

XXXIII Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia 2006

Apresentações Orais

TABAGISMO

A0001 A ASSOCIAÇÃO INVERSA ENTRE O TABAGISMO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PODE SER EXPLICADA PELA GENÉTICA?

Chatkin JM, Scaglia NC, Chatkin G, Fritscher CC, Taufer M, Abreu CM, Blanco DC, Oliveira G Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Leptina; Obesidade

Introdução: A cessação do tabagismo é uma estratégia essencial para reduzir a morbidade e a mortalidade associada às doenças causadas por esse hábito. A abstinência tabágica geralmente resulta em aumento de peso, sendo uma preocupação da população em geral e dificultando o sucesso de muitas tentativas de abandono do fumo, além de tornar-se um fator de risco para o fracasso destas tentativas. Polimorfismos genéticos do receptor de leptina nos centros cerebrais de controle da saciedade podem estar envolvidos. **Objetivos:** Estudar o papel do polimorfismo Gln223Arg do receptor de leptina na associação do índice de massa corporal com o status tabágico. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com voluntários de ambos os sexos entre 18 e 63 anos de idade, classificados como fumantes, não fumantes ou ex-fumantes. Os sujeitos preencheram um questionário padronizado com variáveis demográficas e relacionadas ao tabagismo. Foi coletada amostra de sangue para estudo genético do polimorfismo Gln223Arg do receptor de leptina por PCR/RFLP. **Resultados:** A amostra incluiu 228 doadores, sendo 174 (60,4%) homens, com idade média de 34,6 ± 11,0 anos. Houve 106 (36,8%) não fumantes, 99 (34,4%) fumantes e 83 (28,8%) ex-fumantes. As frequências genotípicas foram 38,9%, 51,4% e 9,7% para os indivíduos GG, AG e AA respectivamente. Não foi encontrada associação significativa entre os genótipos estudados e o status tabágico. Os valores médios de IMC conforme os polimorfismos dos receptores de leptina classificados por status tabágico foram para não fumantes e ex-fumantes de 26,02, 25,82 e 24,97 respectivamente para GG, AG e AA ($p > 0,05$). Para os fumantes, os valores foram 24,51, 25,84 e 28,41 respectivamente para GG, AG e AA ($p = 0,007$). **Conclusão:** Detectou-se associação entre o polimorfismo Gln223Arg do receptor de leptina, BMI conforme o status tabágico. Fumantes com genótipo AA apresentaram IMC maior quando comparado aos outros grupos. Em não fumantes e ex-fumantes esta associação não foi estatisticamente significativa. Infere-se que o papel da nicotina no peso corporal possa ter relação com este polimorfismo.

A0002 PROGRAMA DE ABANDONO DO TABAGISMO: UMA ESTRATÉGIA QUE FUNCIONA?

Chatkin JM, Scaglia NC, Chatkin G, Fritscher CC, Jeremias ET, Abreu CM, Beck MG, Bandeira MP

Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono; Tratamento

Introdução: O abandono do hábito tabágico é um processo bastante complexo, onde ainda são baixos os índices de sucesso, apesar do crescente uso de medicamentos que auxiliam na cessação deste hábito. O Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo do Hospital São Lucas da PUCRS é um programa estruturado com o objetivo de aumentar as taxas de sucesso desse processo. **Objetivos:** Avaliar taxas de sucesso e fatores que podem interferir no processo de cessação do tabagismo em pacientes inseridos em um programa estratégico estruturado. **Métodos:** Desde junho de 1999 até maio de 2006 buscaram atendimento 746 paciente no programa, sendo que em 194 casos foi optado pelo não tratamento naquele momento, 146 casos foram encaminhados para tratamento psiquiátrico e/ou clínico antes e 406 casos foram avaliados em ensaio clínico aberto. Todos os participantes receberam terapia cognitivo-comportamental. O tratamento farmacológico foi dividido em quatro grupos: apenas terapia cognitivo-comportamental, bupropiona, terapia de reposição de nicotina ou ambas. Foram analisadas as taxas de abstinência através do método de Kaplan-Meier. Outros fatores que poderiam interferir no ato de cessação do tabagismo também foram analisados como sexo, idade, escolaridade, número de tentativas prévias de cessação, grau de dependência à nicotina, comorbidades e tipo de convênio. **Resultados:** 64% dos pacientes tratados foram do sexo feminino, 15% receberam apenas terapia cognitivo-comportamental, 63,8% receberam bupropiona, 3,3% terapia de reposição nicotínica e 5,3% utilizaram o tratamento combinado. Na análise dos fatores interferentes na cessação do tabagismo, apenas o tratamento farmacológico foi associado ao aumento da taxa de sucesso, sendo RR = 0,55 (IC = 0,37-0,83) para Bupropiona. RR = 0,51 (IC = 0,26-0,98) para terapia de reposição de nicotina e RR = 0,54 (IC = 0,32-0,89) para tratamento combinado. **Conclusão:** O tratamento farmacológico mostrou-se como fator protetor para cessação do hábito tabágico em relação à terapia cognitivo-comportamental aplicada isoladamente.

A0003 ANÁLISE DA RECAÍDA EM 593 EX-FUMANTES APÓS 12 MESES DO TRATAMENTO: IMPLICAÇÕES PARA A DURAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO NA FASE DE MANUTENÇÃO

Rodrigues de Almeida Santos SR¹, Siqueira VF², Peruchin FF³, De Oliveira MA⁴, David YRN⁵, Mutti A⁶, Furlan V⁷, Jardim JR⁸

1,8. PrevFumo-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7. PrevFumo-Total Care/Amil, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Recaída; Manutenção

Introdução: Durante o tratamento do tabagismo recomenda-se que sejam abordados os fatores de risco para recaídas, reduzindo estes eventos e favorecendo a cessação nas avaliações de longo prazo. As recomendações dos poucos documentos mundiais sobre este assunto apontam também para o seguimento posterior prolongado, com abordagens periódicas para reduzir tais riscos. A duração deste acompanhamento posterior à cessação vem sendo revisada e discutida na literatura mundial, com tendência até o momento de dedicar-se doze meses ao mesmo. **Objetivos:** Investigar prazo médio entre o término do tratamento do tabagismo e a ocorrência de recaídas para pacientes tratados em centros de referência, fornecendo uma recomendação para a duração deste seguimento com estratégias de manutenção da abstinência. **Métodos:** Acompanhados prospectivamente 593 pacientes que pararam de fumar durante tratamento em grupo realizado no PrevFumo-Unifesp e PrevFumo-Total Care/AMIL, a partir da alta deste tratamento até completarem 12 meses de seguimento. O tratamento em grupo foi realizado com intervenção cognitivo-comportamental e terapia farmacológica, em encontros semanais no primeiro mês de tratamento e quinzenais no segundo mês (6 encontros em 8 semanas). Cada encontro foi realizado com grupo de até 12 participantes, com duração aproximada de 75 minutos cada um. As formas de medicamentos utilizadas foram bupropiona e terapias de reposição de nicotina (gomas e adesivos), utilizados preferencialmente em monoterapia. O acompanhamento para avaliação de recaídas foi realizado por contato telefônico quando o(a) paciente completou 12 meses de término do tratamento em grupo. **Resultados:** Dos 593 ex-fumantes inscritos no estudo, perdeu-se o contato com 166 (27,99%), restando 427 com avaliação completa. Destes, 172 tiveram recaída (40,28%) sendo que o período identificado como de maior risco foi o compreendido entre um e três meses após o término de abordagem intensiva, respondendo por 69,77% das ocorrências; 89,63% das recaídas ocorreram até o sexto mês e 97,67% até o nono mês posterior ao término do tratamento. **Conclusão:** Estratégias de prevenção de recaída devem ser observadas com rigor durante o tratamento em grupo e principalmente nos 3 primeiros meses de cessação. A ocorrência de recaídas no nono mês posterior ao tratamento não apresentou diferença estatística significativa em relação ao observado ao final do período avaliado (12 meses), $p > 0,05$. Portanto, revisar o período aplicado para acompanhamento na fase de manutenção pode ser recomendável para redução dos custos implicados, favorecendo desvio de esforços para outras estratégias com melhores resultados na busca do mesmo objetivo.

A0004 AMBULATÓRIO DE APOIO AO TABAGISTA DO HOSPITAL DE MESSEJANA: FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO TERAPÊUTICO

Penha Uchoa Sales M¹, Oliveira MI², Jatai IO³, Melo Matos I⁴, Figueiredo MRF⁵

1,2,5. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil; 3,4. UECE, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Fatores de sucesso; Terapêutica; Tabagismo

Introdução: Fatores associados ao sucesso terapêutico do tabagista são influenciados pela motivação pessoal, grau de dependência e terapia envolvendo aspectos físicos e psicológicos da doença. Revisão da literatura mostra que a taxa de abstinência atingida em programas de tratamento com abordagem cognitivo-comportamental e terapia medicamentosa, varia de 20-30%. **Objetivos:** Avaliar os fatores associados às taxas de sucesso terapêutico dos clientes atendidos pelo programa de apoio ao tabagista do Hospital de Messejana. **Métodos:** Realizado estudo retrospectivo dos clientes atendidos pelo programa, no período de outubro de 2002 a dezembro de 2005. Durante a entrevista inicial foram triados para o tratamento, aqueles que se mostravam motivados e preparados para a tarefa de parar de fumar. O tratamento foi baseado em sessões com dinâmicas de grupo, em que se buscou o auto-conhecimento da dependência, adoção de mudanças comportamentais e uso da medicação padrão, bupropiona e adesivo de nicotina. As dinâmicas de grupo variaram durante o período do estudo. Para a análise, considerou-se como perfil do fumante (sexo, teste de Fagerstrom, tentativas prévias para parar de fumar, número de cigarros fumados ao dia), tipo e tempo da medicação utilizada. Sucesso foi relatado pelo cliente com a informação própria de haver parado de fumar há pelo menos seis meses. Insucesso, foi caracterizado pelo grupo que não conseguiu parar de fumar, abandonou o tratamento ou apresentou recaída. **Resultados:** Do total de 427 clientes, 238(56,8%) atingiram abstinência, sendo que esta taxa foi progressiva ao longo dos quatro anos de experiência. O insucesso ocorreu em

181 casos (43,2%). O perfil do fumante se modificou significativamente ($p < 0,05$), no que diz respeito ao teste de Fagerstrom que apresentou índices inferiores no primeiro e quarto anos e no número de tentativas prévias frustradas que foi maior no quarto ano. 54,7% usou associação de bupropiona e adesivo de nicotina, sendo que a utilização foi muito mais elevada no último ano (87%). A frequência e período do uso da medicação (3 meses) apresentou crescimento linear com o passar dos anos, para a bupropiona ($p < 0,001$); para o uso de adesivo de nicotina ($p < 0,001$), para o tempo de utilização do adesivo ($p < 0,016$). O sucesso foi associado aos seguintes fatores: uso acima de 20 cigarros ao dia, utilização de bupropiona ($p < 0,001$) e adesivo de nicotina ($p < 0,001$). **Conclusão:** Como todos os clientes se encontravam motivados para cessar o fumo durante a triagem inicial, passaram pelas sessões de abordagem cognitivo-comportamental, embora, estas tenham sofrido alterações ao longo do período, a análise dos fatores associados ao sucesso se mostrou significativa quanto ao número de cigarros fumados ao dia e ao tratamento medicamentoso.

A0005 AVALIAÇÃO DO PERFIL TABÁGICO E ABSTINÊNCIA EM HOMENS E MULHERES DO AMBULATÓRIO DE APOIO AO TABAGISTA DO HOSPITAL DE MESSEJANA

Penha Uchoa Sales M, Oliveira MI, Melo Matos I, Jatai IO, Figueiredo MRF
Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Abstinência tabágica; Sexo feminino; Sexo masculino

Introdução: Abordagem de aspectos psíquicos e utilização de medicamentos fazem parte do tratamento do tabagismo, objetivando a abstinência e a manutenção da mesma. Alguns estudos tem demonstrado que mulheres apresentam maiores dificuldades para abstinência tabágica quando comparadas aos homens. **Objetivos:** Avaliar o perfil tabágico, desfecho terapêutico e fatores associados ao mesmo em pacientes do sexo masculino e feminino que foram atendidos no ambulatório de Apoio ao Tabagista do Hospital de Messejana. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo dos pacientes que foram atendidos durante o período de outubro de 2002 a dezembro de 2005. Clientes de ambos os sexos foram triados avaliando-se a motivação e preparando-os para a tarefa de cessar o fumo. Em seguida, encaminhados para o grupo de apoio, que realizou quatro sessões iniciais com o objetivo de favorecer o auto-conhecimento da dependência nicotínica e a mudança de comportamento destes pacientes, visando a abstinência. Após esta fase, utilizou-se terapia medicamentosa: Bupropiona e/ou Terapia de Reposição Nicotínica e o tratamento de manutenção da abstinência. O perfil tabágico, terapêutica utilizada e desfecho foram estudados comparativamente em homens e mulheres. **Resultados:** No total, foram avaliados 427 pacientes, sendo 64,9% mulheres vs 35,1% homens. Observamos que os homens iniciaram o tabagismo mais precocemente, o tratamento mais tardiamente e consequentemente fumaram por mais anos; entretanto sem relevância estatística. O teste de Fagerström avaliado em função do sexo revelou que a dependência grave era encontrada em 37,8% dos homens vs 26% das mulheres ($p = 0,01$); observou-se que as mulheres fumavam menor número de cigarro 40,7% vs 25,5% dos homens fumavam ≤ 10 cig/dia ($p = 0,002$) e 43,6% dos homens vs 26,4% das mulheres fumavam ≥ 20 cig/dia ($p < 0,001$); Para alcançar a abstinência as mulheres utilizaram bupropiona em 66,9% vs 56,8% dos homens ($p = 0,04$). A utilização por maior tempo de bupropiona em mulheres esteve correlacionada com o sucesso ($p = 0,05$). A associação da bupropiona e nicotina adesivo esteve correlacionada com o desfecho para o sucesso terapêutico em ambos os sexos ($p < 0,001$). Taxa de abstinência encontrada 57,1 vs 56,6% em homens e mulheres foram semelhantes ($p = 1,00$). **Conclusão:** Os homens procuraram menos este tipo de tratamento, apresentaram teste de Fagerström mais elevado e fumavam maior número de cigarros que as mulheres; estas utilizaram mais bupropiona e o seu uso por tempo mais prolongado esteve implicado com o sucesso terapêutico, relacionamos tal fato ao maior nível de ansiedade entre as mulheres; A associação de bupropiona e nicotina adesivo continuou sendo a abordagem terapêutica de escolha estando correlacionada com sucesso terapêutico em ambos os sexos. A taxa de abstinência encontrada no presente estudo foi semelhante em homens e mulheres.

A0006 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM FUMANTES E EX-FUMANTES DO PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO DO HOSPITAL DE MESSEJANA (PCTHM) – CE

Araújo Pinto RM¹, Sampaio Viana CM², Jatai IO³, Melo Matos I⁴, Oliveira MI⁵, Penha Uchoa Sales M⁶, Salani Mota RM⁷, Pereira EDB⁸

1,2,5,6,8. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil; 3,4. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 7. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Fumantes; Ex-fumantes; Qualidade de vida

Introdução: A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida (QV) como a percepção individual de bem-estar físico, mental, social e ocupacional. Nas últimas décadas, houve um crescente interesse sobre esse tema, com inúmeros estudos sobre o impacto de doenças na QV de seus portadores. O tabagismo ativo afeta atualmente um terço da população mundial, com taxa de mortalidade de cinco milhões ao ano. Até o presente momento, não há relato na literatura sobre a QV em fumantes e ex-fumantes. **Objetivos:** Avaliar a QV em um grupo de fumantes e ex-fumantes do PCTHM. **Métodos:** Estudo transversal, realizado no ambulatório do PCTHM. No grupo de fumantes e ex-fumantes foi aplicado o The Medical Outcomes Short-Form Survey (SF-36) para avaliação da QV e o teste de Fagerström (TF) para o grau de dependência nicotínica, além de coleta dos dados sociodemográficos e tempo de fumo. Para análise estatística, foram utilizados os seguintes testes: Método de Shapiro-Wilk - normalidade das variáveis quantitativas; teste t de Student - comparação de médias entre dois grupos cuja distribuição é normal; teste de Mann-Whitney - comparação de médias entre dois grupos cuja distribuição não é normal; teste de Levene - avaliar igualdade da variância dos dados; coeficiente de Spearman: correlação linear entre as variáveis do SF-36. Foram utilizados testes bicaudais com probabilidade alfa fixada em 05%. O programa estatístico utilizado foi o SPSS 13.0 Windows. **Resultados:** Cento e dois clientes J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

participaram do estudo, sendo 41 ex-fumantes (grupo EF) e 61 fumantes (grupo F). A maioria era do sexo feminino, 58,5% no grupo EF e 59% do grupo F. A média de idade foi de 52,93 ($\pm 8,77$) para o grupo EF e 48,87 ($\pm 11,15$) para o grupo F ($p = 0,043$). A média dos valores do TF no grupo EF e F foram 5,88 (2,10) e 5,72 (2,37), respectivamente ($p = 0,732$). Seis das oito escalas do SF-36 apresentaram diferença significativa entre os grupos EF e F, sendo os valores no grupo EF menores. Corrigidos pela idade, a saúde mental e física entre os dois grupos diferiram significativamente. No grupo F, houve correlação negativa entre o teste de Fagerström e os domínios Aspecto Geral de Saúde ($r = -0,486$; $p < 0,001$), Vitalidade ($r = -0,281$; $p = 0,028$), Aspectos Sociais ($r = -0,397$; $p = 0,002$), Aspectos de Saúde Mental ($r = -0,270$; $p = 0,036$) e indícios de correlação negativa com o Aspecto Emocional ($r = -0,225$; $p = 0,082$) e o coeficiente de saúde mental ($r = -0,233$; $p = 0,071$) do SF-36. No grupo EF, o teste de Fagerström não se correlacionou com os oito aspectos do SF-36. **Conclusão:** Observou-se redução na qualidade de vida no grupo dos fumantes na população estudada, especialmente naqueles com maior grau de dependência nicotínica.

TUBERCULOSE

A0007 A INFECÇÃO TUBERCULOSA NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DOS DISTRITOS POLICIAIS DA ZONA OESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO, SEGUNDO O TEMPO DE PRISÃO

Abraham RMM, Nogueira PA

Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Infecção tuberculosa; Prova tuberculínica; Detentos

Introdução: A relação entre infecção tuberculosa e tempo de prisão, tem sido demonstrada em estudos realizados em diferentes países, nos quais observou-se que, quanto maior a permanência do detento em uma prisão, maior é sua exposição à doença e maior o risco de infecção. **Objetivos:** Verificar a associação entre o tempo de prisão e a positividade da prova tuberculínica na população carcerária dos Distritos Policiais da Zona Oeste da cidade de São Paulo. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, no período de março de 2000 a maio de 2001, com a aplicação de um inquérito individual e da prova tuberculínica (PPD-RT23 – 2TU/0.1ml) nos detentos. Para verificar a associação entre tempo de prisão e reatividade ao PPD, utilizou-se o teste de tendência ($p < 0,001$), separando-se os detentos em primários e reincidentes, e em não reatores e reatores. **Resultados:** Do total de 1.052 presos, 932 concordaram em fazer a prova tuberculínica e 601 (64,5%) estavam infectados. Comparando-se o resultado da prova tuberculínica com o tempo de prisão, observou-se que dos 932 detentos analisados, 280 estavam presos há menos de 60 dias, e destes, 57,1% foram reatores ao PPD; 343 detentos estavam com 60 a 180 dias de prisão e a percentagem de reatores aumentou para 64,4%; 231 detentos estavam com 181 a 365 dias de prisão e a percentagem foi de 70,1% e, finalmente, 78 detentos estavam na prisão há mais de 366 dias e a percentagem de reatores aumentou para 74,4%. Após a separação dos detentos em primários e reincidentes, e em não reatores e reatores, observou-se que de um total de 506 detentos primários, 134 estavam presos há menos de 60 dias, e destes, 40,3% foram reatores ao PPD; de 180 detentos primários com 60 a 180 dias de prisão a percentagem de reatores aumentou para 64,4%; de 139 detentos primários com 181 a 365 dias de prisão a percentagem foi de 67,6% e de 53 detentos primários com mais de 366 dias de prisão foi de 62,3%. De um total de 426 detentos reincidentes, 146 estavam presos há menos de 60 dias, e destes, 72,6% foram reatores ao PPD; de 163 detentos reincidentes com 60 a 180 dias de prisão a percentagem de reatores aumentou para 75,5% e de 92 detentos reincidentes com 181 a 365 dias de prisão, a percentagem foi de 73,9%. O que se destacou no grupo dos detentos reincidentes foi que, de 25 detentos que estavam presos há mais de 366 dias, 100,0% estavam infectados, mostrando que em todos os períodos de permanência na prisão, os detentos reincidentes apresentaram percentagens de infecção tuberculosa maiores do que as dos detentos primários, e que estas foram aumentando na medida em que aumentava o tempo de prisão destes detentos. **Conclusão:** Houve associação entre infecção tuberculosa e tempo de prisão, pois quanto maior o tempo de prisão, maior a positividade da prova tuberculínica.

A0008 TUBERCULOSE CONGÊNITA: REVISÃO DIAGNÓSTICA E INCLUSÃO DE NOVO CRITÉRIO

Azevedo Sias SM¹, Nascimento Daltrio PA², Carreiro EM³, Bezerra de Menezes NM⁴, Cardoso Felix AA⁵, Silami Lopes VC⁶

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 2. CDPI, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3,4. Hospital Universitário Antonio Pedro-UFF, Niterói, RJ, Brasil; 5,6. Hospital Universitário Antonio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Neonatal; Diagnóstico

Introdução: A Tuberculose Congênita (TC) é uma doença rara com pouco mais de 300 casos descritos. Inicialmente a sintomatologia é inespecífica podendo simular sepsis bacteriana ou infecção congênita não sendo geralmente o diagnóstico realizado e evoluindo para óbito. O critério mais recente para o diagnóstico de TC requer que o lactente tenha lesão tuberculosa comprovada e apresente no mínimo um dos seguintes itens: lesões na primeira semana de vida; complexo primário hepático ou granuloma de caseificação hepático; infecção tuberculosa na placenta ou no trato genital materno e exclusão de transmissão pós-natal (Cantwell). **Objetivos:** Descrever um caso de TC incluir como critério a calcificação mediastinal e/ou hepática. **Métodos:** Descrição do diagnóstico e evolução de um caso de TC com levantamento bibliográfico dos critérios diagnósticos. **Resultados:** Após broncoscopia em lactente de 2 meses com suspeita de tuberculose cuja cultura do lavado brônquico foi positiva para BK, constatou-se que sua mãe teve quadro sugestivo de tuberculose 20 dias antes do parto e, 2 semanas após o nascimento foi internada evoluindo para óbito. O escarro e lavado brônquico foram negativos para BK e o Anti HIV também. RX com infiltração miliar. Não houve necropsia nem estudo da placenta. O lactente ao nascer ficou interna-

do por desconforto respiratório em uso de antimicrobianos. A mãe e o RN tiveram alta à revelia. O RN foi reinternado por 2 vezes devido à pneumonia. Logo após a primeira alta recebeu BCG cuja evolução foi precoce. Na segunda internação manteve-se RX inalterado sendo transferido para o HUAP. Encontrava-se desnutrido, dispnéico, pálido, com calcificações bilaterais e hepatoesplenomegalia. Hemograma com leucocitose, neutrofilia e anemia. Líquor normal. TCAR de tórax e abdome com condensações, cavitação e imagens nodulares bilaterais além de calcificações periportal e em mediastino. Iniciado esquema RIP e corticóide oral com boa evolução e alta hospitalar em 16 dias. O rastreamento de contactantes familiares e hospitalares foi negativo. Manteve-se o tratamento por 1 ano com cura completa mantendo apenas as calcificações mediastinais e no fígado. **Conclusão:** Apesar de não ter estudo da placenta e córvix uterina comprovando tuberculose materna, o RX e a história no final da gravidez sugerem esta doença. O diagnóstico de Tuberculose Congênita foi considerado tendo em vista que o lactente apresentou quadro respiratório desde a primeira semana de vida com tratamento antimicrobiano sem resposta clínica ou radiológica, teve cicatrização precoce da BCG (BCG teste), alterações endoscópicas de compressão intrínseca confirmando adenomegalia mediastinal na TC de tórax, cultura do lavado brônquico positivo para BK e afastada a possibilidade da transmissão pós-natal. Como as calcificações no caso da tuberculose se tornam presentes entre 6 meses a 1 ano após a infecção e o lactente aos 2 meses já se apresentava na TCAR (não no RX) sugerimos que este seja um item a ser incluído aos critérios de Cantwell.

AO009 PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE CRÔNICA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA, NA CIDADE DE MANAUS

Cardoso VM¹, Campos MH², Silva CQ³, Catunda AC⁴, Cardoso ACD⁵, Socorro de Lucena Cardoso MD⁶

1,2,3,5,6. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 4. Centro Universitário Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Hemodiálise; Insuficiência renal crônica

Introdução: Pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), em tratamento dialítico, evoluem com alterações significativas no sistema imunológico; capazes de desenvolver um quadro de imunodeficiência moderada. Tem sido descrito nos últimos tempos, um aumento da incidência de tuberculose (TB) nesses pacientes. No entanto, possuímos poucos dados epidemiológicos sobre a prevalência e as manifestações clínicas dessa enfermidade nos doentes renais crônicos na cidade de Manaus. **Objetivos:** Investigar a prevalência, perfil epidemiológico e as manifestações clínicas da tuberculose nos pacientes renais crônicos atendidos na Clínica Renal de Manaus (CRM) nos últimos cinco anos. **Métodos:** Foi efetuado um estudo transversal com análise retrospectiva de prontuários de 487 pacientes portadores de IRC, submetidos à hemodiálise no CRM, no período de janeiro de 2000 a julho de 2005. Foram incluídos aqueles que desenvolveram tuberculose no período referido e excluídos os que além de IRC e TB apresentavam sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida. A análise estatística foi realizada através do programa EPI INFO 2002. **Resultados:** A tuberculose foi diagnosticada em 29 (6,0%) dos pacientes renais crônicos, sendo 51,8% do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino, a idade média para o desenvolvimento da TB foi de 46 anos com maior incidência entre as faixas etárias de 30 a 60 anos. O acometimento extrapulmonar (69%; $p = 0,0039$) foi estatisticamente maior em comparação a forma pulmonar da doença (31%). A pleura foi o órgão mais acometido com 40% dos casos, seguida da ganglionar 35%, peritoneal 15%, óssea e cutânea 5% cada. Febre indeterminada e perda ponderal foram os sintomas mais frequentes. A duração média da hemodiálise antes do diagnóstico da tuberculose foi de 37 meses. Em 3 pacientes (13%) o desenvolvimento da enfermidade ocorreu nos primeiros 12 meses de diálise, em 13 (56,5%) entre o primeiro e terceiro ano e em sete (30,5%) ente o quarto e oitavo ano de tratamento dialítico. O diagnóstico de TB foi confirmado através de exames bacteriológicos em 20,6% dos casos, biópsia de diferentes órgãos (40%), análises bioquímicas de fluidos corporais (10,3%), ADA (6,9%) e em 22,2% foi estabelecido pela associação da clínica, imagens radiológicas e resposta terapêutica. Todos foram tratados com esquema RIP; observando uma eficácia terapêutica em 79,3% dos casos, e falha em um paciente. Quatro (13,7%) foram à óbito na vigência do tratamento. **Conclusão:** Os pacientes urêmicos apresentam uma elevada taxa de prevalência de tuberculose quando comparados à população geral de Manaus IC95% (4,1-8,5); com predileção para o comprometimento extra-pulmonar. Deve-se suspeitar da doença em todo renal crônico que se apresente com febre de origem indeterminada e perda ponderal sem causa aparente. O diagnóstico precoce e a instituição imediata do tratamento proporcionam um bom prognóstico.

AO010 IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA NACIONAL PARA CONTROLE DE QUALIDADE DOS MEDICAMENTOS ANTI-TB NO BRASIL

Keravec J¹, Gemal AL², Hijjar MA³, Santos JR⁴, Camargo JA⁵, Oliveira JB⁶, De Paula NC⁷, Lamarão ML⁸

1. Projeto MSH – Rational Pharmaceutical Management Plus Program (RPM PLUS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2. Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3. Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) – Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 4. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) – Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil; 5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil; 6. Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) – Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil; 7. Lacerac Goiás, Goiânia, GO, Brasil; 8. Lacerac Amapá, Macapá, AP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Medicamentos; Controle de qualidade

Introdução: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, e a Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criaram um grupo de trabalho multidisciplinar, com apoio do Projeto MSH, para avaliar a qualidade dos medicamentos anti-TB, frequentemente questionada pelos profissionais que tratam pacientes com TB. **Objetivos:** Avaliar e monitorar a qualidade dos medicamentos anti-TB no Brasil. **Métodos:** Foram realizados procedimentos padronizados para coleta das amostras de todos os medicamentos anti-TB componentes dos esquemas de primeira e segunda linha. Os testes foram realizados nos laboratórios do INCQS e nos Lacerac Goiás e Amapá em concordância com as diretrizes da Farmacopéia Brasileira e/ou da US Pharmacopéia. **Resultados:** Setenta amostras representando 14 medicamentos e 11 produtos diferentes foram coletadas durante a primeira fase do trabalho. De 68 amostras analisadas, 46 foram aprovadas e 22 consideradas como insatisfatórias. Dessas 22 amostras, 9 apresentaram inconformidade por análise de rotulo e 13 apresentaram resultados insatisfatórios por ensaios físico-químicos e químicos. As principais causas para os desvios de qualidade observados nas amostras foram: problemas com a matéria prima (Rifampicina), harmonização de métodos analíticos e fatores ligados ao processo produtivo. **Conclusão:** O programa de TB e os órgãos de controle interagem de forma construtiva com os produtores de fármacos para melhorar a qualidade dos medicamentos, definindo ações legais conjuntas para evitar desabastecimento e informando regularmente aos profissionais e usuários a qualidade dos produtos no setor público. Um plano para monitorar continuamente a qualidade foi implantado através da descentralização para o nível estadual da capacidade para testar os medicamentos anti-TB.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

AO011 EFICÁCIA IMEDIATA DO FORMOTEROL EM DPOC COM POBRE REVERSIBILIDADE

Rubin AS¹, Hetzel JL², Souza FJFB³, Moreira JS⁴

1. Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil; 3,4. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Formoterol; Função pulmonar

Introdução: A doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela obstrução crônica ao fluxo aéreo, geralmente progressiva, que não é totalmente reversível. O formoterol é um potente agonista beta-adrenérgico com duração de ação de 12 horas e rápido início de ação. Sua eficácia broncodilatadora imediata em DPOC ainda é controversa. **Objetivos:** Avaliar a resposta imediata ao formoterol em portadores de DPOC com pobre reversibilidade funcional ao fenoterol. **Métodos:** Trata-se de um estudo randomizado duplo-cego, onde 40 pacientes portadores de DPOC foram randomizados em 2 grupos para comparar a resposta broncodilatadora imediata ao formoterol ou placebo. Foram incluídos pacientes sem resposta prévia ao fenoterol em estudo espirométrico prévio, com idade superior a 40 anos e com tabagismo ativo ou passado (mais de 20 maços/ano). Foram excluídos pacientes com história de asma atual ou pregressa ou com outra doença pulmonar crônica. Foi avaliado o efeito broncodilatador imediato (em 30 minutos) do formoterol na dose de 12 microgramas (Foradil® 12mcg) administrados de maneira cega por handhaler. A resposta broncodilatadora foi analisada através de variáveis funcionais medidas por pletismografia. No dia consecutivo ao exame pletismográfico, os pacientes foram submetidos ao teste de caminhada de 6 minutos, conforme as diretrizes da ATS. Todos os pacientes foram classificados de acordo com a gravidade da doença, baseados no GOLD e índice de BODE. **Resultados:** Os 20 pacientes de cada grupo eram semelhantes em relação aos índices funcionais, marcadores de gravidade e escalas de dispnéia. Houve diferença significativa na variação broncodilatadora, sendo observada um aumento médio no VEF1 de 12,4% no grupo formoterol e de 0,1% no grupo placebo ($p = 0,00065$). Da mesma forma, a variação da CVF após administração de formoterol, 12,8%, foi significativamente superior a encontrada após administração do placebo, 5,1% ($p = 0,017$). Também foi encontrada significância estatística para a variação da CI do Grupo Formoterol, 7,4% em comparação ao grupo placebo, -2,75% ($p = 0,05$). Outro índice que apresentou variação significativa foi a Raw, que foi superior após administração de formoterol, -14,0%, em comparação a administração de placebo, 2,6% ($p = 0,010$). No presente estudo, verificamos diferença significativa ($p = 0,05$) maior variação da CI e CV após formoterol em comparação com placebo. Tanto a CV quanto a CI têm sido estudadas como os parâmetros que melhor correlacionam resposta ao Bd e melhora da tolerância ao exercício. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que portadores de DPOC com pobre reversibilidade apresentam significativa resposta imediata ao formoterol medida não somente pelo VEF1, mas por índices associados a desinsuflação pulmonar, como CI e CVF. Mais estudos são necessários para confirmar a eficácia clínica imediata do formoterol em DPOC.

