

pacientes (63,4%) foram classificados como bem nutridos (IMC =  $21,7 \pm 2,0 \text{ Kg/m}^2$ ), 6 (14,6%) como risco nutricional (IMC =  $19,4 \pm 0,5 \text{ Kg/m}^2$ ) e 9 (22%) como desnutridos (IMC =  $17,6 \pm 0,8 \text{ Kg/m}^2$ ). Não houve correlação significativa entre IMC e a idade ( $r = 0,24$ ;  $p = 0,13$ ), idade do diagnóstico ( $r = -0,04$ ;  $p = 0,81$ ), escore clínico ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,40$ ) e radiográfico ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,17$ ), distância percorrida no TC6 ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,20$ ), VEF<sub>1</sub> ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,50$ ) e CVF (%) ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,72$ ). Também não houve associação entre o declínio do estado nutricional e essas variáveis. Conclusão: Este estudo mostrou que a maioria dos pacientes com FC (16 anos ou mais) tem um adequado estado nutricional (63,4%), mas uma porcentagem significativa (36,6%) tem depleção nutricional. Não houve associação entre o estado nutricional e a função pulmonar, pressões respiratórias máximas, escore clínico e radiográfico e a capacidade submáxima de exercício.

#### **P.072 REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: RESULTADOS PRELIMINARES**

ZIEGLER B<sup>1</sup>, ROVEDDER PME<sup>2</sup>, OLIVEIRA CL<sup>3</sup>, DALCIN PTR<sup>3</sup>

INSTITUIÇÃO: <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS - PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; <sup>2</sup>Centro Universitário Metodista IPA; <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA - Porto Alegre, RS, Brasil.

ID: 18-3

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos (TC6) é rápido e de baixo custo e vem sendo utilizado para avaliar a tolerância ao exercício em pacientes com doenças pulmonares e insuficiência cardíaca. Objetivo: Determinar a reprodutibilidade do TC6 em pacientes adolescentes e adultos com fibrose cística (FC). Correlacionar as distâncias percorridas entre os dois testes e a distância percorrida com o estado clínico, nutricional e a função pulmonar. Método: O estudo realizado foi transversal e prospectivo, em pacientes (16 anos ou mais), atendidos em um programa para adultos com FC. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação clínica, a dois TC6 com intervalo de uma hora, à medida das pressões respiratórias estáticas máximas e a espirometria. Resultados: O estudo incluiu 23 pacientes (10 homens / 13 mulheres) com média de idade de  $25,9 \pm 8,54$  anos, média de VEF<sub>1</sub> de  $54,42 \pm 27,52$  % e de CVF  $63,4 \pm 22,12$  %. A distância percorrida teve média de  $587,2 \pm 64,5$  m. Não houve correlação significativa entre a distância percorrida e parâmetros nutricionais, escore clínico e pressões respiratórias estáticas máximas ( $p > 0,05$ ). Observou-se correlação significativa e forte entre as distâncias percorridas nos dois TC6 ( $r = 0,92$ ;  $p < 0,001$ ) e moderada entre a distância percorrida e a CVF % previsto ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,042$ ). Conclusão: A distância percorrida correlacionou-se fortemente entre os dois TC6 moderadamente com a CVF % previsto.

#### **P.073 PRÉ-DIABETE MELITO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE AO EXERCÍCIO - RESULTADOS PRELIMINARES**

ZIEGLER B<sup>1</sup>, OLIVEIRA CL<sup>2</sup>, ROVEDDER PME<sup>3</sup>, DALCIN PTR<sup>1</sup>

INSTITUIÇÃO: <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS - PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; <sup>2</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA - PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; <sup>3</sup>CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA IPA;

