

da, com pobre prognóstico. **Relato de Caso:** JLS, masculino, 34 anos, não fumante. Referia tosse seca, dispnéia aos grandes esforços com piora nos últimos 5 meses, emagrecimento de 8kg. Ao exame apresentava a Tríade clássica de distrofia ungueal, hiperpigmentação cutânea e leucoplasia de mucosa oral. Ar: Mv diminuído difusamente com Estertores finos difusos. Espirometria: VEF1: 1.79L(44%) pós-bd 2.00/ CVF: 2.86L(59%) pós-bd 2.96/ IT 62%; RX Tórax: espessamento pleural apical bilateral, nível líquido em base direita que se projeta anterior no perfil, infiltrado reticular grosseiro com predomínio nos LS; TC Tórax: confirma o padrão reticular com múltiplos espessamentos (a ser apresentado). Biopsia pulmonar a céu aberto: fibrose pulmonar focal subpleural, que se estende para o parênquima adjacente formando cicatrizes, espessamento de septos interlobulares e feixes broncovasculares e transformação gigantocelular com focos de calcificação distrófica. Evolui com fistula broncopulmonar, permanecendo com dreno torácico e uso de antibioticoterapia. Nova internação por Empiema pleural, submetido então a Pleurostomia. Em acompanhamento ambulatório.

P-183B PNEUMONIA EOSINOFÍLICA POR MINOCICLINA

Milinaivicius, R; Marques, A.C; Stephan, S; Barros, J.M; Rocha, N.A.N.S; Pereira, C.A.C.

SERVIÇO DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO DO HSPE-SP.

Introdução: O Cloridrato de Minociclina é um derivado da Tetraciclina. Estão descritos efeitos adversos durante o tratamento como febre, eosinofilia e casos raros de envolvimento pulmonar levando a infiltrado pulmonar. **Relato de Caso:** MVS, feminino, 29anos, solteira, professora. Há 4 dias com febre diária, tosse com expectoração hialina, dispnéia aos mínimos esforços. Antecedentes Pessoais: exposição a papagaios por 3anos e canários a 3 meses; uso de Minociclina (Acne-100mg/dia) a 15dias antes da internação. Ao exame: dispnéica(++), T39,3°; FR 30ipm. AR: MV+ com estertores finos em 1/3 inferior bilateral. Exames: Ht 34 Hb 11,7 Lo 5280(Eo12%); pH 7,49 PCO2 32,2 PO2 87,9 HCO3 24 SatO2 96,4. RX Tórax: infiltrado intersticial nodular em todo HTD e 1/3 inferior HTE, com confluência em 1/3 superior HTD. TC Tórax: (a ser apresentado); Biopsia Transbrônquica após 10 dias de internação: parede brônquica e parênquima pulmonar com infiltrado mononuclear, alargamento de septos alveolares com eosinófilos e descamação celular. Iniciado tratamento com Claritromicina, com melhora dos sintomas. Retorna após 15 dias com dispnéia aos esforços, 1 pico febril, tosse esporádica. Tinha afastada a exposição a pássaros, mas reintroduziu a Minociclina para Acne. Suspensa a Minociclina evoluindo com melhora clínica e radiológica.

P-184B, ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) E LESÃO INTERSTICIAL PULMONAR SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE – UM ACHADO INCOMUM

Machado Neto, AS; Machado Júnior, AS; Machado, AS; Andrade Filho, AS.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA - FACULDADE DE MEDICINA - UFBA

