

Suplemento Pulmão - RJ

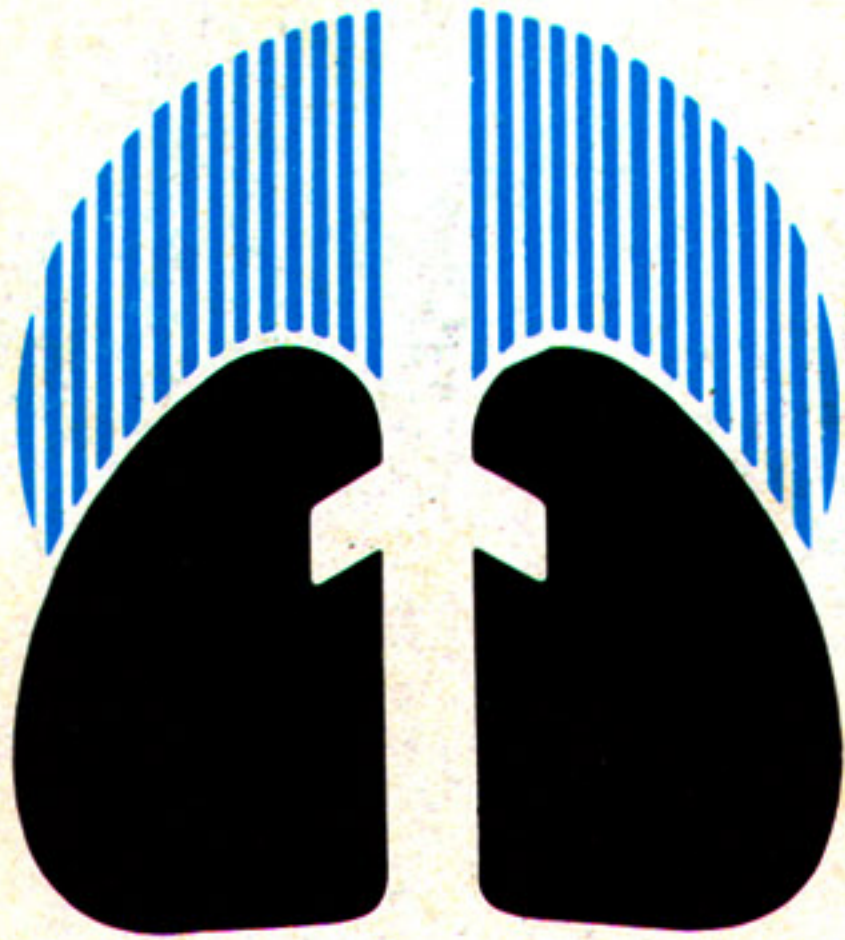
Novembro de 1993



PULMÃO

RJ

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



SOPTERJ

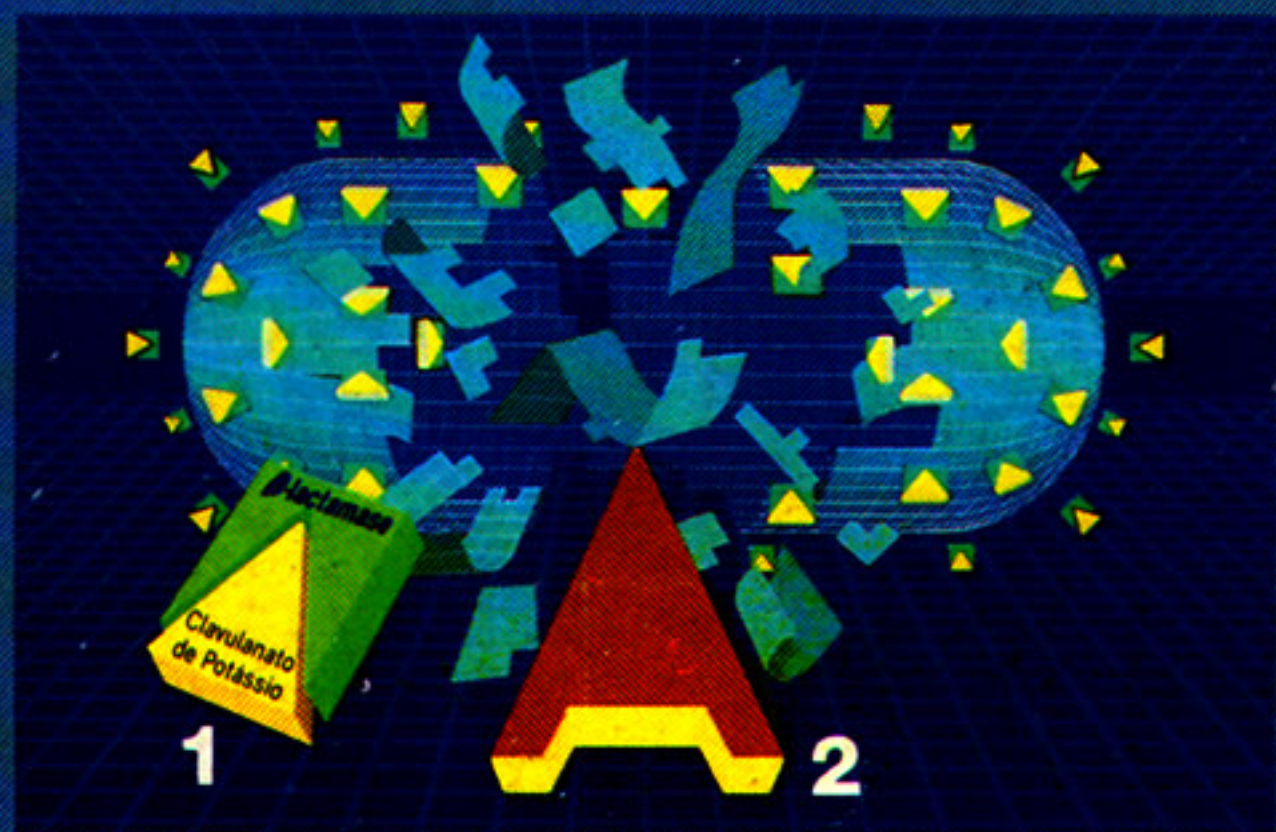
**IV CONGRESSO
DE
PNEUMOLOGIA
E
TISIOLOGIA
DO
RIO DE JANEIRO**



Temas Livres

SUPLEMENTO

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)



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, Infecções da Pele e Infecções Urinárias. **Posologia:** crianças de 3 meses a 1 ano: 1/2 colher medida (2,5ml) de CLAVULIN Suspensão 125mg 3 vezes ao dia. Crianças de 1 ano a 5 anos: 1 colher-medida (5ml) de CLAVULIN Suspensão 125mg 3 vezes ao dia. Crianças de 6 anos a 12 anos: 1 colher-medida (5ml) de CLAVULIN Suspensão 250mg 3 vezes ao dia. **Dose Ponderal:** De acordo com a gravidade da infecção 25-50mg/kg/dia (baseado no componente amoxicilina) divididos em 3 doses diárias. Adultos (incluindo crianças maiores de 12 anos e pacientes idosos): 1 comprimido de CLAVULIN 500mg 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 500mg apresentado em embalagens com 12 e 18 comprimidos. Suspensão oral 125mg apresentada em embalagem com 75ml. Suspensão oral 250mg - apresentada em embalagem com 75ml. 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, 1986; 3 - Kapetanakis e Cois - Proc Europ Symp Scheveningen, CCP4: 291-297, 1982; 4 - Le Clerch e Bourdinire - Ann Oto-Laryng, 104: 147-150, 1987; 5 - Drugs, 31 (Suppl 3): 103-108, 1986; 6 - Pediatr Infect Dis J, 7(11): S129-S136, 1988

SB SmithKline Beecham
Farmacêutica

3 X AO DIA

ANTIBIOTICOTERAPIA ORAL



Beecham

**A QUALIDADE DE VIDA
DO PACIENTE ASMÁTICO
COMEÇA AOS**

250

clenil forte
A solução de eficácia
para prevenir e tratar
a asma.



clenil forte
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA
250 mcg **spray**

Bibliografia à disposição da Classe Médica - Depto. Médico - Tel.: (011) 422.4466

Farmalab  **chiesi**

PULMÃO RJ

Pulmão - RJ

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

Editor

Alfred Lemle

Editores adjuntos

Paulo Cesar de Oliveira
Alexandre Pinto Cardoso

Conselho Editorial

Alfred Lemle
Carlos Alberto de Barros Franco
Jaime Veras Correia • José Manoel Jansen
Luiz Carlos Sell • Margareth Pretti Dalcolmo
Luiz Paulo Verbicário
Thiers Marques Monteiro Filho

Jornalista Responsável

Sonia Maria P. Ferreira — MT 617.624

Conselho Redacional

Newton Manhães Bethlem — Antonio Monteiro da Silva
Chibante — Antonio Ribeiro Neto — Angela Ferreira — Anete
Nolasco de Amorim — Alcebiades Rangel — Arnaldo José de
Noronha Filho — Bodo Wanke — Carlos Alberto Guimarães —
Denis Muniz Ferraz — Eduardo Pamplona Bethlem —
Emmanuel de Andrade — Germano Gerhardt — Gilvan Renato
Muzy de Souza — Guilherme Alberto Milward — Guilherme de
Campos Martins — Hélio de Siqueira — João Carlos Correa —
João de Lucena Gonçalves — José Carlos Cachapuz — José
Roberto Zimmerman — Luiz Felipe Júdice — Maria Aparecida
de Souza Paiva — Miguel Ayub Hijay — Nicolau Pedro Monteiro
— Nelio Artides — Pedro Fagundes — Ruy Alberto Kux — Rui
Haddad — Sergio Luiz Magarão — Silvana Elena Romano —
Terezinha Martire Miceli — Henrique Men Eisenberg

Chefia de Redação

Sonia Maria P. Ferreira

Secretária de Redação

Maria Luíza Varela

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 Estado do Rio de Janeiro
Av. Mem de Sá, 197 — Centro CEP 20280
Rio de Janeiro — RJ

Diretoria da SOPTERJ

Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro

Presidente

Carlos Alberto de Barros Franco

Vice-Presidente

Paulo Cesar de Oliveira

Vice Presidente da Capital

e Baixada Fluminense Margareth Pretti Dalcolmo

Vice-Presidente de Niterói,

São Gonçalo e Região dos

Lagos

Luiz Paulo Verbicário

Vice-Presidente da Região

Serrana

Thiers Marques Monteiro Filho

Vice-Presidente da Região

Norte

Luiz Carlos Sell

Vice-Presidente da Região

Sul

Jaime Veras Correia

Secretário-Geral

Luiz Augusto Vianna

Segundo Secretário

Hermengarda Patrícia de Mello Santoro

Tesoureiro

Mauro Musa Zamboni

Secretário para Assuntos

Científicos

José Manoel Jansen

Secretário de Divulgação Alfred Lemle

Presidente do Conselho

Deliberativo

Sérgio Luiz Magarão

Membros do Conselho

Fiscal

Luiz Felipe Júdice

Alexandre Pinto Cardoso

José Roberto Zimmerman

A Revista Pulmão - RJ é uma publicação Oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ) direcionada e seus associados, Pneumologistas, Cirurgiões de Tórax e Intensivistas, e a clínicos com interesse na Especialidade bem como a anunciantes, Hospitais e entidades afins, através do cadastro da SOPTERJ

Tiragem: 5.000 exemplares.

Diagramação e Edição eletrônica: PRÉLO Comunicação — Rua Marques de Pombal, 172/909 — Tel.: 252-9092 — Centro — Rio de Janeiro
Projeto e Produção Gráfica: Aldeia Editora e Gráfica Ltda. — Rua Cardoso de Moraes, 399, sobrado — Bonsucesso — Tel.(FAX): (021) 280-2639
CEP 21032-000 — Rio de Janeiro — RJ

Departamentos e Comissões Científicas Permanentes

Departamento de Cirurgia Torácica
Coordenador — Walter Roriz de Carvalho

Departamento de Pneumologia Infantil
Coordenador — Clemax Couto Sant' Anna

Departamento de Endoscopia Respiratória
Coordenador — Alexandre Pinto Cardoso

Comissões Científicas Permanentes

1 — Doenças Ocupacionais e Poluição Ambiental
Secretário-Executivo — Antonio Monteiro Chibante

2 — Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
Secretário-Executivo — Gerson Pomp

3 — Asma Brônquica
Secretário-Executivo — Roni Marques

4 — Tuberculose
Secretário-Executivo — Sergio Luiz Magarão

5 — Câncer de Pulmão
Secretário-Executivo — Rui Haddad

6 — Micoses Pulmonares
Secretário-Executivo — Miguel Abidon Aide

7 — Ensino Médico
Secretário-Executivo — Amaldo José Noronha Filho

8 — Fisioterapia Pulmonar
Secretário-Executivo — Ricardo Marques Dias

9 — Insuficiência Respiratória Aguda e Ventilação Mecânica
Secretário-Executivo — Denis Muniz Ferraz

10 — Área Básica em Aparelho Respiratório
Secretário-Executivo — Walter Araújo Zin



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

COMISSÃO ORGANIZADORA

PAULO CESAR DE OLIVEIRA
RICARDO MARQUES DIAS
ARNALDO JOSE NORONHA FILHO
MAURO ZAMBONI
JOSE MANOEL JANSEN

MARGARETH DALCOLMO
LUIZ PAULO VERBICÁRIO
THIERS MARQUES MONTEIRO
LUIZ CARLOS SELL
JAIME VERAS CORREIA

ALEXANDRE PINTO CARDOSO
CLEMAX COUTO SANTANA
WALTER RORIZ DE CARVALHO
DENIS MUNIZ FERRAZ
FARLEY CAMPOS
ANA MARIA SCISTOWICZ PEREIRA

29 DE NOVEMBRO A 1 DE DEZEMBRO DE 1993



MU-001

A INFLUÊNCIA DO TABAGISMO EM ALGUNS PARÂMETROS DAS PROVAS DE FUNÇÃO PULMONAR EM ASMÁTICOS AMBULATORIAIS.

Título: Thieme M.H., Guillén de Torres T., Oliveira A.C.P.,
Autor(es): Rezende V.M.C., Lemle A. Serviço de Pneumologia do Hospital Clementino Fraga Filho e Dep. de Clin. Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Apresentamos alguns resultados de estudo retrospectivo de 271 prontuários de asmáticos ambulatoriais tomados ao acaso e que realizaram prova de função pulmonar. A amostra foi dividida entre fumantes ou ex-fumantes (n=114) e não fumantes (n=157). Foram feitas manobras de Capacidade Vital Forçada em número suficiente para a obtenção de pelo menos 3 curvas aceitáveis, realizadas em espirografos de campânula e desempenho semelhantes. Foram tabulados os valores pré e pós broncodilatação. Os valores foram corrigidos pelas BTPS. A gasometria foi determinada de sangue de artéria Umeral e examinados nos eletrodos de Severinghaus e Clarke nos equipamentos MK1 e MK2 da Radiometer, Copenhagen. Foram comparadas as médias dos dois grupos pelo teste T e utilizado o teste de Mann-Whitney, nas variáveis com distribuição não normalizadas por transformação. Foram também comparadas as proporções de resultados espirográficos acentuadamente reduzidos (abaixo de 55 do valor percentual do teórico) pelo teste Z para proporções com correção para continuidade de Yates.

Diversos parâmetros espirográficos dos fumantes apresentaram valores da sua média ou mediana significativamente inferiores aos dos não fumantes. A média da PaO2 mostrou-se significativamente menor entre os fumantes, sendo o inverso observado na PaO2. Também a comparação de proporções de valores espirográficos acentuadamente reduzidos mostrou significativamente maior entre no grupo, onde o fator fumo esteve presente.

Podemos concluir que na amostra estudada: as provas espirográficas após broncodilatação, a PaO2 e a PaCO2 apresentaram resultados significativamente melhores entre os não fumantes.

MU-003

A EVOLUÇÃO DE ALGUNS PARÂMETROS DAS PROVAS DE FUNÇÃO PULMONAR EM ASMÁTICOS AMBULATORIAIS. Thieme M.H.,

Título: Guillén de Torres T., Zagallo L.G., Oliveira A.C.P.,
Autor(es): Lemle A. Serviço de Pneumologia do Hospital Universidade Clementino Fraga Filho e Dep. de Clin. Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Apresentamos a análise da evolução de alguns parâmetros das provas de função pulmonar de 68 prontuários de asmáticos de acompanhamento ambulatorial. Foram incluídos aqueles que possuíam mais de uma prova de função pulmonar em tempos distintos. A amostra foi estratificada em três grupos de observação: no 1º grupo (n=23), o intervalo de tempo entre as provas de função pulmonar era de até 3 anos; no 2º grupo (n=23), o intervalo variava entre mais de 3 anos e menos de 7 anos; no 3º grupo (n=22), mais de 7 anos. As espirografias, com pelo menos 3 curvas aceitáveis de CVF, foram realizadas em espirografos de campânula de características e desempenho semelhantes. Os valores foram corrigidos pela BTPS. A gasometria foi determinada de sangue colhido de artéria Umeral pelos eletrodos de Severinghaus e Clarke nos equipamentos MK1 e MK2 da Radiometer, Copenhagen. A análise estatística dos dados foi realizada pelo teste do ponto sinalizado de Wilcoxon, que comparou a diferença na locação dos pontos entre o 1º e o 2º exame, nos 3 grupos de observação. Foi considerado como nível de significância, α de 5%.

No primeiro grupo, houve para todos os valores referentes a espirografia após prova broncodilatadora superioridade significativa no final da observação em relação ao tempo zero. No 2º e no 3º grupos não houve diferença significativa entre os valores iniciais e finais.

Pela análise dos dados desta amostra, concluímos que houve tendência à melhora a curto prazo e de estabilização a médio e longo prazo.

MU-002

DADOS PRELIMINARES DO ESTUDO DA VARIAÇÃO INDUZIDA POR PLACEBO, EM SPRAY, SOBRE OS PARÂMETROS ESPIROGRÁFICOS OBTIDOS PELO MÉTODO MANUAL.

Dias, RM; Gomes Filho, WP; Chibante, AMS; Jansen, JM. Disciplina de Pneumologia da UNI-RIO, HU Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro.

Com esse objetivo foram avaliados 29 exames de indivíduos normais e broncopneumopatas. Cada exame constou de pelo menos 3 registros da CVF, segundo critérios da ATS (1987), em 2 etapas: estado basal e 15 minutos após a administração de 2 puffs de placebo. Dos parâmetros analisados foram obtidas as médias das diferenças entre as duas etapas e o intervalo de confiança unilateral de 0,05 e 0,025, pelo teste "t", tanto de valores absolutos (ABS), em litros, como dos percentuais de variação (%). O quadro abaixo resume os dados, considerando o limite positivo do intervalo (L).

	média		L 0,05		L 0,025	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
CVF	-0,110	-3,92	0,141	5,07	0,298	10,68
VEF ₁	-0,054	-2,81	0,156	7,02	0,286	13,25
FEF	-0,022	-4,00	0,515	27,19	0,850	46,67

Os resultados mostram tendência a redução dos valores dos parâmetros e reduzida variação de CVF e VEF₁ em função dos puffs de placebo, da repetição das manobras e do método manual de obtenção dos parâmetros.

MU-004

TESTE BRONCOPROVOCATIVO NA AVALIAÇÃO DA ASMA BRÔNQUICA COM SINTOMAS ATÍPICOS

Título: LEMLE, A.; REZENDE, V.M.C.; CASSABIAN, L.A.;
Autor(es): SANTOS, M.I.; OLIVEIRA, ACP
Serviço: Serviço de Pneumologia-Hosp.Univ.Clementino Fraga Filho - UFRJ

Uma das indicações da prova broncoconstrictora é a de auxiliar no diagnóstico de asma brônquica, através da demonstração de hiperreatividade das vias aéreas a estímulos inespecíficos. O presente estudo avalia o percentual de pacientes sintomáticos respiratórios, nos quais havia dúvida no diagnóstico de asma. Foram estudados de forma prospectiva, 22 pacientes submetidos à prova broncoconstrictora com histamina no período de fevereiro/92 à agosto/93. O protocolo utilizado foi o de COCKROFT. Todos os pacientes apresentavam espirografias prévias normais com VEF₁ entre 70 à 129% do teórico. Destes 22 pacientes 20 eram do sexo fem. e 2 do sexo masc., com idade entre 14 e 57 anos, sendo 4 pacientes tabagistas. A prova broncoconstrictora foi positiva (queda do VEF₁ > ou = 20%) em 8 pacientes (40%). Em 7 pacientes (35%), o PC20 (concentração de histamina capaz de reduzir o VEF₁ em pelo menos 20% do basal), foi < ou = 8mg/ml, o que é considerado na literatura compatível com diagnóstico de asma. Em 1 paciente o PC20 ficou entre 8 e 12mg/ml o que é considerado inconclusivo com diagnóstico de asma. Concluímos que a prova broncoconstrictora tem valor como método auxiliar no diagnóstico de asma brônquica conforme descrito na literatura, proporcionando aos pacientes a possibilidade de abordagem terapêutica apropriada. Estudos adicionais com uma maior amostragem seriam necessários para obter-se significado estatístico.



Título: THE EFFECTS OF BETA 2 AGONISTS AND METHYLXANTHINES ON RESPIRATORY AND LIMB MUSCLE PERFORMANCE.

Autor: Vianna, L.G.

Serviço: Department of Thoracic Medicine, King's College School of medicine and Dentistry, London, England.

The possibility that respiratory muscle pump function may be improved by drug therapy is of clinical importance, but remains controversial. A series of studies on the effects of maximally tolerated dosages of terbutaline, tulobuterol (a new beta 2 agonist) and caffeine on respiratory muscle strength and limb muscle strength and endurance was undertaken in 11 normal subjects. Caffeine produced a small but statistically significant increase in the stimulated contraction force at 20 Hz, and a small beneficial effect on recovery from a fatiguing protocol. Terbutaline and tulobuterol had no beneficial effects on either respiratory or limb muscle function. It seems likely that conventional dosages of these bronchodilator drugs do not greatly affect skeletal muscle performance in clinical practice.

Título: ANÁLISE DO POTÁSSIO SÉRICO, PaO₂, VEF 1 APÓS O USO DE FENOTEROL E BROMETO DE IPRATRÓPIO.

Autores: ALVES, R.L.R.; OLIVEIRA, M.J.; KORK, K.M.; SIQUEIRA, H.; JANSEN, J.M.

Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

Este estudo visa à comparação das alterações induzidas por um B₂ agonista e brometo de ipratrópio sobre as trocas gasosas (estudadas pela PaO₂), o metabolismo celular (estudado pelo potássio sérico), e sobre a função pulmonar (estudada pela VEF 1). Foram testados 12 pacientes com DPOC, utilizando fenoterol (F) e 9 com a mesma doença utilizando brometo de ipratrópio (BI). Foi realizado exame basal seguido de testes feitos com 30 e 60 minutos após utilização de um ou outro medicamento por nebulização (F=2,5mg ou BI=500mg). As amostras apresentavam distribuição normal e a análise estatística "t student" revelava alterações significativas (p ≤ 0.05) com K basal/30min, K basal/60min, VEF 1 basal/60min, PaO₂ basal/60min após o uso de fenoterol. Com brometo de ipratrópio VEF 1 basal/30min e VEF 1 basal/60min também mostraram diferenças significativas. Não havia alterações significativas (p > 0.05) com potássio sérico e PaO₂ no brometo de ipratrópio. Concluímos que existe hipocalemia em uso de B₂ agonista sem interferência do ipratrópio neste eletrólito, efeito broncodilatador em uso de ambos e que o fenoterol diminui a PaO₂.

Título: AVALIAÇÃO DA IMUNOTERAPIA EM PACIENTES ASMÁTICOS

Autor(es): Sergio L. M. Soares, Célio B. Barbosa, Alfredo R. Peyneau, Rosa M. S. Marsico - Instituto de Tisiologia e Pneumologia - UFRJ - RJ - Brasil

Foram estudados 59 pacientes adultos com diagnóstico clínico de asma no setor de alergia do ITP-UFRJ. Considerou-se os seguintes aspectos: idade de início, interrupção dos sintomas, alérgenos e fatores desencadeantes, frequência e intensidade das crises, doenças pulmonares prévias, história familiar, antecedentes alérgicos, testes cutâneos e resultado da imunoterapia.

O estudo evidenciou, quanto à identificação, predominância do sexo feminino (40/67,8%) e idade média de 37 anos. O início dos sintomas ocorreu em 39 pacientes (66,1%) antes dos 12 anos com interrupção dos mesmos em 34 (57,6%).