AO012 ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR PODE MELHORAR A CAPACIDADE DE EXERCÍCIO E A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DPOC: ESTUDO RANDOMIZADO E CONTROLADO

Pinho Queiroga Júnior FJ, Napolis LM, Dal Corso S, Gimenes ACO, Pereira Albuquerque AL, Villaza DS, Neder JA, Nery LE

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Eletroestimulação; DPOC; Qualidade de vida

Introdução: A Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) tem sido descrita como uma terapia reabilitadora efetiva em vários distúrbios sistêmicos. Nos pacientes com DPOC há poucos estudos mostrando os benefícios desta nova estratégia. **Objetivos:** Avaliar a eficácia da EENM em pacientes ambulatoriais com DPOC estável. **Métodos:** Trinta pacientes (26 do sexo masculino) com DPOC (VEF1 pós BD = 49,7% + 13,4% do previsto) foram randomicamente submetidos a: (i) EENM seguida de estimulação SHAM ou (ii) estimulação SHAM

seguida de EENM. Foram obtidos: função pulmonar, força isométrica, composição corporal, teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), teste de endurance em cicloergômetro (Tlim) e escores de qualidade de vida (St. George Questionnaire-SGQ). **Resultados:** O método de two-way repeated measures mostrou que o Tlim, TC6M e SGQ foram significativamente diferentes através dos dois períodos de tempo, com respostas positivas apenas após EENM ($p < 0,01$). Treze pacientes foram considerados "respondedores" (RESP: pacientes em que o Tlim após EENM foi maior do que após SHAM; $\Delta Tlim = 96,8 + 133,8$ vs $-8,5 + 30,1$, para RESP e NÃO-RESP respectivamente). Os respondedores tiveram maiores valores basais de massa magra ($50,5 + 6,4$ kg vs $44,5 + 6,8$ kg; $p = 0,04$), TC6M ($529,6 + 64,2$ m vs $468,4 + 73,2$ m; $p = 0,03$) e pico de torque isométrico ($146,2 + 39,6$ Nm-1 vs $122,0 + 28,4$ Nm-1; $p = 0,07$) quando comparados com os não-respondedores à EENM. **Conclusão:** A EENM melhora a capacidade de endurance no exercício e a qualidade de vida de pacientes com DPOC. Uma resposta fisiológica positiva à EENM foi encontrada preferencialmente em pacientes com capacidade de exercício e massa magra mais preservados na avaliação pré-intervenção. Financiada por: FAPESP, CNPq, CAPES.

AO013 A ASSOCIAÇÃO DA SÍNDROME DE APNÉIA-HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO COM DPOC GRAVE HIPOXÊMICA INTERFERE NA SOBREVÍDUA?

Pinho Queiroga Júnior FJ¹, Oliveira MVC², Camargo LC³, Scuarialupi ME⁴, Maia J⁵, Machado MCL⁶

1,4,5,6. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2,3. Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC hipoxêmica; Sobrevida; Síndrome de apnéia do sono

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é causa importante de morte no mundo todo. A prevalência da síndrome de superposição (SS), que é a associação da DPOC com a síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) varia de 10% a 15%. Esta associação pode teoricamente agravar as trocas gasosas e aumentar a mortalidade, mas ainda não sabemos se isto interfere na sobrevida destes pacientes. **Objetivos:** Avaliar se existem diferenças na sobrevida de pacientes com DPOC grave hipoxêmica com e sem SAHOS, e se o uso de CPAP nasal nos portadores de SS interfere nesta sobrevida. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte realizado por 10 anos em 606 pacientes com DPOC hipoxêmica, 515 sem SAHOS e 91(15%) com SAHOS (confirmada por estudo polissonográfico noturno), nos ambulatórios de oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP) em 2 hospitais públicos de São Paulo (HSPE-SP e HSP). Os dados basais foram obtidos na entrada do Programa de ODP, com doença estável. Usamos a análise univariada para comparar as curvas de sobrevida (Kaplan-Meier) e em seguida a análise multivariada de Cox para avaliar o efeito da SS na sobrevida controlando-se os possíveis fatores confundidores como: idade, sexo, VEF1, PaO2, PaCO2, índice de massa corpórea (IMC), número de co-morbidades (ponderadas pelo índice de Charlson) e quantidade de maços/ano fumados. Todos os pacientes utilizaram ODP no mínimo 18hdia e 70% dos pacientes com SS usaram CPAP nasal noturno regularmente. **Resultados:** 4mmHg. Na análise univariada, os pacientes com DPOC tiveram pior sobrevida ($p \square 6$ mmHg, PaCO2 = $45,9 \square 6$ kg/m2, VEF1 = 33,7% predito, PaO2 = $51 \square 8$ anos, IMC = $25,0 \square$ Os dados basais foram: Idade = $66 < 0,001$). Entretanto, na análise multivariada de Cox, após controlarmos os possíveis fatores confundidores, não houve diferença estatisticamente significante na sobrevida entre os 2 grupos ($p = 0,34$). Os marcadores independentes de mortalidade foram: idade avançada, sexo feminino, menor PaO2, menor IMC, menor VEF1 (todos com $p < 0,01$) e maior número de co-morbidades ($p = 0,046$). No grupo dos portadores de SS houve uma associação positiva entre o uso de CPAP e maior sobrevida. ($p < 0,001$ pelo teste do qui-quadrado de Pearson). **Conclusão:** Pacientes com DPOC + SAHOS não apresentam diferenças de sobrevida quando comparados a pacientes com DPOC sem SAHOS, após controlarmos os possíveis fatores confundidores. Os nossos resultados mostram que o uso do CPAP contribui com melhor sobrevida em pacientes com SS.

AO014 RELAÇÃO ENTRE A MASSA MUSCULAR E A DENSIDADE MINERAL ÓSSEA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES EM PACIENTES COM DPOC E CONTROLES SAUDÁVEIS

Pereira Albuquerque AL, Villaça DS, Lerario MC, Dal Corso S, Malaguti C, Napolis LM, Nery LE

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Atrofia muscular periférica; Densidade mineral óssea

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) frequentemente apresentam atrofia muscular periférica, principalmente nos membros inferiores. O uso de corticosteróides e a diminuição da atividade física podem levar a perdas ósseas, aumentando o risco de fraturas. **Objetivos:** Determinar a relação entre a massa muscular periférica e a densidade mineral óssea (DMO) em pacientes com DPOC, comparando-a com a observada em controles saudáveis. **Métodos:** A massa muscular periférica e DMO foram obtidas por DEXA (dual energy X-ray absorptiometry) em 100 pacientes com DPOC (72 homens, idade = 65 ± 7 anos, VEF1 = $49,3 \pm 17,9$ % do previsto) e 52 controles saudáveis (30 homens), pareados por idade. **Resultados:** Pacientes com DPOC apresentaram redução significativa do índice de massa magra (massa livre de gordura/estatura²), VEF1 e VEF1/CVF ($p < 0,05$). Em adição, observaram-se menores valores de massa muscular dos membros inferiores, mas não dos superiores, nos pacientes com DPOC ($p < 0,05$). De forma interessante, apenas nos pacientes houve significante correlação entre massa muscular e DMO apendicular, tanto nos membros superiores como nos inferiores ($r = 0,79$ e $0,51$ respectivamente). No grupo controle, houve correlação significativa apenas entre a DMO e a massa muscular dos membros superiores ($r = 0,43$). **Conclusão:** A massa muscular dos membros inferiores e superiores correlacionou-se melhor com a densidade mineral óssea em pacientes com DPOC, quando comparados a controles saudáveis. Tais dados sugerem que, em pacientes com DPOC, há íntima relação entre atrofia muscular e perda óssea. Financiada por: FAPESP, CNPq e CAPES.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

AO015 EFEITOS DA BRONCODILATAÇÃO FARMACOLÓGICA (FORMOTEROL) SOBRE A CAPACIDADE MÁXIMA DE EXERCÍCIO EM ESTEIRA ERGOMÉTRICA E CICLOERGÔMETRO

Pereira Albuquerque AL¹, Ferreira EVM², Machado TY³, Batista LD⁴, Carrasco CR⁵, Oliveira CC⁶, Nery LE⁷, Neder JA⁸

1,2,3,4,5,7,8. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 6. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Broncodilatadores inalatórios; Capacidade máxima de exercício

Introdução: O efeito dos broncodilatadores inalatórios sobre o aumento na capacidade máxima de exercício, em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), habitualmente é avaliado em cicloergômetro. A esteira, entretanto, reflete melhor a atividade diária (caminhar), além de resultar em menor fadiga de membros inferiores. **Objetivos:** Comparar os efeitos do formoterol sobre a tolerância ao exercício quando avaliada em cicloergômetro e esteira ergométrica. **Métodos:** 21 pacientes (15 homens) com DPOC graus II-III segundo o GOLD (VEF1 $44,1 \pm 14,6$ % previsto) e hiperinsuflação pulmonar ao repouso (CRF $152,5 \pm 27,2$ % previsto) foram submetidos a um teste máximo em esteira e cicloergômetro, após placebo e formoterol, em dias diferentes. Após 15 minutos de cada teste, era realizada dinamometria isocinética na perna direita para mensurar a fadiga local. **Resultados:** Formoterol aumentou significativamente o VEF1 basal em relação ao placebo ($11,4 \pm 8,6$ % vs $1,9 \pm 5,7$ %, respectivamente). O incremento na tolerância ao exercício secundário à broncodilatação foi maior em esteira em relação ao cicloergômetro ($17,0 \pm 9,2$ % vs $-1,7 \pm 3,6$ %, $p = 0,08$). Apesar do grau de hiperinsuflação pulmonar dinâmica ter sido igual entre as modalidades ao final do exercício, na esteira houve maior aprisionamento aéreo durante o teste em condições isoventilatórias, assim como menor fadiga de membro inferior pós-teste ($1,8 \pm 0,5$ vs $2,8 \pm 1,3$ J.s-1, $p < 0,05$). **Conclusão:** Maior fadigabilidade de membro inferior na cicloergometria pode ocultar possíveis benefícios dos broncodilatadores inalatórios sobre a capacidade de exercício em pacientes com DPOC. Adicionalmente, por desencadear maior hiperinsuflação pulmonar dinâmica para determinada ventilação, a esteira parece ser a modalidade de exercício mais adequada para avaliação dos efeitos funcionais dos broncodilatadores inalatórios nestes pacientes. Financiada pela CAPES, FAPESP e CNPq.

AO016 CUIDADORES PRIMÁRIOS – AS VÍTIMAS OCULTAS DA DPOC

Araújo Pinto RM¹, Holanda MA², Medeiros MMC³, Salani Mota RM⁴, Sampaio Viana CM⁵, Morano MTAP⁶, Pereira EDB⁷

1,2,3,4,7. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 5,6. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Cuidadores primários; Qualidade de vida

Introdução: A DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) é uma doença crônica e incapacitante que pode levar o paciente à dependência física e psicológica, com consequências econômicas. A doença interfere tanto na qualidade de vida dos pacientes como de seus familiares. Geralmente, a principal responsabilidade e cuidado do paciente é assumida por um membro da família chamado de cuidador primário. Na literatura, estudos sobre a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DPOC são escassos. **Objetivos:** Medir o impacto da doença utilizando o Caregiver Burden scale (CB scale) e qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DPOC. **Métodos:** quarenta e dois pacientes com DPOC e seus respectivos cuidadores foram identificados e entrevistados no ambulatório de pneumologia do hospital de messejana. Os dados demográficos e clínicos foram coletados. A avaliação da qualidade de vida foi realizada utilizando os seguintes instrumentos: SF-36 componente físico (CF) e componente mental (CM) sumarizado para os pacientes e cuidadores, Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) para os pacientes e o impacto subjetivo da doença nos cuidadores foi medido utilizando-se o CB scale. **Resultados:** Foram estudados 42 pacientes com média de idade 65,45 anos (71,4% masculino, 28,6% feminino). A maioria dos cuidadores eram mulheres (85,3%), com idade média de 51,6 anos. Quanto ao parentesco 28,5% eram filha(o) e 61,2% eram cônjuge, com um baixo nível educacional e econômico. A média do componente físico (CF) e mental (CM) do SF-36 foi 45,9 (+ 10) e 46 (+ 12). O escore médio do impacto total medido pelo CB scale foi de 7,9 (+ 0,6). O impacto subjetivo correlacionou-se negativamente com CF e CM do SF-36 dos cuidadores ($r = -0,50$ $p = 0,01$; $r = -0,68$ $p = 0,001$ respectivamente) e não se correlacionou com o SGRQ, nem com o quadro clínico-funcional dos pacientes. Na análise de regressão múltipla a qualidade de relação entre cuidadores e pacientes, saúde mental dos cuidadores e saúde física dos pacientes foram as mais importantes preditoras de impacto medido pelo CB scale. O modelo conseguiu explicar 63% ($R^2 = 0,632$) do impacto produzido no cuidador com um nível de significância menor que 0,001. **Conclusão:** O impacto subjetivo medido pelo CB scale foi considerado importante e apresentou correlação com a saúde física e mental dos cuidadores. A qualidade da relação entre pacientes e cuidadores foi um importante fator que influenciou a percepção do impacto.

FISIOPATOLOGIA RESPIRATÓRIA

AO017 EFEITOS DA IMERSÃO GRADUAL EM ÁGUA NA FUNÇÃO PULMONAR E VOLEMIA DE PACIENTES TETRAPLÉGICOS TRAUMÁTICOS

Leal JC, S Beraldo PS, Mateus SRM, Horan TA

Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação – SARAH Centro, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Lesão medular; Imersão; Volemia

Introdução: Uma das causas de maior morbimortalidade em pacientes com lesão medular traumática alta é a restrição pulmonar não-parenquimatosa. A fisioterapia aquática tem sido indicada para esses pacientes. A simples imersão em água em indivíduos hígidos promove uma diminuição da capacidade vital (CV), notadamente pelo aumento do retorno venoso e, secundariamente, pela pressão hidrostática sobre o tórax. Três estudos demons-

traram uma sensível melhora da CV em tetraplégicos sob imersão somente ao nível dos ombros. Outro estudo demonstrou aumento do retorno venoso nesses pacientes, imersos no mesmo nível, sem estudar a função pulmonar. **Objetivos:** Avaliar os efeitos agudos da imersão em água, em diferentes níveis de profundidade, sobre a função pulmonar e volemia de tetraplégicos e indivíduos hígidos. **Métodos:** Estudamos 11 tetraplégicos (C4 a C7, lesão motora completa, tempo de lesão de 2 a 15 meses, IMC de $21,4 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$) e 12 sujeitos sadios (IMC de $24,7 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$), com idade entre 22 e 40 anos, todos do sexo masculino. Os indivíduos foram avaliados com espirometria e hematócrito (Hto) em quatro momentos subsequentes: basal; sob imersão, em condições termoneutras ($33\text{-}34^\circ\text{C}$) e com água nos níveis da pélvis, apêndice xifóide (AX) e fúrcula esternal (FE). **Resultados:** Em condições basais constatamos uma importante síndrome restritiva entre os tetraplégicos, $53\% \pm 17$ (DP) do previsto para CV. Ambos os grupos exibiram uma queda média equivalente do Hto da ordem de 4,3%, do primeiro para o último momento. Embora não significativo, com a água na pélvis, ambos os grupos exibiram queda das médias da CV, em relação ao basal. A partir do AX, em relação à pélvis, os grupos começaram a se diferenciar, com elevação da CV média nos tetraplégicos (variação % de $+20,4 \pm 49,5$) e manutenção da queda nos controles ($-2,1\% \pm 35,7$), ainda sem significância. Finalmente, na FE, em relação à pélvis, os grupos alcançaram diferença na CV média, com melhora nos tetraplégicos (variação % de $+34,1 \pm 34,4$) e queda nos controles ($-4,4\% \pm 2,6$) ($P < 0,008$). Comparando os valores basais e de imersão na FE, os controles exibiram uma redução média da CV de $6,3\% (\pm 5,0)$ e os tetraplégicos melhoraram em $27,2\% (\pm 25,8)$ ($P = 0,008$). **Conclusão:** Comparados com indivíduos hígidos, tetraplégicos melhoram sua função respiratória quando agudamente imersos, embora tenham exibido aumento equivalente da volemia. Possivelmente, tais modificações estejam relacionadas com a flacidez da parede abdominal e consequente ineficiência mecânica do diafragma, próprias desses pacientes, corrigidas pela pressão hidrostática e redução do efeito gravitacional sobre as vísceras abdominais.

AO018 A OSCILOMETRIA DE IMPULSO NA OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

Moreira MF, Sanches P, Prates BH, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Obstrução; Oscilometria de impulso; Função pulmonar

Introdução: A oscilometria de impulso (IOS) é uma técnica que avalia a obstrução das vias aéreas através de ondas sonoras sobrepostas à respiração normal, de forma não invasiva e com pequena cooperação do paciente. A espirometria já tem seus critérios e graduações bem definidos, mas necessita de esforço ventilatório e manobras nem sempre de qualidade técnica acessível. **Objetivos:** Avaliar as alterações da mecânica respiratória em relação à resistência das vias aéreas, em pacientes com distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO). **Métodos:** Foram analisados 2 grupos de pacientes adultos: os controles (sem doença respiratória ou tabagismo) e os com DVO (de graus variados: leves, moderados e graves). A classificação baseou-se na Espirometria (Diretrizes para Testes de Função Pulmonar 2002). Todos os pacientes realizaram curva fluxo-volume e oscilometria de impulso (entre 5 e 35Hz) em equipamentos da marca Jaeger. Analisamos o VEF1 (volume expiratório forçado no 1º segundo), retirado da espirometria, e a Fres (frequência de ressonância), a R5 (resistência em 5Hz) e a R20 (resistência em 20Hz), retirados da oscilometria. **Resultados:** O grupo controle ficou constituído de 67 pacientes com média de idade de 30 anos e o grupo com DVO ficou constituído de 110 pacientes com média de idade de 56 anos. O VEF1 médio no controle foi 3,45L e no DVO foi: 1,89L no DVOL, 1,47L no DVOM e 0,79L no DVOG. No controle, a R5 média foi 2,78mmHg/l/s ($\pm 0,95$) e no DVO foi: 3,90mmHg/l/s ($\pm 1,39$) no DVOL, 4,93mmHg/l/s ($\pm 2,11$) no DVOM e 5,42mmHg/l/s ($\pm 1,21$) no DVOG. No controle, a R20 média foi 2,16mmHg/l/s ($\pm 0,76$) e no DVO foi: 2,68mmHg/l/s ($\pm 0,83$) no DVOL, 3,02mmHg/l/s ($\pm 1,14$) no DVOM e 2,81mmHg/l/s ($\pm 0,83$) no DVOG. A média da Fres no controle foi 11,47/l/s ($\pm 2,88$) e no DVO foi: 16,48/l/s ($\pm 4,93$) no DVOL, 21,97/l/s ($\pm 6,16$) no DVOM e 26,96/l/s ($\pm 4,74$) no DVOG. Correlacionando o VEF1 com: a Fres, o R5 e o R20 encontramos correlações (r) negativas: -0,809, -0,627 e -0,375 respectivamente ($p < 0,05$). A R5 e R20 foram capazes de separar os controles dos obstrutivos ($p < 0,05$), mas não discriminar os grupos. A Fres foi capaz de discriminar controles e obstrutivos e também separar os graus de DVO ($p < 0,05$). **Conclusão:** A Fres retirada da oscilometria foi o parâmetro mais sensível para discriminar pacientes controles dos obstrutivos (e os graus de obstrução). Também apresentou a melhor correlação com a espirometria. Estas mensurações estão mais comprometidas (elevadas) quanto maior a queda do VEF1.

DOENÇAS PLEURAIS E MEDIASTINAIS

AO019 MANEJO AMBULATORIAL DO DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE COM CATETERES PLEURAIS EM PACIENTES COM KPS < 70

Terra RM¹, Machuca TN², Teixeira LR³, De Campos JRM⁴, Jatene FB⁵

1,2,4,5. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 3. Serviço de Pneumologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural neoplásico; Pleurodese; Cateteres pleurais

Introdução: O derrame pleural maligno (DPM) é uma importante complicação de doenças neoplásicas, ocorrendo em cerca 50% dos pacientes com envolvimento metastático. O tratamento do DPM é paliativo e envolve pleurodese seja por videotoroscopia ou através de dreno de tórax. Frequentemente estes pacientes se apresentam debilitados e portanto abordagens agressivas ou que necessitam de internação hospitalar devem ser evitadas. Poucos trabalhos na literatura abordam esta população e estes pacientes muitas vezes ficam confinados à opção de toracotomias de repetição. **Objetivos:** O presente trabalho visa avaliar o manejo do DPM recidivante nestes pacientes através do uso de cateteres pleurais em regime ambulatorial. **Métodos:** Durante abril de 2005 e junho de 2006, os pacientes com DPM recidivante e sintomático com KPS < 70 foram submetidos à drenagem pleural ambulatorial com cateteres 14 fr. No primeiro dia pós-drenagem os pacientes realizaram radiografia de

tórax: 1) expansão pulmonar > 90%, os pacientes eram submetidos à instilação de talco por dreno de tórax, o dreno era retirado em retorno ambulatorial após 1 semana, 2) expansão < 90%, o dreno era mantido e reavaliado quinzenalmente. Foram avaliados em cada retorno: resolução de sintomas (através de avaliação subjetiva do próprio paciente), tempo de permanência com o cateter, complicações e recidiva. **Resultados:** Foram avaliados 30 pacientes, com idade média de 61,2 anos, sendo 17 mulheres e 13 homens. Em todos os casos houve melhora dos sintomas após a drenagem, com 16 casos apresentado expansão completa (grupo 1). Pleurodese química foi realizada nestes 16 casos, com taxa de sucesso em trinta dias de 78,5% (dois pacientes não retornaram após a retirada do dreno). Em quatro pacientes ocorreram complicações que necessitaram de procedimentos ou condutas adicionais, sendo três recidivas do derrame e um empiema. O período médio de permanência com o cateter neste grupo foi de 7 dias. Demais complicações ocorreram em 4 pacientes, sendo duas obstruções de cateter resolvidas em ambulatório e duas perdas acidentais. No grupo 2 (14 casos), os pacientes permaneceram com o dreno por uma média de 19,6 dias. Seis pacientes foram a óbito com o dreno funcionando. Complicações maiores foram: empiema (1 paciente submetido a videotoroscopia), e derrame loculado (em um paciente também tratado com videotoroscopia). Complicações menores corresponderam a quatro casos de obstrução (sendo três resolvidos no ambulatório), um caso de perda acidental do dreno, um caso de perda da fixação na pele e um de dor importante no sítio de inserção. **Conclusão:** Pacientes com DPM recidivante e KPS < 70 podem ser tratados com cateteres pleurais em regime ambulatorial com elevado índice de controle sintomático e boa taxa de pleurodese. Complicações menores como obstrução e perda acidental do dreno são frequentes.

DOENÇAS PULMONARES EM PEDIATRIA

AO020 ALERTA NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA LIPÓIDE APRESENTAÇÃO DE 16 CASOS

Azevedo Sias SM¹, Nascimento Dalro PA², Souza AM³, Comarella JD⁴, Oliveira da Silva VT⁵, Caetano R⁶, Quirico-Santos T⁷, Moreira JS⁸

1,5,6,7. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 2. Centro de Diagnóstico por Imagem (CDPI), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, PR, Brasil; 4. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 8. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia lipóide; Pneumonia; Óleo mineral

Introdução: A Pneumonia Lipóide por uso de óleo mineral (PL) tem diagnóstico subestimado no nosso meio, apesar do uso indiscriminado no tratamento da constipação intestinal. As alterações clínicas e radiológicas são inespecíficas, podendo simular pneumonia, tuberculose, mucoviscidose ou tumor. Pode evoluir com bronquiectasia, fibrose pulmonar e morte nos casos graves. O diagnóstico definitivo é por lavado broncoalveolar (LBA) ou biópsia pulmonar apresentando macrófagos alveolares com vacúolos fagocíticos contendo lipídeo. O uso de corticosteróides ainda é controverso, contudo tem sido proposto lavado pulmonar total como estratégia terapêutica. **Objetivos:** Descrever as alterações clínicas e radiológicas de 16 casos de PL em crianças, diagnosticados através de LBA. **Métodos:** Estudo prospectivo no período de 2002 a 2006 de crianças submetidas à broncoscopia flexível por pneumonia crônica e cujo LBA confirmou, pela citoquímica com Sudam, a presença de gordura. O protocolo incluiu crianças com idade inferior a 13 anos com radiografia de tórax inalterada após tratamento antimicrobiano, história de ingestão e/ou aspiração de óleo mineral, LBA com aspecto opalescente e exame endoscópico da árvore traqueobrônquica normal. Foram excluídas crianças com LBA hemorrágico ou purulento. **Resultados:** As 16 crianças (8 meninos e 8 meninas), com idade entre 2 meses e 9 anos (média de 2,3 anos) foram tratadas inicialmente como pneumonia bacteriana e 1 também como tuberculose. Em 15 casos havia fator de risco para aspiração (3 com encefalopatia e RGE e 11 lactentes). Dez crianças utilizaram óleo mineral devido à constipação intestinal (inclusive 1 com megacolon congênito), 4 devido à subocclusão por áscaris e 2 por "falsa constipação" intestinal visto estarem em aleitamento exclusivo ao seio. Os sintomas encontrados foram: febre baixa (n = 12), taquipnéia (n = 15), tosse (n = 13), dispnéia (n = 4) e ausência de ganho ponderal (n = 3). Uma criança não apresentava sintomatologia respiratória embora imagem radiológica compatível com pneumonia. A radiografia apresentava condensação nas bases pulmonares principalmente à direita (n = 14) e infiltrado em lobos superiores e base esquerda (n = 2). Devido à aspiração maciça de óleo mineral, uma criança evoluiu ao óbito, outras (n = 4) estão curadas e as demais ainda em tratamento com LBA sequencial. **Conclusão:** PL continua com diagnóstico subestimado, porque em nenhum dos casos relatados houve suspeição do diagnóstico de PL. Não houve predomínio de sexo. A idade mais acometida foi lactente (menos de 2 anos). Apenas 1 caso não apresentou sintomas respiratórios, sendo a pneumonia um achado radiológico. O óleo mineral não é inócuo e deve ser proscrito para lactentes e crianças com fatores de risco para aspiração. Ressalta-se a importância da tuberculose além das pneumonias de evolução arrastada no diagnóstico diferencial.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA

AO021 PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA: CORRELAÇÃO COM O NÍVEL MOTOR DA LESÃO

S Beraldo PS, Horan TA

Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação – SARAH Centro, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Lesão medular; Pressões respiratórias máximas; Função pulmonar

Introdução: Dentre as alterações da função pulmonar na lesão medular a restrição não-pneumática é a mais importante. Além da espirometria, uma das maneiras de se avaliar os músculos respiratórios é através da mensuração das pressões respiratórias estáticas máximas. Os estudos publicados apontam para uma redução desses parâmetros sem correlação-

narem com o nível motor da lesão. **Objetivos:** Aferir as pressões respiratórias máximas de pacientes com lesão medular, correlacionando o percentual do previsto com o nível da lesão. **Métodos:** Estudamos 131 pacientes com lesão medular, agrupados em 52 tetraplégicos (39,7%; subgrupos de C3-C5 e C6-C8) e 79 paraplégicos (60,3%; subgrupos de T1-T6 e T7-L3). Foram conduzidas espirometria e medida das pressões respiratórias máximas, nesta ordem, em sessão única vespertina. Foram realizadas quatro tomadas para cada uma das pressões de interesse, inspiratória (PIMáx) e expiratória (PEMáx). O tempo de oclusão do sistema e o intervalo entre as medidas foi de, no mínimo, respectivamente, 1 segundo e 1 minuto, sempre respeitando as limitações do paciente. O registro da pressão foi realizado com oclusão do sistema na CPT, para PEMáx e no VR, para PIMáx. Além dos grupos e subgrupos, para efeito da análise correlativa com o percentual do previsto (Black e Hyatt, 1969) atribuiu-se aos níveis C1, C2, C3, ..., L1, L2 e L3, respectivamente, os valores 1, 2, 3, ..., 21, 22, 23. **Resultados:** A CVF foi diferente entre os subgrupos ($p < 0,001$), com uma nítida tendência de incremento a partir dos pacientes com lesão cervical alta ($49\% \pm 25$ do previsto) até os níveis mais baixos ($84\% \pm 15$). A relação $VEF1/CVF\%$ mostrou-se normal ($> 80\%$) e sem diferenças entre os subgrupos. Os percentuais do previsto das pressões respiratórias máximas seguiram o mesmo padrão da CVF, com diferença entre os subgrupos ($p < 0,001$). A PIMáx mostrou valores médios normais e indistinguíveis entre os subgrupos de pacientes com lesão toracolombar. Já entre os tetraplégicos, o mais baixo valor médio encontrado foi naqueles com lesão cervical alta ($50\% \pm 23$). Quanto a PEMáx todos os percentuais previstos médios dos subgrupos mostraram-se diferentes ($p < 0,001$), com um gradiente entre os subgrupos extremos (respectivamente, $19\% \pm 14$ e $51\% \pm 19$, para cervical alto e toracolombar baixo). Analisando o nível específico da lesão e os valores médios previstos das pressões respiratórias máximas observamos correlações significativas, sendo melhor com PEMáx ($r = 0,83$, $p < 0,0001$; $r^2 = 0,69$; %Pred PEMáx = $15,07 + 1,89 \times$ nível da lesão), em relação ao PIMáx ($r = 0,58$, $p < 0,005$; $r^2 = 0,34$; %Pred PIMáx = $50,30 + 2,16 \times$ nível da lesão). **Conclusão:** Constatamos uma correlação entre o nível da lesão e as pressões respiratórias máximas, mais forte com a PEMáx. A partir desses resultados esses parâmetros poderão ser melhor interpretados em função do nível da lesão, além das diferenças relacionadas ao sexo e idade. Dada a utilidade prática dessas informações, futuros estudos deverão endereçar equações específicas para essa população.

AO022 DENSITOVOLUMETRIA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: CORRELAÇÃO DO VOLUME DE ZONAS HIPOATENUADAS COM VALORES DE REFERÊNCIA DA NORMALIDADE E O ÍNDICE "BODE"

Vasconcellos Baldissero S¹, Irion KL², Dos Santos JWA³, Fagundes A⁴, Antunes PSP⁵, Debiasi RB⁶, Simon TT⁷, Marchiori E⁸
1, 3, 4, 5, 6, 7. UFSM, Santa Maria, RS, Brasil; 2. Fairfield General Hospital, Bury, Reino Unido; 8. UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Enfisema pulmonar; DPOC; Densitovolumetria

Introdução: A medida tomográfica do volume de parênquima pulmonar com densidade menor que -950HU é um método validado de quantificação de enfisema pulmonar "in vivo". Recentemente foram descritas as equações preditoras de normalidade para estes volumes em indivíduos saudáveis, calculadas a partir da equação da reta, ajustada pela superfície corporal. **Objetivos:** 1 - Aferir a correlação entre o volume de zonas hipoatenuadas em portadores de DPOC, medido através de densitovolumetria pulmonar com tomografia computadorizada helicoidal, e os valores referenciais de normalidade em adultos. 2 - Aferir a correlação entre o volume de zonas hipoatenuadas em portadores de DPOC, mensurado através de densitovolumetria pulmonar com tomografia helicoidal, e a estratificação de gravidade da doença pelo Índice "BODE". **Métodos:** Para aferir a correlação entre valores de densitovolumetria, limítrofes de normalidade, e o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), estudamos 37 pacientes com diagnóstico clínico funcional da doença, comparando os resultados das variáveis densitovolumétricas, em inspiração (%Vol-950i) e expiração (%Vol-950e) máximas, com os resultados obtidos em uma amostra de 30 indivíduos saudáveis, previamente estudados. Estratificamos a gravidade da DPOC com a utilização do Índice BODE, um escore prognóstico multidimensional, recentemente validado como melhor preditor de mortalidade da doença. **Resultados:** A diferença entre as médias das variáveis %Vol-950i e %Vol-950e em indivíduos hígidos e doentes foi significativa, $P < 0,001$, com intervalos de confiança 95% de (6,1 a 12,1%) e (3,2 a 7,2%), respectivamente. A sensibilidade do método variou de 94,5% na inspiração a 100% na expiração com especificidade de 96,6% e 100%, respectivamente. Os coeficientes de correlação de Pearson entre a comparação do %Vol-950i e %Vol-950e com o Índice "BODE" foram, respectivamente, $r = 0,45$ e $r = 0,43$. **Conclusão:** Concluímos que o volume de zonas hipoatenuadas apresenta boa correlação com o diagnóstico de DPOC. A correlação destes volumes com gravidade da DPOC, medida pelo Índice "BODE", permanece indefinida.

