

## POSTERS

# XXVII Congresso de Pneumologia

Porto, 28-30 de Outubro de 2011

### ADENOCARCINOMA PULMONAR - A PERSISTÊNCIA DO PARADIGMA DA DIFICULDADE DIAGNÓSTICA

F.M. Leite, C Pinto, J Bernardo, L Eugénio, M.J. Antunes

*Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro de Cirurgia Cardiorácica.*

Apenas cerca de 5,5% das neoplasias pulmonares são actualmente curadas. Ainda que a taxa de cura esteja a aumentar, tem aumentado de forma mais lenta que para as restantes “neoplasias mais frequentes”. O diagnóstico precoce é fundamental para mudar este panorama. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 38 anos, fumador (40 UMA), que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de toracalgia retroesternal baixa com cerca de um mês de evolução. Refere ainda dispneia em decúbito lateral direito, tosse não produtiva, anorexia e perda ponderal não quantificada. Ao exame objectivo tem uma diminuição do murmúrio vesicular à direita. Analiticamente apresenta PCR de 2,13 mg/dL, sem leucocitose ou outras alterações. Realiza radiografia do tórax que mostra opacidade homogénea na metade inferior do campo pulmonar direito, compatível com derrame pleural, pelo que é feita toracocentese diagnóstica. Realizada drenagem de líquido pleural citrino, com bioquímica compatível com exsudato, pelo que fica internado para estudo. Apresenta citologia com alterações inflamatórias e reaccionais, sem células neoplásicas e cultura de líquido pleural positiva para *Streptococcus mitis*, sendo iniciada terapêutica com levofloxacina, que realiza durante 10 dias. Apresenta um CEA de 10 ng/mL ( $N < 5,4$ ), com os restantes marcadores tumorais negativos. Durante o internamento efectua broncofibroscopia, que mostra o brônquio principal direito com sinais de compressão extrínseca, com LBA sem alterações e biopsias a mostrarem alterações inflamatórias. É realizada biópsia pleural, que mostra alterações de pleurite inflamatória. Realiza TAC torácica, que mostra alterações inflamatórias no pulmão direito, derrame pleural organizado à direita de moderado volume, e adenopatia de 12 mm na loba de Baretty e adenopatia de 11 mm adjacente ao terço distal do esófago. Apresentado em reunião de decisão terapêutica, sendo proposto e aceite para cirurgia de descorticação pleuro-pulmonar. Realizada toracotomia póstero-lateral direita abordando o 5º espaço intercostal. Per-operatóriamente é encontrado um pulmão antracósico, com gordura mediastínica muito densificada e espessamento da p leura parietal com cerca de 0,5 cm, principalmente na sua porção antero superior e com cerca de 8 mm na porção postero inferior, com zonas mais espessas mamilonadas.

O lobo superior apresenta área com nódulo e alguma densificação que foi biopsada. Foram igualmente enviados fragmentos da pleura e de gordura mediastínica para estudo. Microscopicamente, a biópsia de pulmão revela um adenocarcinoma acinar, constituído por células cúbicas com pleomorfismo ligeiro, que expressam CK7 e TTF1 (nuclear), com biópsia pleural e de gordura mediastínica a apresentarem iguais alterações, (T4, Nx, Mx). Tem alta ao 7º dia pós-operatório, após internamento sem intercorrências, com boa evolução clínica e analítica, sendo encaminhado para consulta de Pneumologia oncológica. Ainda que o quadro clínico apresentado levantas se a suspeita de patologia neoplásica, um estudo complementar exaustivo não revelou qualquer alteração nesse sentido. Foi necessária a persistência da dúvida diagnóstica e o recurso a biópsia aberta para esclarecimento do quadro.