Introdução: A ELA envolve a musculatura respiratória, habitualmente sem envolver o interstício e parênquima pulmonar, exceto quando há Pneumonia por aspiração. **Objetivo:** Relatar associação rara de doença Granulomatosa intersticial pulmonar com ELA. **Relato de caso:** JCAF, masculino, 45 anos, empresário, portador de ELA há 07anos em uso de ventilação mecânica domiciliar há 04 anos. Convivendo junto a animais (aves) e esterco. Apresentou inúmeras infecções respiratórias. Vinha mantendo estabilidade, em uso regular do respirador, quando em janeiro de 2.000 apresentou dispnéia mais intensa, sendo diagnosticado pneumotórax. Na Radiografia de tórax controle foi observada lesão reticulonodular bilateralmente, difusa. Neste período o paciente passou a apresentar dispnéia, baixa saturação de O2 e retenção de CO2 e necessidade de FIO2 de 50%, sendo internado em Hospital. A Radiografia de tórax da internação revelou, além das lesões descritas, atelectasia de lobo inferior direito. A Tomografia de tórax de alta resolução demonstrou infiltrado intersticial difuso com o mesmo padrão da radiografia, nódulos necrotizante subpleurais e atelectasia de lobo inferior direito. Foram realizados 03 lavados broncoalveolares (LBA), com resultados negativos (exames diretos e culturas). A anatomia patológica do fragmento pulmonar demonstrou granuloma com fibrose, sem se corar para fungo ou tuberculose. Evoluiu necessitando FIO2 de 50 e posteriormente piorou e desenvolveu quadro de choque. Nesta fase foi feito novo LBA, com Ziehl positivo, indo a óbito posteriormente (após 35 dias). **Conclusão:** Podemos concluir que esta associação é rara, de difícil diagnóstico diferencial neste caso, apresentando como sinal a modificação do padrão ventilatório e limitação nos métodos diagnósticos. É incomum a associação da Tuberculose com a ELA e lesão intersticial.

Miscelânea

Data: 9/10/2000

P-184B₂ COMPLICAÇÕES PULMONARES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ELETIVAS NO HURNPR-LONDRINA

Thomson, J.C.; Kikuchi, R.; Onishi, L.O.; Turkiewicz, G.; Perre, A.; Nazima, F.L.; Mansano, R.M.; Souza, A.B.L.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ - SETOR DE CIRURGIA TORÁCICA. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – LONDRINA - PARANÁ

Introdução: As complicações pulmonares são muito importantes no pós-operatório. O conhecimento dos fatores que elevam o risco poderia ajudar no pré-operatório. **Objetivos:** Avaliar os possíveis fatores de risco pré e intra-operatórios para complicações pulmonares no pós-operatório e a qualidade do preparo pré-operatório. **Pacientes e método:** De set/99 a jan/2000, os pacientes com cirurgia eletiva no HURNPr foram acompanhados por prontuários até à alta. Foram analisadas as complicações pulmonares e relacionadas com: doenças pulmonares prévias, tabagismo, anestesia, local cirúrgico, doença básica, tipo de cirurgia e sua evolução. A análise estatística incluiu o risco relativo e o intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Analisados 473 casos, 41 (8,6%) apresentaram complicações pulmonares, sendo as principais a pneumonia e o derrame pleural. Não observamos diferença entre os grupos

em relação à idade, sexo, tabagismo, doença pulmonar prévia, doença básica e tipo de cirurgia. Quanto ao local cirúrgico, o risco foi aumentado para cirurgias em abdome superior (RR=2,43 [1,29-4,60]), crânio (RR=4,92 [2,51-9,63]) e tórax lateral (RR=4,01 [2,11-7,63]). A anestesia geral também mostrou ser fator de risco (RR=17,84 [4,36-73,05]). A média do período cirurgial-alta foi 17,2 dias no grupo com complicações e 4,5 dias naquele sem complicações. A mortalidade geral foi de 1,9% e nos grupos com e sem complicações foi de 14,6% e 0,69%, respectivamente. **Conclusão:** Fatores como anestesia e local cirúrgico estão relacionados com o risco aumentado de complicações pulmonares; sem a complicação pulmonar, tanto o tempo de internação quanto a mortalidade são menores.

P-185B MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA (RLM) PARA PREDIZER O RISCO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR (TEP) FATAL E NÃO FATAL

Yoo, H.H.B., Chalita, L.V.A.S., Paiva, S.A.R., Queluz, T.T.