AO023 LIMITAÇÃO VENTILATÓRIA NO EXERCÍCIO INCREMENTAL EM INDIVÍDUOS ASMÁTICOS COM E SEM LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO

Silva CC, Sousa Rodrigues SC, Pereira CAC

Laboratório de Função Pulmonar da Clínica de Diagnósticos Brasil (CDB), São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Teste de exercício cardiopulmonar; Asma; Curva de fluxo-volume

Introdução: A limitação ventilatória tem sido definida por baixa reserva ventilatória (relação VE/VVM) no pico do exercício. Com a disponibilidade das curvas de fluxo-volume (F-V) durante esforço, é possível que haja uma maior sensibilidade (S) deste teste na detecção da limitação ventilatória. **Objetivos:** Comparar a S da curva F-V e da relação VE/VVM em três grupos: normais, asmáticos com obstrução ao fluxo aéreo ($VEF1/CVF \leq$ do LI do previsto) e sem limitação ao fluxo aéreo. **Métodos:** 48 indivíduos foram analisados, sendo 27 do sexo masculino. 19 normais ($VEF1/CVF = 85 \pm 4\%$) foram comparados a 13 asmáticos sem limitação ao fluxo aéreo ($VEF1/CVF = 81 \pm 3\%$) e a 16 asmáticos com obstrução ($VEF1/CVF = 69 \pm 5\%$). A média de idade não diferiu entre os grupos, sendo 33 ± 7 anos ($p = 0,54$). Os

pacientes foram submetidos a ergoespirometria até a exaustão, com medidas das variáveis a cada 15 segundos pelo método breath by breath. Volume corrente e capacidade inspiratória foram tomados a cada 2 minutos e comparados ao envelope da curva F-V máxima em repouso. A VVM foi estimada pelo $VEF1$ multiplicado por 37,5. **Resultados:** O consumo máximo de oxigênio ($VO_2 \max$) não diferiu entre os grupos, valor médio de $98 \pm 20\%$. O VO_2 no limiar de lactato ($0,97 \pm 0,32L$) e a frequência cardíaca máxima ($167 \pm 13bpm$) não diferiram entre os grupos. A ventilação máxima foi em média de $94 \pm 15\%$ do previsto e também não diferiu. VE/VVM foi $62 \pm 10\%$ (em normais), $71 \pm 13\%$ (asmáticos sem DVO) e $78 \pm 14\%$ (asmáticos com DVO) ($F = 7,66$; $p = 0,001$). Não houve diferença entre os valores de $PETCO_2$ obtidos em repouso, no limiar de lactato e no pico de exercício, nem entre as relações VE/VO_2 e VE/VCO_2 . Um caso de 19 normais (5%) apresentou VE/VVM elevada, comparado a 4 casos de 13 asmáticos sem DVO (31%) e 6 de 16 asmáticos com DVO (38%) ($p = 0,06$; $\chi^2 = 5,73$). Dez de 29 asmáticos apresentaram VE/VVM elevada (34%). Analisando-se a curva F-V nenhum dos 19 normais apresentou limitação no pico de exercício. Sete dos 13 asmáticos sem DVO (54%) e 15 dos 16 asmáticos com DVO (94%) apresentaram limitação na curva F-V ($\chi^2 = 31,2$; $p = 0,0001$). Dos 29 asmáticos, 22 apresentaram limitação ventilatória pela curva F-V (76%) comparados a 10 pela relação VE/VVM ($\chi^2 = 4,56$; $p = 0,03$). Todos os pacientes com relação VE/VVM elevada apresentaram limitação pela curva. **Conclusão:** A limitação ventilatória pela superposição do volume corrente em relação à curva de fluxo-volume máxima tem maior sensibilidade para detecção de limitação ventilatória em asmáticos, incluindo aqueles sem obstrução ao fluxo aéreo, onde este achado foi anormal em aproximadamente 50%.

AO024 SENSIBILIDADE DA RELAÇÃO VEF1/VEF6 PARA DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÃO AO FLUXO AÉREO

Pinto Soares AL, Sousa Rodrigues SC, Pereira CAC

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: VEF1/VEF6; Distúrbio ventilatório obstrutivo; Prova de função pulmonar

Introdução: Os distúrbios ventilatórios obstrutivos são caracterizados por redução do fluxo expiratório em relação ao volume pulmonar expirado. O parâmetro clássico para caracterizar um distúrbio ventilatório obstrutivo é a redução da relação $VEF1/CVF$. Esta razão tende a diminuir com a idade devido a mudanças nas propriedades elásticas do pulmão. A capacidade vital forçada é um teste que requer esforço e colaboração do paciente, pois exige que o mesmo esvazie completamente os pulmões, o que pode ser exaustivo. Nos últimos anos a relação $VEF1/VEF6$ foi proposta para diagnóstico dos distúrbios ventilatórios obstrutivos. As vantagens desta correlação seriam: uma maior comodidade para o paciente na realização do exame, pois duraria apenas 6s; uma diminuição no risco de síncope; os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade seriam atingidos mais facilmente; e, finalmente, a possibilidade da realização dos exames em espirômetros portáteis, facilitando o diagnóstico em massa precoce de distúrbios ventilatórios obstrutivos. **Objetivos:** Avaliar a sensibilidade da relação $VEF1/VEF6$ em diagnosticar os distúrbios ventilatórios obstrutivos, comparando com o exame padrão que é a relação $VEF1/CVF$. **Métodos:** Foram avaliados 114 pacientes que realizaram espirometria no laboratório de função pulmonar do Hospital do Servidor Público Estadual, no período de agosto de 2005 a fevereiro de 2006. Os exames foram realizados no aparelho Sensor Medics por técnicos titulados em função pulmonar. Os critérios de inclusão eram pacientes que apresentaram relação $VEF1/CVF$ entre 60 e 80%, com idades entre 20 a 85 anos e atingiam os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade exigidos pela SBPT. **Resultados:** A amostra apresentava 74 mulheres e 46 homens com idade média de 56 ± 14 anos; $CVF = 100 \pm 20\%$, $VEF1 = 88\% \pm 18\%$, $VEF1/CVF = 70 \pm 6\%$ e $VEF1/VEF6 = 73 \pm 5\%$ (novos valores previstos, Pereira, 2006, para a população brasileira). O cruzamento estatístico entre a relação $VEF1/CVF$ e a relação $VEF1/VEF6$ mostrou que dos 63 pacientes com obstrução pela correlação $VEF1/CVF$, apenas 47 foram detectados pela correlação $VEF1/VEF6$, mostrando uma sensibilidade de 75% ($p < 0,0001$). **Conclusão:** A relação $VEF1/VEF6$ tem sensibilidade insuficiente para substituir a relação $VEF1/CVF$ no diagnóstico de obstrução ao fluxo aéreo.

AO025 VALORES DE REFERÊNCIA DO PFE PORTÁTIL PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Sousa Rodrigues SC¹, Sato T², Pereira CAC³

1, 3. Hospital do Servidor Estadual de São Paulo (HSPE-FMO), São Paulo, SP, Brasil; 2. Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Valores previstos para o PFE; População brasileira; Valores de Leiner

Introdução: No Brasil, não existem valores nacionais de referência para o PFE portátil (PFEP). Os valores propostos por Leiner são considerados os mais próximos para a população brasileira. **Objetivos:** Derivar valores previstos para o PFEP, comparar com a medida derivada da curva fluxo-volume expiratória e com os valores propostos por Leiner. **Métodos:** Como parte do Projeto Respira e Viva, foram selecionados para inclusão neste estudo indivíduos sem doenças respiratórias (através do questionário AST-DLD 1978) e não fumantes. Os valores para o PFEP foram obtidos através de três medidores portáteis da marca ASSESS após diversas tentativas (número máximo = 8), devendo as duas melhores medidas terem diferença menor ou igual a 200L/min. Em seguida, os valores de PFE foram obtidos em espirômetro Multispiro e transformados em L/min. Os resultados foram comparados por teste t de Student e as equações foram derivadas por regressão linear, levando-se em conta a idade e a estatura. **Resultados:** 268 indivíduos do sexo masculino, idade entre 26 a 86 anos e estatura entre 152 a 192cm, foram incluídos no estudo. A média dos valores de PFEP foi $620 \pm 90L/min$ x PFE espirômetro = $665 \pm 105L/min$ (teste t = 9,25 e $p = 0,001$). A equação derivada para o sexo masculino foi: $PFEP (L/min) = 240 + 2,7 \times$ estatura (cm) - 1,68 x idade (anos) ($r^2 = 0,16$), sendo o limite inferior: $LI =$ Previsto - 133. Foram incluídas 371 mulheres. A idade variou de 20 a 85 anos e a estatura, 137 a 181cm. A média dos valores para o PFEP foi $396 \pm 64L/min$ x PFE espirômetro = $428 \pm 77L/min$ (teste t = 15,45 e $p = 0,001$). A equação de regressão derivada para o sexo feminino foi $PFEP = 2,91 \times$

estatura (cm) – 1,18 x idade (anos) – 2,4, sendo o LI = Previsto – 82. A comparação dos valores do PFEp com os valores de Leiner mostrou diferenças estatisticamente significativas. **Conclusão:** Os valores previstos para o PFEp na população brasileira são menores do que os valores obtidos através da manobra expiratória forçada e diferem significativamente do modelo proposto por Leiner.

AO026 EQUIPAMENTO DE BIOTELEMETRIA PARA MONITORAMENTO EM TEMPO REAL DO TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

Moreira MF¹, Sanches P², Müller AF³, Silva Junior DP⁴, Knorst MM⁵, Ilha L⁶, Menna Barreto SS⁷

1,3,6. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,4. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 5,7. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Teste da caminhada; Telemetria; Exercício

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) é utilizado para avaliar a capacidade física, monitorar a efetividade do tratamento e estabelecer o prognóstico de pacientes. Apesar das provas funcionais serem realizadas principalmente com o paciente em repouso, devemos salientar que a avaliação estática pode subestimar a capacidade de exercício, assim como a capacidade em realizar as atividades diárias. As provas funcionais dinâmicas podem refletir sua qualidade de vida, correlacionando-se com o grau de satisfação ou insatisfação do paciente com sua própria condição física. **Objetivos:** Descrever o desenvolvimento de um sistema portátil de radiocomunicação de radiação restrita para biotelemetria de curta distância dedicado à realização do TC6M, que permita a monitoração em tempo real da saturação periférica da hemoglobina pelo oxigênio (SpO₂) e da frequência cardíaca (FC). As principais vantagens são a redução da interferência das pessoas que acompanham o paciente durante a caminhada e o aumento na segurança do exame, pois o operador pode interromper caso a SpO₂ e/ou a FC atinjam níveis críticos. **Métodos:** O sistema desenvolvido na Engenharia Biomédica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é constituído por um oxímetro portátil de pulso modelo PalmSat 2500 (Nonin), duas unidades individuais denominadas de Master e Slave e um software de visualização. O enlace de biotelemetria por RF foi desenvolvido para operar em distâncias curtas de até 30m em ambientes fechados (indoor). Este sistema proporciona liberdade de movimentos ao paciente devido ao fato de não existir uma ligação física de fios entre a unidade portátil e a estacionária. **Resultados:** Foram realizados 558 exames de TC6M em 484 pacientes no Serviço de Pneumologia do HCPA. Destes exames 79,75% (445 exames) foram considerados clinicamente válidos com uma precisão de SpO₂ de ± 3 dígitos e FC de $\pm 3\%$ ambos com ± 1 desvio padrão e taxa de erro de frame (FER) < 0,01%. Os 113 exames excluídos (20,25%) foram desconsiderados devido a leituras falsas no sinal do oxímetro ocasionados por problemas intrínsecos tais como artefatos de movimento e ou baixa perfusão periférica. **Conclusão:** Os testes de laboratório e de campo demonstraram que o sistema de biotelemetria é capaz de realizar o TC6M em tempo real, sem restringir os movimentos do usuário durante o processo de monitorização, com precisão de SpO₂ de ± 3 dígitos e FC de $\pm 3\%$ ambos com ± 1 desvio padrão e taxa de FER $\leq 0,01\%$, com 79,75% dos exames válidos. No futuro pretende-se testar um sensor do tipo refletância a fim minimizar a quantidade de exames inválidos.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) E HIPERTENSÃO PULMONAR

AO027 I DIRETRIZ BRASILEIRA PARA PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS: ALGORITMO PARA IMPLEMENTAÇÃO POR GRUPO MULTIDISCIPLINAR

Rocha AT, Paiva EF, Maffei FH

UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo; Profilaxia; Pacientes clínicos

Introdução: O risco de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes clínicos hospitalizados é comparável ao de situações cirúrgicas. Entretanto, a avaliação do risco global destes pacientes é raramente feita. Além disso, existe discrepância entre as recomendações para profilaxia existentes e a utilização atual. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática sobre fatores de risco (FRs) para TEV em pacientes clínicos, gerando recomendações para profilaxia de fácil implementação através de um algoritmo de avaliação de risco. **Métodos:** Representantes de 12 Sociedades Médicas Brasileiras [clínica médica, hematologia, oncologia (2), angiologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, geriatria, reumatologia, terapia intensiva e ginecologia] e do Grupo de Estudos em Trombose e Hemostasia, revisaram cada FR potencial usando um protocolo computadorizado e classificaram a evidência por sua qualidade científica. Recomendações sobre a importância de cada FR e a eficácia de profilaxia para cada subgrupo de pacientes seguiram uma classificação padronizada. Quando existiam estudos insuficientes sobre o tópico, as recomendações foram baseadas no consenso do grupo. Ao final, os resultados foram resumidos e incorporados a um algoritmo para ser implementado na prática clínica. **Resultados:** Foram encontradas evidências suficientes para substantiar recomendações para profilaxia em pacientes clínicos quando um ou mais dos FR para TEV estudados estavam presentes durante a hospitalização (ex: idade avançada, ICC, AVC, câncer, síndrome nefrótica e admissão em UTI). Doenças respiratórias foram consideradas como FR, quando consideradas em conjunto e quando associadas a alterações da função pulmonar. Outros fatores foram considerados apenas como adjuntos de risco (ex: varizes, obesidade, trombofilias, cateter venoso e doenças reumatológicas), mas justificam o uso de profilaxia quando presentes em pacientes hospitalizados, com mais que 40 anos e com mobilidade reduzida. Quanto às técnicas de profilaxia, foram encontradas evidências que justificam a administração de heparina não-fractionada ou heparinas de baixo peso molecular em doses profiláticas altas (semelhantes às utilizadas em pacientes cirúrgicos de alto risco), recomendando-se a manutenção da mesma por um período de, pelo menos, 6 a

14 dias. **Conclusão:** Um grupo multidisciplinar gerou recomendações baseadas em evidência para profilaxia de TEV em pacientes clínicos hospitalizados, criando um algoritmo de avaliação de risco para facilitar a implementação das recomendações na prática clínica.

AO028 O PAPEL DOS MARCADORES BIOQUÍMICOS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES CANDIDATOS À TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR

Lapa MS¹, Zucato SP², Teixeira RHOB³, Jardim C⁴, Souza R⁵, Jatene FB⁶, Filho MT⁷ 1,2,3,4,5,7. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 6. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar crônico; Hipertensão pulmonar; BNP

Introdução: O tratamento para a hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo pulmonar crônico é a tromboendarterectomia pulmonar, que oferece a cura cirúrgica quando devidamente indicada. No passado, as cirurgias eram indicadas apenas em função da classe funcional dos pacientes. Atualmente, procura-se encontrar marcadores clínicos e bioquímicos que permitam avaliar o risco cirúrgico e o prognóstico pós-operatório. **Objetivos:** Avaliar, retrospectivamente, o papel dos marcadores bioquímicos, mais especificamente do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) e do ácido úrico, em pacientes candidatos à tromboendarterectomia e correlacioná-los com marcadores clínicos e hemodinâmicos. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários. **Resultados:** 3,1mg/dL. Houve correlação significativa entre os níveis de BNP e a CF (p \square 20mmHg). A mediana de valores obtidos de BNP foi de 245 (118-394) pg/mL e a média de valores de ácido úrico foi 7,3 \square 15mmHg, confirmada pelas medidas hemodinâmicas invasivas (PSVD invasiva = 90 \square 5%. A média da pressão sistólica do ventrículo direito (PSVD) vista pelo ecocardiograma transtorácico foi 86 \square 13,3 anos, foram incluídos no estudo. A maioria dos pacientes apresentava classe funcional (CF) III (n = 10) e média de saturação de oxihemoglobina em ar ambiente (SatO₂) de 91 \square Dezesseis pacientes (10 homens e sete mulheres) com hipertensão pulmonar associada a tromboembolismo pulmonar crônico, candidatas a tromboendarterectomia, com idade de 47,7 < 0,05; r = 0,55). Diferentemente de outras formas de hipertensão pulmonar, nesta amostra de pacientes a PSVD avaliada pelo ecocardiograma se relacionou com a classe funcional (p < 0,05; r = 0,55). Os valores de ácido úrico não se correlacionaram com os de BNP (p = 0,3; r = 0,33), ou com a CF (p = 0,4; r = 0,27), apresentando correlação limitrofe com a PSVD (p = 0,054; r = 0,59). **Conclusão:** Apesar de nossa amostra reduzida, os níveis séricos de BNP apresentam correlação com marcadores já estabelecidos em hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo crônico, podendo potencialmente ser utilizados na avaliação da gravidade de pacientes candidatos à tromboendarterectomia.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA

AO029 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE MEDIANTE MÉTODO SEQUENCIAL DE ESCARRO INDUZIDO – FIBROBRONCOSCÓPIA

Xavier RG, Damian FB, Passos PS, Piccinini P, Fernandes NS, Rodrigues M, Oliveira CTM HCPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Broncoscopia; Escarro induzido

Introdução: A tuberculose permanece como um problema de saúde pública em todo mundo. A OMS recomenda a detecção por pesquisa de BAAR em secreções respiratórias como manejo diagnóstico inicial para tuberculose pulmonar. Porém, este método tem baixa sensibilidade e pouco valor nos pacientes que não tem expectoração espontânea. Nestes pacientes, muitas vezes, ou são tratados empiricamente, ou realizado fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar, procedimento que não é isento de riscos, ao mesmo tempo, realização de escarro induzido por solução hipertônica é um procedimento, com muito baixa morbidade. **Objetivos:** Validação do escarro induzido (EI) seguido de fibrobroncoscopia (FB) com lavado broncoalveolar (BAL) para o diagnóstico da tuberculose (TB). **Métodos:** Ensaio clínico para avaliar os pacientes com suspeita de TB em que o escarro espontâneo não revelou o diagnóstico. Foram avaliados 143 pacientes com EI, sendo 61 do sexo feminino e 82 do sexo masculino; 77 indivíduos foram HIV negativos e 66 HIV positivos; foi realizada FB com BAL nos pacientes em que não foi identificada TB no EI pela baciloscopia. Os resultados microbiológicos foram analisados quanto à identificação de micobactéria ao exame cultural do EI e BAL, utilizando BACTEC. **Resultados:** O diagnóstico de TB foi confirmado em 53 pacientes, sendo 41 pulmonar e 12 extrapulmonar; 68 pacientes tiveram outros diagnósticos e 22 permaneceram sem diagnóstico. Em 3 pacientes HIV negativos e em 2 pacientes HIV positivos sem TB foi diagnosticado MOTT ao EI. Dos 41 pacientes com TB pulmonar, 17 realizaram FB (2 pacientes tiveram diagnóstico operacional de TB, não foi possível confirmá-lo); a baciloscopia foi positiva em 13/41 ao EI e em 2/17 ao BAL; o cultural para micobactérias foi positivo em 32/41 com EI e em 13/17 ao BAL, sendo positivo em 11 por ambos. Quinze pacientes HIV positivos tiveram diagnóstico de pneumocistose (n = 10), criptococose (n = 3) e histoplasmose (n = 2) ao BAL. **Conclusão:** É necessário otimizar o diagnóstico rápido para TB pois a baciloscopia tanto ao EI ou BAL demonstra baixa sensibilidade. Sendo assim, os pacientes com suspeita de TB e baciloscopia negativa ao escarro espontâneo permanecem ainda com a indicação de terapia de prova até a comprovação ao exame cultural.

AO030 A RELAÇÃO VEF1/VEF6 COMO UMA ALTERNATIVA AO VEF1/CVF NO DIAGNÓSTICO DA DPOC: RESULTADOS DO ESTUDO PLATINO

Rosa FW¹, Camelier AA², Nascimento O³, Menezes AM⁴, Perez-Padilla R⁵, Jardim JR⁶ 1,2. Universidade Federal de São Paulo, Universidade Católica do Salvador, São Paulo, SP, Brasil; 3. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 4.5. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil; 6. Instituto Nacional de Doenças Respiratórias, Cidade do México, México; 6. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Obstrução; DPOC

Introdução: O parâmetro padrão para o diagnóstico da DPOC é a relação VEF1/CVF < 0,70 pós -BD, de acordo com as diretrizes do GOLD. **Objetivos:** Avaliar a relação VEF1/

VEF6 – um índice espirométrico simples – que requer uma expiração forçada de apenas 6 segundos como uma alternativa válida ao FEV1/CVF partindo da análise do banco de dados do Projeto Platino. **Métodos:** O projeto Platino foi um estudo de base populacional, realizado em adultos com 40 anos ou mais, realizado em Montevideo, São Paulo, Caracas, Santiago e Cidade do México. Um total de 5.315 espirometrias após a inalação de 200mcg de salbutamol (com a mensuração simultânea da CVF e do VEF6) foram obtidas. 758 (prevalência de 14,3%) dos sujeitos tinham DPOC segundo o critério GOLD. A comparação entre a relação VEF1/CVF < 0,70 foi comparada com diferentes pontos de corte do índice VEF1/VEF6. **Resultados:** De acordo com a regressão linear: VEF1/CVF = (VEF1/VEF6*1,24) - 21,8 (R2 = 0,95). O valor do VEF1/VEF6 equivalente ao VEF1/CVF = 70 foi 0,741 nesta regressão linear simples e 0,742 ajustado para a cidade, tabagismo atual, sexo, altura e IMC (R2 = 0,95). A área abaixo da curva ROC foi 98,7%. A média de diferenças entre o VEF1/CVF e o VEF1/VEF6 foi -2,5 com um IC95% variando de -7,5 a 0. Um VEF1/VEF6 igual a 0,742 (equivalente ao VEF1/CVF = 0,70 na regressão linear) obteve a sensibilidade = 83,4%, especificidade = 98,5%, VPP = 89,9% e VPN = 97,3%. Para um VEF1/VEF6 = 0,76, foi obtida uma sensibilidade e especificidade = 94,2%, VPP = 72,7% e VPN = 99%. **Conclusão:** O VEF1/VEF6 é uma alternativa simples e útil à relação VEF1/CVF. O melhor ponto de corte a ser escolhido dependerá de acordo com o objetivo de ser otimizada a sensibilidade ou especificidade. O valor do VEF1/VEF6 = 0,76 tem sensibilidade e especificidade = 94,2% para identificar o VEF1/CVF < 0,70. Estudo financiado: Boehringer Ingelheim Internacional.

ASMA NO ADULTO

AO031 VALIDAÇÃO, NA CIDADE DE MANAUS-AM, DO QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE ASMA DO INQUÉRITO DE SAÚDE RESPIRATÓRIA DA COMUNIDADE EUROPÉIA (ECRHS)

Andrade EO¹, Gouveia V², Costa LV³, Silva JAA⁴, Briglia MFS⁵, Akel SC⁶, Heidrich C⁷, Souza JS⁸

1,3,4,7. UEA, Manaus, AM, Brasil; 2. UFPA, João Pessoa, PB, Brasil; 5. UFAM, Manaus, AM, Brasil; 6. IMTM, Manaus, AM, Brasil; 8. UNINILTOLINS, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Validação; ECRHS

Introdução: Asma é um dos grandes problemas mundiais de saúde pública. A identificação dos casos de asma brônquica se reveste de grande importância epidemiológica pela possibilidade da adoção de medidas de controle clínico e ambiental que constituem a base de uma terapêutica eficaz para a doença. **Objetivos:** Validação, na cidade de Manaus-AM, do questionário de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (ECRHS). **Métodos:** Delineamento: Trata-se de uma pesquisa de campo, com delineamento não-experimental (correlacional), procurando conhecer os parâmetros métricos do Questionário de Triagem para Asma (QTA). Amostra: Optou-se por duas amostras. A primeira com 20 participantes, de ambos os sexos, para a validação semântica. A segunda amostra, a definitiva, serviu para comprovar a validade preditiva deste instrumento, significando sua adequação para diferenciar pacientes diagnosticados como asmáticos daqueles não-asmáticos. Neste caso, contou-se com 200 participantes, equitativamente distribuídos nos dois grupos de comparação, de ambos os sexos, com idades a partir dos 18 anos Procedimento: Quanto aos dados referentes ao estudo da validade semântica, utilizou-se usuários da rede pública de saúde, considerando aqueles do estrato mais semelhantes com a população meta. No caso da amostra definitiva, todos os participantes foram recrutados em ambiente hospitalar/ambulatorial. No caso daqueles asmáticos, foram selecionados a partir do diagnóstico médico; os não-asmáticos saíram de consultas cujas patologias afetem menos o aparelho respiratório. Uma vez efetuada a consulta, cada paciente preencheu o QTA, recebendo auxílio do médico-pesquisador, se necessário. A análise estatística obedeceu as seguintes etapas: a) estudo da equivalência dos grupos [asmático e controle] utilizando-se o teste t de Student e o teste do Qui-quadrado para os dados quantitativos e qualitativos respectivamente; b) análise dos itens através do estudo da distribuição da frequência para cada item nos dois grupos estudados medida pelo teste do qui-quadrado, bem como a determinação da sensibilidade e especificidade; c) validade do construto através de análise fatorial e cálculo do α de Cronbach; d) determinação do ponto de corte [indicativo de asma] mediante análise descritiva da pontuação total, determinação da área sob a curva ROC e análise discriminante. **Resultados:** Tabela 1 – Distribuição de frequência, poder discriminatório, sensibilidade, especificidade, área sob a curva e homogeneidade dos itens do QTA-B

ITEM	Controle (N=100)	Asmático (N=100)	χ^2	S	E	ASCROC	Ri.tcorr
1	18	97	151,51*	0,97	0,82	0,89*	0,85
2	8	58	61,86*	0,58	0,92	0,75*	0,67
3	12	80	102*	0,80	0,88	0,84*	0,72
4	22	77	64,01*	0,77	0,78	0,78*	0,62
5	13	66	61,89*	0,66	0,87	0,77*	0,70
6	30	62	20,51*	0,62	0,70	0,66*	0,38
7	0	76	155,41*	0,76	1,00	0,88*	0,68
8	1	81	162,30*	0,81	0,99	0,90*	0,65
9	49	82	24,85*	0,82	0,51	0,67*	0,37

Notas: * p < 0,001. S = sensibilidade; E = Especificidade; ASCROC = área sob a curva ROC; ri.tCorrigida = correlação item-total corrigida (homogeneidade).

Conclusão: O questionário de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (ECRHS), em sua versão para o português, mostrou-se inteiramente aplicável, na cidade de Manaus-Am, para o seu propósito de triagem de asma brônquica.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

AO032 ACHADO DE FLUXO SUPRA NORMAL EM ASMÁTICOS COM ESPIROGRAMA NORMAL

Ladosky W, Botelho MAM

Hospital das Clínicas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: FSN; Espirometria em asmáticos; Fibrose intersticial

Introdução: O Fluxo Supra Normal (FSN) foi descrito por Tan e Tashkin (1986) para descrever o incremento da relação FEF25-75/CVF acima de 1,31 que Difusa e é encontrada na Fibrose Intersticial e que ocorre em consequência da perda das forças de retração sobre os brônquios e o aumento da retração elástica sobre os alvéolos. **Objetivos:** Como essas condições não existem em doenças obstrutivas como a asma, seu achado, sugere a necessidade de maiores análises para justificar sua frequência e esclarecer sua fisiopatologia. **Métodos:** Foi estudada uma coorte de 533 pacientes com diagnóstico clínico de asma em suas diversas formas, admitidos por ordem de entrada no Serviço. Todos foram submetidos a espirometria forçada de rotina, com teste de broncodilatador. 172 (32%) deles, por apresentarem padrão obstrutivo, (VEF 1 < 80) foram excluídos por não estarem inseridos no objetivo do estudo. O grupo remanescente constituído por 315 indivíduos, independentes de sexo ou idade, ficou assim distribuído segundo o resultado da espirometria forçada: 134 (43%) Normais (CVF e VEF1 > 80% do VT e FEF 25-75/CVF < 1,30); e 52 (17%) Normais c/ FSN; (CVF e VEF1 > 80 do VT e FEF 25-75/CVF > 1,3); os demais foram também descartados por apresentarem padrão misto ou indiferenciado. Os pacientes submetidos ao estudo tinham idade entre 7 e 57 anos, sendo as faixas etárias correspondentes entre os dois grupos. A frequência de tabagismo entre os dois grupos foi de apenas 2 pacientes em cada grupo e de 18 vs 22 ex tabagistas entre os grupos. **Resultados:** $\chi^2 = 1,08$ PD Ainda que tenha havido uma prevalência de pessoas do sexo feminino nos dois grupos, está não foi significativa (> 0, 05). Fazendo um corte aos 17 anos e comparando a prevalência entre as faixas etárias observamos que o FSN ocorre em maior frequência em crianças (52% vs 36%) e que está diferença é estatisticamente $\chi^2 = 20,75$ PDsignificativa (< 0,0001). Após a administração de broncodilatador (Salbutamol, 4 puffs de 100µg); 26% dos pacientes com Espiograma Normal passaram a apresentar FSN (FEF 25-75/CVF > 1,3), enquanto 25% dos que apresentavam inicialmente espirograma Normal c/ FSN passaram a apresentar a relação FEF 25-75/CVF < 1,3. **Conclusão:** Os resultados apresentados levam à conclusão que o achado de espirograma com FSN não é consequência exclusivamente de um processo de fibrose intersticial com perda da retração elástica, mas que pode também ocorrer em pulmão sem defeito restritivo, e que se distribui de maneira aleatória entre os sexos. O aparecimento de FSN entre pacientes que não o apresentavam antes da administração de BD, e a redução de sua frequência, numa razão semelhante, no grupo inicialmente com FSN é fortemente sugestivo de seu caráter provavelmente aleatório. São necessários outros estudos, com técnicas mais avançadas para esclarecer seu mecanismo e a razão de sua maior incidência entre crianças e pré-púberes.

AO033 HOSPITALIZAÇÃO POR CRISE ASMÁTICA: INFLUÊNCIA DO PROGRAMA RESPIRA LONDRINA

Neto AC¹, Talhari MAB², Bueno T³, Ferreira Filho OF⁴, Kuromoto LK⁵

1,3. Autarquia Municipal de Saúde, Londrina, PR, Brasil; 2,4. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil; 5. Autarquia Municipal de Saúde, Londrina, PR, Brasil.

Palavras-chave: Saúde pública; Asma; Programas de asma

Introdução: Ao integrar as atividades de atenção básica, especializada e hospitalar, o Programa Respira Londrina, instituído em 2004, tem por objetivo melhorar a qualidade do cuidado com os pacientes asmáticos. Dessa forma, realizou-se: a capacitação dos profissionais de saúde nas 53 unidades de saúde da família do município, criação do centro de referência em asma, promoção de visitas aos domicílios para controle ambiental e otimização da terapêutica mais indicada para cada situação clínica. **Objetivos:** Determinar a frequência de internações hospitalares por crise asmática nos períodos pré e pós-introdução do Programa Respira Londrina. **Métodos:** Foi realizado um estudo de base populacional, levantando-se todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por crise asmática na cidade de Londrina-PR nos biênios 2002-2003 (pré-programa) e 2004-2005 (pós-programa). **Resultados:** No primeiro período, a taxa de internação foi de 178/100.000 habitantes e, no segundo, foi de 120/100.000 habitantes. Ocorreu diminuição no número de AIHs por crise asmática em todos as regiões do município. Tal fato mostrou-se mais acentuado nas regiões da cidade em que as unidades de atenção primária foram pioneiras na implantação do programa e adesão a ele. **Conclusão:** A redução dos índices de hospitalização por asma está diretamente relacionada à organização dos serviços de atenção primária, à qualificação dos profissionais da área da saúde e à instituição da terapêutica adequada.

AO034 MORTALIDADE POR ASMA NO SUL DO BRASIL: EXISTE TENDÊNCIA DE MUDANÇA?

Chatkin JM¹, Bittencourt HR², Chatkin C³, Fritscher CC⁴, Scaglia NC⁵, Abreu CM⁶, Blanco DC⁷

1,3,4,5,6,7. Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Faculdade de Matemática, Departamento de Estatística da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Epidemiologia; Mortalidade por asma

Introdução: A mortalidade por asma vinha aumentando nas últimas décadas, mas em alguns países, já existe uma tendência de declínio. No Brasil, não são conhecidos detalhes sobre essa tendência. **Objetivos:** Estudar as tendências de mortalidade por asma no sul do Brasil. **Métodos:** Foram revisados atestados de óbito do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, para pessoas com idades entre 5 e 39 anos nos quais a asma foi reportada como sendo a causa determinante do óbito, durante o período de 1981 a 2003. Os dados foram agrupados para análise em intervalos de 5 anos. As taxas de mortalidade foram submetidas aos procedimentos de regressão quadrática e linear. **Resultados:** Foram identificados 566 óbitos por

asma no grupo estudado. Entre crianças e adolescentes (5 a 19 anos) ocorreram 170 óbitos (variando de 4 a 13 por ano), com taxas de 0.154/100.000 a 0.481/100.000. No grupo de adultos jovens (20 a 39 anos) ocorreram 396 óbitos (variando de 9 a 32 por ano), com taxa de 0.276/100.000 a 1,034/100.000. Houve uma clara tendência inicial de aumento nas taxas, com estabilização após e com início de declínio desde os anos 90, mantendo-se até o início da década atual. Essa tendência manteve-se em todas as faixas etárias e foi mais pronunciada entre os homens. **Conclusão:** A mortalidade por asma no sul do Brasil mostrou uma tendência significativa de queda, sendo que essa mudança ocorreu desde o final da década de 90 e a razão para isso permanece a ser estudada.

