

Punção Aspirativa Transcutânea com Agulha Fina no Diagnóstico das Lesões Pulmonares - Nota Prévia

Rui Haddad (1)

Antônio Luiz Almada Horta (2)

Carlos Alberto Barros Franco (3)

Feliciano de Azevedo (4)

Trabalho do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

(1) Serviço de Cirurgia Torácica

(2) Serviço de Anatomia Patológica - Setor de Citopatologia

(3) Serviço de Pneumologia

(4) Serviço de Radiologia

Pulmão - RJ; Vol. 3 - nº 2 ; 41 a 43 - 1993

Resumo

São apresentados e discutidos os resultados de 148 punções aspirativas com agulha fina (FNA) de lesões pulmonares (nódulos e massas) não diagnosticadas pelos métodos usuais (citologia de escarro, brônquico, lavado da escova e citologia pós-broncoscopia), num estudo prospectiva, multidisciplinar, realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Os autores discutem o método, apresentam o seu rendimento (de 84%), mostram a distribuição dos resultados benignos e malignos e a comparação da citologia com a anatomia patológica em 48 pacientes operados. As complicações o método são também avaliadas. Concluem ser a FNA um método importante na propedêutica das lesões pulmonares.

Introdução

A punção aspirativa transcutânea com agulha fina (FNA) tem evoluído muito nas últimas décadas tendo atingido um lugar de destaque entre os métodos de diagnóstico das lesões pulmonares. Os fatores mais importantes que contribuíram para o seu uso mais rotineiro, foram: o

avanço técnico dos equipamentos para fluoroscopia e o desenvolvimento de conhecimentos de citologia que permitem um diagnóstico etiológico mais preciso, mesmo com exígua quantidade de material.

O presente relato resume e discute a experiência inicial (1981 - 1986) do Hospital Universitário da UFRJ com o uso da FNA.

Material Clínico e Métodos:

No período entre janeiro de 1981 e dezembro de 1986, foram realizadas 148 punções aspirativas sob controle fluoroscópico, para diagnóstico de nódulos e massas pulmonares no HU UFRJ. Os pacientes tinham de controlar voluntariamente a sua respiração, e não apresentar tosse persistente ou de difícil controle. Não estão incluídas nesta série, massas pulmonares volumosas com invasão parietal e nem lesões difusas pulmonares.

Todos os procedimentos foram feitos sob anestesia local, no decúbito que permitia atingir a lesão, perfurando a menor extensão possível de pulmão, entre a parede e a área a ser puncionada.

Todos os pacientes foram parte de um estudo prospectivo, sendo, pelo protocolo, submetidos de rotina a exame citológico e bacteriológico do escarro, a broncofibroscopia com lavado e escovado brônquicos, lavado da escova, biópsia brônquica quando possível (lesão visível) e citologia de escarro pós-broncoscopia.

Foram encaminhados para a FNA apenas os pacientes cujo diagnóstico não tinha sido alcançado por estes exames. As principais indicações da FNA no nosso Hospital estão listadas no QUADRO I. Todos os pacientes foram puncionados sob controle fluoroscópico. Usamos agulhas de raquianestesia números 18 a 22 em 90% dos casos. Os casos restantes foram puncionados com agulha de Chiba.

O material aspirado era imediatamente processado por um citotécnico e encaminhado ao Serviço de Anatomia Patológica para ser corado por técnica de Papanicolau e incluído em parafina ("cell-block"). Quando indicado por suspeita de processo inflamatório, o material era também encaminhado ao laboratório de bacteriologia e micologia.

Logo após a punção era obtido um RX de Tórax em expiração máxima. Se fosse identificado um pneumotórax, o paciente era acompanhado rigorosamente, sendo repetidos o RX com 60 e 90 minutos. A indicação de drenagem cirúrgica foi guiada pela sintomatologia respiratória do paciente. Grandes pneumotórax foram sempre drenados, mesmo se pouco sintomáticos.

O material obtido e examinado pelo citopatologista foi classificado em dois tipos: material "insuficiente" ou impróprio para diagnóstico, quando havia material hipo ou acelular e material "suficiente" para diagnóstico, quando havia quantidade adequada ("suficiente") de células para análise, permitindo definição da lesão.