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU E INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SÃO PAULO.

Considerando-se que a TEP é uma doença comum e com mortalidade elevada, objetivou-se estabelecer um modelo para prever o risco para a TEP fatal (principal causa do óbito) e para a TEP não fatal. Os dados demográficos, clínicos e anatomopatológicos obtidos dos prontuários dos 512 pacientes com TEP documentada macro e/ou microscopicamente na revisão das 4813 autópsias consecutivas realizadas no HCFMB de 1979-1998 foram submetidos a uma análise de RLM, na qual foi examinada em conjunto a relação entre as variáveis independentes (dados clínicos e anatomopatológicos) e a variável dependente de reposta binária (TEP fatal e TEP não fatal). Para se determinar o comportamento de cada variável em relação ao tipo de TEP utilizaram-se o valor de p e o intervalo de confiança de 95% da razão de chance. Idade, sexo e cor foram estratificados e ajustados para estarem presentes em todas as análises. A análise de RLM final mostrou que idade (I), hipertensão arterial sistêmica (HAS), trauma (T), pneumonia (PN), sépsis (S), trombo em câmaras cardíacas direitas (CCD) e trombose de veia pélvica (VP) são significantes. Na equação logística foram, então, aplicadas as variáveis selecionadas pelo critério de significância de regressão:

$Logit p = -0,681 + 0,0137(I) + 0,0460(sexo) - 0,0336(cor) + 2,323(T) + 0,0637(CCD) + 1,182(VP) - 0,574(HAS) - 0,783(PN) - 1,741(S)$

Sendo: idade em anos; sexo masculino=0 e feminino=1; cor branca=0, negra=1, amarela=2; presença de cada doença de base=1 ausência=0. A equação foi aplicada para os 512 pacientes e a análise descritiva dos dados mostrou que as medianas de TEP não fatal e de TEP fatal são, respectivamente, -0,517 e -0,023, o valor de percentil 25% de TEP não fatal é -1,142 e de percentil 75% de TEP fatal é 0,336. Concluímos sugerindo o uso de uma escala para prever o risco para TEP fatal e para TEP não fatal: TEP fatal > 0,336, TEP não fatal < -1,142 e valores intermediários são inconclusivos.

P-186B ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS NA LESÃO PULMONAR AGUDA DE ETIOLOGIA PULMONAR E EXTRAPULMONAR

Leite, J.H.; Souza, A.B.*; Melo, M.M.**; Nascimento, C.S.*; Cadete, R.A.*; Faffe, D.S.; Rocco, P.R.M.; Zin, W.A.*

LABORATÓRIO DE FISIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO, IBCCF^o, UFRJ.

Objetivos: Esse estudo analisa a mecânica pulmonar *in vivo* e *in vitro*, e histologia em modelo de lesão pulmonar aguda (LPA) de etiologia pulmonar e extrapulmonar induzida por lipopolissacarídeo de *E. coli* (LPS). **Métodos:** 20 camundongos foram divididos nos grupos: C1 (instilação 0.5 ml i.t. salina), C2 (injeção 500 ml i.p. salina), P (instilação 10 mg i.t. LPS) e EP (injeção 125 mg i.p. LPS). Após 24 h, a mecânica pulmonar *in vivo* [pressões resistiva (DP1) e viscoelástica/inomogênea (DP2); elastâncias estática (Est) e dinâmica (Edyn)] foi computada através do método de oclusão ao final da inspiração. Posteriormente, tiras subpleurais (10x2x2 mm) foram retiradas do pulmão esquerdo para estudo da resistência (R), elastância (E) e histeresividade (h) teciduais. O pulmão direito foi preparado para análise histológica e morfométrica. **Resultados:** Est, Edyn, DP1, DP2, E, R e h aumentaram similarmente em P e EP, em relação a C1 e C2. Constatou-se aumento na fração de área de colapso, hiperinsuflação, edemas intersticial e alveolar, e celularidade total e diferencial (polimorfonucleares) nos grupos P e EP. **Conclusão:** Independentemente da etiologia da LPA a mecânica respiratória *in vivo* e *in vitro* e histologia apresentam modificações similares. **Apoio Financeiro:** PRONEX-MCT, CNPq, FINEP, FAPERJ.