**Palavras chave:** Adenocarcinoma. Empiema. Diagnóstico.

### TUMOR CARCINÓIDE TÍPICO E ADENOMAS PAPILARES DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO

D. Oliveira, N. Dias, A. Campos, J. Cemlyn-Jones, L. Carvalho

*Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Serviço de Anatomia Patológica, Hospitais da Universidade de Coimbra. Centro de Pneumologia da Universidade de Coimbra, FCT. CIMAGO. Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia.*

Os autores apresentam o caso de um homem de 78 anos, com dispneia e queixas inespecíficas, cujos raio X PA do tórax e TAC mostraram uma massa tumoral do lobo superior do pulmão esquerdo. Em exame intra-operatório foi colocado o diagnóstico de provável tumor carcinóide, não se podendo excluir carcinoma de células pequenas. Após estudo definitivo com inclusão em parafina estabeleceu-se o diagnóstico de tumor carcinóide típico. Em outros planos de secção, observaram-se vários adenomas papilares, dispersos na rede alveolar, todos com dimensões inferiores a 2 mm; o estudo imunohistoquímico realizado revelou imunoreactividade marcada e difusa para CK7, com negatividade para CD56, NSE e cromogranina A. Trata-se do primeiro caso descrito na literatura em que ambas as lesões se apresentam de forma simultânea: carcinóide típico do brônquio e adenomas papilares pulmonares.

**Palavras chave:** Carcinóide típico brônquico. Adenomas papilares do pulmão.



























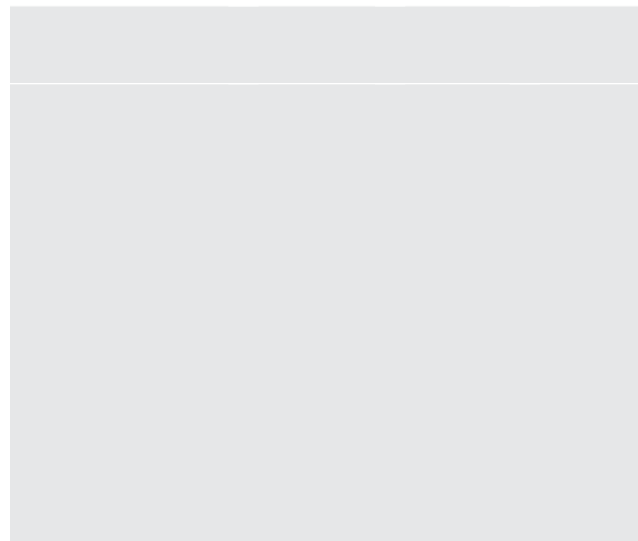












**Conclusões:** Os doentes com DPOC e com múltiplos internamentos por exacerbação têm maior número de co-morbilidades - esta diferença é mais relevante na presença de diabetes, baixo IMC, anemia, doença cardíaca isquémica e bronquiectasias. A presença de agudizações graves não está, neste estudo, relacionada com a gravidade da DPOC.

*Palavras chave:* DPOC. Exacerbação. Co-morbilidades.

## IMPACTO DAS EXACERBAÇÕES DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NA PROVA DA MARCHA DE 6 MINUTOS

C. Ribeiro, I. Ladeira, F. Rodrigues, R. Lima, M. Guimarães

*Laboratório Exploração Funcional Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

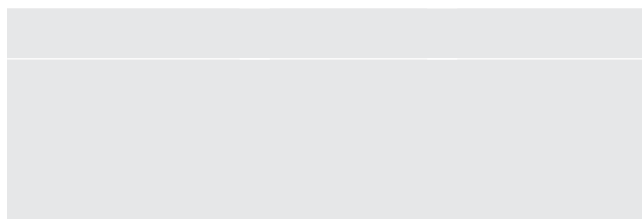
**Introdução:** É reconhecida a importância das exacerbações na história natural da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A prova da marcha de 6 minutos (PM6M) é um teste de exercício padronizado, reproduzível e parte integrante da avaliação funcional dos doentes com DPOC.

**Objectivo:** Avaliar o impacto das exacerbações da DPOC na PM6M.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com DPOC [(GOLD estadio IV (44,4%), III (26,7%) e II (28,9%) com FEV1 pós BD médio de 43,4% ( $\pm$  20,1)] que num período de 24 meses realizaram 2 PM6M com avaliação de distância, saturação O<sub>2</sub> e escala de Borg bem como parâmetros demográficos, antropométricos, funcionais e presença de exacerbações no mesmo intervalo. Foram incluídos 45 doentes, 86,7% do sexo masculino, idade média de 65,3 anos, IMC médio 24,8 Kg/m<sup>2</sup>. **Resultados:** Observámos uma relação significativa entre a média da variação da distância percorrida e a presença de exacerbações (+2,18 vs - 38,26 m; p = 0,018) e entre presença de exacerbações e redução da marcha em pelo menos 42 m (p = 0,029). Apesar dos doentes com maior número de exacerbações (> 2) terem maior queda na distância percorrida, esta relação não foi estatisticamente significativa (p = 0,5). Não há correlação significativa entre variações nas distâncias percorridas e variações de peso (r = -0,045) ou de FEV1% (r = 0,12). Existe diferença na variação da distância entre doentes com FEV1 < 50% (- 32,6m) e FEV1 > 50% (+ 12,9m) (p = 0,014).

