

inferior a 100 células/mm³, e o tratamento nas formas leves ou moderadas é o Fluconazol ou Itraconazol, já na forma grave é Anfotericina B. CITOMEGALOVIRESE: É um vírus do grupo herpes, muito prevalente na população, ocorrendo em indivíduos com linfócitos CD4 abaixo de 50 células/mm³. Os sintomas incluem febre, perda de peso e dispnéia de esforço. A sorologia não é útil, a antigenemia não permite afirmar a existência de lesão pulmonar e somente a biópsia com demonstração de inclusões intracelulares de CMV define o diagnóstico. O CMV raramente surge de forma isolada, e para seu tratamento foi aprovado ganciclovir e foscarnet. Conclusão: Diante de um paciente imunocomprometido pelo HIV com infecção pulmonar é importante considerar a possibilidade de infecção por múltiplos microorganismos e incluir sempre no diagnóstico diferencial.

PO358 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA DIAGNOSTICADA POR BIÓPSIA DE LESÃO DE LÁBIO

JULIANO SOUSA DE CARVALHO; RAQUEL FELISARDO ROSA; CAROLINA LIMA DIAS CARVALHO; FELIPE DRUMMOND TANOS LOPES; FÁBIO JÚNIOR VIDEIRO BARBOZA PAULA; DANIEL LAGE DE ASSIS ROCHA; JULIO CÉSAR MARTINS COSTA; ALEXANDRE MARCOS BARBOSA DELGADO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE E CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; LESÃO DE LÁBIO; MICOSE PULMONAR

Introdução: A infecção pelo *Histoplasma capsulatum* em área endêmica é bastante comum. A maioria dos pacientes é assintomática ou apresenta sintomas leves que não são diagnosticados. A gravidade da doença depende da intensidade da exposição, da quantidade de esporos inalados e da imunidade do hospedeiro. Em indivíduos saudáveis é comum infecção assintomática. Quando ocorre intensa exposição, os indivíduos podem apresentar doença pulmonar grave. Os achados radiológicos mais frequentes são as adenomegalias hilares bilaterais como infiltrado reticulonodular bilateral. **Objetivos:** descrever caso de histoplasmoze pulmonar e de orofaringe. **Descrição de caso clínico:** Paciente OPC, 47 anos, proveniente de zona rural da macroregião de Teófilo Otoni, MG com história de emagrecimento importante, febre esporádica, adinamia, perda de apetite, diarreia crônica e dispnéia aos esforços associado a lesões de orofaringe (língua e lábios com evolução de cerca de 01 ano. Feito vários atendimentos no centro de saúde de sua cidade sem melhora do quadro, quando foi encaminhado para realizar biópsia de lesão da ponta de língua e lábios em Teófilo Otoni- MG (Doença Conspuiva ?). Deu entrada na Santa Casa de Belo Horizonte em novembro de 2008 em precário estado geral, apático, com ingestão somente de líquidos. Radiografia de Tórax: infiltrado Intersticial predominantemente micronodular acometendo todo o hemitórax direito e campos pulmonares médio e inferiores a esquerda. Biópsia (05 /11/ 2008): após coloração de lamina confeccionadas com exsudato de raspado da ponta de língua e bordas de lesões dos lábios, o estudo microscópico revelou a presença de células leveduriformes no interior de macrófagos e células gigantes, características de *Histoplasma capsulatum*. Iniciado tratamento imediato com Itraconazol com melhora do estado geral do paciente associado a melhora radiológica e das lesões de orofaringe. **Conclusão:** O caso

evidencia a importância da equipe médica fazer diagnóstico diferencial com micoses pulmonares para todo paciente com acometimento pulmonar arrastado. Referência Bibliografia:

1. Prática Pneumologia. Sérgio Saldanha Menna Baretto, Jussara Fiterman e Marina Andrade Lima.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2. Pneumologia - Diagnóstico e tratamento. Mauro Zamboni e Carlos Alberto Pereira. São Paulo: editora Atheneu, 2006 3. Doenças Pulmonares Affonso Berardinelli Tarantino. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan,2008.

