

Imagens Endoscópicas*

Endoscopic Views

Daniela Sá Ferreira¹
Bárbara Seabra¹
Ana Oliveira¹
José Almeida¹
João Moura e Sá¹

1.º Prémio

Caso clínico n.º 1

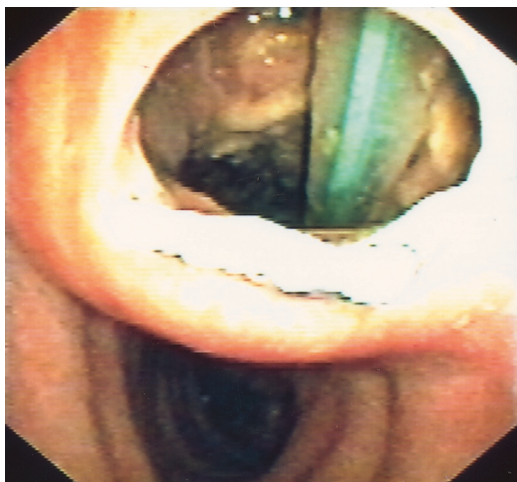
Sexo masculino, 67 anos.

Neoplasia do esófago com colocação de prótese auto-expansível noutra hospital. Clínica de tosse e engasgamento com a alimentação, o que motivou a realização de broncofibroscopia: "... volumosa fístula traqueo-esofágica na parede posterior da traqueia, com sonda nasogástrica."

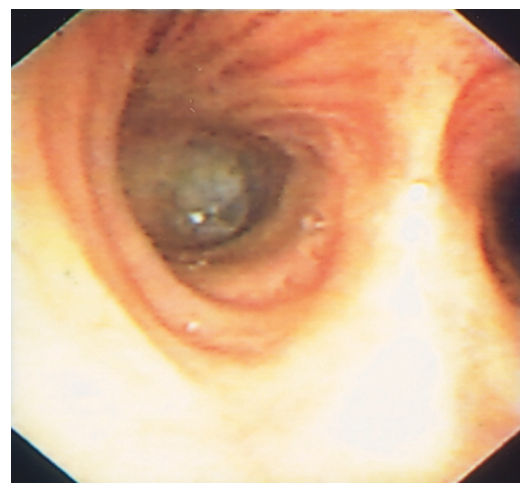
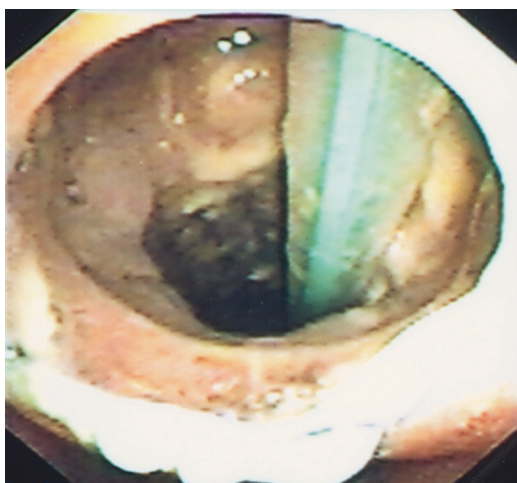
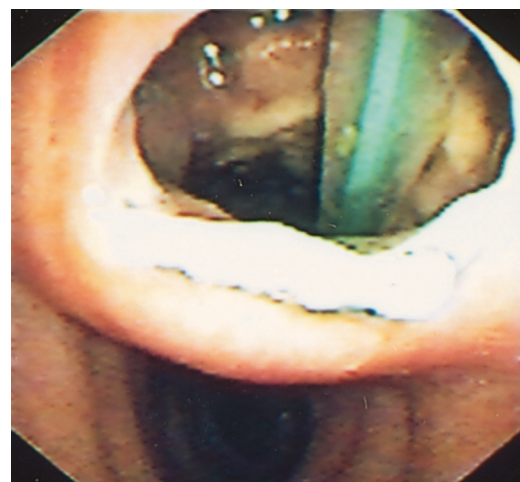
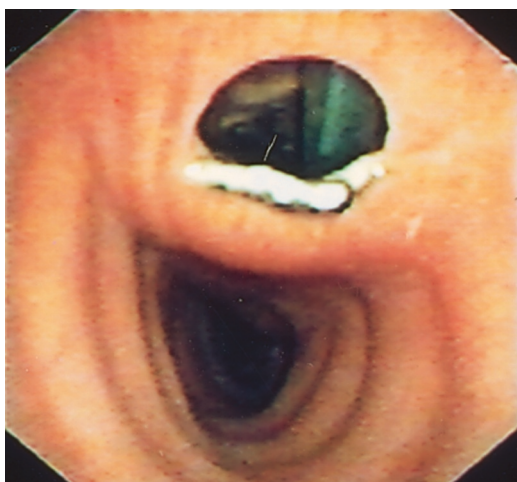
Enviado à Unidade de Broncologia do CH de Vila Nova de Gaia para colocação de prótese traqueal que permita a oclusão da fístula, para evitar a aspiração e permitir alimentação oral.