P-187B PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO SONO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Canani SF, Chiesa D, Ronsani M, Menna Barreto SS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: Na última década, a valorização das queixas relacionadas ao sono tem assumido maior importância, tanto pela classe médica quanto pelos pacientes, e tem-se verificado a importância de uma abordagem multidisciplinar. **Objetivo:** Relatar a experiência do primeiro ano de funcionamento de um ambulatório do sono num hospital universitário. **Métodos:** estudo transversal, mediante aplicação de um questionário padronizado, com informações sobre a história do sono, sintomas diurnos, comorbidades, Escala de Sonolência de Epworth, dados de exame físico e de polissonografia (PSG). Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva. **Resultados:** no período de julho/99 a abril/00 foram realizados 213 atendimentos. Foram entrevistados 66 pacientes (20 mulheres e 46 homens), com sintomas sugestivos de distúrbios respiratórios durante o sono. Os serviços que mais encaminharam os pacientes foram: Pneumologia clínica, Otorrinolaringologia, Genética e Medicina Interna. As idades variaram entre 1 e 78 anos, com idade média de 37 anos. As queixas mais frequentes foram: 90,9% ronco, 47% apnéia, 44% sono agitado, 35% ronco resuscitador e 15% sonolência diurna excessiva, com tempo médio de sintomas de 6,5 anos (3 meses a 30 anos). Os principais diagnósticos associados foram: 28,7% HAS, 27,2% obesidade (IMC - índice de massa corporal-acima de 30), 22,7% mucopolissacaridose, 15% DPOC, 6% hipotireoidismo, 4,5%

malformações faciais. 7,5% dos pacientes já tinham diagnóstico prévio de Síndrome de apnéia obstrutiva do sono (SAOS). A escala de sono de Epiworth foi aplicada em 35 pacientes, com escore médio de 12,5 (1 a 22). O IMC médio foi 29,3 kg/m² (14 a 54 kg/m²). A circunferência cervical foi medida em 30 pacientes, com perímetro médio de 42cm (33 a 53cm). Foram realizadas 34 polissonografias, sendo 7 normais e 27 com diagnóstico de SAOS (8 de grau leve, 8 moderado e 11 grave). **Conclusão:** A maioria dos pacientes era constituída de homens, entre 3 e 4ª décadas de vida, com queixas predominantes de ronco e apnéia, confirmados pelas PSG realizadas. As comorbidades mais frequentes associadas foram HAS e obesidade. Os achados correspondem aos dados descritos na literatura mundial.

P-188B PERFIL DAS PNEUMOPATIAS INTERNADAS NA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

SILVA, N. Viegas, C. Toledo, R. Martins, R.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. SGAN 604/605 HUB. CEP:70840-050- BRASÍLIA DF.

Introdução: Pneumopatias são altamente frequentes em nosso meio inclusive em nível hospitalar. **Objetivo:** Descrever a prevalência de pneumopatias internadas em enfermaria de pneumologia de Hospital Universitário. **Métodos:** Analisaram-se retrospectivamente os diagnósticos das internações por pneumopatias no período de fevereiro de 1999 a março de 2000. **Resultados:** No referido período foram internados 203 pacientes dos quais 53% eram do sexo masculino. 16 pacientes (8%) faleceram durante a internação e 18 pacientes (9%) foram transferidos para outros serviços. O tempo médio de internação foi de 13 dias. Os principais diagnósticos foram: DPOC (34%), Neoplasia (19%), Pneumonia (17%), Asma (7%), Infiltrado Intersticial (6%), Tuberculose (4%), TEP (3%) e outras (10%). **Conclusão:** No Serviço de Pneumologia estudado, internações por neoplasias são mais frequentes que por pneumonia ou asma.