PO359 IMPACTO DA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA INADEQUADA E DE SUA MODIFICAÇÃO ATRAVÉS DO ANTILOGRAMA NA PNEUMONIA NOSOCOMIAL

KAROLINE GABRIELA DALLA ROSA; JULIANA MASTELLA SARTORI; CARINA TORRES SANVICENTE; ELYARA FIORIN PACHECO; LUÍS FRANCISCO RAMOS LIMA; MAURO ANTÔNIO FERNANDES JR; VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA; RENATO SELIGMAN

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA NOSOCOMIAL; ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA; ANTILOGRAMA

Introdução: A Pneumonia adquirida no hospital (PAH) é a segunda maior causa de infecção nosocomial, sendo responsável por 15% dessas, e apresenta a maior taxa de mortalidade dentre as infecções hospitalares. A mortalidade total pode atingir de 30 a 70% e a mortalidade relacionada à PAH é estimada entre 33 e 50%. A PAH também está associada à maior tempo de internação, o que torna relevante o custo a ela atribuído. A frequência de PAH devido a germes multirresistentes (GMR) tem aumentado dramaticamente, podendo apresentar variações segundo a instituição, população, exposição a antibióticos e tipo de internação. **Objetivos:** Determinar o impacto da antibioticoterapia empírica inicial (AE) e da sua modificação após antibiograma em relação à mortalidade dos pacientes com PAH no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Métodos:** Foram revisados os prontuários de 140 pacientes hospitalizados no HCPA de 2007 a 2009, com diagnóstico de PAH e exame cultural microbiológico (de escarro ou sangue), configurando uma subanálise dentro de um estudo de coorte retrospectivo. A análise estatística foi realizada com o teste qui-quadrado. **Resultados:** Dos 140 pacientes com PAH incluídos no estudo, houve infecção por GMR em 59 (42,1%) e infecção por germe sensível em 81 (57,9%). A taxa de mortalidade total foi de 44,3% e a taxa de mortalidade atribuída a PAH foi de 22,1%. A inadequação da AE pode ser verificada em 83 pacientes (os demais não possuíam antibiograma ou o antibiótico utilizado empiricamente não foi testado no exame). A AE foi inadequada em 42 pacientes (50,6%). Este grupo apresentou 18 óbitos (42,9%), contra 14 óbitos (34,1%) no grupo com AE adequada (p=0,200). A modificação da AE após o antibiograma, tanto por desescalamento quanto por inadequação do tratamento, ocorreu em 102 dos 140 pacientes incluídos no estudo (72,9%). Nesse grupo, houve 46 óbitos (45%), enquanto no grupo que manteve a AE houve 16 óbitos (42%) (p=0,751). **Conclusão:** Podemos observar uma alta prevalência de GMR causadores de PAH nessa coorte e uma taxa de mortalidade importante atribuída à doença. Metade dos pacientes recebeu AE inadequada, o que impactou em uma tendência a maior mortalidade neste grupo, em comparação com os que receberam AE adequada, dado em concordância com a literatura. Por outro lado, mais

de 70% dos pacientes com antibiograma sofreram alteração em seu tratamento, recebendo terapia específica, não sendo encontrada diferença nas taxas de mortalidade em relação aos pacientes tratados empiricamente durante todo o curso da infecção. Há que se ressaltar que se trata de uma subanálise do estudo, com menor poder para identificar diferenças estatisticamente significativas. A análise de adequação da AE é de extrema relevância no aumento da sobrevida dos pacientes com PAH. Protocolos institucionais devem ser criados com base na flora bacteriana local e no seu perfil de risco para multiresistência a fim de se estabelecer a melhor terapia antibiótica empírica possível.

P0360 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM PNEUMONIA ATENDIDOS EM PRONTO-SOCORRO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

THALITA DE OLIVEIRA MATOS; THIAGO FILTELMAN PADILHA; GUSTAVO PEIXOTO MARTINS; EDLON LUIZ LAMOUNIER JUNIOR; JOAO AUGUSTO ROCHA RIBEIRO AZEVEDO; PAULA DE ALENCAR VELOSO; GUSTAVO AMARAL MODESTO; MARCELO FOUAD RABAH
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; EMERGENCIA; UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Introdução: A estratégia da OMS instituída PAL (Practical Approach to Lung Health) busca padronizar a conduta médica diante de pacientes com sintomas respiratórios (SR) que são recebidos no atendimento primário. Um dos focos da estratégia PAL, a Pneumonia Adquirida na Comunidade, continua sendo uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. Atingir os Objetivos da PAL pode contribuir para um melhor atendimento dos pacientes com SR no serviço de assistência primária e, dessa forma diminuir seus efeitos e custos. **Objetivos:** Estimar a proporção de pacientes com diagnóstico de pneumonia entre os indivíduos atendidos em um pronto-socorro de Unidade Básica de Saúde na cidade de Goiânia. **Métodos:** Foi realizada aplicação de questionários em quatro meses, um em cada estação do ano. Todos os pacientes que procuravam atendimento médico no pronto-socorro do CIAMS Novo Horizonte em Goiânia eram abordados (triagem), os pacientes que afirmavam estar com algum sintoma respiratório eram convidados a participar do estudo e responder o questionário do estudo. Os dados foram tabulados e analisados no programa "SPSS Version 11.0". **Resultados:** A Entrevista de triagem foi realizada em 3158 pacientes, 438 (13,9%) afirmaram sintomas respiratórios e 359 aceitaram participar do estudo. Houve maior proporção de atendimentos com sintoma respiratório no inverno: 21,7%, seguido do outono: 12,3%, verão, 11,9%; e Primavera, 8,5%. A maioria dos sintomáticos respiratórios eram mulheres e os pacientes com idade de 18 a 60 anos representaram 70,4% das consultas. O sintoma mais prevalente foi tosse (91%), seguido falta de ar (63,2%), febre (62,5%) e chiado no peito (47,1%). Dos pacientes que tiveram seus diagnósticos registrados 24 receberam diagnóstico de pneumonia (14,5%), sendo que 58,3% eram mulheres. O sintoma mais referido pelos pacientes com pneumonia foi tosse (91,7%), sendo que em 68,2% a tosse era produtiva. A maioria dos indivíduos (72,8%) buscou atendimento com até 10 dias de evolução do quadro. Entre os indivíduos com esse diagnóstico, 41,7% relataram possuir doença respiratória prévia. Desses 24 pacientes, apenas um necessitou ficar em observação na unidade devido à gravidade do caso. **Conclusão:** Sintoma respiratório é uma causa de grande número de atendimentos