O tipo citológico "suficiente para

diagnóstico* abrangeu uma das três seguintes situações distintas:

1 - ausência de células malignas - lesão benigna - quando identificada presença de células epiteliais sem sinais de malignidade e/ou intenso componente leucocitário definindo processo inflamatório com ou sem etiologia conhecida, e/ou neoplasia benigna tipada citologicamente (ex.: hamartoma).

2 - presença de células malignas - câncer - tipado pelo seu padrão de acordo com a nomenclatura para câncer de pulmão da OMS, sempre que possível.

3 - presença de células atípicas, não conclusivas quanto ao caráter benigno ou maligno da lesão, sendo necessária persistência da investigação.

Nesta análise avaliamos o rendimento da FNA, a distribuição dos resultados, a comparação dos resultados citológicos com a evolução clínica nos pacientes não operados, a comparação dos resultados da punção com dados da toracotomia e as complicações relacionadas ao método.

Resultados e Discussão:

Rendimento do método: encontramos nos 148 casos de FNA, 124 amostras de material suficiente para diagnóstico e 24 material insuficiente. O rendimento do método foi de 84%.

Distribuição dos resultados citológicos: nos 124 casos de material suficiente, 95 foram conclusivos para lesões malignas (77%) - TABELA I - 23 foram conclusivos para lesões benignas (18,5%) - TABELA II - e 6 para lesões suspeitas (4,5%).

Comparação dos resultados cito e histopatológicos em pacientes operados: dos 95 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, 47 (49,5%) não foram

à toracotomia, pois tiveram contra-indicações cirúrgicas. Nos 48 (50,5%) pacientes operados, foi feita minuciosa comparação entre os resultados citológicos e anátomo-patológicos (TABELA III). Encontramos divergência de diagnóstico apenas em um caso, em que houve padrão citológico de adenocarcinoma e diagnóstico de carcinoma de grandes células. Nos 5 casos definidos citopatologicamente como "carcinomas pouco-diferenciados" (não de pequenas células), o diagnóstico anatomopatológico mostrou 2 casos de carcinoma escamoso, 2 de adenocarcinoma e 1 carcinoma de grandes células. No material escasso, definido pela citologia apenas como carcinoma (6 casos), o estudo da peça cirúrgica revelou 1 caso de carcinoma escamoso, 3 de adenocarcinoma, 1 de carcinoma de grandes células e 1 carcinoma metastático.

Assim, vemos que nos 3 laudos conclusivos, houve discordância em apenas um caso. Nos restantes 11 casos, os laudos menos conclusivos, de carcinoma pouco diferenciado e de carcinoma não classificado, mostraram ser 10 casos de câncer primário de pulmão tipo não de pequenas células e 1 carcinoma metastático.

Complicações da punção: ocorreram, complicações em 38 pacientes submetidos à FNA (25% dos casos). A maioria delas não teve importância clínica. Vinte pacientes apresentaram pneumotórax pós-punção (13,5%), tendo sido indicada drenagem pleural em nove. Nove pacientes apresentaram hemoptóicos que cederam espontaneamente. Não houve mortalidade nesta série de casos. Dos 20 casos de pneumotórax, 11 ocorreram nas primeiras 50 punções e apenas 4 nas últimas 50. isto sugere complicações. Não foram, observados casos de implante de células neoplásticas nos trajetos de punção.

Avaliação tardia dos pacientes com laudos "benignos" e "suspeitos": dos 23 pacientes com diagnóstico de lesão benigna, 5 não retornam à consulta após 6 meses da punção, a maioria correspondendo ao grupo que pertencia a outras instituições, tendo sido encaminhados ao HU apenas para o procedimento diagnóstico. Os 18 pacientes acompanhados por mais de 4 anos, tiveram evolução clínica de doença benigna. Dos 6 pacientes com diagnóstico de lesão suspeita à primeira punção, 3 evoluíram benignamente e 3 tiveram diagnósticos de malignidade em punções subsequentes.

Conclusões:

A punção aspirativa transcutânea com agulha fina é um importante método na investigação das doenças pulmonares, particularmente dos nódulos e massas não diagnosticados pelos métodos usuais. Delas se extraem importantes informações que podem modificar a conduta terapêutica no paciente. Em nosso material clínico, a punção, quando com resultado negativo para malignidade, cursou com evolução "benigna", em todos os pacientes que foram acompanhados, alguns deles por mais de 4 anos. O resultado positivo para malignidade mostrou excelentes valores de sensibilidade, com especificidade de 100% (ausência de falso-positivos). A morbidade da FNA é aceitável e perfeitamente controlável. Não ocorreu nenhum óbito relacionado ao método. Houve progressiva diminuição das complicações à proporção que cresceu experiência do grupo com o método.