A0035 FENÓTIPOS DE ASMA GRAVE

Araújo Alves RS, Filardo Vianna FA, Pereira CAC
HSPE, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fenótipos; Asma difícil; Controle

Introdução: A asma grave representa um pequeno percentual dos asmáticos, mas com grandes custos e perda de qualidade de vida. A determinação dos fenótipos pode auxiliar na condução dos casos de asma grave. **Objetivos:** Avaliar dentre os pacientes com asma grave, aqueles resistentes e outros fenótipos clínicos. **Métodos:** Em um período de cinco anos, 111 pacientes portadores de asma grave (SBPT/ERS) foram avaliados e seguidos em média por 14 meses (de 3 a 72 meses), após tratamento ajustado. Um protocolo sistemático de avaliação clínica e funcional e acompanhamento foi aplicado, bem como critérios para determinação do controle da doença. Fatores agravantes e desencadeantes foram determinados. Pacientes não controlados foram considerados resistentes, depois de repetidas avaliações para a adesão. **Resultados:** Dos 111 pacientes incluídos, 23 não aderiram ao tratamento proposto, e tiveram pior controle. Os demais dados não diferiram. No grupo aderente, a idade foi 56 ± 12 anos, com predomínio de mulheres (73%). A relação VEF1/CVF foi $53 \pm 14\%$. 2/3 receberam CI > 1200mcg de beclometasona ou equivalente/dia; 88% B2 de longa duração e 30% corticóide oral. Por análise fatorial 4 fenótipos foram caracterizados: asma resistente (grupo 1), asma com obstrução persistente (2), asma atópica (3) e asma com intolerância à aspirina (4). No grupo 1 havia mais casos com DRGE (32% x 13% nos restantes, $p = 0,004$), menos resposta a Bd ($71 \times 90\%$, $p = 0,04$), sintomas noturnos mais frequentes ($32 \times 13\%$, $p = 0,002$) e prejuízo nas atividades diárias ($57 \times 25\%$, $p = 0,003$). Os pacientes do grupo 2 tinham idade maior (58 ± 13 anos x 54 ± 11), menor relação VEF1/CVF ($48 \pm 13 \times 60 \pm 13$, $p = 0,000$), maior tempo de doença ($Md = 34 \times 12$ anos, $p = 0,001$) e eram mais frequentemente fumantes (18% x 5%, $p = 0,005$) porém a resposta a Bd foi semelhante. No grupo 3 observamos maior VEF1/CVF ($57 \pm 16 \times 50 \pm 13\%$, $p = 0,047$), mais associação com sinusite (35% x 11%, $p = 0,014$), DRGE (30% x 11%, $p = 0,04$). No grupo 4, os 15 pacientes com intolerância à aspirina tiveram mais eventos quase fatais (47% x 14%, $p = 0,003$). Por regressão logística, os achados iniciais dos pacientes controlados ao final do estudo foram comparados aos não controlados. Maior frequência de DRGE e sintomas noturnos foram preditores de resistência ao tratamento ($p < 0,05$). **Conclusão:** Muitos pacientes com asma grave não são controlados após avaliação e tratamento, sendo as causas mais comuns a não adesão e a resistência aos corticosteróides. Pacientes com obstrução persistente e atópicas são mais facilmente controlados; atenção deve ser dada em episódios quase fatais a possível intolerância à aspirina.

A0036 TERMOPLASTIA BRÔNQUICA: PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DE 12 PACIENTES TRATADOS

Rubin AS¹, Guerreiro Cardoso PF², Cavalcanti M³, Zelmanovitz S⁴, Soares P⁵, Pellegrin L⁶, Spanemberg L⁷

1. Pavilhão Pereira Filho - Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Termoplastia brônquica; Broncoscopia

Introdução: A Termoplastia Brônquica consiste em uma nova modalidade terapêutica para asma. Trata-se de um procedimento broncoscópico onde, através da geração e transmissão de calor liberados por um cateter ligado a um gerador de energia, ocorre redução da massa muscular das vias aéreas em asmáticos. Este tratamento tem por objetivo reduzir o broncoespasmo mediado pela contratura da musculatura lisa. **Objetivos:** Relatar as características clínicas e funcionais de 12 pacientes incluídos pelo Brasil em um estudo multicêntrico de fase III - Estudo Alair - onde foi avaliada a eficácia e segurança deste procedimento. **Métodos:** Foram incluídos pacientes portadores de asma moderada/severa em tratamento com terapia combinada (corticóide inalatório + beta-2 adrenérgico de longa duração - CI/BALA -), que apresentavam piora sintomática após suspensão do uso de BALA. Os pacientes foram triados através do banco de dados e ambulatório do Pavilhão Pereira Filho - Santa Casa de Porto Alegre. Todos os pacientes realizaram pletismografia e teste de broncoprovocação com metacolina, além de preencherem questionários padronizados e de qualidade de vida. Os pacientes foram randomizados para manterem o tratamento usual (CI/BALA) ou serem submetidos adicionalmente à termoplastia com o sistema ALAIR-Asthmatx CO. Os pacientes randomizados para o grupo da termoplastia foram submetidos a três sessões (lobo inferior direito, lobo inferior esquerdo e lobos superiores) com intervalo de 3 semanas entre cada aplicação. **Resultados:** 6,3 pontos. O exame pletismográfico apresentou uma capacidade pulmonar total de média 103,9% do previsto ($\pm 15,9\%$) e volume residual médio de 121,8% ($\pm 35,9\%$). O coeficiente de difusão médio foi de 104,2 (± 14). Todos os pacientes apresentavam hiperreatividade brônquica marcada avaliada pelo teste de broncoprovocação com metacolina, sendo o CP20 média 0,1 \pm 0,1mg/ml. Do total de pacientes estudados, 11 realizaram os três tratamentos enquanto somente 1 paciente não completou o tratamento proposto. Não houve intercorrência significativa nos 12 casos tratados, sendo o procedimento bem tolerado pelos pacientes. Todos foram liberados da sala de observação após 4 horas do procedimento, não havendo necessidade de nenhuma internação. O centro em questão incluiu no estudo 24 pacientes, sendo que 12 foram randomizados para realizar termoplastia brônquica. Este grupo apresentava uma média etária de 39 ± 11 anos, sendo

constituído por 8 mulheres e 4 homens. Os 12 pacientes tratados apresentavam CVF média de 91% do previsto ($dp + 12\%$) e VEF1 médio de 69,6% ($dp \pm 6,2\%$). O valor médio do questionário ACQ (Asthma Control Questionary) foi de $1,5 \pm 0,9/10,4$. **Conclusão:** O grupo de pacientes incluídos no presente estudo apresentava características clínico-funcionais semelhantes a grande parcela de asmáticos atendidos em consultórios e serviços de pneumologia. A Termoplastia Brônquica foi um procedimento seguro e bem tolerado pelos pacientes, sem intercorrências significativas imediatas após a sua realização.

DOENÇAS PULMONARES EM PEDIATRIA

A0037 USO DE ESPAÇADOR NO PRONTO ATENDIMENTO DE PEDIATRIA

Becker Lotufo JP¹, Sabino HM², Pilla ES³

1,2. Hospital Universitário da USP, São Paulo, SP, Brasil; 3. Universitário da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Tratamento; Espaçador

Introdução: A medicação inalatória é consagrada no tratamento da asma aguda. Ambulatório já é clássico o uso de aerosol dosificador com uso de espaçador no tratamento da asma persistente. A mesma metodologia é rotina no PA do Hospital Universitário da USP, substituindo as tradicionais inalações. **Objetivos:** Analisar prospectivamente diferentes dosagens de salbutamol inalatório no atendimento de crianças com asma aguda. **Métodos:** Analisamos 169 crianças maiores de 2 anos com exacerbação de asma, utilizando-se 200 ou 400 microgramas de salbutamol a cada 20 a 30 minutos, após análise do escore de Wood-Downes, verificando o sucesso terapêutico (alta do PA não importando o número de inalações) e internações (retaguarda). **Resultados:** Idade dose Escore 1 Escore 2 Escore 3 Escore 4 total alta internação 2 a 4a. 200 7 14 19 7 47 40 7 (14,9%) 2 a 4 a 400 1 7 11 6 25 23 2 (8%) $\geq 5a$. 200 6 4 9 10 29 26 3 (10,3%) $\geq 5a$. 400 5 19 25 19 68 61 7 (10,2%) total 19 44 64 42 169 150 19 no grupo de 2 a 4 anos houve percentualmente o dobro de internações em pacientes que usaram dose menor de salbutamol. Comparando-se o escore ≥ 3 , o grupo de 2 a 4 anos que recebeu doses maiores (400 microgr) apresentou menor percentagem de internações (68% e 55%). Não houve esta variação no grupo maior de 5 anos, onde a percentagem de internações ficou em torno de 10% independente da dose utilizada. A ausência de diferença nas internações das crianças maiores de 5 anos pode sugerir o melhor aproveitamento da medicação inalatória nesta faixa etária. **Conclusão:** Em crianças menores de 5 anos o uso de salbutamol 400 microgramas evitou 50% de internações, quando comparado com o grupo que recebeu 200 microgramas. Em crianças maiores de 5 anos a quantidade de medicação não influenciou nas internações.

A0038 ETIOLOGIA E IMPACTO CLÍNICO IMEDIATO E TARDIO DO PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM LACTENTES

Ribeiro Ferreira da Silva Filho LV¹, Tateno AF², Mattar ACV³, Andrade MVLC⁴, Fink MCDS⁵, Rodrigues JC⁶, Pannuti CS⁷, Cardoso MRA⁸

1,3,4,6. Instituto da Criança HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,5,7. Laboratório de Virologia, Instituto de Medicina Tropical da USP, São Paulo, SP, Brasil; 8. Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Infecção respiratória; Chiado; Rinovírus

Introdução: A etiologia e o impacto clínico imediato e tardio de infecções respiratórias virais em lactentes são pouco conhecidos em nosso meio, especialmente no que se refere às infecções dependentes de métodos de biologia molecular para o diagnóstico. O vírus sincicial respiratório (VSR) é considerado o patógeno de maior importância como causa de sibilância em lactentes, mas o rinovírus vem sendo apontado como uma causa significativa de sibilância em lactentes e crianças, resultando em admissão hospitalar e em risco posterior de sibilância recorrente. **Objetivos:** Avaliar a etiologia viral e o impacto clínico imediato e tardio do 1º episódio de infecção respiratória em lactentes com antecedentes familiares de atopia. **Métodos:** Trezentos e setenta e seis lactentes com alto risco de desenvolverem doenças respiratórias alérgicas foram acompanhados prospectivamente em um estudo de coorte com consultas periódicas e aos episódios de infecção respiratória aguda. Estes lactentes foram submetidos à coleta de aspirado nasofaríngeo durante episódios de infecção respiratória aguda. Foram selecionados para o estudo apenas aqueles submetidos à coleta durante seu 1º episódio de infecção respiratória aguda. Pesquisa de etiologia viral foi realizada através de imunofluorescência direta com anticorpos monoclonais para vírus sincicial respiratório, Influenza A e B, parainfluenza 1, 2 e 3 e adenovírus, RT-PCR para coronavírus e metapneumovírus humano, além de real-time RT-PCR para rinovírus e enterovírus. Seguimento clínico com consultas periódicas foi realizado por um período médio de 15 meses após o episódio inicial. **Resultados:** Cinquenta e dois lactentes com idade média de 2 meses foram analisados no estudo. Os lactentes apresentaram sintomas de infecção de vias aéreas superiores em 44% e bronquiolite em 56% das ocasiões. Foram identificados vírus respiratórios em 79% dos casos, sendo o rinovírus o agente de maior prevalência, com 65%, seguido pelo VSR com 12% dos casos. Coronavírus, metapneumovírus humano e enterovírus foram identificados em dois casos cada. Co-infecções foram identificadas em 14% dos casos, sempre envolvendo o rinovírus. Vinte pacientes (39%) apresentaram sibilância recorrente durante o seguimento, sendo a maioria deles do sexo masculino. Pacientes que apresentaram quadro de bronquiolite desenvolveram sibilância recorrente em 50% dos casos, o que aconteceu em apenas 21% dos casos com infecção inicial limitada às vias aéreas superiores ($p = 0,04$). Nenhum dos vírus identificados em casos de bronquiolite esteve associado com sibilância recorrente no seguimento. **Conclusão:** O presente estudo identificou uma alta prevalência de infecções por rinovírus em lactentes jovens, resultando em quadros de bronquiolite aguda em cerca de 50% dos casos. Sibilância recorrente foi significativamente mais frequente nos lactentes do sexo masculino e naqueles que apresentaram bronquiolite como manifestação clínica inicial. Nenhuma etiologia viral foi associada à sibilância recorrente no seguimento.

A0039 ANÁLISE DE 235 CASOS DE PNEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMPROVADOS SOROLOGICAMENTE PELO MÉTODO ELISA

GF Lima DM, Lino FV, Polveiro AF, Dionísio DL

Hospital Regional de Taguatinga/SES, Taguatinga, DF, Brasil.

Palavras-chave: Mycoplasma; Pneumonia; Pediatria

Introdução: O *Mycoplasma pneumoniae* foi conhecido como agente Eaton causador de pneumonia atípica (1944). É a denominação vigente que indica o principal local encontrado no homem em sua via aérea. Em crianças vem se observando que o *Mycoplasma pneumoniae* tem maior importância em causar infecção no trato respiratório superior e inferior do que anteriormente se pensava. A incidência ou a gravidade da doença depende do tempo de incubação e do não tratamento específico, podendo gerar reinfeção e seqüelas pulmonares. É responsável por 20-30% das pneumonias comunitárias e as crianças são o maior reservatório deste patógeno. **Objetivos:** Comparar através do teste ELISA por radioimunoensaio as pneumonias por *Mycoplasma pneumoniae* que ocorreram no período de novembro de 2000 a junho de 2005 na enfermaria de Pneumologia Pediátrica do Hospital Regional de Taguatinga-DF. **Métodos:** Dentre as pneumonias internadas neste período, foram selecionados os casos suspeitos de *Mycoplasma pneumoniae*, e foi feito uma ficha protocolar cujos dados serão comentados nos resultados. **Resultados:** Em relação à idade, houve predominância na faixa etária entre 5 anos a 11 meses e 11 meses (137 casos – 58,29%), seguido de 67 casos (28,50%) entre 1 ano e 4 anos e 11 meses, e 31 casos (13,19%) acima de 12 anos. O sexo não teve interferência na amostra. Observaram-se casos durante todo o ano, com maior incidência entre junho e julho (período de frio no DF). Em 121 casos (51,48%) houve uso prévio de antibióticos habituais, sem resposta clínica, conforme relatado na literatura. Nos achados clínicos a tosse foi observada em 226 casos (96,17%), evoluindo de seca a produtiva de acordo com o tempo da doença. A febre surgiu em 176 casos (74,89%), a dispnéia em 55 casos (23,40%), além de outros sintomas. A bronquite foi a patologia associada mais encontrada (89 casos – 37,87%), seguida da sinusite (30 casos – 12,76%). Nas crianças com tosse há mais de 1 mês, 24 (10,21%) tinham bronquite associada. O hemograma foi normal em 160 casos (68,08%), porém a leucocitose foi encontrada em 48 casos (20,41%) e o VHS elevado em 43 casos (18,30%). A sorologia pelo método ELISA foi positiva em todos os casos. O Raio X de tórax mostrou 176 casos (74,89%) com predomínio de infiltrado unilateral ou bilateral e 56 casos (23,82%) com condensação lobar. A cura sem seqüela pulmonar foi obtida com o tratamento específico em todos os casos. **Conclusão:** Através do método ELISA foi possível confirmar a suspeição clínica do *Mycoplasma pneumoniae* em crianças com idade acima de 1 ano com história de evolução arrastada e não resposta dos antibióticos convencionais. Houve concordância com dados dinamarqueses de que não há mais ciclos epidêmicos de 4 em 4 anos, e sim a doença durante todo o ano, com predomínio nos períodos frios. O encontro desta patologia em 28% dos casos em crianças abaixo de 5 anos mostra a importância de se levantar esta hipótese. Todos os dados estatísticos encontram concordância com as atuais revisões sobre este tema.

A0040 FATORES DE RISCO PARA SIBILÂNCIA RECORRENTE EM UMA COORTE DE CRIANÇAS MENORES DE 13 ANOS, NO SUL DO BRASILPrietsch S¹, Fisher GB², Cesar JA³, Cervo PV⁴, Sangaletti LL⁵, Wietzycoski CR⁶, Zacca D⁷, Dos Santos FM⁸

1,3,4,5,7,8. Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil; 2. Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Epidemiologia; Asma; Fatores de risco

Introdução: Asma e sibilância recorrente são os principais responsáveis pelo comprometimento prolongado da saúde em crianças e adolescentes nos países desenvolvidos e, provavelmente, têm alta prevalência nos países em desenvolvimento. Nas últimas décadas, muitos estudos têm mostrado um aumento da prevalência de morbidade e maiores taxas de mortalidade por asma em diversos contextos. Sibilância recorrente é multicausal e pode estar associada a fatores demográficos, socioeconômicos, genéticos, gestacionais, nutricionais, ambientais e outros. Essa situação representa um profundo impacto na sociedade e, especialmente às crianças e suas famílias. É responsável por um grande número de visitas à emergência e hospitalizações. **Objetivos:** Estudar a prevalência de sibilância recorrente e os principais fatores associados em uma coorte de crianças menores de 13 anos, na área urbana de Rio Grande, RS. **Métodos:** Através de visitas domiciliares e aplicação de questionários padronizados por entrevistadores previamente treinados, investigou-se entre essas crianças a presença de sibilância recorrente. Foram ainda obtidas informações sobre as condições socioeconômicas e de moradia da família, assistência à gestação e ao parto, padrão de morbidade atual e progressão dessas crianças. A análise estatística consistiu do cálculo do odds ratio (OR) com posterior ajuste através de regressão logística não-condicional para potencial fatores de confusão conforme modelo hierárquico previamente definido. **Resultados:** Entre as 775 crianças estudadas, a prevalência de sibilância recorrente atual foi de 27,9%. As perdas do estudo foram de 11,6%. Os principais fatores de risco observados após a análise ajustada foram: rinite atual (OR = 45,7 IC95% 24,2-86,5), uso de fogão à lenha para cozinhar (OR = 2,7 IC95% 1,4-4,9), antecedente pessoal de infecção respiratória aguda (OR = 2,1 IC95% 1,3-3,5), aleitamento artificial (OR = 2,1 IC95% 1,1-3,8), antecedente de asma em irmãos (OR = 1,9 IC95% 1,2-3,2), antecedente de asma na mãe (OR = 1,8 IC95% 1,1-2,9), menos de seis consultas de pré-natal (OR = 1,6 IC95% 1,1-2,4). Escolaridade do pai (≤ 8 anos) mostrou-se protetor para sibilância recorrente (OR = 0,6 IC95% 0,4-0,9). **Conclusão:** Os resultados deste estudo têm implicações de interesse clínico e epidemiológico. Há relevante importância clínica em relação à forte associação entre rinite e sibilância recorrente, de sorte que o manejo individual da asma deve contemplar a investigação e, possivelmente, o tratamento conjunto de rinite. Pela ocorrência bastante elevada, a sibilância recorrente é um importante problema de saúde pública e, como tal, deve-se direcionar ações apropriadas para o seu controle e tratamento. É possível estabelecer estratégias de planejamento em saúde pública no sentido de minimizar os efeitos dessa situação, especialmente com o desenvolvimento de programas educativos e terapêuticos para asma.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PNEUMOLOGIA GERAL (MISCELÂNEA)**A0041 REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PORTADORES DE ESCLEROSE SISTÊMICA-FREQÜÊNCIA E ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS**Jezler SF¹, Rosa FW², Varela AS³, Fonseca EM⁴, Silva JL⁵, Camelier AA⁶, Lemos ACM⁷

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2,3. Universidade Católica de Salvador, Salvador, BA, Brasil; 4,5,6,7. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Escleroderma; Função pulmonar; Força muscular

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) pode envolver diversos sistemas, incluindo pulmões e aparelho músculo-esquelético. A função muscular respiratória pode estar comprometida em doenças do colágeno com o lúpus sistêmico. Na esclerose sistêmica (ES), existem relatos isolados de pacientes com sinais de comprometimento da força muscular respiratória, porém ainda não existem avaliações sistemáticas da força muscular respiratória nessa condição clínica. **Objetivos:** Avaliar a força muscular respiratória em um grupo de pacientes com ES e estabelecer associações clínicas com dados clínicos, funcionais e radiológicos. **Métodos:** Foram avaliados pacientes com diagnóstico de ES e em acompanhamento ambulatorial, independente da presença de sintomas respiratórios. A avaliação consistiu de preenchimento de um questionário específico, escala de dispnéia (BDI de Mahler et al.), espirometria simples, difusão de monóxido de carbono (DLCO), tomografia de alta resolução e medida das pressões musculares inspiratórias e expiratórias máximas (Pimáx e Pemáx). Os dados foram apresentados através das suas médias, medianas, desvios-padrão e proporções. Para comparação de variáveis entre dois grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado ou teste de Fisher, quando indicado. Para identificar associações entre variáveis, utilizamos correlação de Spearman. **Resultados:** Foram estudados consecutivamente 30 pacientes, 29 do sexo feminino, com idade média de 41,7 anos, índice de massa corpórea (IMC) médio de 23kg/m², tempo médio de diagnóstico de 5,9 anos e com doença cutânea difusa em 66,7% dos casos. Dispnéia foi o sintoma mais comum, relatada por 80% do grupo, com média de BDI de 7,9 pontos. O grupo apresentou CVF e DLCO médias de 73,8% e 48,3% do predito, respectivamente. Doença intersticial pulmonar (DIP) foi detectada em 55,2% dos indivíduos. Dos pacientes, 64,3 e 53,6% apresentaram redução da Pi e Pemáx respectivamente, com Pi e Pemáx médias, em valores absolutos, de 67,1 e 68,8cmH₂O, e 75,6 e 76,9% do predito respectivamente. Não houve diferença de valores da Pi e Pemáx entre os pacientes com e sem DIP ou entre pacientes com doença cutânea limitada e difusa. Das variáveis estudadas, a Pimax apresentou correlação com CVF%, VEF1% e intensidade da dispnéia (BDI). A Pemáx não apresentou associação com nenhuma das variáveis estudadas. **Conclusão:** No grupo estudado, a força muscular respiratória apresentou-se reduzida na maioria dos pacientes e os valores da Pimax apresentaram associação com intensidade da dispnéia. Em portadores de ES, redução da força muscular pode possuir repercussão clínica. A avaliação da força muscular respiratória deve fazer parte da avaliação clínica desses indivíduos.

A0042 ESCLEROSE SISTÊMICA PROGRESSIVA: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE AO EXERCÍCIO E IMPACTO DO ACOMETIMENTO PULMONARCamelier AA¹, Rosa FW², Santos MPM³, Andrade TL⁴, Jezler SF⁵, Lemos ACM⁶

1,4,5,6. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2,3. Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Esclerose sistêmica; Teste da caminhada dos seis minutos; Tolerância ao exercício

Introdução: A avaliação da capacidade do exercício através do teste da caminhada dos seis minutos (TC6) em pacientes portadores de doenças crônicas é considerado um desfecho importante, seja para quantificação da gravidade e limitações, bem como na avaliação de diversas intervenções. Na esclerose sistêmica (ESP) o TC6 tem sido utilizado para quantificar o impacto desta doença, inclusive auxiliando na detecção precoce do acometimento pulmonar destes pacientes; entretanto poucos trabalhos tem tido enfoque específico em estudar os fatores clínicos limitantes da capacidade de exercício na ESP. **Objetivos:** Avaliar a capacidade ao exercício em indivíduos portadores de ESP através do teste de caminhada de seis minutos (TC6). **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo em uma amostra de portadores de ESP provenientes, do ambulatório de doenças intersticiais do Hospital Universitário (HUPES)/UFBA. Os pacientes foram submetidos a avaliação funcional pulmonar (espirometria, volumes pulmonares e DLCO). A dispnéia foi avaliada pelo escore de dispnéia basal de Mahler (BDI) e escala de Borg durante o TC6. A avaliação da capacidade de exercício foi obtida com a realização do TC6, realizado em um corredor plano de 20 metros. Foram obtidas a distância percorrida (metros), saturação do pulso de oxigênio (SpO₂), frequência cardíaca (bpm), a sensação de cansaço e falta de ar (escala de Borg modificada). A distância percorrida no TC6 pelos pacientes foi comparada com equações de normalidade (Enright & Sherril e Troosters). A análise estatística foi realizada para dados não paramétricos, após a análise de Kolmogorov-Smirnov. O Teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação de médias. O coeficiente de correlação de Spearman para testar associação entre duas variáveis. Um $p < 0,05$ foi considerado significativo. O protocolo foi aprovado no Comitê de Ética e foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido em todos os pacientes. **Resultados:** Vinte e um pacientes foram incluídos no estudo, sendo 18 (85,7%) mulheres. A idade média da amostra total foi de 44,9 \pm 13 anos, com IMC = 23,4 \pm 4,4kg/m². A CVF (%) foi 78,5 \pm 20,2, o VEF1/CVF foi 80,3 \pm 12,8, com DLCO (%) de 55,8 \pm 19,3. A sensação de dispnéia (BDI) foi 7,5 \pm 2,8. Nove (42,9%) pacientes tinham acometimento pulmonar. Em média os pacientes caminharam 390,2 metros no TC6, valor inferior aos previstos por Enright & Sherril (511,6 metros, $p < 0,001$) e Troosters (599,5 metros, $p < 0,0001$). Pacientes com acometimento pulmonar caminharam 333,7 metros, em média, inferior aos 432,6 metros alcançados pelos pacientes sem acometimento pulmonar ($p < 0,05$). Pacientes com dispnéia percorreram uma menor distância, em média, (352,1m) em relação aos pacientes sem dispnéia que percorre-

ram 452,1m ($p < 0,05$). **Conclusão:** Portadores de ESP tem reduzida capacidade de exercício quando avaliados pelo TC6, em comparação com equações de normalidade. Os indivíduos sintomáticos, ou com acometimento pulmonar possuem maior limitação da capacidade de exercício.

A0043 SINAIS CLÍNICOS QUE DIFERENCIAM AS DOENÇAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES E INFERIORES

Scornavacca G¹, E Silva Ribeiro IO², Porto, NS³, Moreira JS⁴, Palombini BC⁵

1,3,4,5. *Pavilhão Pereira Filho Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

Palavras-chave: Gotejamento pós-nasal; Sinal de aspiração faríngea; Sinal de pigarrear

Introdução: Nos últimos 16 anos, Irwin e colaboradores publicaram vários trabalhos sobre as causas de tosse crônica. O gotejamento pós-nasal (GPN), atualmente, "síndrome da tosse da via aérea superior" tem sido relatada como a causa mais comum isolada ou associada a outras causas. Dentre os sinais e sintomas do GPN, dois ("sinal de aspiração faríngea" SAF e "sinal de pigarrear" SPIG) são de extrema relevância na prática clínica e considerados como mecanismos vibratórios de defesa do aparelho respiratório, diferente da tosse e espirro que são explosivos. O "SAF" é inspiratório, limpa a nasofaringe e é comum em doenças de vias aéreas superiores e o "SPIG" é expiratório, limpa a hipofaringe e é encontrado sobretudo em doenças das vias aéreas inferiores. **Objetivos:** Verificar a presença do "SAF" e "SPIG" em portadores de DPOC e rinosinusite; determinar qual dos sinais isolados ou em conjunto são mais frequentes em DPOC e em rinosinusite; avaliar se os sinais podem diferenciar doenças das vias aéreas superiores e inferiores. **Métodos:** Foram selecionados 93 pacientes do Centro de Estudos da Tosse do Pavilhão Pereira Filho, com diagnóstico de DPOC por espirometria. Rx de tórax e/ou TC de tórax e de rinosinusite por Rx e/ou TC dos seios paranasais. Os pacientes foram divididos em três grupos: rinosinusite; DPOC e DPOC com rinosinusite. Os critérios de inclusão foram: idade > 18 anos com DPOC e/ou rinosinusite, e de exclusão: outras pneumopatias crônicas e doença do refluxo gastroesofágico. A análise estatística comparou inicialmente os dois sinais isolados para cada grupo de pacientes e depois, os dois sinais juntos com cada um isolado nos mesmos pacientes. Foi usado teste exato de Fisher com $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 93 pacientes, 52 (55,9%) eram homens e 41 (44,1%) mulheres. A idade média foi de 57,34 + 16,09. Na análise de cada sinal isolado, o "SAF" foi mais encontrado em rinosinusite (83,3%) do que naqueles sem rinosinusite (28,6%); em pacientes sem DPOC (90,5%) do que em DPOC (54,9%); e no grupo DPOC com rinosinusite quando comparado aos demais não houve diferença significativa. O "SPIG" foi mais comum em DPOC (98%) do que naqueles sem DPOC (85,7%), já entre pacientes com e sem rinosinusite e em DPOC associado a rinosinusite comparado aos demais, não houve diferença significativa. Na análise dos dois sinais ("SAF" + "SPIG") com apenas um, "SAF" + "SPIG" foi mais encontrado em rinosinusite (73,6%) do que naqueles sem rinosinusite (28,6%); em pacientes sem DPOC (76,2%) do que em DPOC (52,9%); e em DPOC com rinosinusite quando comparado aos demais não houve diferença significativa. Em DPOC o mais comum foi um sinal isolado ("SPIG"). **Conclusão:** O "SAF" é mais comum em rinosinusite do que em DPOC O "SPIG" é mais comum em DPOC do que em rinosinusite Em rinosinusite é mais comum ter "SAF" + "SPIG" do que apenas um sinal Em DPOC é mais comum um sinal ("SPIG") Em doença de via aérea superior é mais comum ter "SAF" + "SPIG" do que um sinal e em doença de via aérea inferior, apenas um sinal ("SPIG").

A0044 PAPEL DAS RELAÇÕES SUBMÁXIMAS DINÂMICAS DURANTE O EXERCÍCIO INCREMENTAL NA AVALIAÇÃO DOS MECANISMOS SISTÊMICOS DE LIMITAÇÃO EM PACIENTES COM MIOPATIA MITOCONDRIAL

Nogueira CR, Gimenes ACO, Napolis LM, Silva NL, Batista LD, Siqueira GO, Neder JA, Nery LE

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Miopatia mitocondrial; Exercício incremental; Eficiência metabólica

Introdução: A interpretação clínica do teste de exercício cardiorrespiratório (TECR) pode ser potencializada se considerarmos as taxas de mudança simultâneas (inclinações) de certas variáveis-chave, por ex: $\Delta VO_2/\Delta$ carga, $\Delta FC/\Delta VO_2$, $\Delta VE/\Delta VCO_2$, e $\Delta PEFCO_2/\Delta VO_2$. **Objetivos:** Demonstrar a aplicabilidade clínica das relações dinâmicas submáximas durante o TECR incremental com o intuito de identificar os mecanismos sistêmicos de limitação ao exercício em pacientes com Miopatia Mitocondrial (MM). **Métodos:** Quatorze pacientes com MM comprovado por biópsia e 10 indivíduos normais pareados por idade foram submetidos a um teste incremental em rampa, no cicloergômetro, com medidas subjetivas (escore de Borg) e do lactato arterial no pico do exercício. **Resultados:** A capacidade máxima de exercício esteve reduzida em pacientes com MM. Estes também apresentaram escores de dispnéia/VE e dor nas pernas/carga significativamente maiores que os controles ($p < 0,05$). A inclinação $\Delta VO_2/\Delta$ carga (um índice de "eficiência metabólica") foi menor nos pacientes quando comparados aos controles, sendo esta relação positivamente correlacionada com o limiar anaeróbico estimado, e inversamente correlacionada com a razão lactato/carga ($r = 0,69$ e $-0,71$ respectivamente). Interessantemente, apesar dos pacientes terem apresentado menores estresses cardiovasculares e ventilatórios no pico do exercício ($p < 0,05$), as inclinações $\Delta VE/\Delta VCO_2$ e $\Delta FC/\Delta VO_2$ foram maiores nos pacientes comparados aos controles ($p < 0,01$). No entanto, não houve evidência de hiperventilação nos pacientes com MM (i.e. $\Delta PEFCO_2/\Delta VO_2$ foram semelhantes – $p > 0,05$). **Conclusão:** Pacientes com MM apresentaram respostas metabólicas, cardiovasculares e ventilatórias anormais ao teste de exercício incremental, cujas extensão e consequências fisiopatológicas não são completamente demonstradas pela análise isolada dos dados de pico de exercício. As relações dinâmicas submáximas devem ser rotineiramente avaliadas durante o TECR com a finalidade de melhorar a sensibilidade do teste na detecção de disfunção sistêmica. Financiados por: FAPESP, CNPq e CAPES.

A0045 AVALIAÇÃO DE 98 PACIENTES COM GRANULOMATOSE DE WEGENER

Valente Barbás CS¹, Da Cruz Santana AN², Antunes T³, Parra ER⁴, Capelozzi VL⁵, Carvalho CRR⁶, Costa AN⁷, Borges ER⁸

1,6,7,8. *HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4,5. HC-FMUSP, Os mecanismos fisiopatológicos da H, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Vasculites; Granulomatose de Wegener; Nódulos pulmonares

Introdução: A granulomatose de Wegener caracteriza-se por vasculite granulomatosa necrosante com acometimento pulmonar, renal e de seios da face apresentando-se de forma leve até formas fatais. Seu pronto e correto diagnóstico torna-se imperioso para um tratamento e seguimento adequados para melhora da morbimortalidade desta doença potencialmente fatal se não reconhecida e tratada rapidamente. **Objetivos:** Avaliação clínica, radiológica e dos desfechos de 98 pacientes atendidos de 1983 a 2006 no Ambulatório de Vasculites do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. **Métodos:** Foram avaliados os pacientes atendidos no Ambulatório de Vasculites do HC-FMUSP de 1983 a 2006 com diagnóstico de granulomatose de Wegener. estes pacientes foram tratados com prednisona/metilprednisolona/ciclofosfamida/azatioprina/sulfametoxazol/immunoglobulina/plasmaferese de acordo com protocolo de tratamento. Estes pacientes foram seguidos e determinado o desfecho clínico de sobrevida/óbito. **Resultados:** Foram atendidos 98 pacientes de 1983-2006 com diagnóstico de granulomatose de Wegener com idade média de 48 ± 15 anos. Cinquenta homens e quarenta e oito homens. 99% dos pacientes apresentaram acometimento pulmonar caracterizado por nódulos e ou massas cavitadas (90%) e infiltrado intersticial difuso caracterizando hemorragia alveolar (7%). 95% apresentava acometimento de seios da face e 90% anca positivos. 15% deles apresentaram insuficiência renal importante sendo que metade destas reverteram com o tratamento. 15% dos pacientes faleceram da doença e ou de complicações relacionadas a esta. **Conclusão:** A granulomatose de Wegener se diagnosticada e seguida corretamente apresenta bom prognóstico.

