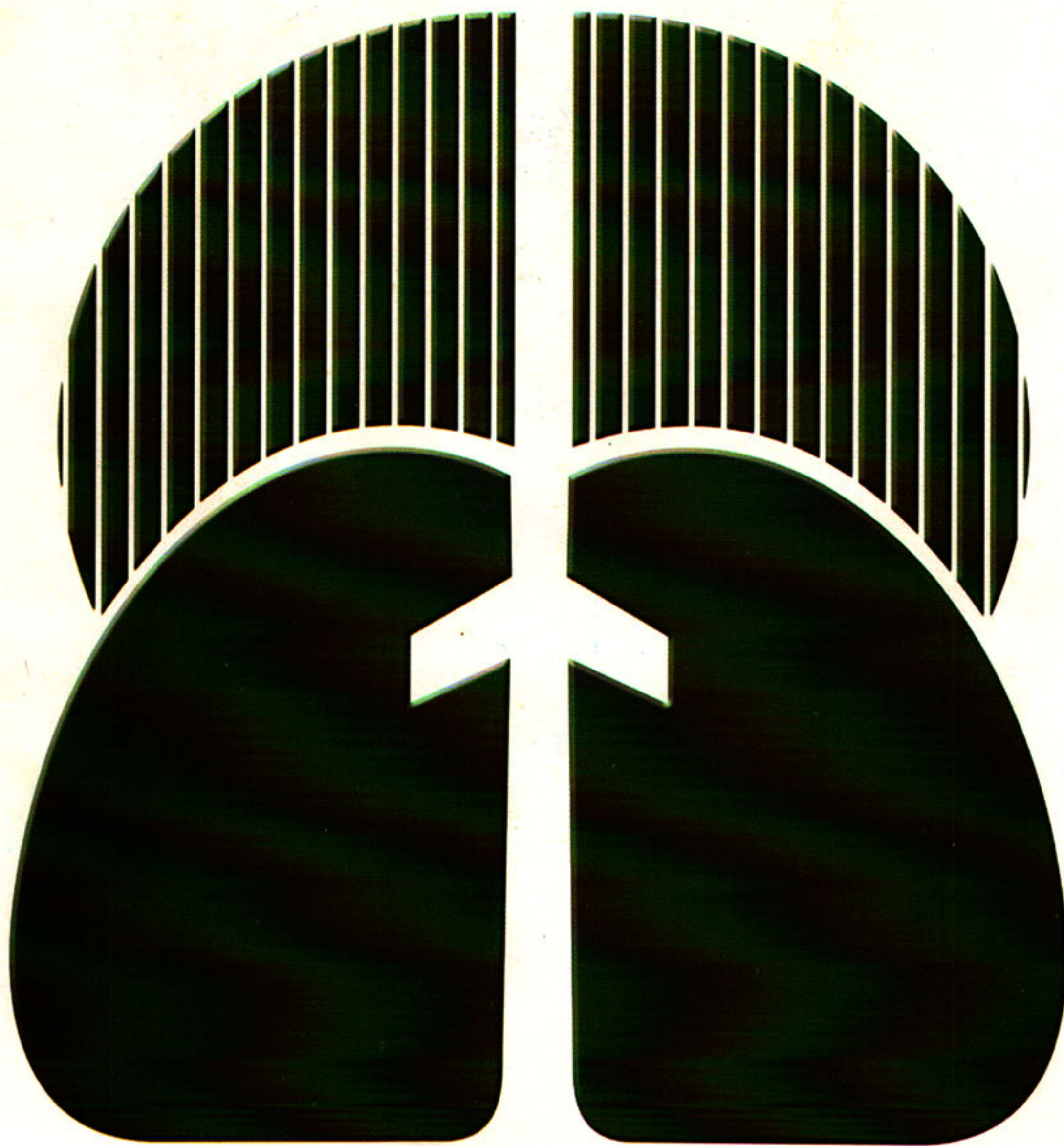




PULMÃO RJ

PUBLICAÇÃO ANUAL OFICIAL DA SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO :: 2001

SUPLEMENTO



TEMAS LIVRES

VIII CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

V JORNADA DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

I JORNADA LUSO-BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA

IMPRESSO

ÍNDICE

5 de julho de 2001

Tuberculose

- » *Papel do Escarro Induzido e da TC de Tórax no Diagnóstico da Tuberculose Pleural ** 08
- » *Causas Múltiplas de Morte por Tuberculose e AIDS no Estado do Rio de Janeiro ** 08
- » *Avaliação do Tratamento Diretamente Observado (DOT) para Tuberculose na Cidade do Rio de Janeiro ** 08
- » *Tuberculose/SIDA num Serviço de Pneumologia* 08
- » *Tratamento da Tuberculose com Esquema III* 09
- » *Internação de Tuberculose/SIDA no Ano 2000* 09
- » *Relato de Caso: Mycobacterium Fortuitum Versus Mycobacterium Tuberculosis com Acometimento Genito-Urinário* 09
- » *Perfil da Tuberculose no Instituto de Doenças do Tórax Ary Parreiras – IETAP* 09
- » *Estudo Clínico da Co-Infecção HIV/Tuberculose em Pacientes Internados no Serviço de Clínica Médica do Hospital da Lagoa – RJ* 10
- » *Tuberculose Endobrônquica Mimetizando Tumor* 10
- » *Uso de Incentivos para Melhorar a Adesão ao Tratamento da Tuberculose* 10
- » *Tuberculose e Diabetes Mellitus* 10

Outros

- » *Hipertensão Arterial Pulmonar Secundária a Cia do Tipo Seio Venoso. Relato de Caso e Revisão da Literatura* 11
- » *Linfonodomegalia Torácica e Derrame Pleural Maligno por Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATL). Relato de caso e revisão da Literatura* 11
- » *Presença de Roleaux em Paciente com Endocardite de Válvula Tricúspide* 11
- » *Análise da Função Pulmonar em Pacientes com Fibrose Cística* 11
- » *Leptospirose como Causa de Pneumonia Adquirida da Comunidade (PAC) – Estudo de 65 Casos* 12
- » *Complicação Vacinal do BCG – Abscesso Subcutâneo – Relato de um Caso* 12
- » *Pneumonia de Hipersensibilidade Crônica* 12
- » *Histoplasmose Pulmonar Crônica na Forma Cavitária Progressiva* 12
- » *Aspergilose Pulmonar Intracavitária em Paciente Portador de Fibrose Pulmonar Idiopática* 13
- » *Criptococose Pulmonar Isolada: Relato de um caso* 13
- » *Complicações Pulmonares na SIDA: Estudo Comparativo entre Casos das Décadas 80 e 90* 13

■ **Observação: * Pôsteres comentados**

ÍNDICE

6 de julho de 2001

Câncer de Pulmão

- » *Braquiterapia Endobrônquica com alta Taxa de Dose* 13
- » *Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Portadores de Carcinoma Bronquioloalveolar em Hospital Universitário: Análise de 20 anos* 14
- » *Adenocarcinoma de Pulmão Metastático para Partes Moles de Bolsa Escrotal* 14
- » *Estadiamento do Câncer do Pulmão por Computador:* 14
- Infarto Pulmonar e Trombose Venosa Profunda Recorrente como Primeira*
- » *Manifestação de Câncer de Pulmão* 14
- » *Tumor Sincrônico de Pulmão e Cólon com Metástase para Umbigo* 15
- » *Quimioterapia Pré-Operatória em Câncer de Pulmão Não-Pequenas Células* 15

Pleura

- » *Derrames Pleurais – Experiência de um Serviço de Pneumologia* 15
- » *Importância de Dosagem da Beta 2 Microglobulina em Líquidos Pleurais** 15
- » *Evolução Incomum do Mesotelioma Pleural Maligno* 16
- » *Estudo de um Novo Agente Indutor de Pleurodes: Sulfato de Bário* 16

Doença Vascular

- » *CIA – Pseudohipertensão Arterial Pulmonar Primária* 16

Tabagismo

- » *Cessaçãõ Tabágica. Avaliação de Um Programa de Consulta* 16

Broncoscopia

- » *Rendimento da Broncoscopia nos Nódulos (<3cm) e Nas Massas (<3cm) Pulmonares com Exame Endoscópico Normal* 17
- » *Rendimento da Broncoscopia no Tumores Centrais do Pulmão* 17
- » *Papilomatose Traqueal do Adulto* 17
- » *Lesão de Vias Aéreas por inalação de Fumaça: Relato de um caso* 17
- » *Aspiração de Corpo Estranho e Câncer de Pulmão* 18

Terapia intensiva

- » *Importância do Isolamento da Candida SP.D do LBA em Meio de Culturas Específico Versus Não Específico Para Fungos, e Seu Impacto Prognóstico em Pacientes Críticos* 18
- » *Mecânica Respiratória na Lesão Pulmonar Aguda: A importância dos Diferentes Decúbitos** 18

Infecção

- » *Complicações Pulmonares na SIDA: Estudo Comparativo Entre Casos das Décadas de 80 e 90* 18
- » *Piomiosite Tropical com Múltiplos Abscessos Pulmonares* 19
- » *Sensibilidade da Pseudomonas Aeruginosa aos Antibióticos Preconizados na Exacerbação Infeciosa da Fibrose Cística** 19

7 de julho de 2001

Asma

- » O Extrato Aquoso de *Kalanchoe Pinnata* Pode Vir a Ser Uma Nova Substância na Profilaxia de Asma Brônquica?* 19
- » Ativação de NFκB em Macrófagos Alveolares de Camundongos Expostos à Fumaça de Cigarro 19
- » Efeito Anti-Inflamatório de Compostos Derivados da Talidomida na Inflamação Pulmonar em Camundongos Induzida por Lipopolissacarídeos (LPS)* 20

Doença Ocupacional

- » Relato de Caso: Asma Brônquica e Silicose 20
- » Presença de IL-1 Beta, IL-6 alfa em Trabalhadores Expostos ao Asbesto 20
- » Presença de IL-1 Beta, IL-6 e TNF alfa em Trabalhadores Expostos a Sílica 20
- » Avaliação Radiológica dos Pacientes com Silicose Após o Afastamento do Trabalho 21
- » Fatores de Risco para Fibrose Maciça Progressiva na Silicose* 21
- » Silicose Simulando Massa Tumoral: 21

Prova de Função Respiratória

- » Estudo da Configuração Tóraco-Abdominal e dos Volumes Pulmonares no Pós-Operatório de Craniotomia Eletiva 21
- » Comparação Entre Resistência de Vias Aéreas e VEF1 Antes e Após Uso de Broncodilatador 22
- » Efeitos da Correção da Difusão Pela Ventilação Alveolar na Sarcoidose Pulmonar 22
- » Correlação Entre a Resposta Broncodilatadora de Fluxo e Volume na DPOC 22

Pneumopatia Intersticial Difusa

- » *Pneumonia Eosinofílica e Insuficiência Respiratória. Relato de Caso* 22
- » *Ciclofosfamida nas Doenças do Colágeno Com Manifestações Pulmonar* 23
- » *Linfoma de Hodgkin em Paciente com Síndrome de Sjogren* 23
- » *Tratamento da Fibrose Pulmonar Idiopática com Interferon Gama 1b. Relato de Caso* 23
- » *Pneumonia Intersticial Linfocítica (LIP) com Eosinofilia Periférica em Paciente HIV Negativo. Relato de Caso* 23

Imagem

- » O "Sinal do Halo" na Histoplasmose Pulmonar 24
- » Fibrose Cística em Hospital de Referência Análise de 20 Casos 24

Aspergilose

- » *Síndrome de Compressão Medular e Abscesso Epidural por Aspergilose Pulmonar Invasiva. Relato de Caso e Revisão da Literatura* 24

EXPEDIENTE**Editora Científica:**

Cláudia Henrique Costa

Conselho Editorial:

Afrânio Kristki
 Alexandre Pinto Cardoso
 Alfred Lemle
 Antônio Monteiro da Silva
 Chibante
 Carlos Alberto Guimarães
 Carlos Alberto de Barros Franco
 Denis Muniz Ferraz
 Domenico Capone
 Eduardo Bethlem
 Hélio Ribeiro de Siqueira
 João Carlos Corrêa
 João Negreiros Tebyriçá
 José Luiz Tavares
 José Manoel Jansen
 José Roberto Lapa e Silva
 Luis Paulo Verbicário
 Margareth Pretti Dalcolmo
 Miguel Ayub Hijjar
 Ricardo Marques Dias
 Rogério Rufino
 Rui Haddad
 Terezinha Miceli Martire

SOPTERJ

Rua da Lapa, 120/grupos 301 e 302
 Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ.
Fax: (21) 852-3677
E-mail: sopterj@bol.com.br
sopterj@ig.com.br

**Diretoria da
SOPTERJ**

Presidente: Miguel Abdon Aidê
Vice-Presidente: Alexandre Pinto Cardoso
Vice-Presidente da Capital e Baixada Fluminense:
 Domenico Capone
**Vice-Presidente de Niterói, São Gonçalo e Região dos
 Lagos:** Angela dos Santos Ferreira
Vice-Presidente da Região Serrana:
 Carlos Pereira Nunes
Vice-Presidente da Região Norte:
 Ronald Cardoso Novaes
Vice-Presidente da Região Sul:
 Luiz Paulo Tostes Coimbra
Secretário Geral: Arthur Vianna
Segundo-Secretário: Valmir Sangalli Lucas
Tesoureira: Denise Duprat Neves
Secretário para Assuntos Científicos:
 Rogério Rufino
Secretária de Divulgação:
 Cláudia Henrique Costa
Presidente do Conselho Deliberativo:
 Mauro Musa Zamboni
Membros do Conselho Fiscal:
 Luiz Carlos Sell
 Carlos Alberto Guimarães
 Jaime Veras Correia

**DEPARTAMENTOS
E COORDENADORES**

Cirurgia Torácica: Fernando David
Pneumologia Infantil: Selma Sias
Endoscopia Respiratória: Luiz Felipe Judice

**COMISSÕES CIENTÍFICAS
PERMANENTES E SECRETÁRIOS
EXECUTIVOS**

Doenças Ocupacionais e Poluição Ambiental:
 Valéria Barbosa Moreira
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Rodolfo
 Fred Behrsin
Asma Brônquica: Hisbello S. Campos
Honorários Médicos:
 Bernardo Maranhão
Fisiopatologia Pulmonar: Sonia Regina
Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica:
 Marcelo Kalichsztein
Infecção Respiratória e Micoses:
 Arnaldo José Noronha Filho
Pneumopatas Intersticiais Difusas:
 Eduardo Bethlem
Imagem: José Manoel Gabetto
Educação Médica Continuada: Décio Horta
Doenças da Pleura:
 Cyro Teixeira da Silva Junior
Câncer de Pulmão:
 Edson Toscano
Tuberculose:
 Marcus Barreto Conde



Vitro
 comunicação

Filiado ao:

INSTITUTO

ETHOS

EMPRESAS E
 RESPONSABILIDADE
 SOCIAL

Diretora: Rijarda Aristóteles
Jornalista Responsável: Fernanda Cubiaco
Gerente Comercial: Dayse Panajotti
Diagramador: Alexandre Magnum
Capa: Raul de Santa Helena Filho

Praça XV de Novembro, 34/4º andar - Centro
 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ.
Telefax: (21) 224-8962
E-mail: pulmaorj@vitro.com.br >>>
comercial@vitro.com.br
<http://www.vitro.com.br>

Tiragem: 1.000 exemplares
Distribuição: Sócios da SOPTERJ, SBPT, SBAI, Sociedade
 Sul-Americana de Broncscopia e assinantes
Publicação referente a: Julho/2001



INSTITUTO VERIFICADOR DE CIRCULAÇÃO

>>> **Envio de artigos:** Praça XV de Novembro, 34 / 4º andar
 Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro-RJ. E-mail: pulmaorj@vitro.com.br
 >>> **Correspondência:** Rua da Lapa, 120/301 e 302 - Centro
 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ. E-mail: sopterj@bol.com.br • sopterj@ig.com.br
 >>> **Capa:** Logomarca da Sociedade de Pneumologia do Estado do Rio de Janeiro

Pulmão RJ Suplemento é uma publicação oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ), direcionada a seus associados, pneumologistas, cirurgiões de tórax, intensivistas e a clínicos com interesse na Especialidade, bem como aos anunciantes, hospitais e entidades afins.