* Trabalhos concorrentes ao **Prémio Fotografia Endoscópica Respiratória 2007**, iniciativa da Direcção da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, com o apoio da GlaxoSmithKline

¹ Unidade de Broncologia – Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia



Figs. 1 (à esquerda) e **2** (em baixo) – Volumosa fístula traqueoesofágica na parede posterior do terço médio da traqueia. Visível tumor esofágico, prótese e sonda nasogástrica. Rolhão de secreções obstruindo o tronco intermédio, secundário a aspiração prévia.



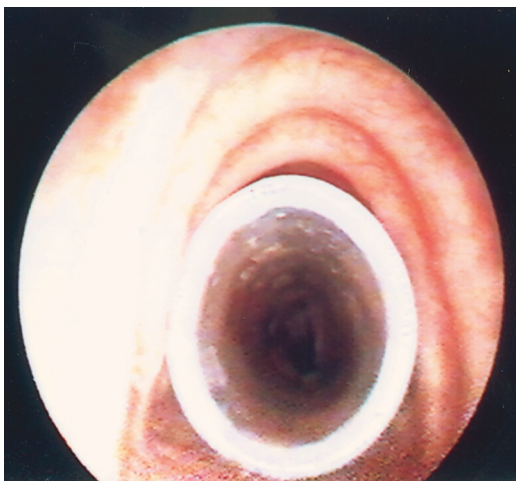
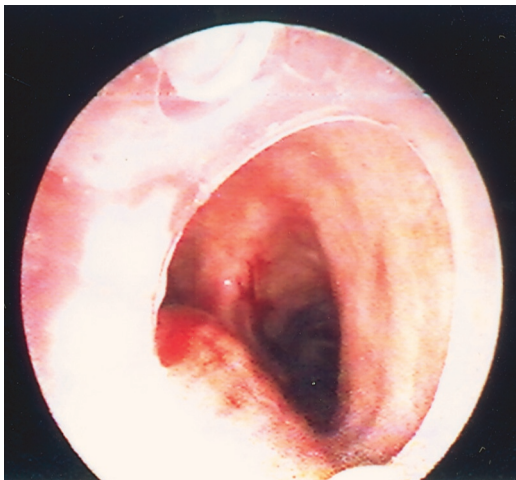
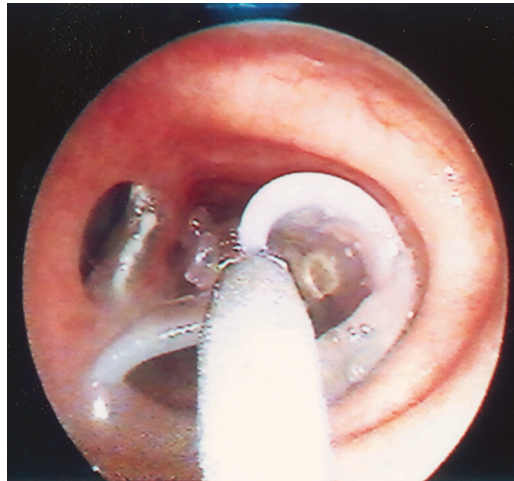
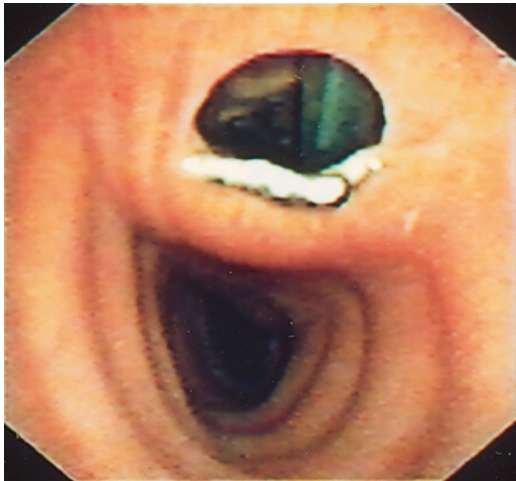


Fig. 3 – Broncoscopia rígida para colocação de prótese de Dumon 16/50 mm, colocada 2 cm acima da carena e ocluindo o orifício da fistula.

António Santos Costa¹
Abel Santos Afonso²

2.º Prémio

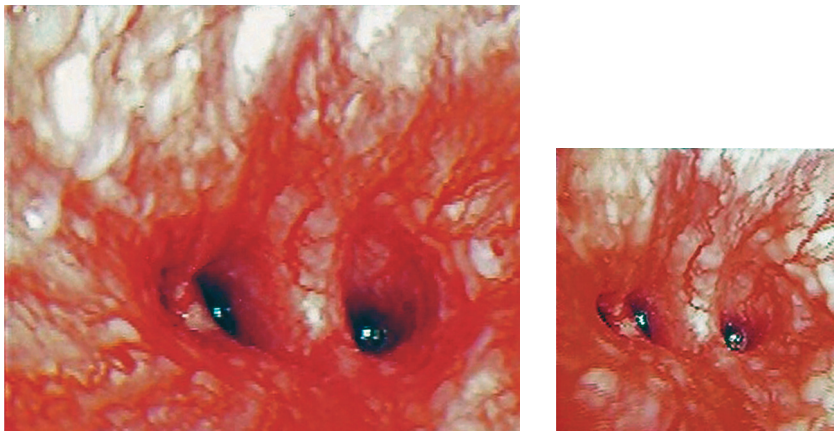
Caso clínico n.º 2

Adenocarcinoma

Doente do sexo masculino, 68 anos, ex-fumador, recorreu ao SU por dor torácica. Realizou TAC, onde era visível massa pulmonar de limites mal definidos com cerca de 60x30 mm, localizada no LIE e que obstruía parcialmente o brônquio lobar inferior, com adenopatia hilar de 20 mm e pequena lâmina de derrame pleural.