A maioria dos pacientes (52/88,1%) apresentaram as crises desencadeadas por poeira, lâ, mofo, umidade e mudança de temperatura. Com relação aos antecedentes alérgicos familiares (47/79,6%) os apontaram como positivos. Como antecedentes pessoais alérgicos, a rinite foi encontrada em 53 pacientes (89,8%). Os testes cutâneos para inalantes foram positivos em 100% dos testados. A imunoterapia foi realizada em todos os pacientes sendo que 41 destes (69,5%) obtiveram melhora após o tratamento.

Título: Síndrome de Lobo Médio como Apresentação de Sarcoidose.

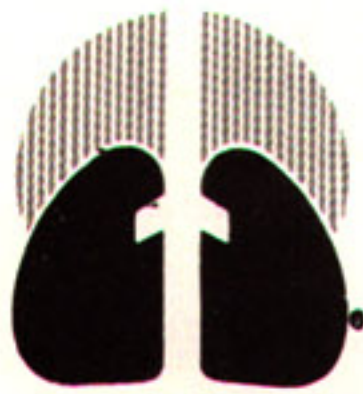
Autores: Mello, F.C.Q.; Paschoal, M.E.M.; Kalichsztein, M.; Anjos, W.C.

Serviço: de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Introdução: O presente relato visa descrever uma apresentação radiológica pouco comum da sarcoidose.

Resumo: Mulher, 45 anos, branca, do lar. Relato de dispnéia aos moderados esforços, tosse com expectoração mucóide, febrícula diária e astenia há 45 dias. História epidemiológica positiva para tuberculose. Ao exame: bom estado geral, hipocorada, taquipneica com hepatoesplenomegalia. RX de tórax (PA/perfil): infiltrado misto predominantemente alveolar em lobo médio e aumento de volume hilar direito. BAAR negativo em três amostras de escarro. PPD não reator. Broncofibroscopia demonstrou lobo médio com orifício em fenda sendo realizados aspirado brônquico, escovado e lavado da escova que foram inconclusivos. Tomografia linear de tórax: adenomegalia hilar e paratraqueal direitas e subcarinal. Submetida a mediastinoscopia e toracotomia posterior direita com biópsias pulmonar e ganglionar. O laudo histopatológico revelou sarcoidose de parênquima pulmonar e mediastínica (ganglionar).

Discussão: Em 3 a 5% dos casos de sarcoidose ocorre adenomegalia hilar somente à direita, a qual raramente causa a síndrome do lobo médio devido às características inflamatórias dos linfonodos acometidos. A síndrome do lobo médio que resulta da obstrução crônica do brônquio correspondente, geralmente está associada, no adulto, à adenite mediastinal devido à tuberculose ou histoplasmose primárias, neoplasias broncogênicas ou linfomato-gênicas. Porém, este caso ressalta que a sarcoidose deve ser lembrada como possível etiologia da síndrome do lobo médio.



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-010

MU-009

AValiação da Atividade da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) e da Adenogina Desaminase (ADA) em 44 Pacientes com Sarcoidose.
Carvalho, SRC; Neves, DD; Figueiredo, S; Dias, RM; Preza, PCA.

Disciplinas de Pneumologia e Bioquímica da UNI-RIO. Com o objetivo de relacionar os níveis de ECA e ADA com parâmetros de atividade de doença: sinais, sintomas, evolução radiológica e tempo de doença, foram analisados os resultados de 44 pacientes. Como estes já estavam em acompanhamento, o fator tratamento (corticoterapia), já em curso em 20 dos 44, invalidou parte do objetivo. Mesmo assim, alguns resultados (quadro abaixo), com médias e DP, merecem destaque. A terapêutica foi instituída em todos os pacientes com RX evolutivo.

			ECA	ADA
S/TRAT	SINAIS ⁺	(n=9)	49,9(21,99)	43,7(18,63)
	SINAIS ⁻	(n=15)	43,7(18,59)	40,2(18,58)
C/TRAT	SINAIS ⁺	(n=6)	60,0(26,60)	59,8(20,19)
	SINAIS ⁻	(n=14)	41,5(18,32)	46,4(21,42)
S/TRAT	SINT ⁺	(n=8)	54,4(26,20)	38,9(11,17)
	SINT ⁻	(n=16)	41,8(14,78)	42,8(21,17)
C/TRAT	SINT ⁺	(n=11)	58,7(21,65)*	60,0(20,78)*
	SINT ⁻	(n=9)	32,8(12,83)	38,8(16,63)
S/TRAT	TD<2a	(n=12)	43,6(19,45)	29,8(15,70)
	TD>2a	(n=12)	48,4(20,52)	53,2(12,42)*
C/TRAT	TD<2a	(n=4)	34,5(15,78)	40,3(13,23)
	TD>2a	(n=16)	50,2(22,81)	53,0(22,68)

Enquanto a ADA se mostrou elevada, em função do tempo de doença, ambas (ADA e ECA) foram capazes de identificar os sintomáticos em tratamento. Resta verificar a relação entre a dose terapêutica e a relevância de alguns sintomas específicos.

Título: FORMAS ATÍPICAS DE SARCOIDOSE: RELATO DE 2 CASOS
Autor(es): Vianna A., Ferreira A., Moreira V., Jardim A.
Serviço: PNEUMOLOGIA - HUAP - UFF

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida que acomete principalmente os gânglios mediastinais e o parênquima pulmonar. Os autores relatam 2 casos atípicos de sarcoidose; o 1º caso mostra um jovem com lesões alveolares no radiograma torácico, o 2º caso é de uma jovem com acometimento intersticial pulmonar com hepatoesplenomegalia.

Os autores descrevem os métodos diagnósticos realizados, enfatizando a evolução clínica e radiológica.

MU-011

IDENTIFICAÇÃO DE LINFÓCITOS TOTAIS, CD4 e CD8 NO LAVA-DO BRONCOALVEOLAR (LBA) EM PORTADORES DE SARCOIDOSE.

Título:

Autor(es): Marques EJ, Tavares JL, Jansen JM, Brandão R,
Serviço: Ornellas MH, Ferreira, F.

Serviços de Pneumologia e Patologia Geral - UERJ

Para a caracterização da alveolite linfocitária da sarcoidose, o LBA é de fundamental importância, principalmente quando complementamos seu estudo com técnicas imunocitológicas para a identificação de linfócitos CD4 e CD8.

Estudamos 16 pacientes portadores de sarcoidose separados em dois grupos: (I) pré-tratamento (n=8) e (II) em ou pós-tratamento (n=8). Os pacientes foram submetidos à broncofibroscopia para colheita do LBA. Os materiais foram analisados quanto à contagem celular diferencial, assim como quanto à identificação das subpopulações CD4 e CD8, além da relação CD4:CD8 pela técnica peroxidase com a utilização de anticorpos monoclonais.

O estudo prévio de um grupo controle permitiu caracterizar limites de normalidade para as categorias celulares estudadas (macrófagos 92-94%, linfócitos até 7%, neutrófilos até 1%, eosinófilos até 1%, outras células até 1%, linfócitos CD4 55-61%, linfócitos CD8 30-35%, relação CD4:CD8 1.54:1 - 2.31:1).

A contagem dos linfócitos totais se mostrou com significativa elevação na fase pré-tratamento (grupo I). A caracterização dos linfócitos CD4 e CD8 e da relação CD4:CD8 mostrou significativa elevação dos linfócitos CD4 e da relação CD4:CD8 no grupo I configurando uma fase de atividade inflamatória.

MU-012

DISTRIBUIÇÃO DE LAMININA, COLÁGENO IV, FIBRONECTINA, ELASTINA E COLÁGENO I EM SEPTOS ALVEOLARES NAS PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS DIFUSAS (PID) - UMA VISÃO IMUNOHISTOQUÍMICA.

Título:

Autor(es):

Serviço:

Costa CH; Tavares JL; Jansen JM; Porto LC; Ferreira E
Serviços de Pneumologia e Histologia - UERJ.

A fibrose pulmonar difusa é o resultado de diferentes tipos de injúria ao pulmão. São apresentados 5 pacientes portadores de PID de diferentes etiologias (sarcoidose, tuberculose, pneumopatia por hipersensibilidade a amiodarona, lupus eritematoso sistêmico e pneumopatia intersticial difusa idiopática) diagnosticadas por toracotomia a céu aberto.

Pela técnica da imunofluorescência indireta foram marcados os seguintes componentes da matriz extracelular: laminina, fibronectina, elastina e os colágenos I e IV. Todos os pacientes apresentaram depósito de laminina e colágeno IV com aspecto linear e interrompido, correspondendo a lesão da membrana basal e do epitélio alveolar que ocorre precocemente nestes casos como resposta inespecífica à injúria tecidual. Notamos ainda a ocorrência de fibronectina com padrão heterogêneo de grande intensidade nos casos que apresentamos, revelando uma trama delicada no interior dos septos alveolares, além de depósito linear nas áreas correspondentes à membrana basal. Em relação à elastina houve depósito mais acentuado em 4 destes 5 pacientes formando, inclusive, lâminas ou núcleos densos em determinadas regiões revelando o potencial elastogênico destes pulmões fibroticos. Por último analisamos o colágeno I que foi visto sob padrão difuso tanto nos septos alveolares quanto nas áreas correspondentes à fibrose, embora com intensidade variável em cada caso.

A relativa uniformidade das alterações vistas neste trabalho ratifica que a fibrose pulmonar é o resultado do processo reparativo a diferentes tipos de injúria.

29 Novembro

Temas Livres



Título: LAVADO BRONCO ALVEOLAR (LBA): APRESENTAÇÃO DE 200 CASOS.
Autor(es): TAVARES JL; COSTA CH; JANSEN JM; MARQUES LJ;
Serviço: MILWARD G; ORNELLAS MH.
Serviços de Pneumologia e de Patologia Geral - UERJ

A investigação das Pneumopatias Intersticiais Difusas (PID) pelo LBA tem sua importância bem caracterizada. A identificação de características linfocitárias e/ou neutrofílicas auxilia no diagnóstico e terapêutica destes pacientes. São apresentados 200 casos de LBA (190 casos de PID: sarcoidose (sarc)26%; colagenoses (colag)22%; PID idiopática (PIDid)18%; pneumoconioses (pncon)9%; sem diagnóstico 10%; outras PID 4%; LBA invalidados 7% e 10 casos (5%) como "grupo normal", acompanhados há 2 anos e caracterizados como linfocitários (L=40%), neutrofílicos (N=29%), mistos (M=16%) e normais(15%).

Nos LBA (L) predominou a sarc (46%), nos LBA (N) predominaram as PIDid (33%) e as colag (25%). Nos LBA (M) e nos LBA normais a distribuição de frequências foi semelhante entre os quatro grupos principais de PID (sarc, PIDid, colag e pncon).

A análise estatística mostrou que estas diferenças de características celulares do LBA (LBA L ou N) são significantes (α 0,05) quando comparamos a sarc (LBA L) com a PIDid (LBA N) -Teste de Fisher-, o que não ocorreu quando comparamos a PIDid (LBA N) com as colag (LBA N) -Teste do qui quadrado-.

Concluimos que a caracterização do perfil celular predominante no LBA em pacientes portadores de PID pode auxiliar na orientação diagnóstica de determinadas PID com diferentes etiologias.

MU-016

Título: Bronquiolite obliterante com organização pneumônica com Lupus Eritematoso Sistêmico.
Autor(es): Insignares, M.A.J.; Elabras Fº, J.; Valiante, P.M.N.; Giesta, M.M.S.; Baptista, R.; Tuma, M.F.F.; Vianna, U.
Serviço: Serviço de Reumatologia do Hospital Universitario Clementino Fraga Filho da U.F.R.J.

Bronquiolite obliterante com organização pneumônica é uma rara causa de falência respiratória progressiva que ocorre em associação com LES. Os autores apresentam um doente de 28 anos com história de LES a 07 anos sendo tratado com pulsoterapia de metilprednisolona e ciclofosfamida, que foi internado na nossa enfermaria apresentando síndrome nefrótica e infecção pulmonar com boa resposta ao tratamento com antibiótico.

Uma semana após melhora do quadro respiratório iniciou-se pulsoterapia com metilprednisolona e seis dias após da pulsoterapia e estando com meticorten 40 mg/dia como dose de manutenção, o doente iniciou quadro febril de 39º a 40º C, tosse seca inicialmente e com escarro amarelado após, dispnéia progressiva, estertores crepitantes bibasais e radiografia tórax com infiltrado retículo-nodular difuso. De início investigação diagnóstica com hemoculturas negativas, BAAR negativo, LBA negativo e biópsia pulmonar a céu aberto com laudo histopatológico de Bronquiolite obliterante com organização pneumônica.

Título: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: ANÁLISE RADIO-LÓGICA DE 14 CASOS.
Autor(es): PATIA DE FATIMA DO AMARO TEIXEIRA
Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA- UFRJ

Analisam-se as radiografias de tórax em PA de 14 pacientes, cujo diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática foi comprovado por exame histopatológico que mostrou pneumonia intersticial comum. Observou-se padrão intersticial em todas as radiografias, sendo reticular em 7 e retículo-nodular em 7. A distribuição das imagens céfalo-caudal nas regiões inferiores dos pulmões e a distribuição axial periférica foram mais frequentes nas radiografias antes do diagnóstico. A evolução radiológica mostrou o aumento de áreas de faveolamento e de formações císticas, assim como a diminuição da área pulmonar na maioria dos casos. Derrame pleural ou calcificações no parênquima pulmonar e na pleura não foram constatados em nenhum caso. O espessamento da pleura, nas fases tardias da doença, foi mais frequente que na literatura. Pneumotórax bilateral foi constatado em 1 caso. Traqueomegalia adquirida não foi observada em nenhum caso; 3 dos 14 pacientes evoluíram com sinais radiológicos de hipertensão pulmonar. Conclui-se que na fibrose pulmonar idiopática a análise seriada das radiografias de tórax pode mostrar o agravamento progressivo da doença.

MU-017

Título: BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM ORGANIZAÇÃO PNEUMÔNICA (BOOP) - A PROPÓSITO DE UM CASO.
Autor(es): ELABRAS FILHO, J.; INSIGNARES, J.M.A.; VALIANTE, P.M.M.
Serviço: PASCHOAL, M.E.M.; LIMA, F.P.S.
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA-HUCFF/UFRJ

A BOOP consiste numa resposta padronizada do interstício pulmonar a estímulos diversos. Ao contrário da Bronquiolite Obliterante clássica, que cursa com lesões estenosantes e cicatriciais de pequenas vias aéreas, sem projeções para os paços alveolares, com obstrução ao fluxo aéreo, radiografia de tórax normal ou com hiperinsuflação pulmonar e com pobre resposta ao tratamento; a BOOP leva a um comprometimento alveolar com formação de tecido de granulação, estendendo-se de forma variada as vias aéreas, com infiltrados pulmonares na radiografia de tórax e com boa resposta ao tratamento. Seu diagnóstico é histopatológico podendo o material para estudo ser obtido por biópsia pulmonar transbroncoscópica, o qual nem sempre é suficiente; ou através de biópsia pulmonar a céu aberto. Os autores descrevem um caso de BOOP de origem idiopática em uma paciente de 38 anos, com sintomas de tosse, dor torácica, febre e dispnéia progressiva, com infiltrado pulmonar bibasal, que teve, seu diagnóstico firmado através de biópsia pulmonar a céu aberto e com remissão total dos sintomas com o uso de corticoterapia oral.



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-019

MU-018

Título: BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA ORGANIZADA
Autor(es): MOREIRA, V. B., VIANNA, A. O. A., TEIXEIRA, G. H. M. C., FERREIRA, A. S., AIDÉ, M. A.
Serviço: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - UFF

Os autores apresentam um caso de Bronquiolite Obliterante com Pneumonia Organizada, diagnosticada em biópsia pulmonar por toracotomia mínima. Paciente masculino de 26 (vinte e seis) anos, natural de Pernambuco, há cinco anos iniciou com dispnéia aos esforços, febre diária, tosse seca e astenia. Tratado para tuberculose pulmonar com diagnóstico presuntivo sem melhora clínica. Na internação apresentava tosse seca e dispnéia. Expansibilidade e M.V. diminuído difusamente e estertores crepitantes de 1/3 superior do HTD. Radiograma de tórax com opacidades nodulares com áreas de confluências nos lobos superiores. Padrão restritivo à espirometria e eosinofilia periférica. A PaO₂ era de 88,3 mmHg. Broncofibroscopia com biópsia negativa. Biópsia por toracotomia com presença de processo inflamatório intersticial e fibrose de distribuição multifocal, caracterizada pela formação de pólipos ou tampões constituídos por fibroblastos em meio a matriz mixóide obstruindo total ou parcialmente os espaços aéreos distais. Tratado com Prednisona inicialmente 1mg/kg/dia com importante melhora clínica já no 2º mês de tratamento.

Título: PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA
Autor(es): MARIA DE FÁTIMA DO AMPARO TEIXEIRA
SERGIO LUIZ MACHADO SOARES
Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA - UFRJ

A pneumonia intersticial linfocítica foi descrita por Liebow e Carrington em 1966. Ao exame histopatológico caracteriza-se por infiltrado composto por linfócitos maduros, plasmócitos e histiócitos comprometendo os septos alveolares, pequenas vias aéreas e vasos; graus variados de fibrose podem acompanhar o infiltrado celular e é comum a hiperplasia de pneumócitos tipo 2. Pode estar associada a hipergamaglobulinemia ou hipogamaglobulinemia, síndrome de Sjögren ou outras doenças auto-imunes. Recentemente tem sido associada à AIDS, principalmente em crianças.

Apresentamos o caso de um paciente com 17 anos com história de dispnéia, tosse produtiva, cianose de extremidades e hipocratismo digital. Após a exclusão de cardiopatia e doenças infecciosas, foi submetido à biópsia pulmonar a céu aberto, cujo exame histopatológico mostrou pneumonia intersticial linfocítica. A curto prazo a corticoterapia foi benéfica, entretanto não impediu a evolução com agravamento da insuficiência respiratória, culminando em morte. São discutidos os aspectos clínicos, radiológicos, funcionais pulmonares e a evolução dessa doença.

MU-020

Título: PNEUMONIA LINFÓIDE CRÔNICA. RELATO DE UM CASO.
Autor(es): AZEVEDO, K. R. S.; FERRAZ, D. M.
Serviço: DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE IPANEMA - SES/SUS/RJ

Homem pardo, de 37 anos, tabagista, vendedor ambulante, foi internado para esclarecimento diagnóstico. Referia astenia, perda de peso imprecisa, expectoração de aspecto purulento, hemoptóicos e febre há 3 meses. Era etilista e usuário de cocaína por via inalatória. Negava hemotransfusão e promiscuidade sexual. O paciente se apresentava em mau estado geral, emagrecido, com candidíase oral, taquipneico, com crepitações bibasais e febre elevada. Radiografia de tórax mostrava infiltrado alveolar confluyente bilateral que evoluiu com derrame pleural. Foi manejado inicialmente com antibioticoterapia ineficaz obtendo melhora clínica, porém sem regressão das imagens radiográficas. A investigação laboratorial foi inconclusiva. Sorologia para SIDA/AIDS repetidamente negativa. Punção biópsia pleural e broncoscopia com biópsia transbrônquica inconclusivas. Toracotomia com biópsia pulmonar permitiu o diagnóstico de Pneumonia Linfóide Crônica e Bronquiolite Obliterante. Foi tratado com corticoterapia sistêmica, apresentando melhora clínica, radiográfica e funcional pulmonar. Após 5 meses de tratamento abandonou o acompanhamento médico. Retornou 2 anos depois com quadro clínico idêntico ao inicial. Radiologicamente o infiltrado alveolar tornou-se mais confluyente, com aspecto de formações pseudotumorais. Reiniciada a corticoterapia sistêmica, houve novamente melhora clínica, radiográfica, e funcional pulmonar. A raridade desta entidade, o aspecto radiográfico inicial e evolutivo incomuns, assim como a brilhante resposta ao uso de corticoesteróides, nos motivou a relatar o caso.

MU-021

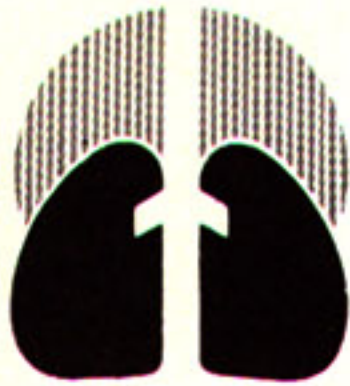
Título: DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE PNEUMONIAS HOSPITALARES
Autor(es): Daiha, E.; Castelo Branco, E. & Gontijo Filho, P. P.
Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)

O diagnóstico de pneumonia hospitalar em pacientes críticos, entubados e sob ventilação mecânica, continua a representar um grande problema em UTI, onde sinais e sintomas fornecem resultados falso-positivos ou falso-negativos, em cerca de 1/3 destes pacientes. Foram estudados 22 pacientes internados na UTI do HSVP, com suspeita clínica-radiológica de pneumonia. O estudo bacteriológico foi realizado nos seguintes espécimes: aspirado traqueal, broncoaspirado e BAL. A população estudada foi constituída predominantemente por pacientes do sexo masculino (54,5%), com uma idade média de 74,6 anos nos homens e 71,4 anos nas mulheres. A suspeita clínica-radiológica de pneumonia foi baseada em febre acima de 38°C, leucocitose acima de 10.000 células/mm³, secreção traqueal purulenta e infiltrado pulmonar persistente ao Rx de tórax. Cerca de 2/3 destes pacientes não estavam em uso de antibióticos no momento da colheita dos espécimes. Considerando as culturas com pelo menos 10⁵ ufc/ml como positivas, não houve diferença entre os três métodos, com aproximadamente 81% de positividade. Quando a contagem de colônias teve como limite 10⁴ ufc/ml, o broncoaspirado apresentou 72,7% e o BAL 86,4% de positividade contra 40,9% no aspirado traqueal. Os agentes etiológicos predominantes foram bacilos gram negativos, principalmente P. aeruginosa (31,8%) seguido por K. pneumoniae (18,2%). Os resultados apontam uma boa sensibilidade no diagnóstico bacteriológico, apesar do uso de antibiótico em 36,4% dos pacientes, independente do método diagnóstico utilizado.

Apoio Financeiro: - CNPq

29 Novembro

Temas Livres



Título: PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE ESCAVADA
Autor(es): MENDONÇA, D.A.; SALLES, C.G.L.; CARVALHO, C.E.
Serviço:

OS AUTORES APRESENTAM UM CASO DE UMA PACIENTE DE 44 ANOS COM INFILTRADO ALVEOLAR E INTERSTICIAL DIFUSO, BILATERAL, ESCAVADO ASSOCIADO A HIPOXEMIA, DISPNEIA, TOSSÊ PRODUTIVA E CUJO DIAGNÓSTICO FOI PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE ATRAVÉS DE BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO. APÓS O DIAGNÓSTICO FOI INICIADO PULSOTERAPIA COM METILPREDNISOLONA-30mg/Kg/3 DIAS CONSECUTIVOS E MANUTENÇÃO / COM PREDNISONA 1,5mg/Kg. NO 20º MÊS DE CORTICÓIDE AINDA A PRESENTAVA PADRÃO MISTO NA ESPIROGRAFIA, HIPERCAPTAÇÃO PULMONAR POR GALIO-67 BILATERAL (MAIS EVIDENTE À ESQUERDA), NORMALIZAÇÃO DA GASOMETRIA ARTERIAL EM REPOUSO E MELHORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA; NO 5º MÊS DO TRATAMENTO, HOUVE NORMALIZAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA; A RADIOGRAFIA TORÁCICA COM DISCRETO INFILTRADO INTERSTICIAL POR PÓVAVEL FIBROSE RESIDUAL (A BIÓPSIA DIAGNÓSTICA JÁ EVIDENCIAVA UM GRAU DE FIBROSE); CLINICAMENTE, DISPNEIA LEVE, OS GRANDES ESFORÇOS E PRATICANDO SUAS ATIVIDADES HABITUAIS;

DENTRO DAS PNEUMONITES POR HIPERSENSIBILIDADE PODEMOS IDENTIFICAR VÁRIAS ENTIDADES PROVOCADAS POR ANTÍGENOS ORGÂNICOS E INORGÂNICOS QUÍMICOS; MUITAS VEZES, NÃO OS IDENTIFICAMOS. DAÍ A SUA IMPORTÂNCIA SIGNIFICATIVA DEVIDO A INCAPACIDADE AS QUAIS PODE LEVAR À INDIVÍDUOS AINDA EM FASE DE PRODUÇÃO. DESSE MODO OS AUTORES APRESENTAM SEU INTERESSE NO ASPECTO SOCIO-ECONÔMICO E A SUA IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DE INFILTRADOS RADIOLÓGICO MISTO E ESCAVADOS;

MU-024

TÍTULO: VALORIZAÇÃO DA DIFERENÇA PERCENTUAL DIF-VEF₁ NAS SÍNDROMES VENTILATÓRIAS
AUTORES: ALVES, R.L.R.; CHAVET, P.R.; JANSEN, J.M.
SERVIÇO: PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

A caracterização e padronização do estudo espirométrico tem evoluído significativamente, mas uma das grandes dificuldades ainda é a diferenciação de distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO), com redução de DIF e distúrbio ventilatório misto (DVM) quando não há medida de CPT. Pereira e Seto (J.Pneumol. 17 (2) 59-68, 1991), sugerem um algoritmo com utilização da diferença percentual de DIF e VEF₁ que permitiria a separação entre DVO e DVM. Analisamos 317 pessoas, todas com medida de CPT, sendo que 50 pessoas apresentavam valores normais de espirometria. Dos 267 restantes, 102 eram DVO e 79 DV Restritivo (DVR). Através do fluxograma de Pereira, alocamos os pacientes em classificáveis (C) = $\Delta \leq 12$ e ≥ 25 e não classificáveis (NC) = $\Delta > 12$ e < 25 . Encontramos em DVO: C=62% e NC=38%. Utilizando o limite teórico de CPT proposta pela ATS (80%), a concordância foi de 94%, enquanto que, se utilizado o valor percentual de Pereira (93%), esta cai para 60%. Nos DVR, C=51% e NC= 49%, com concordância de 90%. Acharos o valor médio para Δ em DVR de - 0,5 e nos normais de 5. Concluímos que Δ apresenta auxílio importante de interpretação dos dados espirométricos quando não se faz determinação de CPT, desde que se adote o critério clássico da ATS de normalidade de CPT até o nível de 80%.

CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E PROVAS FUNCIONAIS VENTILATÓRIAS.

Pereira, MLB; Dias, RM.
FCM-UERJ; Disciplina de Pneumologia da UNI-RIO

Foram estudados 100 indivíduos adultos com Asma(A) e 100 fumantes com Bronquite Crônica(BC). Para obtenção dos sintomas respiratórios, tabagismo e HPP foi utilizado o questionário da ATS, modificado. As Provas de Função Ventilatória(PFV) foram realizadas em equipamento Survey/Spiromatic, com determinação dos parâmetros da curva Volume-Tempo e teste broncodilatador com 400 mcg de Salbutamol. Para análise comparativa dos valores dos parâmetros da PFV os indivíduos foram subdivididos em função da presença ou não dos sintomas, presença de crises de dispnéia com sibilos, diagnóstico atual de Bronquite Crônica(BC) e HPP de Pneumonia, Enfisema e Sinusite. Não houve diferença significativa entre os subgrupos, exceto para BC, com ou sem sibilos, (G1) e Asma, com e sem tosse produtiva persistente(G2). Apesar da inexistência de diferenças nas características antropométricas e valores basais, o subgrupo G2 apresentou tendência global a maior variação com a broncodilatação, sendo esta significativa para o VEF₁. O subgrupo G1 apresentou maior disfunção ventilatória e respondeu com maior intensidade ao teste broncodilatador, de modo significativo para todos os parâmetros, exceto relação VEF₁/CVF.

MU-025

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS.

FOMP, G.; ANTUNES, S.A.; PID, J.E.; ALVES, R.L.R.

PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

Desde 1986 o autor elaborou uma tabela de avaliação da qualidade de vida dos pacientes, com DPOC. Atualmente faz uma revisão estendendo-a aos pacientes com doença respiratórias crônicas em geral. São avaliados 18 pacientes, com DPOC, PID e BRONQUIECTASIAS. Consiste na aplicação de um questionário com tópicos sobre a intensidade da dispnéia; Desempenho pessoal no contexto laborativo e familiar; Convívio familiar e social; possibilidades de lazer; Grau de dependência aos cuidados médicos; Histórias de complicações hospitalares. O questionário é avaliado em pontos negativos ou positivos e o resultado é expresso em percentual - 100% é a qualidade de vida não alterada pela doença respiratória crônica. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. A qualidade de vida dos 18 pacientes é comparada às suas provas respiratórias. A avaliação da Q.V. serve para estabelecer a intensidade da repercussão da doença sobre a pessoa, para comparar a evolução e para estimar os resultados da terapêutica como oxigenioterapia domiciliar corticóides em manutenção e reabilitação respiratória.



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-027

MU-026

CORRELAÇÃO ENTRE GRADAÇÃO DE DISPNEIA E PROVAS FUNCIONAIS VENTILATÓRIAS NA ASMA E NA BRONQUITE CRÔNICA/ENFISEMA.

PEREIRA, MLB; DIAS, RM.
FCM - UERJ; Disciplina de Pneumologia da UNI-RIO.

Foram estudados 100 indivíduos com Asma (A), não fumantes, e 100 com Bronquite Crônica Tabágica, associada ou não a Enfisema (BC-E). Todos foram submetidos ao questionário padronizado da ATS, modificado. Como a dispnéia é o sintoma que o clínico espera estar mais relacionado ao grau de disfunção do órgão de origem, resolvemos estudá-la mais detalhadamente. Os exames foram realizados em equipamento Survey/Spiromatic. Foram comparados os valores dos parâmetros funcionais do grupo A contra os do BC-E, para o mesmo grau de dispnéia. Para o mesmo grupo, foi verificada a capacidade dos parâmetros em distinguir os graus de dispnéia. Finalmente, analisamos a resposta broncodilatadora (BD), em valores absolutos e percentuais, por grupo e grau de dispnéia. Observamos que há uma tendência a piores valores funcionais com o aumento do grau de dispnéia; entretanto, apenas nos indivíduos com dispnéia G4, tanto no grupo A como no BC-E, as diferenças foram significativas. Nestes indivíduos, a resposta BD pela CVF foi maior em ambos os grupos, quer por valores absolutos, quer percentuais. Para os demais graus de dispnéia, a resposta BD não foi homogênea.

Título: DPOC Descompensado

Autores: Corrêa, JC, Corrêa, VLF, Aderaldo, A., Romano, S.E., Mascarenhas, L.F.
Serviço: Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro.

Estudamos 50 pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, internados com insuficiência respiratória no Hospital dos Servidores do Estado - RJ.

A idade média foi de 63,9 anos (38 a 96 anos), sendo 32 homens (64%) e 18 mulheres (36%). Os sintomas mais frequentes foram dispnéia (96%), tosse e expectoração (92%) e dor torácica (32%).

As causas mais frequentes de descompensação foram: infecção respiratória, insuficiência ventricular esquerda e tromboembolismo pulmonar.

Os autores ressaltam o alto custo representado pela internação destes pacientes que ficam em média 20 dias na enfermaria. No CTI são internados 18,3% dos pacientes, com permanência média de 12 dias.

MU-028

ANÁLISE FUNCIONAL NA OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES

Título: TÓRIAS SUPERIORES
Autor(es): Azevedo, KRS; Bravo-de-Souza, R.
Serviço: Fisiopatologia Pulmonar - ITP-UFRJ

Cinco pacientes com obstrução de via respiratória superior (VRS), com lesões confirmadas por endoscopia, foram analisadas funcionalmente, objetivando-se avaliar critérios diagnósticos para tais situações. Endoscópicamente, quatro tinham lesões extra-torácicas (1 com edema de cordas vocais, 1 com paralisia em adução, 1 com lesão vegetante em corda vocal direita ocluindo cerca de 60% da luz da laringe e 1 com tumor de traquéia) e um apresentava tumor na traquéia intratorácica. Todos apresentavam dispnéia, com ou sem disфонia. Alguns usavam broncodilatador, sem melhora. Foram obtidas curvas volume-tempo e alças fluxo-volume. Utilizando como critérios de obstrução de VRS o valor absoluto de FIF50 em litros/minuto e as relações FEF50/FIF50, VEF1/FEFmax e VEF1/VEF0,5, já descritos na literatura, encontramos os seguintes resultados: Dos quatro pacientes com lesão extratorácica, 3 preencheram os critérios sendo 2 com obstrução fixa e 1 com obstrução variável. O paciente com lesão de traquéia intratorácica preencheu os critérios para obstrução intratorácica variável. Um único paciente com lesão obstrutiva à endoscopia não teve alteração funcional compatível. Este trabalho enfatiza o valor da alça F-V no esclarecimento de dispnéia.

MU-029

USO DO COMPUTADOR NA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO EM PNEUMOLOGIA - 2.0
Autores: SIQUEIRA, H.; CHAUVE, P.; POMP, G..
Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

O Setor de Prova de Função Respiratória atende a um grande número de avaliações de risco para cirurgias torácicas e abdominais. O presente programa foi construído (versão 1.0) e aperfeiçoado (versão 2.0) com os objetivos de padronizar a avaliação, auxiliar nos cálculos e na classificação dos doentes e acelerar o aprendizado dos alunos de Pós-Graduação. O programa segue um algoritmo adaptado de Dring et al (1989) e Markos et al (1989) e usa parâmetros tanto de volume VEF¹ quanto de percentagem do teórico, para prever a perda da função respiratória no pós-operatório e enquadrar o paciente nos diversos grupos de risco. A cada conclusão a que se chega (indicando ou não a cirurgia) pode-se consultar uma referência em que se discute a classificação e se lista a bibliografia referente. Dez casos clínicos são oferecidos com exemplo. O programa roda em computador IBM-PC compatível, em ambiente DOS. Cópia do programa pode ser obtida com os autores.

29 Novembro

Temas Livres



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-030

Título: Mesotelioma Pleural Maligno sem Exposição a Asbesto: relato de um caso.
Autores: Anjos, W.C.; Paschoal, M.E.M.; Mello, F.C.Q.; Kalichstein, M.
Serviço: de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Relato de caso: Homem, 85 anos, branco, contador em fábrica de sulfureto de carbono por 40 anos e ex-tabagista de 20 maços/ano. Queixa de dispnéia progressiva até mínimos esforços e emagrecimento de 10 Kg em 4 meses. Ao exame: taquipneico, com síndrome de derrame pleural em metade inferior de hemitórax esquerdo. Presença de nódulo pético aderido a arco costal em face lateral de hemitórax esquerdo, onde haviam sido feitas toracocentese e biópsia pleural em outro serviço. Tais exames haviam revelado: líquido exsudativo com predomínio celular linfocitário e análise histopatológica compatível com pleurite crônica inespecífica. RX de tórax (PA/perfil esquerdo) revelava derrame pleural esquerdo. PPD não reator. TC de tórax: espessamento pleural difuso com mínima quantidade de líquido em hemitórax esquerdo. Biópsia do nódulo acima descrito compatível com mesotelioma maligno.

Discussão: O mesotelioma pleural maligno corresponde a 1% de todos os tumores pleurais e pulmonares. Há relação com exposição a asbesto em 70 a 85% dos casos, porém, tal exposição, por vezes, é difícil de ser estabelecida. A descrição deste caso visa: relatar a ocorrência desta neoplasia sem exposição a asbesto comprovada; salientar a dificuldade diagnóstica desta entidade (dificuldade esta ressaltada no último Congresso Internacional sobre o tema, onde foi sugerida a biópsia a céu aberto nos casos suspeitos); e relatar uma complicação prevista da toracocentese que é o implante neoplásico no seu trajeto.

MU-032

Título: MUCORMICOSE PULMONAR: APRESENTAÇÃO DE UM CASO.
Autor(es): FERRAZ, D.M.; AZEVEDO, K.R.S.
Serviço: DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE IPANEMA-SES/SUS/RJ

Mulher branca, de 45 anos, diabética desde 29 anos (tipo I) foi admitida por apresentar tosse com expectoração mucosa, febre baixa, e leve dispnéia há um mês. Exame físico: bom estado geral, eupneica, acianótica, hipertensa, orofaringe sem anormalidade. Catarata bilateral. Restante do exame físico inexpressivo. Radiografia do tórax mostrava infiltrado alveolar localizado em lígula. Exames laboratoriais evidenciaram insuficiência renal crônica e glicemia normal. Foi manejada inicialmente com antibioticoterapia inespecífica, tornando-se assintomática do ponto de vista respiratório. Permaneceu entretanto com mesmo aspecto radiográfico de infiltrado alveolar em lígula. Foi submetida a broncofibroscopia, na qual se observou formação brancocenta de aspecto tumoral, ocluindo quase por completo a luz do brônquio da divisão lingular. As biópsias da lesão foram negativas para malignidade, e foram visualizadas hifas de cogumelos não septadas no tecido. A cultura do tecido revelou o crescimento de mucor. A paciente foi tratada com itraconazol (400mg/dia) via oral, apresentando boa resposta clínica e radiológica até o momento. Apresentação do caso foi motivada pela raridade da forma pulmonar de mucormicose em paciente diabética compensada, e com evolução clínica favorável. Os achados endoscópicos pré e pós tratamento serão demonstrados.

Temas Livres

MU-031

O VALOR DA ADEOSINA DESAMINASE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS DERRAMES PLEURAIS.
DENISE DUPRAT NEVES, PAULO CÉSAR A. PREZA, RICARDO M. DIAS.
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA UNIRIO - HUGG

OBJETIVO: Avaliar a utilidade da atividade da Adenosina Desaminase (ADA) no diagnóstico diferencial dos derrames pleurais, em região de alta incidência de tuberculose.

AMOSTRA E MÉTODO: Foram estudados 170 pacientes distribuídos entre os seguintes grupos: tuberculose (72), neoplasia (25), mieloma (8), linfomas (7), transudato (17) e empiema (13). Os 2 últimos grupos foram excluídos da análise comparativa por serem facilmente diferenciados dos demais. Vinte e oito ficaram sem confirmação diagnóstica e foram também excluídos.

A atividade da ADA foi dosada pelo método de Giusti, sendo considerado como valor discriminatório 50 U/L.

RESULTADOS:

AMOSTRA	S	E	VPP	VPN	Nº DE CASOS
Amostra Geral com Diag.	84.4	82.9	85	93.5	142
DP Linfocitários > ou = 75%	96.8	93.8	96.8	93.9	94
Amostra Utilizada	84.4	82.5	85.8	90.2	112

	S	E	VPP	VPN	
GRANULOMA	86.1	100	100	77.8	Critérios
CULTURA BK PRAG	40	100	100	54.2	
CULTURA BK LP	2	100	100	36	Certeza
ESCARRO POST. P/BK	36.8	100	100	40	
ADA	84.4	82.5	85.8	90.2	
PPD > ou = 10mm	73.5	61.1	83.7	45.8	Critérios
LINFOCITOS > ou = 75%	92.8	87.1	74.1	72.2	Probabilidade
IDADE < 40 ANOS	75	67.5	80.6	60	idade

A idade do paciente, o teste tuberculínico e a contagem de linfócitos no líquido pleural demonstraram menores valores preditivos que a ADA para o diagnóstico de probabilidade de derrame pleural por tuberculose. A ADA foi mais sensível que todos os critérios de certeza, mas isoladamente não é capaz de confirmar o diagnóstico.

CONCLUSÃO: A dosagem da ADA é um teste útil para o diagnóstico diferencial dos exsudatos pleurais, excluindo-se os empiemas. É uma técnica simples, de baixo custo operacional, facilmente realizada por qualquer laboratório de médio porte e, portanto, deveria ser incluída na investigação dos derrames pleurais.

MU-033

PARACOCCIDIOIDOMICOSE NA MULHER - Apresentação
Título: de 01 caso

Autor(es): SANTORO, H.P.

Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA - UFRJ

Paciente feminina, 35 anos, médica, nat. e residente no RJ. Em julho/92 procurou-nos queixando-se de cansaço e relatando início do quadro há 2 anos com astenia e adinamia, além de tosse e expectoração amarelada-acastanhada, seguindo com cansaço aos grandes e depois aos médios esforços. Antecedentes pessoais de asma brônquica até os 14 anos, rinite alérgica e tabagismo (20 maços/ano) de longa data; médica do trabalho, exercendo suas atividades em ambulatório de indústria aeronáutica.

Exames: radiogramas do tórax em PA e perfil, tomografia linear e tomografia computadorizada evidenciando condensações inflamatórias nos terços médio e inferior de ambos os pulmões com imagens cavitárias de permeio, algumas com conteúdo sólido em seu interior: 4720000 hemácias/mm³, hematócrito de 42,5%, hemoglobina de 14g%; 14400 leucócitos/mm³ (0/1/0/0/3/64/29/3); PPD = 15mm; pesquisa direta de BAAR e fungos negativas tanto no escarro como no aspirado brônquico; broncofibroscopia normal e sorologias para fungos negativas. Em agosto/92 foi levada à toracotomia tendo a biópsia pulmonar firmado o diagnóstico de paracoccidiodomicose. Iniciou tratamento com sulfametoxazol e trimetopim com excelentes respostas clínica e radiológica.

Comentários: o caso se destaca pelo acometimento da doença em paciente do sexo feminino, forma de apresentação radiológica e dificuldades nos diagnósticos micológico e sorológico.



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-035

MU-034

Histoplasmose Mediastinal
Pio, J.E.; Alves, R.L.R.; Oliveira, M.J.D.; Menezes, A.L.
Noronha Filho, A.J.
Pneumologia HUPE - UERJ

O acometimento do mediastino é uma forma comum de apresentação da histoplasmose que pode simular um processo neoplásico e tem como principal complicação uma mediastinite fibrosante com oclusão brônquica e vascular. Paciente feminino de 57 anos, branca e habitando área urbana apresentou quadro febril (TAX:38*), as tenias, cefaléia e mialgias com o restante do exame físico normal, o V.H. S.: 36mm e a telerradiografia de tórax. Havia alargamento do mediastino anterior, seu P.P.D. era anérgico e a paciente referiu emagrecimento de 8Kg nos 2 últimos meses. Uma C.T. mostrou linfadenopatia paratraqueal direita e um gânglio biopsiado por mediastinoscopia evidenciou um processo inflamatório crônico com presença de HISTOPLASMA CAPSULATUM. A sorologia foi positiva para o fungo em 1/8 e foi iniciado tratamento com ANFOTERICINA B até a dose total de 1250mg e remissão radiológica completa. Durante a revisão epidemiológica observamos que o provável modo de contaminação foi o uso de terra adubada com excretas de aves para jardinagem.

"ASSOCIAÇÃO DE TUBERCULOSE E ESPOROTRICOSE CUTÂNEAS SEM COMPROMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO"
Título: "ASSOCIAÇÃO DE TUBERCULOSE E ESPOROTRICOSE CUTÂNEAS SEM COMPROMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO"
Autor(es): CANTALICE FILHO, J.P.; SANTOS, O.L.R.; SOUTO, L.A.;
Serviço: MELÔ, C.; CAIUBY, J.
SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HUCFF E INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA-UFRJ

Os autores relatam um caso de Esporotricose incomumente associada a Tuberculose cutânea. Trata-se de paciente do sexo masculino, 35 anos e trabalhador rural, que há 4 anos apresentava lesões tumorais no dorso dos pés que evoluíram com nódulos e tuberosidades no trajeto linfático dos membros inferiores. Após exame clínico e investigação com métodos complementares (Reação de Montenegro, biópsia cutânea), isolou-se o *Sporothrix schenckii* instituindo-se tratamento à base de iodo de potássio. Houve pouca melhora clínica e, após 40 dias, a cultura do fragmento de pele foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. O paciente foi submetido a radiograma torácico (normal) e PPD (flictenular) e iniciado esquema I com ótima resposta terapêutica.

MU-015

MU-080

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE ASSOCIADA AO USO DE HIDROCLOROTIAZIDA, INIBIDOR DE ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA E NIFEDIPINA.

Título: Valmir Sangalli, José Roberto Zimmerman, Willtor Nogueira, Marco A. de Marco e Eucir Rabello.
Serviço: CLÍNICA DE PNEUMOLOGIA DO HFAG

Diversas drogas antihipertensiva podem causar doença pulmonar não estando descrita, entretanto, a ocorrência de pneumonite de hipersensibilidade (Rosenow, 1992; Kidney, 1989; Kavaru, 1990). Os autores relatam um caso de pneumonite intersticial (diagnosticada através de biópsia a céu aberto) em uma mulher branca de 56 anos em uso de hidroclorotiazida, Nifedipina e inibidor de enzima conversora de angiotensina por 2 anos para hipertensão arterial. O tratamento inicial com corticosteroide melhorou rapidamente as alterações clínicas, radiológicas e funcionais pulmonares. As drogas antihipertensivas foram mantidas havendo recidiva da doença em 8 meses concomitante à redução da dose de esteróide. O reexame das lâminas (Clínica Mayo) apontou então para o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade sendo reiniciado a corticoterapia. Como não havia fator causal conhecido detectável foi suscitado o efeito das drogas antihipertensivas que foram substituídas. A evolução foi favorável estando a paciente, atualmente, sem corticóide e com exames clínicos, radiológicos e funcional pulmonar estáveis. Em conclusão, embora testes específicos in vivo e in vitro não tenham sido realizados, os autores admitem, nesse caso, a existência de relação causal entre uma ou mais das drogas usadas e a ocorrência da pneumonite de hipersensibilidade. Chamam ainda atenção para a necessidade de investigação minuciosa do possível efeito de drogas na análise etiológica das pneumonites intersticiais.

Título: Manifestações Torácicas do Lupus Eritematoso Sistêmico (LES)
Autores: Corrêa, J.C., Romano, S.E., Corrêa, V.L.F., Vertzman, J., Subtil, K.
Serviço: Clínica Médica - Hospital dos Servidores do Estado - RJ.

O Lupus Eritematoso Sistêmico (L.E.S.) é uma doença colágeno-vascular com aspectos imunológicos importantes e vasculites que podem ser detectadas em, eventualmente, todos os órgãos humanos. As lesões pleuro-pulmonares são freqüentes e muito importantes, representando - não raramente - a forma de apresentação da doença, razão da importância de seu conhecimento pelo pneumologista.

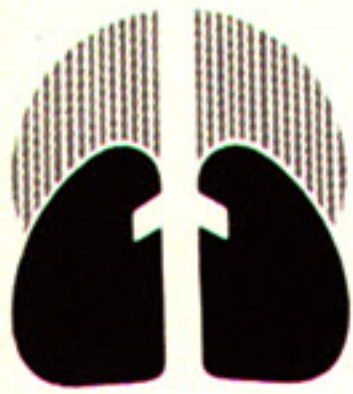
Visando determinar a incidência das manifestações pleuro-pulmonares no LES fizemos um estudo retrospectivo em 258 pacientes com esta doença, tratados no Hospital dos Servidores do Estado - RJ, entre 1951 e 1991.

Constatamos que dos 258 casos, 69 (26,74%) tiveram derrame pleural, 13 (5,03%) apresentaram pneumonite lúpica, 5 (1,93%) hemorragia pulmonar e 3 (1,16%) hipertensão pulmonar; em 10 casos (3,87%) haviam 2 tipos de lesão torácica, sendo a associação mais comum pneumonite e derrame pleural (havia derrame pleural concomitante em 6 dos 13 casos de pneumonite).

Concluímos que a manifestação torácica mais freqüente do LES é o derrame pleural, seguida de pneumonite lúpica que na metade dos casos se associa com derrame pleural. Hemorragia e hipertensão pulmonar são mais raras.

29 Novembro

Temas Livres



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-036

MU-037

AVALIAÇÃO DE FATORES PROGNÓSTICOS NO PACIENTE DPOC EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA

Koroman, A.P.M.; Santos Jr., E.F.; Ferreira Filho, O.F. - Hospital Evangélico de Londrina - Pr.

Os fatores que influenciam o prognóstico do paciente DPOC internado em Centro de Terapia Intensiva (CTI) não são uniformes como mostram vários pesquisadores nas últimas décadas. Isso é devido às diferentes características dos pacientes nos estudos publicados e pela inclusão de pacientes com asma, cujo prognóstico é melhor.

Para se verificar os fatores prognósticos dos 42 pacientes DPOC (não asmáticos) internados no CTI do Hospital Evangélico de Londrina, no período de junho/91 a agosto/93, foram analisados retrospectivamente dados clínicos e laboratoriais (idade, nível de consciência/score Glasgow, temperatura, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, gasometria, sódio, potássio, uréia, creatinina, hemograma), tempo de internação e necessidade de ventilação mecânica.

