

PO330 TUBERCULOSE CONCOMITANTE A NEOPLASIA PULMONAR: RELATO DE CASO

Gazzana MB, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Sanchotene MLC, Schwarz P, Knorst MM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasia pulmonar; Tuberculose pulmonar; Diagnóstico

Introdução: A tuberculose é uma infecção altamente prevalente em nosso meio, e sua associação com neoplasia pulmonar já foi demonstrada na literatura. **Objetivos:** Relatar um caso de tuberculose associada a neoplasia pulmonar. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: Tuberculosis Lung Cancer). **Resultados:** Paciente feminina, 64 anos, tabagista pesada e história familiar positiva para câncer de pulmão (pai, 2 irmãs), vem a emergência com história de dispnéia, emagrecimento, tosse produtiva e dor torácica a direita há 1 mês, com piora progressiva. RX de tórax demonstrava grande lesão escavada em lobo superior direito; TC tórax com volumosa lesão escavada em lobo superior direito de paredes espessas e irregulares com extenso espessamento pleural adjacente e adenomegalias paratraqueais direita. Exame de escarro apresentou 3 amostras com BAAR positivo (2+). Iniciado tratamento com RHZ. Devido aos fatores de risco e características radiológicas da lesão, optou-se por prosseguir investigação para neoplasia através de biópsia transtorácica guiada por ecografia, AP demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado, e após exames, estadiamento clínico foi T3N2M0 (IIIA). Devido às condições clínicas da paciente contra-indicou-se tratamento cirúrgico e optou-se por rádio e quimioterapia concomitantes. Entretanto, paciente evoluiu com quadro séptico sem condições para iniciar o tratamento. Após tratar o quadro infeccioso, teve alta em uso de tuberculostáticos e cuidados paliativos para a neoplasia. **Conclusão:** Apesar da tuberculose e da neoplasia pulmonar serem doenças de diagnóstico diferencial, o médico deve em nosso meio.

PO331 CARCINOMA BRONQUIÓLO ALVEOLAR COM APRESENTAÇÃO MICRONODULAR DIFUSA E ACOMETIMENTO DE VÉRTEBRA CERVICAL. RELATO DE CASO

Batista LL¹, Prado MS², Campos BJ³, Dyonísio GC⁴, Do Nascimento ECT⁵, Costa CBS⁶, Sanyomy AH⁷, Da Costa Lima MRP⁸

1. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Carcinoma bronquioloalveolar; Infiltrado intersticial micronodular

Introdução: Apresentando um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial, o câncer de pulmão é uma das mais comuns neoplasias malignas. E com uma alta taxa de mortalidade, foi responsável no Brasil por 14.715 óbitos em 2000, sendo o maior responsável por óbitos causados pelas doenças neoplásicas. O carcinoma bronquioloalveolar (CBA) é um subtipo de adenocarcinoma de pulmão, representa 2 a 6% das neoplasias pulmonares e tipicamente apresenta três padrões radiológicos: nódulo pulmonar solitário, multinodular e consolidação parenquimatosa ou doença difusa. Porém com manifestações variadas, permanece como desafio diagnóstico. **Objetivos:** Apresentar o relato de um caso clínico atendido e acompanhado multidisciplinarmente no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, engenheiro, procurou atendimento com queixa de dor à movimentação e perda da força muscular em braço e ombro direitos que haviam iniciado há uma semana. Ao exame físico apresentava hipotrofia, diminuição da força em deltóide. Atendido pela neurologia foi feita hipótese de plexopatia braquial superior, tratado com antiinflamatório, porém evoluiu com piora, acometendo o membro superior esquerdo, apresentando dores locais intensas e diminuição do tônus muscular também em bíceps e cintura escapular. A princípio foi acompanhado ambulatorialmente realizando eletroneuromiografia para investigação compatível com neuropatia do plexo braquial (causa infecciosa, neoplásica, paraneoplásica?). Apresentou ainda RX tórax com infiltrado intersticial retículo-nodular e RNM coluna cervical sugestiva de processo infiltrativo ou processo específico. Com piora das dores, da fraqueza muscular, dispnéia e emagrecimento de 20kg, foi internado pela neurocirurgia para avaliação, possível exploração cirúrgica de corpos vertebrais e investigação diagnóstica. Após interconsulta pela pneumologia, para avaliação dos achados radiológicos, foi realizado Tomografia computadorizada de Tórax que demonstrou múltiplas pequenas opacidades nodulares difusamente distribuídas para ambos campos pulmonares medindo em média 0,5cm cada uma. Feito hipótese diagnósticas de Tuberculose miliar com acometimento ósseo, optou-se por iniciar prova terapêutica para Tuberculose com esquema triplice e adiar exploração cirúrgica. Após uma melhora inicial, o paciente retorna no segundo mês de tratamento na emergência em uso das medicações, com piora das queixas, além de hiporexia, delírios, febre e prostração. Re-internado para reavaliação diagnóstica e tratamento, evoluiu com insuficiência respiratória e óbito. **Resultados:** Necropsia demonstrando Neoplasia multinodular bilateral e imunohistoquímica de tecido pulmonar, carcinoma bronquioloalveolar metastático. **Conclusão:** O infiltrado micronodular é uma manifestação atípica de neoplasia, mesmo entre o carcinoma bronquioloalveolar que possui diversas apresentações. O CBA pode simular inúmeras patologias, dificultando assim o diagnóstico precoce.