Na imagem endoscópica pode observar-se a mucosa com aspecto infiltrativo a partir do término do brônquio lobar inferior esquerdo. Escovou-se e o resultado foi o de adenocarcinoma em progressão endovascular. A pesquisa de factores de crescimento epidérmico (EGFR) foi positiva (3+).

Realizou-se ressonância magnética, onde se visualizavam lesões sugestivas de metastização óssea em C6, C7, D1, D2 e D3.



¹ Interno Complementar de Pneumologia.

² Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

António Jorge Ferreira¹

3.º Prémio

Caso clínico n.º 3

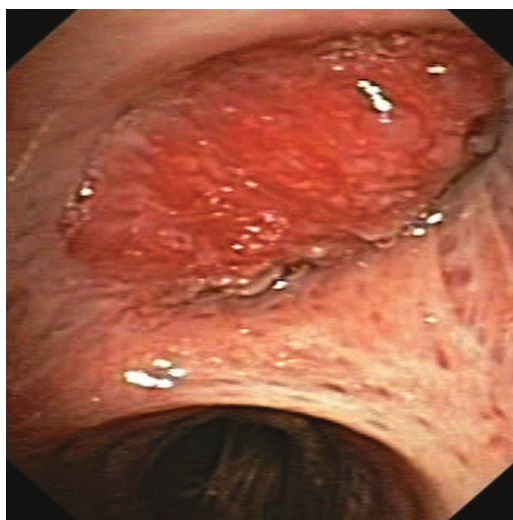
Doente do sexo masculino de 75 anos enviado à urgência por alterações radiológicas surgidas em telerradiografia torácica – atelectasia do lobo superior do pulmão direito.

Endoscopicamente, foi visível formação tumoral obstruindo na totalidade o brônquio lobar superior direito.

Diagnóstico anatómopatológico:

“Carcinoma neuroendócrino de células grandes”.

Apresentava, também, sinais de invasão do lobo médio, motivo pelo que foi proposta, e posteriormente realizou, pneumectomia direita, sem complicações.



¹ Assistente Hospitalar do Departamento de Ciências Pneumológicas e Alergológicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica

Yvette Martins¹**Caso clínico n.º 4****Corpo estranho endobrônquico**

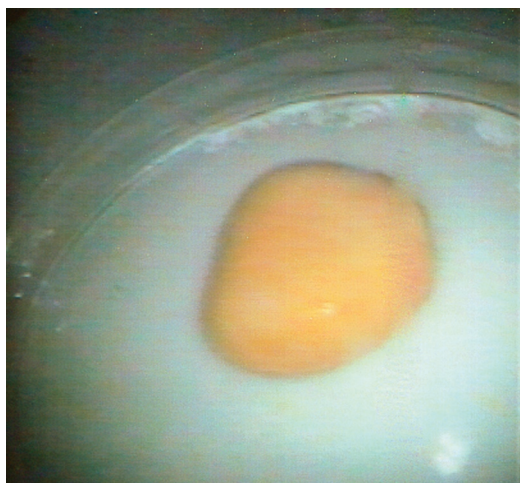
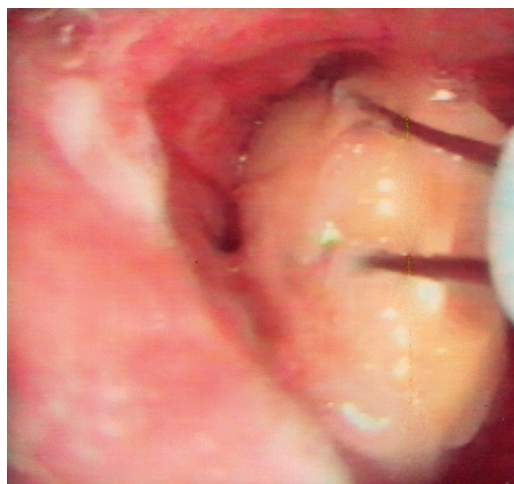
Doente de 84 anos, sexo masculino, não fumador, que recorre ao médico assistente por tosse produtiva de expectoração purulenta com uma semana de evolução, cujo início associava a episódio de engasgamento ao comer tremoços secos.

Trata-se de doente invisual, com diabetes *mellitus* que tratava com a ingestão de tremoços secos.

O médico orientou para a realização de TAC torácica que mostrava imagem de subtração na extremidade distal do brônquio principal esquerdo.

Em função dos achados, e solicitada broncofibroscopia que mostrou corpo estranho (tremoço) na extremidade distal do brônquio principal esquerdo (BPE), causando obstrução parcial, foi retirado em bloco. Tecido de granulação e sinais inflamatórios acentuados da mucosa brônquica do BPE. A revisão final não mostrou outros fragmentos.

