

imune humoral; o IFN- γ teve, provavelmente, ação sinérgica com o TNF- α na defesa contra o fungo.

P-153B DETERMINAÇÃO DE CITOCINAS EM CÉLULAS DO LBA DE PACIENTES COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE PELAS TÉCNICAS DE ELISA E IMUNOCITOQUÍMICA

Sales LHM*, Manço JC**, Martinez R**, Silva MF**, Faccioli LH**, Malheiro A**

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **USP-RIBEIRÃO PRETO.

Introdução: Há dados na literatura que evidenciam mecanismo imunológico na fisiopatologia da paracoccidiodomicose (Pb), com técnicas variadas de estudo da produção de citocinas. **Objetivos:** Analisar, em pacientes com Pb, a produção de citocinas no lavado broncoalveolar (LBA) pelas técnicas de ELISA e imunocitoquímica utilizando anticorpos monoclonais com especificidade para IL-2, IL-5, IL-8, IL-10, TNF- α e IFN- γ . **Métodos:** Pelas técnicas de ELISA e imunocitoquímica, foram analisadas as produções das citocinas IL-5, IL-10, IL-2, IFN- γ , IL-8 e TNF- α no LBA, não concentrado, de 8 dos pacientes portadores de Pb ativa, sendo 3 pacientes portadores de Pb aguda e 5 portadores de Pb crônica. **Resultados:** Pela técnica de ELISA, praticamente não houve positividade para as citocinas estudadas, com a exceção da IL-8 que esteve elevada apenas nos pacientes com a forma crônica da doença. Análise pela imunocitoquímica nas células dos 3 pacientes com a forma aguda evidenciou marcações negativas para todas as citocinas, ao contrário daquela dos pacientes com a forma crônica, todos os quais apresentaram marcações para todas as citocinas estudadas. **Conclusão:** A imunocitoquímica pareceu ser melhor que a técnica de ELISA para a análise das citocinas liberadas no LBA em pacientes com a forma crônica da doença e nos faz crer que havia citocinas no LBA mas que não foram detectadas, suficientemente, pela nossa técnica de ELISA.

P-154B NOCARDIOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE COM PASSADO DE TUBERCULOSE PULMONAR

Ferraz, D.M.; Mendonça, I.C.T.; Marques, I.C.G.; Mora, L.R.B.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HUPE-UERJ

Relato de Caso: Paciente de 73 anos, sexo masculino, branco, faxineiro aposentado, natural do RJ, ex-tabagista (35 maços-ano), foi internado em dezembro de 1999, para investigação de emagrecimento e lesão escavada em 1/3 superior do hemitórax direito. Trazia resultados de várias amostras de escarro positivas para BAAR, com culturas para BK negativas. Relatava vários tratamentos para TB pulmonar em outros serviços, baseados em pesquisas de BAAR positivas. Todas as culturas para BK realizadas foram negativas. O seu exame clínico era inexpressivo, exceto pelo acentuado emagrecimento. Exames laboratoriais de rotina normais, TC de tórax de alta resolução com destruição do lobo superior direito, imagem cavitária residual, de paredes finas. Sorologia para fungos negativas. Anti-HIV negativo. Broncoscopia com leves sinais de bronquite. Citologia e cultura para fungos e BK do broncoaspirado negativas. Cultura de escarro demonstrou crescimento inequívoco de nocardia sp. Foi então iniciado o tratamento com SMZ+TMP havendo excelente evolução clínica. Os autores fazem uma revisão breve de alguns aspectos clínicos da Nocardiose Pulmonar, enfatizando a necessidade de incluí-la no diagnóstico diferencial da tuberculose e de outras patologias pulmonares crônicas. O alerta final deste caso é o de que "nem tudo que é BAAR positivo é igual a tuberculose".

P-155B ASPERGILOSE ASSOCIADA A SEQÜELA PULMONAR DE TUBERCULOSE

Godoy M.A., Pivetta A.B.D.A., Barbosa L.S.G., Lacerda A.L.A., Silva A.R.

