-024

Título: Efeitos do posicionamento e da fisioterapia em pacientes pós-cirúrgicos medidos pela oximetria

Autores: Ft. Eliane Corrêa Ribeiro

Serviço: Pavilhão Pereira Filho - ISCMPA (RS)

Resumo:

O estudo foi realizado com pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar. Os pacientes eram monitorizados com oxímetro de pulso, posicionados em ambos os decúbitos laterais e nestas posições eram orientados a respirar conforme os padrões ventilatórios de reexpansão, ou seja, inspiração em tempos e soluços inspiratórios.

O objetivo do estudo foi verificar o decúbito lateral que mais favorece a oxigenação durante o tratamento fisioterápico, se o pulmão operado em posição superior ou inferior.

Os resultados obtidos não demonstraram alteração significativa entre os dois decúbitos. Isto pode ter ocorrido devido à patologia pulmonar ter sido ressecada e, com isso, houve uma melhora da relação V/Q no parênquima pulmonar remanescente.

Título: EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO:

Autores: ANDRADE FILHO, L.O.; MILANEZ, J.R.C.; FERNANDEZ, A.; FILGEMO, L.T.B.; RUIZ NETO, P.P.

Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

Apesar de pouco frequente, felizmente, o edema pulmonar de reexpansão é uma complicação potencialmente fatal, após a expansão pulmonar principalmente nos casos onde o colapso pulmonar foi maior do que 72 horas.

Os mecanismos fisiopatológicos do edema e suas complicações, baseada numa revisão literária realizada, ainda não são totalmente esclarecidos, e os recursos atualmente disponíveis para sua prevenção e tratamento muitas vezes não estão a mão do cirurgião.

Nesse presente estudo, foram selecionados 09 pacientes tratados a nossa clínica nos últimos 05 anos, que desenvolveram edema pós reexpansão pulmonar, onde foram avaliados a história clínica progressiva, procedimentos cirúrgicos realizados, circunstanciais do aparecimento do edema, sua evolução, complicação e tratamento.

Baseado nesses 09 pacientes, pode-se concluir que, a principal arma terapêutica disponível se constitui na prevenção e preparo para esta eventualidade, durante o tratamento dos nossos pacientes. O edema pulmonar de reexpansão é uma complicação bastante grave, muitas vezes com evolução rápida e fatal, se não diagnosticada e tratada adequadamente.

MU-027

Título: **MIASTEMIA GRAVIS: TIMECTOMIA POR VIA TRANSESTERNAL.**

Autor(es): CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO, PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE, JUARES COSTA FERREIRA.

Serviço: FÁBIO MELO SANTOS.
UNIDADE DE NEUROLOGIA E UNIDADE DE CIRURGIA TORACICA - UFRN

A Miastenia Gravis(MG) é uma enfermidade neuro-muscular que se caracteriza por debilidade e fadigabilidade dos músculos voluntários.

Atualmente aceita-se que a M.G. deve-se a uma alteração na transmissão neuro-muscular causada por resposta auto-imune mediada por anticorpos, contra os receptores de acetilcolina nicotínicos existentes na membrana pós-sináptica da junção mioneural.

Embora se desconheça o mecanismo que desencadeia o processo auto-imune é muito provável que o timo desempenhe um papel primordial.

E também aceito que a combinação terapêutica de imunossupressão esteróide e timectomia por via transesternal está indicada em todos aqueles miastênicos com timoma e naqueles com MG generalizada sem timoma e que não se encontram em idades extremas da vida.

Os AA. apresentam 15 casos de MG generalizada, timectomizados por via transesternal. 75% deles obtiveram uma melhoria importante ou estão assintomáticas.

A morbidade foi muito baixa e a mortalidade nula.

MU-028

Título: **A MEDIASTINOSCOPIA NA AIDS:**

Autor(es): FERNANDEZ, A.; MILANEZ, J.R.C.; FILOMENO, L.T.B.; TEDDE, M.L.

Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

Oito pacientes com diagnóstico de AIDS apresentaram adenopatia mediastinal. Deste grupo, três apresentaram concomitantemente um infiltrado pulmonar do tipo intersticial. Todos estes pacientes foram submetidos a mediastinoscopia cervical e os que apresentavam infiltrado pulmonar foram também submetidos a biópsia do pulmão (uma transbronquica e duas a céu aberto). A concomitância de diagnóstico se deu em apenas um dos pacientes, o que reafirma que este grupo de doentes requer uma investigação completa e setorial, já que podem apresentar mais de uma patologia concomitante. Todas as adenopatias mediastinais do paciente portador de AIDS devem ser investigadas, pois podem não fazer parte de um quadro infeccioso único e sim corresponder a uma neoplasia que não pode ser subestimada.

MU-029

Título: **MEDIASTINOSCOPIA NA SÍNDROME DE CAVA SUPERIOR:**

Autor(es): FERNANDEZ, A.; MILANEZ, J.R.C.; FILOMENO, L.T.B.

Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP.

A mediastinoscopia por via cervical é um exame rotineiro para exploração e biópsia de lesões do mediastino médio e para o estadiamento do câncer pulmonar. Suas indicações estão bem definidas, porém alguns autores contra-indicam o procedimento em algumas situações críticas, como por exemplo, nos pacientes, que apresentam síndrome da Veia Cava Superior. O receio de submeter estes pacientes à mediastinoscopia é devido a hipertensão venosa do segmento superior do corpo, o que aumentaria o risco de hemorragia.

Felizmente, esta hipótese não encontra respaldo na experiência clínica. Nos últimos 4 anos, 17 pacientes com diagnóstico clínico de S.C.S. com importante repercussão clínica e circulação colateral exuberante, foram submetidos a mediastinoscopia cervical e chegamos a conclusão de que a dificuldade técnica provocada pela hipertensão venosa se restringe aos planos superficiais, acima da fascia cervical profunda ou pré traqueal, já que toda a circulação colateral tende a desviar o fluxo pelo sistema superficial, drenando quando possível pelo sistema ázigos ou derivando até o sistema cava inferior. Nesta série de 17 casos, um paciente apresentou sangramento importante devido a uma falha técnica (lesão da parede da Veia Cava) que pode ser controlada através de tamponamento.

Acreditamos que a hipertensão venosa do segmento superior não contraindica a realização da mediastinoscopia e nos traz importantes subsídios para o diagnóstico e tratamento das lesões mediastinais responsáveis pela obstrução.

MU-030

Título: **MIASTENIA GRAVIS: EXPERIÊNCIA EM 40 CASOS**

Autor(es): QUEIROZ, S.S.S., CAMARGO, J.J., FELICETTI, J.C., PORTO, N.S., HAUSSEN, S.

Serviço: Pavilhão Pereira Filho

Os autores apresentam a experiência do P.P.F.º no período de 1968 a 1991, quando foram estudados 40 casos de Miastenia Gravis. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino 29(68%), na terceira década 20(50%) no estágio IIB de Osserman (67,5%). O exame físico se mostrou normal em 20 casos (50%) e os achados anormais mais frequentes foram ptose palpebral e diminuição de força nos membros. A rotina laboratorial de avaliação de função tireoideana e pesquisa de outras doenças autoimunes não revelou associação a outras patologias em nenhum paciente. O exame radiológico foi normal em 27 casos (67,5%) e a tomografia computadorizada foi realizada em 7 pacientes, em 2 havia massa tumescente e 1 sugeria restos tímicos. O pneumomediastino realizado em 13 pacientes foi normal em 10 (76,9%) e encontramos timo aumentado em 3 (23,1%) O teste diagnóstico com Neostigmine foi necessário em 3 casos. A pirostigmine foi usada em todos pacientes e a associação com corticóide foi necessária em 22 deles(55%) O tratamento de escolha foi a timectomia (95%) por esternotomia (63,1%) ou cervicocomanubriotomia(36,9%) precedida de plasmaferese em 16 pacientes (28,6%).

