

Anais do XXXIV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia 2008

Pôsteres

PO001 DERRAME PERICÁRDICO E QUILOTÓRAX: RELATO DE CASO

ADRIANA SIQUEIRA CARVALHO; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; DÉBORA CHAVES DA SILVA; GUILHERME BARONI DE MACEDO; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN; MARCELO BASSO GAZZANA; MARLI MARIA KNORST

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; QUILOTÓRAX; DUCTO TORÁCICO

Introdução: o quilotórax ocorre quando há lesão do ducto torácico e quilo penetra no espaço pleural. Objetivo: relatar o caso de um paciente que desenvolve quilotórax após derrame pericárdico presumivelmente tuberculoso. **Relato:** homem, 28 anos, colador de outdoor, referia queda de altura de 3 metros, sem necessitar atendimento médico na ocasião. Alguns meses após, durante avaliação clínica de IVAS e tosse, foi evidenciado um extenso derrame pericárdico ao rx de tórax. Internado no Serviço de Cardiologia, foi submetido a punção e janela pericárdica. Feito o diagnóstico presuntivo de tuberculose pericárdica (ADA de 37 e biópsia pericárdica com inflamação crônica, sem granulomas e pesquisa baar negativa), iniciados RHZ e prednisona. 4 meses após, queixando-se de desconforto torácico em região intercostal esquerda, foi solicitado nova radiografia de tórax, a qual mostra extenso derrame pleural à esquerda. A toracocentese diagnóstica mostrou líquido de aspecto leitoso, com critérios para exsudato e triglicérides de 1991mg/dL, diagnóstico de quilotórax. A pleuroscopia mostrou ingurgitamento dos linfáticos da pleural visceral. Feita drenagem torácica, com expansão insatisfatória do pulmão esquerdo. À TC de tórax observa-se volumoso derrame pleural e espessamento pericárdico, sem adenomegalias ou outras alterações. A linfangiografia bipodal foi insatisfatória pela lenta circulação do contraste. A linfangiocintilografia mostrou drenagem do radiofármaco de forma ascendente para os vasos linfáticos de membros inferiores, ilíacos e abdominais e acúmulo na projeção do mediastino e possivelmente no espaço pleural esquerdo. O manejo inicial foi com dieta via oral rica em triglicérides de cadeia média, sem melhora. Iniciada nutrição parenteral total, ainda mantendo débito do dreno em torno de 1 a 2 litros/dia. Devido à evolução para desnutrição, com perda de 13Kg em duas semanas e queda progressiva da albumina sérica e linfopenia, foi submetido a ligadura do ducto torácico ao nível da veia ázigos. Houve resolução do quilotórax e a radiografia de controle é normal, mostrando expansão completa do pulmão esquerdo. O paciente encontra-se assintomático e recuperou 11 dos 13 Kg perdidos. **Discussão:** O diagnóstico de tuberculose foi presuntivo e não houve resposta à terapia empírica. Acreditamos que o derrame pericárdico foi a manifestação inicial do quadro, originado no trauma torácico após queda de 3 metros de altura. Não há dados sobre dosagem de triglicérides no líquido pericárdico ou sobre o aspecto do líquido, já que são dados de outro serviço. No entanto, naquela internação cardiológica, foi fornecida ao paciente a informação sobre "problemas em sua caixinha de gordura". Diante da evolução inexoravelmente insatisfatória, optamos pela ligadura do ducto torácico, com excelente resposta. **Conclusão:** a presença de derrame pleural simultânea ou logo após derrame pericárdico deve alertar ao médico sobre a presença de quilotórax.

PO002 PROTEINOSE ALVEOLAR ASSOCIADA A DOR TORÁCICA: RELATO DE CASO

ADRIANA SIQUEIRA CARVALHO; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; DÉBORA CHAVES DA SILVA; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO; TIAGO BORTOLINI; ROBERTO BERTEAUX ROBALDO
HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR; DOENÇA INTERSTICIAL; DOR TORÁCICA

Introdução: A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara, associada ao acúmulo intra-alveolar de material lipoprotéico, podendo repercutir na função respiratória. **Relato do Caso:** homem, 29 anos, apresentando dor torácica inferior atípica, há 7 anos, com provas cardíacas normais, sem sintomas respiratórios. Encaminhado do interior a hospital terciário por alterações tomográficas sugestivas de PAP, lavado broncoalveolar com conteúdo proteináceo e biópsia transbrônquica com material amorfo intra-alveolar PAS+, em março de 2006. Segue acompanhamento de função pulmonar e radiológico desde então, interna por piora da dor torácica em janeiro deste ano. Ausência de dor à palpação de estruturas osteomusculares. Excluídas causas cardíacas para a dor torácica. Repetidas provas de função pulmonar (espirometria e difusão), normais, e exames tomográficos com discreta evolução das características lesões em vidro despolido (crazy-paving), predominando em bases pulmonares. **Discussão:** a doença compreende 3 formas clínicas distintas: Congênita, Secundária e Adquirida. Sua patogênese relaciona-se com uma disfunção no clearance macrofágico e alterações da estrutura molecular do surfactante, resultando em uma pneumopatia restritiva com espectro evolutivo variando entre remissão espontânea a falência respiratória pelo depósito do material proteináceo no alvéolo. O paciente não apresenta dispnéia, tosse ou astenia, sintomas mais comuns ao diagnóstico. Exame físico normal. Excluídas causas secundárias e congênitas, relaciona-se o diagnóstico à forma adquirida, que compreende 90% dos casos. Na ausência de outras condições que explicassem a dor torácica, relacionamos, assim, o quadro algico à PAP, sintoma infrequente, porém já descrito em outras publicações. As opções terapêuticas da PAP são o controle dos sintomas e, em casos selecionados, a remoção mecânica do material. Neste caso apresentado, não há indicação de Lavagem Pulmonar Total, porém não parece estar evoluindo para resolução espontânea.

PO003 CONDIROSSARCOMA ESTERNAL-RELATO DE CASO

VICENTE GUERRA FILHO; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ADRIANO LANA PEREIRA; CINTHIA CARDOSO MOREIRA

HOSPITAL SANTA TEREZINHA, RIO VERDE, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CONDIROSSARCOMA ; ESTERNO; PAREDE TORÁCICA

A paciente ESC, 18 anos apresentava lesão em parede torácica anterior com crescimento progressivo, associado a dor local, desconforto torácico e abaulamento esternal. Tal quadro clínico se iniciou há um ano e tornou-se mais intenso há 3 meses. Havia diversos exames de imagem (Rx e TC de tórax), que evidenciavam o acometimento de 2/3 do corpo esternal. Fez-se então exames laboratoriais rotineiros, que se mostraram dentro dos limites da normalidade e procedemos à biópsia incisional da lesão, tomando o cuidado em deixar a incisão em local de fácil remoção quando da cirurgia definitiva. A anatomia patológica mostrou-se tratar de condrossarcoma esternal. Programamos então a realização da cirurgia definitiva caracterizada por esternotomia quase total com margem cirúrgica de 5 cm em todas as direções. A reconstrução da parede torácica se deu com um sanduíche de 2 telas de prolene, intermediadas por