¹ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra.



Yvette Martins¹**Caso clínico n.º 5****Amiloidose traqueobrônquica**

Doente de 56 anos, doméstica, não fumadora, há vários anos seguida em consulta de medicina por hirsutismo e patologia da tiróide.

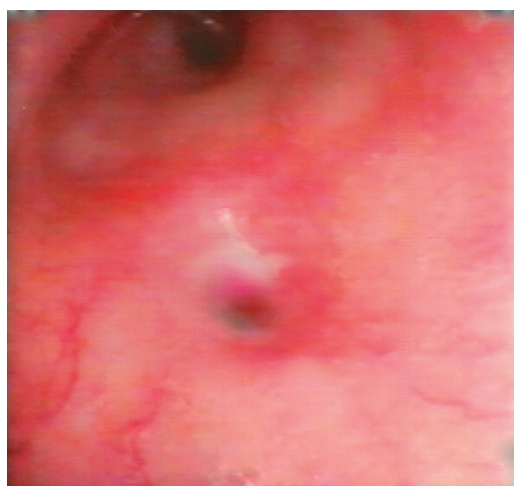
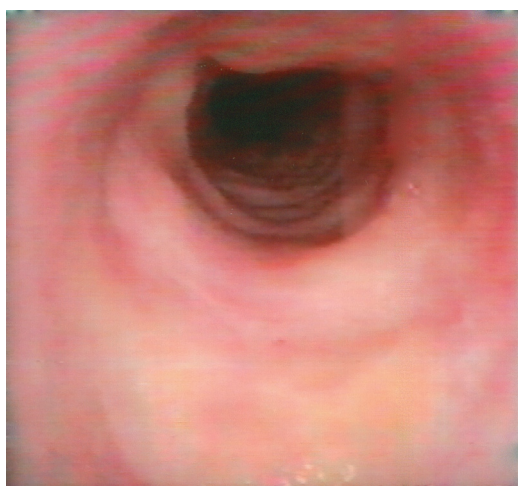
Enviada a consulta de pneumologia por tosse persistente e dispneia e pieira, medicada com β_2 e corticóide inalados sem benefício. Referia desde há 3 meses expectoração hemoptóica intermitente, motivo pelo qual faz broncofibroscopia que mostra placas amarelas na mucosa traqueobrônquica (Fig. 3), com início na região subglótica (Fig. 1) e prolongando-se até aos brônquios segmentares, condicionando ao nível de b4b5 esquerdo, estenose concêntrica, com cerca de 2-3 mm de diâmetro (Fig. 2).

O estudo histológico revelou tratar-se de amiloidose traqueobrônquica.

O estudo funcional respiratório mostra síndrome obstrutiva ligeira, não reversível com a broncodilatação, e a TAC torácica é normal.

O estudo para despiste de envolvimento de outros órgãos foi negativo.

¹ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra.



Figs. 1 (em cima, à esquerda), **2** (em cima, à direita) e **3** (à esquerda)

Yvette Martins¹

Caso clínico n.º 6

Hamartoma endobrônquico

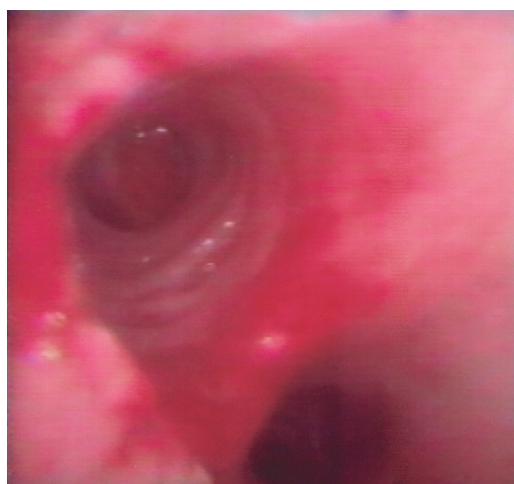
Doente de 36 anos, fumador de 20UMA, economista, com história de pneumonias de repetição no lobo inferior esquerdo (LIE) – 3 em 2 meses –, motivo pelo qual faz TAC torácica, que mostra opacidade homogénea LIE, bronquiectasias do LIE e imagem de subtração no brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE). Foi submetido a broncofibroscopia que permitiu a visualização de tumor pediculado, de superfície lisa e nacarada, que condicionava obstrução total do BLIE, móvel com a tosse, e com origem em b6 esquerdo (Fig. 1). As biópsias da lesão e o aspirado brônquico foram negativos para neoplasia maligna, pelo que foi submetido a broncoscopia rígida (BR) com exérese quase total do tumor (Fig. 2), cujo estudo anatomopatológico mostrou tratar-se de um hamartoma.

A broncofibroscopia de revisão mostra tumor residual em b6b esquerdo (Fig. 3), inacessível a BR.

Em função da localização do tumor e da existência de bronquiectasias do LIE, foi proposto para lobectomia inferior esquerda.

A histologia da peça confirma a existência de hamartoma endobrônquico em B6 esquerdo e no parênquima pulmonar, à distancia da lesão e bronquiectasias pós-obstrutivas.