Título: MEDIASTINITE PÓS-SUPURAÇÃO CERVICAL
Autores: Ali Said Esgaib, Mario Claudio Ghefter, Roberto de Menezes Lyra, Ruggero Bernardo Felice Guidugli, Sérgio Manoel Alves Ferreira, André Luiz Cavalcante Trajano
Serviço: Cirurgia Torácica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo.

Os autores descrevem o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da mediastinite aguda/consequente a processos infecciosos da face e do pescoço.

Através de uma análise retrospectiva / dos casos ocorridos no Serviço durante os últimos oito anos e da Literatura Mundial, tecem considerações sobre todos os aspectos da fisiopatologia/ da doença.

Dão ênfase ao estudo da anatomia da fascia cervical e de seus espaços, local por onde / gravita e infecção para o mediastino.

Realçam a importância do diagnóstico / precoce e de uma abordagem terapêutica intensiva/ como melhor forma de melhorar o prognóstico.

Concluem que a doença, embora pouco frequente, apresenta elevado índice de morbidade e / de mortalidade e que o tratamento deve repousar / sobre a abordagem cirúrgica cervical e mediastinal adequada, antibioticoterapia maciça voltada / contra uma flora mista, e terapia de sustentação/ efetiva.

Título: Complicações na Cirurgia das Neoplasias do Timo.
Autor(es): Fernando Westphal, Tadeu Diniz, Carlos Boasquevisque, Mario Reis, João Fé, C. Frazato, Rui Haddad.
Serviço: CIRURGIA TORÁCICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

O índice de complicações na cirurgia das neoplasias do Timo é alto, e esta diretamente relacionado com o grau de invasividade do tumor.

São analisados 23 casos de neoplasias do Timo submetidas a tratamento cirúrgico no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no período de 1980 a 1991. A maioria dos tumores são Timomas perfazendo um total de 69,6%, sendo a mais comum o tipo misto linfoepitelial com 24,3%. O percentual de complicações atingiu o índice de 47,8% - 11 casos, sendo o sistema mais frequentemente acometido o respiratório com 30,4% - 7 casos. A presença de invasividade, ao exame histológico, da cápsula tímica mostrou-se um achado significativo estatisticamente assim como a presença dos sintomas tosse e perda de peso. A presença de síndrome miastênica em 26,1% dos casos não está relacionado com um número maior de complicações, isto provavelmente aos cuidados mantidos pelo Serviço no preparo pré-operatório destes pacientes e aos avanços no entendimento desta patologia.

A mortalidade operatória foi de 13,04% e todas relacionadas com o aparelho respiratório. Há necessidade de um adequado preparo fisioterápico pré-operatório, intensivo acompanhamento pós-operatório direcionado para o aparelho respiratório para reduzir-se o alto índice de complicações.

Título: PLEUROSCOPIA NO TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL MULTISEPTADO
Autor(es): PINTO F^o, DARCY R.; SPIANDORELLO, WILSON P.; BORGES, JOÃO LUIZ
Serviço: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - RS

A infecção do espaço pleural tem sido tema sujeito a muitas opções de tratamento cirúrgico. Tal observação se deve fundamentalmente ao fato de que o Empiema é uma doença com fases evolutivas definidas e as atitudes terapêuticas, obviamente, variam para cada fase.

A fase Fibrinopurulenta, ou segunda fase, pode, muitas vezes, apresentar-se com loculações múltiplas que não respondem satisfatoriamente à drenagem fechada; a drenagem aberta não estaria indicada e a descorticação pulmonar precoce, envolvendo toracotomia, poderia ser um método com maior morbidade.

Pensamos que a pleuroscopia com aspiração das loculações, lavagem da cavidade e drenagem orientada sob visão direta, com dois drenos, representa um método terapêutico alternativo eficaz, nestas circunstâncias.

Apresentamos uma pequena experiência pessoal, mas que nos tem motivado a solidificar a Pleuroscopia com satisfatória opção no tratamento do Empiema Pleural Multiseptado.

Título: Fístula Esôfago-Pleural com Complicação de Empiema Pleural

Autor(es): Maia FR.E.R.; Mercúrio Netto, S.; Leiro, L.C.F.; Alves Jr., A.; Karasin, M., Stelmach, D.
Serviço: Pneumologia e Cirurgia Torácica - Hospital Heliópolis - SP

Os autores apresentam um caso de empiema pleural parapneumônico que teve início em julho de 1980. Nesta época a paciente foi submetida a drenagem pleural sob selo d'água, sendo submetida após alguns dias a costectomia.

Houve deiscência da incisão, ficando aberta com o pulmão esquerdo colapsado.

Em fevereiro de 1981, ainda permanecia cavidade pleural e supuração por orifício na parede torácica, foi então submetida a alargamento da drenagem pleural (pleurostomia). Em agosto de 1981 permanecia com cavidade pleural, porém sem supuração, sendo realizada descorticação pleural. Teve deiscência total da incisão, necessitando de uma toracectomia em outubro de 1981. Nesta ocasião começou a queixar-se de disfagia.

Em 1983 retornou com queixa de eliminação de saliva e alimento pela pleurostomia, procedendo então a desvio do trânsito alimentar com esofagogastroplastia com anastomose cervical.

Em janeiro de 1989 permanecia com cavidade pleural, sendo submetida a toracoplastia.

Em junho de 1989 havia uma pequena abertura na parede torácica com baixo débito de secreção purulenta. Nesta época começou a apresentar metrorragia. Faleceu em julho de 1990 com câncer de colo uterino.

Título: FECHAMENTO DE FISTULA BRONCO-PLERAL ATRAVES DE BRONCOFIBROSCOPIA.
Autor(es): FERNANDO LUNDGREN, RICARDO BANDEIRA, PAULO ALMEIDA
Serviço: PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DO CANCER-PE.

Entre as complicações, de cirurgia torácica, a fistula bronco-pleural, aparece como uma das complicações mais temíveis. O tratamento consiste inicialmente, em drenagem torácica, e expectação. Em pacientes, com problemas clínicos, e em que a fistula é de alto débito, há indicação de cirurgia para correção da fistula. Desde 1977, são descritos procedimentos, menos invasivos, para correção das fistulas, utilizando-se a obstrução do bronquio afetado, através de broncofibroscopia.

Descrevemos a tecnica, e os resultados obtidos, de tratamento de fistula bronco-pleural, utilizando broncofibroscopia.

Realizamos o procedimento em tres pacientes, que apresentaram fistula bronco-pleural, no pós-operatório de cirurgia torácica. As fistulas eram de alto débito.

Na descrição da tecnica, mostramos como diagnosticamos o segmento bronquico acometido, como o obstruimos, e o material utilizado na obstrução da fistula.

Discutimos os nossos resultados, e comparamos com resultados de literatura.

Título: VENTANA PLEURO-CUTANEA COMO TRATAMIENTO PARA EL EMPIEMA PLEURAL CRONICO SECUNDARIO A FISTULA BRONCO-PLERAL.
Autor(es): Siderakis L.; Colliá E.; Fogazzi A.; Celleri C.; Pressacco G. y Lema A.
Serviço: Del servicio de cirugía general (división "B"). Hospital Juan A. Fernández - Buenos Aires-Argentina.

