

prém a idade variou de 14 a 86 anos. A identificação do tipo histológico foi determinada em 77 casos (69,4%). Carcinoma epidermóide ocorreu em 17 casos (22,2%), Adenocarcinoma em 25 casos (32,4%), Indiferenciado em 32 (41,5%) e bronquiolo-alveolar em 3 (3,9%). Nos restantes 34 casos o diagnóstico foi feito através da citologia positiva para células neoplásicas. A sobrevida de 6 meses foi de 58,5%; de 6 meses a 1 ano foi de 18 pac (25,7%), 1 ano foi de 10% e mais de 2 anos foi atingida em 4 casos ou seja em 5,7%. A maioria dos casos se encontrava em estágio avançado e internaram por complicações clínicas, aumentando assim a morbidade e mortalidade deste grupo de pacientes. Em comparação com o sexo masculino, não houve diferenças significativas em relação ao prognóstico da doença.

P-110A TAMPONAMENTO CARDÍACO EM PACIENTE COM CARCINOMA BRÔNQUICO: RELATO DE CASO

Gazzana M.B., Ferreira M.A.P., Gritti L.A., Knorst M.M., Henn L.A.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: O tamponamento pericárdico secundário a neoplasia é uma entidade clínica incomum, sendo o carcinoma brônquico uma de suas possíveis causas. **Objetivo:** relatar um caso de paciente com esta condição. **Métodos:** revisão do prontuário, dos exames radiológicos e da literatura (MEDLINE). **Resultados:** Paciente masculino, 50 anos, tabagista (desde 13 anos, 37 maços-ano), cerca de 45 dias da hospitalização, apresentou queda ao solo com trauma de tórax e crânio, sem perda de consciência. Procurou o Pronto Socorro por dor persistente em hemitórax esquerdo. Constatou-se fratura de arco costal à esquerda e infiltrado pulmonar em lobo superior direito, sendo prescrito antibiótico por suposta pneumonia aspirativa. Quatro dias prévios à internação, iniciou com dispnéia progressiva, opressão tórácica e "ronqueira". Os sinais vitais eram normais; detectavam-se à ausculta roncões difusos e redução do murmúrio vesicular em campo pulmonar superior direito, e havia hipocratismos digitais. Raio-X de tórax evidenciou infiltração em lobo superior do pulmão direito e cardiomegalia. No 3º dia de internação, apresentou hipotensão arterial, turgescência jugular e eletrocardiograma com alternância elétrica, sugerindo tamponamento cardíaco. Ecocardiograma confirmou o diagnóstico. Fez-se pericardiocentese diagnóstica e terapêutica. O líquido pericárdico era hemorrágico e positivo para células malignas (adenocarcinoma). TC de tórax demonstrou massa junto ao hilo pulmonar direito e áreas de infiltrado intersticial sugestivas de linfangite carcinomatosa. Lavado broncoalveolar fibrobroncoscópico também foi positivo para adenocarcinoma. Realizou-se janela pericárdica para peritônio, com importante melhora sintomática. Não apresentou recorrência do derrame pericárdico. Três meses após a primeira internação, o paciente foi a óbito. **Conclusão:** Achados clínicos de tamponamento cardíaco em paciente tabagista devem lembrar a possibilidade de carcinoma brônquico localmente avançado ou metastático.

P-111A SÍNDROME DE EATON-LAMBERT E TUMOR DE PULMÃO: RELATO DE CASO

Rocha MJJ, Takagaki TY, Zambon AA, Domingues EZ, Kuwakino MH

DIVISÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HC, FACULDADE DE MEDICINA DA USP; AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255, ICHC, SALA 7079, CEP 05403-900, SÃO PAULO (SP).

Introdução: A síndrome de Eaton-Lambert é uma entidade rara, frequentemente relacionada a neoplasias, sendo em 50% das vezes associada a tumor de pulmão de pequenas células. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, tabagista 20 anos-maço, relatava história de fraqueza muscular progressiva em membros superiores e inferiores há um ano, associada à disfagia, queda palpebral, xerostomia, além de surgimento de massa em região supraclavicular direita. Ao exame físico apresentava-se tetraparética, com reflexos abolidos em membros inferiores e sensibilidade normal. A eletro-neuromiografia demonstrou uma síndrome miastênica tipo Eaton-Lambert acometendo os quatro membros e a tomografia computadorizada de tórax evidenciou múltiplas adenomegalias mediastinais. Realizou-se uma biópsia da massa supraclavicular direita, com o diagnóstico final de carcinoma pouco diferenciado de pequenas células com diferenciação neuroendócrina. Foi iniciado piridostigmine com melhora importante da sintomatologia miastênica e posteriormente quimioterapia com etoposídeo e carboplatina. Poucos dias após a quimioterapia apresentou um infarto agudo do miocárdio (Killip IV), evoluindo para óbito. **Conclusão:** Apesar de uma incidência maior na literatura (3% nos carcinomas de pulmão pequenas células), o que se observa é uma menor frequência dessa síndrome em nosso meio.