ID: 18-4

Introdução: A fibrose cística (FC) pode ser clinicamente identificada por pneumopatia crônica, insuficiência pancreática exócrina e elevada concentração de eletrólitos no suor, em decorrência da hiperviscosidade dos líquidos produzidos pelas glândulas exócrinas. Com o aumento na sobrevivência dos pacientes com FC algumas doenças têm se tornado mais frequentes, como é o caso da intolerância à glicose e da diabetes relacionada à FC. Objetivo: Verificar a relação existente entre a tolerância à glicose e aspectos clínicos, parâmetros de função pulmonar e capacidade submáxima ao exercício em pacientes com FC com idade igual ou superior a 16 anos. Método: Estudo transversal e prospectivo. Incluídos: pacientes com FC com 16 anos, atendidos em um programa para adultos com FC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes realizaram uma avaliação clínica e nutricional, espirometria, teste de caminhada de seis minutos (TC6) e um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) nos tempos zero (jejum) e 120 minutos. Os pacientes foram classificados em três grupos de acordo com a tolerância à glicose: tolerância à glicose normal (TGN) (<140 mg/dL), tolerância à glicose diminuída (TGD) ou pré-diabete melito (145 - 200 mg/dL) e diabetes melito pós TOTG (TOTGdm) (>200 mg/dL). Resultados: Foram estudados 19 pacientes (07 masculino / 12 feminino) entre Novembro de 2006 a Março de 2007. Doze pacientes tiveram a TGN, 5 pacientes tiveram a TGD e dois foram diagnosticados como 6,4 anos no grupo TGN, 28,3 TOTGdm. A média de idade foi de  $24,0 \pm 5,6$  anos no grupo TOTGdm ( $p = 0,648$ ). A média de VEF<sub>1</sub> foi de grupo TGD e 25,0 2,6% respectivamente nos grupos com TGN, TGD 17,1% e  $41,1 \pm 26,9$ %;  $41,4 \pm 61,8 \pm 65,5$  m no grupo e TOTGdm ( $p = 0,271$ ). A distância percorrida foi em média  $584,5 \pm 106,1$  m no grupo TOTGdm ( $p = 0,292$ ),  $58,2$  m no grupo TGD e  $645,0$  TGN;  $549,7$  Não foi identificada associação significativa entre a tolerância à glicose e índice de massa corporal ( $p = 0,919$ ), escore clínico ( $p = 0,492$ ), VEF<sub>1</sub> ( $p = 0,271$ ) e CVF ( $p = 0,691$ ) e distância percorrida no TC6 ( $p = 0,292$ ). Conclusão: Não foi identificada associação entre o declínio da tolerância à glicose e parâmetros clínicos, nutricionais, espirométricos e de capacidade submáxima de exercício nos pacientes com FC.

#### **P.074 CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE PECTUS ESCAVATUM UTILIZANDO TELA DE MARLEX PARA SUSTENTAÇÃO**

NAPOLI FILHO M, KRIESE PR, MAGALHÃES RC, SCHNEIDER A

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA

ID: 25-1

Introdução: A cirurgia para correção de pectus escavatum, com o surgimento da técnica de Nuss, passa por um questionamento sobre qual a forma ideal de tratar estes pacientes. Visando uma avaliação dos resultados obtidos no Serviço de Cirurgia Torácica da Universidade Luterana do Brasil com a técnica convencional, revisamos o prontuário de 24 pacientes operados pela mesma equipe e com a mesma técnica. Métodos: o prontuário de 24 pacientes, na maioria homens e jovens, foram revisados. A técnica consistiu em incisão transversal, ressecção de 5 cartilagens bilateralmente, fratura da tábua anterior do esterno, suporte com tela de marlex e fechamento. Indicação, técnica, complicações e resultados foram computados. Resultados: dos 24 pacientes, 23 tinham pectus simétrico e 1 era um caso de reoperação. Houve 3 complicações: 1 hemotórax residual, um hematoma de sub-cutâneo e

em 1 caso, houve recidiva após 5 anos, que teve de ser reoperado. O resultado final, do ponto de vista de satisfação foi considerado pelos 24 pacientes ótimo ou muito bom. Concluindo, a cirurgia para correção de pectus escavatum utilizando a técnica convencional apresenta ótimos resultados.

#### **P.075 MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR (PAM) - RELATO DE CASO**

FAORO C, PORFÍRIO D, RABELO LM, ARAÚJO JS, ESCUISSATO DL, MARTYNYCHEN MG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA

ID: 29-2

Microlitíase Alveolar Pulmonar (PAM) é doença autossômica recessiva rara, primeiramente descrita por Harbitz em 1918, tendo sido descritos, até 1975, menos de 100 casos. O diagnóstico é realizado por radiografia e tomografia de tórax cujos achados são patognomônicos e considerados suficientes para o seu diagnóstico, sendo a biópsia pulmonar raramente necessária. Não há tratamento específico sendo este apenas suportivo com suplementação de oxigênio e nas fases avançadas da doença, indica-se o transplante pulmonar. D.J.F.B., 50 anos, há 3 anos iniciou com dispnéia lentamente progressiva, tosse seca e dor torácica. Sem história de tabagismo ou doença semelhante na família. Ao exame físico apresenta-se com saturação de oxigênio de 97%, frequência respiratória de 12 rpm, ausculta pulmonar com crepitações bibasais e baquetamento digital. A Radiografia de tórax evidenciou opacificações finas com predomínio nas bases pulmonares ("sandstorm") e a tomografia de tórax demonstrou a presença de microcalcificações alveolares difusas, achados patognomônicos de microlitíase alveolar. O acompanhamento foi iniciado com observação clínica semestral. A paciente vem mantendo-se estável, apresentando-se com dispnéia aos moderados esforços. Estudo recente publicado no American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine detectou a mutação no gene SL34A2, expresso especificamente nas células alveolares tipo II, as quais decodificam um co-transportador sódio-fosfato tipo IIb mutante, responsáveis pelas alterações no metabolismo do sódio e fosfato dentro dos alvéolos, os quais originam os microlitos. A PAM é doença autossômica recessiva com mutação no gene SL34A2, caracterizada por microlitos alveolares, vistos em radiografias e tomografias de tórax como microcalcificações alveolares. O tratamento é suportivo, sendo o transplante pulmonar indicado nas fases avançadas da doença.