A0046 COMPLICAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA: REAVALIAÇÃO DO QUESITO OBESIDADE NA ESCALA DE TORRINGTON E HENDERSON

Ramos Feitosa PH, Feitosa RC, Dos Santos AA

Hospital Regional do Gama/Clinica de Doenças Respiratórias e Reabilitação Pulmonar, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; Complicações pulmonares; Pós-operatório

Introdução: Gastroplastia para tratamento da obesidade mórbida tem sido utilizada com muita frequência. As complicações pulmonares são muito prevalentes. A escala de Torrington e Henderson é bastante utilizada como preditora de risco de complicações pulmonares no pós-operatório. **Objetivos:** Avaliar se a escala de Torrington e Henderson pode sofrer estratificação no quesito obesidade para melhorar a sua sensibilidade em prever risco. **Métodos:** Foram selecionados pacientes com índice de massa corpórea (IMC) > 40kg/m², que foram submetidos à gastroplastia aberta. Todos os pacientes tinham espirometria, radiografia de tórax, gasometria arterial normais. Não tinham doenças e sintomas respiratórios prévios. Os selecionados tinham idade inferior a 60 anos. Pela escala de Torrington e Henderson todos tinham risco de 3 pontos. Estratificamos os pacientes em 3 grupos: 1-IMC entre 40-47; 2-IMC entre 48-55; 3-IMC > 55. Os pacientes quando tinham complicação eram reavaliados no pós-operatório. Foram determinadas como complicações pulmonares pós-operatórias: atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória, tromboembolismo pulmonar e derrame pleural. **Resultados:** Foram selecionados 380 pacientes sendo 240 do sexo feminino. Houve complicação pulmonar em 44 (11,5%) pacientes. 220 pacientes pertenciam ao primeiro grupo e destes, 8 (3,6%) tiveram complicações. O segundo grupo tinha 108 pacientes, dos quais 19 (17,5%) tiveram complicações. O terceiro grupo tinha 58 pacientes e 17 (29,3%) tiveram alguma complicação. **Conclusão:** A escala de Torrington e Henderson perde sensibilidade quando atribui à obesidade apenas 1 ponto, não levando em conta níveis de obesidade.

POLÍTICAS PÚBLICAS

A0047 PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE ASMA INFANTIL DE SABARÁ, MG – BRASIL

Júnior AA

Secretaria Municipal de Saúde de Sabará, Sabará, MG, Brasil.

Palavras-chave: Programa; Asma; Infantil

Introdução: A asma é a segunda causa de hospitalização em Minas Gerais entre 0 a 9 anos de idade e responsável pelo terceiro maior gasto direto entre as moléstias no Brasil. **Objetivos:** O Programa de Controle de Asma Infantil de Sabará, cidade na Região Metropolitana de Belo Horizonte com 134.280 habitantes, objetiva organizar a assistência pública e os recursos destinados à criança asmática, melhorando os indicadores da enfermidade e a qualidade de vida da população. **Métodos:** O programa, descentralizado para a atenção primária, baseia-se na disponibilização gratuita da corticoprofilaxia inalatória para todos as crianças de 0 a 12 anos com asma persistente e na educação continuada dos familiares e profissionais de saúde da rede pública. Instituíram-se dentre as dezesseis unidades básicas de saúde do município, seis Centros de Referência, onde uma pneumopediatra trabalha de forma descentralizada e integrada como referência para o Programa de Saúde da Família e para a pediatria na assistência aos pacientes asmáticos e na capacitação dos profissionais da atenção primária, melhorando sua resolutividade. **Resultados:** Dos 399 pacientes avaliados nesses centros no período de fevereiro de 2005 a fevereiro de 2006, 349 (87,47%) apresentavam asma persistente e desses 124 (35,53%) cursavam com mais de 12 meses de uso de corticóide inalatório no programa. Assim, observou-se nos prontuários padroniza-

dos, uma redução de consultas nos serviços de urgência por exacerbações asmáticas de 85,89% nessa mostra de 124 pacientes acompanhados nos 12 meses anteriores e posteriores à admissão no programa (de 2.169 consultas de urgência produzidas pelo grupo, o que resultava em uma média de 17,49 consultas/paciente/ano para 306 consultas de urgência totalizando 2,47 consultas de urgência/paciente/ano, nos últimos 12 meses após a admissão no programa). As hospitalizações também reduziram em 77,58% (de 165 hospitalizações, o que resultava em 1,33 internações/paciente/ano para 37, obtendo uma média final de 0,30 internação/paciente/ano). Contabilizou-se, portanto, somente neste grupo e período, uma economia de gastos reais com esses indicadores de R\$ 208.535,13. Para tal, a Secretaria Municipal de Saúde de Sabará investiu apenas R\$46.421,44 com a compra dos insumos necessários à execução do programa (medicamentos e espaçadores). **Conclusão:** Apesar dos problemas enfrentados, como o desabastecimento ocasional, conclui-se que o programa, pautado pela descentralização e integralidade, é viável, pertinente, melhorando os indicadores epidemiológicos e ressaltando a importância da sistematização das ações e serviços públicos de saúde.

A0048 BIOSSEGURANÇA EM TUBERCULOSE – RETRATO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Ferreira Pinheiro VG, Façanha MC, Jr J LX, Almeida MA, Maciel G, Jr JF, Silveira LG, Lima AB *Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.*

Palavras-chave: Biossegurança; Tuberculose; TB nos postos

Introdução: O Município de Fortaleza concentra a maior parte (66,5%) dos casos de tuberculose (TB) notificados no estado do Ceará e possui uma rede de 109 unidades das quais 66 informaram o atendimento de pelo menos 1 caso em 2005. Unidades de saúde (US) que desenvolvem programa de Tuberculose são consideradas “ambientes de risco” para transmissão da doença que se dissemina através de aerossóis de micropartículas infectadas. A OMS propõe que medidas de controle sejam adotadas pelas US a fim de minimizar o risco para profissionais de saúde e usuários do sistema. Entre as recomendações estão: organização do fluxo de pacientes, localização e ventilação adequadas dos consultórios, uso de máscara cirúrgica pelo paciente e com filtro N-95 por profissionais. **Objetivos:** Verificar a adequação às normas de biossegurança das unidades de saúde que atendem tuberculose em Fortaleza. **Métodos:** Análise descritiva da situação de 36 US (54,5% do total) que atendem TB selecionadas aleatoriamente. Entrevista com o responsável pelo acompanhamento dos pacientes utilizando questionário padronizado e observação de itens específicos de biossegurança pelo entrevistador. **Resultados:** Os pacientes com tuberculose ficam em média 54,8 minutos cada vez que comparecem à essas 36 US. Nenhuma delas tem sala de espera exclusiva para pacientes com TB, a sala é dividida com o atendimento geral (gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos entre outros). Apenas 7 (19,4,2%) das US disponibilizam máscara para o paciente. Em 20 (55,5%) há máscara com filtro N-95. Quanto ao uso da máscara: em 15 US (41,6%) o médico usa regularmente, enquanto que a enfermagem usa em 21 (58,3%) dessas US e os auxiliares apenas em 8 (22,2%). A maior parte 23 (63,8%) dos consultórios médicos e de enfermagem 22 (61,1%) são ambientes fechados e usam ar condicionado, apenas 1 dispõe de exaustor. Tem ventilador de teto: 8 consultórios de enfermagem, 6 médicos e 5 salas de espera. A maioria das US (34/36) usam vassouras de pelo associadas ou não a outros tipos de limpeza nos consultórios e nas áreas de circulação de pacientes. A coleta de escarro em geral é feita em casa, mas em algumas US é orientado o uso do banheiro da unidade como local de coleta. Na maioria 31/36 (86,1%) das unidades de saúde os profissionais sentem-se inseguros e consideram que os demais pacientes também não estão seguros quanto a transmissão da tuberculose na US. O problema mais citado pelos entrevistados foi falta de EPI (máscaras) seguida de inadequação da área física. **Conclusão:** O retrato das condições de atendimento ao paciente com tuberculose nas unidades de saúde do Município de Fortaleza é preocupante. As recomendações da OMS visando a biossegurança dos profissionais e usuários estão distantes da nossa realidade favorecendo o risco de transmissão da doença. Urge a adoção de medidas educativas e administrativas a serem tomadas tanto pela coordenação das unidades quanto pela gerência municipal do Programa de Tuberculose.

A0049 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ASSISTENCIAIS DE CRIANÇAS COM ASMA ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM ASMA DE FORTALEZA/CE – PROAICA, NA REDE DE SAÚDE DE FORTALEZA

Holanda MA¹, Eduardo Bezerra de Castro PM², Madeiro Leite AJ³, Braga AD⁴, Farias Santiago Araujo SH⁵

1. Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3. Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil; 4,5. Prefeitura Municipal de Fortaleza – CAC Lucia de Fatima, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Criança; Programa

Introdução: A asma é a doença crônica de maior prevalência entre as crianças. Apesar dos avanços na compreensão de sua fisiopatologia e da crescente oferta de medicação, muitos estudos vêm demonstrando aumento de prevalência, morbidade e mortalidade em vários países. No Brasil, a asma constitui a terceira causa de hospitalizações entre crianças e adultos jovens, gerando expressivos custos indiretos, com repercussões no absentismo escolar e no trabalho, baixo rendimento físico e impactos psicossociais. Exerce um profundo impacto na criança, nas suas famílias e na sociedade. Existe um grande número de crianças com asma recorrendo aos serviços de emergência, com necessidade frequente de internações que funcionam como locais inadequados para consultas regulares, levando a falhas no tratamento e no controle da doença. Como resultante, tem-se um grande ônus para as crianças com asma, com perdas para o sistema de saúde e com custos elevados. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e assistenciais de crianças com sibilância/asma atendidas no Pro-

grama da Atenção Integral à Criança e Adolescente com Asma (PROAICA), na rede de saúde de Fortaleza/Ce. **Métodos:** Estudo transversal de natureza exploratória realizado com dados obtidos dos prontuários utilizados na admissão de crianças com asma no Programa de Atenção Integral à Criança e Adolescente com Asma (PROAICA). Analisou-se uma amostra de 930 crianças/adolescentes entre 2 meses e 16 anos atendidos no período de junho de 2004 a setembro de 2005 em nove postos de saúde e dois hospitais de Fortaleza. A principal variável estudada foi o tempo que as crianças com sibilância/asma permaneceram sem assistência ampliada até o momento da admissão ao Programa. **Resultados:** O tempo médio que os pacientes ficaram sem assistência programada, foi de 49 meses (DP = 38,1). 90,2% das crianças/adolescentes apresentaram os primeiros sintomas de sibilância/asma antes dos três anos de idade (média = 16 meses). No último ano, antes da admissão ao Programa, a proporção de crianças/adolescentes que foram ao Pronto Socorro foi de 91,4% enquanto que 42,3% tiveram múltiplas internações. 79% dos pacientes tinham classificação de asma intermitente ou persistente leve, não justificando a necessidade desses atendimentos. 98,1% vinham em uso de medicação de alívio por via oral, e, somente 4,3% usavam corticóide inalatório. **Conclusão:** Crianças/adolescentes apresentando sibilância/asma por um tempo muito prolongado sem uma assistência organizada na rede de saúde de Fortaleza/Ce foi o achado principal deste estudo. A maioria dos pacientes apresentou a primeira crise com idade inferior a três anos e, no entanto, permaneceu um longo tempo sem assistência programada, o que contribuiu para que tivessem atendimentos repetidos nas emergências com várias hospitalizações. Este cenário demonstra a necessidade de uma adequada atenção integral à saúde da criança/adolescente com asma.

A0050 POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA PROVENIENTE DA QUEIMA DE CANA-DE-AÇÚCAR E MORBIDADE RESPIRATÓRIA

Arbex MA¹, Oliveira R², Arbex FF³, Braga AF⁴, Martins LC⁵, Pereira LAA⁶, Cançado JED⁷, Saldava PHN⁸

1. Escola Paulista de Medicina, Unifesp, São Paulo, SP, Brasil; 2. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP, Brasil; 3. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil; 4. Faculdade de Medicina de Santo Amaro, UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 5. Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil; 6. UNISANTOS, Santos, SP, Brasil; 7,8. FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Poluição atmosférica; Queima de biomassa; Pneumonia

Introdução: Com a crescente utilização do etanol derivado da cana-de-açúcar como combustível em veículos automotores houve uma melhora na qualidade do ar nos grandes centros urbanos. Porém a cana-de-açúcar é uma cultura agrícola singular, uma vez que, por razões de produtividade e de segurança, a colheita é realizada após a queima dos canaviais, o que gera uma grande quantidade de material particulado e gases tóxicos que modifica as características do meio ambiente nas regiões onde a cana-de-açúcar é cultivada, colhida e industrializada. **Objetivos:** Avaliar a relação entre a variação diária do PTS (Partículas Totais em Suspensão) e o total de internações diárias devido a Pneumonias de origem infecciosa (CID J12-J18) na cidade de Araraquara, localizada na região canavieira do Estado de São Paulo. **Métodos:** Entre abril de 2003 e julho de 2004 obtivemos a concentração diária das Partículas Totais em Suspensão (PTS) em µg/m³ utilizando o equipamento Hand-vol colocado na região central de Araraquara, e o total de internações diárias por pneumonia de etiologia infecciosa no principal hospital da cidade. Obtivemos a temperatura e a umidade relativa do ar diariamente no Aeroporto local. Foi utilizado Modelo Aditivo Generalizado para a variável resposta (pneumonias) controlando para temperatura, umidade, sazonalidade (loess) e dias da semana. Os resultados foram expressos em termos aumento de percentagem para o desfecho em relação ao aumento de 10µg/m³ na concentração de PTS. **Resultados:** Os níveis de PTS variaram dramaticamente entre os períodos de queima da cana-de-açúcar (56,8 ± 25,1µg/m³) e de não queima (28,5 ± 17,6µg/m³). O mesmo aconteceu com as internações hospitalares por pneumonia: 1,9 ± 1,7 na queima e 1,2 ± 1,4 na não queima. As internações por pneumonia foram significativamente afetadas pela variação do PTS diário e este efeito teve início no mesmo dia da exposição com um aumento de 5,4% nas admissões hospitalares (95% IC, 1,2-9,69) e permaneceu por seis dias. **Conclusão:** A magnitude dos efeitos apresentados neste estudo reforça a relevância da importância da queima de biomassa como fonte de poluição do ar, seus efeitos na saúde da população exposta e expõe a necessidade de implementar políticas públicas com o intuito de avaliar e controlar a emissão de poluentes.

DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

A0051 DESCRIÇÃO DO ACOMETIMENTO PULMONAR NA DOENÇA DE BEHÇET E SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA: SÉRIE DE CASOS

Galvão Barboza CE, Antunes T, Barros JM, Valente Barbás CS

Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença de Behçet; Diagnóstico; Prognóstico

Introdução: A doença de Behçet é uma patologia sistêmica classicamente descrita pela presença de úlceras orais e genitais, lesões cutâneas e oculares. Sua etiologia e patogênese são desconhecidas, mas sabe-se que a alteração anatomopatológica mais comum é a vasculite. Porém, o acometimento pulmonar pode fazer parte desta condição e deve ser reconhecido precocemente para a boa evolução dos pacientes. Relatamos as manifestações pulmonares, o tratamento e a evolução de sete pacientes. **Objetivos:** Descrever os achados tomográficos, a evolução clínica e a sobrevida dos casos de doença de Behçet acompanhados em nosso ambulatório. **Métodos:** Acompanhamento e descrição de série de casos seguidos no serviço de Pneumologia de um hospital universitário entre 1987 e 2006. **Resultados:** Em nossa casuística, um paciente foi submetido a lobectomia por hemoptise secundária a aneurismas de artéria pulmonar; enquanto um outro, além hemoptise necessitando de lobectomia, apresentou trombose venosa do sistema nervoso central. Um caso apresentou hemorra-

gia alveolar e tromboembolismo pulmonar concomitantemente, evoluindo bem com a introdução de imunossupressão, não tendo sido anticoagulado. Outro paciente cursou com aneurismas, TEP e polineuropatia, sendo tratado com imunossupressão e anticoagulação. Mais dois casos com aneurismas de artéria pulmonar evoluíram com regressão das lesões com o uso de clorambucil. Um paciente, entretanto, que possuía aneurismas, apesar do tratamento instituído, evoluiu a óbito por hemoptise maciça. O tempo de acompanhamento médio destes pacientes foi de 6,52 anos, com uma taxa de sobrevida de 85,7% em 1 ano, mantendo-se a mesma em 5 anos. **Conclusão:** O acometimento pulmonar na doença de Behçet, apesar da raridade, deve ser mais reconhecido e discutido pelos pneumologistas. Faz-se muito importante o tratamento agressivo e precoce com imunossupressor, possibilitando aos pacientes portadores desta enfermidade potencialmente fatal uma boa sobrevida, como pode-se observar pela manutenção da taxa de sobrevida após o primeiro ano.

A0052 ESTUDO PROSPECTIVO DA PREVALÊNCIA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA – RESULTADOS PRELIMINARES

Pilla ES¹, Vendrame GS², Bandeira CD³, Forgiarini Junior LA⁴, Machado MM⁵, Pellegrin L⁶, Kretzmann Filho N⁷, Dias AS⁸, Andrade CF⁹, Fortunato GA¹⁰, Guerreiro Cardoso PF¹¹, Marroni NP¹²

1,2,9. Laboratório Cirurgia Experimental – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Pós-Graduação Pneumologia – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; 4,7,8,12. Laboratório de Fisiologia Digestiva – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Laborat – Função Esofágica – Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa P. Alegre – Pós-Graduação Pneumologia – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 10. Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa de P. Alegre, Pós-Graduação Pneumologia – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; 11. Laborat – Orio De Função Esofágica – Pavilhão Pereira Filho – Santa Casa De Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; Refluxo gastroesofágico; pHmetria de 24 horas
Introdução: Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma pneumonia intersticial idiopática caracterizada por dispnéia progressiva, distúrbio ventilatório restritivo na espirometria e infiltrado reticular subpleural a tomografia de tórax de alta resolução, cujo padrão histológico é o de Pneumonia Intersticial na biópsia pulmonar. A doença tem curso progressivo, não havendo evidência clara de que as opções terapêuticas disponíveis modifiquem substancialmente a evolução da doença. A etiologia da FPI é desconhecida, sendo que várias hipóteses tem sido investigadas, tais como fatores ambientais, genéticos, infecções virais e aspiração crônica secundária a refluxo gastroesofágico. A associação de FPI e refluxo e tem é aventada há muito tempo e estudos recentes tem demonstrado prevalência elevada de refluxo gastroesofágico nesses pacientes. **Objetivos:** Determinar prospectivamente a prevalência de refluxo gastroesofágico em pacientes com FPI e sua associação com sintomas de refluxo, bem como os padrões de refluxo e motilidade esofágicas encontradas na pHmetria esofágica de 24 horas e na esofagomanometria desta população. **Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 21 pacientes referidos ao serviço de pneumologia com diagnóstico de FPI confirmado por biópsia em 11 e em 10 conforme critérios da ATS. Os pacientes foram submetidos a esofagomanometria estacionária e pHmetria ambulatorial de 24 horas de dois eletrodos. Foram analisados também a função pulmonar e aplicado um questionário de sintomas de refluxo. **Resultados:** Dentre os 12 pacientes avaliados, 8 (38%) apresentaram pHmetria positiva para refluxo gastroesofágico ácido patológico e 13 (62%), pHmetria negativa. Entre os pacientes com refluxo, apenas 5 (62,5%) apresentavam sintomas típicos de refluxo (pirose e regurgitação). O refluxo durante o decúbito (posição supina, período noturno) ocorreu em 3 (37,5%) pacientes, 4 (50%) apresentaram refluxo na posição supina e ortostática e 1 paciente (12,5%) apresentou refluxo somente na posição ortostática. Hipotonia do esfíncter esofágico inferior, hipomotilidade do corpo, e hipotonia do esfíncter esofágico superior foram encontradas em 6 (75%), 5 (62,5%) em 2 (25%), respectivamente. A CVF média foi 67,39L e a DL(CO) 49,2ml/min/mmHg no grupo com refluxo, enquanto que no grupo sem refluxo as médias foram, respectivamente 69,45L e 46,77ml/min/mmHg (p > 0,05). **Conclusão:** Neste estudo preliminar com número limitado de pacientes, o refluxo gastroesofágico patológico detectado pela pHmetria de 24 horas apresentou prevalência elevada entre os pacientes com FIP, sendo que tal achado frequentemente ocorrerá na ausência de sintomas típicos de refluxo. O papel dessa associação ainda é desconhecido. Os achados sugerem a necessidade de estudos futuros para avaliar-se se o tratamento do refluxo gastroesofágico modifica a história natural da FPI.

A0053 DEMONSTRAÇÃO DE COLAPSO ALVEOLAR REVERSÍVEL EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Jacó Rocha MJ, Ferreira JC, Salge JM, Borges JB, Amato MBP, Kairalla RA, Carvalho CRR USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: FPI; Colapso alveolar; Patogênese

Introdução: A patogênese da fibrose pulmonar idiopática não é completamente estabelecida. Recentemente, a necrose do epitélio alveolar foi identificada como a fonte principal dos fatores de crescimento de fibroblastos e conseqüente desenvolvimento de fibrose. Além disso, a membrana basal desnuda leva ao colapso alveolar, principalmente nas regiões inferiores do pulmão. A combinação entre colapso alveolar e acúmulo de colágeno parece ser importante na fisiopatologia dessa doença. Parte desse colapso é envolvido por tecido fibrótico, não sendo possível sua reabertura. Entretanto, não sabemos se parte dessa área colapsada é passível de recrutamento total ou parcial. Acreditamos que a abertura e fechamento cíclicos das vias aéreas e alvéolos, traduzidos clinicamente pelas crepitações finas nas bases poderiam perpetuar a resposta fibrótica e explicar a característica anômica dessa doença. **Objetivos:** Medir a área de colapso alveolar antes e após a ventilação com oxigênio a 100% em pacientes com FPI e em um grupo controle. **Métodos:** Avaliamos

prospectivamente 18 pacientes com FPI e 12 controles acompanhados no ambulatório de doenças intersticiais do HCFMUSP no período de fevereiro/2005 à junho/2006. Os grupos foram submetidos a uma tomografia computadorizada (TC) multislice do tórax em 3 diferentes situações: CPT (Capacidade Pulmonar Total) CRF (Capacidade Residual Funcional) VR (Volume Residual) As imagens foram feitas com os indivíduos respirando oxigênio a 21% (ar ambiente) e oxigênio a 100% por 10 minutos. Uma plétismografia de impedância, acoplada a uma tomografia de impedância elétrica foi utilizada para controlar os volumes pulmonares (CPT, CRF e VR). Realizou-se uma análise quantitativa das densidades de raio X do tecido pulmonar em regiões de interesse manualmente determinadas (ROI) em cortes ao nível da carina e 2cm acima da cúpula diafragmática. **Resultados:** O uso do O2-100% causou colapso alveolar apenas no grupo fibrótico. Os pacientes com FPI tiveram colapso significativo na CRF-21% que foi recrutado após uma manobra de inspiração máxima até à CPT (Redução relativa de 86%). Tabela 1. Quantidade de colapso alveolar em cada manobra respiratória (g%) FPI Controle TLC 0.92 ± 1.6 0.041 ± 0.08 FRC 21% 4.64 ± 4.84 0.96 ± 0.22 FRC 100% 5.85 ± 6.73 1.71 ± 2.32 RV 21% 6.65 ± 4.63 0.11 ± 0.15 RV 100% 9.32 ± 5.56 2.02 ± 3.65 FPI: TLC vs. (FRC 21, FRC 100, RV 21 and RV 100) p < 0.01 FRC 21 vs. RV 100 (p < 0.001) FRC 100 vs. RV 100 (p < 0.05). **Conclusão:** O grupo FPI apresentou uma quantidade significativamente maior de colapso nos diferentes volumes pulmonares. Houve reversão quase completa (86,5%) do colapso alveolar na CRF-21% após uma manobra de inspiração máxima até a CPT.

A0054 PREDITORES DE HIPOXEMIA DURANTE O SONO E AO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS EM PACIENTES COM LAM

Júnior PM¹, Lorenzi-Filho G², Kairalla RA³, Carvalho CRR⁴

1,3,4. Grupo de Doenças Intersticiais Serviço de Pneumologia HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. Grupo de Doenças do Sono INCOR HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: LAM; Sono; Exercício

Introdução: LAM é enfermidade rara, fatal de etiologia desconhecida. Caracteriza-se por obstrução progressiva. O VEF1 é utilizado para a avaliação de resposta ao tratamento. Apesar da limitação aos esforços que surge, raramente o desempenho das pacientes em situações de estresse como o exercício e o sono é avaliado. O sono pode representar um período de extrema inadequação ventilatória para as pacientes com LAM, que aumentam sua frequência respiratória a fim de manter um adequado volume minuto. Esse mecanismo está reduzido durante o sono (principalmente no estágio REM) e hipoventilação com hipoxemia e hipercapnia podem ocorrer. **Objetivos:** Determinar fatores preditivos para a ocorrência da menor medida de saturação de oxigênio durante o exercício e o sono (LSSaO2) em LAM. **Métodos:** Estudo transversal; 15 pacientes com LAM pulmonar (11 esporádicas e 4 associadas a esclerose tuberosa) avaliadas após assinarem termo de consentimento escrito com: polissonografia noturna completa (PSG); prova de função pulmonar completa e teste de caminhada de seis minutos (6MWT) com intervalo máximo de 8 semanas entre os mesmos. Foram estimados coeficientes de correlação linear entre LSSaO2 e as variáveis explanatórias. Realizou-se uma análise multivariada através de regressão logística "stepwise procedure", tendo a LSSaO2 como variável dependente e todas independentes com p < 0,1 na análise univariada. **Resultados:** Características: tabela-1. Na análise univariada, % VEF1 predito correlacionou-se com a LSSaO2 dessaturação no sono e no 6MWT pela mesma razão (R = 0,61). A melhor correlação de DLCO foi com o % do total do tempo do sono com SatO2 < 90% (%TST SatO2 < 90%): quando DLCO estava abaixo de 70% do predito, todos os pacientes tiveram satO2 < 90%, por pelo menos 50% do tempo total de teste. A distância no 6MWT apresentou fraca correlação com VEF1 e DLCO. Depois de construído o modelo stepwise, somente VEF1 e a idade predisseram de forma independente a LSSaO2 durante o sono. Tabela-1 Idade* 46 ± 9.2 IMC (kg/m2) 22.5 (21.75 – 23.25) %VEF1 Predito 75 (45-94) %DLCO Predito 70 (66.5 – 83.3) %RV/TLC Predito 129 (99 – 140) LSSaO2 6MWT (%) 91 (82.5 – 93.5) 6MWT Distância (m) 472 (372 – 496) 6MWT Distância predita (m) 604 (535 – 644) LSSaO2 sono 83 (81.5 – 88.5) % TST SaO2 < 90% 41.6 (0 – 58.9) Microdespertares 147.5 (93.3 – 182) Escala de Epworth 7 (5 – 12) • Idade expressa em média e desvio padrão; demais variáveis expressas em medianas e intervalos interquartis; • LSSaO2 6MWT (%) – mediana da menor saturação de oxigênio observada durante o exercício em pacientes com LAM • LSSaO2 sono (%) – mediana da menor saturação de oxigênio observada durante a polissonografia completa noturna. **Conclusão:** O sono pode agravar o distúrbio ventilação perfusão das pacientes com LAM e levar a queda na SatO2 mais intensas do que as verificadas em vigília durante esforços como o 6MWT. O VEF1 não deve ser utilizado como medida isolada para a estratificação e avaliação de resposta ao tratamento em pacientes com LAM.

A0055 PERFIL DE 104 INDIVÍDUOS BRASILEIROS COM SARCOIDOSE

Sousa Rodrigues SC¹, Rocha NA², Lima MS³, Ota JS⁴, Pereira CAC⁵

1,2,3. HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil; 4. EPM, São Paulo, SP, Brasil; 5. HSPE-FMO e Epm, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoidose; Perfil de pacientes; Série brasileira

Introdução: A sarcoidose é uma doença crônica, com envolvimento sistêmico e distribuição em todo o globo. A sua apresentação clínica, funcional, radiográfica, a conduta terapêutica e o seu prognóstico são variáveis. O método usado para o seu diagnóstico também varia, dependendo do órgão envolvido. No Brasil, o perfil de pacientes com sarcoidose é pouco conhecido. **Objetivos:** Avaliar os meios diagnósticos usados para confirmar a sarcoidose, as características demográficas, apresentação clínica, funcional, estágio radiográfico, tratamento e prognóstico de uma série de pacientes brasileiros com sarcoidose. **Métodos:** Uma série de 104 indivíduos com sarcoidose diagnosticada por biópsia de tecido comprometido foi avaliada retrospectivamente (76 mulheres, idade média 50 ± 12 anos), sendo 78 pacientes da raça branca e 24, da raça negra. **Resultados:** O diagnóstico de sarcoidose foi confirmado por BTB em 54 casos, biópsia pulmonar cirúrgica (n = 16) e biópsia de sítio extrapulmonar (n = 55 casos). A mediana de apresentação da doença foi 15 meses (0 a 420). 56 pacientes apresentavam-se com doença aguda e dispnéia moderada (mediana do Mahler = 8). 37 indivíduos

apresentavam emagrecimento e 65 tinham doença extratorácica. Tabagismo foi referido em 39 casos e exposição a pássaro, em 57. O estádio de DeRemee foi avaliado: estádio 0 (n = 6), I (n = 10), II (n = 27), III (n = 8) e IV (n = 18); o estádio tomográfico também foi analisado para comparação: estádio 0 (n = 3), I (n = 5), II (n = 36), III (n = 15) e IV (n = 15). A espirometria foi normal em 49 pacientes; DVO foi detectado em 28 casos e DVR, em 27. As médias das variáveis funcionais foram: CVF (88% ± 18%); VEF1 (83% ± 19%); e VEF1/CVF (0,76 ± 0,10). Evolução complicada foi definida por um ou mais dos seguintes itens: disfunção residual à espirometria, evidência de fibrose no RX ou TCAR de tórax, uso de droga alternativa ao corticóide (CE) por um ano ou mais ou na ausência de resposta ao CE, recaída da doença após tratamento ou regressão espontânea ou óbito. 66 pacientes apresentaram evolução complicada, principalmente disfunção residual à espirometria em 44, mais freqüente naqueles com DVO (p = 0,001). Apresentação crônica da doença (sintomas e/ou sinais da doença > 2 anos) também foi associada com evolução complicada (x2 = 8,63 e p = 0,003). Não ocorreu óbito por sarcoidose. **Conclusão:** A sarcoidose no Brasil é diagnóstica principalmente por BTB e biópsia de sítio extrapulmonar. Os pacientes apresentam-se comumente com história aguda e têm envolvimento extratorácico. Exposição a pássaro é freqüente. Lesões no parênquima pulmonar são freqüentes (estádios II, III e IV). Evolução complicada foi associada a DVO na espirometria e apresentação crônica da doença.

AO056 ESTUDO FUNCIONAL DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS NAS PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS IDIOPÁTICAS

Salge JM, Jacó Rocha MJ, Ferreira JC, Kairalla RA, Souza R, Amato MBP, Carvalho CRR
Serviço de Pneumologia HC/FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pequenas vias aéreas; Fibrose pulmonar; Mecânica pulmonar

Introdução: As pneumopatias intersticiais idiopáticas (PII) constituem grupo de doenças fibrosantes do interstício pulmonar, caracterizadas por dispnéia, limitação aos esforços e infiltrado pulmonar difuso. Provocam alterações funcionais de padrão restritivo, entretanto, há evidências da presença de lesão das pequenas vias aéreas, cuja demonstração, porém, permanece controversa à luz da atual classificação histológica. **Objetivos:** Avaliar funcionalmente o envolvimento das pequenas vias aéreas na lesão parenquimatosa das PII. **Métodos:** Indivíduos portadores de pneumopatias intersticiais foram submetidos a estudos da função respiratória de 2 maneiras: a) testes convencionais de função pulmonar (espirometria, pleurometria e difusão) e b) estudo da mecânica respiratória, com auxílio de cateter esofágico e pneumotacógrafo, em respiração espontânea e durante aumento progressivo da frequência respiratória (de 20 a 100ipm, com incrementos de 10ipm), sendo obtidos: frequência respiratória (FR), volume corrente (VT), complacência pulmonar (CL) resistência pulmonar (RL), constante de tempo do sistema respiratório (Tau). A redução da complacência dinâmica (CDIN) abaixo de 80% da CL como resultado do aumento da FR foi considerada indicador funcional da presença de lesão nas pequenas vias aéreas. Foram comparados os marcadores funcionais de lesão de vias aéreas obtidos pelas duas técnicas para testar sua concordância e para caracterizar a população estudada. **Resultados:** Foram incluídos 17 indivíduos (12 homens). Os resultados das biópsias permitiram a identificação de 2 grupos: Grupo 1 (Pneumonite de Hipersensibilidade com bronquiólite; n = 5) e Grupo 2 (PII; n = 12). Os dados obtidos estão na Tabela 1. Não houve diferenças estatísticas entre os grupos. Todos os indivíduos estudados apresentaram queda da CDIN abaixo de 80% da CL. As correlações entre os marcadores de limitação ao fluxo aéreo foram as seguintes: VEF1 x RL (r = -0,602); VEF1/CVF x RL (r = -0,832) Raw x RL (r = 0,65). Tabela 1: Dados demográficos e funcionais: VEF1 (% predito) 71 ± 21 CVF (% predito) 68 ± 15 VEF1/CVF 0,84 ± 0,16 FEF 75% (% pred) 69 ± 35 CPT (% predito) 71 ± 23 VR (% predito) 90 ± 70 DLCO (%predito) 38 ± 15 sGAW (1/cmH2O.s) 0,4 ± 0,2 R ESP (cmH2O/L.s) 4,5 ± 4,4 C ESP (mL/cmH2O) 55 ± 26. **Conclusão:** Os dados obtidos sugerem envolvimento de pequenas vias aéreas como parte da lesão parenquimatosa das PII.