Se realizó una ventana pleurocutánea en siete pacientes con empiema crónico y fístula bronco-pleural. La edad promedio fue de 57 años con un rango de 33 a 76. Todos los pacientes eran del sexo masculino. Dos de ellos fueron secundarios a neumonectomía. Se describe la técnica con sus modificaciones. Cinco pacientes resolvieron la fístula bronco-pleural a los seis meses de efectuada la cirugía. Concluimos que esta técnica provee un adecuado drenaje del empiema y permite una buena granulación de la cavidad residual.

Título: ROTURA NÃO TRAUMÁTICA DE ESÔFAGO - CONDUTA CIRÚRGICA : REVISÃO DE 5 CASOS:
Autor(es): MILANEZ, J.R.C.; ANDRADE FILHO, L.O.; SANTORO, S.; STRASSMANN, V.
Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.
 HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Os autores apresentam uma revisão da literatura sobre roturas não traumáticas de esôfago. São feitas considerações sobre o quadro clínico, o diagnóstico e as possíveis táticas da terapêutica cirúrgica. São relatados 5 casos tratados através de toracotomia esquerda, sutura primária do esôfago, recobrimento protetor da sutura esofágica com retalho de pleura parietal, drenagens torácica e mediastinal. No mesmo ato cirúrgico associamos a laparotomia mediana para realização de gastrostomia descompressiva e jejunostomia para alimentação enteral precoce. Os resultados foram excelentes, com sobrevida em 100% dos pacientes e pequeno índice de complicações.

Título: ACHADOS BRONCOSCÓPICOS NO CÂNCER DE ESÔFAGO
Autor(es): PINHEIRO, N.S.; CAMPOS, M.J.; JUSTO, F.A.; YOUNES, R.N.

Serviço: DEPTO DE C. TORÁCICA DO H.A.C. CAMARGO, FAC. MED. USP.
 De um estudo retrospectivo de 441 fibrobroncoscopias feitas no período de jan/90 a dez/90, foram encontrados 59 pacientes com o diagnóstico de câncer de esôfago. Foi analisado a correlação entre as alterações vistas a broncoscopia com o nível e extensão do câncer de esôfago (mensurados pelo esofaograma contrastado). As neoplasias de esôfago foram encontradas nos 5 segmentos: 4 em esof. cervical, 7 em Esóf. Tor. Superior, 30 em Esóf. Tor. Médio, 5 em Esóf. Tor. Médio e Inf., 9 em Torácico Inferior e 4 em Esóf. Abdominal. Como resultado obtivemos 25 (42,4%) pacientes com anormalidades à broncoscopia sendo 15 com abaulamento e 10 com invasão.

Quadro 1: Nível do Câncer de Esôfago versus anormalidade bron.

Nível Esôfago	(N)	Comprometimento
Cervical	3	Traquéia (3)
Torac. Superior	5	Traquéia (5)
Toracico-médio	13	Traç. (4) B.F.E. 4, 5; Traç. + B.F.E
Toracico-médio inferior	3	Traç. 2 B.F.D e B.F.E 1
Abdominal	1	Traç. 1 B.F.E 1

QUADRO 2: Extensão do Câncer de Esôfago versus Achados Bronc.

Extensão (cm)	ACHADOS BRONCOSCÓPICOS			
	N	Normais	Abaulamento	Invasão
2-6	21	16 (76,2%)	5 (23,8%)	- ()
maior que 6	28	13 (46,4%)	6 (21,4%)	9 (32,2%)

conclusão: Os tumores de esôfago cervical, torácico superior e torácico médio apresentaram um maior comprometimento da árvore traqueobronquica, principalmente, a traquéia e bronquio fonte esquerdo. Os tumores com extensão maior que 6 cm apresentaram uma maior incidência de invasão da árvore traqueobronquica.

MU-039

MU-040

Título: ESTUDO RETROSPECTIVO DE CÂNCER DE ESÔFAGO: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS.

Autor(es): JUSTO, F.A.; FARIA, N.L.N.; WAKSMAN, G.; MOURA, W.V.; YOUNES, R.N.

Serviço: DEPTO DE CIR.TORÁCICA DO HOSP.A.C.CAMARGO - FAC.MED.USP

Tumor de esôfago continua apresentando um prognóstico muito reservado, com sobrevida total de 5 anos de 4 a 5% nas várias séries relatadas. O objetivo do presente estudo é avaliar retrospectivamente a evolução dos pacientes portadores de câncer de esôfago tratados no Hosp. A.C.Camargo no período de 1984 até 1989. Foram incluídos 354 pacientes com diagnóstico de tumor de esôfago na admissão, sem tratamento prévio. A localização mais frequente do tumor foi no terço médio (202 pacientes - 57%) e inferior (78 pacientes - 22%). O tipo histológico mais frequente foi carcinoma espinocelular (316 - 89,2%). 18 pacientes não tiveram diagnóstico histológico definido. O estadiamento clínico pré-operatório foi completo em 84,8% dos pacientes: E.C.I - 7 pacientes, E.C.II - 81 pacientes, E.C.III - 45 pacientes e E.C.IV - 57 pacientes. A maioria dos pacientes necessitou de tratamento cirúrgico (196 pacientes - 55,3%) sendo que somente em 47 (13,2%) foi possível a ressecção de esôfago. O seguimento mediano destes pacientes foi de 4 meses (1-84). A sobrevida mediana por estágio pré-operatório: Estádio I - 10.3 meses, Estádio II - 4.6 meses, Estádio III - 3.9 meses, Estádio IV - 3.3 meses.

Conclusão: Apesar de todos os arsenais terapêuticos utilizados como a Radioterapia, Cirurgia e Quimioterapia neoadjuvante; os resultados continuam desapontados.

Título: O EFEITO DO TAMANHO E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR NA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DA FIBROBRONCOSCOPIA SEM FLUOROSCOPIA

Autor(es): CAMPOS, M.J.; PINHEIRO, N.S.; JUSTO, F.A.; YOUNES, R.N.

Serviço: DEPTO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSP. A.C.CAMARGO, FM.USP

De um estudo retrospectivo de 441 fibrobroncoscopias realizadas sem fluoroscopia no período de jan/90 a dez/90 foram encontrados 174 tumores de pulmão que foram mensurados e classificados radiologicamente, segundo Engel S., em central e periférico. O diagnóstico final de 174 tumores foi: 141 tumores malignos, 13 tumores benignos e 20 não esclarecidos. Os 141 tumores malignos ficaram divididos em 89 tumores centrais (diâmetro oscilando de 2 a 14 cm) e 52 tumores periféricos (diâmetro oscilando de 1 a 15 cm). Foi analisado o rendimento diagnóstico de neoplasia maligna obtido pelos procedimentos realizados na fibrobroncoscopia quanto à topografia do tumor (tabela 1) bem como sua correlação quanto à associação do diâmetro do tumor e sua topografia (tabela 2).

TABELA 1: sensibilidade(%) dos procedimentos realizados(n) LOCALIZAÇÕES

	Tumor central	Tumor periférico
Procedimento		
Lavado	51,8% (85)	25,5% (51)
Escovado	56,0% (75)	20,4% (44)
Esc.e/ou Lav.	59,1% (88)	25,5% (51)
Biopsia	78,7% (61)	31,8% (22)
E.e/ou L.e/ou B.	75,3% (89)	30,8% (52)

TABELA 2: sensibilidade(%) dos procedimentos realizados(n) LOCALIZAÇÕES

	Tumor central	Tumor periférico
Diâmetro		
até 5 cm	73,3% (45)	11,5% (26)
maior que 5 cm	77,3% (44)	50,0% (26)

Concluimos que a fibrobroncoscopia realizada sem fluoroscopia apresentou uma baixa sensibilidade para os tumores periféricos, principalmente naqueles com diâmetro até 5 cm.