¹ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra.



Figs. 1 (em cima, à esquerda), **2** (em cima, à direita) e **3** (à esquerda)

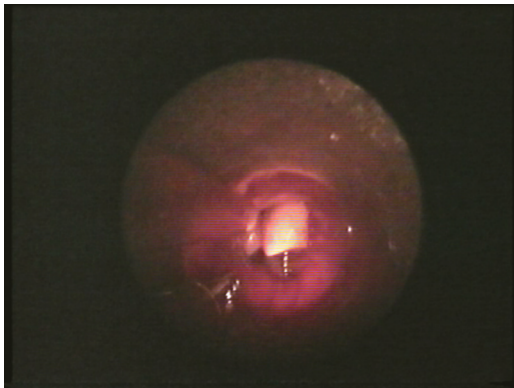
António Jorge Ferreira¹

Caso clínico n.º 7

Doente de 52 anos, sexo feminino, que recorreu à urgência por quadro de engasgamento durante refeição, com inalação de prótese dentária fixa, constituída por três dentes e respectivo parafuso de fixação.

Remoção do corpo estranho através de broncoscopia rígida, com extracção do parafuso que se encontrava a perfurar a parede posterior da traqueia, próximo do seu terço médio.

Não ocorreram complicações durante ou após o internamento, nomeadamente patologia infecciosa ou inflamatória pulmonar e/ou mediastínica.



¹ Assistente Hospitalar do Departamento de Ciências Pneumológicas e Alergológicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica

António Jorge Ferreira¹

Caso clínico n.º 8

Doente do sexo masculino de 62 anos, que recorreu ao serviço de urgência dos HUC por queixas compatíveis com infecção respiratória (tosse, febre e expectoração mucopurulenta).

A telerradiografia torácica apresentava diminuição da transparência da base esquerda associada a broncograma aéreo.

Endoscopicamente, observou-se abundante tecido de granulação do brônquio principal esquerdo (Fig.). A exploração a jusante desta área demonstrou a presença de um corpo estranho (osso) que foi extraído.

Posteriormente, questionou-se o doente, que se lembrou de episódio de engasgamento com sanduíche de leitão cerca de 3 semanas antes da vinda ao hospital.

Sem complicações durante ou após o procedimento, com boa evolução radiológica e clínica.



¹ Assistente Hospitalar do Departamento de Ciências Pneumológicas e Alergológicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica

Bárbara Seabra¹
Daniela Sá Ferreira¹
Ricardo Lima¹
Sofia Neves¹
José Almeida¹
João Moura e Sá¹

Caso clínico n.º 9

Criança de 11 anos, sexo masculino. Engasgamento ao “comer feijoada”, com posterior dificuldade respiratória. Chegou ao serviço de urgência passadas 16 horas, apresentando marcado estridor inspiratório e rouquidão.

Pela história de aspiração de corpo estranho, realiza broncoscopia rígida (Figs. 1, 2 e 3).

¹ Unidade de Broncologia – Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

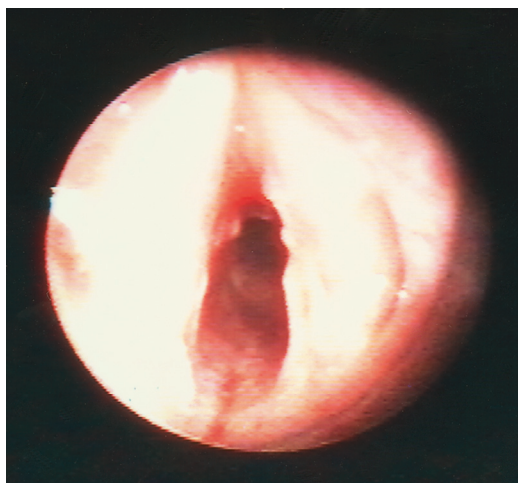
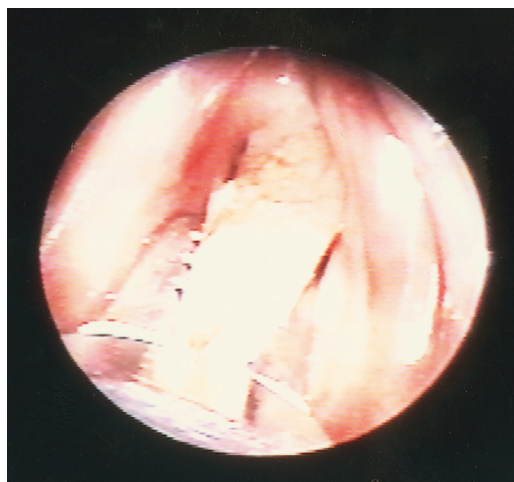
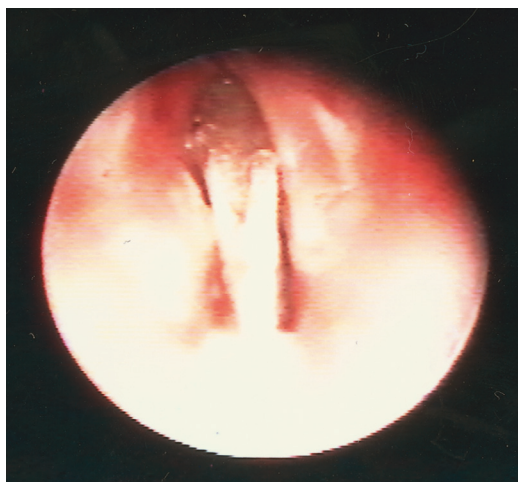


Fig. 1 (em cima, à esquerda) – Corpo estranho – osso – encravado na fenda glótica, bem preso na comissura anterior e posterior.

