

16 anos. Por ocasião da primeira consulta estava afastada da exposição há 10 anos. **Métodos:** Acompanhamento Radiológico de 1999 a 2009, através da leitura radiológica segundo as normas da OIT/80 e OIT/2000. Avaliações funcionais respiratórias e avaliação clínica. **Resultados:** Radiografia de tórax realizada em 17/08/1999, avaliada segundo as normas da OIT/80: profusão 3/3, tipo st. Radiografia de tórax realizada em 23/05/2006, avaliada segundo as normas da OIT/2000: profusão 3/2, tipo st. Símbolos ih, id, ho. Radiografia de tórax realizada em 21/05/2009, avaliada segundo as normas da OIT/2000: profusão 2/1, tipo st. Símbolos ih, id e od (redução volumétrica pulmonar bilateral). Avaliação Funcional Respiratória realizada em 06/07/2000: Restrição leve. Avaliação Funcional Respiratória realizada em 29/05/2009: Restrição Moderada. **Conclusão:** Deterioração progressiva do quadro clínico, funcional e radiológico, evoluindo ao óbito por insuficiência respiratória, pneumonia e Asbestose. A comercialização e exploração do Amianto está banida em vários países do Mundo. Não existem limites seguros de exposição que garantam a segurança dos trabalhadores.

PO184 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE CAPLAN

FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; CARLA BARTUSCHECK; DHIANCARLO GEISER; JOSIANE DIAS MOURÃO; JOÃO ADRIANO DE BARROS; DANIELLA PORFIRIO NUNES; LÍDIA IZABEL VAZ
HC-UFRPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE CAPLAN; PNEUMOCONIOSES; ARTRITE REUMATÓIDE

Introdução: A Síndrome de Caplan ou pneumoconiose reumatóide caracteriza-se pela presença de nódulos reumatóides pulmonares, independente da presença de opacidades pneumoconióticas típicas, em pacientes expostos às poeiras de carvão mineral, sílica ou asbesto. **Objetivos:** Relatar um caso de Síndrome de Caplan com confirmação histológica. **Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 43 anos, com diagnóstico de artrite reumatóide (AR), iniciou com quadro de dispnéia em esforços físicos maiores que os habituais (CF II, MRC 2) associado a tosse com pequena quantidade de expectoração, por vezes escurecida, e perda ponderal não quantificada, há cerca de 9 anos. Sem febre ou episódios de hemoptise. Apresentava história prévia de exposição ocupacional em mina de carvão durante 7 anos. Negava tabagismo. Ao exame físico, SpO₂ 95% em ar ambiente, ausculta pulmonar sem alterações, presença de baquetamento digital e edema de articulações metacarpofalangeanas, sem sinais de artrite. O RX de tórax mostrava nódulos de dimensão variada, chegando a 5 cm de diâmetro, arredondados, de distribuição difusa em ambos os pulmões. A tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos e massas não calcificadas, variando de poucos milímetros a cerca de 5,5 cm, alguns com escavação central, localizados no segmento ápico-posterior de lobo superior esquerdo, lobo médio e segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo e extensas áreas de vidro fosco difusas. A prova de função pulmonar evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo leve e difusional moderado. No TC6' apresentou dessaturação significativa (86%). Entre os exames laboratoriais, apresentava provas de atividades inflamatórias positivas e fator reumatóide elevado (1020 UI/ml). Realizada segmentectomia em lobo inferior esquerdo, com biópsia revelando granulomas necrosantes

com predomínio subpleural de padrão reumatóide, foliculos linfóides proeminentes e antracose acentuada, associada a pleutite crônica fibrosante; alterações compatíveis com Síndrome de Caplan. **Conclusão:** A Síndrome de Caplan foi descrita, em 1953, como a associação de imagens radiológicas pulmonares arredondadas, medindo de 0,5 a 5,0 cm de diâmetro, periféricas, associadas ou não a pequenas opacidades pneumoconióticas ou à fibrose maciça pulmonar, em pacientes com AR expostos a poeiras de carvão mineral ou sílica. Em 1955, Gough descreveu as alterações histopatológicas, que consistem em nódulos reumatóides, com área central de colágeno necrótico, rodeada de processo inflamatório com macrófagos em paliçada e leucócitos, além de variados graus de deposição de poeira (partículas birrefringentes). Sua prevalência é baixa e a patogênese ainda é incerta; postula-se o envolvimento de mecanismos imunológicos. Na maioria dos pacientes os nódulos são assintomáticos. A conduta consiste no tratamento específico da doença reumatóide e as alterações pulmonares podem até regredir com a melhora do quadro articular.