ÍNDICE

5 de julho de 2001

Tuberculose

- » *Papel do Escarro Induzido e da TC de Tórax no Diagnóstico da Tuberculose Pleural ** 08
- » *Causas Múltiplas de Morte por Tuberculose e AIDS no Estado do Rio de Janeiro ** 08
- » *Avaliação do Tratamento Diretamente Observado (DOT) para Tuberculose na Cidade do Rio de Janeiro ** 08
- » *Tuberculose/SIDA num Serviço de Pneumologia* 08
- » *Tratamento da Tuberculose com Esquema III* 09
- » *Internação de Tuberculose/SIDA no Ano 2000* 09
- » *Relato de Caso: Mycobacterium Fortuitum Versus Mycobacterium Tuberculosis com Acometimento Genito-Urinário* 09
- » *Perfil da Tuberculose no Instituto de Doenças do Tórax Ary Parreiras – IETAP* 09
- » *Estudo Clínico da Co-Infecção HIV/Tuberculose em Pacientes Internados no Serviço de Clínica Médica do Hospital da Lagoa – RJ* 10
- » *Tuberculose Endobrônquica Mimetizando Tumor* 10
- » *Uso de Incentivos para Melhorar a Adesão ao Tratamento da Tuberculose* 10
- » *Tuberculose e Diabetes Mellitus* 10

Outros

- » *Hipertensão Arterial Pulmonar Secundária a Cia do Tipo Seio Venoso. Relato de Caso e Revisão da Literatura* 11
- » *Linfonodomegalia Torácica e Derrame Pleural Maligno por Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATL). Relato de caso e revisão da Literatura* 11
- » *Presença de Roleaux em Paciente com Endocardite de Válvula Tricúspide* 11
- » *Análise da Função Pulmonar em Pacientes com Fibrose Cística* 11
- » *Leptospirose como Causa de Pneumonia Adquirida da Comunidade (PAC) – Estudo de 65 Casos* 12
- » *Complicação Vacinal do BCG – Abscesso Subcutâneo – Relato de um Caso* 12
- » *Pneumonia de Hipersensibilidade Crônica* 12
- » *Histoplasmose Pulmonar Crônica na Forma Cavitária Progressiva* 12
- » *Aspergilose Pulmonar Intracavitária em Paciente Portador de Fibrose Pulmonar Idiopática* 13
- » *Criptococose Pulmonar Isolada: Relato de um caso* 13
- » *Complicações Pulmonares na SIDA: Estudo Comparativo entre Casos das Décadas 80 e 90* 13

Observação: * Pôsteres comentados

ÍNDICE

6 de julho de 2001

Câncer de Pulmão

- » *Braquiterapia Endobrônquica com alta Taxa de Dose* 13
- » *Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Portadores de Carcinoma Bronquioloalveolar em Hospital Universitário: Análise de 20 anos* 14
- » *Adenocarcinoma de Pulmão Metastático para Partes Moles de Bolsa Escrotal* 14
- » *Estadiamento do Câncer do Pulmão por Computador:* 14
- » *Infarto Pulmonar e Trombose Venosa Profunda Recorrente como Primeira Manifestação de Câncer de Pulmão* 14
- » *Tumor Sincrônico de Pulmão e Cólon com Metástase para Umbigo* 15
- » *Quimioterapia Pré-Operatória em Câncer de Pulmão Não-Pequenas Células* 15

Pleura

- » *Derrames Pleurais – Experiência de um Serviço de Pneumologia* 15
- » *Importância de Dosagem da Beta 2 Microglobulina em Líquidos Pleurais** 15
- » *Evolução Incomum do Mesotelioma Pleural Maligno* 16
- » *Estudo de um Novo Agente Indutor de Pleurodes: Sulfato de Bário* 16

Doença Vascular

- » *CIA – Pseudohipertensão Arterial Pulmonar Primária* 16

Tabagismo

- » *Cessação Tabágica. Avaliação de Um Programa de Consulta* 16

Broncoscopia

- » *Rendimento da Broncoscopia nos Nódulos (<3cm) e Nas Massas (<3cm) Pulmonares com Exame Endoscópico Normal* 17
- » *Rendimento da Broncoscopia no Tumores Centrais do Pulmão* 17
- » *Papilomatose Traqueal do Adulto* 17
- » *Lesão de Vias Aéreas por inalação de Fumaça: Relato de um caso* 17
- » *Aspiração de Corpo Estranho e Câncer de Pulmão* 18

Terapia intensiva

- » *Importância do Isolamento da Candida SP.D do LBA em Meio de Culturas Específico Versus Não Específico Para Fungos, e Seu Impacto Prognóstico em Pacientes Críticos* 18
- » *Mecânica Respiratória na Lesão Pulmonar Aguda: A importância dos Diferentes Decúbitos** 18

Infecção

- » *Complicações Pulmonares na SIDA: Estudo Comparativo Entre Casos das Décadas de 80 e 90* 18
- » *Piomiosite Tropical com Múltiplos Abscessos Pulmonares* 19
- » *Sensibilidade da Pseudomonas Aeruginosa aos Antibióticos Preconizados na Exacerbação Infecçiosa da Fibrose Cística** 19

7 de julho de 2001

Asma

- » *O Extrato Aquoso de Kalanchoe Pinnata Pode Vir a Ser Uma Nova Substância na Profilaxia de Asma Brônquica?** 19
- » *Ativação de NFkB em Macrófagos Alveolares de Camundongos Expostos à Fumaça de Cigarro* 19
- » *Efeito Anti-Inflamatório de Compostos Derivados da Talidomida na Inflamação Pulmonar em Camundongos Induzida por Lipopolissacarídeos (LPS)** 20

Doença Ocupacional

- » *Relato de Caso: Asma Brônquica e Silicose* 20
- » *Presença de IL-1 Beta, IL-6 alfa em Trabalhadores Expostos ao Asbesto* 20
- » *Presença de IL-1 Beta, IL-6 e TNF alfa em Trabalhadores Expostos a Sílica* 20
- » *Avaliação Radiológica dos Pacientes com Silicose Após o Afastamento do Trabalho* 21
- » *Fatores de Risco para Fibrose Maciça Progressiva na Silicose** 21
- » *Silicose Simulando Massa Tumoral:* 21

Prova de Função Respiratória

- » *Estudo da Configuração Tóraco-Abdominal e dos Volumes Pulmonares no Pós-Operatório de Craniotomi Eletiva* 21
- » *Comparação Entre Resistência de Vias Aéreas e VEF1 Antes e Após Uso de Broncodilatador* 22
- » *Efeitos da Correção da Difusão Pela Ventilação Alveolar na Sarcoidose Pulmonar* 22
- » *Correlação Entre a Resposta Broncodilatadora de Fluxo e Volume na DPOC* 22

Pneumopatia Intersticial Difusa

- » *Pneumonia Eosinofílica e Insuficiência Respiratória. Relato de Caso* 22
- » *Ciclofosfamida nas Doenças do Colágeno Com Manifestações Pulmonar* 23
- » *Linfoma de Hodgkin em Paciente com Síndrome de Sjogren* 23
- » *Tratamento da Fibrose Pulmonar Idiopática com Interferon Gama 1b. Relato de Caso* 23
- » *Pneumonia Intersticial Linfocítica (LIP) com Eosinofilia Periférica em Paciente HIV Negativo. Relato de Caso* 23

Imagem

- » *O "Sinal do Halo" na Histoplasmose Pulmonar* 24
- » *Fibrose Cística em Hospital de Referência Análise de 20 Casos* 24

Aspergilose

- » *Síndrome de Compressão Medular e Abscesso Epidural por Aspergilose Pulmonar Invasiva. Relato de Caso e Revisão da Literatura* 24

EXPEDIENTE**Editora Científica:**

Cláudia Henrique Costa

Conselho Editorial:

Afrânio Kristki
 Alexandre Pinto Cardoso
 Alfred Lemle
 Antônio Monteiro da Silva
 Chibante
 Carlos Alberto Guimarães
 Carlos Alberto de Barros Franco
 Denis Muniz Ferraz
 Domenico Capone
 Eduardo Bethlem
 Hélio Ribeiro de Siqueira
 João Carlos Corrêa
 João Negreiros Tebyriçá
 José Luiz Tavares
 José Manoel Jansen
 José Roberto Lapa e Silva
 Luis Paulo Verbicário
 Margareth Pretti Dalcolmo
 Miguel Ayub Hijjar
 Ricardo Marques Dias
 Rogério Rufino
 Rui Haddad
 Terezinha Miceli Martire

SOPTERJ

Rua da Lapa, 120/grupos 301 e 302
 Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ.
Fax: (21) 852-3677
E-mail: sopterj@bol.com.br
sopterj@ig.com.br

**Diretória da
SOPTERJ**

Presidente: Miguel Abdon Aidê
Vice-Presidente: Alexandre Pinto Cardoso
Vice-Presidente da Capital e Baixada Fluminense:
 Domenico Capone
**Vice-Presidente de Niterói, São Gonçalo e Região dos
 Lagos:** Angela dos Santos Ferreira
Vice-Presidente da Região Serrana:
 Carlos Pereira Nunes
Vice-Presidente da Região Norte:
 Ronald Cardoso Novaes
Vice-Presidente da Região Sul:
 Luiz Paulo Tostes Coimbra
Secretário Geral: Arthur Vianna
Segundo-Secretário: Valmir Sangalli Lucas
Tesoureira: Denise Duprat Neves
Secretário para Assuntos Científicos:
 Rogério Rufino
Secretária de Divulgação:
 Cláudia Henrique Costa
Presidente do Conselho Deliberativo:
 Mauro Musa Zamboni
Membros do Conselho Fiscal:
 Luiz Carlos Sell
 Carlos Alberto Guimarães
 Jaime Veras Correia

**DEPARTAMENTOS
E COORDENADORES**

Cirurgia Torácica: Fernando David
Pneumologia Infantil: Selma Sias
Endoscopia Respiratória: Luiz Felipe Judice

**COMISSÕES CIENTÍFICAS
PERMANENTES E SECRETÁRIOS
EXECUTIVOS**

Doenças Ocupacionais e Poluição Ambiental:
 Valéria Barbosa Moreira
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Rodolfo
 Fred Behrsin
Asma Brônquica: Hisbello S. Campos
Honorários Médicos:
 Bernardo Maranhão
Fisiopatologia Pulmonar: Sonia Regina
Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica:
 Marcelo Kalichsztein
Infecção Respiratória e Micoses:
 Arnaldo José Noronha Filho
Pneumopatias Intersticiais Difusas:
 Eduardo Bethlem
Imagem: José Manoel Gabetto
Educação Médica Continuada: Décio Horta
Doenças da Pleura:
 Cyro Teixeira da Silva Junior
Câncer de Pulmão:
 Edson Toscano
Tuberculose:
 Marcus Barreto Conde



Vitro
 comunicação

Filiado ao:

INSTITUTO

ETHOSEMPRESAS E
RESPONSABILIDADE
SOCIAL

Diretora: Rijarda Aristóteles
Jornalista Responsável: Fernanda Cubiaco
Gerente Comercial: Dayse Panajotti
Diagramador: Alexandre Magnum
Capa: Raul de Santa Helena Filho

Praça XV de Novembro, 34/4º andar - Centro
 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ.
Telefax: (21) 224-8962
E-mail: pulmaorj@vitro.com.br >>>
comercial@vitro.com.br
<http://www.vitro.com.br>

Tiragem: 1.000 exemplares**Distribuição:** Sócios da SOPTERJ, SBPT, SBAI, Sociedade Sul-Americana de Broncoscopia e assinantes**Publicação referente a:** Julho/2001

INSTITUTO VERIFICADOR DE CIRCULAÇÃO

>>> **Envio de artigos:** Praça XV de Novembro, 34 / 4º andar
 Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro-RJ. E-mail: pulmaorj@vitro.com.br
 >>> **Correspondência:** Rua da Lapa, 120/301 e 302 - Centro
 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ. E-mail: sopterj@bol.com.br • sopterj@ig.com.br
 >>> **Capa:** Logomarca da Sociedade de Pneumologia do Estado do Rio de Janeiro

Pulmão RJ Suplemento é uma publicação oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ), direcionada a seus associados, pneumologistas, cirurgiões de tórax, intensivistas e a clínicos com interesse na Especialidade, bem como aos anunciantes, hospitais e entidades afins.

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR SECUNDÁRIA A CIA DO TIPO SEIO VENOSO. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Duarte RLM, Waetge D, Rodrigues E, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia e Cirurgia Cardíaca HUCFF-UFRJ. Rio de Janeiro.

Relato de caso: homem, 42 anos, não-tabagista, há 3 meses dor torácica difusa, não-pleurítica, moderada intensidade, diária e dispnéia aos esforços. PA=120x80mmHg, FC=78bpm, FR=20irpm, batimento palpável de VD, choque valvular em foco pulmonar e $P_2 > A_2$. RX de tórax: aumento de VD, arco médio abaulado, aumento de calibre de artéria pulmonar. ECG: BRD de 2º grau e sobrecarga direita. Sorologias não reatoras (hepatite e anti-HIV), parasitológico negativo, provas de atividade reumática, espirometria e cintilografia pulmonar ventilação-perfusão normais. TC de tórax compatível com HAP. ECO transtorácico: aumento das câmaras direitas, sobrecarga volumétrica de VD, HAP com $PAP_m = 50$ mmHg, insuficiências tricúspide/pulmonar leves. ECO transesofágico: falha de ecos na porção superior do septo interatrial, junto a veia cava superior, sugerindo comunicação interatrial (CIA) do tipo seio venoso com sobrecarga volumétrica de cavidades direitas, *doppler* revelando *shunt* esquerdo-direito (confirmados posteriormente por cateterismo cardíaco). Oligoassintomático após correção cirúrgica do CIA com *patch* de pericárdio bovino.

Conclusão: o interesse do caso consiste que CIA do tipo seio venoso pode ser causa de HAP secundária à cardiopatia congênita, mesmo em homens adultos, pois são mais freqüentes em mulheres com defeito do septo atrial do tipo *ostium secundum* (no forame oval).

LINFONODOMEGALIA TORÁCICA E DERRAME PLEURAL MALIGNO POR LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO (ATL). RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Duarte RLM, Loivos LPP, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia HUCFF-UFRJ, Rio de Janeiro.

Relato de caso: homem, 41 anos, ex-tabagista (10 maços/ano). Há 15 dias febre diária, emagrecimento, tosse seca. Caquético, hipocorado, PA=100x60mmHg, FC=92bpm, FR=36irpm, febril, linfonodomegalia em cadeia cervical anterior, diâmetro até 4 cm, indolores, consistência endurecida (biópsia: ATL). RX tórax: infiltrado intersticial bilateral e linfonodomegalia torácica. Sorologia: HTLV-I-reatora e HIV-não-reatora. Ultra-som abdominal: linfonodomegalia retroperitoneal. Após 5 dias insuficiência respiratória, choque séptico, necessitando CTI. Sem melhora com antibioticoterapia de amplo espectro (vancomicina, imipenem e cotrimoxazol, devido a possibilidade de pneumocistose associada). Iniciado quimioterapia (QT) com AZT 1g/dia, interferon-alfa 5.000.000U/dia e prednisona 40mg/dia. Apesar de QT apresentou SARA e derrame pleural bilateral (citopatológico do líquido pleural: ATL). Feita drenagem pleural e pleurose bilateral com talco. Óbito 2 meses após o diagnóstico de ATL.

Conclusões: o interesse do caso é que infecção pelo HTLV-I pode cursar com manifestações torácicas: pneumopatia/linfonodomegalia e derrame pleural por ATL, que pode ser complicada com infecção (pneumocistose), tendo geralmente prognóstico ruim, a despeito do tratamento quimioterápico.

PRESENÇA DE ROLEAUX EM PACIENTE COM ENDOCARDITE DE VÁLVULA TRICÚSPIDE.