Consideramos pois a FNA uma técnica relativamente simples, com baixa morbidade, apresentando excelentes resultados propedêuticos dos nódulos e massas pulmonares não diagnosticados pelos métodos usuais.

TABELA I - Distribuição de 95 lesões malignas diagnosticadas pela punção aspirativa transcutânea com agulha fina.

Diagnóstico	Nº de Casos	%
Carcinoma escamoso	35	37
Adenocarcinoma	29	31
Carc. Pouco Diferenciado	11	10
Carc. não classificado	9	9,5
Carcinoma metastático	5	5,2
Carc. Grandes Células	2	2,1
Carc. Pequenas Células	2	2,1
Mesotelioma	1	1,1
Plamocitoma	1	1,1

TABELA II - Distribuição de 23 lesões benígnas diagnosticadas pela punção aspirativa.

Diagnóstico	Nº de Casos	%
Benigna inespecífica	17	74
Hamartoma pulmonar	2	8

QUADRO I - Principais indicações da punção aspirativa transcutânea com gulha fina empregados nesta revisão.

- 1 - Paciente com contra-indicação de ordem clínica para cirurgia, com lesão suspeita de carcinoma.
- 2 - Paciente com possível metástase extratorácica (cerebral, óssea, etc.) com lesão pulmonar suspeita.
- 3 - Paciente com neoplasia conhecida extratorácica e com nódulo pulmonar.
- 4 - Nódulos pulmonares múltiplos.
- 5 - Tumor de sulco pulmonar superior (Pancoast)
- 6 - Lesões que não respondem a prova terapêutica p/Tuberculose.
- 7 - Lesão suspeita de malignidade em paciente que recusa toracotomia exploradora.

1 - Colquhoun SD, Rosenthal DL e Morton DL. Role of percutaneous fine-needle aspiration biopsy in suspected intrathoracic malignancy. *Ann Thor Surg* 1991; 51:390-393.

2 - Schultenover SJ, Ramzy I, Page C e cols. Needle aspiration biopsy: role and limitations in surgical decision making. *AJCP* 1984;82:405-410.

3 - Erozan YS. Cytopathology in the diagnosis of pulmonary disease, in Siegelman SS, Stitik FP e Summer WR. (Eds). *Practical Approaches to Pulmonary Disease*, New York Gruen e Stratton, 1979.

4 - Stitik FP. Percutaneous lung biopsy, in Siegelman SS, Stitik FP e Summer WR. (Eds). *Practical Approaches to Pulmonary Disease*, New York Grune e Stratton, 1979.

5 - Taber RE, Lupoviich A e Kantzler P. Fine needle biopsy of lung tumors. *Ann Thor Surg* 1986; 42 (Suppl): 574-577.

CHAMADA PARA TEMAS LIVRES

Comunicamos que o prazo para o envio de resumos de temas livres para o **IV Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro e I Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória**, foi prorrogado, para o dia 20 de setembro de 1993.

Convidamos à todos os pesquisadores que enviem os seus trabalhos.

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

Dose usual recomendada*	manhã	noite
	250 	250 
Infecções urinárias não complicadas	125 	125 

* Para infecções mais severas ou causadas por germes menos sensíveis, a dose recomendada é de 500mg duas vezes ao dia.

A administração após as refeições aumenta a absorção do produto.

Informações para Prescrição : ZINNAT é o éster l-acetoxietil da cefuroxima, também conhecido como axetil cefuroxima.

INDICAÇÃO : ZINNAT está indicado para tratamento de infecções do trato respiratório inferior, otorrinolaringológicas, urinárias, da pele e tecidos moles, produzidas por bactérias sensíveis à cefuroxima.

CONTRA-INDICAÇÕES : Hipersensibilidade a cefalosporinas.

PRECAUÇÕES : ZINNAT pode, em geral, ser administrado com segurança a pacientes hipersensíveis a penicilinas, embora tenham sido relatadas reações cruzadas com algumas cefalosporinas. Por esta razão recomenda-se especial cuidado a pacientes que tenham sofrido qualquer reação anafilática a penicilinas. A cefuroxima deve ser administrada com precaução durante os primeiros meses de gravidez.