#### **P.076 DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO AO LINFEDEMA CONGÊNITO (DOENÇA DE MILROY)**

PERIN C, SILVEIRA MM, GARCIA SB, MENNA-BARRETO SS, DALCIN PTR

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ID: 30-1

O linfedema congênito (LC), conhecido como Doença de Milroy, é uma doença rara (menos de 200 casos relatados no mundo) caracterizada pela hipoplasia e obstrução do sistema linfático. Objetivo: Descrever um caso de derrame pleural secundário ao LC. Relato do Caso: Paciente de 16 anos, feminina, branca, filha de pais consanguíneos, história de edema persistente de membros inferiores desde o nascimento e de erisipelas de repetição. Interna por referir dispnéia aos grandes esforços há 1 ano com piora nos últimos vinte dias associado à dor torácica ventilatório-dependente bilateral, sem outros sintomas. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral e apresentava murmúrio vesicular diminuído em bases, além de esplenomegalia e edema de membros inferiores, sem cacifo, bilateral, maior à direita. Exames na admissão revelavam anemia normocítica, leucopenia, função hepática e renal normais. Radiograma de tórax mostrava derrame pleural bilateral de moderado volume. Toracocentese diagnóstica revelou um líquido amarelo-turvo, exsudativo (relação proteínas líquido/sérum = 0,7), 800 células com predomínio linfocítico (65%), glicose e pH normais, citopatológico negativo para células malignas. Dentre as possibilidades diagnósticas iniciais consideramos tuberculose, colagenose, doença linfoproliferativa e derrame pleural secundário ao LC. Demais exames do líquido pleural revelaram colesterol e triglicérides normais, culturais para bactérias, fungos e micobactérias negativos, ADA normal. Marcadores reumatológicos e sorologias para HIV e hepatites negativos. TC tórax e abdome mostraram esplenomegalia, pequena ascite, derrame pleural, sem evidências de adenomegalias ou lesões focais. Ecocardiograma normal. Linfocintilografia de membros inferiores confirmou grave disfunção do sistema linfático. Baseado-se no quadro clínico, achados do líquido pleural e exclusão de outras causas de exsudato linfocítico, firmou-se o diagnóstico de derrame pleural secundário ao LC. Como a paciente apresentava estabilidade clínica optou-se por tratamento conservador com dieta hiposódica, pobre em gorduras e rica em triglicérides de cadeia média. Após 6 meses de seguimento, a paciente encontra-se pouco sintomática e com leve diminuição do derrame pleural. Conclusão: O derrame pleural é uma das complicações do LC descritas na literatura e só pode ser atribuído à doença de base após cuidadosa exclusão de outras causas de exsudato linfocítico.

#### **P.077 FÍSTULA BRONCO-ESOFÁGICA SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE**

SILVEIRA MM, PERIN C, GARCIA SB, MENNA-BARRETO SS, DALCIN PTR

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ID: 30-2

Introdução: Fístula bronco-esofágica como complicação da tuberculose é evento raro, com poucos relatos existentes na literatura médica. Pode estabelecer-se precocemente durante o quadro infeccioso, com boa resposta ao esquema RHZ, ou posteriormente, necessitando de correção cirúrgica. Objetivo: Relatar um caso de fístula bronco-esofágica em paciente tratado para tuberculose pulmonar (seis meses RHZ) em 2002. Material e Métodos: Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (Unitermos: broncoesophageal fistula, pulmonary tuberculosis). Relato do Caso: Paciente masculino, 68 anos, branco, casado, natural e procedente de Porto Alegre, tabagista (50 maços-ano), ex-etilista, com história de tuberculose pulmonar tratada adequadamente em 2002, interna com quadro de tosse pós prandial, seguida de regurgitação dos alimentos ingeridos, mucoréia intensa e emagrecimento. Sem outras comorbidades. Exame físico sem alterações relevantes. IMC = 19. Exames realizados: Pesquisa de BAAR e cultura para micobactérias no escarro negativas. Tomografia computadorizada do Tórax demonstrou comunicação entre a luz do esôfago e a parede posterior do brônquio fonte esquerdo a cerca de 1 cm da cárena. REED não realizado pela aspiração do contraste para a via aérea. Endoscopia digestiva alta mostrou fístula esôfago-traqueobronquica aos 26 cm da arcada dentária superior. Fibrobroncoscopia evidenciou ampla fístula traqueoesofágica cicatrizada medindo 1,25 cm na parede posterior do brônquio fonte esquerdo. Depois de feito diagnóstico e descartada tuberculose em atividade, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para correção da fístula.