Mendonça ICT, Vianna LF, Costa AA, Rufino R. Serviço de Pneumologia do HUPE-UERJ.

Introdução: O fenômeno de roleaux ocorre quando existe hiperproteinemia, formando um empilhamento de células e provocando hiperviscosidade sangüínea. Neste caso, a presença de roleaux dificultou a formação diagnóstica, pois raramente é encontrada nos casos de endocardite bacteriana. Outro aspecto relevante é que a paciente era auxiliar de dentista e utilizava a espátula para retirar seu tártaro. **Relato do caso:** Mulher, 29 anos, auxiliar de dentista, previamente hígida, relatando que há 2 semanas iniciou quadro de mialgia generalizada, tosse seca, dor pleurítica bilateral, evoluindo com dispnéia aos pequenos esforços, febre diária (40º C) associada à calafrios, cedendo com antitérmico. Negava o uso de drogas ilícitas. Encaminhada ao pneumologista por apresentar pequeno derrame pleural bilateral e múltiplas imagens cavitárias. Apresentava-se hipocorada (++)/4+), taquicárdica, com MV diminuído em ambas as bases, sopro sistólico (+++/6+) pancardíaco, abdômen com traube submáximo e membros sem alterações. Exames laboratoriais da admissão: Ht:22%, VHS:110 mm/H, leucócitos 11.300 (8% bastões), plaquetas: 618.000, albumina: 2.9 globulina: 7.8. No sangue periférico, pela hematologia, havia celularidade normal e imagem de roleaux. Sorologias para HIV, HTLV, hepatite A,B e C, negativas; provas reumáticas normais; USG abdômen com esplenomegalia (14 cm); ecocardiograma demonstrava presença de lesões vegetantes em folhetos tricúspide, sem hipertensão arterial pulmonar. Hemocultura e cultura do aspirado da medula óssea: Staphylococcus aureus sensível a oxacilina. Diagnosticada endocardite infecciosa e tratada com oxacilina 4 semanas e amicacina 2 semanas. **Discussão:** As lesões pulmonares múltiplas, bilaterais, cavitárias, associada à febre, favorecem o diagnóstico de embolia séptica. O Staphylococcus aureus é o agente mais relacionado. A endocardite bacteriana de válvula tricúspide é a mais comum em usuários de drogas e quando por S. aureus a taxa de cura pode ser superior a 85%. **Conclusão:** Houve resolução do quadro radiológico pulmonar e a paciente teve alta hospitalar com ausência de anemia.

ANÁLISE DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Belo CS, Lopes AJ, Capone D. Setor de prova de função pulmonar do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Nos pacientes com fibrose cística há deterioração lenta da função pulmonar que é reconhecida como progressão da doença. Doença pulmonar progressiva crônica é a principal causa de morbidade e mortalidade nesses pacientes. Hiperreatividade bronquica é comum, existindo correlação entre o grau de reatividade bronquica e a gravidade da doença. A maioria dos pacientes desenvolve um padrão obstrutivo, com queda do VEF1 e VEF/CFV quando a doença progride. Foram estudados 20 pacientes, obedecendo as normas do Consenso Brasileiro de Espirometria. Apenas 3 com função normal. O distúrbio ventilatório predominante foi misto em 9 pacientes, obstrutivo em 7 pacientes (02 acentuado e 5 com moderado) e restritivo em 1 paciente. A resposta broncodilatadora foi positiva à 300Mcg de salbutamol spray em 8 pacientes. A relação VEF/CFV variou de 45 à 70% do predito, enquanto o VEF1 variou de 0,42 l à 2,4 l. Apesar da terapia agressiva, a função pulmonar declina com o avançar da idade. Com a inflamação bronquica, as vias aéreas tornam-se ocluídas, e a função pulmonar mostra declínio gradual e progressivo.

LEPTOSPIROSE COMO CAUSA DE PNEUMONIA ADQUIRIDA DA COMUNIDADE (PAC) - ESTUDO DE 65 CASOS.

Manhães de Carvalho JE, Boechat YEM, Dalston MO, Bazin AR, Pereira MM, Pereira da Silva JJ. Instituição: Hospital Universitário Antonio Pedro – HUAP – UFF – Niterói – RJ.

Os autores apresentam uma casuística de 65 pacientes portadores de leptospirose com alterações pulmonares internados no serviço de Doenças infecciosas e Parasitárias – HUAP. Todos os pacientes apresentaram soro-aglutinação positiva para leptospirose. As alterações clínicas mais frequentes foram tosse (89,2%); taquidispnéia (66%); hemoptóicos (52,3%); estertores (18,5%) e hemoptise franca (12,3%). As alterações radiográficas encontradas foram infiltrado intersticial predominantemente bilateral (57,5%); infiltrado intersticial e alveolar (20%); consolidações alveolares (17,5%); derrame pleural (5%). Hipoxemia ocorreu em 53,1%, sendo acentuada em 17% ($P_{O_2} < 50 \text{ mmHg}$). Hipocapnia apareceu em 72,3%. O óbito ocorreu em 8 pacientes (14%), sendo que 5 deles por hemorragia alveolar. Chamam a atenção para os seguintes aspectos: 1) Os achados pulmonares podem ser predominantes na doença. 2) O comprometimento pulmonar pode ser causa de óbito por hemorragia alveolar. 3) A leptospirose deve ser incluída no diagnóstico diferencial das pneumonias atípicas adquiridas da comunidade.

COMPLICAÇÃO VACINAL DO BCG – ABSCESSO SUBCUTÂNEO - RELATO DE UM CASO.

Carreira MN. Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão – SM – RJ.

A vacinação com o BCG difundiu-se rapidamente a partir de 1925. Somente em 1948 após 10 milhões de vacinados concluiu-se pela absoluta inocuidade, estabilidade e poder protetor da vacina. O BCG promove a primo-infecção artificial e inofensiva, produzindo imunidade contra *M. tuberculosis*, protegendo contra a disseminação hematogênica, granuloma e meningoencefalite. O BCG foi administrado por via oral até 1973, quando passou a ser utilizada a via intradérmica na inserção inferior do deltóide direito. Esta vacinação era em dose única no primeiro mês de vida. A partir de 1994 devido ao avanço da tuberculose o MS instituiu a revacinação com intuito de reforçar a imunidade conferida pela primo-vacinação. A vacina BCG pode causar complicações locais, regionais ou sistêmicas em geral decorrentes de técnica de aplicação. O risco médio para efeitos locais é de 0,387/mil vacinados e ocorrem em geral por falha técnica de administração. Aplicação profunda, dose c/ maior volume ou contaminação. Caso Clínico - AMW 6 anos, 25 dias após revacinação com BCG evoluiu com tumoração de consistência mole elástica em região deltóide D de 5 cm em seu maior diâmetro com calor e rubor local sem linfadenomegalia satélite. Medicada com cefalexina por 7 dias sem melhora, foi então iniciado isoniazida 10 mg/Kg dia, evoluindo com regressão progressiva do abscesso. A isoniazida foi suspensa no 30º dia, quando apresentou regressão total da lesão. É importante ficarmos atentos a qualificação dos vacinadores e a sua reavaliação sistemática.

PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA.

Teixeira MFA, Oliveira LCL. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma doença de natureza imunológica secundária à aspiração crônica de poeiras orgânicas ou químicas. O diagnóstico na sua fase crônica é difícil devido a apresentação clínica e radiológica semelhante a outras doenças intersticiais, sendo frequentemente necessário a realização de biópsia pulmonar cirúrgica para seu diagnóstico. Apresentamos o caso de paciente de 36 anos, masculino, com relato de dispnéia aos esforços e tosse seca há 10 anos. Relatava ter trabalhado em frigorífico por 6 anos e como carregador de sacos de feijão, arroz e outros grãos por 3 anos. Nega tabagismo. A radiografia torácica mostrou infiltrado intersticial reticular difuso e a TC tórax mostrou padrão de vidro fosco difuso e áreas de pavimentação em mosaico. A imunodifusão para fungos e as baciloscopias foram negativas. A biópsia pulmonar a céu aberto evidenciou granulomas caseosos mal delimitados, confirmando o diagnóstico. Houve acentuada melhora clínica e radiológica com o uso de corticóide. A PH na sua fase crônica apresenta quadro clínico, radiológico e funcional semelhante a outras doenças pulmonares intersticiais crônicas, sendo frequentemente necessário biópsia pulmonar cirúrgica para sua confirmação. O diagnóstico é importante visto que o afastamento do fator precipitante e o tratamento com corticóide tende a melhorar o paciente. Caso o paciente mantenha-se sob exposição contínua, a doença pulmonar pode evoluir para fibrose terminal, daí a necessidade de alto índice de suspeita clínica e confirmação do diagnóstico.

HISTOPLASMOSE PULMONAR CRÔNICA NA FORMA CAVITÁRIA PROGRESSIVA.

Oliveira LCL, Teixeira MFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A histoplasmoose pulmonar crônica (HPC) caracteriza-se pela colonização pelo *H. capsulatum* de defeitos estruturais do pulmão secundários a presença de enfisema bolhoso ou centrolobular, em pacientes imunocompetentes. Esta colonização leva a destruição crônica dos ápices pulmonares, frequentemente confundidas com tuberculose. Se a doença não for tratada, as cavidades podem progredir para o parênquima adjacente e a cavidade pode lentamente expandir-se, afetando um grande porção ou todo o pulmão ipsilateral, fenômeno conhecido como "cavidades em marcha". Apresentamos o caso de paciente masculino de 61 anos, com relato de tosse produtiva, dispnéia e emagrecimento há 6 meses. Tabagista de 35 m/a e etilista diário. A radiografia simples e a TC de tórax mostraram grande lesão cavitária no terço superior direito e fibrose no terço superior esquerdo. Baciloscopias repetidamente negativas. Cultura de lavado broncoalveolar e sorologias positivas para *H. capsulatum*. O paciente encontra-se no 10º mês de tratamento, com redução da lesão cavitária. Este caso ilustra a necessidade de alto índice de suspeita desta infecção nos pacientes portadores de lesões cavitárias com baciloscopias negativas. O diagnóstico é por vezes difícil, sendo necessário a repetição de exames para sua confirmação em casos suspeitos. Se não identificados e tratados adequadamente, as lesões podem progredir para destruição pulmonar significativa.

ASPERGILOSE PULMONAR INTRACAVITÁRIA EM PACIENTE PORTADOR DE FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA.

Aidé MA, Ferreira A, Moreira V, Rodrigues C, Nani E. Hospital Universitário Antonio Pedro – Universidade Federal Fluminense.

Bola fúngica intracavitária é uma massa de elementos fúngicos entrelaçados, livres no interior de uma cavidade pulmonar. O gênero *Aspergillus* é responsável pela maioria das colonizações de crescimento saprofítico, numa cavidade pré-formada, notadamente, sequela de tuberculose pulmonar. Os autores descrevem um caso de Aspergilose pulmonar intracavitária que surgiu na evolução clínico/radiológica de um paciente portador de Fibrose pulmonar idiopática. Trata-se de paciente do sexo masculino, 77 anos, branco, comerciante, natural do RJ, cuja queixa principal foi de tosse com escarros hemáticos e falta de ar. Há 4 anos iniciou com tosse pouco produtiva e dispnéia aos grandes esforços. Há 1 ano piorou da dispnéia e da tosse. Atualmente com vários episódios de escarros com sangue, dispnéia aos mínimos esforços e perda de peso de 12 KG nesse período. Ao exame, paciente emagrecido, cianose ++++/4+, taquipnéico, taquicárdico, hipocratismo digital. Estertores crepitantes junto as bases pulmonares. Radiograma e TC do tórax com infiltrado reticular difuso e bola fúngica intracavitária em LSD. Presença de hifas de *A. fumigatus* no exame direto do escarro, com BAAR negativo. Imunodifusão em duplo gel de Agar com 2 bandas reagentes para *A. fumigatus*. Iniciado Itraconazol 200mg/dia.

CRÍPTOCOCOSE PULMONAR ISOLADA: RELATO DE UM CASO.

Lobão JN, Sangalli VL, Rabello E, Nunes CM, Nascimento A, Ferreira SE. Hospital de Força Aérea do Galeão - Serviço de Pneumologia.

A criptococose disseminada com envolvimento do SNC constitui a apresentação clínica predominante desta doença em pacientes com AIDS, sendo rara em hospedeiro imunocompetente. A forma pulmonar isolada é rara e independe da situação imunológica do portador. Os autores relatam um caso de criptococose pulmonar isolada em paciente imunocompetente de 50 anos com quadro de tosse seca, febre e dor torácica por 3 semanas. O hemograma era normal e a radiografia de tórax mostrava condensação com broncograma aéreo no lobo inferior direito. Levofloxacina foi administrada por 15 dias sem melhora clínica ou radiológica. Foi realizada broncoscopia que mostrou árvores brônquicas normais e o lavado broncoalveolar foi negativo para malignidade, pesquisa direta de BAAR e fungos. Uma nova broncoscopia com biópsia transbrônquica revelou infiltrado inflamatório granulomatoso com células gigantes multinucleadas contendo leveduras de *Cryptococcus Neoformans*. O exame do líquido foi normal com cultura negativa. Fluconazol foi instituído com melhora clínico-radiológica.

A importância do relato está na apresentação rara da doença e na oportunidade de discutir aspectos da abordagem diagnóstica e terapêutica sem unanimidade na literatura.

COMPLICAÇÕES PULMONARES NA SIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CASOS DAS DÉCADAS DE 80 E 90.

Miyagui T, Rego RL, Lima APC, Andrade CRM, Monteiro N, Teixeira GHMC. Departamento de Patologia, HUAP, UFF.

Foi realizado um estudo comparativo da incidência das complicações pulmonares na SIDA, em necropsias, entre 100 casos da década de 80 e 67, da década de 90. A frequência maior foi das infecções, sendo, nas décadas de 80 e de 90 respectivamente: broncopneumonia (51% e 52,23%), tuberculose (21% e 14,93%), criptococose (19% e 7,49%), citomegalovirose (19% e 35,93%) e PCP (13% e 10,44%). A multiplicidade dessas complicações (na década de 90) ocorreu 21 vezes, sendo de duas doenças em 15 casos, de três doenças em 4 casos e um caso para associação de 4 e de 5 doenças. A associação mais frequente foi entre a broncopneumonia e a citomegalovirose. Isoladamente a broncopneumonia esteve presente em 13 dos 35 casos e citomegalovirose em 7 dos 23 casos. Outras afecções presentes foram S de Kaposi (9 e 2, 98%), toxoplasmose (5 e 2, 98%), histoplasmose (2 e 2,98%), MAI (0 e 2,98%), microsporidiose (0 e 1,49%), linfoma (0 e 4, 47%), adenocarcinoma (0 e 1, 49%). Alterações inespecíficas presentes foram bronquite, bronquiolite, bronquioloectasia, pneumonia em organização, tromboembolia, infarto, aspiração, entre outras. Foram observados redução da tuberculose, criptococose, pneumocistose e toxoplasmose, aumento da citomegalovirose e o surgimento de infecções outras como a microsporidiose.

BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA COM ALTA TAXA DE DOSE.

Zamboni M, Castro BW, Guedes LMA, Silva MP, Guizzardi MF, Toscano E. Serviço de Cirurgia Torácica e de Radioterapia -Hospital do Câncer – INCA/MS – Rio.