**Conclusões:** As exacerbações de DPOC têm impacto negativo na distância percorrida da PM6M. Este impacto é mais relevante quanto maior for a gravidade da doença. Estas alterações são independentes das variações na obstrução brônquica ou no peso.

*Palavras chave:* DPOC. Exacerbação. Prova da marcha de 6 minutos.













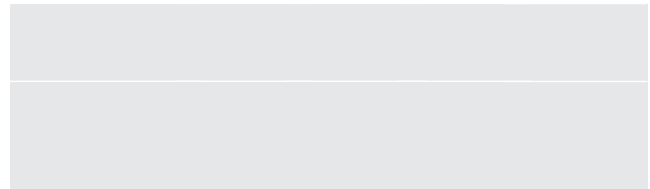












**Conclusões:** Cerca de 60% dos doentes com IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup> e propostos para cirurgia bariátrica tinham SAOS (sintoma e IAH > 5/h). Um terço dos doentes assintomáticos tinha SAOS (IAH > 5/h) e foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre apresentar sintomas e a SAOS. Atendendo ao elevado risco de complicações cardio-respiratórias associadas à SAOS consideramos relevante uma avaliação completa (incluindo um registo poligráfico de sono cardio-respiratório) antes da cirurgia bariátrica.

**Palavras chave:** Síndrome apneia obstrutiva sono. Obesidade. Cirurgia bariátrica.

#### DESPERTARES RELACIONADOS COM OS EVENTOS RESPIRATÓRIOS, COMO OS ESTAMOS A TRATAR?

M. Aguiar, R. Staats, S. Moreira, F. Caeiro, J. Valença, A. Bugalho de Almeida

*Serviço de Pneumologia 1, Hospital de Santa Maria, CHLN.*

Os despertares causados pelos eventos respiratórios (RERAs) são uma possível razão para sonolência diurna excessiva (SDE), fadiga e alterações do humor, uma associação também conhecida por síndrome das vias aéreas superiores. O objectivo foi identificar a importância desta patologia no conjunto dos estudos do sono realizados num laboratório o sono de um hospital universitário. Os parâmetros cardiorespiratórios e do sono foram avaliados por polissonografia (PSG) de acordo com as recomendações da AASM. As RERAs foram identificadas pelo achatamento do fluxo aéreo registado pela canula nasal e/ou um aumento visível do esforço toraco-abdominal, desencadeando um despertar. Todas as PSG registadas durante um período de seis meses com um índice de apneia/hipopneia inferior a 15 foram reanalisados por um único especialista de sono. Os doentes que apresentavam RERAs em mais de 50% do total de eventos respiratórios foram incluídos no estudo. Num total de 303 estudos do sono, 45 doentes foram incluídos (14,8%), apresentando uma média de  $17,4 \pm 10,4$ /h distúrbios respiratórios do sono (DRI). 71% eram do sexo masculino com uma média de idades de  $54,6 \pm 14,8$  anos. Em 42% dos doentes a latência do sono estava reduzida tal como a eficiência do sono (média  $78,5 \pm 12,6\%$ ) representando 63,8% da população total. 55% dos doentes apresentavam uma diminuição do sono lento profundo e 61% uma diminuição do sono REM. Todos os doentes incluídos tinham um índice de microdespertar elevado ( $41,6 \pm 18,3$ /h) e a roncopatia era uma queixa universal. Dos doentes seguidos na nossa clínica do sono, 50% referiam queixas de SDE ( $12,6 \pm 5,5$ ), 56% eram hipertensos, havendo a salientar no entanto que a maioria (75%) não eram obesos (BMI < 30 kg/m<sup>2</sup>). 75% dos doentes foram submetidos a terapêutica com pressão positiva com melhoria dos sintomas (ESE < 8) e uma boa adesão ao tratamento. Ao contrário dos dados habitualmente apresentados, na nossa série havia uma elevada percentagem de doentes do sexo masculino com um predomínio



