P-189B AMIODARONA: REPERCUSSÕES MORFOFUNCIONAIS PULMONARES

Nascimento, C.S.; Lima, J.G.M.; Xisto, D.G.; Faffe, D.S.; Rocco, P.R.M.; Zin, W.A.

LABORATÓRIO DE FISIOLÓGIA DA RESPIRAÇÃO, IBCCF^o, UFRJ.

Objetivos: O presente estudo avalia a mecânica respiratória *in vivo* e *in vitro*, bem como a histologia pulmonar, após 6 semanas de uso de amiodarona. **Métodos:** 12 ratos Wistar foram divididos em 2 grupos (n=6): amiodarona (A), que receberam 175 mg/kg/dia da droga por gavagem durante 6 semanas, e controle (C), que receberam salina (0,5 ml/dia). A mecânica respiratória *in vivo* foi analisada pelo método de oclusão ao final da inspiração, sendo computadas para o sistema respiratório, pulmão e parede torácica: pressões resistiva e viscoelástica/inomogênea; elastâncias estática e dinâmica. A seguir, o pulmão direito foi preparado para histologia (HE), em que se analisou fração de área de colapso e hiperinsuflação e celularidades total e diferencial. Para estudo *in vitro*, tiras subpleurais (10x3x3mm) foram retiradas dos pulmões esquerdos, mantidas em solução de Krebs sendo uma das suas extremidades acomodada a um transdutor de força e a outra a um de deslocamento. As tiras foram osciladas (0,03; 0,1; 0,3; 1 e 3 Hz) computando-se: resistência, elastância e histerisividade teciduais. **Resultados:** Não houve diferença nos parâmetros de mecânica e morfometria *in vivo* e *in vitro*, entretanto, a amiodarona acarreta aumento de polimorfonuclear (98%). **Conclusão:** Após 6 semanas, a amiodarona acarreta processo inflamatório pulmonar, sem repercussões mecânicas. **Apoio Financeiro:** PRONEX-MCT, CNPq, FINEP, FAPERJ

P-190B BIOLOGIA CELULAR DE NEUTRÓFILOS: VIABILIZAÇÃO DA ISOLAÇÃO E DETECÇÃO DE APOPTOSE DESTAS CÉLULAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A LESÃO PULMONAR AGUDA

Fialkow, L.; Henningsen, F.; Ceccon, P.; Fraga Jr, J. A.; Riboldi Jr, A.; Ceccon, M.; Downey, G*.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS. *UNIVERSIDADE DE TORONTO, CANADÁ. (APOIO CNPq, PIBIC-CNPq/UFRGS E HCPC, FAPERGS).

A lesão pulmonar aguda em sua forma mais severa, a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), está associada a elevada mortalidade. Os neutrófilos, apesar de seu papel na defesa, estão implicados na patogênese dessa síndrome. A apoptose celular é um processo que permite a remoção de células do meio inflamatório e pode ser importante na limitação e resolução da inflamação pulmonar aguda. Embora a obtenção e a análise da apoptose de neutrófilos sejam técnicas desenvolvidas em nível internacional, estas ainda carecem de desenvolvimento em nosso meio e, provavelmente, em nível nacional. O objetivo deste estudo foi viabilizar a isolamento de neutrófilos de sangue periférico humano e caracterizar a apoptose destas células. Neste estudo experimental, os neutrófilos foram isolados de sangue periférico de doadores normais, utilizando-se sedimentação de Dextran e gradientes descontínuos de plasma-Percoll. A obtenção de apoptose de neutrófilos envolveu incubação dessas células por 18 horas. A detecção de apoptose celular foi realizada através de análise morfológica, utilizando microscopia simples. Como resultados, obtivemos sucesso na isolamento de neutrófilos, atingindo grau de pureza > 98%, conforme padrões internacionais. Além disso, obtivemos sucesso na indução e na identificação da apoptose de neutrófilos. Concluindo, viabilizamos a isolamento e a detecção de apoptose de neutrófilos, salientando que essas técnicas são inéditas em nosso meio e, provavelmente, em nível nacional. Esses resultados têm implicações importantes em nossos futuros objetivos de estudar a apoptose de neutrófilos na SARA e explorar seus possíveis mecanismos de regulação. Estes estudos podem contribuir para o entendimento da biologia celular dos neutrófilos, incluindo seu papel na inflamação e reparo tecidual, os quais poderiam sugerir estratégias na atenuação ou prevenção da lesão pulmonar aguda.