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER (HJUM) - UFMT

Introdução: A Aspergilose tem sido descrita como uma das complicações das cavidades tuberculosas antigas. **Objetivo:** Descrição de um caso de colonização intracavitária por *Aspergillus fumigatus*. A.L.C.M, 41 anos, fem., negra, doméstica, não tabagista. Deu entrada no HJUM em 04/04/2000, referindo quadro crônico de evolução há 2 anos de tosse seca com episódios recorrentes de hemoptóicos, astenia, emagrecimento que não soube quantificar e dispnéia aos esforços progressiva. Há 2 meses piora da dispnéia, ortopnéia, chiado, e edema de MMIL. Relatava tratamento correto de tuberculose pulmonar em 97 e 98. Ao exame: MEG, taquidispnéia, síbilos e roncos pulmonares difusos com estertores subcrepitantes em bases, turgescência jugular, hiperfonese de b2 em foco pulmonar e edema de membros inferiores. RX tórax com destruição pulmonar e redução volumétrica bilateral; gasometria: hipercapnia e hipoxemia; Eco: sinais de hipertensão arterial pulmonar com dilatação de VD e AD. CT de tórax: áreas de fibrose com predomínio nas metades superiores dos pulmões e lesões escavadas em LSD com material amorfo no seu interior. Bronscopia: tortuosidade brônquica bilateral. Três amostras de escarros e Lavado brônquico negativos para BAAR e positivos para *Aspergillus fumigatus*. **Conclusão:** Enfatiza-se a necessidade do diagnóstico precoce e tratamento correto da tuberculose pulmonar para evitar a "cura aberta" deste casos que propiciam infecções secundárias oportunistas como pelo *Aspergillus fumigatus*.

P-156B PARACOCCIDIOIDOMICOSE ASSOCIADA À TUBERCULOSE PULMONAR

Batista, M. C. P., Pivetta, A.B. D. A.

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA - HJUM - UFMT

Introdução: A Paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica no Brasil, em geral crônica, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Pode estar associada à Tuberculose pulmonar em cerca de 20 % dos casos. **Objetivo:** Descrever um caso de Paracoccidiodomicose associada à Tuberculose pulmonar em um paciente cujo diagnóstico foi obtido por exame direto de escarro. **Resultados:** M.E.S., 39anos, masculino, negro, vaqueiro. Há 18 meses iniciou quadro de dispnéia aos esforços progressiva, astenia, febre inconstante, tosse produtiva mucopurulenta. Concomitante surgimento de úlcera em gengiva, dolorosa, com secreção purulenta. Emagrecimento de 23kg no período. Tabagista 40 anos/maço. Ao exame: REG, emagrecido, hipocorado +/4+, afebril, dispnéico. Úlcera em 1º molar direito, 0,5cm de diâmetro, eritematoso, exposto osso; lesões infiltrativas, superfície irregular, eritematosas em pálo duro, comissuras labiais e mucosa jugal; monilíase oral. MV diminuído em ápices e bases, sem RA. Demais sem alterações. VHS: 66 mm. Anti-HIV 1 e 2 (ELISA): Negativos. Rx

de tórax com infiltrado reticular difuso bilateral, cavitação em LSD. CT de tórax com distorção ampla da arquitetura, áreas de fibrose, bronquiectasias e bronchiolectasias. Pesquisa de BAAR e fungos positiva em escarro. Raspado de lesão oral evidenciou *P. brasiliensis*. **Conclusão:** Deve-se pensar na associação dessas duas patologias quando houver lesões envolvendo lobos superiores, cavitações maiores que 2 cm, derrame pleural e resposta inadequada ao tratamento correto.

P-157B PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM MULHER JOVEM - FORMA DISSEMINADA CRÔNICA

Montanha, S.M.; Pivetta, A.B.D.A.

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA - HJUM - UFMT.

Introdução: A Paracoccidiodomicose é a micose sistêmica mais comum no Brasil, ocorre raramente em mulheres na idade fértil pela observação de que o estrogênio inibe a transformação micélio-a-levadura do microorganismo. **Objetivo:** Descrever um caso raro de paracoccidiodomicose disseminada, pois a maioria ocorre em homens adultos, especialmente aqueles que trabalham ao ar livre. **Resultados:** C.B.A.S., 23 anos, fem, parda, casada, lavradora, natural de Goioerê-PR, procedente de Nova Canaã-MT. Há 9 meses, no oitavo mês de gestação, iniciou quadro de tosse seca, febre diária, intermitente, surgimento de lesões nodulares evolutivas em face, pescoço, tronco, membros superiores e inferiores associada a linfadenomegalias em cadeias cervicais, axilares e inguinais sendo que alguns fistulizaram com drenagem de material purulento. Ao exame: REG, hipocorado ++/4+, febril, tumefação em região mandibular direita, com lesões e linfadenomegalias distribuídas nas regiões descritas acima, medindo 1 a 3 cm de diâmetro, tinham consistência firme e não aderiam à pele. Demais segmentos normais. O Rx tórax revelou discreto infiltrado peri-hilar bilateral. Dosagem 17Bstradiol: 18 pg/ml. TC tórax: múltiplas imagens nodulares pulmonares bilaterais, associadas a condensação nos terços póstero-inferiores. Cintilografia do esqueleto com lesões ósseas disseminadas. HIV (Elisa) negativo. Induzida amostra de escarro, sem sucesso. O exame do exsudato ganglionar revelou a presença de Paracoccidioides brasiliensis. **Conclusão:** A paracoccidiodomicose disseminada se não tratada é geralmente fatal. Dessa forma deve ser lembrada, mesmo em mulheres jovens, idade fértil, alterando o prognóstico da doença.