MU-041

MU-042

Título: BRONCOSCOPIA SEM PRÉ MEDICAÇÃO

Autor(es): Seabra, J.C.T.; Toro, I.F.C.; Frazatto, C.Jr.; Santos, J.G.; Lavoura, N.S.Jr.

Serviço: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA F.C.M. DA UNICAMP

No período de Janeiro de 1989 a Dezembro de 1990 foram realizadas 730 fibroscopias, sendo 536 pacientes do sexo masculino e 194 feminino com idade média de 54.3 anos.

O procedimento foi realizado sem pré medicação sendo utilizado lidocaina à 1%, por punção da membrana cricótireoidéica e pela narina. A taxa global de complicação foi de 1.2%, sendo quanto à anestesia 2 casos de broncoespasmo; e quanto ao procedimento: 1 broncoespasmo; 3 sangramentos e 4 arritmias.

Não observamos aumento da dificuldade de realização dos exames pela falta da pré medicação, pelo contrário, houve diminuição das complicações e também do tempo de permanência do paciente na instituição.

Título: CIRURGIA NA SÍNDROME DE JEUNE. RELATO DE CASO.

Autor(es): Perfeito, J.A.J.; Forte, V.; Succí, J.E.; Asman, M.F.; Marchini, W.F.; Barbosa, J.C.; Tyng, C.J. & Buffolo, E.
Serviço: DISCIPLINA DE TÓRAX - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Criança nascida a termo por cesariana eletiva. No período de gestação a mãe apresentou infecção do trato urinário no 1º trimestre e foi tratada com sulfá e hemorragia genital a partir do 6º mês.

Após nascimento pesou 2,8 Kg, estatura de 43 cm. Esboço do 6º dedo em ambas as mãos e desproporção toracoabdominal. Não chorou ao nascer e manteve-se taquidispneica (FR = 60-80 rpm) necessitando de oxigenioterapia. Crises de cianose durante o choro e a alimentação.

Procurou o serviço com 1 mês de vida, com perímetro cefálico de 38 cm, torácico de 32 cm e abdominal de 39 cm. Acianótica, taquidispneica. Ao exame radiológico, evidenciava-se tórax estreito em forma de sino, com diminuição dos diâmetros anteroposterior e laterolateral, costelas largas e horizontais, zadas, cartilagens costais proeminentes; com estes achados radiográficos foi caracterizado a síndrome de Jeune. Ultrassom e ecocardiograma sem alterações.

No 21º dia de internação apresentou broncopneumonia tratada com penicilina e amicacina.

Em decorrência da grave insuficiência respiratória mantida pela criança (natural nesta síndrome devido a restrição da parede torácica) foi indicada a cirurgia para ampliar a caixa torácica tendo-se optado pela técnica de Todd e cols.

A cirurgia consistiu em uma esternotomia longitudinal com interposição de órtese de metilmetacrilato.

A paciente foi desintubada no 1º P.O. apresentando nítida diminuição da frequência respiratória apesar da atelectasia persistente do pulmão esquerdo.

No 6º P.O. teve broncopneumonia sendo tratada sem necessidade de ventilação mecânica. Atualmente 113º P.O. apesar de haver apresentado melhora continua com necessidade de oxigenioterapia. Estamos considerando a necessidade de também de alargar o tórax lateralmente.

Os autores discutirão a etiopatogenia, o tratamento cirúrgico e a evolução tardia.

MU-043

Título: DOENÇA CÍSTICA DOS PULMÕES - APRESENTAÇÃO DE 24 CASOS.

Autor(es): CATANEO, A.J.M.; RUIZ JR., R.L. De FAVERI, J.; FERRARI, G.F.; REIBSCHEID, S.M.
Serviço: Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

A doença cística dos pulmões pode ser congênita ou mais frequentemente adquirida. Esta resultando de processos infecciosos, degenerativos ou traumáticos; e aquela originando-se do desenvolvimento embriológico anormal da árvore traqueobrônquica. Na forma congênita esta doença pode aparecer como cisto central ou periférico, malformação adenomatóide cística e sequestro pulmonar. Estas patologias congênitas são indiscutivelmente de tratamento cirúrgico, mas o cisto adquirido pode regressar espontaneamente, obrigando o cirurgião a aguardar alguns meses antes de indicar sua extirpação. Como a diferenciação clínico radiológica entre cisto adquirido e congênito pode ser difícil, o tratamento cirúrgico deste último muitas vezes é postergado. Apresentaremos 24 casos, dos quais 14 tiveram sua indicação cirúrgica imediata, e dos 10 em que se postergou a cirurgia, 3 tiveram regressão espontânea. Os cistos ressecados estavam assim distribuídos: cisto pulmonar congênito - 6, sequestro pulmonar - 4, malformação adenomatóide cística - 1, enfisema bolhoso - 5, processo granulomatoso - 1. Em 4 casos não foi possível mesmo com o histopatológico estabelecer a etiologia congênita ou adquirida do cisto.

MU-045

Hérnia diafragmática traumática esquerda, trinta anos de evolução com perda de domicílio das vísceras abdominais-Relato de um caso.

Autor(es): Pereira Fº, A.; Ribeiro, G.C.; Pereira, S.P.

Serviço: Clínica de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - Minas Gerais.

Hérnias diafragmáticas traumáticas caracterizam-se pela projeção visceral abdominal no tórax através de solução de continuidade do diafragma. Acessos cirúrgicos variam com a fase evolutiva e geralmente a correção não apresenta dificuldades. Diagnósticos tardios são realizados poucos meses ou até a uma década devido ao surgimento de sintomas. O presente caso é de um homem, 48 anos, vítima de contusão por acidente motociclístico, 30 anos antes, desenvolvendo hérnia à esquerda. A correção foi realizada por toraco-laparotomia e síntese diafragmática com prótese de pericárdio bovino. Após redução das vísceras para o abdome, deparando-se com desproporção conteúdo-contidente, utilizou-se, então, rotação medial da aponeurose dos retos abdominais e tela de Marlex. O pós-operatório foi complicado com insuficiência respiratória consequente ao súbito aumento da pressão abdominal. O paciente recebeu alta em boas condições. Os autores enfatizam a necessidade de tratamento precoce e relatam uma solução pessoal para o caso.

MU-044

Hérnia diafragmática traumática esquerda de 19 anos de evolução complicada por empiema fecal- Relato de um caso.

Autor(es): Pereira Fº, A.; Pereira, S.P.; Grossi, R.C.; Santiago, R.L.A.; Barros Jr, J.C.
Serviço: Clínica de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-Minas Gerais.

A importância do diagnóstico precoce dos traumatismos diafragmáticos reside no fato de que em cada cinco doentes, com hérnia diafragmática traumática crônica, falece em consequência da não realização do diagnóstico em tempo hábil. O caso seguinte é de um homem, 44 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca na região tóraco-abdominal esquerda, 19 anos antes, atendido em serviço de urgência com quadro clínico de obstrução intestinal, submetendo-se a laparotomia exploradora "branca". Esse relato retardou sobremaneira o diagnóstico da fístula colo-pleural, favorecendo grande número de complicações como empiema fecal, septicemia, acidose metabólica, I.R.A., úlcera de stress e infecção do trato urinário. O tratamento constou de colostomia, toracotomia com síntese diafragmática e descorticação pulmonar, pleurostomia, em vários tempos cirúrgicos. O paciente permanece há 06 meses em tratamento de empiema, em razoáveis condições. Os autores destacam a alta morbidade e mortalidade do empiema fecal, além da importância do diagnóstico precoce.