PO185 EFEITOS RESPIRATÓRIOS DA EXPOSIÇÃO AO FORMALDEÍDO DURANTE O PROCESSO DE ALISAMENTO CAPILAR

SILVIA LORENZINI; MARLI MARIA KNORST

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS / UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CABELEIREIROS; FORMALDEÍDO; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS
Introdução: Cabeleireiros estão expostos a um grande número de produtos químicos no ambiente de trabalho. Um destes produtos é o formaldeído, que causa irritação das vias respiratórias, sensibilidade imunológica imediata, mutagênese e carcinogênese. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da exposição ao formaldeído sobre sintomas e função pulmonar em cabeleireiros. **Métodos:** Estudamos prospectivamente 21 cabeleireiros com análise comparativa de sintomas respiratórios e espirometria antes e após a exposição ao formaldeído durante procedimento de alisamento capilar. As concentrações de formaldeído no ambiente e de ácido fórmico na urina foram determinados. O Teste t de Student, teste de Wilcoxon, teste de correlação de Pearson ou de Spearman, foram utilizados de acordo com a distribuição dos dados. Um valor de p<0,05 foi considerado como estatisticamente significativo. **Resultados:** A amostra foi constituída por 21 profissionais, idade de 39,1 ± 11,4 anos, 76,2% mulheres e 57,1% não tabagistas. O número de procedimentos prévios variou de 15 a 800 (md=200). Os procedimentos duraram entre 30 e 90 minutos e 71,4% foram realizados com equipamentos de proteção. Sintomas pré-exposição estiveram presentes em 5 e após exposição em 11 pacientes. Irritação nos olhos (p=0, 025) e no nariz (p=0, 046) e coriza (p=0, 025) aumentaram após a exposição. A concentração de ácido fórmico na urina aumentou após a exposição (1,40 ± 0,66 versus 2,06 ± 0,64 mg/L; p<0, 001). A concentração de formaldeído no ambiente variou entre 0,1 e 5 ppm (md=0,6 ppm). Não houve associação entre a concentração do formaldeído no ambiente e ácido fórmico na urina e destas medidas com a variação do VEF1 (p>0,05). O aumento de formaldeído no ambiente associou-se significativamente com a piora do pico de fluxo expiratório (rs=-0, 437; p=0,048). **Conclusão:** A exposição ocupacional ao formaldeído está associada com aumento

de sintomas respiratórios, influenciando agudamente a função respiratória. A exclusão da substância do ambiente de trabalho pode melhorar a saúde do trabalhador.

Apoio: FIPE HCPA

PO186 SIDEROSE PULMONAR – RELATO DE CASO

LUIZ RENATO ALVES; FLÁVIA ALVARES; DÉBORA DOS SANTOS OSÓRIO; SIMONE GUSMÃO RAMOS; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIDEROSE; FERRO; PNEUMOCONIOSE

Introdução: A siderose pulmonar é uma pneumoconiose rara causada pela inalação de poeiras contendo óxidos de ferros. Pode acometer trabalhadores expostos a atividades com minério de ferro como metalurgia de aço, ferro, e ligas, soldas e polimento de metais com óxidos de ferro. Habitualmente o paciente é assintomático ou pouco sintomático e raramente evoluiu para um quadro de doença pulmonar avançada. **Objetivos:** Descrever um caso de siderose pulmonar secundária à exposição ocupacional. **Métodos:** Paciente 28 anos, branco, soldador, há 8 meses relatava quadro de dispnéia aos grandes esforços, o que o impedia de realizar algumas atividades no seu trabalho. Associado, relatava dor torácica e retroesternal ocasional. Negava tosse ou outras queixas respiratórias. Procurou atendimento médico, avaliado e posteriormente encaminhado ao serviço de Pneumologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto devido alteração radiológica. Negava tabagismo, etilismo ou doenças pulmonares prévias. Há 15 anos trabalhava como soldador, aplicava solda em roda de caminhão e lixava peças de ferro. Negava outras comorbidades e apresentava exame físico normal à avaliação inicial. A radiografia de tórax evidenciava infiltrado interstício nodular bilateral, com volume pulmonar preservado. A espirometria era normal e a tomografia de torax com cortes de alta resolução evidenciava múltiplos nódulos centro lobulares e infiltrado intersticial tipo “ vidro fosco” bilateralmente. Submetido a broncoscopia com coleta de lavado bronco alveolar e biópsia transbrônquica. O lavado bronco alveolar evidenciou celularidade normal, com predomínio de macrófagos, em grande parte contendo pigmento em seu interior. A biópsia transbronquica evidenciou tecido pulmonar com grande depósito de material acastanhado compatível com pigmento férrico localizado dentro de macrófagos, corroborando o diagnóstico de siderose pulmonar. **Conclusão:** Descrita pela primeira vez em 1936 por Doig e McLaughlin, a siderose pulmonar é considerada uma pneumoconiose benigna. A lesão pulmonar consiste no preenchimento dos alvéolos por macrófagos carregados de grânulos de ferro e raramente evoluiu para fibrose. O tempo de exposição até o aparecimento das lesões radiológicas é variável, geralmente maior que cinco anos. Radiologicamente, a doença se apresenta como micronódulos centrolobulares e infiltrado em “ vidro fosco” vistos na tomografia de tórax com cortes de alta resolução. O tratamento consiste no afastamento da exposição ocupacional, sendo possível a regressão das lesões. A exposição concomitante a outras formas de poeira