Introdução: A maioria dos pacientes com câncer do pulmão já são diagnosticados com doença avançada, por extensa invasão local ou por disseminação linfonodal, e por isso inoperáveis. Os tratamentos possíveis para estes pacientes inclui a quimio e radioterapia combinadas ou a radioterapia isolada. Nestes pacientes o índice de recaída varia de 30 a 50% e as opções para retratamento são limitadas já que doses adicionais de radioterapia aumentam a toxicidade no coração, esôfago e medula. A braquiterapia endobrônquica (BQT/EB) permite a irradiação eficaz do tumor com mínimo risco de lesões nos órgãos e tecidos adjacentes. Objetivo: Avaliar a eficácia e a toxicidade da BQT/EB com alta taxa de dose, usando o Iridium-192 na melhora dos sintomas causados por tumores endobrônquicos. Material e Métodos: No período de Janeiro a Dezembro de 2000, 16 pacientes foram tratados com BQT/EB com alta taxa de dose utilizando o Iridium-192. 13/16 (81%) eram do sexo masculino e 3/16 (19%) eram do sexo feminino. Desses 14/16 (88%) eram fumantes e 2/16 (12%) eram não fumantes. A idade variou de 42 a 72 anos (med = 57,5 anos). Os tipos histológicos foram os seguintes: 9/16 (69%) carcinoma escamoso do pulmão; 4/16 (25%) adenocarcinoma do pulmão; 1/16 (6%) carcinoma escamoso da traquéia; 1/16 (6%) carcinoma adenóide cístico da traquéia; 1/16 (6%) sarcoma do pulmão. Todos os pacientes foram tratados inicialmente com radioterapia externa (100%) e dois deles {2/16 (13%)} tiveram associada a quimioterapia. O esquema da braquiterapia foi o seguinte: 12/16 (75%) – 3 x 75 Gy – 15/15 dias; 3/16 (19%) – 2 x 75 Gy – 15/15 dias e 1/16 (6%) – 1 x 75 Gy. Resultados: A resposta ao tratamento foi avaliada segundo a melhora clínica dos sintomas e a redução da massa tumoral: 12/16 (75%) tiveram desaparecimento dos sintomas e redução de mais de 50% do tamanho do tumor e 4/16 (25%) tiveram melhora parcial dos sintomas e pequena redução no tamanho do tumor. Ao final dos 12 meses 9/16 (56%) estavam vivos e 7/16 (44%) haviam morrido. Tivemos somente 4/16 (25%) de complicações menores (pequeno sangramento e tosse). Conclusão: Nossa experiência mostrou que o tratamento foi eficaz na melhoria dos sintomas e com baixa morbidade.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ANÁLISE DE 20 ANOS.

Fonseca AJ, Medina FMC, Paschoal MEM, Saad CP.

Hospital Clementino Fraga Filho, UFRJ – Rio de Janeiro – RJ.

Foi realizado um estudo retrospectivo sendo selecionados os 39 pacientes com diagnóstico de carcinoma bronquioloalveolar (CBA), de um universo de 1317 pacientes portadores de câncer de pulmão, atendidos no período de 1980 a 2001. Foram revisados os dados clínicos e estudados os perfis epidemiológicos, métodos diagnósticos, tratamento e prognóstico. A mediana da idade foi 63 anos ($\pm 9,7$). A maioria dos pacientes eram brancos (74%) e do sexo masculino (67%). Apenas 3 (8%) pacientes se apresentaram inicialmente assintomáticos. Os sintomas mais comuns foram: tosse (79%); expectoração (64%); dispnéia (62%) e emagrecimento (59%). 36% dos pacientes eram ex-tabagistas, a mediana da duração do tabagismo foi 30 anos ($\pm 15,8$) e a mediana da carga tabágica foi 39 maços/ano. As apresentações radiológicas mais prevalentes foram padrão alveolar difuso 51% (20/39) e nodular multicêntrica em 21% (8/39). Dezesesseis pacientes foram submetidos à TC tórax, que evidenciou padrão nodular multicêntrica em 31% (5/16) e massa em 31% (5/16). Dos pacientes submetidos a broncofibroscopia (31), em 68% (21/31) este exame foi normal. A positividade geral da broncoscopia foi 65% (20/31), tendo a biópsia transbrônquica uma positividade de 73% (11/15); e o LBA, 42% (13/31). O diagnóstico patológico de adenocarcinoma bronquioloalveolar foi obtido através da broncoscopia em 51% dos pacientes (20/39) e por toracotomia em 46% (18/39). Os estádios mais prevalentes foram IV, 64% (25/39); IB, 26% (10/39); e IIB, 5% (2/39). O principal sítio de metástases foi pulmão contralateral (14), correspondendo a 56% dos pacientes com estágio IV. Foi indicado tratamento cirúrgico curativo em 10 pacientes. Quatorze pacientes foram tratados com quimioterapia. A mediana do número de ciclos foi 3, apenas 2 pacientes completaram os 6 ciclos. Em 12 pacientes não houve resposta, e o efeito colateral mais comum foi infecção (5). Trinta e quatro pacientes evoluíram para o óbito. A sobrevivência média de todo o grupo foi de 10 meses, dos tratados com quimioterapia, 8 meses, e dos tratados cirurgicamente, 15 meses. Concluímos que o perfil dos pacientes com CBA de nossa instituição difere da literatura internacional por apresentarem-se predominantemente sintomáticos, com padrão radiológico difuso e com maior prevalência de estágio IV. A elevada porcentagem de diagnóstico tardio do CBA leva a maior taxa de tratamento paliativo e resultados prognósticos inferiores que os relatados na literatura.

ADENOCARCINOMA DE PULMÃO METASTÁTICO PARA PARTES MOLES DE BOLSA ESCROTAL.

Medina FMC, Fonseca AJ, Paschoal MEM, Saad CP. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, Divisão de Oncopneumologia, Rio de Janeiro - RJ.

Paciente masculino, 68 anos, branco, natural da Paraíba e residente no RJ, foi atendido no ambulatório de oncopneumologia do HUCFF, com queixa de tosse e dor torácica, em 15/12/00. Relatava história de pneumonia sem resposta adequada à penicilina há 6 meses, emagrecimento de 10 kg no período, hiporexia, dor pleurítica em porção inferior do HTE e febre não aferida. Ex-tabagista de 25 maços/ano, tendo interrompido há 30 anos e portador de bronquite crônica diagnosticada há 15 anos.

Ao exame físico, apresentava linfonodomegalia tumoral em cadeia cervical anterior e sopro tubário em hemitórax direito. Referia também nódulo em bolsa escrotal há 1 ano, em crescimento progressivo, apresentando-se como uma tumoração na linha média, pétreo, medindo 7 cm de diâmetro, de contornos lobulados.

A tomografia computadorizada de tórax evidenciava massa em segmento 6, nódulos pleurais adjacentes à massa, derrame pleural ipsilateral, aumento hilar direito e adenomegalia subcarinal maior que 1 cm.

O paciente foi submetido à toracotomia que evidenciou derrame pleural de pequeno volume, lesão pleural parietal, múltiplas lesões sugestivas de implante tumoral em diafragma e pleura parietal e massa parahilar. Foi realizada biópsia de pleura parietal, cujo resultado à histopatologia foi de carcinoma não pequenas células metastático para pleura.

A ultrassonografia de bolsa escrotal evidenciou massa de 3,8 por 3,0 cm, hipocóica, heterogênea, intensamente vascularizada, limites mal definidos, sem contato com testículos.

Foi então submetido a biópsia de bolsa escrotal, cujo resultado foi de adenocarcinoma infiltrando tecido conjuntivo, histologicamente idêntico ao tecido biopsiado em pleura. Com estadiamento T3 N2 M1, foi iniciado para o paciente programa de quimioterapia paliativa, com resposta parcial da sintomatologia e discreta redução da tumoração em bolsa escrotal.

Doença metastática de bolsa escrotal é considerada entidade rara e os sítios primários mais comuns são rim e próstata. Metástases de melanoma, carcinoma de ânus e carcinoma epidermóide de pulmão também foram descritos. De acordo com a literatura mundial, há apenas um caso descrito de adenocarcinoma de pulmão metastático para bolsa escrotal.

ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO PULMÃO POR COMPUTADOR.

Siqueira HRD, Maeda TY, Chauvet PR. Instituição: Serviço de Pneumologia, H U Pedro Ernesto. Instituto de Matemática e Estatística - UERJ.

Introdução: O estadiamento do câncer de pulmão (CA Pulm) é etapa importante no diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Baseia-se nas características do tumor (T0 a T4), dos nódulos linfáticos (N0 a N3) e da presença de metástases (M0 ou M1), com possibilidades de mais de 40 combinações para, a seguir se classificar o caso em estádios. O médico que não usa a classificação com muita frequência, normalmente esquece dos detalhes e tem que consultar tabelas.

Objetivos: Auxiliar o médico a estadiar o CA Pulm de forma precisa e rápida. Permitir que alunos de graduação e pós-graduação aprendam, de forma objetiva, a fazer o estadiamento, com inúmeras possibilidades de simulação, auxiliadas por figuras ilustrativas.

Métodos: Com base na literatura especializada, foi construído um programa em linguagem JAVA, que identifica o paciente, apresenta a lista de exames importantes para o estadiamento, pergunta metodicamente a histologia do tumor, as características de T, N e M, mostrando esquemas ilustrativos das diversas possibilidades, faz a classificação TNM e apresenta o estadiamento final.

Conclusões: O programa funciona como um sistema especialista e também tutorial que facilita a tarefa de classificar o Ca Pulm, o que liberta o médico da necessidade de decorar tabelas.

INFARTO PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA RECORRENTE COMO PRIMEIRAMANIFESTAÇÃO DE CÂNCER DE PULMÃO.

Adriano HCP¹, Mortera G², Faccin R³, Siqueira C⁴ e Costa MJM³. ¹Médico Residente (R2) do Serviço de Clínica Médica do Hospital da Lagoa(HL), ² Médico do Setor de Pneumologia do HL, ³ Médico do Serviço de Clínica Médica do HL, ⁴ Hematologista, Chefe do Laboratório de patologia Clínica do HL.

A doença tromboembólica é uma causa importante de morbi-mortalidade em pacientes com câncer, incidindo em torno de 15%, sendo a trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores o evento mais comum. Atualmente, os avanços na bioquímica, biologia celular e molecular esclarecem que a hipercoagulabilidade no câncer representa mais que os efeitos da imobilização ou da obstrução vascular metastática. Apresentamos o relato de caso de um paciente com câncer de pulmão associado a síndrome de hipercoagulabilidade, acompanhado no serviço de Clínica Médica do Hospital da Lagoa. Homem branco de 46 anos, grande fumante que apresentou quadro clínico radiológico de infarto pulmonar à esquerda, associado a trombo intraluminal em artéria pulmonar, e evidência de carcinoma broncogênico no pulmão contra-lateral. O paciente foi tratado inicialmente com cumarínico sem sucesso, obtendo controle apenas com heparinização plena EV, e posteriormente com heparina de baixo peso molecular. O caso demonstra a dificuldade no manuseio terapêutico dos episódios trombóticos cujo controle eficaz, em alguns pacientes, pode ser obtido apenas com o tratamento específico do tumor.

TUMOR SINCRÔNICO DE PULMÃO E CÓLON COM METÁSTASE PARA UMBIGO.Bastos AER¹, Faccin R², Medeiros D³, Costa MJM²

¹Médica residente (R2) do Serviço de Clínica Médica do Hospital da Lagoa (HL), ² Médico do Serviço de Clínica Médica do HL, ³ Médico do Serviço de Anatomia Patológica do HL.

Introdução: Tumor sincrônico envolvendo o pulmão é incomum, descrevemos um caso associado a tumor de colon.

Relato do caso: ARM, masculino, 47 anos, Br, natural do RJ, solteiro, rodoviário. Internado para investigação diagnóstica na Clínica Médica do HL em março de 2001. História de perda de peso, dor abdominal e caroço na barriga que surgiram nos últimos trinta dias Tabagista e etilista pesado. Ao exame notava-se tumoração sólida, violácea, de aproximadamente 2 cm, ocluindo a região umbilical e palpava-se massa abdominal ocupando flanco e hipocôndrio direito. A tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrou lesão nodular, espiculada escavada, medindo de 2cm. A TC de abdome mostrava massa heterogênea, estenosando o cólon direito, e media 8cm, além de múltiplas lesões hipodensas no fígado. A broncofibroscopia mostrou lesão vegetante no brônquio do lobo superior esquerdo, cuja biópsia demonstrou carcinoma epidermóide. A biópsia da lesão umbilical demonstrou adenocarcinoma metastático. O paciente foi submetido a hemicolectomia direita pelo risco de obstrução intestinal, evoluindo bem e se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A apresentação incomum de tumor sincrônico de pulmão e cólon com metástase para umbigo torna o caso peculiar e sem relato semelhante na literatura. Os mecanismos de doença ainda não estão claros, mas alguns autores sugerem que haja uma desregulação nos mecanismos de reparo do DNA anormal.

QUIMIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA EM CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS.

Fernandes, Ricardo Teixeira. Instituto de Medicina Interna do Rio de Janeiro.

A quimioterapia pré-operatória, também denominada neo-adjuvante, teve seus iniciais estudos clínicos com as neoplasias malignas da mama, ovário e cabeça/pescoço. Um dos precursores desta modalidade de quimioterapia é o professor Jacquillat (oncologista francês), que entre seus casos observou boa tolerância clínica (digestiva e hematológica) sem necessitar de intensificação de doses, suporte hematológico e/ou combinação com fatores de crescimento de colônias de neutrófilos, visando alcançar eficácia clínica. Posteriormente a esses estudos clínicos observamos na literatura médica mundial da especialidade em epígrafe uma maior frequência de estudos clínicos randomizados ou não, combinados com estatísticas históricas e estudos de meta-análise, todos eles demonstrando a importância desta modalidade de tratamento. Observamos poucos estudos clínicos, exatamente em número de dois, especificamente em carcinoma de pulmão não-pequenas células e em ambos a combinação de drogas quimioterápicas foi o Paclitaxel com Carboplatina em posologia convencional. Entretanto, em nosso meio não registramos estudos clínicos com esta indicação clínica. Ademais parece haver desinteresse pelo tema pois geralmente estes tumores de pulmão localmente avançados são considerados fora de possibilidades de tratamento por quimioterapia e/ou cirurgia e quase sempre a deliberação terapêutica é a radioterapia externa em caráter exclusivo, com dose total e com finalidade paliativa.

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO F. S. G., masculino, 48 anos, na anamnese dirigida relata ser tabagista, de uma carteira de cigarros ao dia, há mais de 20 anos, iniciou quadro clínico com tosse produtiva, febre e expectoração, com duração de 60 dias, fez radiografia simples do tórax, sendo tratado como portador de pneumonia, por facultativo; houve persistência do quadro clínico, sendo avaliado por Pneumologista Clínico.

Foi então realizado broncoscopia com biópsia, lavado e escovado brônquico, sendo a conclusão diagnóstica de carcinoma pouco diferenciado, provavelmente epidermóide. Foi realizado estadiamento clínico completo, com a nova RX de tórax, tomografia computadorizada de tórax, quando foi considerado por facultativo como blastoma maligno de pulmão – localmente avançado e fora de possibilidades terapêuticas por cirurgia e/ou radioterapia.

Fomos procurados pelo mesmo em nossa clínica e julgamos o caso em tela com indicação de quimioterapia antineoplástica pré-operatória. Realizamos três ciclos com a associação de Paclitaxel (175mg/m²) e Carboplatina (450mg/m²) intravenosa cada 21 dias; fizemos novo reestadiamento, que revelou regressão tumoral praticamente completa pelo estudo imagiológico. Foi complementado com mediastinoscopia que revelou mediastino livre.

Finalmente indicamos toracotomia exploradora com Pneumonectomia total. O resultado do estudo histológico das peças cirúrgicas mostrou ausência de tumor no material examinado.

Concluimos da importância que sejam realizados mais estudos clínicos de quimioterapia antineoplástica neo-adjuvante em outros tumores malignos, especialmente, gastrintestinais, cabeça e pescoço, sarcomas e urológicos, objetivando alcançarmos maior conhecimento clínico no manejo desta modalidade de quimioterapia.

DERRAMES PLEURAIIS - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA.

Duarte G, Coutinho A, Guerreiro F, Boinas C, F. Dias, Gomes MMJ Serviço de Pneumologia Geral, Hospital de Pulido Valente, Lisboa, Portugal.