P-112A CARCINÓIDE ENDOBRÔNQUICO COM DESTRUÇÃO PULMONAR

Magaldi, G.P.; Lima, A.G.; Toro, I.F.C.; Santos, J.G.; Santos, R.S.; Mussi, R.K.; Forte, V.; Frazatto Jr., C.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

Introdução: Os tumores carcinóides, erroneamente conhecidos no passado como adenomas, possuem uma apresentação endobrônquica com obstrução parcial ou total de um ou mais brônquios. Apresentamos um caso em que havia obstrução total com exclusão do pulmão direito. **Relato de caso:** Paciente de 29 anos, sexo masculino, com queixa de escarro hemoptoico há sete anos e radiografia de tórax com velamento total de pulmão à direita. Apresentava tomografia de tórax com massa infiltrando saco pericárdico e carina e broncoscopia flexível com lesão endobrônquica ocluindo totalmente o brônquio principal direito, lisa, sugestiva de carcinóide. Optado por broncoscopia rígida com pinças protegidas para biópsia, apresentando o paciente durante o procedimento hemorragia maciça, controlada apenas com intubação seletiva e adrenalina nos locais das biópsias. Após o resultado confirmado de carcinóide típico, realizada pneumonectomia extrapleural com ligadura intrapericárdica de vasos, pericardiectomia, ressecção da carina e broncoplastia. O paciente apresenta-se livre da doença após um ano de seguimento ambulatorial. **Discussão:** Relatamos um caso de tumor carcinóide devido à apresentação agressiva do mesmo, com destruição maciça do pulmão, provavelmente relacionado ao tempo de evolução da doença e diagnóstico tardio.

P-113A TUMOR DESMÓIDE EM PAREDE TORÁCICA: RELATO DE CASO

Alves, C.M.S.; Souza, P.M.F.; Amaral, N.F.; Brito F.O., L.; Berto, J.M.; Schettino, J.M.

HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE – BELO HORIZONTE – MG.

Introdução: O Tumor Desmóide (TD), também chamado de Fibromatose múculo-aponeurótica e Fibromatose agressiva, é uma lesão do tecido conjuntivo, oriunda de estruturas músculo-aponeuróticas. Apesar de benigno e não metastático, apresenta comportamento local bastante agressivo. Constitui 0,03% de todas as neoplasias e tem incidência de 2 a 4 casos/milhão. **Objetivos e Métodos:** Trata-se de relato de caso do paciente P.A., 59 anos, atendido relatando tumoração na região infraclavicular esquerda com cerca de 1 ano de evolução, não dolorosa e sem comprometimento funcional do membro superior ipsilateral. Radiografia de tórax normal e tomografia computadorizada de tórax mostrando massa de parede torácica anterior esquerda sob o músculo peitoral menor, estendendo-se até a escápula. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica de toda a lesão e evoluiu sem intercorrências. **Resultado e Conclusão:** O TU é de origem abdominal em 60% dos casos. Quando extra-abdominal, predomina na região peitoral e deltóidea. Em virtude da alta taxa de recidiva e do comportamento local agressivo, o tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com margens amplas. A radioterapia é indicada como adjuvante em casos de ressecção incompleta ou inviável. A terapia antiestrogênica é opção nos casos de insucesso dos dois tratamentos anteriores e quando eles forem danosos a estruturas vitais. Estuda-se o uso de alfa-interferon.

P-114A REGISTRO DE CASOS DE CÂNCER DE PULMÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Xavier, R.G., Oliveira, C.T.M., Filho, M.C., Faria, M.B., Cunha A.K.M.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/HCPA