Fig. 2 (em cima, à direita) – Extracção após mobilização, com pinça óptica, de corpo estranho, sendo retirado em bloco com o BR.

Fig. 3 (à esquerda) – Após a extracção, zona glótica com reacção inflamatória e pequena granulação. Cordas vocais com boa mobilidade e sem lesão.

Jorge Manuel Branco Pires¹

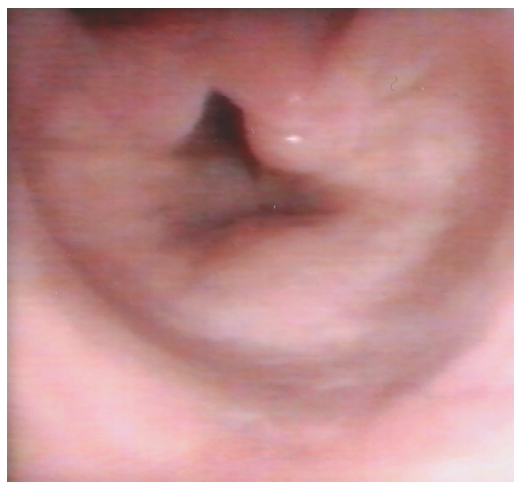
Caso clínico n.º 10

Homem de 71 anos que recorre frequentemente à urgência por “crises asfíxicas”, mais frequentes durante a noite

Estudo polissonográfico compatível com síndrome da apneia obstrutiva do sono, grave.

A broncofibroscopia mostra uma epiglote redundante em U fechado com malacia (Fig. 1), aritnóides redundantes (Fig. 2) já em vias de serem “sugadas” para dentro da laringe, aspecto evidente na Fig. 3, onde uma fotografia mais pequena mostra a sua “expulsão” no início da expiração.

¹ Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra.



Figs. 1 (em cima, à esquerda), **2** (em cima, à direita)
e **3** (à esquerda)

Jorge Manuel Branco Pires¹

Caso clínico n.º 11

Mulher, 56 anos, com a indicação de “asma de esforço e muita dificuldade respiratória”! Inicia dispneia de esforço, pieira e estridor inspiratório ocasional dois anos antes; recorre ao médico de família e depois a instituição hospitalar; observação, estudo funcional e alergológico “normais”, pelo que se conclui tratar-se de “asma de esforço”! Faz broncofibroscopia – estenose excêntrica da região subcricóide – cirurgia.

¹ Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra.

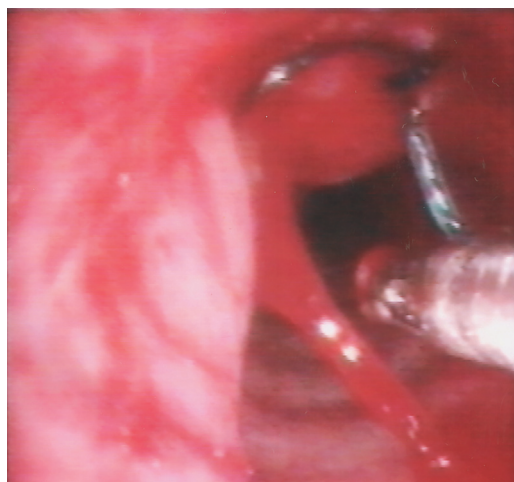


Fig. 1 (em cima, à esquerda) – Zona de estenose.

Fig. 2 (em cima, à direita) – Sutura.

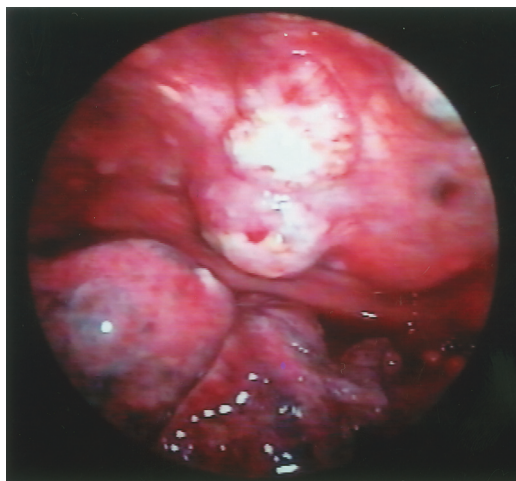
Fig. 3 (à esquerda) – Traqueia cerca de um mês pós-cirurgia.

Jorge Manuel Branco Pires¹

Caso clínico n.º 12

Mulher de 90 anos com tosse seca, dispneia de esforço e edemas periféricos.