Os seguintes parâmetros atingiram significância estatística

(p = 0.05):

	Óbito	não óbito
PAS	127.7 (DP 35.2)	135.5 (DP 34.1)
C	1.1 (DP 0.5)	1.3 (DP 1.0)
TI	8.5 (DP 6.4)	3.9 (DP 2.8)
Glasgow	13.5 (DP 2.9)	14.7 (DP 1.1)

PAS = pressão arterial sistólica

C = creatinina

TI = tempo de internação no CTI

Conclui-se que em nosso CTI os únicos dados capazes de indicar uma probabilidade maior de óbito foram a pressão arterial sistólica, os níveis séricos da creatinina, o tempo de internação e o nível de consciência do paciente dados pela score Glasgow. A idade, a poliglobulia, a presença ou não de cor pulmonale não foram índices prognósticos para estes pacientes.

UTILIZAÇÃO DO APACHE II EM PACIENTES DPOC COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA

Koroman, A.P.M.; Santos Jr., E.F.; Ferreira Filho, O.F. - Hospital Evangélico de Londrina - Pr.

Com o objetivo de avaliar a gravidade dos pacientes DPOC internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Evangélico de Londrina (HEL) e fazer uma estimativa do seu prognóstico, foi realizado um estudo retrospectivo utilizando o sistema de classificação APACHE II.

Foram estudados 42 pacientes DPOC (não asmáticos) internados no CTI do HEL no período de junho/91 a agosto/93 por insuficiência respiratória aguda decorrente de infecção pulmonar.

A média de idade foi de 73.1 (DP 9.1). Vinte e cinco (59.5 %) pacientes eram homens e 17 (40.5 %) mulheres. O tempo médio de permanência no CTI foi de 6.3 (DP 5.3). A taxa de mortalidade no CTI foi de 52.4 % e a taxa de mortalidade hospitalar foi de 54.7%.

O Apache médio e o risco calculado de morte (RCM) entre os sobreviventes foi, respectivamente, de 30.5 (DP 3.6) e 56.1 % (DP 22.6). Entre os não sobreviventes o Apache médio e o RCM foi respectivamente de 33.2 (DP 5.0) e 69.1 % (DP 16.3). Para um nível de significância p < 0.05 não houve diferença estatística entre os dois grupos.

Conclui-se que para os pacientes DPOC, o sistema de classificação APACHE II não permite uma estratificação do seu prognóstico.

30 Novembro

Temas Livres

MU-039

AVALIAÇÃO DO VALOR PREDITIVO POSITIVO DA PACILOSCÓPIA PACILOSCÓPIA (MENOS DE 5 BACIOS POR LÂMINA) NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR.

Autores: AMARAL, L. H. ; GOMES FILHO, P. P.

Serviço: Serviço de Bacteriologia da Tuberculose do Instituto Tisiologia e Pneumologia da UFRJ (ITP)

Com o objetivo de verificar o valor preditivo positivo de baciloscopias com até cinco bacilos por lâmina entre as 10814 amostras de material do trato respiratório inferior, de junho de 1989 a maio de 1993 no ITP, foram analisados 29 pacientes. Os espécimes clínicos foram submetidos a baciloscopia e cultura em meio de Löwenstein-Jensen. Do total de baciloscopias positivas, 4,9% apresentavam número de bacilos por lâmina igual ou inferior a cinco. Quatro pacientes (13,8%), classificados como falso positivos, foram acompanhados ambulatorialmente com um diagnóstico de tuberculose residual, enquanto os 25 pacientes considerados verdadeiramente positivos, tiveram a tuberculose confirmada pelo resultado de novo exame direto (32%), por cultura (27,6%), por baciloscopia com número de bacilos igual a cinco por lâmina (10,3%), por responderem satisfatoriamente a prova terapêutica (13,8%) ou por exame histopatológico. Os resultados obtidos demonstraram o alto valor preditivo das baciloscopias com até cinco bacilos (86,2%) quando realizadas em serviço com experiência no diagnóstico laboratorial da tuberculose.

MU-040

Título: Associação de Tuberculose Pulmonar e Intestinal: relato de uma apresentação atípica.

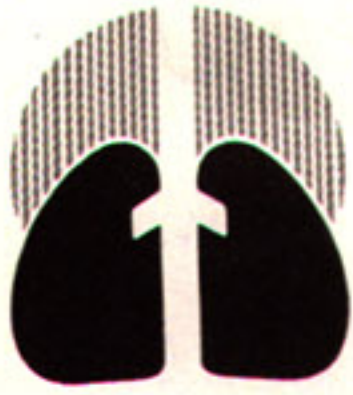
Autores: Kalichsztein, M.; Paschoal, M.E.M.; Anjos, W.C.; Mello, F.C.Q.

Serviço: de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Introdução: A associação tuberculose pulmonar e intestinal é descrita na literatura em pacientes com doença pulmonar avançada. O presente relato de caso sinaliza na direção de tuberculose intestinal em pacientes com tuberculose pulmonar assintomática.

Relato de caso: Homem negro, 38 anos, não tabagista, evoluindo há 4 meses com dor abdominal, diarreia baixa e emagrecimento. Fez tratamento para estrogiloidíase sem melhora do quadro. O RX de tórax (PA/perfil) revelou infiltrado misto em lobos superiores. A endoscopia digestiva alta, o trânsito de delgado e o ultra-som de abdomen foram normais. Pesquisa de BAAR no escarro negativa. Broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar (LBA) e biópsia transbrônquica em LSD não forneceram diagnóstico. A colonoscopia evidenciou lesões ulceradas com estenose parcial do cólon ascendente compatíveis com tuberculose intestinal comprovada histopatologicamente (presença de granuloma com caseificação). Anti-HIV no sangue negativo. Iniciado esquema I com objetiva melhora clínica. Posteriormente observou-se crescimento de micobactéria no LBA, biópsias transbrônquica e colônica.

Discussão: A tuberculose é uma doença de alta prevalência em nosso meio. A associação tuberculose pulmonar e intestinal é pouco descrita na literatura, porém relatada como comum na doença pulmonar cavitária e avançada. Os autores ressaltam a necessidade de estar atento ao diagnóstico de tuberculose em suas variadas expressões clínicas.



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

MU-041

Murais (MU)

MU-042

TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA

Título: ANDRADE, M.K.N.; ZOUCA, M.A.; SALLES, C.L.G. et alii.

Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA - UFRJ

Relato de 2 casos em pacientes do sexo feminino, com idade de 45 e 20 anos. Em ambos, o diagnóstico foi feito através do exame histopatológico da mucosa brônquica, à biópsia, durante o ato endoscópico. Em ambos, a clínica era de tosse seca, dispnéia e hipertermia. O radiograma torácico do 1º caso mostrava imagens lineares tênues em lobo superior direito e no 2º caso, atelectasia de lobo inferior esquerdo. Aos testes de função pulmonar, foi evidenciado padrão obstrutivo com prova broncodilatador negativa. A broncoscopia, no 1º caso foi visualizada estenose de +60% da luz do BFD e no 2º caso, 80% da luz do BFE. O 1º caso, após o tratamento específico completo, permaneceu com estenose brônquica sendo por isso indicada intervenção cirúrgica e morreu para o óbito. O 2º caso encontra-se no 1º mês de tratamento específico. A tuberculose endobrônquica pode ser diagnosticada com eficácia através da broncoscopia a qual também tem sua importância no acompanhamento do tratamento como prevenção da ocorrência de seqüela grave. Relatórios mais recentes mostram que a broncoestenose residual é bem comum nesses casos, porém a maioria evolui com estenose acentuada. Deve-se sempre indicar a broncoscopia em pacientes com tuberculose pulmonar que apresentem tosse desproporcional ao grau de comprometimento pulmonar ou dispnéia, visando o esclarecimento diagnóstico de comprometimento endobrônquico.

TUBERCULOSE MILIAR - EVOLUÇÃO INCOMUM APESAR DO TRATAMENTO.

Título: OLIVIERA, ACP.; SILVA, RN.; ELABRAS FQ, J.; MENDES, GLQ.; OLIVEIRA JR., NA.; LIMA, MJG.

Serviço: Serviço de Pneumologia-Hosp.Univ.Clementino Fraga Filho - UFRJ

É um relato de caso de uma paciente de 26 anos, lúpica, em uso de corticóide há 3 anos que apresentou rouquidão, tosse seca, febre e emagrecimento. O exame radiológico mostrou infiltrado pulmonar do tipo miliar. Realizada broncofibroscopia sendo encontrado bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR) no lavado broncoalveolar. Iniciado esquema triplice com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. No 25º dia de tratamento surgiram bolhas evidentes à radiografia de tórax confirmadas pela tomografia computadorizada. Além disto, paciente evoluiu com piora do quadro respiratório caracterizado por dispnéia, estertoração e sibilância difusa. A paciente então foi levada à biópsia pulmonar a céu aberto com o objetivo de esclarecer a evolução apresentada. O exame anátomo-patológico do parênquima pulmonar revelou formações granulomatosas densas, ricas em células epitelióides entremeadas por linfócitos, plasmócitos e raras células de Langerhans. A coloração de Ziehl-Nielsen foi positiva para BAAR, confirmando o diagnóstico. Com a substituição de rifampicina por etambutol e estreptomicina associado ao uso de corticóide a paciente apresentou evolução favorável. Os autores concluem que a tuberculose pulmonar pode apresentar evolução com formação bolhosas mesmo após a administração do esquema tuberculostático padrão.

30 Novembro

Temas Livres

MU-043

Título: RESISTÊNCIA INICIAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE

Autor(es): Cervino, C.C.O.; Silva, M.G.; Vieira, G.S.; Marsico, A.G. & Gontijo Filho, P.P.

Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia e Instituto de Microbiologia da UFRJ

O nível de resistência primária/inicial numa comunidade é um importante indicativo da eficácia dos esquemas terapêuticos utilizados. A vigilância deste tipo de resistência de *M. tuberculosis* às drogas de primeira linha, utilizadas no tratamento da tuberculose com exceção da pirazinamida, foi avaliada durante o período de 1980 a 1993, na clientela atendida pelo Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP) da UFRJ, que contempla particularmente da zona norte da cidade do Rio de Janeiro à da Baixada Fluminense. O método das proporções foi utilizado na determinação da susceptibilidade frente a 1526 amostras. A média de resistência inicial nas décadas de 60, 70 e 80 foi respectivamente de 10,4%, 8,8% e 25,1%, indicando um agravamento da situação de clientela atendida pela instituição. A situação nos primeiros anos dessa década apontou a mesma tendência. As duas drogas mais importantes na terapêutica da tuberculose; a isoniazida e a rifampicina, apresentaram no último decênio taxas de resistência de 14,2% e 6,62% respectivamente. Os resultados sugerem a necessidade da realização de testes *in vitro* de rotina para todos os pacientes atendidos pelo ITP, clientela

MU-044

TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE EM PACIENTES ATENDIDOS NO ITP - UFRJ, NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 1992 A ABRIL DE 1993.

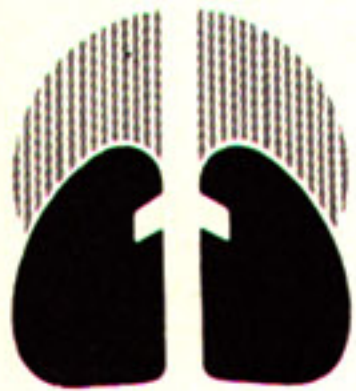
Autor(es): 1993.

Serviço: Bentoche, G.L.M.; Kritski, A.L. & Gontijo, P.P. Instituto de Tisiologia e Pneumologia - ITP (UFRJ)

A preocupação com a tuberculose multi-resistente as drogas anti-tuberculose tomou importância crescente com a epidemia de SIDA-AIDS. Nesta investigação são analisados dados demográficos, radiológicos e sorologia para HIV, bem como o espectro de resistência de amostras de *M. tuberculosis* multi-resistentes em 30 pacientes, no período de setembro de 1992 a abril de 1993. Quinze, 10 e 5 pacientes mostraram resistência a 2, 3 e 4 ou mais drogas, correspondendo respectivamente a 50, 33,3 e 16,6%. Em 90% foi observada resistência simultânea a INH e RMP. A idade variou entre 18-64, com média de 41 anos, doze (40%) pacientes apresentaram-se na 4ª década; 14(46,6%) eram brancos, 7(23%) pardos e 6(20%) negros, sendo treze (43,3%) provenientes dos subúrbios do Rio de Janeiro (RJ), 26,6% de Duque de Caxias e 23,3% de outros municípios próximos do RJ. Na maioria não foi realizado o teste anti-HIV; cinco (16,6%) foram negativos. Não há informações em relação ao teste tuberculínico (PPD) em 46,6% dos pacientes; 13(43,3%) foram reatores fortes. Com exceção de 1 paciente, os demais (96,6%) apresentaram cavidade ao Rx. de tórax.

Conclusão: O grupo estudado caracterizou-se pela presença de multi-resistência a INH e RMP, pela presença de doença cavitária e de reação forte ao PPD em praticamente todos os casos.

Apoio Financeiro - CNPq



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Murais (MU)

MU-045

MU-046

Título: TUBERCULOSE: SENSIBILIDADE DAS TÉCNICAS TRADICIONAIS DE DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO EM HOSPITAL TERCIÁRIO
Autor(es): Gontijo Filho, P.P. & Amaral, L.M.
Serviço: Serviço de Bacteriologia da Tuberculose, ITP, UFRJ

O diagnóstico presuntivo da tuberculose depende da demonstração de bacilos álcool-ácido-resistentes pela microscopia, confirmado pela cultura de *M. tuberculosis*. Estes dois testes foram realizados em todos os espécimes (escarro, broncoaspirado, e lavado traqueobrônquico) de 263 pacientes. Os esfregacos foram corados pela técnica de Ziehl-Neelsen e a cultura realizada em meio de Löwenstein-Jensen, após tratamento com hidróxido de sódio a 4% por 30 minutos. Houve um total de 74 (28,73%) pacientes positivos, sendo que 35 positivos apenas na cultura. Os resultados são mostrados na tabela abaixo. Apesar da maior parte (52,70%) dos pacientes já apresentar a doença em estágio avançado, a utilização da cultura foi responsável por 47,30% dos casos diagnosticados.

Método	Positivos	
	nº	%
Baciloscopia	39	14,82
Culturas	74	28,73
Bacil e Cultura	39	14,82

Apoio - CNPq

Título: REAÇÃO ENTRE BACILOSCOPIA, CULTURA E EXTENSÃO DA DOENÇA PULMONAR EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO TUBERCULOSE NO ITP-UFRJ, NO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 1990.
Autor(es): Pedreira Mesquita, V.L. & Gontijo Filho, P.P.
Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP) - UFRJ

Em razão em desenvolvimento com o Brasil, o diagnóstico da tuberculose é feito através da baciloscopia e menos frequentemente pela cultura. Nesta investigação foram analisados: riqueza bacilar do escarro e de secreções respiratórias, e dados radiológicos e demográficos em 59 pacientes com o diagnóstico etiológico de tuberculose pulmonar atendidos no ITP, as formas mínimas da doença tiveram resultados negativos na baciloscopia e positivos na cultura em 86,6% dos pacientes e 12,5% dos casos com baciloscopias positivas. Neste último grupo, 80% apresentavam cavidades no exame radiológico torácico. Houve predominância do sexo masculino (73%) e a idade média foi de 36 anos. Quando avaliados pela procedência, os pacientes residentes na Zona Norte foram predominantes, seguidos da Baixada Fluminense, cuja maioria mostrou forma avançada da doença (11/12).

Dos pacientes analisados 30% foram diagnosticados pela cultura e cerca de 70% apresentavam formas mais avançadas da doença, verificando-se uma correlação entre a extensão da doença e o rendimento da baciloscopia e cultura.

Apoio Financeiro - CNPq

MU-047

MU-048

TÍTULO: TUBERCULOSTÁTICOS E HEPATOXICIDADE EM PACIENTES HIV POSITIVOS.
Título: REZENDE, V.M.C.; OLIVIERA, A.C.P.; ELABRAS F.R., J.
Autor(es): WAETGE, D.
Serviço: Serviço de Pneumologia-Hosp.Univ.Clementino Fraga Filho - UFRJ

Para avaliar a ocorrência de hepatotoxicidade associada ao uso de tuberculostáticos foram analisados, retrospectivamente, 60 casos de pacientes HIV + com diagnóstico de tuberculose (BK). Estes pacientes iniciaram tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida (RIP) no período de janeiro a dezembro de 1992. Destes pacientes 15 (25%) desenvolveram hepatotoxicidade. Neste grupo 60% (9:15) apresentaram apenas alterações nas provas de função hepática, sendo que 40% (6:15) necessitaram suspender o esquema de tratamento. Dos 6 pacientes que suspenderam RIP, 5 usaram um esquema alternativo durante o período de suspensão, sendo que 3 mantiveram o esquema alternativo sem retornar ao esquema RIP. Fatores de risco para hepatotoxicidade foram encontrados em quase todos os 15 pacientes e incluíam alcoolismo, sorologia positiva para vírus de hepatite B ou C, uso de drogas hepatotóxicas ou capazes de interferir no metabolismo hepático das drogas. Os pacientes HIV + com BK parecem desenvolver maior hepatotoxicidade ao uso do esquema RIP. Provavelmente este fato se deve à associação de múltiplos fatores, logo, devemos dirigir esforços para identificação dessas condições e avaliar o início do tratamento com esquema alternativo.

Título: COMPARAÇÃO ENTRE DOIS MÉTODOS DE DETECÇÃO DE RESISTÊNCIA A PZA
Autor(es): Marsico, A.G., Vicira, G.B.O., Cervino, C. & Gontijo P.P.
Serviço: Serviço de Bacteriologia da Tuberculose do ITP, UFRJ.

A pirazinamida é uma quimioterápico chave, utilizado no tratamento de tuberculose. Como há dificuldade na realização de testes "in vitro", em virtude da necessidade de ser testado em pH ácido, existe pouca informação sobre resistência a esta droga. Foram avaliadas 41 amostras de *M. tuberculosis* isoladas de pacientes virgens de tratamento (resistência inicial) e 64 de recidivante (resistência adquirida) através de dois métodos: proporções e o de Yates, (sistema bifásico). As taxas de resistência encontradas foram altas como demonstra a tabela abaixo.

	Pacientes previamente			
	Tratados		Não tratados	
	Nº	%	Nº	%
Sensível	28	43,75	37	90,24
Resistente	36	56,25	04	9,76
Total	64	100,00	41	100,00

Entre as amostras testadas apenas 2 apresentaram resultado divergentes, mostrando que os métodos são equivalentes.

Apoio - CNPq

30 Novembro

Temas Livres

Efeitos Colaterais do Tratamento da Tuberculose em Pacientes com HIV+/SIDA.
Miranda, S; Guimarães, EP; Dias, RM; Neves, DD; Chibante, AMS; Carvalho, SRS.
Disciplina de Pneumologia da UNI-RIO, HU Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro.

Com o objetivo de estudar os efeitos colaterais do esquema terapêutico preconizado para a Tuberculose, foram avaliados os resultados de 304 pacientes atendidos em regime ambulatorial, no período de 01/89 a 03/91. O grupo A foi constituído por 204 pacientes com sorologia anti-HIV+/SIDA e o grupo B por 100 com sorologia anti-HIV-, ambos portadores de tuberculose pulmonar e/ou extra-pulmonar, comprovada (A=70,5%; B=100%) ou com resposta terapêutica positiva. No grupo A haviam 176 homens e 28 mulheres e no grupo B 53 homens e 47 mulheres, com média de idade e desvio padrão de 35,2(10,81) e 38,3(14,3), respectivamente. O tratamento foi o preconizado pela DNPS-MS. Os efeitos colaterais apresentados foram:

	hepático	hipersens.	gastroint.	outros
Grupo A	23(11,3%)	21(10,3%)	15(7,4%)	3(1,5%)
Grupo B	1(1%)	3(3%)	3(3%)	1(1%)

Os pacientes HIV+/SIDA, submetidos a esquema RIP para tuberculose, estão mais susceptíveis ao desenvolvimento das reações adversas do tratamento.

Título: RESISTÊNCIA ADQUIRIDA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE
Autor(es): Vieira, G.B.O., Marsico, A.G., Bertocche, G. & Gontijo Filho, P.P.
Serviço: Serviço de Bacteriologia da Tuberculose, ITP, UFRJ.

A resistência aos antimicrobianos representa uma das principais dificuldades no controle da tuberculose. A história de tratamento prévio usualmente está associada com esta resistência. Amostras de M.tuberculosis de 207 pacientes em retratamento foram submetidas ao teste de susceptibilidade à isoniazida (INH), rifampicina (RMP), etambutol (EMB), estreptomicina (SM) e etionamida (ETH) pelo método das proporções. A frequência de amostras resistentes foi de 64% (165), com 130 amostras apresentando multiresistência. A resistência a INH isolada ou combinada a outras drogas foi a mais observada (149/165), sendo de 62,6% simultâneas RMP. Treze amostras mostraram resistência aos cinco antimicrobianos testados.

A resistência aos antimicrobianos é um índice de avaliação dos programas de controle da tuberculose. Os dados expostos evidenciam falhas existentes no programa.

Apoio - CNPq

VERIFICAÇÃO DAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO RADIOLOGICA DA TUBERCULOSE NO HIV+/SIDA, NO DIABETES MELLITUS (DM) E EM INDIVÍDUOS SEM DOENÇA ASSOCIADA (SDA).
Guimarães, EP; Miranda, S; Dias, RM; Neves, DD; Carvalho, SMR.
Disciplina de Pneumologia da UNI-RIO; HU Gaffrée e Guinle.

Com esse objetivo foram avaliados 272 pacientes atendidos em regime ambulatorial, no período de 01/89 a 03/91, todos com diagnóstico de tuberculose pulmonar ou extra pulmonar, comprovada (72%) ou com resposta terapêutica positiva. As médias de idade e desvio padrão foram de 35,8(10,4), 57,4(11,3), 37,2(16,6) anos, respectivamente, para os grupos HIV+, DM e SDA. Na apresentação radiológica verificamos a presença de cavitação(Cav), de adenomegalia isolada ou associada(Gangl) e predominância da forma pneumônica(Pneu), do infiltrado retículo-nodular(RN) e de derrame pleural ou pericárdico (DP). Foi considerado, também, a frequência de tuberculose sem comprometimento pulmonar concomitante, ou seja, com radiografia normal (N).

	Cav	Pneu	RN	Gangl	DP	N	Total
HIV+	26	22	76	22	16	34	185
DM	13	3	3	0	1	0	27
SDA	27	12	1	0	5	5	50

Concluimos pela maior proporção de RN e Gangl no HIV+ e pela menor frequência de Cav em HIV+.

Título: CO-INFECÇÃO TB/AIDS NO HSE
Autor(es): Davis,AMB; Correia,JC; Cecy,IB; Rodrigues,AMM
Serviço: CLÍNICA MÉDICA - HSE - RJ

Análise de 700 casos de SIDA/AIDS entre 1983 e 1993 no HSE estudando a incidência e manifestações da tuberculose (TB). A Tb ocorreu em 27% dos casos, sendo que em apenas 50% o diagnóstico foi confirmado por cultura. Nos demais, o diagnóstico foi confirmado por cultura. Nos demais, o diagnóstico foi feito por exame direto ou cultura, sem especificações da micobactéria.

A localização foi pulmonar em 55% dos casos; ganglionar periférica em 25%; disseminada em 9%.

A sobrevida em 1 ano dos pacientes com SIDA/AIDS que tiveram Tb foi de 31% em contraste com 23,5% para o grupo geral dos doentes.





IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

MU-053

ESTUDO DE CASOS DE ÓBITO POR TUBERCULOSE NO RIO DE JANEIRO

Autor: Alexandra Sánchez de Toledo

Serviço: Programa de Pneumologia Sanitária da SES-RJ

Foram estudados os 1130 óbitos por tuberculose ocorridos no Estado do Rio de Janeiro em 1991, segundo o município de residência, grupo etário e forma clínica que determinou a morte. A análise dos óbitos ratifica a importância da região metropolitana (RM) (taxa 10,2) na determinação dos níveis de mortalidade observados no estado (8,65), e dos municípios do Rio de Janeiro (12,69) N. Iguapé (12,52), Mangaratiba (11,16), São João de Meriti (10,35), Duque de Caxias (8,88) e Nilópolis (8,24), que apresentaram taxas superiores a todas as demais regiões do estado. A distribuição proporcional de casos mostrou que a RM contribuiu com 89,4% e a cidade do Rio de Janeiro com 56% dos óbitos do estado. A forma pulmonar foi a que mais frequentemente determinou a morte (88,6), destacando-se ainda, pela sua importância relativa, a forma miliar ou disseminada, responsável por 6,1% dos óbitos. Destes 87,5% eram adultos, e apenas 12,5% crianças. Nenhum deles era conhecido pelo sistema de informação de AIDS. Evidenciou-se maior concentração dos óbitos nas faixas etárias superiores a 29a. A listagem de óbitos foi cruzada com a listagem de casos de tuberculose notificados à SES-RJ nos últimos 5 anos. Constatou-se que somente 251 (23%) indivíduos que faleceram por Tbc eram casos conhecidos pelo sist. de informação de morbidade. Os demais 937 (76,9) óbitos nunca haviam sido registrados como casos de doença. Esta constatação torna evidente a desorganização da rede de serviços, do sistema de informação, e a enorme dificuldade de acesso do indivíduo doente aos serviços de saúde, contribuindo para manutenção de altas taxas de morbimortalidade observadas.