PO332 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA

Lavor NP, Jeunon AS, Gonçalves ACG, Medeiros CCQ, Lima CHS, De Araújo IG, De Sousa RM, Trindade RPA

Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande, PB, Brasil.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Atípico; Biópsia

Introdução: As neoplasias pulmonares são um problema de saúde pública global. São os mais frequentes tipos de câncer em todo o mundo e sua incidência, especialmente em mulheres, tem aumentado. O adenocarcinoma broncogênico corresponde ao segundo lugar em frequência (20% dos casos), variando de bem a pouco diferenciado. Sua localização

mais freqüente é periférica, com padrão de crescimento estenosante ou vegetante em relação ao brônquio de origem e compressivo em relação ao tecido pulmonar. A velocidade de crescimento local é lenta e o indivíduo segue assintomático ou com sintomas tardios à despeito de seu desenvolvimento. A apresentação radiológica normalmente é caracterizada por um nódulo solitário acompanhada de linfadenomegalia mediastinal e massas hilares. **Objetivos:** Relato de Caso. **Métodos:** I.G.S., 69 anos, masculino, natural de Campina Grande, procedente de Queimadas-PB, admitido em 28/06/06 no Hospital Universitário Alcides Carneiro, relatando tosse seca há um ano, acompanhada de perda ponderal de sete kg em dois meses e febre há 30 dias. Não referia outras queixas. Negava tabagismo. No momento da admissão, apresentou RX com infiltrado alvéolo-intersticial em AHT sugestivo de TB ou infecção fúngica. À ausculta pulmonar, murmúrio vesicular rude, com estertores e sibilos em AHT. Sinais de dispnéia leve. Evoluiu sem intercorrências. Foram solicitados exames para investigação, que inicialmente sugeriam uma doença inflamatória pulmonar, porém a biópsia a céu aberto diagnosticou uma neoplasia. Paciente foi encaminhado para serviço especializado em oncologia para avaliação e tratamento, onde permaneceu internado por nove dias, evoluindo com piora clínica acentuada, dor epigástrica e desconforto respiratório dependente de O₂. Não houve indicação de quimioterapia por não apresentar condições clínicas. Evoluiu para óbito no nono dia de internação. **Resultados:** Leucograma (15400, 77, 12); VSH (40); fosfatase alcalina (179); DHL (964); baciloscopias (três amostras negativas); tomografia computadorizada (presença de extensas áreas de consolidação no parênquima pulmonar, esparsas e confluentes, predominando no lobo inferior direito, notadamente nos segmentos posteriores e centrais, com broncogramas aéreos de permeio, associados a tênues opacidades do tipo vidro fosco, nódulos com contornos espiculados na cortical de ambos os pulmões, predominando à esquerda. Imagens sugestivas de linfonomegalia em situação periaórtica e na janela aorto-pulmonar). Descrição sugerindo processo inflamatório. Realizou biópsia a céu aberto que revelou adenocarcinoma túbulo papilífero bem diferenciado, com áreas de diferenciação escamosa infiltrando difusamente o parênquima e a pleura. Neoplasia estendendo-se à margem cirúrgica de ressecção. **Conclusão:** A relevância desse caso consiste na apresentação atípica do quadro, adiando o diagnóstico definitivo e o tratamento adequado, o que talvez tenha corroborado para o óbito do paciente.

