

## P-183C LESÃO PULMONAR COM COLORAÇÃO PAS POSITIVA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – RELATO DE CASO

Henn LA, Ritter C, Dal Pizzol F, Chiesa D, Ronsani M

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Fundamentação:** O ácido periódico Schiff (PAS) cora material proteináceo, rico em fosfolípidios. No pulmão, esta coloração serve para diagnosticar doenças em que há depósito intra-alveolar de material proteináceo, principalmente a proteinose alveolar. Porém em algumas infecções, em especial a pneumocistose, também ocorre este depósito e o aspecto histopatológico desta coloração é semelhante. **Objetivo:** Descrever um caso de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em paciente com SIDA, em que foi realizada biópsia pulmonar a céu aberto, com coloração PAS positiva. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultado:** Paciente masculino, branco, 32 anos, comerciante, procedente de Criciúma/SC, vem referenciado ao HCPA com diagnóstico de proteinose alveolar pulmonar para realização de lavado pulmonar terapêutico. Referia dispnéia aos esforços de início recente, tosse seca, sem outras queixas. Tabagista 17 maços/anos. Negava etilismo ou uso de drogas. Ao exame físico apresentava taquipnéia discreta, sem outros achados relevantes. Radiografia de tórax com discreto infiltrado reticular difuso bilateral, tomografia computadorizada de tórax com lesão intersticial tipo reticular difuso e homogêneo em ambos os pulmões e adenomegalias hilares e biópsia pulmonar a céu aberto com parênquima pulmonar com acúmulo de material proteináceo intra-alveolar, com coloração PAS positiva, compatível com proteinose alveolar. Hemograma com discreta anemia, gasometria arterial em ar ambiente com hipoxemia e gradiente alveolo-arterial de oxigênio aumentado. Difusão pulmonar com redução grave (44%). Revisão da lâmina da biópsia compatível com pneumocistose. Fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar com presença de material floculento e pesquisa de coloração de prata-meténamina para *Pneumocystis carinii* positiva. Anti-HIV ELISA e IFI reagentes. Paciente recebeu tratamento específico, com evolução clínica favorável. Referenciado após a alta para acompanhamento com Infectologista. **Conclusão:** O achado de pneumocistose modificou completamente o tratamento e prognóstico deste paciente. Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Agradecimento aos Laboratórios de Anatomia Patológica e Citologia do HCPA.

## P-184C PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR

Chiesa D, Gazzana MB, Ronsani M, Ritter C, Dal Pizzol F, Henn LA, Abreu M, Roisenberg F, Furtado APA

SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA E RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E FAMED/ UFRGS

**Fundamentação:** A proteinose alveolar primária tem prevalência estimada em 1/100000, 4 vezes mais frequente em homens, cursando com dispnéia, tosse seca, com consolidações perihilares, caracterizada por acúmulo intra-alveolar de material proteináceo rico em fosfolípidios, com coloração pelo ácido periódico de Schiff (PAS) positiva. **Objetivo:** Descrever 3 casos de proteinose alveolar primária. **Métodos:** Relato de caso e revisão bibliográfica. **Resultados:** **Caso 1-** Paciente masculino, 66 anos, preto, com diagnóstico de proteinose alveolar desde 1989, por fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar a céu aberto. Início dos sintomas com dispnéia aos grandes esforços e tosse seca. Radiografia de tórax com consolidações alveolares em terços médios, perihilares, bilaterais. Espirometria normal. Na época, submetido a lavado pulmonar terapêutico bilateral, permanecendo pouco sintomático desde então. Neste ano, diagnosticado quadro broncopneumônico, com cultura do escarro positiva para *Mycobacterium tuberculosis* (em tratamento com RHZ). Paciente também é portador de neoplasia maligna de rim e próstata. **Caso 2-** paciente feminina, 45 anos, branca, com diagnóstico de proteinose alveolar em 1996, por fibrobroncoscopia com LBA e biópsia pulmonar a céu aberto. Início do quadro com dispnéia aos esforços, progressiva e dor torácica não pleurítica, infiltrado pulmonar alveolo-intersticial bilateral, com predomínio em bases. Espirometria normal. Submetida a lavado pulmonar terapêutico à direita, com obstrução de via aérea alta após o procedimento e necessidade de ventilação mecânica e posterior traqueostomia. Paciente permanece muito sintomática, atualmente em avaliação para novo lavado pulmonar. Teste da caminhada com dessaturação significativa no exercício. Difusão pulmonar reduzida. **Caso 3-** paciente masculino, branco, 15 meses, com o diagnóstico feito com 5 meses de idade, diversas internações com quadros de dificuldade respiratória e cianose labial. **Conclusão:** Os autores realizam uma correlação clínico-radiopatológica, apresentando os dados clínicos, as lâminas de biópsias e exames radiológicos efetuados; associada à revisão bibliográfica.