MU-046

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PNEUMATOCELES: QUANDO INDICAR ?

Autor(es): DARCY R. PINTO Fº; WILSON SPIANDORELLO; JOÃO VESÍS BORGES

Serviço: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL RS

As Pneumatoceles representam uma complicação relativamente frequente na evolução das pneumonias estafilocócicas, principalmente na infância.

A regressão espontânea destas lesões na medida em que o processo infeccioso seja controlado, determina conduta conservadora na grande maioria dos casos. No entanto, algumas vezes, estas insuflações localizadas do parênquima pulmonar podem aumentar significativamente de tamanho, determinando importante disfunção respiratória, podem romper para o espaço pleural com pneumotórax, muitas vezes hipertensivo, ou mesmo infectarem, com abscessos pulmonares. Tais circunstâncias identificam as indicações de toracotomia no tratamento das pneumatoceles.

Revisamos brevemente a fisiopatogenia destas lesões e ilustramos o tema com casos tratados em nosso serviço.

MU-047

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES BOLHOSAS PULMONARES-COMPLICAÇÕES

Título: CÔES, Mercurio Netto, S.; Alves Jr.; Leiro, LCF; Cukier, A.
 Cirurgia Torácica e Pneumologia-Hosp. Heliópolis-SP.
 Autor(es): De junho de 1977 a dezembro de 1989, foram avaliados 72 pacientes. Neste estudo são ressaltadas as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico (n=59).

37 pacientes eram portadores de enfisema bolhoso, 09 de cisto aéreo, 07 de cisto broncogênico e 06 de enfisema lobar. As idades dos doentes variaram de 17 a 66 anos (média de 39,4 anos), sendo 45 do sexo masculino (76,3%) e 14 do sexo feminino (23,7%). Os métodos empregados para diagnóstico e terapêutica foram: radiografia de tórax 59 casos, planigrafia 30 casos, cintilografia inalação/perfusão 17 casos, broncofibroscopia 30 casos, tomografia computadorizada 9 casos, broncografia 9 casos, arteriografia pulmonar convencional 9 casos, angiografia pulmonar digital 02 casos e teste de função pulmonar 38 casos.

Foram realizadas 30 bulectomias e 11 cistectomias. Nos restantes foram necessárias ressecções pulmonares, sendo efetuadas 12 lobectomias (em 01 caso bilateral), 5 segmentectomias e 01 pneumonectomia associada a toracoplastia. Fuga aérea prolongada ocorreu em 02 casos (3,3%), sendo necessário reoperação para sutura do bronquiolo em 01 caso de cisto broncogênico gigante. Outro paciente foi tratado com pneumoperitônio. Este tipo de complicação deixou de ocorrer após o emprego de sutura mecânica ("stappler"). Três pacientes (5%) desenvolveram empiema pleural, tratados com drenagem (1), e pleurostomia (2). Houve 03 óbitos (5%) por insuficiência respiratória mais sepsis (2) em pacientes com bolhas infectadas e SARA (1). Os 03 pacientes haviam sido submetidos a ressecção pulmonar (2 lobectomias e 1 pneumonectomia + toracoplastia). Concluímos que tais pacientes portadores de lesões bolhosas pulmonares submetidos a tratamento cirúrgico, a cirurgia é um procedimento de morbidade relativamente baixa e que a mortalidade está associada a necessidade de ressecção paraneumática e/ou presença de bolhas infectadas.

MU-049

Título: ACTINOMICOSE ENDOBRÔNQUICA SIMULANDO CARCINOMA BRONCOPULMONAR: RELATO DE UM CASO.

Autor(es): MONTAL, GUILHERME; FONSECA, RICARDO; DÓREA, ANTONIO JOSÉ; MELO, ELISA

Serviço: SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HOSPITAL OTAVIO MANGABEIRA - SSA/BAHIA.

Na classificação proposta por Castella, massa de SUPERFÍCIE, não uniforme e de coloração irregular com zonas pálidas e outra hiper vascularizadas, as vezes superfícies esbranquiçadas por necrose, é a mais imagem mais típica da neoplasia maligna.

Outro artigo publicado recentemente no CHEST de fevereiro/91, por ILLANA-ARIEL e colaboradores, reporta mais cinco casos de actinomicetose com aspectos endoscópicos semelhantes. Mostraremos detalhes da evolução clínica, radiológica e endoscópica. OS AUTORES CHAMAM A ATENÇÃO para os aspectos endoscópicos na actinomicetose, que no presente caso é compatível com a descrição dos achados encontrados em carcinoma broncogênico.

MU-048

Título: CORPOS ESTRANHOS INTRA-TORÁCICOS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

Autor(es): FERNANDEZ, A.; MILANEZ, J.R.C.; FILOMENO, L.T.B.
 Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

O diagnóstico de corpo estranho intratorácico às vezes é bastante difícil fora da fase aguda, quando os dados de história pregressa são remotos, as vezes insuficientes e frequentemente encobertos por sintomas atribuídos a patologia facilmente identificável. Nos últimos 10 anos foram operados em nosso Serviço 10 pacientes cuja apresentação inicial sugeriu: tumor do mediastino posterior (1 caso); tumor do mediastino anterior (2 casos); fístula pleuro-cutânea (1 caso) e seis casos com quadro clínico característico de supuração pulmonar. Como antecedente comum a todos eles, relatavam cirurgia previa e o diagnóstico final mostrou que eram portadores de corpos estranhos (compressas ou gases) intratorácicos ali deixados em operações anteriores, com intervalos variando de 8 meses a 20 anos. A suspeita diagnóstica foi feita em 8 pacientes e em dois só se fez a descoberta do C.E. durante a operação. Tivemos um óbito nesta série atribuído a uma embolia séptica. Com estes dados, é importante resaltar a possibilidade de C.E. em pacientes com patologias pleurais ou supurações pulmonar crônica, com história de operação pregressa.

MU-050

Título: FÍSTULA BRONCOARTERIAL PULMONAR EM PÓS OPERATÓRIO DE LOBECTOMIA

Autor(es): PINTO FR. DARCY R.; SPIANDORELLO, WILSON P.

Serviço: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - RS

Dentre as complicações pós-operatórias em Cirurgia Torácica, a fístula Broncoarterial pulmonar encontra-se naquelas de rara incidência.

Apresentamos o caso de um paciente submetido a lobectomia inferior direita para tratamento de Carcinoma Brônquico. Coto brônquico recoberto por retalho pediculado de pleura parietal.

Pós-operatório complicado por infecção respiratória e atelectasia do lobo médio remanescente.

Mesmo com antibioticoterapia adequada e remoção efetiva das secreções através de cateter laringeo, paciente evoluiu com bronquite terebrante, necrose do coto brônquico, fístula broncoarterial e hemoptise maciça, no 12º dia de pós-operatório.

Intubação traqueal e reintervenção imediata permitiram controle da situação.

Acreditamos que o fator desencadeante desta complicação tenha sido o quadro infeccioso resistente ao tratamento instituído e a agressividade do germe (Klebsiella Oxitona). Não identificamos cuidados técnicos operatórios que poderiam ter contribuído para o desenvolvimento da fístula.

Concluímos que o achado broncoscópico de bronquite terebrante deva ser um alerta para o possível aparecimento de fístula brônquica.

**AQUI, EXIGE-SE
AÇÃO RÁPIDA
E EFICAZ**



CLARITIN

LORATADINE

**O único antialérgico não sedante que combina
alívio rápido e eficácia com dose única diária.**

“Sob a ação da loratadine ou do placebo, o desempenho dos 40 pilotos
examinados foi considerado dentro dos padrões exigidos¹.”