DOENÇAS PULMONARES OCUPACIONAIS

AO057 EFEITOS DA POLUIÇÃO DO AR URBANO NA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA DE CRIANÇAS DE ESCOLA DA REDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

De Castro HA¹, De Leon AP², Junger WL³

1. Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2.3. UERJ, RJ, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Poluição do ar; Pico de fluxo; Escolares

Introdução: Vários estudos mostram a relação entre alterações funcionais respiratórias em crianças e a poluição do ar. Estudos de painel são realizados com frequência para estimar efeitos agudos da poluição atmosférica em crianças. Na maioria das vezes estes estudos são realizados de forma a aproveitar situações nas quais amostras destas populações suscetíveis permanecem por períodos relativamente longos no mesmo local permitindo, portanto, que tanto a exposição à poluição atmosférica quanto sintomas respiratórios ou indicadores da capacidade respiratória possam ser mensurados. **Objetivos:** Investigar a associação entre exposição à poluição do ar e o pico de fluxo expiratório de escolares da rede pública do Rio de Janeiro. Monitorar diariamente os níveis de poluição ambiental na escola do Município do Rio de Janeiro; Medir o pico de fluxo diário dos escolares. Avaliar sintomas respiratórios. **Métodos:** Foi realizado um estudo de painel em escolares com idade variando entre 7 e 15 anos, residentes a uma distância de até 2km do local do estudo. Uma amostra de 118 crianças foi selecionada aleatoriamente em uma escola pública. Foi aplicado um questionário de sintomas respiratório e o questionário ISAAC. Foi realizada medida de pico de fluxo diário em cada criança durante todo o ano do período escolar e analisado a presença de PM10, SO2, CO, O3 e NO2. **Resultados:** 118 crianças foram incluídas no estudo, 50% do sexo feminino, 18,4% eram asmáticas e 49% conviviam em casa com fumantes. As médias diárias dos níveis de poluição na escola durante o período de estudo ultrapassaram os limites máximos estabelecidos pelo CONAMA para os poluentes PM10 e O3 e não ultrapassaram para CO, NO2 e SO2. Análise - o efeito da poluição nas variações diárias da trajetória do pico expiratório de fluxo J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 329

dos escolares foi estimado após controlar fatores que compuseram o modelo básico da análise, que incluiu a tendência temporal, a temperatura e umidade relativa do ar e as seguintes características dos escolares: idade, altura, fumo na família e asma. Após determinar o modelo básico, o efeito da poluição do ar sobre os valores do pico de fluxo pôde ser estimado para cada poluente e cada uma de defasagens foram incorporados ao modelo básico, um de cada vez. **Conclusão:** Alguns resultados de associação foram significativos. Um aumento de 10µg/m³ de PM10 provocou uma diminuição de 0,34L/min na média do pico de fluxo das crianças três dias depois. Aumentos de 10µg/m³ de NO2 em um determinado dia provocaram diminuição que variou de 0,23L/min a 0,28L/min de dois a três dias depois (p < 0,01). Houve uma tendência de decréscimo do pico de fluxo quando os níveis de CO, SO2, O3 elevavam-se. Entretanto, esses efeitos não foram estatisticamente significativos. A análise dos dados deste estudo demonstrou que a poluição atmosférica, e principalmente os poluentes PM10 e NO2, provocaram uma diminuição no pico de fluxo expiratório dos escolares.

AO058 A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO DE TÓRAX EM EXPOSTOS À SILICA COM RADIOGRAFIA NEGATIVA OU BORDERLINE PARA SILICOSE: QUANDO INDICÁ-LA?

Scalia Carneiro AP

Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Silica; Tomografia; Radiografia

Introdução: A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax (TCAR) tem sido cada vez mais utilizada nas situações em que a radiografia convencional (RX) apresenta-se duvidosa na investigação da silicose. Porém, ainda não existe consenso na literatura em relação ao seu desempenho no diagnóstico precoce da doença, nem estabelecimento de critérios para orientar sua indicação em populações expostas à sílica. **Objetivos:** Propor critérios para indicação da TCAR em expostos à sílica com RX negativo ou borderline para silicose, considerando dados ocupacionais, clínicos e funcionais do paciente. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 140 ex-mineiros de ouro, examinados entre novembro de 1997 e dezembro de 1999, avaliados através de história clínica e ocupacional, RX de tórax e espirometria. Os 69 pacientes considerados negativos ou borderline ao RX foram submetidos à TCAR, constituindo a casuística do presente estudo. A exposição foi avaliada através de um índice cumulativo de exposição baseado em medidas quantitativas de sílica já existentes e na experiência de dois experts. A análise estatística foi feita através de ajuste de modelos de regressão logística e da técnica de árvore de decisão denominada CART (Classification and Regression Trees ou Árvores de Classificação e Regressão). Utilizou-se ainda a técnica estatística de simulação de amostras maiores, criando-se réplicas constituídas de 500 e 1000 pacientes. **Resultados:** Através dos modelos de regressão logística foi encontrada associação significativa do índice de exposição à sílica (OR = 1,037; IC = 1,003, 1,073; p = 0,034), assim como da capacidade vital forçada (CVF) (OR = 0,96; IC = 0,930, 1,001; p = 0,054) com os achados tomográficos compatíveis com silicose. Com os resultados obtidos pelo CART, foi possível estabelecer pontos de corte no índice e na CVF que identificassem os casos compatíveis com silicose à TCAR, em fase leve ou inicial. **Conclusão:** Através de instrumentos relativamente simples (índice de exposição e CVF) foi possível selecionar os pacientes que mais se beneficiariam da realização da TCAR. Dessa forma, seria favorecida a relação custo-benefício da realização do exame, fato muito importante em nosso meio, onde é grande o número de trabalhadores expostos à sílica e a tomografia ainda é considerada um exame de alto custo, especialmente para o sistema público de saúde.

AO059 DISSOCIAÇÃO ENTRE A PROGRESSÃO DE ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS PELA TCAR E O GRAU DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA EM INDIVÍDUOS COM ASBESTOSE

Nogueira CR¹, Filho MT², Silva CF³, Muller N⁴, Junior FQ⁵, Bagatin E⁶, Neder JA⁷, Nery LE⁸
1,5,7,8. Unifesp, São Paulo, SP, Brasil; 2. USP, São Paulo, SP, Brasil; 3.4. University of British Columbia, Vancouver, Canadá; 6. Unicamp, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asbestose; TCAR; Função pulmonar

Introdução: Pacientes com asbestose apresentam anormalidades funcionais respiratórias e radiológicas que refletem o grau de acometimento pulmonar durante o decorrer da doença. Entretanto, pouco se sabe sobre a associação entre a progressão de alterações estruturais pela TCAR e o grau de disfunção respiratória. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a progressão das anormalidades na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) e as alterações funcionais respiratórias em indivíduos expostos ao asbesto com comprometimento intersticial pulmonar. **Métodos:** Trinta e sete pacientes do sexo masculino (idade de 41 a 79 anos) com alterações intersticiais pulmonares de grau leve a moderado pela TCAR foram acompanhados por uma mediana de 4,3 anos (interquartil = 1 ano). Foram realizadas: espirometria, capacidade de difusão pelo monóxido de carbono (DLCO) e medidas de gases arteriais no repouso e durante o exercício (n = 30). Os indivíduos foram considerados como apresentando declínio na função pulmonar se demonstrassem entre a primeira e segunda avaliação: redução maior que 10% na PaO2 (mmHg), DLCO (% previsto) ou CVF (% previsto) e aumento maior que 10mmHg no P(A-a)O2 no repouso ou exercício. **Resultados:** Houve significativo declínio na média dos valores de DLCO %, CVF % previsto e aumento no P(A-a)O2 (p < 0,05) entre a primeira e segunda avaliações. Vinte e sete indivíduos (67,6%) mostraram uma significativa redução em pelo menos um parâmetro funcional durante o período estudado. Houve significativa discordância na segunda avaliação entre a progressão das anormalidades no repouso e exercício (p > 0,05); Sete pacientes, por exemplo, aumentaram o P(A-a)O2 somente durante o exercício. **Conclusão:** Pacientes com asbestose leve à moderada frequentemente mostram declínio na função pulmonar mesmo após curto período de tempo (3 à 5 anos). Avaliação funcional, incluindo medidas de gases arteriais durante o exercício, devem ser realizadas no acompanhamento longitudinal desses pacientes. Financiador: FAPESP.

DOENÇAS PULMONARES EM PEDIATRIA

AO060 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRONQUIECTASIAS EM CRIANÇAS. ANÁLISE DE 58 CASOS

Andrade CF¹, Cassanelo CA², Francisco Bustos ME³, Mocelin HT⁴, Fischer GB⁵, Felicetti JC⁶ 1,2,4,5,6. Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Santa Casa Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiectasias; Crianças; Cirurgia

Introdução: O tratamento cirúrgico das bronquiectasias é a terapia de eleição para pacientes com doença localizada refratária ao tratamento clínico com o objetivo de reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida. **Objetivos:** Analisar as características e resultados de uma série de crianças submetidas a ressecção pulmonar por bronquiectasias. **Métodos:** Entre 01/97 e 12/2005, 58 pacientes (38 masculinos) com idade média de 6,85 anos foram operados por bronquiectasias. Estes foram avaliados através de exame radiológico e tomografia computadorizada de tórax, fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar e/ou exame de escarro. **Resultados:** Sintomas mais frequentes: tosse crônica (84%) e dispnéia (43%). A metade dos pacientes apresentava história de bronquiólite obliterante nos primeiros 6 meses de vida (50%) e pneumonias de repetição em 65,5%. A doença foi unilateral em 47 pacientes, predomínio do lobo inferior esquerdo (60%) e lobo inferior direito (31%). A fibrobroncoscopia foi realizada em 41 pacientes. A presença de germes foi identificada em 37 pacientes sendo o Haemophilus o germe mais frequente (29%), seguido pelo pneumococo (19%). Ressecções pulmonares foram unilaterais em 56 e bilaterais em 2 pacientes. Foram realizadas 24 lobectomias inferior esquerda, 14 lobectomias inferior direita e 5 pneumonectomias. O dreno de tórax permaneceu em média 4,2 dias. Complicações pós-operatórias ocorreram em 19 pacientes, sendo a mais comum a atelectasia (27%), seguido por empiema (6,9%). O tempo médio de acompanhamento foi 20 meses (0-133m). **Conclusão:** A ressecção pulmonar em crianças com bronquiectasias, é um procedimento sem mortalidade e com mínima morbidade, que resulta em melhora dos sintomas e melhor qualidade de vida dos pacientes operados.

TERAPIA INTENSIVA

AO061 ESTUDO COMPARATIVO DO CONFORTO E EFEITOS ADVERSOS AGUDOS DE INTERFACES PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM VOLUNTÁRIOS SADIOS

Reis RC¹, Pereira EDB², Holanda MA³

1. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Máscaras; Conforto; Efeitos adversos

Introdução: A Ventilação Não Invasiva ainda apresenta alta taxa de insucesso. Existem poucos trabalhos comparando diferentes dispositivos quanto à intolerância à interface. A utilização de voluntários sadios exibe a vantagem de eliminar os sintomas da insuficiência respiratória que podem prejudicar uma avaliação mais específica da máscara. **Objetivos:** Avaliar e comparar três tipos de máscaras para VNI, em voluntários sadios, quanto à frequência e tipos de efeitos adversos e nível de conforto, no uso agudo. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado tipo crossover. Máscaras nasal (N), facial (F) e facial total (FT), em ventilador gerador de fluxo. A VNI era aplicada por tempo total de 10' (2 períodos de 5') com dois níveis de pressão: nível baixo (Pbx) IPAP 11/EPAP 6cmH₂O e nível moderado/alto (Pma) IPAP15/EPAP10cmH₂O. Ao final de cada período de 5 minutos era aplicado questionário padronizado de efeitos adversos (ausente/leve/moderado/intenso) e Escala Analógica Visual de conforto (EAV) (zero: máximo desconforto/dez: ausência de desconforto). Descanso: 10' em respiração espontânea entre cada máscara. **Resultados:** 24 voluntários sadios (12 mulheres) idade 18-35 anos (média 25,7). Quanto aos efeitos adversos em Pbx observou-se 1. Frequência de pelo menos um efeito: N (91,7%) e F/FT 95,8% 2. Média de efeitos adversos por paciente: N < Ressecamentos: 5. incômodos: FT. **Conclusão:** As três interfaces apresentaram alta frequência de efeitos adversos em voluntários sadios. N apresentou menor média de efeitos adversos por voluntário e menor frequência de ressecamentos. FT está associada a menos queixas de dor e de vazamentos incômodos, porém exibe maior tendência à claustrofobia. As três interfaces apresentaram um bom nível de conforto. O aumento da pressão diminuiu o conforto e aumentou os efeitos adversos relatados nas três interfaces.

AO062 TRATAMENTO ANTIMICROBIANO PRÉVIO E ASPIRADO TRAQUEAL QUANTITATIVO EM PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Seligman R¹, Zimmermann Teixeira PJ², Hertz FT³, Lisboa TC⁴, Seligman BGS⁵ 1,3,4,5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: Aspirado traqueal quantitativo; Pneumonia associada à ventilação mecânica; Antibioticoterapia

Introdução: O Aspirado traqueal quantitativo (ATQ) é efetivo no diagnóstico etiológico da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Existe preocupação em relação a taxa de resultados falso-negativos em pacientes com tratamento antimicrobiano prévio (TAB). **Objetivos:** Comparar a frequência de resultados falso-negativos em (a) pacientes que receberam tratamento antimicrobiano prévio por pelo menos 24 horas nos últimos 10 dias antes da PAV (TAB10), em (b) pacientes com TAB nas últimas 48 horas prévias a PAV e em (c) pacientes sem TAB prévio. **Métodos:** Foram realizados exames de aspirado traqueal quantitativo (ATQ) em 72 pacientes com PAV com diagnóstico clínico estabelecido através de escore clínico de infecção pulmonar (CPI) ≥ 7 . Resultados de ATQ ≥ 100.000 UFC/mL foram considerados positivos. **Resultados:** Foram observados 72 pacientes com PAV. Dos

57 pacientes que receberam TAB prévio por pelo menos 24 horas nos últimos 10 dias antes da PAV, 41 tiveram resultado ATQ positivo (71,9%). O grupo de 15 pacientes que não receberam TAB teve 14 resultados ATQ positivo (93,3%). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,10$). Dos 40 pacientes que receberam TAB nas últimas 48 horas prévias a PAV, 26 (65,0%) tiveram resultado ATQ positivo, enquanto o grupo sem TAB prévio neste período ($n = 32$) teve 29 resultados ATQ positivo (90,6%), $p = 0,01$. **Conclusão:** Há uma tendência de redução na frequência de resultados positivos de ATQ nos pacientes que receberam TAB prévio por pelo menos 24 horas nos últimos 10 dias antes da PAV, embora não significativa para este tamanho de amostra. A diferença significativa de resultados positivos encontrada entre os pacientes que receberam TAB nas últimas 48 horas prévias a PAV e os livres de TAB não descarta a importância do ATQ. Identificar 65% das bactérias pode ter impacto no diagnóstico e no tratamento da PAV. O ATQ é útil no diagnóstico bacteriológico da PAV, mesmo em pacientes submetidos a tratamento antimicrobiano prévio.

AO063 DETECÇÃO DE PNEUMOTÓRAX À BEIRA DO LEITO EM TEMPO REAL UTILIZANDO A TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA

Vieira Costa EL, Chaves CN, Gomes S, Volpe MS, Beraldo MA, Schettino IAL, Carvalho CRR, Amato MBP

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pneumotórax; Tomografia de impedância elétrica; Ventilação mecânica

Introdução: Pneumotórax é uma complicação comum em pacientes sob cuidados intensivos, podendo acometer de 10 a 42% daqueles sob ventilação mecânica. Se não reconhecido prontamente, tende a aumentar e levar ao colapso cardiovascular. Os métodos utilizados para o seu diagnóstico caracterizam-se por baixa sensibilidade (exame físico, radiografia à beira do leito, alterações na mecânica respiratória) ou envolvem transporte arriscado à tomografia. A tomografia de impedância elétrica (TIE) é um método não invasivo que permite monitorização da ventilação em tempo real. O método é baseado na reconstrução de uma seção transversal das condutividades torácicas através de eletrodos dispostos ao redor do tórax. A TIE correlaciona-se muito bem com as alterações regionais do conteúdo de ar dentro do tórax. O baixo custo, a não invasividade e a alta sensibilidade a alterações da ventilação e da aeração pulmonar fazem da TIE um método promissor para a detecção em tempo real de pneumotóracos em situações de alto risco. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo são: 1) caracterizar as alterações na TIE relacionadas ao aparecimento de um pneumotórax; 2) desenvolver um algoritmo para detecção automática de pneumotóracos à beira do leito e 3) avaliar prospectivamente a sensibilidade e especificidade deste algoritmo. **Métodos:** Os experimentos foram realizados em 26 porcos (31,0 \pm 3,2kg, peso médio \pm DP) Os animais foram sedados e submetidos à ventilação mecânica controlada. Os dados de TIE foram adquiridos através de um tomógrafo de impedância desenvolvido por nosso grupo (FAPESP, Brasil) capaz de produzir 25 imagens relativas por segundo reproduzindo ao vivo a imagem da ventilação. Dez animais foram submetidos a drenagem torácica com indução progressiva de pneumotórax através do dreno (de 0 a 600mL). Na etapa seguinte, induzimos lesão pulmonar através de lavagem com salina aquecida e submetemos os animais a mudanças de PEEP progressivas. As duas primeiras etapas foram utilizadas para a construção de um detector automático de pneumotóracos baseado na TIE que foi testado prospectivamente em outros oito animais. **Resultados:** A TIE apresenta alterações bem definidas relacionadas ao surgimento de pneumotórax, caracterizadas por aumento da impedância média e diminuição da amplitude da impedância localizados no quadrante de interesse. O comportamento da TIE nas mudanças bruscas de PEEP pode ser claramente diferenciado, pois os achados distribuem-se homogeneamente nos quatro quadrantes. A TIE mostrou-se sensível aos menores volumes de ar injetados (20mL). Na fase prospectiva do protocolo, a TIE mostrou sensibilidade de 100% e especificidade de 87,5% para a detecção de pneumotóracos. **Conclusão:** A TIE apresenta alterações reprodutíveis relacionadas ao aparecimento de ar no espaço pleural caracterizadas por aumento local da impedância média e diminuição local da amplitude da impedância no quadrante do pneumotórax. É possível criar um algoritmo baseado nessas alterações capaz de detectar precoce e precisamente pneumotóracos em situações de risco.

AO064 USO DO CPAP DURANTE BRONCOSCOPIA EM HIPOXÊMICOS

Maia IS, Grumann ACB, Pincelli M

Hospital Nereu Ramos, Fpolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: CPAP; Broncoscopia; Hipoxemia

Introdução: O procedimento de broncoscopia pode diminuir a PaO₂ em 10 a 20mmHg em procedimentos não complicados. A A.T.S. recomenda evitar a broncoscopia com Lavado Broncoalveolar (LBA) em pacientes com hipoxemia cuja PaO₂ não pode ser corrigida para um mínimo de 75mmHg ou a SaO₂ não permaneça > que 90% com O₂ suplementar. Nós sabemos de literatura que a Ventilação Não Invasiva (V.N.I) com CPAP é eficaz e segura para melhorar a ventilação e hipoxemia. Trabalhos já publicados mostram a segurança e eficácia da realização da broncoscopia com VNI. Por isso, resolvemos estudar a eficácia do dispositivo de CPAP com máscara facial em nossos pacientes hipoxêmicos submetidos à broncoscopia como método diagnóstico de lesão pulmonar ao radiograma de tórax. **Objetivos:** Estudar a eficácia e segurança de realizar broncoscopia com CPAP tipo Boussignac® em máscara facial para pacientes hipoxêmicos com necessidade de diagnóstico de lesões pulmonares focais ou difusas. **Métodos:** Estudo prospectivo em 10 pacientes hipoxêmicos com necessidade de realizar broncoscopia. Foram transferidos para a UTI, adaptados à máscara facial com CPAP; realizada cateterização de artéria radial para coleta de gasometrias seriadas e monitorização da pressão arterial média (PAM). Inicialmente, permaneciam 10 minutos estáveis com a máscara de CPAP, se iniciando a broncoscopia com coleta de LBA logo após e medindo-se os parâmetros fisiológicos durante o procedimento, 5 e 30 minutos depois. Retirava-se, então, a máscara e retornava para a macronebulização ou cateter de O₂, permanecendo por observação por mais 24 horas. **Resultados:** 10 pacientes (7 homens e 3

mulheres) com idade de $47 \pm 13,2$ anos; APACHE II $19,6 \pm 5$; SaO₂ de entrada $85,7 \pm 9,1\%$; FR $35 \pm 8,3$ trpm; FC $108 \pm 9,6$ bpm; PAM $80,8 \pm 23,9$ mmHg e PaO₂/FIO₂ $207 \pm 58,6$ foram submetidos ao procedimento. A pressão do CPAP utilizado foi de $6,25 \pm 1,76$ mmHg e fluxo de oxigênio de 15 litros/min. Os parâmetros de melhora 10' após instalação do CPAP foram SaO₂ ($96,5 \pm 2,59$); FC ($92,8 \pm 16,5$); FR ($23,8 \pm 5,4$) e P/F ($343,6 \pm 159,4$). Não houve variação da PAM ($86,1 \pm 17,4$). Durante o procedimento houve aumento da PAM ($98 \pm 22,4$), diminuição do pH ($7,28 \pm 0,07$), da P/F ($311,4 \pm 138,3$) e manutenção da FR ($25,5 \pm 6,9$). Esses parâmetros retornaram para seus níveis próximos do basal 30' após o término da broncoscopia. Como complicações ocorreram: edema agudo de pulmão em 1 paciente com miocardiopatia dilatada e necessidade de entubação orotraqueal em outro com lesão intersticial difusa e AIDS. Os outros 8 pacientes toleraram bem sem intercorrências. **Conclusão:** Nós concluímos que o uso do CPAP em pacientes hipoxêmicos melhorou as trocas gasosas, a condição respiratória, sem alterar de forma significativa a condição hemodinâmica, permitindo a realização da broncoscopia com segurança.

AO065 EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DE CPAP EM VIAS AÉREAS DE MODO NÃO-INVASIVO EM PACIENTES COM DPOC: ALTERAÇÕES NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO

Branco Fortaleza SC¹, Paiva Winkler GF², Cabral GB³, Lins CMM⁴, Reis RC⁵, Holanda MA⁶ 1,3,4,5. Hospital Universitário Walter Cantídeo, Fortaleza, CE, Brasil; 2. Hospital Universitário Walter Cantídeo, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Hospital Universitário Walter Cantídeo, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica; CPAP – pressão positiva contínua em vias aéreas; TCAR – tomografia computadorizada de tórax de alta resolução **Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode cursar com hiperinsuflação dinâmica e desenvolvimento de auto-PEEP, que predis põem à fadiga muscular respiratória e à necessidade de suporte ventilatório que pode ser aplicado de modo não-invasivo (VNI). Existem dúvidas sobre qual é o nível de CPAP que apresenta benefícios em pacientes com DPOC. Não existem estudos que utilizaram técnicas de imagem para avaliar seus efeitos sobre o parênquima pulmonar em pacientes com DPOC, em particular sobre o grau de hiperinsuflação. **Objetivos:** Avaliar o efeito da aplicação de CPAP por VNI (VNI-CPAP) sobre a hiperinsuflação pulmonar em pacientes com DPOC utilizando a Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR). **Métodos:** Foram estudados 11 pacientes com DPOC, que realizavam a TCAR, sem e com VNI-CPAP por máscara nasal. Foram utilizadas as seguintes pressões: sem VNI e com VNI-CPAP de 5, 10 e 15cmH₂O. Os cortes tomográficos eram feitos em CRF em três regiões, para cada nível de pressão: ápice, hilo e base. Para análise cada corte foi dividido em hemitórax direito e esquerdo e cada um desses em sub-regiões ventral, medial e dorsal. Durante a análise dos dados todas as unidades com densidades menores que -950 UH foram consideradas hiperaeradas. Para análise os resultados foram divididos em pulmão total e em regiões: ápice, hilo e base e ventral, medial e dorsal. **Resultados:** A aplicação de CPAP resultou em aumento do percentual de áreas hiperaeradas e diminuição das densidades pulmonares em praticamente todas as análises. Houve uma redução da densidade média pulmonar total com níveis de CPAP a partir de 10cmH₂O em todas as análises ($p < 0,05$). Na análise do pulmão total a densidade média foi reduzida progressivamente, sendo -846UH (Sem CPAP), -849UH (CPAP de 5cmH₂O), -859UH (CPAP de 10cmH₂O) e -869UH (CPAP de 15cmH₂O) ($p < 0,05$). Na análise das regiões de ápice, hilo e base em separado e na análise das subregiões ventral, medial e dorsal foi observada redução da densidade com níveis de CPAP de 10 e 15cmH₂O ($p < 0,05$). Na maioria dos casos foi observado um aumento do percentual de áreas hiperaeradas com CPAP a partir de 5cmH₂O ($p < 0,05$). Por outro lado, foram observadas diferentes respostas entre os pacientes e a análise do grau de aeração regional dos pulmões revelou: gradiente ventro-dorsal, que persistia com todos os níveis de CPAP; em ápice e hilo ocorreu diminuição do percentual de áreas hiperaeradas com a mudança de CPAP de 5 para 10cmH₂O e na avaliação individual foi observado aumento da densidade pulmonar com CPAP de 5cmH₂O em dois pacientes. **Conclusão:** Em geral a aplicação da CPAP por VNI resulta em aumento da hiperaeração pulmonar detectável a TCAR. Contudo este padrão de resposta não é homogêneo havendo um subgrupo de pacientes em que há redução da hiperinsuflação. A distribuição do grau de hiperaeração induzida pela CPAP é heterogênea dentro do parênquima pulmonar.

AO066 TITULAÇÃO DA PEEP PELA TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA – CORRELAÇÃO COM A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE

Vieira Costa EL, Tanaka H, Gomes S, Torsani V, Carvalho CRR, Amato MBP Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: SARA; Titulação da PEEP; Tomografia de impedância elétrica **Introdução:** Nos hipotetizamos que o Tomógrafo de Impedância Elétrica (TIE) é capaz de estimar a quantidade de colapso pulmonar à beira do leito através da detecção das variações da complacência pulmonar regional, principalmente nas regiões dependentes do pulmão, o que corresponde à perda de unidades alveolares funcionais. O algoritmo estima a percentagem de perda das unidades funcionais através da variação regional da complacência pulmonar acumulada ao longo da titulação da PEEP. **Objetivos:** Este estudo teve por objetivos: 1) correlacionar o colapso pulmonar acumulado medido pela TIE com o colapso medido pela Tomografia Computadorizada Multislice (MSCT) e 2) correlacionar o colapso medido por ambas as técnicas com a troca gasosa. **Métodos:** Após manobra de recrutamento alveolar, a PEEP foi titulada a partir de 25 até 5cmH₂O em 12 suínos com LPA/SARA induzida por lavagem pulmonar com solução salina. Foram medidos continuamente os gases arteriais, mecânica pulmonar e as mudanças regionais da complacência pulmonar (TIE) em todos os animais. Em 7 suínos, a MSCT e a TIE foram realizadas simultaneamente ao final de cada nível de PEEP durante a titulação, para calcular a quantidade de colapso. **Resultados:** 1. Na análise quantitativa das imagens, a TIE mostrou melhor correlação com a MSCT na janela de tecido pulmonar não aerado entre -200HU a +100HU. 2. A análise de regressão multivariada também demonstrou que a queda da PO₂ arterial se correlaciona melhor com a MSCT na janela de

tecido pulmonar não aerado entre -200HU a +100HU ($R^2 = 0,86$). 3. A quantidade de colapso pulmonar calculado pela TIE teve uma ótima correlação com a PO₂ arterial ($R^2 = 0,72$). **Conclusão:** A TIE pode estimar a quantidade de tecido pulmonar colapsado à beira do leito de forma precisa. A correlação anatômica e quantitativa com a MSCT é melhor quando se considera a janela de tecido pulmonar não aerado entre -200HU a +100HU. Este compartimento é o que melhor se correlaciona com as alterações gasométricas.

CÂNCER DE PULMÃO

AO067 ANÁLISE DE SOBREVIDA E TOLERABILIDADE À QUIMIOTERAPIA BASEADA EM COMPOSTOS PLATÍNICOS EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO-PEQUENAS COM IDADE SUPERIOR A 70 ANOS

Costa GJ¹, Fernandes ALG², Pereira JR³, Santoro IL⁴

1,2,4. Unifesp, São Paulo, SP, Brasil; 3. IAVC, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão de células não-pequenas; Idosos; Quimioterapia **Introdução:** A terapia combinada para carcinoma de pulmão de células não-pequenas (CPCNP) é bem conhecida, porém sua utilização em pacientes idosos não está bem estabelecida. **Objetivos:** Avaliar se o envelhecimento compromete a sobrevida e exacerba a toxicidade dos pacientes portadores de carcinoma de pulmão, doença avançada, em quimioterapia baseada em compostos platínicos. **Métodos:** Nós realizamos estudo caso-controle aninhado em uma coorte de pacientes sem quimioterapia prévia, diagnosticados de Janeiro de 98 a Dezembro de 03. Eram casos, pacientes consecutivos, com CPCNP e idade superior a 70 anos, e os controles eram um subgrupo de pacientes, com idade inferior a 70 anos, estratificados para o estadiamento da doença e o ano no qual eles foram tratados. Todos os pacientes foram tratados com cisplatina (60-80mg/m²) ou carboplatina (4-6 AUC), a cada 4 semanas, associada a vinorelbina (30mg/m²) por um máximo de 6 ciclos. A história clínica, exame físico e estadiamento do tumor foram realizados na primeira visita e a cada mês. A sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier e log-rank test foi usado para a comparação das curvas. Teste de qui-quadrado foi usado para comparar dos dois grupos quanto aos efeitos colaterais. **Resultados:** Total de 419 pacientes foi avaliado em estudo caso-controle (205 idosos/219 jovens) com 3,6 ciclos por paciente, em média. Os dois e três anos de taxa de sobrevida foram 20,5% e 6,8% para pacientes idosos e 9,8% e 2,3% para pacientes jovens ($p = 0,017$ e $0,014$ respectivamente para 2 e 3 anos). A proporção de pacientes com efeitos adversos, graus 3 e 4, foram a mesma em ambos os grupos (43,9% vs 43,9%; $p = 0,99$). **Conclusão:** Nossos resultados sugerem que idosos submetidos à quimioterapia, para neoplasia de pulmão, evoluem tão bem quanto, ou melhor que, pacientes mais jovens. Envelhecimento, por si só, não deve excluir pacientes de receber quimioterapia baseada em platina, desde que parece ser bem tolerada e efetiva para CPCNP.

AO068 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEOPLASIA PULMONAR EM FUMANTES PASSIVOS

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Epidemiologia; Tabagismo passivo

Introdução: A fumaça do cigarro é uma combinação de cerca de cinco mil substâncias diferentes, dentre as quais, mais de 40 são carcinogênicas. Sabe-se que o tabagismo está relacionado a uma grande variedade de neoplasias. A mais importante, dentre elas, é a neoplasia pulmonar. Estatísticas mostram que 90% dos pacientes que apresentam câncer de pulmão são tabagistas. Apesar desses dados, atualmente, estima-se que 25% da população mundial adulta sejam fumantes. Diversos estudos apontam importante frequência de casos de neoplasia pulmonar entre os fumantes passivos como, por exemplo, o levantamento epidemiológico realizado em Singapura, que mostrou que 36,3% da população com neoplasia pulmonar era composta por fumantes passivos e destes, 73,9% mulheres. Para a população americana, em fumantes passivos, calcula-se uma média de risco 35% maior para desenvolver neoplasia pulmonar. Ainda não se sabe, exatamente, qual o fator responsável por esses números, uma vez que, além da exposição à fumaça do cigarro, diversos agentes como radônio, níquel, arsênico, cromo e outros carcinógenos do trabalho são importantes. Sabe-se que a maior fonte de exposição passiva à fumaça do cigarro é a presença de um cônjuge fumante. **Objetivos:** Verificar o perfil epidemiológico de fumantes passivos. **Métodos:** Foram avaliados 333 pacientes atendidos pelo serviço de onco-pneumologia do ICAVC, durante o período de novembro de 2005 a junho de 2006, que responderam voluntariamente ao questionário denominado "Programa Consciência Total". O perfil epidemiológico de fumantes passivos foi estudado quanto ao sexo, faixa etária, tipo histológico (TH) da neoplasia e qualidade de tabagismo passivo, se indoor na infância, na adolescência ou se conjugal. O TH dos pacientes não tabagistas foi pareado com o dos tabagistas. **Resultados:** Dos 333 pacientes cadastrados, 44 (13,3%) não eram tabagistas, dos quais 34 (77,3%) pertenciam ao sexo feminino. Mesmo que a amostra não tenha sido significativa, foi peculiar, o predomínio de mulheres não fumantes e tabagistas passivas, que desenvolveram neoplasia pulmonar, principalmente na sétima década de vida (entre 60 e 69 anos). Destas, a maioria apresentava cônjuge fumante e o adenocarcinoma surgiu como o tipo histológico predominante. Quanto ao TH, ao se parear pacientes não fumantes com os fumantes, observou-se nítida prevalência de adenocarcinoma (53,5%) entre os não fumantes enquanto, para os pacientes fumantes, a prevalência foi do escamoso (35,9%) seguida do adenocarcinoma (24,3%). **Conclusão:** Entre pacientes tabagistas passivos portadores de câncer de pulmão prevalecem mulheres, na sétima década de vida e que têm cônjuge fumante. Esse subgrupo apresenta tendência de desenvolver adenocarcinomas de pulmão. Ao se comparar os TH mais frequentes para neoplasias pulmonares entre pacientes não tabagistas e tabagistas, observamos prevalência muito maior do adenocarcinoma em pacientes não fumantes ($p = 0,0004$).