Os autores analisaram o interesse diagnóstico da toracentese e biópsia pleural e suas complicações nos doentes(d.) com derrame pleural (DP). Procedeu-se à análise retrospectiva de 163 processos clínicos de d. internados de Jan. 95 a Dez. 99, com o diagnóstico de DP. Analisaram-se os dados demográficos, clínica, radiologia, características do líquido pleural (LP) e biópsia pleural, complicações e evolução. Dos 163 d., havia 114 homens e 49 mulheres, com idade média de 49,1 anos. As queixas mais frequentes foram: tosse(69,1%), dor torácica(64,8%), febre(63%) e dispneia(39,5%). Na radiografia do tórax o DP foi mais frequente à direita(50,6%). A ecografia torácica realizou-se em 34% dos d..O LP era um exsudado em 91,2%. A complicação mais frequente da técnica foi o pneumotórax (12,9%). O diagnóstico definitivo foi conseguido em 81% sendo os mais frequentes: Tuberculose(32,6%), infeccioso não específico(26,5%), empiemas (14,4%) e neoplasia (10,6%). A demora média diagnóstica foi de 10,8 dias. A evolução foi favorável em 76,9%. Concluimos que as etiologias mais frequentes foram a tuberculosa e a infecciosa não específica. A toracentese associada à biópsia pleural tem uma rendibilidade diagnóstica elevada no diagnóstico etiológico dos DP, sendo o pneumotórax a complicação mais frequente.

IMPORTÂNCIA DE DOSAGEM DA BETA 2 MICROGLOBULINA EM LÍQUIDOS PLEURAIIS.

Pessoa CLC, Silva Jr CT, Monteiro NP. Universidade Federal Fluminense.

Beta 2 microglobulina (B2M) é uma proteína presente na membrana de todas as células nucleadas.

Objetivos: Determinar importância da dosagem de B2M no diagnóstico diferencial da síndrome de derrame pleural.

Materiais: Realizou-se estudo prospectivo, dosando-se a B2M em 42 líquidos pleurais provenientes de pacientes entre 14 e 88 anos, no ambulatório de pleurologia da Universidade Federal Fluminense, no período compreendido entre março de 1998 e março de 1999.

Métodos: Pleurograma. Dosou-se B2M através da quimioluminescência. **Resultados:** Trinta e nove DP avaliados, e a casuística passou a ser constituída por 21 indivíduos do sexo masculino (54%) e 18 do sexo feminino (46%). A casuística foi assim dividida: 20 (51%) casos de TP, 5 (13%) adenocarcinomas, 4 (10%) derrames conseqüentes a tromboembolismo pulmonar, 4 (10%) derrames parapneumônicos, 2 (5,%) empiemas, 1 (3%) caso de lúpus eritematoso sistêmico e 3 (8%) transudatos. Quanto ao diagnóstico de TP, as características obtidas com limiar discriminativo de 3.923,0ng/mL para B2M foram: sensibilidade: 55%, especificidade: 84,21%, valor preditivo positivo: 78,57%, valor preditivo negativo: 64%, acurácia: 69,23%.

Conclusões: A dosagem pleural de B2M é útil como auxiliar ao diagnóstico diferencial de DP. A utilidade de dosagem da B2M para o diagnóstico de DP de origem tuberculosa também foi comprovada. O limiar crítico discriminativo em DP por tuberculose foi de 3.923,0ng/mL com eficiência de 69,23%.

EVOLUÇÃO INCOMUM DO MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.

Rangel AO, Oliveira LCL, Rangel JCA. Instituto do Pulmão.

O mesotelioma pleural maligno (MPM) é o tumor primário mais comum da pleura. Incide predominantemente em homens com exposição ao asbesto, entretanto estão se tornando mais frequentes os casos ocorridos em mulheres e naqueles sem história ocupacional. O período de latência, da exposição ao desenvolvimento da doença, é em torno de 30 a 45 anos. Em geral sua evolução é insidiosa e a maioria dos pacientes tem sintomas pelo menos 2 meses antes do diagnóstico. Inicialmente são encontrados dor torácica e dispnéia. O achado radiológico mais comum é o derrame pleural unilateral, podendo também ser evidenciado massas e espessamento pleural. Laboratorialmente se manifesta como um exsudato e em metade dos casos o líquido é hemorrágico. O diagnóstico é, geralmente, confirmado por biópsia e muitas vezes é necessário recorrer a colorações especiais, microscopia eletrônica ou imuno-histoquímica para ajudar na diferenciação, principalmente com o adenocarcinoma. O tratamento com cirurgia, quimio e radioterapia costuma ser paliativo. Novas terapêuticas estão sendo estudadas. Após o diagnóstico a sobrevida parece não ultrapassar 24 meses. Os autores relatam um caso de MPM num homem de 54 anos que apresentou dor torácica e dispnéia de início súbito e derrame pleural hemorrágico. Um mês antes do diagnóstico a radiografia de tórax era normal. A TC de tórax mostrou espessamento e derrame pleura à esquerda. O diagnóstico foi confirmado por pleuroscopia e biópsia pleural. O tempo de sobrevida após sua detecção foi cerca de 2,5 meses. Finalizando, este caso clínico mostra uma apresentação incomum do mesotelioma já que, na maioria das vezes, sua evolução é lenta.

ESTUDO DE UM NOVO AGENTE INDUTOR DE PLEURODESE: SULFATO DE BÁRIO.

Saito EH, Menezes SLS, Castro MPC, Rocco PRM, Haddad R, Zin WA. Laboratório de Fisiologia da Respiração, IBCCFo, UFRJ.

Objetivos: Até o momento não há consenso acerca do melhor agente para induzir pleurodese. Este trabalho visa avaliar a mecânica respiratória em modelo de pleurodese induzida por sulfato de bário.

Métodos e Resultados: 28 ratos Wistar foram divididos em 2 grupos: controle (C), submetido a injeção intrapleural de salina e pleurodese (P), injeção de sulfato de bário à 100% (2 mL). A mecânica respiratória foi determinada 48 horas (P48) e 30 dias (P30) pelo método de oclusão ao final da inspiração sendo computados para o sistema respiratório (rs), pulmão (L) e parede torácica (w): pressões resistivas (DP1), viscoelástica (DP2) e elastância estática (Est). A mecânica respiratória não se modificou no grupo P30, entretanto, DP1,rs, DP1,L, DP2,rs, DP2,L, Est,rs, Est,L foram maiores em P48 (222,65%), (369,43%), (75,05%), (153,59%), (109,15%), (180,10%), respectivamente em relação a C. O estudo macroscópico evidenciou derrame pleural em 48 horas e pleurodese após 30 dias.

Conclusão: Após 48 horas, a pleurodese induzida por sulfato de bário alterou os parâmetros viscosos, viscoelásticos e elásticos pulmonares. Entretanto, após 30 dias a mecânica pulmonar não mais se altera. O presente estudo demonstra que o sulfato de bário é um agente efetivo em induzir pleurodese, não provocando alterações na mecânica respiratória na fase tardia..

Apoio Financeiro: PRONEX-MCT, CNPq, FINEP, FAPERJ

CIA-PSEUDOHIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR PRIMÁRIA.

Lima NA, Addor G, Abelha R, Mora L, Almeida L, Orufino R. Disciplina de Pneumologia e Tisiologia da Faculdade de Ciências Médicas-UERJ/HUPE.

Relato de Caso: C.M.S., 37 anos, sexo feminino, doméstica, apresentando dispnéia progressiva aos esforços associada à hemoptise de pequena monta há um ano. Ao exame: cianose central e periférica simétrica, eupnéica em repouso. Ausculta cardíaca: RCR, 3T(B4) de VD, ictus no 4º EICE, propulsivo, desdobramento fixo de segunda bulha.

Ausculta respiratória normal. Nega uso de anoréticos. Hematócrito=46%. Anti-HIV1/2: negativos Ecocardiogramas transtorácico e transesofágico: aspecto sugestivo de Cor Pulmonal e, PAPS=112mmHg. V/Q: alterações subsegmentares difusas. Cateterismo: presença de CIA do tipo ostium secundum (2,1cm). Discussão: esta paciente encontrava-se em acompanhamento há cerca de 1 ano com diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar primária. Os exames realizados não encontravam justificativa para HAP. Os ecocardiogramas não visualizavam o CIA, apesar da alta sensibilidade (acima de 90%). Desta forma o cateterismo cardíaco foi peça fundamental no diagnóstico cotrapondo a quatro ecocardiogramas realizados em locais distintos. Isto trouxe um prejuízo na abordagem terapêutica cirúrgica de correção do CIA impedindo a cura clínica da paciente. devido à massificação e a desqualificação de alguns centros de ecocardiografia o estudo hemodinâmico deverá sempre ser feito.

CESSAÇÃO TABÁGICA – AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONSULTA.

Pestana E, Mendes B, Pamplona P, Dias F, Marques Gomes MJ,. Serviço de Pneumologia Geral Departamento de Pneumologia Hospital Pulido Valente. Lisboa Portugal.

A cessação tabágica é uma etapa decisiva para a redução dos riscos para a saúde dos fumadores. As consultas de desabitação tabágica podem ter um importante papel no apoio aos fumadores que querem parar de fumar. No Departamento de Pneumologia do nosso Hospital funciona há 10 anos uma consulta de tabagismo multidisciplinar com dois níveis de intervenção - comportamental e farmacológico.

Com vista a avaliar os nossos resultados analisámos as características clínicas e sociais dos últimos 200 fumadores admitidos na Consulta. 117 eram do sexo masculino e 83 do sexo feminino, com média etária de 47,7 anos. Na data de admissão na consulta, fumavam em média 30 cigarros por dia e a idade média de início dos hábitos foi de 16 anos. Tinham doença relacionada com o tabagismo 57%. que era respiratória em 51%. 15% tinham patologia psiquiátrica e 17% história de alcoolismo.

O teste de dependência da nicotina de Fagerstrom mostrou que 70% eram muito dependentes da nicotina. O valor médio do monóxido de carbono no ar expirado foi de 25,5ppm. Foi prescrita terapêutica farmacológica com substitutos da nicotina (TSN) ou bupropion SR (Zyban) a 146(73%) fumadores, mas por várias razões apenas aderiram à terapêutica farmacológica 102 fumadores. 25% dos fumadores foram avaliados pela psicóloga. Foram detectadas reacções acessórias à terapêutica em 15% dos que fizeram TSN e 70% dos que fizeram Zyban.

52 fumadores apenas vieram à primeira consulta, tendo abandonado o programa. Dos 148 que aderiram e se mantiveram em consulta, 53% não fumavam ao mês e 11% reduziram. Dos que foi possível avaliar posteriormente, 40% não fumavam aos 3 meses, 21% não fumavam aos 6 meses e aos 12 meses 18,5%. Recairam 22 fumadores sendo os sintomas de privação a principal causa e 14 fizeram novas tentativas de abandono. Encontra-se em fase de finalização uma entrevista telefónica de follow-up.

Faz-se a análise das dificuldades e determinantes do sucesso, dos factores preditivos de abstinência e dos vantagens do tratamento farmacológico na cessação tabágica.

RENDIMENTO DA BRONCOSCOPIA NOS NÓDULOS (< 3 CM) E NAS MASSAS (> 3 CM) PULMONARES COM EXAME ENDOSCÓPICO NORMAL.

Zamboni M, Torquato E, Cavalcanti A, Roriz W, Toscano E. Serviço de Cirurgia Torácica - Hospital do Câncer – INCA/MS – Rio de Janeiro.

Introdução: As lesões pulmonares < 3 cm são chamadas de nódulos e as maiores de > 3 cm de massas. A broncofibroscopia tem sido utilizada habitualmente para o esclarecimento diagnóstico dessas lesões. **Objetivo:** Analisar o rendimento diagnóstico do lavado broncoalveolar e do escovado brônquico, nos pacientes com lesões pulmonares – nódulos ou massas – e com broncofibroscopia normal. **Material e Métodos:** Foram incluídos no estudo 75 pacientes, que tiveram seus prontuários analisados retrospectivamente, portadores de nódulos e massas pulmonares e com broncofibroscopia normal. Todos os pacientes realizaram tomografia computadorizada do tórax antes dos procedimentos. Todos os pacientes tiveram o diagnóstico definidos ou pela broncoscopia ou por punção aspirativa ou pela cirurgia. Foram 49/75 (65%) homens e 26/75 (35%) mulheres. A idade variou de 20 a 80 anos com uma mediana de 70,5 anos. Foram 35/75 (47%) nódulos e 40/75 (53%) massas. **Resultados:** entre os nódulos, 25/35 (71%) eram malignos e 10/35 (29%) eram benignos. Entre as massas 29/40 (73%) eram malignos e 11/40 (27%) eram benignos. O diagnóstico dos nódulos foi: adenocarcinoma 16/35 (46%); tuberculose 9/35 (26%); ca escamoso 3/35 (9%); ca não oat cell 3/35 (9%); tumor carcinóide 2/35 (6%); ca grandes células 1/35 (3%); hamartoma 1/35 (3%). O diagnóstico das massas foi: adenocarcinoma 19/40 (48%); ca não oat cell 7/40 (18%); tuberculose 4/40 (10%); bola fúngica 1/40 (3%); hamartoma 1/40 (3%); ca grandes células 1/40 (3%). Nos nódulos o lavado broncoalveolar foi positivo em 3/35 (9%) e o escovado em 4/35 (16%) – a punção aspirativa foi positiva em 7/8 (88%). Nas massas o lavado broncoalveolar foi positivo em 3/40 (8%) e o escovado em 1/40 (3%) – a punção aspirativa foi positiva 15/18 (83%). O rendimento global do lavado broncoalveolar foi 6/75 (8%), do escovado 5/75 (7%) – da punção aspirativa foi 22/24 (92%). **Conclusão:** o rendimento diagnóstico do lavado broncoalveolar e do escovado no diagnóstico dos nódulos e massas pulmonares com broncoscopia normal foi muito baixo. A punção aspirativa percutânea deve ser o método de escolha para o diagnóstico dessas lesões pulmonares sempre que este procedimento modificar o planejamento terapêutico.

RENDIMENTO DA BRONCOSCOPIA NOS TUMORES CENTRAIS DO PULMÃO.

Zamboni M, Torquato E, Cavalcanti A, Roriz W, Toscano E. Serviço de Cirurgia do Tórax - Hospital do Câncer – INCA/MS – Rio de Janeiro.

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia que mais mata os homens e as mulheres em todo o mundo atualmente. A broncofibroscopia é um procedimento de muita utilidade no diagnóstico do câncer do pulmão. Durante o procedimento é comum a realização do lavado, escovado e biópsia brônquicas. O rendimento destes procedimentos varia muito entre os diversos trabalhos publicados.

Objetivo: Avaliar o rendimento do lavado, escovado e biópsia brônquicas no diagnóstico dos tumores centrais do pulmão. **Material e Métodos:** Objetivando analisar o rendimento do lavado, escovado e biópsia brônquicas nos tumores centrais do pulmão, analisamos, retrospectivamente, os prontuários de 100 pacientes consecutivos, com tumor central do pulmão matriculados no Hospital do Câncer - INCA/MS, durante o ano 2000. **Resultados:** Nossa amostra era constituída por 61 homens e 39 mulheres. A idade variou de 20 a 80 anos, com uma mediana de 50,5 anos. Os tipos histológicos encontrados foram: ca escamoso 53; adenocarcinoma 18; não oat cell 12; oat cell 8; ca de grandes células 3; tumores de células germinativas 2; tumor carcinóide 2, linfoma não Hodgkin; ca mucoepidermóide 1. O rendimento dos procedimentos foi o seguinte: o lavado brônquico foi positivo em 35% dos casos; o escovado brônquico foi positivo em 51% dos casos; a biópsia brônquica foi positiva em 74%

dos casos. De acordo com o tipo histológico o rendimento dos procedimentos foi o seguinte: ca escamoso – lavado 36%; escovado 32%; biópsia 51%; adenocarcinoma – lavado 28%; escovado 17%; biópsia 28%; ca grandes células – lavado 8%; escovado 25%; biópsia 83%; ca oat cell – lavado 28%; escovado 17%; biópsia 28%. A citologia do escarro pós broncoscopia foi realizado em 42 pacientes: foi positivo em 10/24 e negativo em 32/76%.