Indicações: rinite alérgica, prurido e ardência oculares, urticária e outros transtornos de natureza dermatológica.

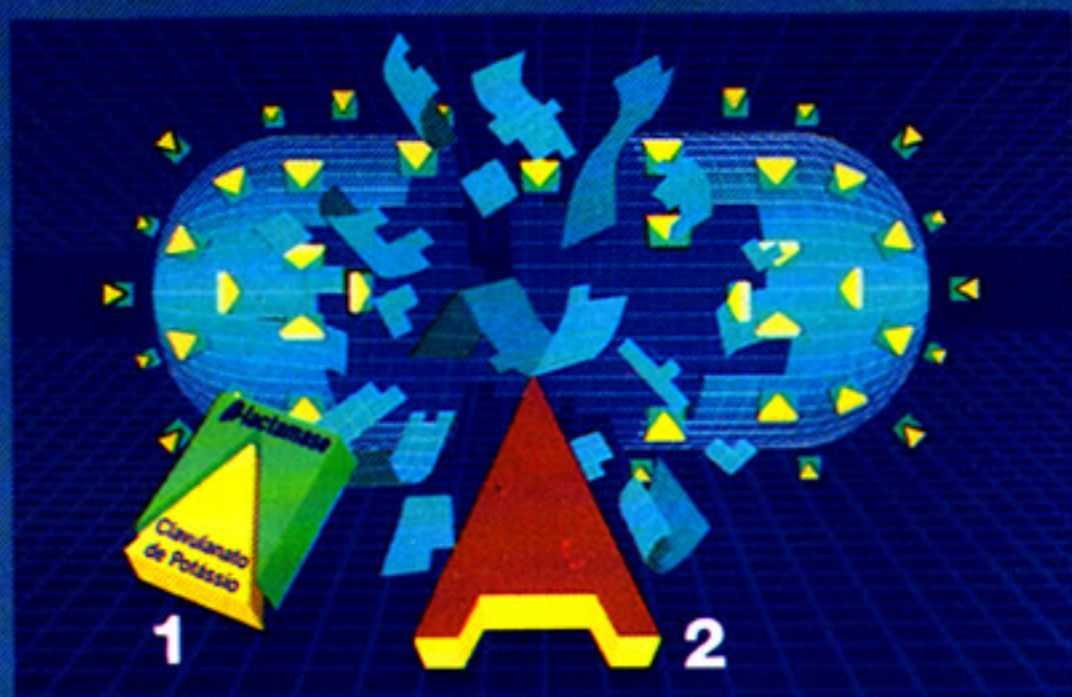
Posologia: adultos e crianças acima de 12 anos: um comprimido uma vez ao dia.



Schering-Plough

1. Teste da loratadine no Brasil com pilotos da aviação civil e militar.

NOVO DIRECIONAMENTO NA



Clavulin é um antibiótico que age sobre uma ampla gama de microrganismos inclusive os resistentes aos antibióticos comumente usados, devido ao seu mecanismo de ação diferenciado.

Mecanismo de ação diferenciado

1. O Clavulanato de Potássio inibe de maneira irreversível as Beta-lactamases.
2. A Amoxicilina fica livre para destruir a bactéria.

INCIDÊNCIA DE PATÓGENOS QUE PRODUZEM BETA-LACTAMASES¹

HOSPITAL	PATÓGENOS	CONSULTÓRIO
83%	<i>Staphylococcus aureus</i>	80%
92%	<i>Klebsiella sp.</i>	88%
20%	<i>Haemophilus influenzae</i>	32%
72%	<i>Branhamella catarrhalis</i> ^{5,6}	82%



SUCESSO CLÍNICO EM OTITE MÉDIA²

97%



SUCESSO CLÍNICO EM PNEUMONIA³

100%



SUCESSO CLÍNICO EM SINUSITE⁴

90%

CLAVULIN[®]

(Amoxicilina/Clavulanato de Potássio)



3 X AO DIA

MAIOR CERTEZA DE CURA CLÍNICA QUANDO UTILIZADO COMO PRIMEIRA ESCOLHA

Informações para Prescrição: CLAVULIN é um antibiótico de amplo espectro que possui a propriedade de atuar nos microrganismos gram-positivos e gram-negativos produtores ou não de Beta-lactamases. **Indicações:** Amigdalite recorrente, Otite Média, Sinusite, Bronquites Aguda e Crônica, Pneumonia, Broncopneumonia, Celulite, Abscessos, Queimaduras Infectadas, Cistite, Uretrite, Pielonefrite, Infecções Pélvicas e Gonorréia. **Posologia:** - crianças de 3 meses a 1 ano: 1/4 de colher-medida 3 vezes ao dia. Crianças de 1 ano a 5 anos: 1/2 colher-medida 3 vezes ao dia. Crianças de 6 anos a 12 anos: 1 colher-medida 3 vezes ao dia. Adultos (incluindo crianças maiores de 12 anos e pacientes idosos): 1 comprimido a cada 8 horas. **Contra-indicações:** - hipersensibilidade às penicilinas. **Efeitos colaterais:** - podem ocorrer casos de diarreia, indigestões e eritema da pele. **Administração:** - a absorção de CLAVULIN não é afetada pelos alimentos, devendo o produto ser administrado às refeições. **Apresentação:** - comprimidos 625mg - apresentado em embalagens com 12 e 18 comprimidos. Suspensão oral 312,5mg - apresentada em embalagem com 50ml. **Após o preparo da suspensão, o produto deverá ser conservado em geladeira.**

Referências:
1 - Data ou file: Beecham Laboratories, Inc Bristol Tennessee, 2 - J Pediatr, 109(5): 891-896, 1966. 3 - Kapetanakis e Cois - Proc Europ Symp Scheveningen, CCP4, 291-297, 1962. 4 - Le Clerch e Bourdine - Ann Oto-Laryng, 104: 147-150, 1987. 5 - Drugs, 31 (Suppl 3): 103-106, 1986. 6 - Pediatr Infect Dis J, 7(11): S129-S136, 1988.

SB SmithKline Beecham
Farmacêutica

ANTIBIOTICOTERAPIA ORAL



Beecham

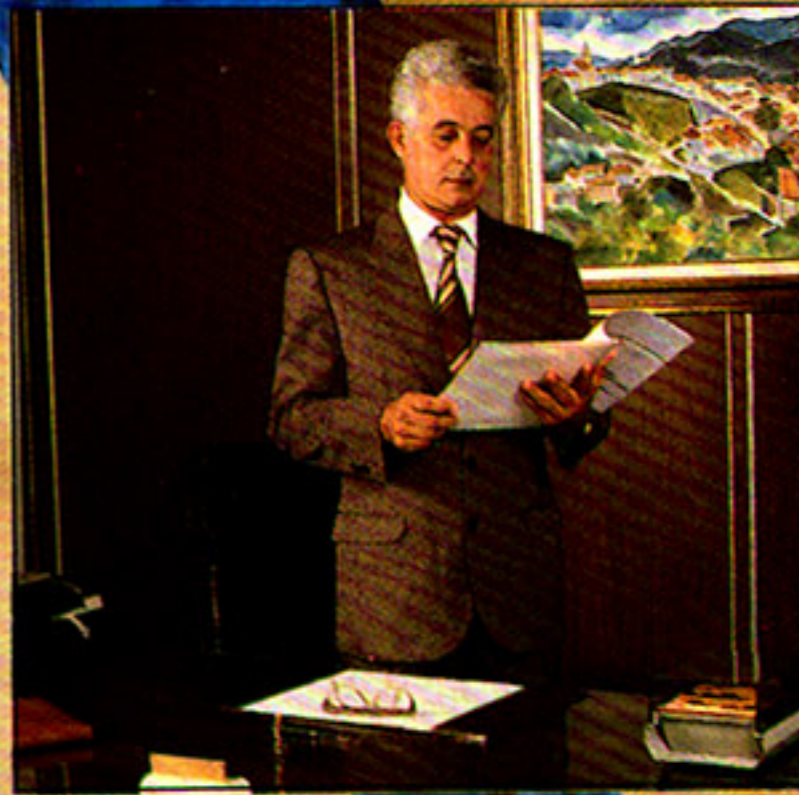
quinicardine[®]

sulfato de quinidina

Restabelece
o Ritmo do Coração
sem Interromper
o Ritmo de Vida.