TERAPIA INTENSIVA

A0069 MONITORIZAÇÃO À BEIRA DO LEITO E EM TEMPO REAL DO COLAPSO PULMONAR EM PACIENTES COM LPA/SDRA

Borges JB, Vieira Costa EL, Tanaka H, Gomes S, Beraldo MA, Volpe MS, Carvalho CRR, Amato MBP

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: SARA; Titulação da PEEP; Tomografia de impedância elétrica

Introdução: O colapso pulmonar é uma preocupação freqüente durante a ventilação mecânica. Contudo, a sua detecção acurada e em tempo real permanece um desafio não resolvido. **Objetivos:** Este estudo objetivou avaliar se um novo protótipo da Tomografia de Impedância Elétrica (TIE) é capaz de revelar a atelectasia pulmonar em tempo real. **Métodos:** Devido às evidências de que o colapso alveolar ocorre preferencialmente nas regiões pulmonares dependentes, foi formulada a hipótese de que o colapso pulmonar que ocorre durante um protocolo de titulação da PEEP ideal com valores de PEEP decrescentes seria precedido ou acompanhado por uma queda localizada da complacência pulmonar. Tal perda de complacência regional deveria então corresponder à ocorrência de colapso de vias aéreas e perda de unidades funcionais nas regiões dependentes. Após uma manobra de recrutamento, nós titulamos a PEEP ideal em passos decrescentes de 2 em 2cm H₂O, em quatro pacientes com LPA/SDRA. Em cada passo, com duração de 10 minutos, foram analisadas a troca gasosa (FIO₂ = 1), a complacência, e as imagens da TIE. **Resultados:** Alterações regionais da complacência pulmonar, localizadas nas regiões dependentes, sempre precederam a detecção do colapso através de índices globais tais como a troca gasosa ou a complacência dinâmica global em todas as titulações da PEEP ideal. Esta perturbação da complacência produziu necessariamente uma redistribuição da ventilação regional das regiões dependentes para as regiões não dependentes. **Conclusão:** Nós concluímos que a TIE pode detectar as alterações regionais no comportamento pulmonar antes de qualquer perturbação em índices globais como a PaO₂ e a complacência global.

A0070 MANOBRAS DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR COM ALTAS PRESSÕES E AJUSTE DA PEEP NA TOMOGRAFIA EM PACIENTES COM SARA: RESULTADOS CLÍNICOS

Valente Barbás CS¹, Hoelz C², Meyer EC³, Carvalho CRR⁴, Amato MBP⁵, Antunes T⁶, Matos GFJ⁷

1,2,3,6,7. HIAE-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 4,5. HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; SARA; PEEP; Recrutamento alveolar

Introdução: Manobras de recrutamento alveolar com altas pressões e ajuste da PEEP na tomografia em pacientes com SARA tem sido utilizados para abertura alveolar, manutenção dos alvéolos abertos e minimização da abertura e fechamento dos alvéolos durante a ventilação a nível do volume corrente. **Objetivos:** Avaliar pacientes submetidos a manobras de recrutamento alveolar com altas pressões e ajuste da PEEP na tomografia em pacientes com SARA quanto aos parâmetros de troca gasosa e desfechos clínicos. **Métodos:** Foram avaliados pacientes com diagnóstico de SARA que foram transportados a sala de tomografia computadorizada de tórax e submetidos a manobras de recrutamento alveolar que consistiam na manutenção da pressão controlada em 15cmH₂O e níveis progressivos de PEEP de 10, 15, 25, 35 e 45cmH₂O e após ajuste da PEEP para ocorrência de mínimo colapso alveolar. Os pacientes foram avaliados quanto aos parâmetros respiratórios e desfechos clínicos. **Resultados:** Foram avaliados 36 pacientes com diagnóstico de SARA com idade média de 48 ± 17 anos, Apache II de 18 ± 5, 80% portadores de SARA primária, pressão máxima de recrutamento 58.5 ± 5, PEEP titulado de 24 ± 3, pressão de platô máxima de 39,5 ± 4,5cmH₂O, PaO₂/fio₂ de 140 ± 45 pré-recrutamento para PaO₂/fio₂ de 340 ± 85 pós recrutamento e sobrevida destes pacientes de 85%. **Conclusão:** As manobras de recrutamento alveolar com altas pressões e ajuste da PEEP na tomografia são bem toleradas levando a melhora da troca gasosa e bom prognóstico destes pacientes graves.

Apresentações Pôster

PNEUMOLOGIA GERAL (MISCELÂNEA)

PO001 GRANULOMA HIALINIZANTE DO PULMÃO: RELATO DE 2 CASOS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Leão de Cicco T, Szklo AX, Machado ACFT

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Granuloma hialinizante; Mediastinite fibrosante; Nódulo pulmonar

Introdução: O Granuloma hialinizante do pulmão (GHP) é uma rara doença pulmonar, de etiologia desconhecida, descrita inicialmente por Engleman e col. em 1977. São encontrados nódulos ou massas pulmonares homogêneas, múltiplas, de crescimento lento e com características clínicas e histopatológica benigna. Costumam ser assintomáticas ou, dependendo da localização e tamanho do tumor, oligossintomáticas manifestando-se por dispnéia, tosse ou dor torácica. Existem casos de doença extrapulmonar isolada ou associada à doença pulmonar (rím, tonsilas, laringe, tireóide). Cerca de 60% dos pacientes apresentam evidências clínicas ou sorológicas de doenças auto-imunes. A mediastinite esclerosante e a fibrose retroperitoneal estão relacionadas ao GHP. Não há tratamento definido, exceto cirurgia. O prognóstico é bom devido ao lento crescimento da massa. **Objetivos:** Relatar 2 casos de doença rara, ressaltando seus aspectos radiológicos, diagnósticos diferenciais, aspectos histológicos e condições clínicas associadas. Fazer uma revisão da bibliografia mundial sobre o GHP desde seu primeiro relato em 1977. **Métodos:** Descreveremos 2 casos de GHP de comportamentos distintos em pacientes do sexo feminino. O primeiro caso é de uma paciente sintomática com acometimento mediastinal e sem evidências de doenças imunológicas. O segundo ocorre em uma paciente portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico diagnosticado há 13 anos, cuja massa foi um achado radiológico. **Resultados:** O GHP é uma lesão fibrosante do pulmão, encontrado principalmente em indivíduos adultos, sem predileção por sexo, assintomáticos, com massas bilaterais, cujo histopatológico evidencia depósito central de colágeno com disposição lamelar. O prognóstico é bom por ter um crescimento muito lento. A excisão cirúrgica é o único tratamento, embora haja relato da diminuição de lesões com o uso de corticóides. Frequentemente é requerida a cirurgia pela necessidade de se fazer diagnóstico diferencial com câncer de pulmão ou outros nódulos pulmonares. Há casos de involução espontânea do tumor. A maioria dos casos ocorre em pacientes com evidências clínicas ou sorológicas de distúrbios auto-imunes. Foi sugerida a hipótese de ser uma forma de granulomatose de Wegener limitada aos pulmões ou, ainda, uma lesão fibrótica desencadeada por infecções/inflamações prévias que serviram de gatilho para distúrbios do sistema imunológico. **Conclusão:** Por se tratar de uma entidade rara, com pouco mais de cem casos na literatura mundial, o GHP permanece como uma dúvida etiológica, sem tratamentos clínicos estabelecidos e com um curso clínico incerto. Nosso estudo enfatiza um caso ainda não relatado de doença mediastinal em paciente previamente hígida e sintomática e outro caso da mesma doença em paciente sabidamente com doença auto-imune e sem sintomatologia.

PO002 A IMPORTÂNCIA DA ESPIROMETRIA NA AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Mancuzo EV¹, Rezende NA², Guimarães VP³, Silveira CD⁴

1,2,3. Hospital Clínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil; 4. Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Transplante medula; Complicações pulmonares

Introdução: As complicações pulmonares constituem causa importante de morbidade e mortalidade após o transplante de medula óssea (TMO). A utilização dos testes de função pulmonar (TFP) na avaliação pré-operatória e no acompanhamento pós-operatório, além de identificar complicações não infecciosas pós-transplante, pode permitir a adoção de medidas preventivas e terapêuticas precoces em pacientes de risco. **Objetivos:** Analisar os resultados da espirometria de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e verificar a importância destes testes na detecção de complicações pulmonares e sua correlação com a evolução dos pacientes. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os resultados da espirometria em 120 pacientes maiores de 12 anos de ambos os sexos e comparados com o tipo de transplante, doença de base, sorologia para citomegalovírus, fonte de células para o transplante, tabagismo, infecção pulmonar, doença pulmonar prévia, duração da doença hematológica, quimioterapia utilizada, regime de condicionamento, doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica e óbito. **Resultados:** Dezesesseis pacientes apresentaram alterações da espirometria antes do transplante, sendo seis (5%) com obstrução, sete (5,8%) com restrição e três (2,5%) com obstrução com redução da capacidade vital. Após o transplante 29 pacientes apresentaram alterações destes exames. Verificou-se maior chance de alteração da espirometria nos pacientes com doença do enxerto contra o hospedeiro aguda, idade menor que 30 anos, sexo feminino e naqueles que receberam células tronco. A presença de doença pulmonar prévia e doença do enxerto contra o hospedeiro crônica associaram-se com aumento da mortalidade. Alterações prévias da espirometria não estiveram relacionadas com o óbito pós-transplante. **Conclusão:** As alterações da espirometria não foram capazes de prever a ocorrência de complicações pulmonares e óbito pós-transplante. Estas alterações também não foram determinantes para a não realização do procedimento. A espirometria simples realizada na avaliação destes pacientes parece ter pouca importância prática.

PO003 OSSIFICAÇÃO PULMONAR: RELATO DE CASO

De Oliveira MM, Junior GC, Neto RT, Oliveira HC

Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Ossificação pulmonar; Metaplasia óssea; Doenças pulmonares

Introdução: A Ossificação Pulmonar Difusa (OPD) é uma entidade rara, frequentemente assintomática, caracterizada pela presença de osso maduro no interstício ou espaço alveolar. Usualmente é um achado incidental em necropsias, sendo incomum seu reconhecimento durante a vida. A OPD acomete geralmente homens a partir da sexta década de vida e se apresenta sob duas formas principais: dendriforme e nodular. A primeira caracteriza-se pela localização predominantemente intersticial, fibrose do parênquima adjacente e presença de medula óssea; a forma nodular ocorre com maior frequência em pacientes portadores de doenças cardíacas e usualmente não se evidencia medula óssea ao exame anatomopatológico. A OPD se associa com uma série de enfermidades pulmonares e/ou sistêmicas, tais como fibrose pulmonar idiopática, outras doenças fibrosantes do pulmão, estenose mitral e hipertensão pulmonar, insuficiência renal crônica, entre outras. Postulou-se que a doença pode representar uma forma peculiar de reparação do parênquima pulmonar a certas injúrias. Sabe-se que um ambiente anóxico tem potencial para promover metaplasia de fibroblastos em osteoblastos, tornando possível a transição de colágeno para matriz óssea. No entanto, a fisiopatologia da OPD ainda não está elucidada por completo. **Objetivos:** Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, 77 anos, comerciante aposentado, não tabagista, que se apresentava com história de dispnéia progressiva e emagrecimento de cerca de 10kg recentemente. **Métodos:** Paciente submeteu-se a propedêutica com radiografia de tórax, tomografia computadorizada de alta resolução, fibrobroncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar, biópsia transbrônquica, espirometria com prova broncodilatadora e biópsia pulmonar a céu aberto. **Resultados:** À radiografia de tórax havia inúmeros e pequenos nódulos difusos de conteúdo calcíco, bilateralmente, predominantemente nos campos pulmonares inferiores. A tomografia computadorizada de alta resolução do tórax evidenciou sinais de comprometimento parenquimatoso bilateral, caracterizado pela presença de micronódulos em grande número calcificados, distribuídos de forma simétrica nas regiões corticais e subpleurais dos pulmões. Observou-se espessamento importante dos septos interlobulares. A Fibrobroncoscopia não apresentou alterações. Os resultados da biópsia transbrônquica foram inconclusivos e o lavado broncoalveolar não demonstrou presença de microorganismos. Paciente foi submetido então à biópsia pulmonar a céu aberto, onde se verificou fibrose intersticial além de extensas áreas de metaplasia óssea. Firmou-se diagnóstico de Ossificação Pulmonar Difusa. **Conclusão:** A OPD é uma doença com fisiopatologia pouco compreendida, sem tratamento específico e prognóstico desconhecido, já que a maioria dos casos é diagnosticada em necropsias. Entretanto, seu reconhecimento torna-se importante. Com os avanços das unidades de terapia intensiva e das técnicas de ventilação mecânica, espera-se que ocorra um aumento da prevalência de doenças pulmonares crônicas na população. Sendo assim, o número de casos de ossificação pulmonar poderá se elevar.

lar. Usualmente é um achado incidental em necropsias, sendo incomum seu reconhecimento durante a vida. A OPD acomete geralmente homens a partir da sexta década de vida e se apresenta sob duas formas principais: dendriforme e nodular. A primeira caracteriza-se pela localização predominantemente intersticial, fibrose do parênquima adjacente e presença de medula óssea; a forma nodular ocorre com maior frequência em pacientes portadores de doenças cardíacas e usualmente não se evidencia medula óssea ao exame anatomopatológico. A OPD se associa com uma série de enfermidades pulmonares e/ou sistêmicas, tais como fibrose pulmonar idiopática, outras doenças fibrosantes do pulmão, estenose mitral e hipertensão pulmonar, insuficiência renal crônica, entre outras. Postulou-se que a doença pode representar uma forma peculiar de reparação do parênquima pulmonar a certas injúrias. Sabe-se que um ambiente anóxico tem potencial para promover metaplasia de fibroblastos em osteoblastos, tornando possível a transição de colágeno para matriz óssea. No entanto, a fisiopatologia da OPD ainda não está elucidada por completo. **Objetivos:** Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, 77 anos, comerciante aposentado, não tabagista, que se apresentava com história de dispnéia progressiva e emagrecimento de cerca de 10kg recentemente. **Métodos:** Paciente submeteu-se a propedêutica com radiografia de tórax, tomografia computadorizada de alta resolução, fibrobroncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar, biópsia transbrônquica, espirometria com prova broncodilatadora e biópsia pulmonar a céu aberto. **Resultados:** À radiografia de tórax havia inúmeros e pequenos nódulos difusos de conteúdo calcíco, bilateralmente, predominantemente nos campos pulmonares inferiores. A tomografia computadorizada de alta resolução do tórax evidenciou sinais de comprometimento parenquimatoso bilateral, caracterizado pela presença de micronódulos em grande número calcificados, distribuídos de forma simétrica nas regiões corticais e subpleurais dos pulmões. Observou-se espessamento importante dos septos interlobulares. A Fibrobroncoscopia não apresentou alterações. Os resultados da biópsia transbrônquica foram inconclusivos e o lavado broncoalveolar não demonstrou presença de microorganismos. Paciente foi submetido então à biópsia pulmonar a céu aberto, onde se verificou fibrose intersticial além de extensas áreas de metaplasia óssea. Firmou-se diagnóstico de Ossificação Pulmonar Difusa. **Conclusão:** A OPD é uma doença com fisiopatologia pouco compreendida, sem tratamento específico e prognóstico desconhecido, já que a maioria dos casos é diagnosticada em necropsias. Entretanto, seu reconhecimento torna-se importante. Com os avanços das unidades de terapia intensiva e das técnicas de ventilação mecânica, espera-se que ocorra um aumento da prevalência de doenças pulmonares crônicas na população. Sendo assim, o número de casos de ossificação pulmonar poderá se elevar.

PO004 ATRESIA BRÔNQUICA CONGÊNITA: RELATO DE TRÊS CASOS

De Oliveira MM, Campos LEM, Alves AC

Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Atresia brônquica; Hiperinsuflação; Doenças pulmonares

Introdução: Atresia brônquica é uma anomalia congênita rara, benigna, que resulta da obliteração focal da luz proximal de um brônquio subsegmentar, segmentar ou lobar. No brônquio atresíco, por não haver comunicação com a árvore central, há acúmulo de secreções, levando ao desenvolvimento de mucocele. Caracteristicamente, há hiperinsuflação segmentar ou lobar adjacente, devido à ventilação alveolar pelos canais colaterais. Os pacientes portadores desta patologia são usualmente jovens, assintomáticos ou oligossintomáticos. Podem apresentar chiaria, tosse, dor torácica e infecções respiratórias recorrentes. Há discreta predominância pelo sexo masculino. Os aspectos radiológicos são altamente sugestivos do diagnóstico. O brônquio preenchido por muco (broncocele) é visto como opacidade irradiando do hilo e envolvida por área de hipertransparência ao Rx. Estes aspectos são mais claramente definidos pela tomografia computadorizada, exame de escolha para o diagnóstico. Fibrobroncoscopia é necessária para excluir obstrução brônquica proximal por tumor ou corpo estranho. Tem se mostrado pouco elucidativa para o diagnóstico da atresia brônquica. O tratamento é conservador em quase totalidade dos casos, sendo a cirurgia reservada para pacientes com complicações associadas como episódios recorrentes de infecção ou sangramento. **Objetivos:** Relatamos três casos de Atresia Brônquica Congênita (ABC), enfatizando os aspectos clínicos e de imagem. **Métodos:** Pacientes atendidos pelo ambulatório de Pneumologia do Hospital Júlia Kubitschek no período de 2005 e 2006. Foram submetidos à propedêutica com radiografia de tórax, tomografia computadorizada, espirometria e fibrobroncoscopia. **Resultados:** Caso 1: Paciente do sexo feminino, 37 anos, tabagista 30 anos/maço, com relato de dispnéia grau I iniciada há 8 meses, após episódio de infecção pulmonar. Radiografia de tórax evidenciou imagem nodular em LSD associada a hipertransparência do parênquima adjacente. TC de Tórax revelou atresia do segmento posterior do LSD e subsegmento basal posterior em LID. Fibrobroncoscopia inconclusiva. Havia distúrbio ventilatório obstrutivo em grau moderado à espirometria. Caso 2: Paciente do sexo feminino, 49 anos, não tabagista, assintomática, encaminhada para avaliação de nódulo pulmonar solitário. Exames de imagem evidenciaram atresia do segmento apical do LSD. Caso 3: Paciente do sexo masculino, 21 anos, assintomático até 2003, quando apresentou pneumotórax espontâneo a esquerda. Observou-se extensa área de hiperinsuflação em pulmão esquerdo com visualização de broncomucocele à tomografia computadorizada. Fibrobroncoscopia não apresentou alterações e espirometria evidenciou leve distúrbio ventilatório restritivo. Cintilografia perfusional demonstrou ausência de perfusão em LSE. Firmado diagnóstico de Atresia Brônquica Congênita em LSE. **Conclusão:** O diagnóstico de ABC pode ser confirmado pelos métodos de imagem, especialmente através dos achados à tomografia computadorizada de mucocele e área pulmonar circundante de baixa atenuação, perfusão e aprisionamento expiratório. Frequentemente apresenta-se como um achado incidental ao Rx de tórax. O conhecimento desta patologia é de fundamental importância, pois trata-se de uma anomalia rara e benigna, que em geral dispensa o uso de métodos propedêuticos invasivos ou condutas cirúrgicas.

PO005 SWYER JAMES MACLEOD - RELATO DE CASO

Kill Leal Martins RC, Mendes S, Azevedo MDSC
HRT, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Swyer James MacLeod; Enfisema; Hipertransparência

Introdução: A síndrome de Swyer James MacLeod conhecida também por enfisema pulmonar unilateral é uma patologia pouco freqüente, com apresentação radiológica bem característica de hipertransparência pulmonar geralmente unilateral, podendo acometer um lobo ou segmento, acompanhada de hipoperfusão pulmonar e aprisionamento aéreo. A fisiopatologia não é definida, mas acredita-se ser consequente a infecção pulmonar, principalmente viral ocorrida na infância com bronquiolite aguda progredindo com destruição da camada mucosa e obstrução luminal dos brônquios e bronquíolos. As manifestações clínicas são variáveis, desde pacientes assintomáticos até infecções respiratórias de repetição. **Objetivos:** Relato de caso de paciente com Síndrome de Swyer James MacLeod. **Métodos:** Paciente de dezenove anos, solteiro, açougueiro, segundo grau incompleto. Referia ser portador de asma brônquica e hipertensão arterial sistêmica; apresentou quadro de pneumonia grave aos doze dias de vida, permanecendo internado por cerca de 1 mês. Admitido em fevereiro de 2006 no Hospital Regional de Taguatinga com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, com piora há uma semana. A radiografia de tórax (03/08/2005) nas fases inspiratória e expiratória evidenciou hipertransparência em hemitórax direito predominando nos dois terços inferiores, associada à pobreza vascular pulmonar, redução do calibre da artéria pulmonar direita e aprisionamento aéreo, achados confirmados na tomografia de tórax. A espirometria de marco de 2005 mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem resposta ao broncodilatador (VEF1 = 52% após BD, CVF = 75% após BD e FEF 25%-75% = 24%). **Resultados:** Síndrome de Swyer James MacLeod. **Conclusão:** O quadro clínico varia desde pacientes assintomáticos a infecções respiratórias de repetição; a tomografia de tórax é o método diagnóstico de escolha; o prognóstico é bom.

PO006 MANIFESTAÇÕES PULMONARES DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Henry MACA¹, Cataneo DC², Pereira RSC³, Lercio MM⁴, De Oliveira WK⁵, Cataneo AJM⁶
1,4,5. Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2,6. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Curso de Pós-Graduação em Bases Gerais da Cirurgia - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tosse; Asma; Refluxo gastroesofágico

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) constitui importante afecção do trato gastrointestinal tendo em vista sua elevada e crescente incidência, exuberância dos sintomas e gravidade das complicações. Esta doença pode se manifestar através de sintomas típicos, atípicos e extra-esofágicos. Dentre eles, as manifestações pulmonares ocupam posição de destaque, pois comprometem a qualidade de vida de seus portadores. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é analisar os aspectos clínicos de portadores de DRGE com sintomas pulmonares e o impacto da cirurgia anti-refluxo na evolução dos sintomas. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes portadores de sintomas respiratórios da DRGE, com ênfase no sexo, idade, sintomas extrapulmonares, manometria esofágica, tratamento clínico, cirurgia realizada, remissão dos sintomas no pós-operatório. **Resultados:** Dos 170 pacientes com DRGE, 12 apresentavam queixas pulmonares (7%). Destes, eram 7 mulheres e 5 homens, com idade variando entre 17 e 59 anos (x = 34). Todos apresentavam pirose relacionada à ingestão de frutas cítricas, alimentos condimentados, frituras e café. Além da queixa digestiva, 9 apresentavam tosse crônica, 1 crises asmáticas desde a infância e 2 tosse associada a crises asmáticas. A manometria esofágica demonstrou pressão média no esfíncter inferior do esôfago de 8,60mmHg (normal: 14 a 34mmHg) e no superior de 63,3mmHg (normal: 60 a 94mmHg). A endoscopia digestiva alta revelou hérnia hiatal por deslizamento associada à esofagite de graus variáveis em todos os pacientes. O tratamento clínico com inibidores da bomba de prótons acarretou melhora significativa dos sintomas digestivos, porém os respiratórios permaneceram inalterados. Tal fato levou a indicação de cirurgia, tendo sido realizada hiatoplastia, associada a funduplicatura total videolaparoscópica em todos os pacientes. O seguimento pós-operatório (8 meses a 5 anos) revelou remissão total dos sintomas digestivos em todos os pacientes. Quanto aos sintomas respiratórios, 11 pacientes apresentaram remissão total e 1 deles melhora da tosse. **Conclusão:** A funduplicatura total constitui excelente opção terapêutica para os portadores da DRGE com sintomas respiratórios.

PO007 SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLOAD

Rios PB, Rabahi MF, Carmo Moreira MA, De Castro Antonelli Monteiro de Queiroz MC, Schwartz Tannus Silva DG

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Palavras-chave: Swyer-James-MacLoad; Pulmão hiperlucente; Bronquiectasias

Introdução: A síndrome de Swyer-James-MacLoad é considerada uma doença incomum caracterizada por pulmão hiperlucente unilateral devido a hipoplasia de artéria pulmonar ipsilateral e hiperinsuflação, com presença de bronquiectasias no pulmão afetado. **Objetivos:** O objetivo do trabalho é relatar um caso da síndrome de Swyer-James-MacLoad em uma mulher de 42 anos. **Métodos:** Paciente, 42 anos, sexo feminino, casada, doméstica, natural de Itapirapuã - GO, procedente de Goiânia-GO, recebeu o diagnóstico em maio/2006 no Hospital das Clínicas - UFG (HC-UFG). **Resultados:** Paciente atendida no ambulatório com história de há 4 meses ter apresentado quadro de falta de ar súbita associada a chiado no peito. Negava dor torácica, tosse, expectoração ou hemoptise. Permanecia com dispnéia aos esforços e episódios de sibilância quando foi atendida no HC/UFG. Referia que há cinco anos começou a apresentar episódios ocasionais de "chieira no peito". Relatou quadro de "bronquite" e sarampo na infância e cirurgia devido a otite crônica bilateral. Ao exame físico eupnéica, FR: 20ipm, murmúrio vesicular diminuído em HTE e estertores cre-

pitantes na base esquerda, sem outras alterações. Radiografia de tórax mostrou hipertransparência do pulmão esquerdo, com diminuição da trama vascular. Angiotomografia de tórax revelou falha de enchimento no tronco da artéria pulmonar sem contraste da artéria pulmonar esquerda. TCAR de tórax em inspiração e expiração o pulmão esquerdo estava com volume reduzido; observou-se pobreza vascular, aprisionamento aéreo e bronquiectasias predominando no lobo inferior esquerdo; pulmão direito sem anormalidades. Arteriografia pulmonar mostrou desproporção acentuada entre o ramo direito da artéria pulmonar e o esquerdo que se encontrava diminuído de calibre. Não havia evidência de trombo intravascular e as pressões estavam normais em câmaras direitas. Broncoscopia não mostrou anormalidades. **Conclusão:** Infecção do trato respiratório inferior na infância, principalmente infecção por pertussis, está implicada na patogênese dessa doença, embora em muitos casos o paciente não relate infecção de vias aéreas. Neste caso a paciente referiu episódio de "bronquite" na infância, o que pode ser o fator relacionado à etiologia da síndrome. Geralmente a síndrome é assintomática e é descoberta acidentalmente em uma radiografia de tórax realizada por outro motivo. No entanto pode se manifestar com infecções recorrentes nas áreas de bronquiectasias, abscesso pulmonar e pneumotórax espontâneo. Portanto em pacientes com essas manifestações associadas ao achado radiológico de pulmão hiperlucente deve-se suspeitar da Síndrome Swyer-James-MacLoad.

PO008 A DISCUSSÃO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA NO BRASIL

Sousa EG¹, Dantas F², Jardim JR³

1. Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, SP, Brasil; 2,3. UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bioética; Ética médica; Residência médica

Introdução: 80.281/77 e da Lei 6.932/81, que determinam a supervisão dos Residentes por profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Portanto, os preceptores e supervisores destes programas devem possuir estas competências para orientá-los nas questões relacionadas com a Bioética e a Ética Médica. Desde dezembro de 2002, é obrigatória a inclusão de temas de Bioética e Ética Médica nas atividades teórico-complementares dos programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sob pena de cancelamento dos mesmos. Nestas atividades estão incluídas as sessões anatomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários. A primeira referência sobre Ética, na Residência Médica, está contida no artigo 1º do Decreto n. **Objetivos:** Identificar as modalidades de discussão sobre Bioética e Ética Médica utilizadas nos programas de Residência Médica em Pneumologia. **Métodos:** Foram analisados os dados do Relatório de julho/2006 da CNRM sobre instituições, programas e número de vagas para a Residência Médica em Pneumologia - CNRM, que foram comparados com informações de artigos relacionados nas bases de dados MEDLINE/PubMed e LILACS. **Resultados:** Para o ano de 2006 estão sendo oferecidas 266 vagas para Residentes em Pneumologia, distribuídas entre 55 instituições de saúde credenciadas pela CNRM. A literatura sobre Bioética e Ética Médica refere a utilização de sessões ético-clínicas, estudos de caso, revisão de artigos e interpretação da legislação pertinente para abordagem dos temas éticos na Residência Médica. A realização de sessões ético-clínicas com apresentação de situações reais, vivenciadas pelos Preceptores e Residentes, tem sido recomendada pela maioria dos autores, complementadas pela exposição e discussão de temas éticos. Estas sessões devem ser programadas e coordenadas pelos preceptores, que deverão se responsabilizar pelo ensino da Bioética e da Ética Médica dentro da programação teórico-complementar da Residência Médica, contando com a assessoria de docentes em Ética/Bioética. Deverá ser estimulada a participação de outros profissionais, incluindo religiosos, advogados, profissionais de saúde envolvidos no caso, representantes dos Conselhos Regionais de Medicina, dentre outros. Tópicos como responsabilidade profissional, relacionamento com pacientes, colegas e membros da equipe de saúde, atestados médicos, omissão de socorro e sigilo médico devem ser incluídos. **Conclusão:** As sessões ético-clínicas representam um excelente procedimento de ensino para a discussão da Bioética e Ética Médica com os Residentes ao abordar situações vivenciadas durante a Residência Médica em Pneumologia.

PO009 COMPROMETIMENTO PLEUROPULMONAR NO LES

Siqueira Briglia, M.F, Schettini RA, Carvalho RS, Briglia FS, Schettini DA
UFAM, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Comprometimento pleuropulmonar; Prevalência

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença auto-imune levando a um processo inflamatório em vários sistemas orgânicos. Sua etiologia ainda não foi totalmente esclarecida, mas acredita-se que haja participação de múltiplos fatores: genéticos, imunológicos, ambientais e hormonais. É uma doença de distribuição universal, ocorrendo mais comumente em mulheres. O comprometimento pleuropulmonar é bastante observado nesta doença, tendo este uma importante influência na morbidade e mortalidade destes pacientes. **Objetivos:** Esta pesquisa teve como objetivo principal, quantificar a prevalência de comprometimento pleuropulmonar e a freqüência entre os tipos de acometimento nesta amostra de pacientes. **Métodos:** Este é um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, em que foram analisados os prontuários de pacientes portadores de LES atendidos no Hospital Universitário Getúlio Vargas em Manaus/AM. São incluídos no projeto, pacientes com diagnóstico de LES baseado nos critérios do American College of Rheumatology, atendidos em rotinas dos serviços especializados de Reumatologia e Pneumologia, no período entre janeiro de 1999 a janeiro de 2004. **Resultados:** Foram analisados 59 casos de LES durante a pesquisa, sendo estes 55 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A maioria eram adultos jovens estando 88,1% entre a segunda e quarta década de vida. Nesta amostra foi observado comprometimento pleuropulmonar em 39% dos casos (23 pacientes). O tipo mais encontrado foi a pneumonia em 27,6% dos casos (12 pacientes), seguida pelo derrame pleural

com 16,1% (7 casos). As outras formas foram em ordem decrescente de frequência: pleurite – 6,9% (3), hipertensão pulmonar – 4,6% (2), pneumonia intersticial – 2,3% (1), hemorragia pulmonar – 2,3% (1), atelectasias laminares – 2,3% (1) e pneumotórax – 2,3% (1). **Conclusão:** O comprometimento pleuropulmonar é de grande significância na morbimortalidade dos pacientes portadores de LES, acometendo quase a metade destes. Nesta pesquisa, de um total de 59 pacientes, 23 apresentaram algum tipo de acometimento pulmonar ou pleural, o qual influenciou no prognóstico destes indivíduos, inclusive apresentando importante associação com o óbito. A forma de comprometimento pleuropulmonar mais encontrada foi a pneumonia, que no caso de pacientes portadores de LES, sua alta frequência dentre os variados tipos de comprometimento, pode ser explicada pela imunodepressão causada pela doença de base que estes pacientes apresentam. Outra forma de manifestação pleuropulmonar que merece destaque é a pleurite que neste trabalho ficou em segundo lugar. Dos 23 pacientes que apresentaram comprometimento pleuropulmonar, 6 evoluíram a óbito, enquanto de 36 que não apresentavam comprometimento, apenas 1 evoluiu a óbito. Pode-se perceber que o comprometimento pleuropulmonar foi fator de risco importante para mau prognóstico nestes pacientes, sendo interessante destacar que dos 7 óbitos, 5 tiveram pneumonia como fator complicador, contribuindo para o óbito.

PO010 SÍNDROME DE KARTAGENER - RELATO DE CASO

Soleiman LN, Risso TT, Bonfin DB, Santos LP

UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Kartagener; Discinesia ciliar; Bronquiectasia

Introdução: A Síndrome de Kartagener compreende: sinusite, bronquiectasias e situs inversus, representa a metade dos casos de discinesia ciliar primária, ou Síndrome do cílio imóvel, constituída por um grupo de doenças congênitas que apresentam falta de motilidade ciliar parcial ou total comprometendo o transporte mucociliar podendo resultar em infecções sinusais, e pulmonares de repetição além infertilidade masculina. **Objetivos:** ASC, feminina, 34 anos, branca, solteira, do lar, asmática desde os cinco anos, em tratamento irregular, com crises frequentes de broncoespasmo, tosse produtiva, expectoração branco e amarelada diária, a maior parte do ano, há vários anos, além de obstrução nasal e episódios repetidos de rinosinusites. **Métodos:** Aos cinco anos de idade após varicela passou a ter infecções pulmonares e sinusites de repetição Foi submetida a cinco cirurgias otorrinolaringológicas. AF: uma irmã nasceu com problemas respiratórios e logo faleceu. Ao exame físico apresentava déficit cognitivo discreto, taquidispneia, com sibilos difusos e estertores crepitantes na base do hemitórax esquerdo. Saturação de oxigênio em ar ambiente de 88%. Tomografia computadorizada de tórax: dextrocardia, infiltrado micronodular principalmente nos lobos inferiores e bronquiectasias císticas no lobo inferior esquerdo. Tomografia de seios da face: Ausência de imagens de conchas médias, e trabeculado etmoidal bilateral e espessamento mucoso dos seios paranasais difusamente. Broncoscopia: secreção purulenta em ambos os pulmões. Biópsia brônquica: processo inflamatório crônico inespecífico A espirometria mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo grave sem resposta ao broncodilatador e com redução da CVF. O VEF1 era de 0,53ml e 17%, o que contra-indicava procedimento cirúrgico. Realizou teste do degraú onde apresentou queda da saturação da oxihemoglobina de 92% para 77% no 6º minuto). **Resultados:** A discinesia ciliar primária é uma condição autossômica recessiva cuja causa é um defeito na ultra-estrutura ciliar com vários tipos de alterações, resultando em apresentações fenotípicas diferentes da doença, sendo, portanto uma síndrome altamente heterogênea e talvez por este motivo seja pouco diagnosticada. O achado de dextrocardia leva ao diagnóstico de S. de Kartagener, que pode ser feito ao nascer ou antes, intra-útero, já as bronquiectasias, podem desenvolver-se nos primeiros anos de vida, portanto nenhum indivíduo nasce com a tríade. O curso da doença é crônico com um prognóstico melhor que o da fibrose cística. O diagnóstico baseia-se na história clínica, estudos da motilidade ciliar, baixos níveis de óxido nítrico nasal, e microscopia eletrônica. **Conclusão:** Apesar dos avanços na elucidação das bases moleculares da discinesia ciliar, o diagnóstico continua em geral tardio.