P-158B ANEURISMA MICÓTICO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA - DIAGNÓSTICO PELO TC HELICOIDAL COM RECONSTRUÇÕES EM 3D

Nobre L.F., Marchiori E.S., Sandin G.R., Freitas V.F., Galego G.N.

Introdução: O aneurisma de artéria subclávia é uma das patologias listadas no diagnóstico diferencial de massa mediastinal superior. Uma adequada avaliação da extensão e estruturas adjacentes comprometidas é crucial quando se planeja o tratamento cirúrgico. **Objetivo:** Demonstrar os principais aspectos da tomografia computadorizada helicoidal com reconstruções computadorizadas em 3D relacionadas a aneurisma da artéria subclávia direita (ASCD), valorizando a importância da identificação da extensão, localização, medidas e das relações entre o aneurisma e as artérias tributárias da ASCD no planejamento pré-cirúrgico. **Material e Métodos:** Os autores relatam caso de aneurisma gigante de artéria subclávia direita em paciente masculino, 50 anos, com queixas de dispnéia e síbilos respiratórios em decúbito lateral direito. **Resultados:** RX de tórax: massa mediastinal paratraqueal superior direita determinando compressão e deslocamento da traquéia. TC de tórax: volumoso aneurisma sacular, parcialmente trombosado, da artéria subclávia direita, envolvendo a emergência da artéria vertebral e sem sinais de envolvimento da artéria tireocervical. **Conclusão:** Os aneurismas de vasos supra-aórticos devem ser incluídos no diagnóstico diferencial das massas mediastinais superiores. A confirmação diagnóstica através da Angiotomografia Computadorizada Helicoidal e a realização de reconstruções volumétricas em 3D, utilizando-se diferentes técnicas computacionais (MIP e SSD), foi neste caso de fundamental importância no planejamento pré-operatório e na escolha da melhor opção e técnica cirúrgica.

P-159B MICOBACTERIOSE ATÍPICA POR M. KANSASII: RELATO DE CASO

Ronsani M, Chiesa D, Oliveira CTM, Henn LA

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: As micobactérias atípicas são mais prevalentes nos pacientes imunocomprometidos, principalmente nos portadores de SIDA. No entanto, deve-se suspeitar de micobacteriose atípica (MOTT) em outros estados de imunocomprometimento, como uso de corticoterapia sistêmica prolongada ou drogas imunossupressoras; pneumopatia estrutural, em especial bronquiectasias; neoplasias malignas, como carcinoma broncogênico. Nestes casos é necessária a cultura e tipificação da micobactéria. **Objetivo:** Descrever um caso de infecção pulmonar por *Mycobacterium kansasii*. **Métodos:** Relato de caso e revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente masculino, branco, 34 anos, com artrite reumatóide juvenil em tratamento prolongado com corticóide sistêmico, iniciou com febrículas, tosse e expectoração purulenta, de curso insidioso, com pesquisa direta de bacilo álcool-acidorrésistente (BAAR) em escarro positiva. Realizou tratamento regular por seis meses com 1ª linha para tuberculose, sem melhora clínica significativa e persistência de bacilosopia de escarro positiva. Reiniciada 1ª linha (RHZ) e associada estreptomicina, sem resolução do quadro e com persistência de BAAR positivo ao término do tratamento. Foi encaminhado ao Ambulatório de Pneumologia para avaliação. Persistia com tosse produtiva e o radiograma de tórax mostrava infiltrado em lobo superior direito, com áreas de necrose. Anti-HIV não reagente. Realizou fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar, encaminhado para cultura e tipificação de micobactéria, pela suspeita de MOTT. Foi identificado *Mycobacterium kansasii*. Realizou tratamento com estreptomicina, hidrazida, etambutol e ofloxacina por 18 meses, com negatividade da bacilosopia e melhora clínico-radiológica, recebendo alta por cura. Paralelamente foi investigada imunodeficiência, com contagem de linfócitos CD4 218 cel/mm³ e diagnóstico de deficiência de imunidade celular. Segue em acompanhamento, assintomático. **Conclusão:** É apresentado um caso de micobacteriose atípica em paciente com imunodeficiência celular, não relacionada ao HIV. Esta micobactéria é uma das poucas MOTT que responde parcialmente às drogas de 1ª linha para tratamento da tuberculose, particularmente o etambutol.