

terapia de reposição hormonal, nega tabagismo. Apresentou pneumotórax espontâneo acentuado à esquerda registrado em radiografia de tórax em 02/03/06. Submetida à toracoscopia com significativa melhora clínica e registro radiográfico de 04/06/06 com expansão pulmonar quase total à esquerda. Em 06/03/06 em tomografia computadorizada de tórax evidenciou-se pequeno pneumotórax no lado esquerdo com dreno tubular adjacente. Assim como múltiplas imagens hipoatenuantes de paredes finas com distribuição randômica em ambos os campos pulmonares com aspecto de cistos. Submetida a segmentectomia com pleurodese no dia 8 de março de 2006. Após o procedimento cirúrgico até a presente data não houve recorrência do pneumotórax. **Conclusão:** A Linfangioleiomiomatose é uma doença cística pulmonar incomum que afeta predominantemente mulheres jovens, causando dispnéia progressiva e falência respiratória. A apresentação histopatológica da doença são espaços aéreos dilatados e infiltração difusa do interstício pulmonar com atípicas células musculares lisas. A paciente aqui relatada apresentava múltiplos cistos pulmonares. O pneumotórax é uma complicação freqüente dessa doença, evidenciada nessa paciente, que ocasiona morbidade significativa. Dois terços das pacientes apresentam pneumotórax e 70% dessas mulheres terão pneumotórax recorrente, seja ipsilateral ou contralateral. A conduta para o tratamento e prevenção da recorrência do pneumotórax é controversa. Intervenções na pleura como pleurodese, ablação pleural e pleurectomia parcial são freqüentemente empregadas na condução do pneumotórax recorrente na Linfangioleiomiomatose. Nossa paciente foi submetida à segmentectomia com pleurodese obtendo boa resposta clínica.

PO389 PNEUMOPATIA DIFUSA ASSOCIADA AO USO CRÔNICO DE ATENOLOL

Gazzana MB, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Atenolol; Doença pulmonar intersticial; Infiltrado pulmonar

Introdução: As doenças pulmonares associadas ao uso de fármacos são freqüentes. Entretanto, ocorrem geralmente após as primeiras semanas de uso da medicação. Os betabloqueadores estão associados sobretudo a broncoespasmo, e mais raramente a pneumopatias intersticiais. **Objetivos:** Relatar um caso de um paciente que desenvolveu infiltrado pulmonar difuso por uso crônico de atenolol. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Lung Disease, Intersticial; Atenolol) e site Pneumotox (www.pneumotox.com). **Resultados:** Paciente masculino, adulto, hipertenso de longa data, em uso de atenolol há muitos anos, iniciou com dispnéia progressiva e tosse seca. Trazia Rx de tórax com infiltrado pulmonar difuso. Negava febre ou sintomas constitucionais. Havia usado antibiótico com cobertura para germes atípicos sem melhora. Também tinha RX tórax do ano anterior normal. Provas de função pulmonar demonstraram capacidade de difusão pulmonar reduzida. TC de tórax revelou infiltrado pulmonar em vidro despolido bilateral. Paciente negou-se a qualquer procedimento invasivo (fibrobronoscopia, biópsia pulmonar cirúrgica). Foi suspenso atenolol, com melhora clínica, radiológica e das provas funcionais pulmonares em poucas semanas. Não houve necessidade do uso de corticóide sistêmico. Optou-se por não reintroduzir a medicação como contra-prova. **Conclusão:** O uso crônico de beta-bloqueadores (atenolol) pode estar associado ao desenvolvimento de pneumopatia difusa, sendo que a suspensão do mesmo é o tratamento de escolha.