EFEITOS COLATERAIS : Podem ocorrer distúrbios gastrointestinais, como diarreia, náuseas e vômitos, geralmente transitórios e de intensidade leve. Como ocorre com todos os antibióticos de amplo espectro, há possibilidade de desenvolvimento da colite pseudomembranosa. As reações de hipersensibilidade são raras. Têm-se observado eosinofilia e aumentos transitórios dos níveis de enzimas hepáticas.

APRESENTAÇÃO: Comprimidos contendo 125mg e 250mg de cefuroxima, sob a forma de axetil cefuroxima, ambas as concentrações apresentadas em caixas com 16 comprimidos.



Informações adicionais à disposição em nossa Divisão Científica.

Glaxo

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

ZNT 04/91

CEFUROXIMA SÓDICA
ZINACEF

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

Cipro[®]

Ciprofloxacina

Tratamento das infecções das vias respiratórias.

LEVES



Cipro 250 mg
1 comprimido a cada 12 horas



Cipro 500 mg
1 comprimido a cada 12 horas



Terapia sequencial:
Cipro 200 mg
1 frasco a cada 12 horas
ou
Cipro 500 mg
1 comprimido a cada 12 horas

SEVERAS



Composição: Cipro 250 e 500 mg = 1 comprimido revestido contém 291,5 e 583 mg de cloridrato de ciprofloxacina (H₂O), equivalente a 250 e 500 mg de ciprofloxacina. Cipro solução para infusão: 100 ml de solução contém 200 mg de ciprofloxacina.

Indicações: Infecções do trato respiratório, ouvido médio, sinusite, otítmicas, rins e trato urinário, órgãos genitais (incluindo gonorréia), abdome (por ex.: infecções bacterianas do trato gastrointestinal, trato biliar, peritonite) pele e tecidos moles, ossos e articulações; além de septicemia, infecções em pacientes com imunodeficiência, descontaminação seletiva.

Contra-Indicações: não deve ser administrado a pessoas com hipersensibilidade a ciprofloxacina ou a derivados quinolônicos. Não há dados disponíveis sobre seu uso no período de gestação e lactação.

Cipro não deve ser utilizado em crianças e adolescentes em fase de crescimento.

Precauções: Cipro deve ser utilizado com cautela em pacientes com idade avançada, epilépticos e em pacientes com lesões prévias do sistema nervoso central.

Reações adversas: reações do trato gastrointestinal, do sistema nervoso central, de hipersensibilidade, musculoesqueléticas, alterações dos elementos do sangue e dos parâmetros laboratoriais. Muito raramente: colite pseudo-membranosa, convulsões, reações psicóticas e outras, reações alérgicas incluindo choque, Síndrome de Stevens-Johnson, nefrite intersticial, alterações hepáticas incluindo necrose hepatocelular, fotossensibilidade, alterações da função renal inclusive insuficiência renal transitória e diminuição transitória da acuidade auditiva. A capacidade para dirigir ou operar máquinas pode ser comprometida. Local: febre.

Interação medicamentosa - Oral: a administração concomitante de anti-ácidos reduz a absorção de Cipro. Portanto, Cipro deve ser administrado 1 a 2 horas antes do antiácido ou pelo menos 4 horas depois. **Oral/IV:** a administração simultânea de Cipro e teofilina pode aumentar a concentração sérica de teofilina. Aumento transitório da creatinina sérica foi observada na administração associada a ciclosporina. Cipro associado a alguns anti-inflamatórios não esteróides pode causar convulsões.

Posologia: dependendo da indicação e seriedade da infecção 250 e 500 mg duas vezes ao dia. No caso de clearance de creatinina inferior a 20 mL/min, deve-se administrar metade da dose diária recomendada em uma única tomada ou reparti-la em duas tomadas. Os casos de gonorréia aguda podem ser tratados com dose única de 250 mg.

Apresentações: na forma de comprimidos nas dosagens de 250 e 500 mg de ciprofloxacina em caixas com frascos de 6 e 14 comprimidos e em solução para infusão - na dosagem de 0,2% de ciprofloxacina, em frascos com 100 ml.

Para maiores informações, consulte a bula ou a Bayer do Brasil S.A. - Produtos Farmacêuticos - Rua Domingos Jorge, 1000 - São Paulo - SP

Produtos Farmacêuticos

Bayer