P-191B HÉRNIA DE MORGANI ASSOCIADA A HÉRNIA DE HIATO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA APRESENTANDO-SE AO PNEUMOLOGISTA COMO VELAMENTO DO HEMITÓRAX DIREITO

Fiks, I.N.; D'Ippolito, G.; Abreu Jr, L. A.; Wolosker, A. M. B.; Borri, M.L.; Paulo, R.; Roncada, P.

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO LUIZ

A associação de RCUI e hérnia de Morgani não é descrita. Apresentamos caso de paciente do sexo feminino de 59 anos, portadora de RCUI, que se encontrava em avaliação pré-operatória

para cirurgia de colectomia total devido a hemorragia intestinal refratária a tratamento clínico. A paciente queixava-se de dispnéia, que foi inicialmente atribuída aos baixos níveis de hemoglobina observados. Entretanto, ao realizar radiografia de tórax, observou-se extenso velamento do hemitórax direito, tendo sido solicitada avaliação do pneumologista. A paciente, então, foi submetida a tomografia computadorizada (TC) do tórax que evidenciou a presença de alças intestinais colônicas ocupando a maior parte do hemitórax direito, herniando-se a partir da porção anterior do diafragma. Observou-se ainda hérnia gástrica através do hiato esofágico. Não foram caracterizadas alterações parenquimatosas pulmonares significativas. A paciente foi então submetida ao procedimento cirúrgico que confirmou a presença de hérnia de Morgani e da hérnia gástrica hiatal, que foram devidamente corrigidas. A colectomia foi também realizada com sucesso e a paciente teve alta hospitalar em ótimas condições. A hérnia de Morgani é resultante de um defeito congênito causado pelo mau desenvolvimento do septo transversal do diafragma que permite a herniação paraesternal ântero-medial de estruturas abdominais, mais frequentemente à direita (como em nosso caso). A associação com hérnia hiatal é comum, devido ao alargamento do orifício diafragmático do esôfago. Entretanto, a associação entre Hérnia de Morgani e RCUI não é encontrada na literatura. O envolvimento pulmonar na RCUI é raro e pode manifestar-se como inflamação de vias aéreas, doença parenquimatosa (BOOP ou doença intersticial) ou serosite. Em nosso caso, não caracterizamos alterações parenquimatosas pulmonares significativas atribuíveis a doença intersticial.

P-192B DOENÇA BOLHOSA PULMONAR NA SÍNDROME DE SJÖGREN

Ho N, Prezotti SOA, Genta PR, Mauad T, Carvalho MEP, Carvalho CRR

DIVISÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HC, FACULDADE DE MEDICINA DA USP; AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255, ICHC, SALA 7079, CEP 05403-900, SÃO PAULO (SP).