PO390 GRANULOMA PULMONAR HIALINIZANTE

Alves JR¹, Farinazzo A², Farinazzo BAB³, Alves SA⁴

1.4. Centro do Pulmão, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2. CLIA, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3. FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Granuloma pulmonar hialinizante; Nódulos; Colágeno

Introdução: O granuloma pulmonar hialinizante (GPH) tem etiologia desconhecida. Sua primeira descrição foi em 1977 por Engleman e colaboradores. Desde então não mais que 70 casos foram relatados na literatura mundial e brasileira. Sua apresentação clínica é benigna com pacientes assintomáticos (25% dos casos) ou com sintomas não específicos como tosse, fadiga, febre e dor pleurítica. Radiologicamente revela nódulos múltiplos, bilaterais e bem circunscritos acometendo qualquer lobo podendo aumentar em tamanho e número que são interpretados erroneamente como carcinoma metastático ou tuberculose. Histologicamente a doença se caracteriza por depósitos e amadurecimento do colágeno em formas nodulares com reação inflamatória crônica inespecífica de intensidade variável, podendo ser falsamente atribuídos à Amiloidose. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** C.N.M., sexo masculino, 55anos, trabalhou em mina ametista por 6 anos. Referia há 6 meses tosse seca e dispnéia aos médios esforços. Na tomografia computadorizada de tórax de 14/12/2005 é relatada a presença de massas acometendo os lobos superiores, inferiores e médio cursando com broncogramas aéreos e redução volumétrica. Existem opacidades em vidro fosco adjacentes às lesões e nos lobos inferiores. Relatório de exame anatomopatológico de 14/07/2005: Presença de granulomas formados por raros histiócitos epitelióides e linfócitos na periferia, com porção central exuberante, exibindo colágeno hialinizado, esclerótico, disposto em faixas largas de coloração fortemente eosinofílica. Por entre esse colágeno observa-se material granular, eosinofílico, de aspecto necrótico. Diagnóstico: Granuloma Hialinizante Pulmonar. **Conclusão:** O granuloma pulmonar hialinizante (GPH) consiste de nódulos de crescimento lento. O diagnóstico diferencial inclui principalmente neoplasia, nódulos reumatóides, tuberculose, amiloidose, sarcoidose, granulomatose de Wegener e histoplasmose. Todas essas doenças podem ser consideradas pelas suas características clínicas, biológicas, bacteriológicas, radiológicas e anatomopatológicas. Os casos relatados são em adultos jovens e de meia-idade. Os pacientes são assintomáticos ou se apresentam com sintomas inespecíficos como tosse, fadiga, dor torácica vaga e febre. Aparentemente não tem predileção por sexo ou raça. A radiografia de tórax revela freqüentemente nódulos pulmonares múltiplos e bilaterais, lesões solitárias são raras. As lesões tendem a crescer gradativamente. Possuem margens bem definidas, podendo ocorrer cavitação em alguns casos raros. Os achados patológicos são de nódulos com margens bem definidas com centros consistindo de colágeno hialino lamelar denso rodeados e separados

por células do plasma, linfócitos e histiócitos. Focos de necrose isquêmica e calcificação são descritos. Na periferia células gigante do tipo corpo estranho estão presentes. No caso relatado, foram descritos granulomas formados por histiócitos e linfócitos na periferia, com porção central contendo colágeno hialinizado, esclerótico. Por entre esse colágeno observou-se material granular, eosinofílico, de aspecto necrótico. O GPH aparentemente tem uma evolução benigna e nenhuma morte foi relatada. Ressecção das lesões solitárias tem excelente prognóstico, e nos casos de nódulos múltiplos aproximadamente metade aumentam progressivamente e os demais regredem ou permanecem estáticos. Os pacientes obtêm resposta clínica com o uso de corticóides. Por apresentar tal resposta, a etiologia e patogênese dessa doença poderiam estar relacionadas com a imunidade. Alguns casos relatados na literatura mostraram testes imunológicos alterados sugerindo um estado hiperimune.

PO391 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR: DOR TORÁCICA COMO SINTOMA PRINCIPAL

Gazzana MB, Silveira MM, Garcia SB, Perin C, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Proteinose alveolar; Infiltrado pulmonar; Dor torácica