Introdução: O carcinoma brônquico é a causa líder de mortalidade por neoplasia em homens e a segunda causa em mulheres. Desde Denoix, em 1946, foi enfatizada a necessidade de organizar e classificar ordenadamente os casos de câncer. **Objetivos:** Registrar a totalidade da casuística de indivíduos com câncer de pulmão atendidos no HCPA, com intuito de servir como um registro geral. Avaliação de custos e benefícios dos tratamentos instituídos. **Métodos:** Feita análise retrospectiva das informações que constavam nos prontuários com diagnóstico de câncer de pulmão segundo a codificação lançada pelo SAMIS no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 1998. Um banco de dados está sendo montado, informando sobre a identificação dos pacientes, exames que forneceram o diagnóstico, tipo histológico validado pela OMS, estadiamento (TNM) e tratamentos indicados. Foram excluídos pacientes com dados considerados insuficientes. **Resultados:** Analisados 35 prontuários até o momento; destes, 77,2% são homens e 22,8% mulheres; com relação à idade, os pacientes com 50 ou mais anos foram 88,6%, sendo a média de idade 59,5 anos. Quanto ao tipo histológico da lesão, 8,6% eram carcinoma pequenas células, 2,8% carcinoma grandes células, 20% carcinoma epidermóide, 60% adenocarcinoma, 8,6% indeterminável. Destes pacientes 20% se submeteram à radioterapia, 2,8% à quimioterapia, 11,4% à quimioterapia + radioterapia, 20% à cirurgia, 14,3% cirurgia + quimioterapia e/ou radioterapia, 31,5% ficaram sem tratamento. Encontrados 20% de óbitos 12 meses após o diagnóstico. **Conclusões:** Ao término da pesquisa pretendemos delinear um instrumento de avaliação integral do indivíduo com câncer de pulmão.

P-115A TUMOR CARCINÓIDE: APRESENTAÇÃO INCOMUM

Roux Leite M M, Zille A, Moreira J S.

PAVILHÃO PEREIRA FILHO – ISCMPA. ANNES DIAS, 285. CEP 90020-090 PORTO ALEGRE / RS
Os tumores carcinóides representam 85 a 90% dos adengamos brônquicos, os quais representam menos de 10% dos tumores intratorácicos. Geralmente são de apresentação central, com manifestações clínicas ostensivas, como hemoptise e broncoestenose. Apresentação periférica menos freqüente, com sintomatologia menos exuberante. Paciente feminina, 55 anos, branca, não-tabagista, com tosse e expectoração hialina escassa há dois anos, agravada por exposição a poeiras. Radiograma de tórax: nódulo bem delimitado de 1,5 cm de diâmetro no lobo médio, pequenos nódulos e estrias fibróticas nos lobos superiores; nódulo não identificado em controles anteriores. Espirometria: CVF 2,28 (75%) e VEF1 1,59 (67%), sem resposta ao broncodilatador; teste de broncoprovocação positivo. TC de tórax: nódulo de 1,5 cm de diâmetro no lobo médio e pequenos nódulos na cortical de ambos os pulmões. Toracotomia mínima com biópsia excisional da lesão; neoplasia de pequenas células compatível com tumor carcinóide e confirmado por imuno-histoquímica. Sem evidência de metástase hepática ou possível sítio primário abdominal. Sem indicação de tratamento oncológico sistêmico na ocasião. Os autores ressaltam a infreqüência dos tumores carcinóides como um todo, destacando a apresentação periférica pouco usual e sua possibilidade no diagnóstico diferencial de nódulo pulmonar solitário.

P-116A ADENOCARCINOMA PULMONAR COM EVOLUÇÃO SINTOMÁTICA DE 4 MESES, MULTIMETASTÁTICA INCOMUM

Garcia, E.; Leite, M.; Moreira, J.S.

SERVIÇO DE DOENÇAS PULMONARES DO PAVILHÃO PEREIRA FILHO – SANTA CASA DE PORTO ALEGRE. Paciente feminina, 39 anos, branca, natural e procedente de Porto Alegre. Tabagista, cerca de 50 cigarros por dia há 25 anos. Admitida para avaliação por quadro de dor torácica posterior direita, de início há 4 meses, não ventilatório dependente, que aumenta com a mobilização do tronco e não diminui com o repouso, associada a dor em membro inferior esquerdo. Ao exame físico: Ausculta pulmonar com roncões difusos. Presença de volumosa massa em região ântero-medial de 1/3 médio de coxa esquerda, dolorosa à palpação, no entanto sem outros sinais flogísticos. Numerosas lesões nodulares com cerca de 2 a 4 cm de diâmetro difusas em tronco e abdômen, indolores, móveis e não aderidas a planos profundos. Ao raio x de tórax volumosa lesão tumescente em lobo superior direito. Tomografia computadorizada confirma informação, adicionando provável invasão de veia cava superior. Cintilografia óssea com inúmeras metástases ósseas disseminadas. Pesquisa de receptores hormonais – negativa. Os autores comentam a não usualidade de apresentação metastática da lesão e atentam