Murais (MU)

MU-054

TUBERCULOSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Autor: Alexandra Sánchez de Toledo

Serviço: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Foram estudados 17681 casos de tuberculose todas as formas notificados à SES-RJ no ano de 1991. Observou-se que a distribuição espacial não é homogênea, com uma grande concentração de casos na reg. metropolitana (RM) (87,5%), especialmente no município do Rio de Janeiro (RJ) (54,5%) e Nova Iguaçu, que contribuiu com 4,9% dos casos da RM. Os municípios que apresentaram maiores coef. de incidência foram Mangaratiba e Paracambi, porém, apesar de taxas elevadíssimas, contribuíram com apenas 0,5% e 0,2% do total da RM. Niterói (183,8), Rio de Janeiro (180,6), Nilópolis (180,6), São João de Meriti (177,9), Duque de Caxias (133,2), apresentaram taxas bastante altas em relação à nacional, e mesmo ao estado (140,5). As características individuais dos casos analisados mostram maior incidência em adultos entre 20 e 49 anos; que, em indivíduos acometidos até 19 anos, a doença atingiu indistintamente os dois sexos, porém a partir dos 20a houve predomínio do sexo masculino. A forma clínica predominante foi a pulmonar responsável por 79,6% de todos os casos. Destes apenas 53,25% tiveram a confirmação diagnóstica através da baciloscopia do escarro, e 15% não realizaram o exame. Os resultados obtidos mostram que existem no estado, diferentes espaços com características próprias que determinam e propiciam as condições ideais de transmissão e produção de casos da endemia. O baixo percentual de casos pulmonares confirmados à baciloscopia e o alto percentual de exames não realizados sugerem um processo de desarticulação da rede de laboratórios que implicam numa baixa qualidade de diagnóstico.

30 Novembro

Temas Livres

MU-055

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TENDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 1981 a 1991

Autor: Alexandra Sánchez de Toledo

Serviço: Programa de Pneumologia Sanitária da SES-RJ

A tendência de queda da morbidade por tuberculose é um fato que vem sendo observado desde o século passado em escala mundial, e que precedeu a descoberta da quimioterapia específica. Esta queda foi mais acentuada a partir da implantação em massa da medicação tuberculostática. Essa tendência secular declinante também tem sido registrada no Brasil, porém a situação atual de produção de casos pela doença no Rio de Janeiro ainda é bastante preocupante, já que o estado, no conjunto da federação, é o espaço com maior coeficiente de morbidade pela doença. Tem-se observado uma reversão desta tendência declinante, principalmente a partir de 1986, quando as taxas obtidas tem sido crescentes (86-96,8 ; 87 -98,5 ; 90 -106 ; 91 -138/100000). Alguns fatores devem ser considerados quando se discute as possíveis causas dessa reversão, como a degradação das condições de vida e o empobrecimento da população, principalmente na região metropolitana ; a desarticulação do sistema de saúde observada nos últimos anos, determinando um retardo na identificação dos casos e um tratamento ineficiente, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão ; e a expansão da epidemia de AIDS, propiciando o adoecimento por tuberculose de indivíduos duplamente infectados, seja pela reativação de infecções tuberculosas antigas e latentes, seja pela rápida progressão para o adoecimento a partir de infecções recentes. Desta forma, no Rio de Janeiro, e principalmente em sua região metropolitana, encontramos condições extremamente favoráveis à intensificação da produção de casos de tuberculose.

MU-056

ANEMIA LEUCOERITROBLÁSTICA ASSOCIADA A TUBERCULOSE PULMONAR

Título:

Autor(es):

Serviço:

TEIXEIRA AK, MORTERA GL, MESQUITA VLF, MORAES APP

Em abril 1993 SMF, 32a, masc., casado, natural RJ escrevente procurou assistência médica por tosse seca há 6 meses, febre alta com sudorese noturna profusa há 3 meses e emagrecimento. O RX de tórax mostrou lesão tipo nodular mediastínica D com PPD não reator. A seguir uma tomografia computadorizada sugeriu ser a imagem vascular além de revelar infiltrado em segmento 6. Em 10/5 submetido a broncofibroscopia sem anormalidades com o BAL negativo. Em 12/5 diante da piora clínica foi internado.

No exame da internação além da clínica já descrita havia linfonodos em cadeia cervical anterior, posterior e supraclavicular bilateral; hemograma demonstrou hematócrito de 18% e leucócitos com 21.600 (0-0-1-2-23-61-11-2) com 2% de eritroblastos e plaquetas normais. Aguardando a biópsia houve aumento importante dos linfonodos, piora da anemia com novas baciloskopias negativas. A histologia do linfonodo de 26/5 foi compatível com tbc, revelando vários BAAR. Neste momento o RX tórax apresentou infiltrado intersticial difuso bilateral e a baciloscopia foi + para BAAR. o anti HIV foi +. (Elisa) Esta anemia associada a tbc é extremamente rara e nos imunocomprometidos as patologias podem ser gra

Título: SENSIBILIDADE DA HEMOCULTURA NA DETECÇÃO DE MICOBACTEREMIA
Autor(es): Fandinho, F.C.O.; Grinsztejn, B.; Nogueira, S.A.; Fonseca, L.S. & Gontijo F., P.P.
Serviço: Instituto de Microbiologia da UFRJ; Hospital Evandro Chagas - FIOCRUZ e Hospital Universitário da UFRJ.

A técnica da hemocultura para o isolamento de micobactérias, torna-se uma necessidade na rotina micobacteriológica, para o diagnóstico de formas disseminadas em pacientes com SIDA (CDC, 1987). Nesta investigação foram realizadas 3 coletas de 10 ml de sangue com intervalo de 1h em frascos Vacutainer (5ml cada) contendo EDTA como anticoagulante. Cada uma das amostras foi simultaneamente submetida à metodologia: uma alíquota de 5ml de sangue foi semeada diretamente em meio bifásico, constituído por 15ml de meio Middlebrook 7H10 (solidificado em posição inclinada) e 5ml de caldo Middlebrook 7H9; os 5 ml restantes foram tratados pela técnica da lise-centrifugação. A lise foi efetuada pela adição de solução de desoxicolato de sódio a 0,3%, seguindo-se repouso por 15 min a temperatura ambiente. Após este período o sangue foi centrifugado a 3000g por 30 min a 4°C. O sedimento foi ressuspenso em 1ml de solução de albumina bovina a 0,2% sendo inoculado em volumes de 0,2 ml em tubos com meio de 7H10 e 7H9, os quais foram incubados a 37°C por 2 meses. Os resultados obtidos na avaliação de 18 pacientes foram os seguintes: o meio bifásico forneceu 27,7% de positividade, enquanto que a lise-centrifugação apresentou a taxa de isolamento de 55,5%. Os microrganismos foram identificados por testes bioquímicos como *M.tuberculosis* e *M.avium*. O rendimento da lise-centrifugação foi bem maior do que a semeadura direta, devido à concentração dos bacilos existentes no sangue através deste processo.

Título: INCIDÊNCIA DE MICOBACTERIOSES EM PACIENTES COM AIDS
Autor(es): Simão, G.S.; Silva, J.; Toledo, A.S. & Gontijo Filho, P.P.
Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ

A supressão da imunidade celular observada na AIDS favorece a ocorrência de doenças micobacterianas. Noventa amostras isoladas de 88 pacientes portadores de AIDS foram identificadas pelos testes bioquímicos clássicos. A maioria (69%) comportou-se como *M.tuberculosis*. Entre as micobactérias não tuberculosas *M.avium* foi a mais frequente. Cerca de 60% das amostras foram isoladas de formas pulmonares, 19% de ganglios, seguindo-se as formas disseminadas (11%). Com exceção das amostras proveniente do escarro e da urina, as demais preencheram os critérios de patogenicidade para micobactérias não tuberculosas. Os resultados obtidos confirmam os dados de literatura americana com >90% das micobactérias isoladas de pacientes com AIDS comportando-se como *M.tuberculosis* e *M.avium*.

Apoio - CNPq

Título: MYCOBACTERIUM ASIATICUM: PRIMEIRO CASO DE PNEUMOPATIA DESCRITO NO BRASIL.
Autor(es): Toledo, A.S.; Simão, G.S.; Secco, E.S.; Fonseca, L.S.; Gontijo F., P.
Serviço: Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ e Instituto de Microbiologia da UFRJ.

A pneumopatia por *M.assaticum* é doença rara. E até o momento existem relatados apenas 3 casos na literatura mundial. É descrito o caso de um paciente de 51a, diabético, residente na cidade do RJ, que apresentava tosse crônica produtiva, febre, hemoptóicas, cuja radiografia de tórax mostrava condensações não homogêneas em ambos os lobos superiores e a bacteroscopia do escarro positiva. Inicialmente diagnosticado como tuberculose pulmonar, o paciente foi submetido a tratamento por 6 meses com RMP, INH e RZA, com melhora clínica. Recaiu alguns meses após, quando foi reiniciado o mesmo esquema terapêutico. Evoluiu com piora clínica, persistência da bacilosopia do escarro positivo, e a radiografia de tórax após 9 meses de uso regular de medicação mostrou piora com evolução da lesão pra cavitação. Iniciado SM, EMB, ETH e PZA. O crescimento na cultura evidenciou a presença de colônias fotoconescentes identificadas pelos métodos bioquímicos tradicionais como *M.assaticum*. O ISA mostrou resistência a SM, INH, RMP, ETH e EMB. O controle radiológico no 5º mês de tratamento apresentou apenas traves fibrosas em ambos os lados superiores. Houve remissão completa dos sintomas e desativação da pesquisa de BAAR no escarro e lavado bronquico. Todos os critérios de patogenicidade para micobactérias não tuberculosas foram preenchidas na definição deste caso.

Apoio Financeiro - CNPq

Título: BRONQUIECTASIAS EM SIDA
Autor(es): LIMA, M.A.; PINTO, A.E.; OLIVEIRA, M.J.D.; ALVES, R.L.R.; JOHANSEN, J.M..
Serviço: SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HUFE-UFERJ

Os autores relatam 2 casos de bronquiectasias em pacientes com diagnósticos de SIDA internados para investigação de infecções pulmonares. No primeiro caso, homem, 36 anos, natural PB, solteiro, bissexual, usuário de drogas endovenosas, promiscuo, com história de transfusão sanguínea em Fevereiro 1993. Procurou o Serviço de Pneumologia com dispnéia aos esforços, febre alta, em uso REI sem alteração diagnóstica para tuberculose. Verificado alterações radiológicas, laboratoriais condizentes com PPC, efetuado tratamento com bom resultado clínico. No acompanhamento ambulatorial apresentava febre e tosse com expectoração diária a marelada, sendo reinternado e feito diagnóstico de bronquiectasias em lobos inferiores e médios. No segundo caso, homem 27 anos, natural do RJ., solteiro, homossexual, promiscuo, internado devido a supuração pulmonar crônica, febre alta. Realizado o diagnóstico de bronquiectasias difusa. Com aumento dos números de casos de SIDA a associação de bronquiectasia tornou-se mais frequente, embora ela não seja, diretamente a responsável pelo desenvolvimento das lesões bronquiectásicas. Não houve como comprovar, exceto pelo quadro clínico anterior, se tais lesões já pre-existiam ou não ao diagnóstico de SIDA. Especula-se que a ocorrência de infecções pulmonares de repetição em aidséticos seja uma causa de predisposição à bronquiectasia, porém ainda não comprovada.



30 Novembro

Temas Livres



IV CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

MU-061

TUBERCULOSE PLEURAL EM PACIENTE PORTADOR DE SILICOSE PULMONAR
ALVES, R.L.R.; OLIVEIRA, M.J.D.; LIMA, M.A.; KIRK, K.M.; PID, J.E..
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ.

A tuberculose é uma doença endêmica podendo acometer vários sistemas, sendo encontrada em associação com outras patologias que afetam o parênquima pulmonar. Os autores relatam caso de um paciente negro, 66 anos, natural do Rio de Janeiro, aposentado, que durante 26 anos trabalhou como operador de "Bomba de Brita", com dor em HTD de 1 ano de duração, forte intensidade, tipo pontada, característica pleurítica, e surgimento de dispnéia aos grandes esforços nos últimos 8 meses. Verificado derrame pleural D, com biópsia e cultura do líquido positivas para tuberculose. A avaliação radiológica mostrou opacidades nodulares disseminadas pelos campos pulmonares sem alteração após o tratamento pleural. Realizada broncoscopia e inventário citológico que não demonstraram anormalidades. Este paciente possivelmente adquiriu tuberculose pleural sem acometimento do parênquima pulmonar, sendo tal associação rara.

Murais (MU)

MU-062

DESCORTICAÇÃO NEOPLÁSICA - ANÁLISE DE TREZE CIRURGIAS

RUI HADDAD, CARLOS HENRIQUE BOASQUEVISQUE, TADEU DINIZ FERREIRA, MÁRIO CELSO M. REIS, ALFREDO GUARISCHI

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO E DE CIRURGIA ONCOLÓGICA DO HOSPITAL DE ONCOLOGIA, INCa RJ

Treze descorticações neoplásicas foram efetuadas em 10 pacientes portadores de metástases pleurais de sarcomas extratorácicos. Sete pacientes apresentavam insuficiência respiratória exortante, imediatamente antes do procedimento cirúrgico. Realizamos 12 ressecções de metástases com descorticação pulmonar e uma pleuro-pneumectomia direita, todas por toracotomias pótero-laterais. Um paciente foi operado três vezes em 8 meses e uma paciente, duas vezes em 6 meses.

Nove pacientes não tinham evidências de doença extra-pleural, embora três deles apresentassem doença bilateral. Um paciente apresentava recidiva local no sítio primário (região inguinal esquerda).

Os diagnósticos dos tumores primários foram: osteosarcoma em 3 casos, sarcoma de Ewing em 2, fibro-histiocitoma em 2, lipossarcoma em 2, hemangiopericitoma e sinoviosarcoma, em 1 caso cada. Oito pacientes foram submetidos a quimioterapia pós-operatória, com regimens variados, todos contendo Adriamicina, sendo em cinco deles, associada à Ifosfamida. Nove pacientes se beneficiaram da intervenção, com sobrevidas de 3 a 13 meses. Houve um óbito operatório. Dos oito pacientes submetidos a QT, sete sobreviveram mais de 6 meses, e três ainda estão vivos, com 6, 7 e 8 meses de PO (Abril 1993).

Esta análise sugere que a ressecção paliativa de metástases pleurais de sarcomas extratorácicos não só é possível, como também aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida dos pacientes.

A inexistência, até agora, de um regime de QT mais efetivo é, talvez, o maior impedimento para que esta cirurgia, apesar da sua eficiência, tenha mais sucesso, e seja de uso mais difundido.

MU-064

Título: DECORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA
FILOMENO, LTB.; BUCCO, JRM.;
Autor(es): MARTINS, JPV.; CAMPOS, JRM.
Serviço: CIRURGIA TORÁCICA HC-FMUSP, SÃO PAULO

A decorticação pulmonar habitualmente é indicada para liberar pulmões encarcerados por empiema pleural crônico ou hemotórax organizado. Todavia, em alguns casos de pneumotórax, quilotórax e derrames pleurais serosos, também pode ocorrer encarceramento pulmonar que exija uma decorticação. Esta, por sua vez é uma operação de grande porte, pois costuma ser feita via toracotomia pótero-lateral. Com o advento da toracosopia tivemos a satisfação de evitar toracotomias para resolver problemas pleurais em 130 pacientes: limpeza de empiema e/ou hemotórax multiloculado, 84; debridamento e tratamento de pneumotórax recidivante ou prolongado, 37; remoção de corpo-estranho intrapleural, 6. Recentemente, porém, tivemos a oportunidade de praticar uma decorticação pulmonar completa, através da videotoracosopia (operação a ser apresentada em vídeo), numa criança de 13 anos que se apresentava com pneumotórax hipertensivo multiloculado e encarceramento pulmonar, e que pôde ter alta no 5º dia pós-operatório.

Baseados nessa experiência concluímos que com o auxílio da videotoracosopia estamos hoje aptos a solucionar um grande número de afecções pleurais / complicadas, evitando assim uma toracotomia extensa, que é um procedimento muito mais traumático, mais sujeito a complicações e de recuperação bem mais prolongada.

MU-063

Título: OBSTRUÇÕES TRAQUEO-BRÔNQUICAS: Experiência
Autor(es): com a Prótese HOOD tipo "Y" em 2 casos.

Serviço: FILOMENO, LTB.; BUCCO, JRM.; MARTINS, JPV.

CIRURGIA TORÁCICA, HC-FMUSP, SÃO PAULO

Pacientes com afecções obstrutivas simultâneas da traquéia terminal e brônquios principais são raros e de difícil tratamento. Laser, crioterapia, cauterização, debridamentos, dilatações, endopróteses, tele e/ou braquiterapia e até operações a céu aberto tem sido utilizados, conforme a doença em si e as condições e experiência do Serviço envolvido.

Apresentamos neste vídeo uma simulação de como se coloca a prótese tipo "Y" de silicone (HOOD lab.), bem como os aspectos endoscópicos pré, per e pós inserção desta prótese em 2 casos. (traqueobroncomalácia, 1; fibrose mediastinal, 1).

No 1º caso a prótese se encontra in loco há 10m, embora fosse nossa intenção retirá-la aos 6m. Vários controles endoscópicos feitos onde a paciente reside tem confirmado perfeito posicionamento e perviabilidade da prótese. No 2º caso a paciente experimentou total alívio dos sintomas durante 2m, após os quais, todavia, ocorreu progressivo estreitamento dos brônquios, distalmente à prótese. Durante tentativa de dilatação houve hemorragiamacia, parcialmente controlada, mas a paciente faleceu em virtude de embolia gasosa causada pela "jet ventilation".

Concluímos que a prótese de silicone em "Y" aqui utilizada fornece uma adequada luz traqueo-brônquica e não sofre compressões, colabamentos ou retenção de secreções, podendo portanto ser utilizada em casos de obstrução traqueo-brônquica semelhantes aos aqui apresentados.

30 Novembro

Temas Livres



Título: Fibrobroncoscopia sem pré medicação em crianças - Análise
Autor(es): Seabra, J.C., Toro, I.C., Mussi, R., Balthazar, A. de 40 casos
Serviço: Pneumologia e Cirurgia do tórax - HC - UNICAMP

O exame broncoscópico em crianças é realizado habitualment com material rígido e anestesia geral; em grupos selecionados podemos realiza-lo com fibroscopio e anestesia local, diminuindo o tempo do procedimento, gastos e complicações.

Num período de 24 meses realizamos 40 procedimentos com fibroscopia e anestesia local com lidocaina 1%, sem utilização/ de pré medicação. Dos 40 casos, 20 eram masculinos, 20 femininos, a idade média foi de 9,7 anos com mínimo de 6 e máximo de 13 anos.

Como complicação tivemos 2 casos de sangramento nasal discreto e outros 3 casos de recusa do exame.

Concluimos que o procedimento é viável em crianças selecionadas e que nossa maior dificuldade foi do ponto de vista / técnico, uma vez que os exames foram realizados com fibroscopio adulto de diâmetro externo de 4,9mm.

Título: Fibrobroncoscopia sem pré medicação - Análise de 2.282
Autor(es): Seabra, J.C., Toro, I.C., Mussi, R., Balthazar, A. casos
Serviço: Pneumologia e Cirurgia de Tórax - HC - UNICAMP

A Fibroscopia tem sido realizada de várias formas no que diz respeito à pré medicação. Nosso serviço adotou há 4 anos o exame sem pré medicação sendo utilizada somente Lidocaina a 1% via nasal e traqueal em sistema ambulatorial de feitura do procedimento. Analisamos os dados e índice de complicação que são expostos a seguir:

No período de Janeiro 89 a agosto 93 foram realizadas / 2.282 fibroscopia em regime ambulatorial com anestesia local. Nenhum paciente deste grupo necessitou de permanência hospitalar.

Foram 1.626 pacientes masculinos e 656 femininos com média de idade de 51,7 anos com variação de 6 a 93 anos.

Todos os pacientes foram monitorados com cardioscópio e examinados antes do exame. Após o procedimento permaneceram em média 20 minutos sendo re-examinados e liberados.

As complicações observadas foram: 8 arritmias cardíacas, 8 broncoespasmos, 9 sangramentos, 2 epistaxes, 2 casos de / tosse incoercível e 1 caso de hipotensão. Totalizando 30 casos o que perfaz 1,3% do total.

Podemos concluir que o método é seguro, perfeitamente / factível, reduzindo custos, complicações e permanência do paciente no ambiente hospitalar.

Título: CONCORDÂNCIA DE TIPOS CITO/HISTOPATOLÓGICOS DE
CARCINOMAS BRONCOGÊNICOS EM MATERIAS OBTIDOS
POR ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
Autor(es): REZENDE, R.B.; PASCHOAL, MEM.; ALMADA HORTA,
AL.; REIS, AFF.; VISCONTI, R.R.
Serviço: Serviço de Pneumologia-Anatomia Patológica
Hosp. Univ. Clementino Fraga Filho - UFRJ

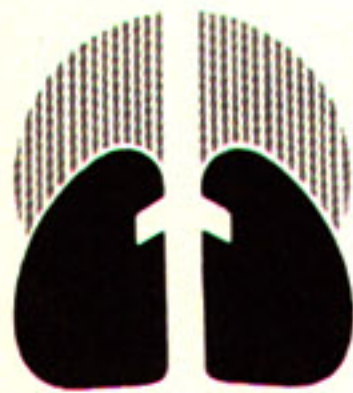
Testamos a concordância entre os tipos citológicos dos materiais obtidos por endoscopia (lavado brônquico, escovado brônquico e lavado da escova) e o tipo histológico da biópsia endobrônquica. Foram estudados 457 casos de pacientes com diagnóstico de carcinoma broncogênico no período entre 1979 à 1989. Destes 227 haviam realizado endoscopia respiratória (68 rígidas e 159 flexíveis), entre os quais 213 possuíam exames cito e/ou histopatológicos. Tivemos 92 pacientes com lavado e biópsias positivas; 51 com escovado e biópsia positivas e 27 com lavado da escova e biópsia positivas. O lavado broncoalveolar e a biópsia transbrônquica não puderam ser avaliados pela baixa frequência nessa série específica. Os resultados de concordância com a biópsia endobrônquica foram os seguintes: Lavado Brônquico - adenocarcinoma = 61% (n=13); escamoso = 82% (n=52); grandes células = 83% (n=6); adenoescamoso = 100% (n=1); mucoepidermóide = 100% (n=1) e pequenas células = 77% (n=9). Escovado Brônquico - adenocarcinoma = 70% (n=10); escamoso = 90% (n=33); mucoepidermóide = 100% (n=1) e pequenas células = 75% (n=4). Lavado da Escova - adenocarcinoma = 100% (n=4); escamoso = 85% (n=20) e pequenas células = 100% (n=1). Concluimos que os índices de concordância foram elevados para o carcinoma escamoso (superiores a 82%); para o carcinoma de grandes células e de pequenas células (acima de 75%), e concordância de 100% do adenocarcinoma no lavado da escova. Vinte e um casos foram classificados pela citologia entre 27 não classificados pela biópsia endobrônquica.

TÍTULO: BRAQUITERAPIA ENDOLUMINAL EM CIRURGIA TORÁCICA
AUTORES: RUI HADDAD, ELIANE CASTELO BRANCO, DECIO CARVALHO,
MARIA ARMANDA P. ABRANTES & SERGIO LANNES VIEIRA
HOSPITAL: HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, RIO DE JANEIRO

Historicamente, 60% da mortalidade do cancer de pulmão é devida à obstrução das vias aéreas, causando insuficiência respiratória, pneumonia obstrutiva e sepsis. As lesões endobrônquicas apresentam, ainda, um grande potencial de sangramento. Por muitos anos, não se teve nenhuma possibilidade de tratar convenientemente a obstrução respiratória e a hemoptise, de forma a dar alívio imediato e duradouro ao paciente, sem usar procedimento invasivo. Tanto a radioterapia externa, quanto a quimioterapia, têm efeitos paliativos limitados no cancer de pulmão, com envolvimento central das vias aéreas.