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar é uma doença pouco freqüente, de sintomatologia inespecífica e caracterizada pelo preenchimento dos espaços alveolares por material lipoproteínico. **Objetivos:** Relatar um caso de proteinose alveolar pulmonar em que a queixa principal caracterizou-se por dor torácica. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Pulmonary alveolar proteinosis, intersticial lung disease, lipoproteinaceous material). **Resultados:** Paciente masculino, 26 anos, comerciante, interna para investigação de quadro de dor torácica pré-cordial e retroesternal em aperto, sem relação com esforço físico, associado à tosse seca e dispnéia leve com dois meses de evolução. Exame físico na baixa sem anormalidades. ECG sem alterações. Raio X tórax inicial demonstrava infiltrado alveolar difuso e tomografia com técnica de alta resolução a presença de áreas em vidro despolido superpostas a septos interlobulares espessos, esparsos, predominando na metade inferior dos pulmões (padrão de pavimentação maluca). Realizado fibrobronoscopia com presença de material amorfo, insolúvel e proteínico no lavado broncoalveolar, compatível com o diagnóstico de proteinose alveolar. Exame anatomopatológico por biópsia transbrônquica confirmou achados. Resultado do teste anti-HIV negativo. Provas de função pulmonar (capacidade de difusão, volumes pulmonares e espirometria) foram normais. Após realização dos exames, recebeu alta para seguir acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A proteinose alveolar pulmonar apresenta sintomatologia clínica inespecífica, sendo a dispnéia e tosse seca os sintomas mais prevalentes. A presença de dor torácica, apesar de rara, pode ocorrer nesta doença.

PO392 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE APÓS TRATAMENTO PARA INFERTILIDADE. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Macedo AG, Nunes de Aguiar VA, Rodrigues JEG, Iglesias AM, Eclissato PR, Siqueira MA

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; Hormonioterapia; Indução hormonal

Introdução: A linfangioleiomiomatose é uma doença de etiologia desconhecida, porém com sabida relação hormonal. Esta relação se torna evidente qdo biópsia demonstrando receptores hormonais +. **Objetivos:** Descrever caso de paciente de 40 anos que abriu quadro clínico de LAM após tratamento de infertilidade com revisão literária quanto a sua incidência e opções terapêuticas para mesma. **Métodos:** Relato de caso e revisão sistemática da literatura. **Resultados:** A literatura em relação a LAM no é muito extensa. Sua manifestação é realmente em mulheres de idade fértil e os relatos de exacerbação ou abertura de quadro após indução hormonal são apenas isolados não tendo grandes séries na literatura. As opções terapêuticas resumem-se a castração hormonal e ooforectomia bilateral sendo a última preferível pois a castração hormonal pode ter efeito rebote. **Conclusão:** Concluímos ser um fator de risco importante a indução hormonal para infertilidade sendo que deve ser um cuidado a ser tomado nesta situações. As opções terapêuticas reservam-se a bloqueio hormonal.

PO393 GRANULOMATOSE DE WEGENER-RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO FATAL

Macedo AG, Nunes de Aguiar VA, Rodrigues JEG, Iglesias AM, Eclissato PR, Fernandes JL

Da Silva GG, Lajarin VS

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener; Evolução fatal; Insuficiência renal

Introdução: Em 1963 foi descrita uma doença em poucos pacientes e foi caracterizada por uma vasculite necrotizante granulomatosa de vias aéreas superiores e inferiores assim como uma glomerulonefrite. Esta descrição foi subsequentemente confirmada acometendo homens e mulheres em mesma incidência. Por ser uma doença de descrição recente, muitas dúvidas ainda não forma elucidadas quanto a sua etiopatogenia. **Objetivos:** Descreveremos um caso e discutiremos de acordo com a literatura revisada em relação a casos fatais. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** OCL, 55^o, masculino, empresário, casado, natural e procedente de Santos-SP Refere quadro de dispnéia aos esforços com 4 meses de evolução, que no início era aos grandes esforços, estando agora aos médios com tosse seca ocasional. A dispnéia não impediu suas atividades habituais. Portador de HAS em uso de hidroclorotiazida 50mg/dia Exame físico normal Trouxe RX Tórax com discreto padrão intersticial bilateral e ECG normal Solicitado HMG + Bioquímica + TC tórax + Ecocardiograma 2- Retorna 3 semanas após HMG com anemia microcítica e hipocromica, Bioquímica normal, Ecocardiograma normal TC Tórax com opacidades em vidro fosco e alguns nódulos centrolobulares. Queixava-se de dores articulares em punhos, ombros e tornozelos bilaterais. Internado pela piora do quadro clínico com piora da anemia, Creatinina 8,8 e Uréia 245mg/dl K: 5,9mEq/l. Iniciada hemodialise, corticote-