Radiografia torácica da doente com derrame pleural à direita, cujos estudos, nomeadamente biópsia pleural, foram inconclusivos; a toracoscopia mostra aspectos compatíveis com metastização da pleura parietal e visceral, pulmão colapsado, sendo visível na figura a pequena cisura.



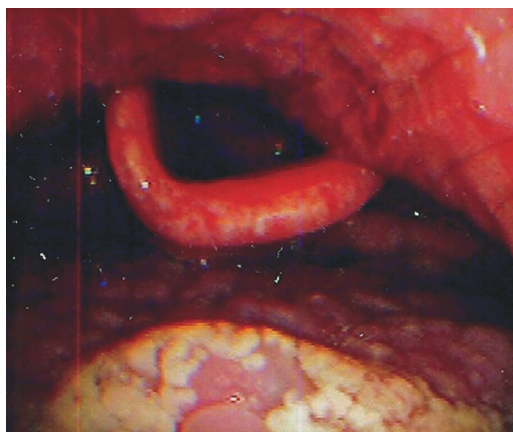
¹ Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra.

Abel Santos Afonso¹
António Santos Costa²

Caso clínico n.º 13

Candidíase extensa da base da língua e orofaringe

Doente do sexo masculino, 66 anos, fumador com antecedentes de DPOC. Tratava-se de um doente com múltiplas intercorrências infecciosas e agudizações da DPOC e que motivaram polimedicação antibiótica. Endoscopicamente observavam-se (figura) placas brancas na base da língua e mucosa avermelhada com pequenas ulcerações na epiglote e orofaringe, muito sugestivas de candidíase. A observação da árvore traqueobronquial revelou abundantes secreções mucopurulentas, fundamentalmente na pirâmide basal esquerda.



¹ Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

² Interno Complementar de Pneumologia.

Abel Santos Afonso¹
António Santos Costa²

Caso clínico n.º 14

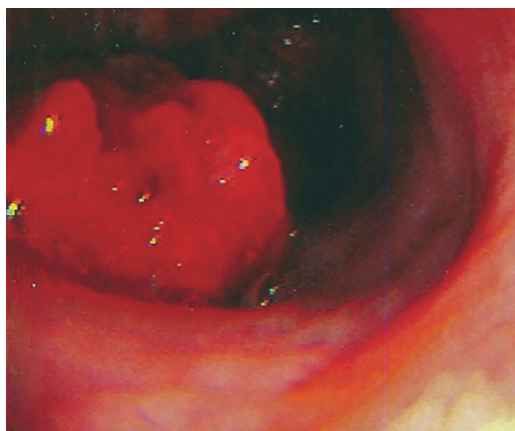
Carcinoma epidermóide

Doente de 57 anos, fumador 60 UMA, mineiro. Sem outros antecedentes relevantes.

Recorreu ao SU após episódio de hemoptises de pequena quantidade e referia tosse e expectoração mucopurulenta com 15 dias de evolução.

Na BF observou-se lesão tumoral vegetante que emergia da parede lateral direita ao nível do terço inferior da traqueia que obstruía cerca de 50% do seu lúmen. A lesão possuía áreas recobertas de material necrótico e a área da traqueia adjacente à lesão “esboçava” alguns sinais de infiltração. A histologia da biópsia revelou tratar-se de carcinoma epidermóide.

Foi posteriormente submetido a repermeabilização do lúmen traqueal por *laser* e, posteriormente, quimioterapia.



¹ Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

² Interno Complementar de Pneumologia.

Abel Santos Afonso¹
 António Santos Costa²

Caso clínico n.º 15

Carcinoma pouco diferenciado

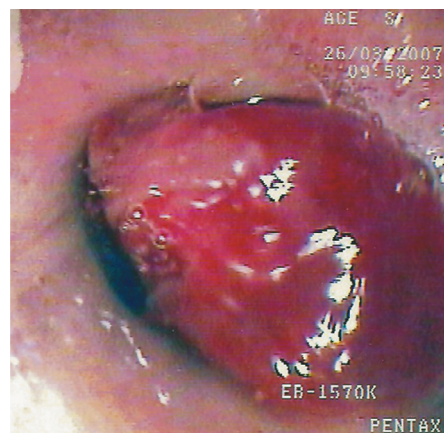
MT de 59 anos, fumador, mecânico de automóveis.

Recorreu ao SU por expectoração hemoptóica. Concomitantemente referia sintomas gerais e tosse seca com 15 dias de evolução.

Radiologicamente observou-se massa abcedada localizada no segmento apical do lobo inferior esquerdo. Apresentava, também, massa lobulada de aspecto neoplásico localizada na mandíbula esquerda que apresentou um crescimento muito acentuado durante o internamento.

Na BFO pôde observar-se obstrução praticamente total do BLIE por lesão tumoral de superfície irregular e consistência esponjosa (imagem). Biopsou-se inúmeras vezes, mas nas amostras apenas era visível material necrótico e múltiplas células pavimentosas superficiais.

Procedeu-se à biópsia da massa mandibular, cujo resultado foi carcinoma pouco diferenciado (positividade para a queratina de amplo espectro, negatividade para citoqueratina 7 e 20 e TTF-1) e a pesquisa de receptores de factor de crescimento epidérmico (EGFR) foi positiva (3+) em mais de 1% do tumor observado.