A braquiterapia endoluminal oferece algumas vantagens como método paliativo de tumores inoperáveis da árvore tráqueo-brônquica: 1- a possibilidade de fornecer altas doses de radiação diretamente no tumor, em curto intervalo de tempo; e, 2- o fato de ultrapassar os limites da tolerância tissular imposta pelos tecidos normais vizinhos, quando são necessárias doses muito altas de radioterapia. Isto possibilita usar braquiterapia associada à radioterapia externa, sem aumentar significativamente as complicações locais, ou, ainda, utilizar a braquiterapia em pacientes já previamente irradiados com dose máxima, que apresentam recidiva tumoral sintomática.

Os autores apresentam a experiência inicial do Hospital São Vicente de Paulo, Rio de Janeiro, com a braquiterapia de alta taxa de dose (BT) nos tumores inoperáveis da árvore tráqueo-brônquica. Foram realizados 54 implantes endoluminais, em 19 pacientes. 10 pacientes eram do sexo masculino e a idade variou de 52 a 91 anos (média 67 anos). Dois pacientes já tinham sido submetidos a radioterapia externa previamente e seis fizeram RT concomitante com BT. Cinco pacientes apresentavam hemoptise e o restante, obstrução respiratória sintomática. Quatro tumores eram metastáticos (mama: 2, rim: 1, melanoma: 1) e 15 eram primários de pulmão (11 escamosos, 3 adenocarcinomas e 1 carcinoma de grandes células). O tempo de acompanhamento dos pacientes foi de 1 a 10 meses. Nove pacientes morreram, 3 deles antes de completar o tratamento, estes, por hemoptise de vulto, provavelmente por erosão vascular tumoral. Uma paciente apresentou fistula tráqueo-esofágica tardia. Os demais pacientes estão em evolução, 7 sem recidiva aparente (evolução média de 4,5 meses), 1 paciente está com 8 meses de evolução com recidiva e 1 abandonou o tratamento após a segunda inserção. Os autores sugerem que o método pode ser de valor em casos selecionados de tumores endo-luminais e que esta seleção deve ser feita de acordo com os sintomas do paciente, principalmente se ele já tiver sido irradiado. Um caso de braquiterapia endoluminal com intuito curativo é apresentado e discutido.



TÍTULO: TRATAMENTO DO EMPLEMA PLEURAL COMPLICADO PELO DESBRIDAMENTO PLEUROSCÓPICO.

AUTORES: TADEU D. FERREIRA, CARLOS H. R. BOASQUEVISQUE, MÁRIO C. M. REIS, RUI HADDAD

SERVIÇO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA U.F.R.J.

O empiema pleural é uma entidade clínica de evolução sem complicações, se diagnosticado e tratado em fase precoce. Na fase exudativa, a grande maioria dos casos evolui satisfatoriamente, se a terapêutica for adequada. No entanto, se o processo não for diagnosticado, ou se não for tratado adequadamente, sua cronificação pode trazer sérios problemas para o seu tratamento.

Os autores apresentam uma série de 50 casos de empiema pleural complicado, acompanhados de 1989 a 1992, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. A faixa etária dos pacientes variou de 15 a 82 anos, com média em torno dos 38 anos, sendo 32 do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Dentre os fatores etiológicos envolvidos, destacamos o empiema pós-pneumônico em 30 casos, pós-traumático em 5, latrogênico em 9, secundário a patologia não torácica em 2, e outros, em 4 casos.

Grande parte dos pacientes apresentava associação de quadro infeccioso grave. 25 pacientes tinham sido submetidos a pelo menos uma drenagem pleural inadequada e um grande número dos restantes, não teve um diagnóstico de empiema feito em fase precoce, o que prejudicou o tratamento subsequente. Estes pacientes, se portadores de empiemas septados com quadro infeccioso mantido após drenagem pleural e tratamento com antibióticos adequados, foram tratados cirurgicamente por desbridamento pleuroscópico do empiema pleural. Uma mini-toracotomia, de cerca de 5 cm, na face lateral e posterior do hemitórax envolvido, foi a via de acesso. Ela é seguida de ressecção de pequeno segmento costal, para facilitar o uso do instrumento utilizado para o procedimento, que foi um mediastinoscópio de 17cm. na maioria dos casos. A secreção é aspirada, a cavidade desbridada com o mediastinoscópio, ou com o aspirador, e lavada copiosamente com soro. A seguir, a cavidade é drenada com dreno 40 FR, por contra-abertura.

Os resultados foram excelentes em 75% dos casos assim tratados (38/50). O tempo médio de drenagem pleural pós-op. foi de 2 a 24 dias, com média de 9 dias. Dos 12 pacientes considerados como maus resultados, 3 necessitaram de pleurostomia, outros 2 foram tratados por nova pleuroscopia, com sucesso, e apenas duas descorticações foram realizadas nesta série de 50 pacientes com empiema pleural complicado. Houve 5 óbitos operatórios, apenas um deles relacionado ao método em si (sangramento pós-operatório). Os outros se deveram a sepsis, TCE, arritmia cardíaca e hemorragia digestiva.

Pelo que foi exposto, concluímos ser o desbridamento pleuroscópico um método de grande valor no tratamento do empiema pleural complicado.

Título: TUMOR CARCINÓIDE DE PULMÃO - EVOLUÇÃO ATÍPICA

Autor(es): Oliveira, A. C. P., Paschoal, M. E. M., Valiante, P. M.

Serviço: Serviço de Pneumologia - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho-UFRJ

Relato do caso: Mulher de 63 anos, tabagista por 13 anos de cinco cigarros sem filtro/dia, tendo parado há 30 anos. Em 11/91 apresentava história com três meses de evolução de dispnéia progressiva, tosse produtiva com escarro amarelo, chiado e dor tipo pleurítica em hemitórax esquerdo (HE), febre moderada e perda ponderal de 9Kg. A telerradiografia do tórax (Rx) mostrava HE opaco com atração à E do mediastino. A broncofibroscopia (BFC) mostrou desvio da traquéia para a E e lesão infiltrativa ocluindo 100% do brônquio fonte esquerdo (BFE) que foi biopsiada. O exame histopatológico (EHP) diagnosticou carcinoma pulmonar tipo pequenas células (CPPC). O estadiamento classificou-a em doença limitada (DL). Iniciado a quimioterapia (Qt), na avaliação do 3º ciclo observou-se aeração de 70% do pulmão (P) E. Ao término da Qt havia ao Rx de tórax nova piora com aumento da área de atelectasia. À BFC havia persistência da lesão endobrônquica ocluindo 80% do BFE. O EHP era negativo para malignidade. Iniciado radioterapia de leito tumoral e mediastino em 5/92 com sua suspensão, com 4 mil cGy, em 8/92 devido a progressão da atelectasia de PE. Nova BFC mostrava manutenção da lesão de BFE com EHP negativo para malignidade. Até 4/93 foi acompanhada radiologicamente sem alterações significativas porém apresentando infecção respiratória de repetição. Revisão do 1º EHP ratificou o diagnóstico de CPPC. Foi estagiada nesta época e considerada DL. A BFC não mostrou alterações evolutivas e o EHP permanecia negativo para malignidade. Considerada toracotomia devido a evolução pouco compatível do caso e as infecções intercorrentes. O EHP da peça cirúrgica diagnosticou tumor carcinóide.

Discussão: Considera-se, na atualidade, o câncer de pulmão como a progressão contínua dos diversos tipos de tumores malignos de linhagem epitelial que podem ocorrer neste órgão. Os diferentes grupos histologicamente identificados representam, preferencialmente, vias expressas de diferenciação originárias de uma célula tronco endodérmica comum, possivelmente uma célula epitelial brônquica primitiva. Várias observações apontam neste sentido e reforçam o conceito da heterogeneidade do câncer de pulmão, um tumor em que a incidência concomitante de seus diferentes subtipos não faz a exceção. Alguns tumores carcinóides parecem ser estados transicionais para o CPPC. Quando apresenta o comportamento maligno este se evidencia por atividade mitótica e presença de necrose, além da possibilidade de metástases. Nesses casos podem ser chamados de carcinóide atípico e ser confundido com CPPC. O presente caso nos parece ser um exemplo destes, em que o componente "pequenas células" foi tratado apresentando resposta parcial. Em seguida houve estabilização tumoral, sem resposta à terapia, com um curso mais próximo do carcinóide típico.

MU-038

Título: TUBERCULOSE PULMONAR - Formas atípicas de apresentação

Autor(es): Romano S.E., Córrea J.C., Rodrigues A.C.

Serviço: HSE-RJ

O diagnóstico da tuberculose baseia-se, em qualquer forma de apresentação, em alguns itens fundamentais: clínico, radiológico, bioquímico, bacteriológico e tuberculínico. Dêles o + importante é o bacteriológico. Só o achado do *M. Tuberculosis* sela o diagnóstico. Assim, todo esforço deve ser feito para encontrar o bacilo. As formas iniciais da TP no adulto podem expressar-se de maneira assintomática e os sintomas, se presentes são inexpressivos, predominantemente pulmonares ou sistêmicos. Não há qualquer quadro clínico característico. O exame físico pode ser todo negativo. Portanto, diagnóstico clínico é presuntivo. A expressão da tuberculose no radiograma torácico tem // preferência por localizações nos ápices pulmonares. Contudo há certas peculiaridades clínicas e radiológicas da TP que conduzem ao diagnóstico. Se os achados mostrarem-se atípicos mais difícil e demorado será o diagnóstico. As apresentações atípicas da TP no adulto tem uma das seguintes características: radiograma torácico atípico, difícil demonstração do bacilo nas secreções brônquicas, ausência de reatividade ao PPD. A seguir 3 casos de apresentação atípica da TP: pneumonia, endobrônquica e tumoral. 1º caso: homem 40a, aux. de escrit., residente RJ. 11/92 estado gripal c/ astenia, mialgia, febre baixa, tosse / seca por 3 semanas. Radiograma torácico opacidades arredondadas em ambos os l/3 inf. pulm. Broncofibroscopia normal. Aspirado // bronquico: negativo p/ cls. malignas e BAAR negativo. Toracotomia explor. c/ biópsia pulm. + histopatológico p/ WADE = TP. 2º caso: homem 65a, aposentado residente RJ. 03/93 tosse produtiva, febre, astenia. Raios X tórax opacidade infiltrat. LSD. Antibiótico (sulfa) c/ melhora sintomas. Após 2 semanas ainda imagem radiológica, febre diária e tosse. Broncofibroscopia lesão endobrônquica de aspecto tumoral em BLSD c/ biópsia brônquica positiva para TP c/ BAAR +. 3º caso: mulher 17a residente RJ. 05/93 estado gripal, posteriormente escarros sanguíneos. Radiograma torácico condensação pneumonia base D. 3 amostras p/ BAAR neg. Penicilina c/ melhora dos sintomas. Após 3 semanas ainda c/ imagem radiológica. Broncofibroscopia normal. Aspirado de BLID BAAR cultura para BK positiva.



Título: AVALIAÇÃO DA IMUNOTERAPIA EM CRIANÇAS ASMÁTICAS
Autor(es): Maria C. A. do Carmo, João P. C. Filho, Alfredo R. Payneau, Marina A. Zoucas - Instituto de Tisiologia e Pneumologia - UFRJ - RJ - Brasil

Foram estudadas 47 crianças portadoras de asma, sendo 31 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idade foi de 5 anos. Os fatores desencadeantes das crises relatados pelos familiares foram poeira, lâ, mofo, umidade e mudança de temperatura em 27 pacientes, ou seja, 57,45%. Com relação aos antecedentes alérgicos familiares 80,5% os apontaram como positivos. Como antecedentes pessoais alérgicos, a rinite foi encontrada em 100% das crianças. Os testes cutâneos foram realizados em todo o grupo estudado com resultado positivo em 28, equivalendo a um percentual de 59,5. A imunoterapia foi realizada em todos os pacientes sendo que aproximadamente 60% apresentaram melhora dos sintomas e 40% ficaram assintomáticos.

Título: Massa Mediastinal X Síndrome Asmática
LIPOBLASTOMA DE MEDIASTINO (relato de caso)
Autor(es): Gilberto C. Ferreira, Carlos B. Lima, Marcos B. Vianna, Hilda I. B. Ramos, Antonio R. N. Richa
Serviço: Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ

Lipoblastoma é um tumor benigno do tecido gorduroso, circunscrito, formado do lipoblasto embrional, bem diferenciado, ocorrendo aonde o tecido adiposo persiste. É incomum na faixa etária pediátrica, sendo em 80% dos casos diagnosticado antes dos 3 anos de idade.

Apresentaremos o caso de um pré-escolar com 3 anos e 8 meses de idade, o qual iniciou um ano antes do diagnóstico, tosse seca que piorava à noite acompanhada de sibilos. Rotulado como asmático leve, fazia uso intermitente de broncodilatadores. Evoluiu com aumento do diâmetro antero-posterior do hemitórax direito.

Procurou o IFF sendo realizado raio x de tórax e evidenciada grande massa mediastinal. Após tomografia computadorizada do tórax e Ecocardiograma, a massa foi delimitada ocupando o mediastino médio e posterior, comprimindo o pulmão direito em direção ao diafragma e com possibilidade de aderência cardíaca.

Submetido a toracotomia, observou-se massa de 410 gr, medindo 4 x 10 x 6 cm, comprimindo todo o pulmão direito em direção ao diafragma. Efetuada sua retirada, tratava-se de um lipoblastoma de mediastino. No 3º dia de pós-operatório recebeu alta hospitalar. Atualmente sem qualquer anormalidade. Raio x de tórax demonstra completa reexpansão do pulmão direito.

Objetivos do trabalho: Descrever patologia mediastinal incomum na criança e análise da necessidade de um roteiro para estudo diagnóstico das causas de sibilos em pediatria.

"HIPERPLASIA TÍMICA VERDADEIRA-RELATO DE CASO"
Título: Pegado, M.M.; Freire, M.M.; Haddad, R.; Oliveira, C.A.B.; Martins, G.C.
Autor(es): Serviço de Pneumologia Hospital da Beneficência Portuguesa RJ e Serviço de Cirurgia do Tórax do Hospital São Vicente de Paula RJ.

RELATO DO CASO: FFS, masc., 9 a, br, natural do RJ. Referia pneumonia há 2 meses atrás, tratado com antibióticos com melhora. Voltou às atividades habituais, mas passou a sentir muito cansaço e sono, dormindo todo o tempo. Referia também sudorese noturna recente. Exame físico normal. RX de tórax-alargamento do mediastino superior. CT de tórax(12/92)-volumosa lesão sólida expansiva no segmento antero - superior do mediastino. 1ª CIRURGIA(12/92)-mediastino-pleuroscopia E. com biópsia. Patologia: hiperplasia tímica. Instituída prednisona 80mg/dia por 10 dias; com redução de 25% da lesão. Na reavaliação ao CT tórax a lesão mostrava crescimento a níveis um pouco maiores que a lesão inicial. 2ª CIRURGIA(2/93)-mediastinotomia anterior D. com biópsia da lesão, com o mesmo aspecto da lesão antes biopsiada. Feita ressecção da massa e timectomia radical. **PATOLOGIA:** Hiperplasia tímica verdadeira. CT tórax(06/93) Normal.

A hiperplasia tímica verdadeira é uma alteração muito rara, tendo apenas 11 casos publicados até 1989. A característica básica desta alteração é o aumento do tamanho do timo associado a aparência histológica normal, ocorrendo mais frequente em crianças e adolescentes do sexo masculino. É geralmente assintomática. A doença é benigna e o tratamento é cirúrgico e curativo.

"APRESENTAÇÃO DE CASO": TUBERCULOSE RENAL
Título: Christiane M. Schmidt, Andréia A. Monteiro, Margarida B. M. Loureiro, Clemax C. Santana, Rosana Alves
Autor(es): Instituto de Puericultura, Pediatria Martagão Gesteira - UFRJ/ Posto Saúde Necker Pinto

Os autores apresentam caso de tuberculose renal: paciente feminina, parda, 14 anos, natural do Rio de Janeiro. Havia história de febre baixa, disúria, sudorese e emagrecimento há 5 meses. Inicialmente tratada como infecção urinária aguda, não apresentou melhora. EAS com piúria significativa, hemoglobinúria, pH=7; cultura negativa. História de contato com tuberculose pulmonar e PPD=20 mm. Urinocultura para BK com crescimento de várias colônias. Foi iniciado esquema RIP com boa resposta.

A tuberculose renal é pouco comum na infância especialmente abaixo de 5 anos. Ocorre geralmente por disseminação hematogênica a partir de um foco primário - por ex., pulmões. Pode ser assintomática na fase inicial e apresentar-se com disúria, hematuria, polaciúria e dor lombar. O diagnóstico é bacteriológico, radiológico e eventualmente endoscópico.

Os autores ressaltam a importância desta suspeita diagnóstica diante deste quadro clínico / na presença de piúria estéril, principalmente se a urina é ácida.



SEPSIS TUBERCULOSA

ALVES R, MADI K, MARCH MFPB,
MONTEIRO AA, SANT'ANNA CC,
SCHMIDT C e VIDAL AP

INSTITUTO DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA
UFRJ - RIO DE JANEIRO - RJ

Relatamos o caso de uma criança de 3 meses de idade com diagnóstico de entrada, na Emergência, de sepsis.

Havia história de febre e dispnéia há 3 dias e de sangramento em cavidade oral há um dia. A evolução do caso foi fatal, em um período de atendimento de 12 horas.

A criança não apresentava cicatriz BCG e sua história epidemiológica para tuberculose era duvidosa, visto que os pais eram "meninos de rua".

A radiografia de tórax demonstrava condensação nos dois terços superiores do pulmão direito. A anatomopatologia revelou infiltração difusa dos pulmões e de diversos órgãos com focos de necrose e células gigantes, com diagnóstico de tuberculose disseminada.

Esta forma especial de apresentação da tuberculose é rara, tem uma patogenia hematogênica e evolui mortalmente, correspondendo à sepsis tuberculosa acutíssima.

A BRONCOSCÓPIA NA TUBERCULOSE DA CRIANÇA

Milward, GAF; Chaves, GLC; Rodrigues, FALL; Perdomo, JO
Setor de Endoscopia Respiratória do IFF, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ

Com o objetivo de verificar a importância da broncoscopia no diagnóstico das doenças respiratórias das crianças, fizemos uma análise retrospectiva dos 1384 exames realizados no período de junho/88 a junho/93, tentando uma correlação entre a indicação, suspeita clínica, achados endoscópicos e laboratoriais, com especial atenção aos suspeitos de tuberculose. Para tanto, foram consultados os prontuários, os laudos da endoscopia e o resultado laboratorial da secreção (BAAR e cultura para BK). Como indicações mais frequentes do exame, encontramos: obstrução alta (laringomalácia, lesões traumáticas, laringite, estenoses, etc.) (378); pneumopatia de evolução arrastada (183); pneumopatia de repetição (206); suspeita de tuberculose (220). As broncoscopias foram realizadas no Instituto Fernandes Figueira, tendo sido usados os broncoscópios rígidos e o broncofibroscópio pediátrico acoplados a sistema de vídeo. Os achados endoscópicos considerados como sugestivos da doença foram: compressões da árvore traqueo-brônquica, alargamento da carina principal, granulomas intraluminais e presença de casoso, tendo sido encontrados em 238 dos 1384 exames, sendo 151 em menores que 3 anos de idade. No grupo em que a indicação foi suspeita de TP (220), 97 tinham estas alterações. Dos 744 lavados brônquicos cujos resultados foram possíveis compulsar, o exame direto para BAAR foi positivo em 30 e a cultura em 64. Destes 64 casos, 43 tinham alterações endoscópicas, 14 apenas sinais inflamatórios inespecíficos e 7 tiveram exame endoscópico normal.

Tendo em vista a baixa positividade bacteriológica do lavado brônquico, concluímos que os achados endoscópicos, associados ao quadro clínico e evidência epidemiológica, constituem-se em mais um dado em que se pode apoiar para o início da terapia específica. A endoscopia também tem sido por nós utilizada como uma observação da eficácia da terapêutica, com a regressão dos achados compatíveis com as adenomegalias.

MU-076

APERFEIÇOAMENTO DA METODOLOGIA DA DOSAGEM DOS ELETRÓLITOS NO SUOR

Lab Bioquímica/DPC/Inst Fernandes Figueira/FIOCRUZ
Coelho, H.S., Costa, A.M.A.M., Santos, M.C.P., Miranda, L.C., Verly, S.

Descrever metodologia de controle de qualidade que possa aumentar a precisão, exatidão e reprodutibilidade dos testes do suor realizados no IFF/FIOCRUZ. A metodologia do controle de qualidade dos materiais e reagentes utilizados para a dosagem dos eletrólitos no suor, pelo método de GIBSON L E & COOKE R E (Pediatrics 23:545, 1959), que utilizamos é: 1) Teste prévio da ausência de íons cloreto (Cl) e sódio (Na) na água deionizada utilizada na lavagem da gaze e vidraria, no preparo dos padrões e reagentes, na extração e na dosagem dos íons. 2) Teste qualitativo para ausência de íons Cl e Na na gaze utilizada na coleta do suor. 3) Teste qualitativo para ausência de íons Cl e Na na vidraria utilizada na realização do teste. 4) Teste de aferição do Nitrato de Mercúrio (solução titulante do íon Cl) e dos padrões de Na. A viabilidade e factibilidade da utilização desta metodologia de controle de qualidade está baseada em técnicas simples, de baixo custo e eficazes, que foram levadas a efeito em 400 testes no período de dezembro de 1992 a agosto de 1993. Tendo em vista a importância da precisão, exatidão e reprodutibilidade dos resultados do teste do suor propomos esta metodologia para controle sistemático dos reagentes, dos padrões e materiais utilizados nas várias etapas de procedimento deste teste.

MU-077

ESTUDO DE RESULTADOS DE TESTES DO SUOR

Lab Bioquímica/DPC/Inst Fernandes Figueira/FIOCRUZ
Dutra, M.V.P., Coelho, H.S., Dias, R.M., Miranda, L.J.C., Verly, S.

Descrever, através de métodos estatísticos os valores obtidos de cloreto (Cl) e sódio (Na) em 1152 testes de suor realizados no IFF/FIOCRUZ e analisar sua confiabilidade através da correlação das medidas do Cl e Na. O método de GIBSON & COOKE foi a técnica utilizada para o teste do suor. Foram formados 2 grupos a partir dos resultados de acordo com a literatura, Cl > 60 mEq/l, Cl < 50 mEq/l. Foi utilizada a análise de regressão linear simples separadamente para os grupos de Cl < 60 e Cl > 50. O modelo de regressão é $(Na) = \alpha + \beta Cl$. Os coeficientes foram calculados a partir dos valores observados do Cl e do Na. Nos 1063 testes com valores Cl < 50, 95% dos valores do Cl se situaram entre 7,32 e 12,88. Neste grupo a média foi 18,48 o desvio 9,3; 95% dos valores do Na se situaram entre 6,61 e 46,39, a média foi 18,99, o desvio padrão 10,25. Nos 68 testes com valores Cl > 60, 95% dos valores do Cl se situaram entre 61,01 e 130,26, a média foi 93,04, o desvio padrão 21,74; 95% dos valores do Na se situaram entre 46,58 e 131,52, média 78,79, desvio padrão 23,98. Os coeficientes de correlação foram para o grupo Cl < 50, $r = 0,82$ e para o grupo Cl > 60, $r = 0,62$. No grupo Cl < 50 a correlação foi alta (0,92) enquanto que para o grupo Cl > 60, embora ainda significativa, seja sensivelmente mais baixa. O 95º percentil das diferenças, a partir da equação de regressão foram para o Na, no grupo Cl < 50 -9,6, +8,13 e -26,30, +24,27 para o grupo Cl > 60.



MU-078

RELAÇÃO ENTRE ESCORE DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR EM 15 PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Higa, LYS; Monteiro, AM; Dias, RM; Wrobel, TF; Santos, AMA.

Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ MS

Com o objetivo de verificar a relação entre a Prova de Função Ventilatória (PFV) e o Escore de TC (Seminars in Respiratory Infection:7(3), 193-209), modificado, analisamos os resultados obtidos em 15 pacientes com Fibrose Cística. A PFV foi realizada em equipamento Survey/Spiromatic e os valores previstos foram os Knudson e col(1983). As correlações (corr) entre as variáveis da curva Volume-Tempo, em percentual do previsto, e o Escore foram pouco significativas e melhores que aquelas obtidas pelos valores absolutos dos parâmetros, exceto para VEF1/CVF e TFEF25-75%. Dividindo arbitrariamente a amostra em função do VEF1, em percentual do previsto, e agrupando valores $\geq 50\%$ (G1) e $< 50\%$ (G2), obtivemos os seguintes resultados, expressos pelas médias:

	G1	G2	corr
	n=10	n=5	n=15
CVF	84,1*	57,6	0,59
VEF1	67,2*	37,0	0,58
VEF1/CVF	78,6*	64,2	0,24
FEF25-75%	35,2*	12,3	0,44
TFEF25-75%	257,0*	489,0	0,26

Apesar da diferença significativa entre os dois grupos, a previsão de resultados do Escore, a partir da PFV, não é animadora. Os indivíduos do G1 variaram de 10 a 25 de Escore e os do G2 de 2 a 22.

Título:

Autor(es):

Serviço:

LOBECTOMIA E HISTOPATOLOGIA PULMONAR DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Higa, LYS; Boechat, PRM; Boechat, MCB; Milward, G; Ramos, HI.

Instituto Fernandes Figueira - FioCruz - MS.

Objetivo: analisar a indicação da lobectomia pulmonar e o resultado histopatológico da peça cirúrgica.

3/45 pacientes portadores de Fibrose Cística sofreram intervenção cirúrgica para retirada de 1 lobo pulmonar. Discute-se a indicação da lobectomia em atelectasia crônica após resultado insatisfatório ao tratamento conservador e invasivo. No segundo caso os critérios considerados foram pneumonia de repetição, focal, e bronquiectasia localizada. No último, o paciente apresentou hemoptise e bronquiectasia, foi lobectomizado e, em seguida, encaminhado para investigação. A histopatologia de 2 dos 3 casos revela alterações de graus variáveis compatíveis com a Fibrose Cística.

MU-081

IDADE DA POSITIVIDADE DO ESCARRO PARA PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA) EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Higa, LYS; Dias, RM; Wrobel, TF; Farne D'Almoed; Santos, AMA.

Instituto Fernandes Figueira - FioCruz - MS.

Com o objetivo de verificar a idade da primeira cultura de escarro positiva para *Pseudomonas aeruginosa* (PA) e calcular a distribuição por faixa etária, foram estudados 40 pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de Fibrose Cística. A coleta de material para monitoramento de agentes colonizadores foi efetuada periodicamente e em momentos de agudização, pré e pós tratamento, a partir de 08/92. Os resultados foram os seguintes: dos 40 pacientes pesquisados, 31 estavam colonizados por PA; em apenas 1 não foi determinada a data da primeira coleta positiva; a média de idade, em meses, e desvio padrão quando da primeira cultura positiva foi de 72,3(55,63) contra 95,7(68,49) do grupo total. A distribuição por faixa, em anos, por indivíduos colonizados (col) e não colonizados (Ncol) é:

idade	<1	1-2	2-3	3-5	5-7	7-9	9-11	11-13	13-15
col.	6	6	2	1	3	2	6	2	2
Ncol.	1	0	2	1	1	1	1	2	0

Considerando a seqüência cronológica de colonização bacteriana, o fato da PA marcar o ponto de partida para a deterioração funcional e progressão da doença e a média de idade, na literatura, de cerca de 7 anos, é assustadoramente elevado o percentual de colonizados nos primeiros 2 anos de vida.

MU-082

AValiação DO TIPO E GRAU DE DISFUNÇÃO PULMONAR, BRONCODILATAÇÃO E INFLUÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA NA FIBROSE CÍSTICA.

Higa, LYS; Dias, RM; Santos, AMA; Farne D'Almoedo, RA; Wrobel, TF.

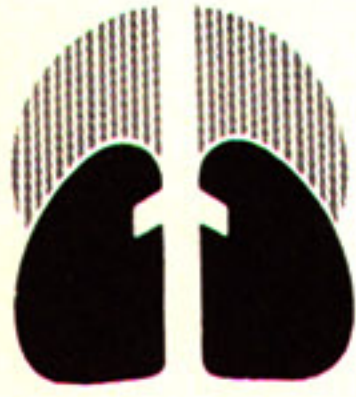
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - MS.

Com este objetivo foram estudados 22 indivíduos acima de 5 anos, com diagnóstico clínico e laboratorial de Fibrose Cística, e cujos exames, em equipamento Survey/Spiromatic, foram considerados adequados. Em acréscimo, o grupo foi subdividido em função da presença de colonização por *Pseudomonas aeruginosa* (col) ou não (Ncol). Observamos apenas 2 exames com broncodilatação positiva (Sourk e Nugent, ARRD 1983). Consideramos mistos os obstrutivos com redução de CV e RX compatível com perda de área.

Tipo:	ausente	obstrutivo	misto
col	0	12	6
Ncol	2	1	1

Grau por VEF ₁ :	>64%P	>49%P	>34%P	34%P ->
col	7	7	0	4
Ncol	1	0	0	1

Os indivíduos colonizados apresentaram valores significativamente menores de CVF, VEF₁, VEF₁/CVF e FEF25-75%, para a mesma idade.



MU-083

TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES - INCIDÊNCIA DE HIV⁺
Martire, TM; Dias, RM; Santos, A; Mazarrone, M;
Peregrino, S.
Disciplinas de Pediatria e Pneumologia da UNI-RIO.

Com o objetivo de conhecer a prevalência de HIV⁺ e as características dos adolescentes com Tuberculose, foi feita uma análise retrospectiva de 27 pacientes, tratados em um período de 3 anos. Obtivemos os seguintes resultados: sexo M-14, F-13; marca vacinal pelo BCG=5/27; PPD não reator=3/16, reator fraco=1/16, reator forte=12/16; contágio domiciliar conhecido=8/13. A forma pleuropulmonar foi encontrada em 19/27 jovens, seguida da oftálmica(2), óssea(2), ganglionar(2), renal(1) e peritonal(1). A baciloscopia foi positiva em 8/17, sendo que a confirmação microbiológica ou histopatológica se deu em 17/27 pacientes, nos demais a resposta terapêutica foi positiva. O achado radiológico mais encontrado foi de condensação de LSD com cavidade, seguida de condensação ou infiltrado de LID. O HIV⁺ foi detectado em 5/27 adolescentes. A transmissão foi através de hemotransusão(2), contato sexual(1), aleitamento materno(1) e causa desconhecida (1). Concluímos que a frequência de HIV⁺ é superior à esperada para a população, quando o teste é solicitado de rotina, sem o conhecimento prévio de grupos de risco.

MU-085

RELATO DE DOIS CASOS DE BRONQUIOLITE OBLITERANTE NA INFÂNCIA
Wrobel, TF; Farne D'Almoed, R; Boechat, MCB; Dias, RM; Santos, AMA.
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ MS.

A Bronquiolite Obliterante (BO) é uma patologia rara, podendo ser confundida com outras doenças respiratórias de evolução prolongada. A ausência de resposta a métodos terapêuticos convencionais, assim como a não identificação da etiologia de base, levam à suspeição diagnóstica de tal entidade. Os autores relatam dois casos de BO confirmados por estudo histopatológico de fragmento pulmonar.
Caso 1: MAC, 32 meses, Natural de SP. Admitido com doença respiratória baixa, com um mês de evolução, cujos sintomas iniciais foram coriza, cianose facial, dispnéia e broncoespasmo. A evolução da doença demonstrou persistência da sintomatologia, associada a dependência de oxigenioterapia e refratariedade a broncodilatadores e corticosteróides.
Caso 2: JCGS, 17 meses, Natural do RJ. Quadro iniado há um mês, com tosse e dispnéia. Evoluiu com piora clínica e insuficiência respiratória, necessitando de medidas de suporte ventilatório. Apesar da melhora clínica que permitiu a suspensão da ventilação mecânica, persistiu com broncoespasmo importante, a despeito da terapêutica.
Em ambos os casos a investigação foi pouco elucidativa, havendo critérios para indicação de biópsia pulmonar.

MU-084

ESTUDO HISTOPATOLÓGICO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITE OBLITERANTE (BO).
Higa, LYS; Santos, AMA; Azevedo, ZMA; Boechat, PRM; Marques, RS.
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ MS

Os autores descrevem dois casos de Bronquiolite Obliterante, cujo diagnóstico pelo exame histopatológico. A Síndrome Clínica (obstrução de vias aéreas), expressão radiológica (hiperinsuflação e espessamento peribrônquico) e evolução clínica (não responsividade a broncodilatadores, antibiótico-terapia e corticosteróide) são compatíveis. Os exames complementares negativos ou pouco elucidativos justificam a indicação de biópsia pulmonar para fins de diagnóstico. O material em estudo, nos dois casos, foi obtido através de biópsia pulmonar a céu aberto, evidenciando alterações compatíveis com BO.

MU-086

Título: AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA DE CRIANÇAS COM PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO
Autor(es): Clemax C Santana, Ilde de Fátima, BPMarch, Rosana Alves, Christiane Schmidt, Andreia A Monteiro
Serviço: Instituto Puericultura Pediatria Martagão Gesteira-UFRJ

Foram estudadas 155 crianças atendidas no ambulatório de Pneumologia Infantil com quadro de pneumonias de repetição, durante os anos de 1989 e 1990.

89(57,4%) crianças eram do sexo masculino e 66(42,6%) do feminino. 71(46%) eram menores de 1 ano, 47(30%) de 1 a 4 anos, 13(8,4%) maiores de 4 anos. A avaliação radiológica realizada em 117(75%) pacientes foi normal em 33(28%) e alterada em 84(72%). Destes, 28(33%) tinham condensação, 32(38%) infiltrados, 3(3,6%) atelectasia, dentre outros. RX de cavum foi realizado em 29 crianças: 18(62%) normais e 11(38%) anormais. RX de seios da face, em 33: normal em 15(45%) e alterado em 18(55%). O diagnóstico definitivo na maioria dos casos foi de alergia respiratória - 72(46,5%) pacientes.

Os autores demonstram a elevada frequência de alterações radiológicas nestes pacientes, motivando provavelmente o encaminhamento ao ambulatório especializado. Ressaltam a importância da pesquisa de alergia em RX de seios da face, já que sinusite é frequentemente detectada em pacientes alérgicos, podendo ser causa das pneumonias de repetição.

Título:
Autor(es):
Serviço:

IDENTIFICAÇÃO DE VIRUS EM PNEUMONIAS FATAIS
Higa, LYS; Garrido, JR; Garcia, AGP; Basso, NGS;
Nascimento, J.
Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz - MS.

Descrevem-se 4 casos de pacientes com pneumonia que evoluíram para óbito. São apresentados dados pessoais, procedência, tempo de doença, evolução e causa mortis. Aspecto Radiológico apresentado foi de infiltrado intersticial alveolar, derrame pleural e hiperinsuflação. Pesquisa de agentes bacterianos, hemocultura e líquido pleural resultou negativa. A patologia revelou comprometimento de uma ou mais vísceras. Métodos diagnósticos específicos permitiram a identificação no pulmão de VSR, adenovirus, citomegalovirus, HIV, de forma isolada ou concomitante.

Título: ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PULMONAR DE CRIANÇAS COM SIDA
Autor(es): Andréia A. Monfeiro, Christiane M. Schmidt, Rosana Alves
Serviço: Kalil Madi, Ricardo Hugo Oliveira, Ma. Fátima P. Marchi,
Clemax C. Sant'Anna
Inst. Puericultura e Ped. Martagão Gesteira - UFRJ

Os autores apresentam resultados histológicos de 6 crianças portadoras de SIDA, internadas com afecções respiratórias e evolução para óbito, nos últimos 2 anos.

As idades variaram de 1 mes a 8 anos, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino. Havia relato de febre em cinco crianças, dispnéia em três, crise convulsiva em uma. Não havia relato de sintomatologia respiratória em um caso, que apresentou dispnéia durante a internação. As radiografias de tórax mostraram infiltrado intersticial em quatro casos e consolidação em um.

Os laudos histopatológicos mostraram: pneumonite CMV e sepsis, pneumonia intersticial por *Pneumocystis carinii*, bronconeumonia, congestão pulmonar com hemorragia e atelectasia e pneumonite por *Cryptococcus neoformans*.

Houve boa correlação entre achados histopatológicos com os quadros clínico radiológicos. Ressalta-se a necessidade de pesquisar outros agentes etiológicos além do *P. carinii* em casos de infiltrado intersticial na radiografia de tórax.

DISFUNÇÃO PULMONAR NA ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL SISTÊMICA (ARJ).
Martire, TM; Dias, RM; Sant'Anna, CC.
UNI-RIO; Instituto de Puericultura Martagão Gesteira (UFRJ).

Foram estudados 50 pacientes pediátricos com ARJ de início sistêmico, selecionados de acordo com os critérios da Associação Americana de Reumatismo (ARA), pertencentes às classes I, II e III do índice de limitação articular. A avaliação funcional pulmonar constou da determinação da CVF, VEF1, VEF1/CVF e do FEF25-75%. Os pacientes com limitação articular apresentaram maior tempo de doença e 31 (64,5%) deles sofreram algum tipo de comprometimento pulmonar. A artrite precedeu as alterações pulmonares em 22 casos, ocorreu de modo simultâneo em 5 e as sucedeu em 4 pacientes. A pleurite foi o achado radiológico mais encontrado durante o curso da doença, em contraste com as formas de infiltrado e traves fibróticas por ocasião da espirografia. A disfunção ventilatória foi evidenciada em 48% dos pacientes, com predomínio do padrão restritivo. A utilização simultânea da radiografia simples e da espirografia demonstrou aumento do percentual de detecção de doença pulmonar, sugerindo que os métodos são complementares. A disfunção ventilatória independe da limitação funcional articular, de tipo e tempo de tratamento e do tempo de duração da doença.

AValiação DA FUNÇÃO PULMONAR NOS PACIENTES PEDIÁTRICOS COM Distrofia MUSCULAR PROGRESSIVA.
Martire, TM; Dias, RM; Crasto, MC; Chibante, AMS.
Disciplinas de Pediatria e Pneumologia da UNI-RIO.

Foi avaliada a função pulmonar de 14 pacientes pediátricos portadores de Distrofia Muscular Progressiva (DMP) do tipo Duchenne. Deste total, 13 eram do sexo masculino e 1 apenas do sexo feminino. A idade por ocasião do exame espirográfico variou de 6 a 18 anos, com média de 9 anos. A disfunção de origem restritiva foi detectada em 7 pacientes, sendo que em 1 houve obstrução associada. Observamos que o subgrupo sem disfunção apresentava início dos sintomas mais tardiamente e que o intervalo de tempo entre o início da doença e a espirografia era menor. Sob o aspecto do exame, constatamos ser freqüente a impossibilidade de sustentar o esforço expiratório. A redução da CV é um achado freqüente na DMP do tipo Duchenne; entretanto, a sua avaliação isolada com objetivo de avaliar a disfunção muscular ficou prejudicada, uma vez que 2 pacientes com "falsa" restrição, tinham HPP de pneumonia de repetição, demonstrando a necessidade de incorporação da medida da força muscular ao exame espirográfico.



MU-091

**TABAGISMO ENTRE OS PNEUMOLOGISTAS NO BRASIL
RESULTADOS PRELIMINARES**

Hisbello S. Campos

Com o objetivo de estimar a prevalência de fumantes entre os pneumologistas no Brasil, em dezembro de 1992, enviou-se, pelo Correio, questionário padronizado aos 2.336 sócios da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Até o momento, apenas 477 (20%) devolveram o questionário respondido. Dentre estes, 8% eram fumantes, 32% eram ex-fumantes e 58% informaram nunca haver fumado. As questões feitas aos médicos enfocavam também a frequência com a qual aconselhavam seus pacientes fumantes a pararem de fumar (76,9%); a idade média de início do tabagismo (17,06); o consumo médio diário de cigarros (12,03); o número médio de tentativas para deixar de fumar (3,2) e o grau de dificuldade que tiveram para conseguir parar definitivamente de fumar. Finalmente, procurou-se avaliar como os pneumologistas imaginavam seu futuro em relação ao tabagismo. As respostas permitiram estimar que 85% acreditavam que certamente não seriam fumantes; 11% provavelmente não fumarão no futuro; 0,8% provavelmente serão fumantes e 0,4% certamente o será.

CENTRO DE REFERÊNCIA PROF. HÉLIO
FRAGA, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE,
MINISTÉRIO DA SAÚDE.

MU-093

**MECÂNICA PULMONAR EM MODELO DE S.A.R.A. INDUZIDO
POR PARAQUAT**
Melo, M.M.S.; Aires, S.T.; Colafranceschi, A.S.;
Rocco, P.R.M. & Zin, W.A.
Laboratório de Fisiologia da Respiração - Instituto
de Biofísica Carlos Chagas Filho - U.F.R.J.

A mecânica respiratória de ratos, foi avaliada após a utilização do herbicida Paraquat. Dois grupos de ratos hígidos receberam injeções 5 ml/kg i.p. de NaCl 0,9% (grupo 1, n= 5, 255 - 280 g) e paraquat 25 mg/kg de peso, sendo 5 mg/ml i.p.) grupo 2, n= 5, 250 - 280 g). Vinte e quatro horas após a injeção, os ratos foram sedados (diazepam 5 mg i.p.), anestesiados (pentobarbital sódico 30 mg/kg, i.p.), entubados, curarizados (trietiliodeto de galamina, 5 mg/kg, i.p.) e ventilados artificialmente. Fluxo, volume, pressões traqueal e transpulmonar foram registrados. A medida dos parâmetros da mecânica respiratória foi realizada pelo método da oclusão ao final da inspiração sob fluxo constante (6,5 ml/s) e volume corrente de (0,8 ml). Foram determinados os valores da resistências total, viscosa (homogênea) e viscoelástica (inotomogênea), e das elastâncias estática e dinâmica do pulmão nos dois grupos. Comparou-se os parâmetros da mecânica respiratória através do teste t não pareado (p < 0,05). Observou-se um aumento significativo da resistência viscosa (p= 0,002, média 0,461 ± 0,095 cmH₂O/ml/s) e viscoelástica do pulmão (p= 0,005, média 0,577 ± 0,178 cmH₂O/ml/s) no grupo 2 em relação ao 1. Viu-se também um aumento significativo das elastâncias estática (p < 0,001, média 21,415 ± 4,114 cmH₂O/ml) e dinâmica (p < 0,001, média 26,524 ± 4,114 cm H₂O/ml) do pulmão no mesmo grupo.

Apoio Financeiro: FINEP, CNPQ, CEPG-UFRJ, FAPERJ.

MU-092

MECÂNICA RESPIRATÓRIA EM PNEUMOPATIAS OBSTRUTIVAS, RESTRITIVAS E SDRÁ. Patricia Rieken Macêdo Rocco & Walter Araújo Zin - Laboratório de Fisiologia da Respiração - Instituto de Biofísica Carlos Filho - UFRJ.

Até o momento, poucos estudos analisaram a mecânica respiratória em pneumopatas obstrutivos (PO), restritivos (PR) e Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto (SDRA). Talvez, essa escassez de dados decorra do fato desse tipo de experimento ser complexo e, por vezes perigoso. Com o intuito de superar tais dificuldades, utilizou-se o modelo matemático descrito por Zin e cols. (1983) para descrever a evolução temporal inspiratória de volume (V) e trabalhos. As curvas foram computadas em condição controle (paciente normal), frente a adição de carga resistiva ($\Delta R = 4.8 \text{ cmH}_2\text{O.l}^{-1}.\text{s}$ -simulando PO), elástica ($\Delta E = 93.6 \text{ cmH}_2\text{O.l}^{-1}.\text{PR}$) e associando ΔR e ΔE -SDRA. Observou-se queda de V nas diferentes pneumopatas, sendo esta maior na PR e SDRÁ do que na PO. No início da inspiração a queda de V é mais importante na PO (64% em relação ao controle) do que na PR (41%), o inverso ocorrendo ao final da inspiração (9% para o PO e 74.5% para o PR). Já na SDRÁ, a perda de V ao longo da inspiração oscilou entre 70 e 75%. O trabalho resistivo aumenta na PO e piora na PR, pois a energia dissipada para vencer ΔE se dá às custas do aumento da impedância elástica. O trabalho elástico é maior na SDRÁ, seguida da PR. Quantificou-se o aumento do estímulo neuromuscular inspiratório (ENM) de cada pneumopatia para atingir o V controle. Constatou-se que o paciente com SDRÁ tem que aumentar seu ENM em 397%. O encurtamento do tempo inspiratório (T_I) é deletério para o PO que necessita aumentar seu ENM em 277%, enquanto que o prolongamento de T_I é ruim para o PR que necessita incrementá-lo em até 390%. Concluímos que: 1) ao manusearmos o ventilador artificial no PO é importante não encurtarmos o T_I pois necessitará aumentar o ENM e 2) na tentativa de compensar a perda de V nos pacientes com PR e SDRÁ deve-se estar atento ao aumento da pressão de admissão das próteses ventilatórias em face ao risco de barotrauma. Apoio Financeiro: CNPq, FINEP.

MU-094

"DISTINÇÃO CLÍNICA ENTRE OSTEOARTROPAZIA HIPERTRÓFICA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA: UM DESAFIO:"
Autor(es): CANTALICE FILHO, J.P.; SANTOS, O.L.R.; MOREIRA, A.M.; RIBEIRO, R.C.
Serviço: INSTITUTO DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA E SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HUCFF-UFRJ.

Este estudo tem como objetivo levantar um paralelo clínico-epidemiológico destas entidades de muita semelhança clínica e com marcada distinção etiopatogênica. De um lado, mostra-se um caso da síndrome displásica hereditária denominada de osteoartropatia hipertrófica primária (Paquidermoperiostose) com seus achados de herança autossômica dominante, baqueteamento digital, paquidermia cutânea e periostose. De outro; ilustra-se um caso típico de osteoartropatia hipertrófica secundária como manifestação paraneoplásica de adenocarcinoma pulmonar.

Desta forma, obtém-se um perfil detalhado muito útil no rico diagnóstico diferencial destas patologias vistas frequentemente na prática clínica.

1 Dezembro

Temas Livres



Título: HIPOGAMAGLOBULINEMIA
Autores: LOBÃO, J.M.N.; MAEDA, T.V.; OLIVEIRA, M.J., COSTA, W.
Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

A hipogamaglobulinemia é geralmente devida à anormalidade no desenvolvimento das células B e caracteriza-se por níveis reduzidos de IgA, IgG e IgM. Os indivíduos com essa doença adquirem infecções sinopulmonares recorrentes, causadas por bactérias piogênicas encapsuladas (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*), grande incidência de pneumonia por *Pneumocystis* e giardíase intestinal. As sequelas a longo prazo dessas infecções pulmonares são bronquiectasia e fibrose pulmonar. Os autores apresentam o caso de um jovem com história de infecções respiratórias de repetição / desde a infância. Referia também ser portador de sinusite / e diarreia crônica com infestações frequentes giardíase e estrogiloidíase. Internado com quadro de pneumonia em língua. Ex. lab.: Proteínas totais 5.0, alb. 3.8g%, glob. 1.2g%; Eletroforese de proteínas: hipogamaglobulinemia ; / dosagem de IgA: IgA 21mg%, IgG 52mg%, IgM 13mg%; Parasitológico de fezes: g. *Pamblia* e *S. stercoralis*; cultura de escarro: *S. pneumoniae*; TC tórax: bronquiectasia em topografia de língua; TC seios da face: espessamento da mucosa fossa nasal esq. e velamento parcial dos seios maxilares, frontais e células etmoidais à esquerda.

Título: DOENÇA PULMONAR NA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRON
Autores: OLIVEIRA, M.J.D.; ALVES, R.L.R.; LIMA, M.A.; PINTO, A.E.; OLIVEIRA, V.T.M.S.; MAEDA, T.V..
Serviço: PNEUMOLOGIA HUPE - UERJ

A macroglobulinemia de Waldenström (Mu) é uma gamopatia monoclonal, com predomínio de IgM que apresenta manifestações clínicas sistêmicas dentre elas infiltrado pulmonar tipo intersticial. Os autores relatam um caso de um homem, negro, 61 anos, com história de 6 meses, de emagrecimento; parodontite D; Anemia e Hipoacusia bilateral. Internou com tosse e infiltrado intersticial com predomínio em bases. Na investigação diagnóstica notou-se exame neurológico dentro da normalidade, anemia normo/normo, rouleur + 4+, Gamopatia monoclonal tipo IgM (21.000 mg%), LBA mostrando 75% MO-12% LINF-12% PMN-1% EOS. Foi realizado aspirado / Biópsia de medula óssea confirmando o diagnóstico de (Mu). Iniciado tratamento com clorambucil e prednisona tendo obtido melhora clínica e laboratorial. Raramente a M.W. pode ter manifestações pleuropulmonares como: infiltrado intersticial, nódulos, espessamento e/ou derrame pleural, que são normalmente oligossintomáticos não prevalecendo usualmente como manifestação cardinal do quadro clínico.