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 38 anos, que iniciou há um ano quadro de boca seca, irritação conjuntival e fenômeno de Raynaud. Na época apresentava xerostomia, xerolftalmo (testes de Schirmer e rosa bengala positivos), FAN positivo padrão pontilhado 1/640, anti-SSA e anti-SSB positivos, gamaglobulina=3,23 g/dL, VHS=27 mm, fator reumatóide=98,9 U/mL. Não se caracterizando outras collagenopatias, o diagnóstico final foi síndrome de Sjögren primária. Após 6 meses radiografia de tórax de rotina detectou a presença de pequenas e múltiplas imagens císticas em todos os campos pulmonares. Não houve na ocasião alteração de exames de fase inflamatória. Tomografia computadorizada de tórax mostrava múltiplas formações císticas pulmonares com paredes finas e regulares e conteúdo aéreo, com até 2,5 cm de diâmetro, acometendo todos os campos pulmonares, associados a padrão de vidro despolido nos lobos superiores, lobo médio e base do lobo inferior direito. Prova de função pulmonar foi normal. A paciente foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto com aspecto normal do pulmão no intra-operatório, exceto por pequenas imagens císticas, múltiplas, visualizadas através da pleura parietal. O exame anátomo-patológico mostrou bronquite crônica, bronquiolite de padrão folicular em intensa atividade linfocitária, com agressão de parede brônquica e tecido alveolar periaxial levando a distorção da estrutura das vias aéreas e bronquiectasias secundárias a tração, e vasculite aguda de artérias de pequeno e médio calibres, sugerindo comprometimento pulmonar pela síndrome de Sjögren. Estudo imunohistoquímico foi compatível com população linfóide policlonal, não se caracterizando doença linfoproliferativa associada. Até o momento foram relatados 3 casos de doença cística pulmonar associada à síndrome de Sjögren primária, 2 destes concomitantemente associados a amiloidose nodular.

P-193B RIM ECTÓPICO MIMETIZANDO HÉRNIA DE BOCHDALEK

Milinvicivius, R; Machado, L.C.C; Marques, A.C; Vieira, L.R; Marques, J.C.S.; Valery, M.I.B.A.

SERVIÇO DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO DO HSPE-SP

Introdução: A ectopia renal ocorre devido uma ascensão anormal do rim; inclui a forma lombar e pelvica e a menos comum, a torácica, só tem importância clínica quando é confundida com massa torácica a esclerocer. Em alguns pacientes podemos confundir com hérnia de Bochdalek, que é um pertuito anômalo em área póstero-lateral do diafragma, que costuma aparecer como uma opacidade que ultrapassa ou não a imagem cardíaca no PA e se projeta posteriormente no Perfil, que pode aparecer como imagem hidroaérea ou como uma opacidade, que pode permanecer assintomática e ser um achado de diagnóstico; relatamos um caso que se parecia com uma Hérnia de Bochdalek; no entanto, era um Rim ectópico. **Relato de Caso:** GA, 60 anos, casado, não fumante, antecedente de Asma moderada, procurou PS com queixa de tosse seca, dispnéia aos esforços, chiado no peito. AR: MV+ bilateral com roncacos e sibilos difusos. Hemograma, Bioquímica: sem alterações. Feito RX Tórax PA: sinais de hiperinsuflação pulmonar. Perfil: opacidade homogênea em segmento lateral de LIE. Foi internado com HD: massa pulmonar a/e? Hernia diafragmática? Feita TC Tórax: evidenciou Rim E ectópico.

P-194B HEMOPTISE DO ALERTA NO IDOSO

Stephan, S; Barros, J.M.; Sogayar, F.S.; Marques, A.C.; Fiúza, F.M.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO - HSPE - S.P.

A hemoptise isoladamente pode constituir a manifestação inicial da tb. pulmonar, em geral em pacientes jovens e hígidos. Conhecida como "hemoptise do alerta", corresponde ao momento da liquefação do caseum e formação da cavidade em pacientes com alta hiperreatividade. Não se encontram relatos de sua ocorrência em pacientes idosos, nos quais geralmente a doença tem início insidioso. Relatamos o caso de um paciente masc., branco, 68 anos que, sem outros sintomas associados apresentou hemoptise, marcando o diagnóstico inicial de tb. pulmonar. Os antecedentes pessoais do paciente justificavam esta ocorrência. Há três anos nefrectomia direita por hipernefroma, seguido por um episódio diagnosticado de TEP e dois outros não confirmados. Desde então em uso diário de marevan. Há um ano cirurgia para ressecção de carcinoma basocelular em face, fato que desencadeou a suspeita e investigação de imunodeficiência celular. Antes do início do tratamento imunoterápico desenvolveu qua-