## P-185C APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA DA BRONQUIOLITE OBLITERANTE CONSTRITIVA

Lemos, A.E.T., Pinto, R.M.A., Lima, R.A.A., Fortaleza, S.C.B., Barroso, F.C., Lopes, S.K.A.

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS - FORTALEZA - CE

A Síndrome Clínica da Bronquiolite Obliterante (BO) tem como representação anatomo-patológica a bronquiolite constritiva. Caracteriza-se pelo surgimento de dispnéia progressiva e tosse seca, podendo tornar-se produtiva em fases mais avançadas da doença. A radiografia de tórax frequentemente é normal, sendo a hiperinsuflação, quando presente, o achado mais característico. A Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) é de grande valia para a suspeita diagnóstica, mostrando áreas de alçaonamento de ar entremeadas por áreas de maior perfusão, configurando o padrão de mosaico. O quadro funcional é de distúrbio obstrutivo fixo ou misto com restrição associada. Apresentamos A.M.A.B., sexo masculino, 23 anos, com quadro de dispnéia com piora progressiva, ausculta pulmonar normal e episódios recorrentes de infecção respiratória, com 6 anos de evolução. A radiografia mostrou hiperinsuflação pulmonar e bronquiectasias em lobos inferiores. A TCAR revelou brônquios e bronquíolos aumentados de calibre, apresentando significativo espessamento de suas paredes, interessando prioritariamente a árvore brônquica central difusamente e espessamento pleural látero-inferior bilateralmente. A Espirometria evidenciou insuficiência ventilatória restritiva e obstrutiva graves. A Biópsia pulmonar a céu aberto confirmou a hipótese de bronqui-

olite constrictiva. O paciente recebeu a terapêutica imunossupressora com corticosteróides durante um ano, sem melhora funcional, mas atualmente estável. A apresentação deste caso tem como objetivo primordial a documentação dos achados radiológicos e tomográficos que são essenciais para suspeita diagnóstica da Bronquiolite Obliterante (BO).

## P-186C GRANULOMATOSE DE WEGENER – A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO

Montesi, J.; Reiff, C. C.; Siqueira, R. M. T.; Abreu, M. M.; Ito, E. S.; Assis, E. A. P. C.; L'Hotellier, M. T.

SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL MONTE SINAI – VICENTE BERGHELLI, 315, DOM BOSCO, JUIZ DE FORA, MG.

**Introdução:** A angite granulomatosa necrosante é uma doença que classicamente envolve o trato respiratório e os rins. O comprometimento pulmonar ocorre em cerca de 95% dos pacientes. **Objetivo:** Relatar um caso de Granulomatose de Wegener com diagnóstico através de biópsia pulmonar. **Material:** Apresentamos um caso admitido pelo Serviço de Pneumologia do Hospital Monte Sinai (Juiz de Fora, MG), em que a biópsia pulmonar a céu aberto foi o método diagnóstico decisivo. **Métodos:** Após a realização de exames complementares (broncoscopia, TC e RX tórax, PPD e outros), optamos pela biópsia pulmonar a céu aberto, como tentativa de esclarecer o diagnóstico. **Resultados:** Paciente, sexo masculino, 61 anos, com quadro de tosse persistente, disfonia, febre vespertina, artralgia plantar, astenia e emagrecimento. A TC de tórax apresentava infiltrado intersticial bilateral, não sugestivo de nenhuma patologia específica. O paciente foi submetido a biópsia pulmonar a céu aberto. **Conclusão:** Da análise do caso clínico, podemos reforçar a importância do diagnóstico precoce no prognóstico e a validade da biópsia pulmonar neste contexto.

## P-187C BRONQUIOLITE FOLICULAR: ASPECTOS CLÍNICOS, FUNCIONAIS, RADIOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS

Duarte, S.R., Nascimento, O.A., Ferreira, R., Coletta, E., Pereira, C.A.C.