- eficácia terapêutica assegurada
- não possui efeito cumulativo.
- rápida concentração quinidínica.
- excelente tolerância no tratamento a longo prazo



BARRENNE

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA LTDA.

MU-051

MU-052

Título: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA PULMONAR EM SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER (SROW)
Autor(es): Losso, L.C.; Ghefter, M.C.; Imaeda, C.J.; Pereira, M.S.; Forte, V.
Serviço: Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos - Ex-Gastroclínica - São Paulo.

Os autores apresentam um caso de SROW, síndrome de caráter hereditário, que consiste em angiodisplasia muco-cutânea e visceral. As manifestações clínicas mais comuns envolvem ap. respiratório, SNC e pele. Em 15% dos casos há Fístulas Arterio-Venosas Pulmonares e a evolução com Shunt D-E e a possibilidade de complicações, indicam diagnóstico e tratamento precoces.

O caso apresentado é de doente do sexo masculino, com epistaxes e dispnéia progressiva nos últimos 10 anos. Ao exame físico havia hipocratismo digital e discreta cianose periférica. Os ex.complementares mostravam hipoxemia arterial, Ht 54%, Hb 18.1%. A radiografia torácica mostrava lesões nodulares múltiplas bilaterais. A CT sugeria natureza vascular das lesões o que foi confirmado por estudo angiográfico. Pela bilateralidade das lesões, o doente foi submetido no pré-operatório imediato a Video-pleuroscopia bilateral que confirmou a alteração em LM e que mostrou que as alterações à esquerda não eram superficiais. Por tal motivo optamos por ressecção da lesão à direita por toracotomia e o tratamento das lesões à esquerda (menores) por embolização arterial pulmonar com Molas de Gianturco.

Os autores salientam a importância da pesquisa de outras lesões em outros órgãos e resultado final.

Título: COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DAS ESTENOSSES LARINGOTRAQUEAL PÓS-INTUBAÇÃO

Autor(es): Forte, V.; Perfeito, J.A.J.; Losso, L.C.; Cervantes, O.; Imaeda, C.J. & Mercúrio Netto, S.

Serviço: DISCIPLINA DE TORAX DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA E HOSPITAL HELIÓPOLIS

De 1969 a Agosto de 1991 operamos 183 doentes com lesões laringotraqueais. Em 135 a lesão foi provocada por uma intubação orotraqueal ou traqueostomia. Nos 135 doentes foram realizadas 153 cirurgias com as seguintes complicações:

- volúmoso hematoma cervical em 1 (0.6%) doente
- mantida a intubação ou traqueostomia no P.O. em 6 (3.6%) doentes
- infecção cirúrgica em 11 (6.0%), sendo 2 infecções esternais graves
- granulomas em 8 (4.2%), sendo 7 região subglótica (todos com tubo T)
- deiscência parcial da anastomose traqueal em 3 num total de 81 anastomoses (3.7%)
- reestenose em 20 (51.3%) das 39 estenoses subglóticas e 5 (6.2%) das 81 estenoses traqueais
- houve 9 (6.7%) óbitos relacionados com a cirurgia sendo: 1 intra cirúrgico, 1 ruptura tronco arterial braquiocéfálico, 1 infecção mediastinotomical com sepsis, 3 por obstrução total do tubo T e 3 por infecção pulmonar e sepsis
- óbitos não relacionados com a cirurgia foram 3 (2.2%), sendo 1 choque anafilático no 200 P.O., 1 infarte do miocárdio 450 P.O. e 1 por hemorragia digestiva no 900 P.O.

Será discutido os riscos da incisão esternal, as modificações introduzidas na cirurgia subglótica para diminuir a alta incidência de reestenose. Quanto às reestenoses traqueais (80% ocorreram até o 130 doente) discutiremos as suas causas, sendo a presença do processo inflamatório a principal. Em relação aos óbitos discutiremos os cuidados atuais com o tubo T para evitar a obstrução do mesmo.

Para doentes com infecção pulmonar (mantida pela reestenose), ou com grave seqüela neurológica e dificuldade para eliminar as secreções indicamos inicialmente o tubo T de Montgomery e na dependência da evolução indicamos ou não a ressecção traqueal.

MU-053

Título: INTERCOSTOTOMIA DUPLA PELA MESMA TORACOTOMIA

Autor(es): FLORENO, LTB; FERNANDEZ, A; MINAMOTO, H; RODRIGUES, D.R.

Serviço: DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSP. CLÍNICAS FAC. MED USP

A via de acesso mais utilizada em cirurgia torácica é a toracotomia postero-lateral no V intercosto. Embora adequada à maioria dos procedimentos, em algumas situações as aderências do pulmão com o diafragma ou a pleura mais inferior são de abordagem extremamente difícil, sendo perigosas.

Foi precisamente numa dessas circunstâncias (pneumectomia por pulmão destruído) que nos ocorreu a possibilidade de, mediante amplo descolamento de um retalho miocutâneo inferior, praticarmos uma segunda intercostotomia, ao nível do IX espaço, para que pudessemos abordar com maior segurança e comodidade as densas aderências do pulmão ao diafragma.

Desde então, no decorrer dos últimos 2 anos essa tática foi utilizada em outros nove casos (idade: 12 a 57: 5M e 4F), nas seguintes operações: decorticação pulmonar, 3; ressecção parcial do diafragma, 2; hérnia diafragmática, 2; lobectomia inferior E, 1; ressecção de metástases gigante (ca. mama), 1. Houve um óbito pós-operatório (Pneumectomia E.) devido a hérnia cardíaca, mas nenhuma complicação relacionada ao procedimento ora em discussão.

Nossa conclusão é a de que a dupla intercostotomia numa mesma toracotomia é uma tática útil nos casos em que a abordagem de lesões muito volumosas ou muito aderidas ao diafragma se mostra de execução muito difícil ou arriscada.