como a sílica pode levar ao aparecimento de formas graves da doença.

PO187 ASSOCIAÇÃO DE SILICOSE E MICOSES SISTÊMICAS

ANTÔNIO DE DEUS FILHO

UFPI, TERESINA, PI, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SILICOSE; COCCIDIOIDOMICOSE; HISTOPLASMOSE

Introdução: A silicose é uma doença ocupacional cuja causa é a inalação de partículas de sílica livre. Destaca-se sua alta prevalência entre os cavadores de poços no semi-árido do nordeste do Brasil, que expõe-se na escavação a uma grande carga de partículas de sílica em exíguo e mal ventilado espaço. Alguns fungos que causam micose sistêmica são de natureza geofílica e têm o pulmão como porta de entrada para infecção sistêmica. Já é sobejamente conhecida a associação silicotuberculose, posto que a sílica tem ação tóxica sobre os macrófagos alveolares, no entanto são raros os relatos de associação com micoses sistêmicas. **Objetivos:** Considerando a escassez de relatos na literatura de tal associação, chamamos a atenção para sua ocorrência em áreas endêmicas de micoses, cujos agentes etiológicos sejam geofílicos. **Casuística e Métodos:** Os pacientes foram submetidos a pesquisa direta de fungos e Baar no escarro e fizeram sorologia de imunodifusão. O estudo radiológico foi feito através do radiograma e tomografia torácica. **Resultados:** Apresentamos quatro casos dessa associação. Caso 1 - trata-se de um homem de 49 anos, cavador de poços (20 escavações), procedente do sul do Piauí, que referia o aparecimento de um nódulo na cadeia cervical anterior há 40 dias. O nódulo era móvel, de consistência elástica medindo 3 x 2 cm. O RX do tórax revelou a presença de nódulos pulmonares bilaterais, TCAR mostrou confluência de nódulos e linfonodos mediastínicos calcificados (egg shell). A pesquisa de fungos no escarro foi negativa, o diagnóstico deu-se pelo exame histopatológico (HE) do gânglio que revelou a presença de elementos fúngicos capsulados, birrefringentes (Cryptococcus sp). Caso 2 - Um homem de 51 anos, procedente do Maranhão, cavador de 15 poços, queixava-se de dispnéia moderada e dor torácica. Tinha feito tratamento para TB sem melhora. A pesquisa de Baar e fungos no escarro foram negativas. A sorologia de imunodifusão foi positiva para Histoplasma capsulatum. CASO 3 - Um homem de 50 anos, cavador de cerca de 30 poços queixava-se de dispnéia e tosse seca há vários meses. O RX e TCAR do tórax revelaram nódulos pulmonares múltiplos e grandes opacidades do tipo fibrose maciça progressiva, com áreas de cavitação. A pesquisa de fungos no exame direto do escarro e cultivo foram positivas para Coccidioides posadasii (espécie do fungo no Brasil). CASO 4 - Um homem de 35 anos cavador de poços, após 10 dias de caçada a tatu, apresentou infecção respiratória aguda com queixas de tosse, dispnéia e dor torácica. O RX e TCAR revelaram nódulos pulmonares múltiplos com predomínio basal, alguns escavados. **Discussão / Conclusão:** No Nordeste do Brasil onde a silicose é frequente entre os cavadores de poços, é importante inserir as micoses sistêmicas no diagnóstico diferencial ou como comorbidade; mormente as que têm como agente etiológico fungos geofílicos, pois os cavadores de poços ao exercerem o seu ofício podem estar infectando-se.