UNIFESP/EPM SÃO PAULO-SP

**Introdução:** A bronquiolite folicular (BF) caracteriza-se histologicamente pela presença de folículos linfóides hiperplasiados, com centros germinativos reacionais distribuídos na extensão de bronquíolos e brônquios. Os casos estão associados a doença do colágeno (artrite reumatóide, síndrome de Sjögren, LES), síndromes de imunodeficiência e reação de hipersensibilidade. **Objetivo:** Analisar as características clínicas, funcionais, radiológicas e histológicas de pacientes com BF. **Métodos:** Foram estudadas 06 pacientes, sexo feminino, com diagnóstico histológico de BF por biópsia pulmonar aberta. **Resultados:** As pacientes apresentavam dispnéia (100%) e tosse (50%). As doenças associadas eram 2 artrite reumatóide, 1 sind. de Sjögren, 1 vasculite e 2 indeterminadas. O padrão ventilatório misto foi predominante e não houve alterações nas trocas gasosas. CT de tórax com nódulos centrolobulares e áreas de "vídrio despolido". Na histologia inflamação com centros germinativos e formação de folículos peribrônquicos. **Discussão:** O principal diagnóstico diferencial é com a pneumonia intersticial linfóide (PIL). As duas entidades podem ser diferenciadas histologicamente em virtude da extensão da infiltração e expansão no interstício, sendo predominantemente peribrônquica e peribrônquilar na BF e difusa na PIL. Outros diagnósticos diferenciais são: pneumonia intersticial usual, linfoma linfocítico e pseudolinfoma pulmonar.

## P-188C MICROLITÍASE ALVEOLAR – RELATO DE CASO

Scussiatto, E.A., Escussato, D.L., Barros, J.A., Silva, R.L.F., Araújo, J.S.

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR, R. GAL. CARNEIRO, 181, 4º ANDAR, CENTRAL – 80060-900 – CURITIBA, PR

Paciente E.M.C., 43 anos, feminina, branca, natural de Arapoti-PR, procedente de Castro-PR, casada, do lar. Paciente assintomática em relação ao sistema respiratório, realizou RX de tórax de rotina que apresentou padrão micronodular difuso. Exposição ambiental à sílica (um jateamento de areia fica a aproximadamente 4 metros de sua casa). Ao exame físico apresenta estertores crepitantes bibasais em velcro. Espirometria, volumes pulmonares, saturação arterial e teste de difusão do CO normais. Realizou tomografia computadorizada de alta resolução de tórax, que demonstrou a presença de imagens nodulares puntiformes difusas, sobretudo nas superfícies pleurais, onde se nota mais evidente a densidade cálcica das mesmas. Há sinais de espessamento septal difuso. O padrão tomográfico foi considerado patognomônico para microlitíase alveolar, conforme descrito pela literatura não há necessidade de comprovação histológica. Não existem outros casos conhecidos na família. Apesar da doença não guardar relação com exposição ambiental a paciente foi afastada da sílica.

## P-189C BOOP ASSOCIADA COM LÚPUS

Garcia-Pereda, Federico; Garcia-Barbosa, Maria Luisa; Garcia-Cipriano, Federico, Sanchez-Pereda, Isabel; Abbud, Eduardo e Moraes, Margarida.

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE RIBEIRÃO PRETO - SP

**Objetivos:** A Bronquiolite Obliterante com Pneuonia em Organização (BOOP) tem sido descrita em associação com várias doenças do tecido conectivo tais como artrite reumatóide, polimiosite, dermatomiosite e doenças mistas, sendo raros os relatos de BOOP e lúpus eritematoso sistêmico (LES), o que motivou a apresentação do presente caso. **Relato do caso:** Mulher branca, 46 anos, do lar, com história de pneumonias de repetição há 5 meses e várias internações em outro Hospital. Atualmente em uso de ceftriaxona e amicacina sem apresentar melhora e referindo dispnéia, tosse, febre e queda do estado geral, que pioraram há 15 dias. Antecedente de lúpus eritematoso sistêmico há 5 anos, tratado irregularmente com prednisona; nega tabagismo. Ao exame: regular estado geral, dispnéica, crepitantes nas bases pulmonares, não baquetamento digital. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax mostram opacidades alveolares mistas. A broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia trans-brônquica não foram conclusivos, mas a biópsia pulmonar a céu aberto diagnosticou BOOP com boa resposta ao tratamento com prednisona. **Discussão:** Diversas manifestações pleuro-pulmonares têm sido descritas em pacientes com LES, tais como derrame pleural, pneumonite lúpica aguda, hemorragia pulmonar, hipertensão pulmonar, doenças intersticiais difu-