Índice remissivo dos trabalhos apresentados ao VII Congresso Brasileiro de Cirurgia Torácica

AUTOR	NÚMERO DO(S) TRABALHO(S)	AUTOR	NÚMERO DO(S) TRABALHO(S)
ALBUQUERQUE, PER	27	GRACIOTTI JR, O	1
ALMEIDA, P	35	GREGÓRIO, A	16
ALVES JR, A	22, 34, 47	GROSSI, RC	44
ANDRADE FILHO, LO	24, 37	GUIDUGLI, RBF	11, 31
ARAÚJO, CAA	27	HADDAD, R	9, 32
ASMAN, MF	4, 18, 42	HAMADA, AY	12, 21
BACHINI, NC	12, 21	HAUSSEN, S	30
BANDEIRA, R	35	IMAEDA, CJ	51, 52
BANMANN, RH	2	JUSTO, FA	38, 39, 40
BARBOSA, JC	15	KARASIN, M	22, 34
BARCELLOS, M	20	LAVOURA JR, NS	41
BARROS JR, JC	44	LEIRO, LCF	7, 22, 34, 47
BARROS, AAO	5	LEITE, LPS	26
BASSANI, G	19	LOSSO, LC	51, 52
BEYRUTI, R	2	LUNDGREN, F	35
BOASQUEVISQUE, CR	9, 32	LYRA, RM	11, 13, 31
BORGES, JL	33, 46	MACHADO, GF	12, 21
CAMARGO, JJ	5, 8, 30	MAIA FILHO, ER	22, 34
CAMPOS, MJ	38, 40	MARCHINI, WF	18, 42
CARVALHO, A	16	MARITNEZ, JAB	15
CARVALHO, ABCB	14, 17	MATOS, MA	26
CASTRO, ACP	2	MAYO, SV	7
CATANEO, AJM	43	MELERO, LMS	1, 25
CAVALCANTE, AL	20	MELO, E	49
CELLERI, C	36	MENDES, C	25
CERVANTES	52	MERCÚRIO NETTO, S	7, 22, 34, 47
COLLIA, E	36	MILANEZ, JRC	24, 28, 39, 37, 48
COSTA, ALP	26	MINAMOTO, H	53
COSTA, GPR	7	MOLL, J	21
CUKIER, A	47	MONTAL, G	49
DARCY, R	8, 33, 50	MORARD, MR	20
DE FAVERI, J	10, 43	MOREIRA, JS	5
DELLA GIUSTINA, F.	19	MOURA, WV	39
DINIZ, T.	32	MULLER, M	14, 17
DOREA, AJ	49	NASCIMENTO JR, A	14
ESGAIB, AS	11, 13, 31	NASCIMENTO, PR	17
FARIA, NLN	39	NASSER, M	4
FE, JM	9	NEOO MX	16
FELICETTI, JC	5, 8, 30	NORMANDO JR, GR	14, 17, 20
FERNADEZ, JL	3	OLIVEIRA, OP	16
FERNANDEZ, A	3, 24, 28, 29, 48, 53	PASCHOAL, IA	6
FERRARI, GF	10, 43	PASCHOALINO, W	21
FERREIRA, JC	27	PEREIRA FILHO, A	44, 45
FERREIRA, SMA	11, 31	PEREIRA JR	19
FERREIRA, TD	9	PEREIRA, MS	51
FILOMENO, LTB	3, 24, 25, 28, 29, 48, 53	PEREIRA, SP	44, 45
FOGAZZI, A	36	PERFEITO, JAJ	4, 15, 18, 42, 52
FONSECA, R	49	PINHEIRO, NS	38, 40
FORTE, V	4, 15, 18, 42, 51, 52	PINTO FILHO, DR	19, 46
FORTUNATO, STL	26	PINTO, F	8, 33, 50
FRAZATTO JR, C	6, 41	POMPONET, FS	12
GALVÃO, TS	26	PORTO, NS	5, 30
GHEFTER, MC	31, 51	PRESSACCO, G	36

AUTOR	NÚMERO DO(S) TRABALHO(S)
PUSKAS, JD	16
QUEIROZ, SSS	30
REBELLATO, FJ	25
REIBSCHEID, SM	10, 43
REIS, MCM	9, 32
RIBEIRO, EC	23, 45
RODRIGUES JR, AC	1
RODRIGUES, OR	53
RUIR JR, RL	43
RUIZ NETO, PP	24
SALERNO, F	21
SANTIAGO, RLA	44
SANTORO, S	37
SANTOS, FM	27
SANTOS, JG	41
SEABRA, JCT	6, 41
SHIN, RHD	1, 2
SIDERAKIS, L	36
SILVA, AMF	6
SPIANDORELLO, WP	19, 33, 46, 50
STRASSMANN, V	37
SUCCI, JE	4, 15, 18, 42
TEDDE, ML	3, 28
TOLOSA, E	1
TORO, IFC	6, 41
TORQUATO, EB	14, 17
TRAJANO, ALC	11
VERDEGOEN, J	12
WAKSMAN, G	39
WEREBE, E	25
WESTPHAL, F	32
YOUNES, RN	38, 39, 40

Zinnat[®]

axetil cefuroxima

O antibiótico desenvolvido para os dias de hoje





- **Maior espectro de ação bactericida**
- **Excelente estabilidade às beta-lactamases**
- **Conveniência posológica (2 vezes ao dia)**
- **Certeza de tratamento**

Apresentação com 16 comprimidos permite o tratamento completo na maioria das infecções.

ZINNAT JÁ É COMERCIALIZADO NOS ESTADOS UNIDOS, INGLATERRA, FRANÇA, ALEMANHA, ESPANHA, HOLANDA, DINAMARCA, SUÍÇA, MÉXICO, VENEZUELA, E OUTROS 20 PAÍSES DE TODO O MUNDO.



POSOLOGIA

	manhã		noite	
Dose usual recomendada*	250		250	
Infecções urinárias não complicadas	125		125	

* Para infecções mais severas ou causadas por germes menos sensíveis, a dose recomendada é de 500mg duas vezes ao dia.

A administração após as refeições aumenta a absorção do produto.

Informações para Prescrição: ZINNAT é o éster l-acetoxietil da cefuroxima, também conhecido como axetil cefuroxima.

INDICAÇÃO: ZINNAT está indicado para tratamento de infecções do trato respiratório inferior, otorrinolaringológicas, urinárias, da pele e tecidos moles, produzidas por bactérias sensíveis à cefuroxima.

CONTRA-INDICAÇÕES: Hipersensibilidade a cefalosporinas.

PRECAUÇÕES: ZINNAT pode, em geral, ser administrado com segurança a pacientes hipersensíveis a penicilinas, embora tenham sido relatadas reações cruzadas com algumas cefalosporinas. Por esta razão recomenda-se especial cuidado a pacientes que tenham sofrido qualquer reação anafilática a penicilinas. A cefuroxima deve ser administrada com precaução durante os primeiros meses de gravidez.

EFEITOS COLATERAIS: Podem ocorrer distúrbios gastrointestinais, como diarreia, náuseas e vômitos, geralmente transitórios e de intensidade leve. Como ocorre com todos os antibióticos de amplo espectro, há possibilidade de desenvolvimento da colite pseudomembranosa. As reações de hipersensibilidade são raras. Têm-se observado eosinofilia e aumentos transitórios dos níveis de enzimas hepáticas.

APRESENTAÇÃO: Comprimidos contendo 125mg e 250mg de cefuroxima, sob a forma de axetil cefuroxima, ambas as concentrações apresentadas em caixas com 16 comprimidos.



Informações adicionais à disposição em nossa Divisão Científica.

Glaxo

GLAXO DO BRASIL S.A.
Pesquisa - Qualidade - Tradição

CEFUROXIMA SÓDICA
ZINACEF

A cefuroxima também é apresentada sob a forma injetável (cefuroxima sódica) com a marca Zinacef 750mg (IM/IV).

Ao tratar uma inflamação, ligue para o estômago

Senão é seu paciente quem vai ligar para você

Triiimmm...

Agora você pode atender melhor seu paciente. Chegou Scaflam, um novo antiinflamatório que não provoca efeitos colaterais gástricos. Scaflam elimina rapidamente a dor e a inflamação sem que o estômago do seu paciente dê sinal.

Com Scaflam, você liga pro estômago do seu paciente e seu paciente não precisa mais ficar ligando pra você.

Por isso, ao prescrever este antiinflamatório, não se deixe levar pelo costume de sempre prescrever um antiinflamatório.

Pre

as.

Scaflam

 Schering-Plough