PO333 EXPERIÊNCIA DE 21 PACIENTES COM NÓDULO PULMONAR, AVALIADOS COM PET-CT

Kissmann G, Martins RC, Barbosa da Fonseca LM, Almeida SA, Nigri DH, Addor G, Barros Franco CA

PUC-RIO/Hospital Samaritano, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: PET-CT; Nódulo pulmonar; Câncer de pulmão

Introdução: O câncer de pulmão é uma das doenças neoplásicas de maior prevalência no mundo, com alto índice de mortalidade. O diagnóstico precoce de um nódulo pulmonar maligno está diretamente relacionado ao prognóstico. **Objetivos:** Avaliar a exatidão diagnóstica da tomografia por emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada (PET-CT) no diagnóstico do carcinoma de pulmão não pequenas células, em pacientes com nódulo pulmonar. **Métodos:** Estudo retrospectivo, monocêntrico, com análise de prontuários, entre março 2005 e julho de 2006. Incluídos os pacientes que apresentavam nódulo pulmonar, sem evidência de doença extratorácica, história pregressa de neoplasia e ainda sem confirmação diagnóstica com histopatologia, até o momento da realização do exame. Foram considerados resultados positivos os exames na qual o consumo estandarizado de glicose (SUV) marcada com flúor 18 (FDG[18F]) foi maior ou igual a 2,5. Considerados negativos os exames com SUV abaixo deste valor ou não captantes. Todos os exames foram analisados e interpretados levando em consideração a história clínica dos pacientes e o aspecto radiológico dos nódulos. **Resultados:** Incluídos 21 pacientes, sendo 12 homens e 9 mulheres, com idades entre 45 e 82 anos. Entre os 9 pacientes com exame positivo, todos realizaram biópsia, 5 tinham adenocarcinoma, 2 carcinoma bronquioloalveolar, 1 linfoma não Hodgkin e 1 histoplasmose. Doze pacientes tiveram exame com baixa captação ou sem captação, destes 2 realizaram biópsia, sendo um adenocarcinoma e o outro tuberculose, todos os outros completaram 1 ano de acompanhamento e não apresentaram alteração do nódulo na TC de tórax. A análise dos dados mostrou que o uso deste método na avaliação de nódulos pulmonares apresenta uma sensibilidade de 88,8%, especificidade de 83,3%, valor preditivo positivo de 80% e valor preditivo negativo de 90,9%, a exatidão diagnóstica foi de 85,7%. **Conclusão:** Os dados preliminares do estudo mostram que PET-CT é um método promissor, que apresenta uma boa exatidão diagnóstica para câncer de pulmão em pacientes com nódulo pulmonar.

PO334 SINERGISMO ENTRE GEFITINIBE E PEMETREXEDE NO TRATAMENTO QUIMIOTERAPÊUTICO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tratamento; Inibidores de tirosina-quinase

Introdução: Atualmente, docetaxel, pemetrexede e erlotinibe são considerados para o tratamento sistêmico de segunda linha em portadores de CPCNP. Para o tratamento de terceira linha, apenas o erlotinibe está aprovado. Em recente estudo, envolvendo cultura de células previamente resistentes à ação de inibidor de tirosina-quinase do EGFR, Li et col.(1) demonstraram, in vitro, um significativo sinergismo no efeito citotóxico induzido pelo uso concomitante de erlotinibe e pemetrexede. A superação de resistência primária e secundária ao erlotinibe, pela provável manipulação das mutações de K-Ras e EGFR, em linhagens celulares de CPCNP após exposição ao pemetrexede, poderá ajudar a definir uma nova sequência de tratamento e adicionar esperança aos pacientes portadores de tumores resistentes a múltiplas drogas. **Objetivos:** Apresentamos dois casos de nossa experiência que enfocam esse problema. **Métodos:** Apresentação de Caso 1: AJS, 57 anos, médico, não fumante, PSK = 90%, portador de carcinoma bronquiolo-alveolar, estágio clínico IV, iniciou tratamento em 15/07/04. Recebeu quatro ciclos de CDDP 80mg/m² d1 plus gencitabina 1500mg/