Conclusão: Consideramos que o lavado, escovado e biópsia brônquicas são procedimentos endoscópicos importantes para o diagnóstico dos tumores centrais do pulmão e complementam uns aos outros. Na nossa experiência o rendimento da citologia do escarro pós broncoscopia foi muito baixo, não justificando, a nosso ver, sua realização rotineira.

PAPILOMATOSE TRAQUEAL DO ADULTO.

Zamboni M, Toscano E, Monteiro A, Lavinias P, Rangel AO, Faria AC, Lazzarini LC – Serviço de Cirurgia Torácica – Hospital do Câncer – INCA/MS e Serviço de Pneumologia do HUCFF da UFRJ – Rio de Janeiro.

Introdução: O papiloma é um tumor lobulado e/ou pediculado que cresce a partir do epitélio da laringe ou da árvore respiratória. Pode se apresentar como uma lesão única e solitária ou sob a forma de múltiplos tumores. A lesão única é mais comum nos homens a partir da meia idade e as múltiplas são mais comuns nas crianças. Acometem mais a laringe mas algumas vezes podem ser encontrados na traquéia.

Objetivo: O objetivo do trabalho é mostrar a ressecção do papiloma da traquéia com eletrocautério através da videobroncofibroscopia.

Métodos: Utilizamos para a exérese do tumor da traquéia a mini alça de polipectomia, de formato oval (Wilson-Cook Medical INC.-Wiston-Salem, NC 27105, USA) ligada ao eletrocautério cirúrgico (Force 2-Electrosurgical Generator – Valleylab INC., Boulder, CO 80301 – 3299, USA), através de um videobroncofibroscópio Pentax.

Resultado: o procedimento foi realizado sob anestesia geral, com ventilação do paciente através de máscara laringea e com as monitorizações habituais.

Não houve nenhuma intercorrência durante o exame.

Conclusão: O tratamento inicial dos papilomas da traquéia era a ressecção cirúrgica da lesão. Algumas vezes, múltiplas ressecções eram necessárias, devido ao alto índice de recidiva do tumor. Posteriormente, estas lesões passaram a ser realizadas com o auxílio do Nd-Yag laser ou do eletrocautério com bons resultados. Estes dois métodos terapêuticos não causam sangramento ou edema significativos, facilitando a ressecção endoscópica sob visão direta.

LESÃO DE VIAS AÉREAS POR INALAÇÃO DE FUMAÇA: RELATO DE UM CASO.

Sangalli VL, Rabello E, De Marco MA, Lobão JN, Nunes CM, Nascimento A. Hospital de Força Aérea do Galeão - Serviço de Pneumologia.

A lesão pulmonar por inalação de fumaça (LIF) ocorre em 21 a 33% das vítimas de grandes queimaduras. Quando presente, a LIF é considerada como fator de risco independente na evolução para insuficiência respiratória aguda e morte. A broncoscopia é o método mais sensível e específico para o seu diagnóstico. As complicações iniciais são broncoespasmo, atelectasia, síndrome do desconforto respiratório agudo e pneumonia. Tardamente podem ocorrer hiperresponsividade brônquica, bronquectasia, bronquiolite, fibrose pulmonar e estenose de traquéia.

Os autores relatam o caso de uma paciente de 7 anos, vítima de acidente com fogo em local fechado onde houve queima de material sintético. O exame inicial revelou queimaduras de 34% da superfície corporal, sendo a maior parte de 3º grau. A aspiração do tubo orotraqueal mostrou a presença de material negro nas vias aéreas. A paciente foi submetida a uma broncoscopia que confirmou a presença de LIF. Várias outras broncoscopias com fins terapêuticos foram realizadas com progressiva melhora das lesões. Além da farta reposição hidroeletrólítica, suporte ventilatório e nutricional, foram instituídas nebulizações com broncodilatadores e heparina e administrados antibióticos quando evidenciou-se infecção da ferida cutânea e dos pulmões. Após 45 dias de internação foi observada a presença de estenose subglótica, não revertida com dilatação mecânica, impondo a necessidade de traqueostomia. Após 90 dias de internação obteve alta hospitalar.

O caso relatado documenta, com imagens, a evolução de uma grave e rara doença pulmonar e discute a terapêutica específica adotada.

ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO E CÂNCER DE PULMÃO.

Agnes KosaTeixeira. Hospital da Lagoa.

Paciente de 76a grande fumante, iniciou quadro com história de tosse seca e infiltrado radiológico em lobo superior E, foi medicado com antibióticos obtendo melhora temporária e assim ao longo de 01 ano evoluiu com mudança dos infiltrados pulmonares até que em dezembro de 2000 apresentou atelectasia fixa de LSE além de tosse seca não responsiva à tratamento.

À broncofibroscopia foi observada imagem brancaçenta rodeada de lesão infiltrativa em parede bronquica. Foi procedido a retirada do corpo estranho e a radiografia posterior não revelou qualquer mudança do padrão radiológico.

A biopsia revelou tecido cartilaginoso compatível com cartilagem de galinácea e carcinoma epimóide pouco diferenciado.

O objetivo desta apresentação é relatar esta associação pouco frequente e questionar se a presença do corpo estranho acelerou a sintomatologia e o diagnóstico da neoplasia pulmonar.

IMPORTÂNCIA DO ISOLAMENTO DE *CANDIDA* SP. DO LBA EM MEIO DE CULTURA ESPECÍFICO *VERSUS* NÃO ESPECÍFICO PARA FUNGOS, E SEU IMPACTO PROGNÓSTICO EM PACIENTES CRÍTICOS.

Medina FM, Fonseca AJ, Penido C, Magalhães CR, Gomes MV, Camillis LF. Clínica São Vicente – Rio de Janeiro, RJ.

Introdução: A importância do isolamento de *Candida* sp. no lavado broncoalveolar (LBA) de pacientes críticos permanece pouco esclarecida na literatura. Enquanto a fungemia correlaciona-se com o aumento da mortalidade, o isolamento de *Candida* sp. de amostras de LBA não apresenta valor definido na diferenciação entre colonização e infecção, tendo indicação de tratamento e importância prognóstica controversos.

Material & Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com 37 pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo, que apresentaram isolamento de *Candida* sp. no LBA, no período de junho de 1998 a dezembro de 1999. Foram excluídos deste estudo os pacientes neutropênicos. Aliquotas do LBA foram semeadas em meios de cultura para fungo (CFUN) e para bactéria (CBAC). Os pacientes foram divididos em 2 grupos: o GRUPO I representa os pacientes cujo isolamento de *Candida* sp. foi observado apenas no CFUN; o GRUPO II, aqueles cujo isolamento foi observado no CFUN e no CBAC.

Objetivos: Nosso objetivo foi avaliar se o crescimento de fungo no meio CBAC está relacionado com os fatores de risco para infecção fúngica e com o prognóstico do paciente.

Resultados: Os parâmetros APACHE II, média de idade, tempo de internação, tempo de ventilação mecânica, necessidade de diálise, uso de aminas vasoativas e uso de cateter de Swan Ganz não foram estatisticamente diferentes entre os dois grupos. Entretanto, a mortalidade foi estatisticamente maior no GRUPO II em relação ao GRUPO I (75% e 36%; respectivamente, $p=0,03$).

Conclusão: Com base nestes resultados, podemos concluir que os pacientes nos quais foi isolado *Candida* sp. em meio de cultura para bactéria apresentam pior prognóstico. Sugerimos que o crescimento de *Candida* sp. no CBAC, meio de cultura não específico para fungo, pode representar uma maior colonização pulmonar, com maior risco de desenvolvimento da infecção, comprometendo, portanto, o prognóstico do paciente crítico.

MECÂNICA RESPIRATÓRIA NA LESÃO PULMONAR AGUDA: A IMPORTÂNCIA DOS DIFERENTES DECÚBITOS.

Santana MCE, Nagato LKS, Xisto DG, Zin WA, Rocco PRM. Lab. de Fisiologia da Respiração, UFRJ.

Objetivos: A oxigenação, usualmente, melhora quando se posiciona o paciente com lesão pulmonar aguda (LPA) em decúbito ventral. Entretanto, até o momento, esse mecanismo fisiológico não está esclarecido. Esse trabalho visa a avaliar se modificações na mecânica respiratória poderiam contribuir com tal resposta gasométrica.

Métodos e Resultados: 20 ratas Wistar (150-250g) foram divididas em 4 grupos de 5 animais cada. Nos animais do grupo C, injetou-se salina (0.1 ml, i.p.) e no grupo P injetou-se paraquat (25 mg/kg, i.p.). Após 24 h, os animais foram anestesiados e a mecânica respiratória determinada pelo método de oclusão ao final da inspiração, sendo computados para o sistema respiratório (rs), pulmão (L) e parede torácica (w): pressões resistiva (DP1), viscoelástica (DP2) e elastância estática (Est). A mecânica foi analisada com os animais em decúbito dorsal (D) ou ventral (V) nos tempos 0 e 60 min. Ambos decúbitos não modificaram a mecânica após 60 min nos grupos controles. Entretanto, na LPA, independentemente do decúbito adotado, houve aumento similar dos seguintes parâmetros: Est,L [43% (D), 61% (V)]; ?P1,L [41%(D), 58% (V)] e ?P2,L [42% (D), 42% (V)].

Conclusão: Os mecanismos fisiológicos que determinam a melhora na oxigenação e na relação V'_A/Q'_A , quando se posiciona o animal com LPA em decúbito ventral, não estão relacionados com modificações na mecânica respiratória.

Apoio Financeiro: PRONEX-MCT, CNPq, FAPERJ

COMPLICAÇÕES PULMONARES NA SIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CASOS DAS DÉCADAS DE 80 E 90.

Miyagui T, Rego RL, Lima APC, Andrade CRM, Monteiro N, Teixeira GHMC. Departamento de Patologia, HUAP, UFF.

Foi realizado um estudo comparativo da incidência das complicações pulmonares na SIDA, em necropsias, entre 100 casos da década de 80 e 67, da década de 90. A frequência maior foi das infecções, sendo, nas décadas de 80 e de 90 respectivamente: broncopneumonia (51% e 52,23%), tuberculose (21% e 14,93%), criptococose (19% e 7,49%), CMVirose (19% e 35,93%) e PCP (13% e 10,44%). A multiplicidade dessas complicações (na década de 90) ocorreu 21 vezes, sendo de duas doenças em 15 casos, de três doenças em 4 casos e um caso para associação de 4 e de 5 doenças. A associação mais frequente foi entre a broncopneumonia e a citomegalovirose. Isoladamente a broncopneumonia esteve presente em 13 dos 35 casos e citomegalovirose em 7 dos 23 casos. Outras afecções presentes foram S de Kaposi (9 e 2, 98%), toxoplasmose (5 e 2, 98%), histoplasmose (2 e 2,98%), MAI (0 e 2,98%), microsporidiose (0 e 1,49%), linfoma (0 e 4, 47%), adenocarcinoma (0 e 1, 49%).

Alterações inespecíficas presentes foram bronquite, bronquiolite, bronquioloectasia, pneumonia em organização, tromboembolia, infarto, aspiração, entre outras. Foram observados redução da tuberculose, criptococose, pneumocistose e toxoplasmose, aumento da citomegalovirose e o surgimento de infecções outras como a microsporidiose.

CICLOFOSFAMIDA NAS DOENÇAS DO COLÁGENO COM MANIFESTAÇÃO PULMONAR.

Negreiros MC, Papinutto AST, Souza JF, Souza MHO, Ferraz DM, Albuquerque EMN. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto-RJ.

Introdução: Pacientes assintomáticos, clínica e funcionalmente podem ter alterações na TCAR e/ou LBA, estando o pneumologista com a incumbência de determinar o momento do início do tratamento. Não há um tratamento bem estabelecido, ficando este à critério do médico diante de cada caso. Os corticóides e os imunossuppressores (Azatioprina e ciclofosfamida-CFM), têm sido utilizados com resposta variável. **Objetivo:** Avaliar a resposta terapêutica e as complicações do tratamento. **Metodologia:** Analisamos 9 pacientes; 1AR; 1LES+SS; 5ESP. Quatro destes tiveram indicação baseada por não resposta ao tratamento anterior, 5 por manifestação clínica, radiológica e funcional importantes. Dose: CFM 12mg/Kg- 6 ciclos mensais. **Resultados:** 6 pacientes apresentaram melhora clínica subjetiva; 2 pioraram; 1 permaneceu inalterado. A alveolite reduziu em 4 pacientes; permaneceu inalterada em 2 e não foi avaliada em 3. Dois pacientes obtiveram aumento >10% da CPT; 1 reduziu em 10%. Um obteve aumento >10% da difusão. Cinco pacientes tinham vidro fosco na TCAR, 4 fizeram o controle, e em 1 paciente regrediu. Complicações: pneumonia, infecção brônquica, febre não esclarecida. Em 1 paciente- CA de mama, diagnosticado 5 meses após o último ciclo. **Conclusão:** A resposta clínica predominou sobre a funcional, tomográfica e da alveolite. A complicação mais freqüente foi infecção respiratória.

LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN.

Negreiros M, Albuquerque EMN, Marques IG, Levy R, Figueiredo R, Lucena SBG, Azevedo MCM, Souza JS, Paiva D D, Papinutto AST. Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE - Serviço de Pneumologia.

CFS, 57 anos, negra, diagnóstico de Síndrome de Sjögren desde 1981. Em 1992, dispnéia aos grandes esforços e sibilos. Na radiografia de tórax infiltrado intersticial bibasal e, na TCAR, discreto espessamento de septos interlobulares na periferia e bases pulmonares. Espirometria normal e no LBA neutrofilia e linfocitose. Estável até 1995, quando houve progressão da dispnéia com infecções respiratórias de repetição. TCAR nesta época, sem alterações evolutivas. Em 1999 houve queda acentuada do estado geral, com piora da dispnéia aos pequenos esforços e febre. Na radiografia condensação homogênea em LM, na TCAR, condensação em faixa em LM e linfonomegalias mediastinais. A fibrobroncoscopia mostrava lesões nodulares, lisas e brancacentas em traquéia e brônquios principais. A biópsia das lesões foi compatível com Linfoma de Hodgkin, tipo depleção linfocitária. Após quimioterapia, houve regressão das lesões endobrônquicas. **Conclusão:** A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune lentamente progressiva caracterizada por infiltração linfocítica das glândulas exócrinas. Cerca de 1/3 dos pacientes manifestam doença sistêmica e apenas um pequeno número desenvolve linfoma. Este pode surgir após vários anos do aparecimento da S. de Sjögren, requerendo um acompanhamento atento para esta complicação, o que aconteceu no caso em questão onde, o diagnóstico precoce permitiu o sucesso terapêutico.

TRATAMENTO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA COM INTERFERON GAMA 1B - RELATO DE UM CASO.

Rabello E, Sangalli VL, Lobão JN, Nunes CM, Nascimento A, Marques R. Hospital de Força Aérea do Galeão-Serviço de Pneumologia. A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença pulmonar intersticial progressiva de etiologia desconhecida que ocorre com maior frequência em adultos de meia idade. É caracterizada por uma resposta fibroproliferativa com poucos sinais de inflamação e quase sempre causa rápida destruição pulmonar por fibrose. Independentemente do tratamento, a sobrevida média é de 4 a 5 anos após o início dos sintomas. O tratamento é feito com glicocorticóides orais, entretanto, apenas 30% dos pacientes apresentam melhora da função pulmonar. Estudos recentes têm demonstrado que o interferon gama suprime a proliferação de fibroblastos e a produção de proteína matriz do tecido conjuntivo. Em estudo preliminar realizado por Rolph Ziesche e colaboradores, o tratamento por 12 meses com interferon gama 1b mais prednisona foi associado à melhora substancial nas condições de pacientes com FPI que não tinham tido resposta ao glicocorticóide isolado. Os autores descrevem o caso de uma paciente de 61 anos com diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática confirmado por biópsia pulmonar em que após 3 meses de tratamento com 80 mg de prednisona não foi observada melhora funcional. Foi submetida a tratamento com interferon gama 1b mais prednisona. Após 3 meses houve deteriorização clínica, funcional e radiológica sendo a medicação suspensa devido ao desequilíbrio da relação custo/benefício. A importância do relato é documentar a impossibilidade de reproduzir num caso os resultados obtidos no grupo estudado por Ziesche e colaboradores.

PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (LIP) COM EOSINOFILIA PERIFÉRICA EM PACIENTE HIV NEGATIVO. RELATO DE CASO.

Guimarães GM, Duarte RLM, Waetge D, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia - HUCFF-UFRJ. Rio de Janeiro.

Relato de caso: Mulher 41 anos, negra, ex-tabagista (10m/a), esplenectomizada há 2 anos devido esferocitose e desde então, dispnéia relacionada a grandes esforços, com piora progressiva e tosse seca. Ao exame: taquipnéica FR=26 irpm, acianótica, com baqueteamento digital, FC=108 bpm, PA= 100x60 mmHg, MV diminuído em 2/3 inferiores de ambos os pulmões, com estertores de grossas bolhas em bases e hepatomegalia (15cm); Exames complementares: Hto=40%, Hb=13,8gdl, RDW=42,8%, Leucócitos: 17.400, eosinófilos=21%. Radiografia de tórax: condensação alveolar nos 2/3 inferior de ambos hemitóraces e aumento da silhueta cardiopericárdica. Gasometria arterial (ar ambiente): pH=7,42, paO₂=61,1 e SaO₂=90%; TGO=24, TGP=35; LDH=824; BAAR 3 amostras de escarro espontâneo negativas. HIV / HTLV não reatores (em 3 ocasiões diferentes), fator reumatóide, anti-SSA e SSB negativos. PFR: restrição pura, grau moderado, com DLCO reduzida. Parasitológico de fezes: negativo. Biópsia de medula óssea: hiperplasia eritróide. Biópsia pulmonar a céu aberto: intenso infiltrado mononuclear com linfócitos maduros e plasmócitos, disposto ora em nódulos, ora difusamente pelos septos alveolares. Iniciado corticoterapia com prednisona 1 mg/kg/dia.

Conclusão: O interesse neste caso consiste em paciente com LIP, que diferente da frequente associação, possui sorologias para HIV, HTLV, Síndrome de Sjögren e Artrite reumatóide negativas e sem relação com distúrbio linfoproliferativo sistêmico.

O "SINAL DO HALO" NA HISTOPLASMOSE PULMONAR

Lopes AJ, Antão VCS, Capone D, Maeda TY, Jansen JM. Serviço de Pneumologia do HUPE-UERJ.

Introdução: O "sinal do halo" na tomografia computadorizada (TC) consiste em um nódulo ou massa pulmonar (consolidação) circundado por um halo de baixa atenuação (opacificação em "vidro-fosco") e, na maioria das vezes, representa aspergilose pulmonar invasiva.

Objetivo: Relatar um caso de histoplasmoose pulmonar crônica exibindo o "sinal do halo" à TC. **Relato do Caso:** Homem de 35 anos, branco, solteiro, industrial, tabagista de 27 maços-ano, com queixas de tosse pouco produtiva, febre baixa e dispnéia progressiva há quatro meses de evolução. Nos últimos dias referia aparecimento de dor torácica de forte intensidade. Referia ainda perda ponderal de 10kg há um ano de evolução. História de mononucleose na infância. Trabalhou em demolição de construção onde havia morcegos no interior de Minas Gerais. TC de tórax: lesões de aspecto numular com tênue infiltrado em "vidro-fosco" adjacente, medindo entre 1,5 e 2cm, distribuídas aleatoriamente em ambos os pulmões e em situação predominantemente periférica. Na imunodifusão dupla em gel de ágar, presença de banda M e linha H. Iniciado tratamento com itraconazol (200mg/dia) com posterior desaparecimento das lesões em nova TC de tórax. **Conclusão:** Além da aspergilose invasiva, o "sinal do halo" tem sido descrito em outras afecções pulmonares incluindo mucormicose, *Candida torulopsis* e *Pseudomonas* angioinvasiva. Na histoplasmoose pulmonar, o "sinal do halo" é mais um achado que deve ser adicionado à sua extensa lista de lesões tomográficas.

FIBROSE CÍSTICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ANÁLISE DE 20 CASOS

Belo CS, Capone D. Ambulatório de Fibrose Cística do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva causada por uma mutação genética, resultando em obstrução e destruição dos ductos exócrinos, com infecção respiratória de repetição.

Foram estudados 20 pacientes, 12 homens e 8 mulheres, idades entre 14 e 38 anos. O início da doença predominou na infância com pneumonia de repetição, diarreia crônica e desnutrição. O teste de suor foi positivo em 19 pacientes, apenas 1 paciente foi diagnosticado com teste genético. Hemoptise ocorreu em 4 pacientes. Apenas 3 pacientes são assintomáticos respiratórios com espirometria e radiografia de tórax normais. 04 pacientes são colonizados com *P. cepacea*, 06 pacientes com *P. aeruginosa* e 03 com *S. aureus*. Os achados tomográficos predominam bronquiectasias cilíndricas e císticas. A espirometria predomina distúrbio ventilatório misto e obstrutivo acentuado. 02 pacientes apresentam cor pulmonale. 60% dos pacientes usam alfa dornase e 50% enzima pancreática. As complicações observadas foram pneumotórax espontâneo, hemoptise maciça com lobectomia superior direita, cor pulmonale e insuficiência respiratória crônica. Na década de 90, a expectativa média de vida desses pacientes começou a aumentar, principalmente com maiores cuidados como fisioterapia respiratória e suporte nutricional.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR E ABSCESSO EPIDURAL POR ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Duarte RLM, Salluh JI, Loivos LPP, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia e Neurocirurgia HUCFF-UFRJ. Rio de Janeiro.

Relato de caso: mulher, 60 anos, ex-tabagista (20 maços/ano), tuberculose pulmonar (em 1990), há 2 meses dor pleurítica à direita, emagrecimento, dispnéia aos esforços e síndrome de compressão medular. Hipocorada, PA=120x70mmHg, FC=86bpm, FR=20irpm. Murmúrio vesicular difusamente diminuído. Hemograma e bioquímica normais, VHS=32. RX de tórax: redução volumétrica com espessamento pleural e traves fibrosas à direita, com massa em ápice pulmonar ipsilateral, pulmão esquerdo hiperinsuflado e tração cranial dos hilos. TC de tórax: achados idênticos ao RX de tórax. Escarro induzido: baciloscopia e cultura negativas. Broncofibroscopia: cultura para fungos positiva para *Aspergillus* sp. Mielo TC: lesão expansiva dentro do canal medular (T₁ a T₆) à direita, com contiguidade com massa em ápice pulmonar ipsilateral. Espirometria com distúrbio misto (obstrução e restrição acentuadas), prova broncodilatadora negativa, DLCO normal e hiperinsuflação pulmonar. Submetida a laminectomia T₁ a T₆ por abscesso epidural de T₂ a T₅ cujo histopatológico revelou aspergilose invasiva crônica. Apesar do tratamento com anfotericina B evoluiu para óbito 1 mês após o diagnóstico.

Conclusões: o interesse consiste em relatar um caso raro de aspergilose pulmonar invasiva se manifestando com síndrome de compressão medular, abscesso epidural e dor torácica por extensão pleuro/pulmonar.

leia :: assine :: recomende :: indique :: coleciono



Revista Saúde & Qualidade de Vida

Assine agora e disponibilize em seu consultório.

(21) 224-8962 :: vitro@vitro.com.br

ÍNDICE REMISSIVO

Abelha R	19A 16C	Cortes EM	10A	Guerreiro F	15C
Abelha RP	22A 22C	Costa AA	11C	Guimarães GM	23D
Abreu HL	9C	Costa CEM	22C	Guizzardi MF	13D
Addor G	19A 16C	Costa MJM	10A 10B 14D 15A	Haddad R	16B
Adriano HCP	14D	Coutinho A	8D 15C	Higa LY	19B
Aidé M	21B 13A	Cruz EA	19C	Israel D	10B
Albuquerque EMN	23A 23B	Cunha BM	10B	Jansen JM	22A 22B,22C 24A
Aldeia L	16C	Dalston MO	12A	Jardim J	21D
Almeida RB	9C	Da-Silva SAG	19C	Judice AM	9B
Andrade CRM	13C 18D	De Marco MA	17D	Julio JA	9B 9D
Anjos EO	10C	Dias F	8D 15C	Lara CFS	22D
Anjos JM	9C	Dias F	16D	Lauria LM	8C
Antão VCS	24A	Dias SMO	9A 10C	Lavinas P	17C
Azevedo MCM	23B	Dias SO	8C	Lazzarini LC	17C
Barreiro EJ	20A	Duarte G	15C	Légora AM	20A
Barros Franco C A	11A 11B 23D 24C	Duarte G	8D	Levy R	23B
Bastos E RA	15A	Duarte RLM	11A 11B 23D 24C	Lima AN	16C 19A
Bazin A R	12A	Faccin R	14D 15A	Lima APC	13C 18D
Belo C S	11D 24B	Faffe DS	19C	Lima LM	20A
Boechat Y E M	12A	Faria AC	17C	Lobão JN	13B 17D 23C
Boinas C	15C	Farne D'Amoed R	19B	Loivos LPP	11B 24C
Bouret E C	10A	Fernandes RT	15B	Lopes AJ	11D 22A 22B 22C 24A
Brito ZE	21A 21C	Ferraz DM	23A	Lopes MCB	19B
Camillis LF	18B	Ferreira A	13A 21B	Lucena SBG	23B
Capone D	11D 24A 24B	Ferreira AS	21A 21C	Lugnier C	20A
Carrera MN	12B	Ferreira SE	13B	Machado AL	19D
Cascão AM	8B	Figueiredo R	23B	Maeda TY	14C 24A
Castro BW	13D	Fonseca AJ	14A 14B 18B	Magalhães CR	18B
Castro HA	20B 20C 20D	Franceschini J	21D	Manhães de Carvalho JE	12A
Castro MPC	16B 19C	Freitas LMR	9B 9D	Marques - Gomes MJ	16D
Castro P	19D 20A	Froes GC	9C	Marques IG	23B
Cavalcante SC	8C 9A 10C	Gabetto JM	21A 21B 21C	Marques R	23C
Cavalcanti A	17A 17B	Gomes MJM	15C	Marques-Gomes MJ	8D
Chauvet PR	14C	Gomes MV	18B	Medeiros D	15A
Clemente C	21A	Gonçalves de Moraes VL	19D 20A	Medina FMC	14A 14B
Corrêa FO	21C	Guedes LMA	13D	Medina FM	18B

ÍNDICE REMISSIVO

Mendes B.....	16D	Paschoal MEM.....	14A 14B	Santo AH.....	8B
Mendonça ICT.....	11C	Passaro CP.....	19C	Santos J.....	8D
Menezes SL.....	19C	Penido C.....	18B	Silva Jr. CT.....	15D
Menezes SLS.....	16B	Pereira da Silva JJ.....	12A	Silva Jr. C.....	21A
Miyagui T.....	13C 18D	Pereira MM.....	12A	Silva CC.....	10C
Monteiro A.....	17C	Pessoa CLC.....	15D	Silva MP.....	13D
Monteiro NP.....	15C	Pestana E.....	8D 16D	Siqueira C.....	14D
Monteiro N.....	13C 18D	Pinheiro CE.....	8B	Siqueira HRD.....	14C
Mora L.....	16C 19A	Pio JE.....	8C 9A	Soares EC.....	9A
Moreira V.....	13A 21B	Porto LC.....	19D	Soares EC.....	10C
Moreira VB.....	21A 21C	Rabello E.....	13B 17D 23C	Soares EC.....	8C
Mortera G.....	14D	Rangel AO.....	16A 17C	Sogame L.....	21D
Mouzinho O.....	21B	Rangel JCA.....	16A	Souza JF.....	23A 23B
Myagui T.....	21B 21C	Rego RL.....	13C 18D	Spíndola de Miranda S.....	9C
Nagato LKS.....	18C	Revollo LRMB.....	22A	Tambelli A.....	20C 20D
Nani E.....	13A	Ribeiro PC.....	20B	Teixeira AK.....	10D 18A
Nascimento A.....	13B 23C	Rick MF.....	20B	Teixeira FMA.....	8A
Negreiros MC.....	23A 23B	Rocco PRM.....	16B 18C 19C	Teixeira GHMC.....	13C 18D
Netto AR.....	20C 20D	Rocha FF.....	19B	Teixeira MFA.....	12C 12D 22D
Noronha AJ.....	22C	Rodrigues C.....	13A	Torquato E.....	13D 17A 17B 17C,
Nunes CM.....	13B 17D 23C	Rodrigues E.....	11A	Trajaman A.....	8A
Oliveira JR.....	8C 9A 10C	Roriz W.....	17A 17B	Valença SS.....	19D
Oliveira LCL.....	12C 12D	Rossi-Bergmann B.....	19C	Vianna LF.....	11C 22A 22C
Oliveira LCL.....	8A 16A	Ruffino R.....	11C 16C 19A	Waetage D.....	11A 23D
Oliveira R.....	10D	Saad CP.....	14A 14B	Walker C.....	19D
Oliveira W.....	10A	Sad IR.....	19B	Wrobel DK.....	10A
Paiva DD.....	23B	Saito EH.....	16B	Wrobel TF.....	19B
Paiva H.....	22D	Salluh JI.....	24C	Xisto DG.....	18C
Pampola P.....	16D	Sangalli VL.....	13B 17D 23C	Zamboni M.....	13D 17A 17B 17C
Papinutto AST.....	23A 23B	Santana MCE.....	18C	Zin WA.....	16B 18C 19C
				Zuany-Amorim C.....	19D

CICLOFOSFAMIDA NAS DOENÇAS DO COLÁGENO COM MANIFESTAÇÃO PULMONAR.

Negreiros MC, Papinutto AST, Souza JF, Souza MHO, Ferraz DM, Albuquerque EMN. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto-RJ.

Introdução: Pacientes assintomáticos, clínica e funcionalmente podem ter alterações na TCAR e/ou LBA, estando o pneumologista com a incumbência de determinar o momento do início do tratamento. Não há um tratamento bem estabelecido, ficando este à critério do médico diante de cada caso. Os corticóides e os imunossuppressores (Azatioprina e ciclofosfamida-CFM), têm sido utilizados com resposta variável. **Objetivo:** Avaliar a resposta terapêutica e as complicações do tratamento. **Metodologia:** Analisamos 9 pacientes; 1AR; 1LES+SS; 5ESP. Quatro destes tiveram indicação baseada por não resposta ao tratamento anterior, 5 por manifestação clínica, radiológica e funcional importantes. Dose: CFM 12mg/Kg- 6 ciclos mensais. **Resultados:** 6 pacientes apresentaram melhora clínica subjetiva; 2 pioraram; 1 permaneceu inalterado. A alveolite reduziu em 4 pacientes; permaneceu inalterada em 2 e não foi avaliada em 3. Dois pacientes obtiveram aumento >10% da CPT; 1 reduziu em 10%. Um obteve aumento >10% da difusão. Cinco pacientes tinham vidro fosco na TCAR, 4 fizeram o controle, e em 1 paciente regrediu. Complicações: pneumonia, infecção brônquica, febre não esclarecida. Em 1 paciente- CA de mama, diagnosticado 5 meses após o último ciclo. **Conclusão:** A resposta clínica predominou sobre a funcional, tomográfica e da alveolite. A complicação mais freqüente foi infecção respiratória.

LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN.

Negreiros M, Albuquerque EMN, Marques IG, Levy R, Figueiredo R, Lucena SBG, Azevedo MCM, Souza JS, Paiva D D, Papinutto AST. Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE - Serviço de Pneumologia.