1 Dezembro

Temas Livres

Título: FERRO NO ESCARRO DE PACIENTES CHAGÁSICOS
Autores: Vianna, L.G.; Pinto, A.V.; Milford, M.D.; Castro, C.N.
Serviço: Depto. Clínica Médica, UnB.

Koberle e cols (Rev Goiana Med, 1969) descreveram a pneumopatia chagásica, conseqüente a surtos periódicos de hemorragia pulmonar, deixando como seqüela hemossiderose pulmonar. Entretanto, Giglio e Rossi (Hospital, 1970) e Siqueira e Ayala (Rev Soc Bras Med Trop, 1972) procurando hemossiderose pulmonar em necrópsias de pacientes chagásicos crônicos (PCC), mostraram resultados discordantes, concluindo que a hemossiderose pulmonar chagásica é conseqüente a estase pulmonar que acompanha a cardiopatia chagásica descompensada. Neste estudo pesquisou-se hemossiderina no escarro, através da coloração com Azul da Prússia (Kerr, Biochem J, 1957) em 30 PCC, sendo 18 com a forma indeterminada, 9 com cardiopatia (7 compensada e 2 descompensada) e 3 com a forma digestiva; 1 paciente com Chagas agudo (PCA); e 46 pacientes com patologias diversas não cardíacas e não pulmonares, que constituíram o grupo controle (GC). No PCA não foi encontrada hemossiderina no escarro, enquanto que demonstrou-se hemossiderina no escarro dos 2 doentes com cardiopatia chagásica crônica descompensada. Entre os 28 PCC restantes, 21 (75%) apresentaram hemossiderina no escarro, sendo 14 com a forma indeterminada, 6 com a forma cardíaca compensada e 1 com a forma digestiva. No GC demonstrou-se hemossiderina no escarro de 22 pacientes (47,8%). Foi significativamente maior o número de doentes com hemossiderina no escarro no grupo de PCC do que no GC (p>0,05). Concluiu-se que PCC podem apresentar hemossiderose pulmonar conseqüente a própria doença de Chagas, não sendo decorrente de insuficiência ventricular esquerda.

Título: ESQUISTOSSOMOSE MANSONICA
Autor(es): Romano S.E., Córrea J.C., Rodrigues A.C.
Serviço: HSE - RJ

A Esquistossomose Mansonica apresenta-se sob as formas clínicas aguda e crônica. A forma aguda pode cursar com sintomas gerais, astenia, cefaléia, anorexia ou outros relacionados com o TGI (diarreia, desconforto epigástrico). As manifestações pulmonares, quando presentes, são tosse, broncoespasmo, pneumonia muitas vezes descritas como eosinofilia pulmonares infiltrativa; são de caráter fugaz e pouco conhecidas. A forma crônica é o tipo mais frequente de apresentação clínica esquistossomótica; identificando-se vários subtipos: hepato-intestinal, hepato-esplênica (com ou sem hipertensão porta), hipertensão pulmonar forma cianótica hepato-esplênica sem hipertensão pulmonar, forma tumoral (intestinal). A maioria dos informes disponíveis na literatura é sobre a forma crônica hepato-esplênica com dados clínicos, radiológicos e anatomo-patológicos. A forma crônica é aquela que a grande maioria dos pacientes apresenta e, é / nesta forma que o médico tem mais vivência e conhecimento. Recentemente vivenciamos o caso de hipertensão pulmonar esquistossomótica de difícil diagnóstico e sem hepato-esplenomegalia.
Homem, 39 anos, mecânico, Bahia, residente no RJ há 21 anos. Internado no HSE em 15/6/92 para esclarecimento de escarros sanguíneos e aumento hilar Esq. ao radiograma torácico. Em 1983 / TP, tratamento regular. Radiograma torácico de 4/91 já mostrava aumento hilar Esq. Broncoscopia normal. Aspirado brônquico negativo para células neoplásicas e BAAR. TC tórax massa tumoral em 1/3 inf. e aspecto de linfonodomegalia em PE. US abd. normal. EDA normal. PPD não reator. 1ª Toracotomia c/ biópsia massa tumoral à Esq c/ histopatológico Sarcoidose. 2ª Toracotomia // grande dilatação Art. Pul. Esq.; nova biópsia pulmonar 1/3 inf. / E, histopatológico-Esquistossomose. Biópsia hepática normal. Arteriografia pulm. dilatação art. pulm. Esq., oligoemia periférica pressão Art. Pulm. 70 mmHg. Cultura p/BK de biópsia pulm. posit
TRATAMENTO: Oxamiquine + esquema tríplice+ sintomáticos.

Normas para publicação

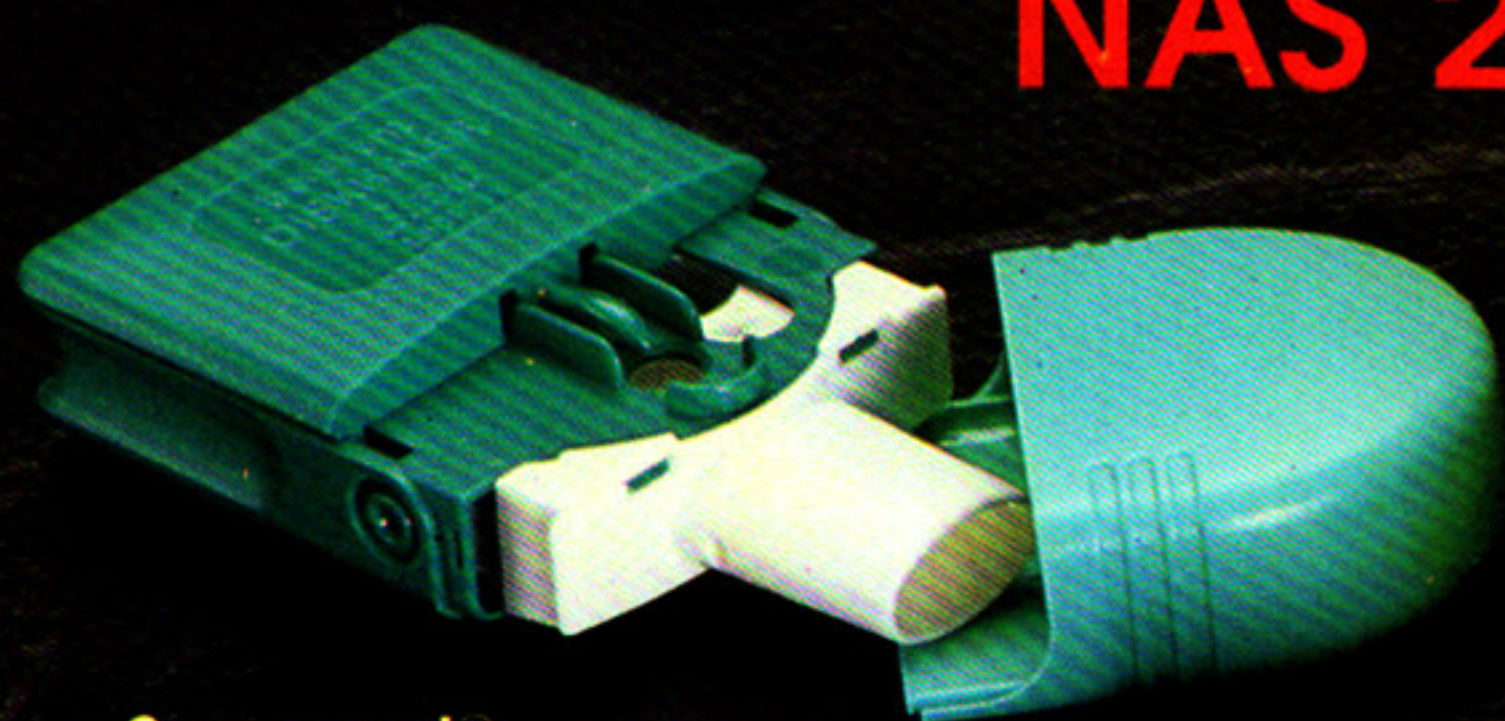
- 1.** Os trabalhos enviados à publicação na Revista PULMÃO-RJ, editoriais, conferências, artigos originais, relatos de casos, atualizações, ensaios terapêuticos e notas prévias — devem ser relacionados à pneumologia, inéditos ou originais e redigidos em português. Artigos em outros idiomas somente serão aceitos quando os autores forem estrangeiros ou, se brasileiros, estiverem radicados no exterior.
- 2.** A redação em português deve obedecer à grafia oficial, com a alteração ortográfica determinada pela lei número 5.765, de 18 de dezembro de 1971. As palavras peculiares à linguagem biomédica, não registradas no Pequeno Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa ou no Novo Dicionário Aurélio, devem seguir a orientação dos dicionários especializados. Os vocábulos da linguagem biomédica ainda não dicionarizados devem ser escritos segundo a grafia de uso mais generalizado, evitando-se, sempre que possível, os neologismos e estrangeirismos desnecessários, ainda não absorvidos pelo nosso idioma, assim como as palavras ou expressões mal formadas. A redação deve ser clara e concisa.
- 3.** Os trabalhos devem ser datilografados em espaço duplo, papel encorpado, e **enviados em duas vias** (exceto ilustrações).
- 4.** Os artigos originais devem conter, sucessivamente, a) título, com tradução em inglês; b) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); c) resumo em português, palavras chave, resumo em inglês, key words; incluindo obrigatoriamente os dados principais da metodologia, resultados e conclusões, sem ultrapassar o limite de 250 palavras, essa norma aplica-se também aos relatos de casos, ensaios terapêuticos e notas prévias; d) introdução, incluindo o objetivo do trabalho; e) material ou casuística e métodos, incluindo a estatística empregada, ou descrição do(s) caso(s); f) resultados; g) discussão ou comentários; h) resumo em inglês (summary); os trabalhos em outro idioma, que não o português ou inglês, devem conter, também, resumo no idioma original; i) agradecimentos, quando pertinentes; j) bibliografia; k) legendas, figuras e quadros.
- 5.** É indispensável a citação, no rodapé, do Serviço no qual foi realizado o trabalho, bem como endereço para correspondência.
- 6.** As ilustrações — figuras e gráficos — devem ser apresentadas sob a forma de desenho a nanquim, ou fotografias, que permitam boa reprodução gráfica, e referidas em números arábicos. As respectivas legendas, numeradas, devem constar de folhas separadas, uma para cada ilustração. É indispensável que as ilustrações sejam mencionadas no texto, para melhor escolha do local onde devam ser intercaladas.
- 7.** Tabelas e quadros devem ser referidos em números romanos, seguidos dos respectivos títulos explicativos, e datilografados em folhas separadas do texto, no qual devem ter assinalado o local de entrada. As unidades utilizadas para exprimir as variáveis descritas devem figurar na parte superior de cada coluna e a identificação das abreviaturas no rodapé da tabela ou quadro. Em geral, tabelas e quadros têm finalidade de tornar o artigo mais conciso e, portanto, dispensam sua descrição no texto.
- 8.** Caberá ao Conselho Editorial julgar o excesso de ilustrações, tabelas e quadros, adequando-os às disponibilidades de espaço e devolvendo o trabalho para reformulação, quando necessário.
- 9.** As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem alfabética. Todas as citações mencionadas no texto devem ter sua correspondente referência bibliográfica e vice-versa.
 - a) As citações de artigos em revistas médicas consistirão de: sobrenome do(s) autor(es) (somente a inicial em maiúscula), seguido de inicial(is) do(s) prenome(s) em maiúscula, utilizando-se vírgula apenas para separar os nomes completos dos autores, título do artigo, nome da revista (abreviado segundo regras do World Medical Periodicals), número do volume, seguido de dois pontos; número da página inicial e final, seguido de vírgula; ano de publicação. Quando existirem duas ou mais revistas com o mesmo nome, indique-se, entre parêntese, o local de sua publicação. A citação do suplemento de determinada revista far-se-á com a abreviação (supl.), após o número do volume. b) A citação de livro deve incluir: autor ou editor(es), este seguido da abreviatura (ed), título do livro, número da edição (quando houver mais de um) e página inicial.
 - c) O capítulo de um livro deverá ser assim citado: autor(es), título do capítulo, ponto. Preposição In, seguida de dois pontos e da citação completa do livro de acordo com o item b).
- 10.** As cartas aos editores devem constituir num comentário ou crítica à metodologia, resultados, conclusões ou bibliografia, porém, não devem representar uma publicação em paralelo. A extensão da carta não deve ultrapassar três páginas datilografadas em espaço duplo e as citações bibliográficas, quando couber, limitadas a 10. A resposta do autor, ao qual a carta será submetida, deve obedecer às mesmas normas.
- 11.** Todos os artigos serão submetidos à apreciação do Editor, Conselho Editorial e um ou mais Revisores Científicos. Somente serão aceitos para publicação os que obedecem às presentes normas quer na apresentação, quer no conteúdo.
- 12.** O envio de matéria para publicação, desde que aceita, implica na transferência do copyright dos autores para a Revista PULMÃO-RJ recebendo o(s) autor(es) 2 (dois) exemplares da revista da PULMÃO-RJ no qual estiver publicado o seu artigo.
- 13.** Os originais somente serão devolvidos mediante solicitação do autor principal.

Serevent

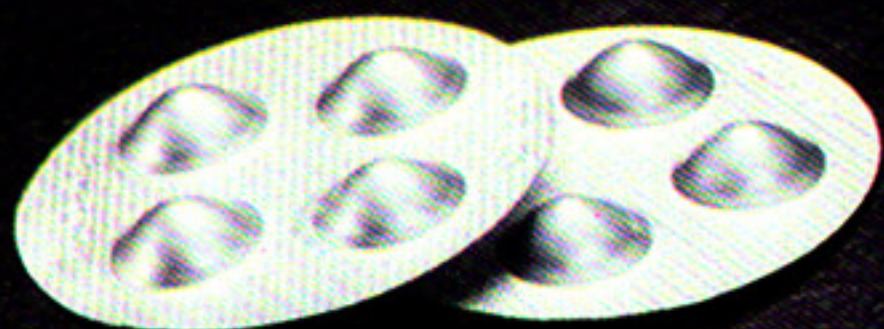
TRATAMENTO DE BASE DA ASMA

INAUGURANDO UMA NOVA ERA NO TRATAMENTO

CONTROLE DOS SINTOMAS
NAS 24 HORAS



Serevent[®]
Rotadisks



Serevent[®]
Spray

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO

Serevent (Xinafoato de salmeterol) Indicações: Tratamento regular de longa duração da obstrução reversível das vias aéreas, na asma (incluindo pacientes com asma noturna e asma induzida por exercícios), bronquite crônica e enfisema. **Posologia e Modo de Usar:** **Adultos: Serevent Spray:** Duas inalações (2 x 25mcg de salmeterol) duas vezes ao dia. Em pacientes com obstrução das vias aéreas mais severa recomenda-se quatro inalações (4 x 25mcg de salmeterol) duas vezes ao dia. **Serevent Rotadisks:** Um receptáculo (bolha), corresponde a 50mcg de salmeterol, duas vezes ao dia. Em pacientes com obstrução mais severa das vias aéreas até 2 receptáculos (2 bolhas) correspondentes a 2 x 50mcg de salmeterol, duas vezes ao dia. Até o presente existem dados insuficientes para recomendar o uso de salmeterol em crianças. **Contra-Indicações:** Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Precauções:** O salmeterol deve ser prescrito com cautela em pacientes sofrendo de tireotoxicose. Em pacientes que necessitem de utilizar doses maiores de agonistas β_2 inalatórios (exemplo salbutamol) em adição ao salmeterol, para alívio dos sintomas devem procurar urgente orientação médica. **Efeitos Adversos:** Tremores foram raramente relatados. Isto tende a ser transitório, relacionado a dose e diminui com a continuidade da terapia. Em estudos clínicos, cefaléia e palpitação subjetivas foram também raramente relatados mas a incidência não foi significativamente diferente do placebo. Como ocorre com outras terapias por inalação, deve-se ter em mente o potencial para broncospasmo paradoxical. Se isto ocorrer, a terapia com salmeterol deve ser descontinuada imediatamente e instituída uma terapia alternativa. **Apresentações:** **Serevent Spray:** é apresentado em cartucho contendo 1 lata com 60 doses + aplicador (acionador). **Serevent Rotadisks:** é apresentado em cartucho contendo 7 rotadiscos + aplicador (Diskhaler) e em cartucho contendo 7 rotadiscos sem aplicador.

Glaxo

Glaxo do Brasil S.A.
Pesquisa • Qualidade • Tradição

Salmeterol

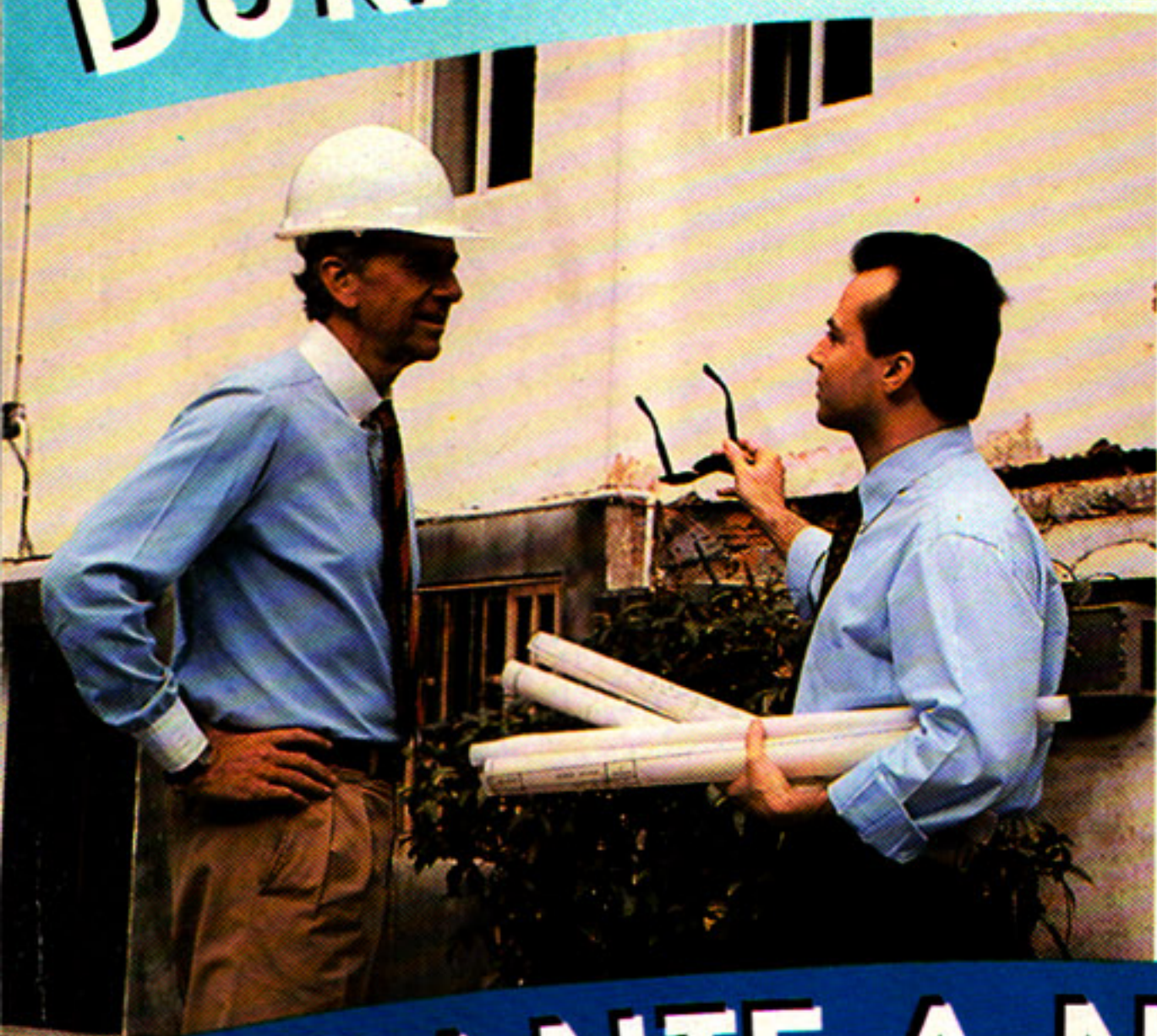
nt[®]

**O PRIMEIRO BRONCODILATADOR
QUE PROPORCIONA AÇÃO
EFICAZ E PROLONGADA DURANTE
TODO O DIA,
COM UMA SÓ ADMINISTRAÇÃO**

CADA 12 HORAS

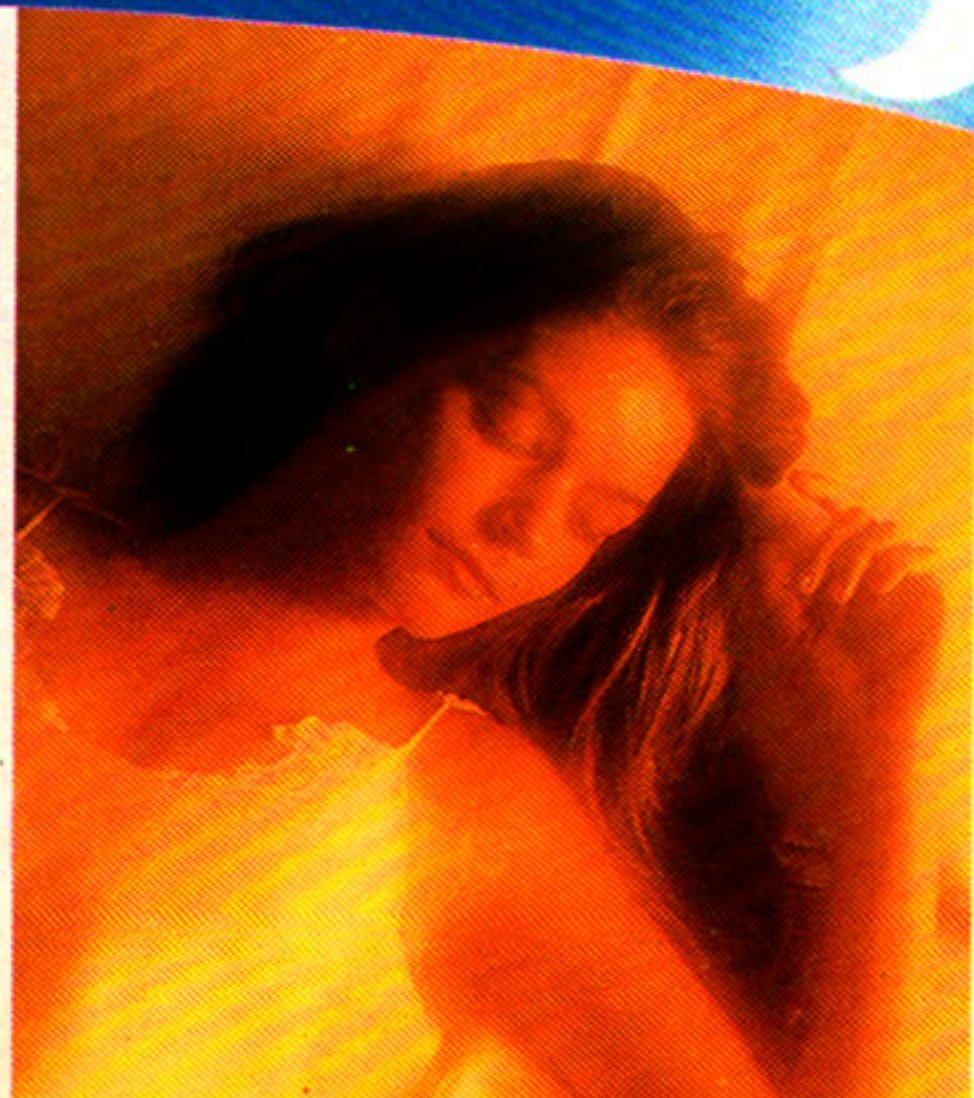
DA ASMA

DURANTE O DIA



Elimina
os sintomas
diurnos
na maioria
dos pacientes ⁽¹⁾

DURANTE A NOITE



Na maioria
dos pacientes
desapareceram
os sintomas
noturnos ⁽¹⁾

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.



CEFUROXIMA SÓDICA
ZINACEF

A cefuroxima também é apresentada sob a forma injetável (cefuroxima sódica) com a marca Zinacef 750mg (IM/IV).

Informações adicionais à disposição em nossa Divisão Científica.

Glaxo
GLAXO DO BRASIL S.A.
Pesquisa - Qualidade - Tradição