¹ Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

² Interno Complementar de Pneumologia.

António Santos Costa¹
Abel Santos Afonso²

Caso clínico n.º 16

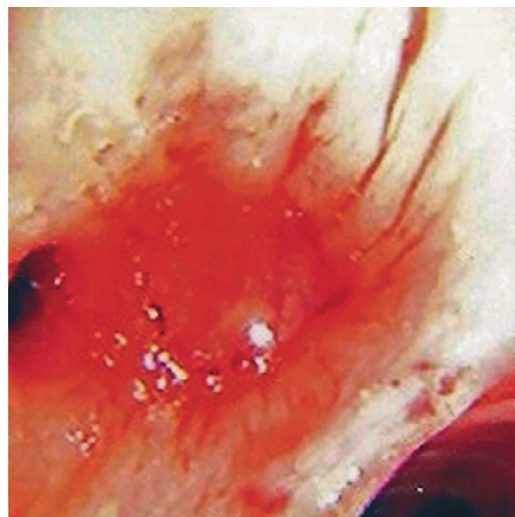
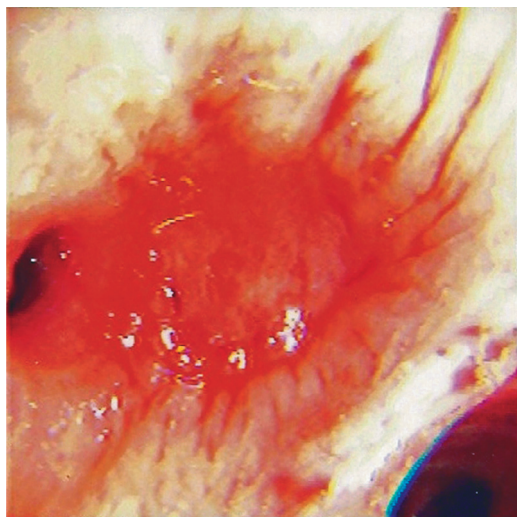
Coágulo endobrônquico

Doente do sexo masculino com 83 anos, não fumador, diabético e com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 23 anos e melanoma da face (excisado três anos antes).

Recorreu por hemoptises e, na TAC, era visível uma massa localizada ao nível do hilo direito, de limites espiculados, e sem plano de clivagem com os vasos sanguíneos. Concomitantemente era visível uma ampla zona de calcificação pleural, na região basal posterior esquerda.

Através da broncoscopia (figura) pôde observar-se coágulo localizado na entrada do tronco dos basais direitos que impedia a passagem e subsequente inspeção dos brônquios segmentares basais.

O doente faleceu poucos dias depois por hemoptise fulminante.



² Interno Complementar de Pneumologia.

¹ Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

António Santos Costa¹
Abel Santos Afonso²

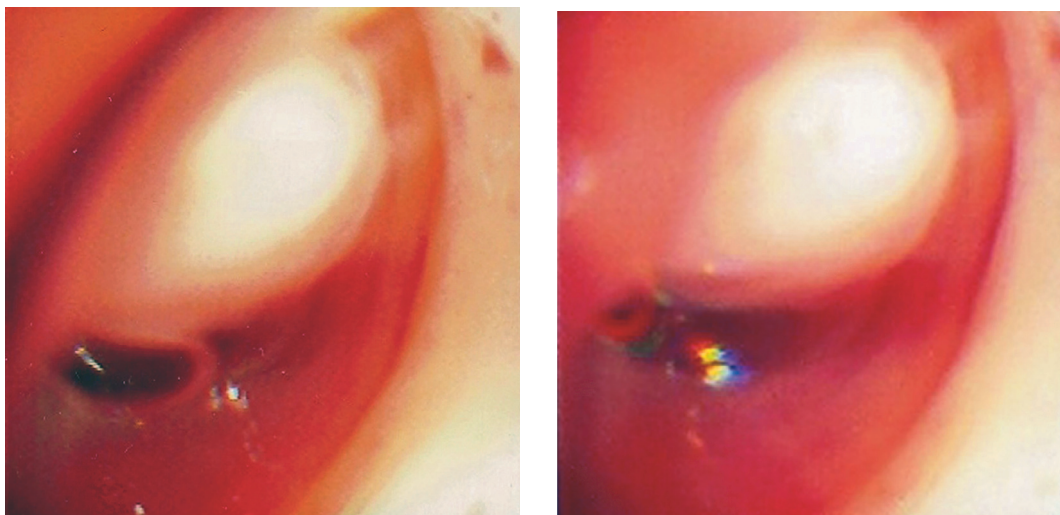
Caso clínico n.º 17

Pseudotumor inflamatório

AA sexo feminino, 81 anos, não fumadora.

Realizou BFO no contexto de estudo de derrame pleural. Endoscopicamente observou-se lesão tumoral localizada na parede posterior do B10, de superfície lisa e arredondada que obstruía parcialmente este brônquio segmentar. A análise histológica do tecido recolhido na biópsia apenas revelou tratar-se de tecido epitelial brônquico e células inflamatórias.

Dois meses depois reavaliou-se e a lesão tinha desaparecido.



¹ Interno Complementar de Pneumologia.

² Director do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.