em unidades de emergência e em nossa região, mesmo não tendo grandes diferenças entre as estações, no "inverno" foi observado um aumento de casos no atendimento por sintoma respiratório e também nos casos de pneumonia. Esses dados sinalizam para a implementação da estratégia PAL nas unidades de emergência, para maior controle e abordagem dessas enfermidades.

P0361 É SEMPRE BOM LEMBRAR A SÍNDROME DE GOOD NA SUSPEITA DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

THIAGO PRUDENTE BARTHOLÓ; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; ROGÉRIO RUFINO; ROBERTA RIGUEIRA; BRUNO WAJSBROT; HAROLDO COELHO DA SILVA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE GOOD; PNEUMOCISTOSE; IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

Introdução: A síndrome de Good é um tipo de imunodeficiência primária que gera alteração da imunidade tanto celular quanto humoral. Frequentemente se apresenta em adultos e está relacionada ao timoma. A susceptibilidade às infecções e as alterações auto-imunes são frequentes. **Relato de Caso:** Homem 43 anos portador de Miastenia gravis e passado de timectomia por timoma benigno há 10 anos foi internado para investigação de tosse produtiva, febre diária e dispnéia progressiva. Relatava três internações prévias nos últimos oito anos por pneumonia. Ao exame notava-se discreta palidez e à ausculta pulmonar, sibilos associados a estertores crepitantes em hemitórax direito. Os exames de imagem do tórax evidenciaram infiltrado alveolar difuso, condensações em lobo superior direito, regiões peri-hilares e base esquerda. Após 14 dias de esquema para pneumonia comunitária o paciente mantinha febre e o mesmo padrão radiológico. Hemoculturas foram negativas, o PPD não reator e o anti-HIV negativo. Escarro induzido e o lavado broncoalveolar - BAAR negativo e pesquisa direta para fungo negativa. Biópsia transbrônquica revelou grande quantidade de fungos e as colorações realizadas positivas para *Pneumocystis jirovecii*. Neste contexto a hipótese de síndrome de Good foi aventada e confirmada a partir da dosagem de eletroforese de proteína e da relação CD4/CD8 séricos. O paciente recebeu tratamento para pneumocistose e permanece estável em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A síndrome de Good é classificada pela OMS como uma imunodeficiência primária. Apresenta incidência equivalente entre homens e mulheres e geralmente aparece entre as 4ª e 5ª décadas de vida. A patogênese permanece desconhecida. Dentre as manifestações clínicas destacam-se timoma, infecções e alterações da autoimunidade. Timoma pode preceder o diagnóstico, ocorrer simultaneamente ou até se manifestar tempos depois. As manifestações clínicas que dominam o quadro são as infecciosas, observando-se uma susceptibilidade aumentada a bactérias, fungos, vírus e agentes oportunistas, relacionada tanto à imunodeficiência humoral quanto celular. O acometimento do trato respiratório alto ou baixo é o mais rotineiro. Dentre as alterações da auto-imunidade, a de maior destaque é a Aplasia eritróide pura, seguida pela Miastenia gravis. Laboratorialmente caracteriza-se por hipogamaglobulinemia, células B ausentes ou em quantidade reduzida, defeitos variáveis na imunidade celular, linfopenia de CD4, inversão da relação CD4/CD8 e redução da resposta proliferativa das células T. O manejo dos pacientes se faz através de timectomia, terapia de reposição com imunoglobulina venosa e atenção às profilaxias para