

gicamente observou-se opacidade, espessamento pleural, derrame pleural, consolidação e infiltrado pulmonar. O diagnóstico foi feito por exame micológico direto e cultivo de fragmento pleural e secreção da cavidade pleural, sendo *A. fumigatus* o agente isolado. Os tratamentos utilizados foram anfotericina, itraconazol e lobectomia (1/5); itraconazol, lobectomia e pleurostomia (1/5); lobectomia e pleurostomia (1/5); itraconazol (1/5); pleurostomia e decorticação pulmonar (1/5). Quatro pacientes tiveram alta hospitalar em bom estado e um foi a óbito. Discussão: Em raras circunstâncias BF está localizada no espaço pleural, o que ressalta a importância de documentar estes casos.

DESCRITORES DE DISPNEIA EM PACIENTES ASMÁTICOS

DIEGO BONIATTI RIGOTTI; MARIA ÂNGELA MOREIRA, AMANDA COSTA, LETÍCIA PEREIRA, DANIEL SPADER, SÉRGIO MENNA-BARRETO

Introdução: A asma é uma doença respiratória em que a dispnéia é um sintoma importante para ser avaliado. Existem métodos subjetivos e objetivos para esta avaliação. **Objetivos:** Comparar vários critérios de avaliação da dispnéia aplicados a pacientes asmáticos correlacionando-se com a gravidade da asma. **Metodologia:** Em pacientes do ambulatório de asma do HCPA, avaliamos a dispnéia por 4 critérios: expressão referida pelo paciente, a escala visual analógica de Borg (0 a 10), a escala MMR (1 a 4) e o Pico de Fluxo (PF). A análise dos dados foi realizada em um mesmo momento. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 38 pacientes asmáticos com média de idade de 53 anos, 8 homens e 30 mulheres. Em relação à gravidade da asma: 12 persistente grave (PG), 11 persistente moderada (PM) e 15 persistente leve (PL). A dispnéia foi descrita como falta de ar por 31, dificuldade de respirar por 17, cansaço por 11, opressão no peito por 11, sufocamento por 8, fôlego curto por 8 e fome de ar por 5. A média do Borg e do PF medido foi respectivamente: 2 e 355L/min no L, 2,5 e 297L/min no M, e 3 e 217L/min no G. No MMR incluímos: 9 no nível I, 13 no nível II, 13 no nível III e 3 no nível IV. Correlacionando-se os descritores, encontramos: correlação significativa entre o PF e o MMR ($r=-0,52$ $p=0,001$), entre o PF e o Borg no nível IV do MMR ($r=-0,87$ $p=0,02$) e entre o PF e o Borg nos pacientes com asma PM ($r=-0,68$ $p=0,02$). **Conclusões:** Na amostra estudada os termos falta de ar e dificuldade para respirar foram os mais lembrados, a escala MMR refletiu melhor o índice quantitativo representado pelo PF e a escala analógica de Borg não conseguiu refletir a realidade funcional do paciente.

AVALIAÇÃO DA FORÇA DOS MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS EM ADULTOS ASMÁTICOS

MARIA ÂNGELA MOREIRA; PAULINE ZANIN, RENATA HECK, HENRIQUE DARTORA, LUCIANA TESSER, SÉRGIO MENNA BARRETO

O aumento da força dos músculos respiratórios representa uma resposta adaptativa à obstrução das vias aéreas. A asma aumenta a carga da bomba ventilatória por causar aumento da resistência das vias aéreas, volumes pulmonares e ventilação minuto. Os músculos inspiratórios suportam a maioria desta carga, enquanto o recrutamento dos músculos expiratórios é relativamente menor. Há possibilidade que ocorra fraqueza ou fadiga da musculatura inspiratória na asma contribuindo para piora da dispnéia e insuficiência ventilatória.

Objetivo: Avaliar o comportamento da pressão inspiratória máxima (PI_{max}) e da pressão expiratória máxima (PE_{max}) em pacientes asmáticos com obstrução das vias aéreas de graus variados (classificadas em: leve (DVOL), moderada (DVOM) e grave (DVOG) de acordo com as DFPF de 2002. **Metodologia:** Incluímos no estudo pacientes asmáticos adultos submetidos à espirometria e mensuração das pressões respiratórias máximas, na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA. Usamos equipamentos da marca Jaeger. Os exames foram realizados antes e após 20 minutos do uso do broncodilatador (BD). **Resultados:** O grupo ficou constituído de 89 pacientes (55 mulheres e 34 homens) com média de idade de 52 anos. Encontramos 24 indivíduos com espirometria normal (N) e 65 com DVO: 30 leves, 14 moderados e 21 graves. A PE_{max} média foi 87cmH₂O nos N, 75 cmH₂O no DVOL, 73 cmH₂O no DVOM e 63 cmH₂O no DVOG. A PI_{max} média foi 79cmH₂O nos N, 59 cmH₂O no DVOL, 53 cmH₂O no DVOM e 47 cmH₂O no DVOG. VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1ºsegundo) foi 2461mL nos N, 1720mL no DVOL, 1168mL no DVOM e 909mL no DVOG. A CV (Capacidade Vital) foi 3359mL nos N, 2465mL no DVOL, 1950mL no DVOM e 1723mL no DVOG. A correlação da PE_{max} com o VEF1 foi significativa nos pacientes com DVOG ($r=0,679$, $p<0,05$). **Conclusão:** Na amostra estudada, os resultados sugerem que o aumento da obstrução (evidenciada pela redução do VEF1) e a redução da PI_{max} estão correlacionados. A PE_{max} só apresentou redução quando relacionada à obstrução nos pacientes mais graves.

AVALIAÇÃO DO TESTE CUTÂNEO EM CRIANÇAS E ADULTOS COM ASMA ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HCPA

LETICIA KRAMER PEREIRA; MARIA ÂNGELA MOREIRA; AMANDA LUCAS DA COSTA; RAFAEL NOCHANG PEREIRA; SÉRGIO MENNA BARRETO

Introdução: A presença de atopia é sempre investigada em pacientes com sintomas respiratórios. O teste cutâneo (TC) é um dos parâmetros utilizados na avaliação deste perfil. As crianças e adultos encaminhadas para o teste geralmente apresentam características diferentes.