CFS, 57 anos, negra, diagnóstico de Síndrome de Sjögren desde 1981. Em 1992, dispnéia aos grandes esforços e sibilos. Na radiografia de tórax infiltrado intersticial bibasal e, na TCAR, discreto espessamento de septos interlobulares na periferia e bases pulmonares. Espirometria normal e no LBA neutrofilia e linfocitose. Estável até 1995, quando houve progressão da dispnéia com infecções respiratórias de repetição. TCAR nesta época, sem alterações evolutivas. Em 1999 houve queda acentuada do estado geral, com piora da dispnéia aos pequenos esforços e febre. Na radiografia condensação homogênea em LM, na TCAR, condensação em faixa em LM e linfonodomegalias mediastinais. A fibrobroncoscopia mostrava lesões nodulares, lisas e brancacentas em traquéia e brônquios principais. A biópsia das lesões foi compatível com Linfoma de Hodgkin, tipo depleção linfocitária. Após quimioterapia, houve regressão das lesões endobrônquicas. **Conclusão:** A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune lentamente progressiva caracterizada por infiltração linfocítica das glândulas exócrinas. Cerca de 1/3 dos pacientes manifestam doença sistêmica e apenas um pequeno número desenvolve linfoma. Este pode surgir após vários anos do aparecimento da S. de Sjögren, requerendo um acompanhamento atento para esta complicação, o que aconteceu no caso em questão onde, o diagnóstico precoce permitiu o sucesso terapêutico.

TRATAMENTO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA COM INTERFERON GAMA 1B - RELATO DE UM CASO.

Rabello E, Sangalli VL, Lobão JN, Nunes CM, Nascimento A, Marques R. Hospital de Força Aérea do Galeão-Serviço de Pneumologia.

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença pulmonar intersticial progressiva de etiologia desconhecida que ocorre com maior frequência em adultos de meia idade. É caracterizada por uma resposta fibroproliferativa com poucos sinais de inflamação e quase sempre causa rápida destruição pulmonar por fibrose. Independentemente do tratamento, a sobrevida média é de 4 a 5 anos após o início dos sintomas. O tratamento é feito com glicocorticóides orais, entretanto, apenas 30% dos pacientes apresentam melhora da função pulmonar. Estudos recentes têm demonstrado que o interferon gama suprime a proliferação de fibroblastos e a produção de proteína matriz do tecido conjuntivo. Em estudo preliminar realizado por Rolph Ziesche e colaboradores, o tratamento por 12 meses com interferon gama 1b mais prednisona foi associado à melhora substancial nas condições de pacientes com FPI que não tinham tido resposta ao glicocorticóide isolado. Os autores descrevem o caso de uma paciente de 61 anos com diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática confirmado por biópsia pulmonar em que após 3 meses de tratamento com 80 mg de prednisona não foi observada melhora funcional. Foi submetida a tratamento com interferon gama 1b mais prednisona. Após 3 meses houve deteriorização clínica, funcional e radiológica sendo a medicação suspensa devido ao desequilíbrio da relação custo/benefício. A importância do relato é documentar a impossibilidade de reproduzir num caso os resultados obtidos no grupo estudado por Ziesche e colaboradores.

PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (LIP) COM EOSINOFILIA PERIFÉRICA EM PACIENTE HIV NEGATIVO. RELATO DE CASO.

Guimarães GM, Duarte RLM, Waetge D, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia - HUCFF-UFRJ. Rio de Janeiro.

Relato de caso: Mulher 41 anos, negra, ex-tabagista (10m/a), esplenectomizada há 2 anos devido esferocitose e desde então, dispnéia relacionada a grandes esforços, com piora progressiva e tosse seca. Ao exame: taquipnéica FR=26 irpm, acianótica, com baqueteamento digital, FC=108 bpm, PA= 100x60 mmHg, MV diminuído em 2/3 inferiores de ambos os pulmões, com estertores de grossas bolhas em bases e hepatomegalia (15cm); Exames complementares: Hto=40%, Hb=13,8gdl, RDW=42,8%, Leucócitos: 17.400, eosinófilos=21%. Radiografia de tórax: condensação alveolar nos 2/3 inferior de ambos hemitóraces e aumento da silhueta cardiopericárdica. Gasometria arterial (ar ambiente): pH=7,42, paO₂=61,1 e SaO₂=90%; TGO=24, TGP=35; LDH=824; BAAR 3 amostras de escarro espontâneo negativas. HIV / HTLV não reatores (em 3 ocasiões diferentes), fator reumatóide, anti-SSA e SSB negativos. PFR: restrição pura, grau moderado, com DLCO reduzida. Parasitológico de fezes: negativo. Biópsia de medula óssea: hiperplasia eritróide. Biópsia pulmonar a céu aberto: intenso infiltrado mononuclear com linfócitos maduros e plasmócitos, disposto ora em nódulos, ora difusamente pelos septos alveolares. Iniciado corticoterapia com prednisona 1 mg/kg/dia. **Conclusão:** O interesse neste caso consiste em paciente com LIP, que diferente da frequente associação, possui sorologias para HIV, HTLV, Síndrome de Sjögren e Artrite reumatóide negativas e sem relação com distúrbio linfoproliferativo sistêmico.

O "SINAL DO HALO" NA HISTOPLASMOSE PULMONAR

Lopes AJ, Antão VCS, Capone D, Maeda TY, Jansen JM. Serviço de Pneumologia do HUPE-UERJ.

Introdução: O "sinal do halo" na tomografia computadorizada (TC) consiste em um nódulo ou massa pulmonar (consolidação) circundado por um halo de baixa atenuação (opacificação em "vidro-fosco") e, na maioria das vezes, representa aspergilose pulmonar invasiva.

Objetivo: Relatar um caso de histoplasmoze pulmonar crônica exibindo o "sinal do halo" à TC. **Relato do Caso:** Homem de 35 anos, branco, solteiro, industrial, tabagista de 27 maços-ano, com queixas de tosse pouco produtiva, febre baixa e dispnéia progressiva há quatro meses de evolução. Nos últimos dias referia aparecimento de dor torácica de forte intensidade. Referia ainda perda ponderal de 10kg há um ano de evolução. História de mononucleose na infância. Trabalhou em demolição de construção onde havia morcegos no interior de Minas Gerais. TC de tórax: lesões de aspecto numular com tênue infiltrado em "vidro-fosco" adjacente, medindo entre 1,5 e 2cm, distribuídas aleatoriamente em ambos os pulmões e em situação predominantemente periférica. Na imunodifusão dupla em gel de ágar, presença de banda M e linha H. Iniciado tratamento com itraconazol (200mg/dia) com posterior desaparecimento das lesões em nova TC de tórax. **Conclusão:** Além da aspergilose invasiva, o "sinal do halo" tem sido descrito em outras afecções pulmonares incluindo mucormicose, *Candida torulopsis* e *Pseudomonas* angioinvasiva. Na histoplasmoze pulmonar, o "sinal do halo" é mais um achado que deve ser adicionado à sua extensa lista de lesões tomográficas.

FIBROSE CÍSTICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ANÁLISE DE 20 CASOS

Belo CS, Capone D. Ambulatório de Fibrose Cística do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva causada por uma mutação genética, resultando em obstrução e destruição dos ductos exócrinos, com infecção respiratória de repetição.

Foram estudados 20 pacientes, 12 homens e 8 mulheres, idades entre 14 e 38 anos. O início da doença predominou na infância com pneumonia de repetição, diarreia crônica e denutrição. O teste de suor foi positivo em 19 pacientes, apenas 1 paciente foi diagnosticado com teste genético. Hemoptise ocorreu em 4 pacientes. Apenas 3 pacientes são assintomáticos respiratórios com espirometria e radiografia de tórax normais. 04 pacientes são colonizados com *P. cepacea*, 06 pacientes com *P. aeruginosa* e 03 com *S. aureus*. Os achados tomográficos predominam bronquiectasias cilíndricas e císticas. A espirometria predomina distúrbio ventilatório misto e obstrutivo acentuado. 02 pacientes apresentam cor pulmonale. 60% dos pacientes usam alfa dornase e 50% enzima pancreática. As complicações observadas foram pneumotórax espontâneo, hemoptise maciça com lobectomia superior direita, cor pulmonale e insuficiência respiratória crônica. Na década de 90, a expectativa média de vida desses pacientes começou a aumentar, principalmente com maiores cuidados como fisioterapia respiratória e suporte nutricional.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR E ABSCESSO EPIDURAL POR ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Duarte RLM, Salluh JI, Loivos LPP, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia e Neurocirurgia HUCFF-UFRJ. Rio de Janeiro.

Relato de caso: mulher, 60 anos, ex-tabagista (20 maços/ano), tuberculose pulmonar (em 1990), há 2 meses dor pleurítica à direita, emagrecimento, dispnéia aos esforços e síndrome de compressão medular. Hipocorada, PA=120x70mmHg, FC=86bpm, FR=20irpm. Murmúrio vesicular difusamente diminuído. Hemograma e bioquímica normais, VHS=32. RX de tórax: redução volumétrica com espessamento pleural e traves fibrosas à direita, com massa em ápice pulmonar ipsilateral, pulmão esquerdo hiperinsuflado e tração cranial dos hilos. TC de tórax: achados idênticos ao RX de tórax. Escarro induzido: baciloscopia e cultura negativas. Broncofibroscopia: cultura para fungos positiva para *Aspergillus* sp. Mielo TC: lesão expansiva dentro do canal medular (T₁ a T₆) à direita, com contiguidade com massa em ápice pulmonar ipsilateral. Espirometria com distúrbio misto (obstrução e restrição acentuadas), prova broncodilatadora negativa, DLCO normal e hiperinsuflação pulmonar. Submetida a laminectomia T₁ a T₆ por abscesso epidural de T₂ a T₅ cujo histopatológico revelou aspergilose invasiva crônica. Apesar do tratamento com anfotericina B evoluiu para óbito 1 mês após o diagnóstico.

Conclusões: o interesse consiste em relatar um caso raro de aspergilose pulmonar invasiva se manifestando com síndrome de compressão medular, abscesso epidural e dor torácica por extensão pleuro/pulmonar.

leia :: assine :: recomende :: indique :: coleciono



Revista Saúde & Qualidade de Vida

Assine agora e disponibilize em seu consultório.

(21) 224-8962 :: vitro@vitro.com.br

ÍNDICE REMISSIVO

Abelha R	19A 16C	Cortes EM	10A	Guerreiro F	15C
Abelha RP	22A 22C	Costa AA	11C	Guimarães GM	23D
Abreu HL	9C	Costa CEM	22C	Guizzardi MF	13D
Addor G	19A 16C	Costa MJM	10A 10B 14D 15A	Haddad R	16B
Adriano HCP	14D	Coutinho A	8D 15C	Higa LY	19B
Aidé M	21B 13A	Cruz EA	19C	Israel D	10B
Albuquerque EMN	23A 23B	Cunha BM	10B	Jansen JM	22A 22B,22C 24A
Aldeia L	16C	Dalston MO	12A	Jardim J	21D
Almeida RB	9C	Da-Silva SAG	19C	Judice AM	9B
Andrade CRM	13C 18D	De Marco MA	17D	Julio JA	9B 9D
Anjos EO	10C	Dias F	8D 15C	Lara CFS	22D
Anjos JM	9C	Dias F	16D	Lauria LM	8C
Antão VCS	24A	Dias SMO	9A 10C	Lavinas P	17C
Azevedo MCM	23B	Dias SO	8C	Lazzarini LC	17C
Barreiro EJ	20A	Duarte G	15C	Légora AM	20A
Barros Franco C A	11A 11B 23D 24C	Duarte G	8D	Levy R	23B
Bastos E RA	15A	Duarte RLM	11A 11B 23D 24C	Lima AN	16C 19A
Bazin A R	12A	Faccin R	14D 15A	Lima APC	13C 18D
Belo C S	11D 24B	Faffe DS	19C	Lima LM	20A
Boechat Y E M	12A	Faria AC	17C	Lobão JN	13B 17D 23C
Boinas C	15C	Farne D'Amoed R	19B	Loivos LPP	11B 24C
Bouret E C	10A	Fernandes RT	15B	Lopes AJ	11D 22A 22B 22C 24A
Brito ZE	21A 21C	Ferraz DM	23A	Lopes MCB	19B
Camillis LF	18B	Ferreira A	13A 21B	Lucena SBG	23B
Capone D	11D 24A 24B	Ferreira AS	21A 21C	Lugnier C	20A
Carrera MN	12B	Ferreira SE	13B	Machado AL	19D
Cascão AM	8B	Figueiredo R	23B	Maeda TY	14C 24A
Castro BW	13D	Fonseca AJ	14A 14B 18B	Magalhães CR	18B
Castro HA	20B 20C 20D	Franceschini J	21D	Manhães de Carvalho JE	12A
Castro MPC	16B 19C	Freitas LMR	9B 9D	Marques - Gomes MJ	16D
Castro P	19D 20A	Froes GC	9C	Marques IG	23B
Cavalcante SC	8C 9A 10C	Gabetto JM	21A 21B 21C	Marques R	23C
Cavalcanti A	17A 17B	Gomes MJM	15C	Marques-Gomes MJ	8D
Chauvet PR	14C	Gomes MV	18B	Medeiros D	15A
Clemente C	21A	Gonçalves de Moraes VL	19D 20A	Medina FMC	14A 14B
Corrêa FO	21C	Guedes LMA	13D	Medina FM	18B

ÍNDICE REMISSIVO

Mendes B.....	16D	Paschoal MEM.....	14A 14B	Santo AH.....	8B
Mendonça ICT.....	11C	Passaro CP.....	19C	Santos J.....	8D
Menezes SL.....	19C	Penido C.....	18B	Silva Jr. CT.....	15D
Menezes SLS.....	16B	Pereira da Silva JJ.....	12A	Silva Jr. C.....	21A
Miyagui T.....	13C 18D	Pereira MM.....	12A	Silva CC.....	10C
Monteiro A.....	17C	Pessoa CLC.....	15D	Silva MP.....	13D
Monteiro NP.....	15C	Pestana E.....	8D 16D	Siqueira C.....	14D
Monteiro N.....	13C 18D	Pinheiro CE.....	8B	Siqueira HRD.....	14C
Mora L.....	16C 19A	Pio JE.....	8C 9A	Soares EC.....	9A
Moreira V.....	13A 21B	Porto LC.....	19D	Soares EC.....	10C
Moreira VB.....	21A 21C	Rabello E.....	13B 17D 23C	Soares EC.....	8C
Mortera G.....	14D	Rangel AO.....	16A 17C	Sogame L.....	21D
Mouzinho O.....	21B	Rangel JCA.....	16A	Souza JF.....	23A 23B
Myagui T.....	21B 21C	Rego RL.....	13C 18D	Spíndola de Miranda S.....	9C
Nagato LKS.....	18C	Revollo LRMB.....	22A	Tambelli A.....	20C 20D
Nani E.....	13A	Ribeiro PC.....	20B	Teixeira AK.....	10D 18A
Nascimento A.....	13B 23C	Rick MF.....	20B	Teixeira FMA.....	8A
Negreiros MC.....	23A 23B	Rocco PRM.....	16B 18C 19C	Teixeira GHMC.....	13C 18D
Netto AR.....	20C 20D	Rocha FF.....	19B	Teixeira MFA.....	12C 12D 22D
Noronha AJ.....	22C	Rodrigues C.....	13A	Torquato E.....	13D 17A 17B 17C,
Nunes CM.....	13B 17D 23C	Rodrigues E.....	11A	Trajaman A.....	8A
Oliveira JR.....	8C 9A 10C	Roriz W.....	17A 17B	Valença SS.....	19D
Oliveira LCL.....	12C 12D	Rossi-Bergmann B.....	19C	Vianna LF.....	11C 22A 22C
Oliveira LCL.....	8A 16A	Ruffino R.....	11C 16C 19A	Waetage D.....	11A 23D
Oliveira R.....	10D	Saad CP.....	14A 14B	Walker C.....	19D
Oliveira W.....	10A	Sad IR.....	19B	Wrobel DK.....	10A
Paiva DD.....	23B	Saito EH.....	16B	Wrobel TF.....	19B
Paiva H.....	22D	Salluh JI.....	24C	Xisto DG.....	18C
Pampola P.....	16D	Sangalli VL.....	13B 17D 23C	Zamboni M.....	13D 17A 17B 17C
Papinutto AST.....	23A 23B	Santana MCE.....	18C	Zin WA.....	16B 18C 19C
				Zuany-Amorim C.....	19D