PO011 MANIFESTAÇÕES PULMONARES EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MARFAN - RELATO DE CASO

Fonseca Oliveira RJ, Paisani DM, Macchione MC, Ybañez RA, Santos LP

UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Marfan; Pneumotórax; Manifestações pulmonares

Introdução: A síndrome de Marfan é uma doença autossômica dominante onde há mutação no gene que codifica a fibrilina 1 (principal componente da microfibrila extracelular). Tem prevalência de 1:3.000 a 10.000 hab e se caracteriza por manifestações pleomórficas em vários tecidos e órgãos (sistema ocular, esquelético, muscular, cardiovascular, pulmonar e pele). O acometimento pulmonar acontece em apenas 5% dos pacientes. **Objetivos:** Relatar achados pulmonares em paciente com síndrome de Marfan. **Métodos:** Relato de caso clínico. **Resultados:** SAS, feminino, 25a, leucoderma, solteira, secretária, natural e procedente de São Paulo/SP QP: "Falta de ar há 10 anos" HDA: Paciente refere que há 10 anos apresentou quadro de dispnéia súbita associado a dor torácica ventilatório dependente em hemitórax esquerdo, tendo procurado pronto-socorro onde foi submetida a drenagem torácica a esquerda, sendo diagnosticado "bolhas pulmonares". Evoluiu com piora da dispnéia e "aumento das bolhas" nestes últimos 10 anos. Há três meses apresentou quadro de internamento hospitalar em UTI, sendo posteriormente encaminhada para avaliação acerca de intervenção cirúrgica em Pulmão E. Antecedentes: - Asma brônquica desde a infância em uso de Combivent 4 a 6 vezes ao dia. - Otite crônica - Diagnóstico de Sind. de Marfan há 10 anos. - Irmão falecido há 06 anos com provável Sind. de Marfan. HV: - Nega tabagismo, etilismo e uso de droga ilícitas. Exame Físico EGB, taquipneia (FR = 20irpm), acianótica, anictérica, corada, hidratada AR: Tórax com abaulamento em região anterior com deformidades de arcos costais a esquerda. MV + e diminuído em todo HTE e em ápice de HTD, S/RA. ACV: RCR em 2T, BNF, com SSRT (+++/6+). FC: 92bpm TA: 100 x 70mmHg. Abdome: Plano, flácido, indolor, sem Visceromegalias e massas. RHA + Membros: Sem edemas. Exames laboratoriais HB: 15,6% HT: 45% Leuco: J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

10.600 (2,68,3,0,18,9) TSH: 2,88 Gasometria arterial: -pH:7,41 HCO₃: 23 pO₂: 73 BE: -0,4 pCO₂: 36 SO₂: 94,5% Radiografia de tórax com grande bolha em pulmão esquerdo TC de tórax com grandes bolhas em todo pulmão esquerdo. **Conclusão:** A síndrome de marfan se caracteriza com as seguintes manifestações clínicas: - Estatura desproporcional a envergadura - Crescimento excessivo das costelas com depressão ou abaulamento do esterno - Frouxidão articular e ligamentar - Desenvolvimento da musculatura deficiente. - Luxação do cristalino - Glaucoma e catarata - Aneurisma de aorta ascendente e prolapso da valva mitral As manifestações Pulmonares mais frequentes são pneumotórax espontâneo e bolhas pulmonares apicais. Diagnóstico é clínico e deve ser realizado o mais precocemente possível O tratamento deve incluir acompanhamento com oftalmologista, prevenção de lesões ósseas e tratamento cirúrgico de complicações cardiovasculares e pulmonares.

PO012 HEMOPTISE POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

Rabelo LM¹, Faoro C², Marthynychen MG³, De Carli AM⁴, De Barros DH⁵, Odanese Pacheco RA⁶

1. Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil; 5. Hospital de Clínicas - UFPR, Curitiba.

Palavras-chave: Malformação arteriovenosa; Hemoptise; Embolização

Introdução: Malformações arteriovenosas (MAFAV) são geralmente assintomáticas na infância e se manifestam na terceira ou quarta décadas de vida. Sintomas mais comuns: dispnéia (30 a 70%), platipnéia, ortodeoxia, hemoptise (15%), epistaxe, ataque isquêmico transitório- AIT (57%) e acidente vascular cerebral - AVC (18%). Alguns sinais como: baquetamento digital, cianose, telangectasias cutâneo-mucosa e policitemia podem ocorrer. O tratamento consiste na remoção cirúrgica do segmento pulmonar comprometido ou embolização da malformação. A taxa de mortalidade das MAFAV é cerca de 10%, sendo 2/3 destas mortes por complicações em sistema nervoso central, principalmente em pacientes com cianose e policitemia. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com MAFAV em lobo médio e inferior direito manifestada com hemoptise de grande volume e tratada com embolização desta MAFAV. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos um caso de uma mulher, 19 anos, previamente hígida, internada por quadro de hemoptise de início há 24hs (4 episódios), cerca de 200ml de volume total. Negava febre, dor torácica ou dispnéia. Ao exame clínico se apresentava com discreta palidez cutâneo-mucosa, PA = 110/70mmHg, P = 96bpm, T = 36,8 C, FR = 20, rinoscopia e orofaringe sem alterações, CPP = murmúrio vesicular presente e simétrico, presença de estertores de médias e finas bolhas em base pulmonar direita. Rx de tórax sem alterações. Tomografia de tórax mostrou imagens em vidro fosco em lobo médio direito e "árvore em brotamento" em lobo médio e inferior direito sugerindo secreção bronquiolar. A fibrobroncoscopia mostrava sangramento ativo vermelho rutilante proveniente de brônquio de segmento inferior de lobo inferior direito. A Arteriografia identificou presença de volumosa fistula arteriovenosa nutrida por artéria do lobo médio e inferior direito. No mesmo procedimento foi realizada embolização da fistula com interrupção imediata do sangramento. Após 72 horas, a paciente recebeu alta em bom estado geral, prescrito apenas sulfato ferroso via oral. Após 30 dias retornou com angiogramografia de controle normal e melhora da anemia. **Conclusão:** As MAFAVs pulmonares manifestam-se geralmente na terceira ou quarta década de vida, principalmente com dispnéia e hemoptise, podendo se manifestar também com sintomas neurológicos (AIT ou AVC). No caso de hemoptise de grande volume, faz-se necessária a intervenção com fibrobroncoscopia objetivando a localização e o controle do sangramento, sendo a confirmação diagnóstica de MAFAV com arteriografia pulmonar. O tratamento pode ser realizado com remoção cirúrgica do lobo comprometido ou embolização da MAFAV, a qual, além de efetiva, apresenta menor chance de complicações.

PO013 SARCOIDOSE E VIH

Felizardo MM, Aguiar M, Fernandes J, Mendes AC, Doroana M, Soutto-Mayor R, Antunes F, De Almeida AB

Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Sarcoidose; VIH; Portugal

Introdução: A associação entre Sarcoidose e VIH é rara e coloca aos clínicos desafios diagnósticos e terapêuticos. Os linfócitos CD4 desempenham o ponto central entre ambas, contudo com apresentações opostas. **Objetivos:** Demonstrar a rara associação sarcoidose/VIH e os problemas diagnósticos/terapêuticos que esta associação levanta. **Métodos:** Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de sexo masculino, 41 anos, raça negra, natural da Guiné Bissau e residente em Portugal há 15 anos, não fumador. Infecção por VIH 1 diagnosticado em 1997, feito no contexto de síndrome mononucleósica na altura com CD4 de 431 cel/mL e carga viral de 219.330 cópias/mL. Iniciou HAART na mesma altura. Associada à terapêutica instituída desenvolveu Diabetes Mellitus tipo II e alteração das provas de função hepática. Em Agosto de 2005 iniciou quadro de lesões cutâneas papulares irregulares, não pruriginosas na face, pescoço e membros superiores com emagrecimento não quantificado, cansaço/dispnéia de esforço e tosse seca. Analiticamente verificou-se ECA de 90, agravamento da função hepática (TGO 55, TGP 88, FA 168 e GGT de 367), a relação de CD4/CD8 era de 475/445 (1,06). A biópsia cutânea realizada mostrou granulomas sarcoides nos 2/3 superiores da derme. A TC torácica mostrou adenopatias mediastínicas e padrão micronodular com envolvimento pulmonar dos vértices as bases. As provas de função respiratória mostraram uma DICO/VA de 77/80 com volumes pulmonares normais. Realizou broncofibroscopia que revelou uma relação CD4/CD8 de 4,5 no lavado broncoalveolar. A biópsia pulmonar transbrônquica a presença de granulomas epitelióides não necrotizantes. A biópsia hepática mostrou necrose hepática focal, sem granulomas. Foram feitas culturas de Lowenstein negativas. O doente iniciou terapêutica com prednisolona 40mg/dia com melhora clínica imediata, contudo com descompensação diabética e hepática. Manteve-se a terapêutica com corticóides, em doses mais baixas, dada a melhora clínica e foi feito um controle analítico apertado. Após 4 meses de terapêutica, o doente manteve-se assintomático e constatou-se uma resolução quase completa das adenopatias mediastínicas e uma diminuição franca do padrão micronodular. **Resultados:** **Discussão:**

Neste caso embora a biópsia cutânea tenha feito o diagnóstico de sarcoidose, a relação CD4/CD8 no lavado comparativamente àquela apresentada no sangue periférico confirmou o diagnóstico de Sarcoidose ativa, como causa das alterações pulmonares. A associação Sarcoidose-VIH é rara e neste caso colocou ainda mais problemas terapêuticos face às patologias associadas. **Conclusão:** Este caso ilustra a necessidade de incluir a Sarcoidose no diagnóstico diferencial de doente com HIV sob HAART e com patologia pulmonar. A raridade desta associação ilustra um caso imunologicamente paradoxal.

PO014 RELATO DE CASO – MICROLITIASE ALVEOLAR PULMONAR

Pereira EDB¹, Camara P², Ferreira Pinheiro VG³, Cezar L⁴, Maciel G⁵

1,2,5. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 4. Universidade Federal, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Microlitíase; Dispneia; Alveolar

Introdução: Microlitíase Alveolar Pulmonar é uma doença rara de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de cálculos difusos localizados nos alvéolos. A incidência é similar em todos os continentes, em ambos os sexos e maior entre 20 a 50 anos. Clinicamente, os pacientes são assintomáticos até que a doença esteja avançada. Os sintomas iniciais consistem em tosse não produtiva e dispnéia de esforço evoluindo gradualmente para insuficiência respiratória, cor pulmonale e culminar em morte. **Objetivos:** Relatar um caso de uma paciente com calcificação intensa do parênquima pulmonar, tendo resolução da gravidez sem intercorrências. **Métodos:** Estudo retrospectivo, através de revisão do prontuário, do caso de uma paciente internada na enfermaria da pneumologia do Hospital das Clínicas Walter Cantídio em janeiro de 2006. **Resultados:** MVP, 26 anos, procurou serviço médico em 2005 com um quadro de dispnéia aos grandes e médios esforços acompanhada por sibilância há 11 anos. A dispnéia progrediu para mínimos esforços, sendo associada a tosse produtiva com secreção esbranquiçada e, às vezes, amarelada. Refere acordar à noite com dispnéia há 5 anos. Ainda relata perda auditiva bilateral mais à esquerda de início gradual desde 10 anos. Nega qualquer caso semelhante ao seu na família. O exame físico da admissão era normal, exceto pelo baqueteamento digital e unhas em vidro de relógio. Na ausculta pulmonar, foi encontrado murmúrio vesicular universal com crepitações finas bibasais. A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução evidenciou um comprometimento bilateral com áreas de densidade óssea difusamente, poupando o terço superior de ambos pulmões. No teste da caminhada, foi evidenciada uma importante limitação cardiopulmonar com dessaturação significativa. A paciente evoluiu com dependência de oxigênio, apresentando dessaturação pela oximetria e cianose aos mínimos esforços. Em janeiro de 2006, paciente retornou ao hospital, estando com uma gravidez de 27 semanas. Realizaram-se ultra-som obstétrico e cardiocardiografia que foram considerados normais. Com aproximadamente 33 semanas de gestação, foi feita a administração de dexametasona e, após dois dias, realizaram uma cesariana eletiva. Recém-nascido do sexo feminino, pré-termo, AIG, peso de 1960g e 42cm, PC 31,5cm, APGAR 8/9. Foi encaminhada para UTI neonatal, apresentando leve desconforto respiratório e icterícia. Mãe e filha receberam alta hospitalar sem maiores intercorrências. **Conclusão:** Paciente, portadora de calcificação pulmonar difusa, levou adiante uma gravidez sem intercorrências.

PO015 OSCE ADAPTADO COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Ferreira Pinheiro VG, Jr J LX, Araújo GIB, Ramalho JM, Carvalho RF, Viana RG, Pilla ES
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Avaliação competências; Ensino pneumologia; Avaliação

Introdução: O uso de OSCEs (Objective Structured Clinical Examinations) têm sido cada vez mais utilizados como formas de avaliação quantitativa de competências no ensino médico. Em seu formato original o aluno roda por um circuito de estações preparadas para a avaliação de competências específicas. Paciente reais ou simulados podem ser utilizados para avaliação de habilidades clínicas como execução de exame físico e de comunicação como a abordagem de temas específicos. Em nossa realidade torna-se pouco exequível a avaliação com utilizando tais tipos de pacientes, mas as simulações clínicas criativas podem ser tentadas com a vantagem de uniformizar a avaliação prática. **Objetivos:** Apresentar uma adaptação do OSCE (Gincana) como instrumento de avaliação prática dos alunos na Disciplina de Pneumologia e Cirurgia Torácica. **Métodos:** O OSCE adaptado consiste em dez estações abordando casos clínicos associados a exames complementares, como gasometria arterial, espirometria e exames de imagem para interpretação dos alunos. Os estudantes são avaliados em grupos de dez. Cada aluno permanece 90 seg em cada estação, e registra sua resposta em folha numerada conforme a estação. A formulação das questões observa as competências e habilidades que se pretende avaliar. É exigido do aluno, de modo geral, a interpretação dos exames, a elaboração de hipóteses diagnósticas e a sugestão de condutas terapêuticas. **Resultados:** O OSCE adaptado como método de avaliação foi considerado bom ou excelente em 68,7% dos alunos quanto a sua adequação ao conteúdo; em 65,6% quanto ao tempo disponibilizado para resposta e em 57,8% quanto a clareza e objetividade do enunciado. **Conclusão:** Esse método é uma alternativa eficiente de avaliação de competências proposta pela disciplina de Pneumologia e Cirurgia Torácica, contando com a aprovação de estudantes, contudo necessita ser aprimorado e no futuro ser realizado em Laboratório estruturado como o que está sendo construído na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

PO016 CRIAÇÃO DE UM SITE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA COMO FERRAMENTA DIDÁTICA DA DISCIPLINA

Ferreira Pinheiro VG, Viana RG, Teixeira CRC, Jr J LX, Almeida MA, Lima AB
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Ensino; Informática em saúde; Site pneumologia

Introdução: A internet representa uma ferramenta poderosa no processo de educação médica que começa a ser explorado nas Faculdades de Medicina. Baseado na necessidade de agil

comunicação, constante atualização e acessibilidade ao material bibliográfico adequado, decidiu-se criar um site da Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da UFC. O site foi construído de forma a servir como uma ferramenta de extensão do ensino com a proposta de interação permanente com o aluno que participa ativamente através de sugestões, enquetes, contato facilitado com os professores, utilização de bibliografia e demais informações relacionadas à disciplina. **Objetivos:** Apresentação do site da Disciplina de Pneumologia da UFC criado pelos monitores e avaliação de sua utilização pelo corpo docente durante seu processo de aprendizagem. **Métodos:** O site é apresentado em várias páginas, sendo bastante interativo. Há enquetes, aulas, banco de imagens, plano de ensino da disciplina, informações sobre professores e monitores, área de sugestões, curiosidades, material didático selecionado para download e links para páginas médicas. A avaliação do uso do site pelos alunos foi feita através de questionário auto administrado, simplificado constituído com respostas sobre uso da internet, confirmação de visita ao site e opinião sobre uso da internet na educação superior. **Resultados:** Verificamos que 81,25% dos 64 alunos da turma 2006.1 usaram regularmente a internet e 12,50% as vezes; 70,31% visitaram o site e 91,67% consideraram que a internet ajuda o ensino. **Conclusão:** A criação do site mostrou-se uma excelente ferramenta didática de apoio a Disciplina de Pneumologia da UFC. Os alunos foram quase unânimes ao afirmarem que o site ajuda no ensino. Este trabalho demonstrou o potencial uso de sites didáticos no processo de educação e a necessidade da Universidade desenvolver novas estratégias a fim de acompanhar o ritmo acelerado da atual evolução tecnológica.

PO017 JUCA CAJUZINHO E SEU PLANO DE CONTROLE DA ASMA – CARTILHA EDUCATIVA COM FOCO REGIONAL - LIGA DO PULMÃO - UFC

Ferreira Pinheiro VG, Chaves WL, Maciel G, Jr J LX, Almeida MA, Silveira LG, Jr JF, Teixeira CRC

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Educação; Asma; Controle da asma

Introdução: A Asma é uma doença inflamatória crônica de alta prevalência que poderia ser perfeitamente controlável se observados cuidados básicos. Estima-se que na América Latina apenas 5% da população de asmáticos esteja com sua doença controlada. A educação dos pacientes e familiares no caso da Asma, assim como o controle ambiental é um elemento crucial no manejo da doença. Ocorre que a maior parte das informações disponibilizadas aos pacientes não são entendidas possivelmente porque abordam elementos que não fazem parte do dia a dia de nossa população dificultando a disseminação das informações. O Brasil é um país de grandes diferenças regionais tanto nas condições geográficas, climáticas quanto culturais. Os programas de educação em Asma precisam contemplar essas diferenças a fim de alcançar seus objetivos. **Objetivos:** Elaboração de uma cartilha sobre a Asma e o seu controle em linguagem regional bastante simplificada acessível a população do nosso estado que possa ser utilizada na rotina das unidades de saúde do estado do Ceará. **Métodos:** O texto foi baseado no III Consenso Brasileiro de Asma- capítulo Educação em Asma. O conteúdo, a forma de apresentação e as ilustrações foram idealizadas e confeccionadas dentro de um enfoque regional pelos acadêmicos integrantes da Liga do Pulmão da Universidade Federal do Ceará. JUCA CAJUZINHO, mote da cartilha foi escolhido como forma de chamar a atenção da população uma vez que nosso principal produto identifica o estado do Ceará. **Resultados:** Cartilha do Juca Cajuzinho e seu plano de controle da Asma. **Conclusão:** A educação é fundamental para o sucesso do controle da asma, tendo um impacto positivo na mudança comportamental frente à doença. Espera-se que a cartilha possa ser distribuída em todas as unidades de saúde de nosso estado e que as informações apresentadas em linguagem atrativa pelo mote regionalista possa desmistificar a doença e facilitar a compreensão da população sobre a doença e de que é possível seu controle.

PO018 ANEURISMA PULMONAR NA DOENÇA DE BEHÇET

Perez Rabelo AC¹, Porcaro E², Junior GC³

1. Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil; 2,3. Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Behçet; Aneurisma pulmonar; Vasculite

Introdução: A Doença de Behçet é uma síndrome vasculítica de causa desconhecida, caracterizada por úlceras orais e genitais recorrentes, manifestações oculares e acometimento adicional de múltiplos órgãos. O acometimento pulmonar ocorre em 1 a 18% dos casos e a lesão mais comum é o aneurisma de artéria pulmonar, que frequentemente está associado a trombose pulmonar in situ. O processo patológico dessa lesão consiste em um infiltrado inflamatório na parede vascular, com acometimento da vasasorum e consequente isquemia, necrose transmural e formação de aneurismas. A manifestação clínica mais comum é a hemoptise. A terapêutica inclui imunossupressão, embolização, anticoagulação e cirurgia. O tratamento de primeira linha é a imunossupressão com ciclofosfamida ou azatioprina, em associação a corticóide. Em alguns casos, pode-se obter o desaparecimento do aneurisma com esta terapia, mas no geral o prognóstico é reservado apesar do tratamento clínico ou cirúrgico. O aneurisma de artéria pulmonar é líder em mortalidade na doença de Behçet. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente EFS, 28 anos, do sexo masculino, admitido no Hospital Júlia Kubitschek com quadro de dor torácica, dispnéia e hemoptise. Ele negou comorbidades, mas apresentou uma história de úlceras orais e genitais de repetição. RX de tórax evidenciou opacidade hilar direita. **Métodos:** O paciente foi submetido a angiogramografia de tórax que evidenciou aneurismas de artéria interlobar descendente, subsegmentar direita e tromboembolismo na artéria pulmonar esquerda. Foram realizadas biópsias de úlceras genital e oral, cujos exames anatomopatológicos evidenciaram vasculite de pequenos vasos, compatível com Behçet. Exame oftalmológico sem alterações. **Resultados:** Paciente recebeu o diagnóstico de Doença de Behçet e iniciou tratamento imunossupressor com prednisona 1mg/kg/dia e pulsos mensais de ciclofosfamida. Dias após o terceiro ciclo de ciclofosfamida, ele evoluiu com hemoptise maciça e foi a óbito. **Conclusão:** O aneurisma de artéria pulmonar é uma manifestação grave da Doença de Behçet, acomete principalmente homens

jovens e freqüentemente abre o quadro da doença. É importante o reconhecimento da Síndrome de Behcet nestes casos, uma vez que a confusão com doença tromboembólica pulmonar e o tratamento anticoagulante sem o tratamento específico pode ser fatal. Estudos demonstram que a sobrevida cumulativa destes pacientes é de 57% e 39% em 1 e 5 anos, respectivamente. Não existe até o momento estudo controlado, randomizado que avalie as opções terapêuticas. As recomendações atuais são baseadas em estudos observacionais e não randomizados.

PO019 ASPIRAÇÃO DE SULFATO DE BÁRIO DURANTE EXAME CONTRASTADO DO ESÓFAGO

Schweller M, Araujo Guerra Grangeia T, De Capitani EM, Barbeiro AS, De Cerqueira EMFP, Bragagnolo Junior LA, Camargo MA, Rodstein MAM
UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sulfato de bário; Doença iatrogênica; Estenose esofágica

Introdução: O sulfato de bário é um sal pouco solúvel em água, e suas preparações são usadas com freqüência como meio de contraste para avaliação do trato digestivo superior. É considerado seguro devido a sua característica inerte, mas episódios ocasionais de aspiração durante o exame podem levar a conseqüências graves, como insuficiência respiratória aguda e, eventualmente, óbito. O risco é maior em pacientes idosos, debilitados, ou com doença pulmonar prévia. **Objetivos:** Relatar um caso de aspiração de sulfato de bário durante exame contrastado do trato digestivo superior em paciente com estenose cáustica de esôfago. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 59 anos. **Resultados:** Paciente com história de ingestão intencional de soda cáustica granulada há 3 anos. Evoluiu com disfagia e regurgitação de saliva, sendo indicada investigação do trato digestivo com esofagograma cerca de 3 meses após o episódio descrito. Teve engasgos e aspiração do contraste baritado logo no início do exame. Apesar de não apresentar sintomas respiratórios, apenas febre, recebeu antibioticoterapia para tratamento de suposta infecção pulmonar, com boa evolução. Endoscopia digestiva alta demonstrou estenose total de esôfago cervical, não havendo sucesso nas tentativas de dilatação endoscópica. Foi então encaminhado ao nosso serviço, sendo indicada esofagoclastia. Durante a avaliação pré-operatória foram realizados radiograma de tórax e tomografia de tórax de alta resolução, que mostraram imagens compatíveis com impregnação pulmonar por contraste baritado, sem mudanças em relação a exame radiográfico prévio, realizado 2 meses após o evento aspirativo. A espirometria evidenciou VEF1 2,72L (87%), CVF 3,78L (95%) e VEF1/CVF 72%. A gasometria arterial mostrou PaO2 de 84mmHg, PaCO2 de 34mmHg e saturação de O2 de 97,5%, em ar ambiente. O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico há 1 ano, com transposição do cólon em região retroesternal. Permanece em seguimento clínico, sem sintomatologia respiratória, mas devido à estenose de anastomose faringocólica, necessita de dilatações endoscópicas periódicas e aplicações locais de triancinolona. **Conclusão:** Até o momento, com 3 anos de evolução após o evento aspirativo, não foram observadas conseqüências funcionais da presença do material baritado nos pulmões.

PO020 PARESIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL EM PACIENTE COM LÚPUS ERMATOSO SISTÊMICO (LES)

Schweller M, Araujo Guerra Grangeia T, Paschoal IA, Pereira MC, Camino AM, Balhazar AB, Macedo RF, Bragagnolo Junior LA
UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Diafragma; Paralisia respiratória

Introdução: LES pode acometer qualquer componente do sistema respiratório. A paresia diafragmática com redução da expansão pulmonar (shrinking lung syndrome) é rara, sendo diagnóstico de exclusão em pacientes lúpicos com dispnéia e dor torácica. Radiologicamente apresenta-se com elevação diafragmática e, por vezes, atelectasias basais, sem doença parenquimatosa. Espirometria geralmente mostra defeito restritivo. Não há consenso sobre o tratamento, que na maioria dos casos é feito com corticosteróides ou outros imunossuppressores, sendo freqüente a melhora dos sintomas. Há relatos de uso de digitálicos, metilxantinas e beta agonistas. **Objetivos:** Relatar um caso de paresia diafragmática bilateral em doente com LES. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 33 anos. **Resultados:** Apresenta história de poliartrite simétrica há 3 anos, em uso de prednisona 5mg/d e cloroquina. Há 1 ano houve piora do quadro, associada a emagrecimento e 2 episódios de pneumonia (sic). Evoluiu com febre, poliartralgia e lesões cutâneas. Apresentava dispnéia aos esforços, tosse, sem expectoração ou hemoptise, e dor torácica retroesternal. Estava em bom estado geral, taquicárdica (FC 120/min), taquipnéica (FR 26/min), ausculta cardiopulmonar normal e SpO2 97% em ar ambiente, sem respiração paradoxal. Iniciado Levofloxacina, com melhora da febre, porém manutenção das queixas respiratórias. Exames complementares com anemia (Hb 8,7g/dL) e leucopenia (Leucócitos 3200/mm3), proteína C reativa aumentada (5,68mg/dL), C3 e C4 consumidos (0,22 e 0,05g/L), FAN 1/1280 padrão homogêneo, anti-DNA 1/1280. Radiograma de tórax: elevação bilateral das cúpulas pulmonares e opacidade linear na base direita, sugestiva de atelectasia laminar. Ecocardiograma sem vegetações, derrame pericárdico, ou sobrecarga de câmaras direitas. Cintilografia V/Q revelou baixa probabilidade de tromboembolismo pulmonar agudo. À radioscopia observava-se mínima mobilidade diafragmática, bilateralmente. Espirometria com VEF1 1,07L (37%), CVF 1,17L (35%), VEF1/CVF 91%. As pressões inspiratória e expiratória máximas (PIM e PEM) foram -20cmH2O e 36cmH2O, respectivamente. Tomografia computadorizada de alta resolução de tórax sem acometimento de parênquima pulmonar. Feito diagnóstico de LES com paresia diafragmática bilateral, e iniciado tratamento com prednisona 60mg/d e digoxina 0,25mg/d. Houve melhora da dispnéia e das medidas de pressões estáticas, realizadas 5 meses após início do tratamento (PIM -150 e PEM 126). Contudo, a paciente manteve baixa amplitude de movimentos respiratórios à radioscopia e observou-se piora espirométrica, com VEF1 0,75L (25%), CVF 0,83L (24%) e VEF1/CVF 90%. **Conclusão:** Trata-se de caso de paresia diafragmática lúpica bilateral com comprometimento grave da função pulmonar e melhora parcial após tratamento.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO021 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA ASSOCIADA A INGESTÃO DE L-TRIPTOFANO

Araujo Guerra Grangeia T, Schweller M, Paschoal IA, Pereira MC, De Capitani EM, Zambon L, Camino AM, Bragagnolo Junior LA
UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Triptofano; Insuficiência respiratória; Eosinofilia

Introdução: Na década de 80 foi descrita a Síndrome da Eosinofilia-Mialgia (SEM), relacionada à ingestão de L-triptofano. O acometimento pulmonar pode ser exclusivo, e varia de dispnéia leve a insuficiência respiratória grave. Não há critérios diagnósticos bem estabelecidos, havendo necessidade de dados clínicos, laboratoriais e histopatológicos. Devem ser excluídas outras causas de eosinofilia. O tratamento é baseado na suspensão da droga e no uso de corticosteróides, que permitem recuperação clínica e radiológica em mais de 80% dos pacientes. **Objetivos:** Relatar um caso clínico de insuficiência respiratória aguda associada à ingestão de L-triptofano. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, branca, 61 anos. **Resultados:** Paciente apresentava história de 1 semana de febre e dispnéia que se iniciara 3 semanas após utilizar L-triptofano, hidroxitriptofano, fluoxetina e outras drogas devido insônia e depressão. Não relatava história de tabagismo ou doenças pulmonares prévias. Apresentava-se dispnéia, com saturação periférica de oxigênio (SpO2) de 91% em ar ambiente e crepitações grosseiras bilateralmente na ausculta pulmonar. Exames laboratoriais: leucocitose com eosinofilia (2670/mm3 - 16%) e aumento do VHS (120mm 1ª hora). Radiograma de tórax e TC de tórax evidenciaram perda volumétrica, consolidações e desestruturação arquitetural do pulmão esquerdo e consolidações periféricas, espessamento intersticial interlobular e intralobular, vidro fosco e derrame pleural no pulmão direito. Lavado broncoalveolar mostrou freqüentes eosinófilos e células gigantes multinucleadas do tipo corpo estranho. Biópsia transbrônquica revelou presença de foco de reação granulomatosa incipiente não necrosante em região broncovascular, sem evidências de fungos ou bactérias em cultura. Toracocentese evidenciou líquido amarelo-citrino, compatível com exsudato eosinofílico (1960 leucócitos/mm3 - 47,5% neutrófilos, 25,5% linfócitos, 24,5% eosinófilos, 1% basófilos). Feita hipótese diagnóstica de insuficiência respiratória aguda associada a ingestão de L-triptofano (síndrome da eosinofilia-mialgia). Submetida a corticoterapia com metilprednisolona por 1 semana, ao término da qual apresentou grande melhora clínica, normalização da SpO2 e normalização radiológica. Recebeu tratamento de manutenção com doses decrescentes de prednisona por 4 meses. **Conclusão:** O quadro de insuficiência respiratória aguda associado à eosinofilia periférica e pulmonar, em um contexto no qual outras doenças eosinofílicas seriam menos prováveis, tornou possível estabelecer uma relação denexo causal entre a doença aguda apresentada e a ingestão de L-triptofano. Assim, é importante que estejamos atentos para o surgimento de sintomas respiratórios nestes pacientes.

PO022 EFEITOS DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CANDIDATOS A GASTROPLASTIA REDUTORA

Lapa MS¹, Sena GL², Squassoni SD³, Fiss E⁴

1,3,4. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil; 2. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; Fisioterapia respiratória; Reabilitação pulmonar

Introdução: A obesidade é uma doença que necessita de tratamento adequado e avaliação multiprofissional por envolver aspectos genéticos, sociais, hormonais, metabólicos, comportamentais, culturais e psicológicos. Com a obesidade pode ocorrer um comprometimento progressivo da função pulmonar, mesmo não havendo alteração do parênquima. Esse comprometimento pode envolver o tórax e o diafragma com conseqüentes alterações na função respiratória devido ao aumento do esforço respiratório e comprometimento do transporte dos gases. **Objetivos:** Avaliar a influência do atendimento ambulatorial de fisioterapia em pacientes obesos mórbidos no pré-operatório de gastroplastia em diferentes períodos de tempo (15, 30, 60 e 90 dias) e verificar se houveram mudanças na capacidade pulmonar após os exercícios, com a finalidade de propor a realização da fisioterapia pré-operatória. **Métodos:** Cinquenta pacientes foram chamados para o estudo; destes, dezessete foram avaliados e apenas onze pacientes fizeram parte do estudo. O programa de fisioterapia consistia de um treinamento com exercícios de membros superiores, exercícios de membros inferiores associados ao padrão respiratório, caminhada ao ar livre e de um alongamento global no final. As atividades eram realizadas durante 90 dias três vezes por semana com duração de 40 minutos cada sessão. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 46,14 ± 10,66 anos e a média do IMC foi de 50,88 ± 8,24kg/cm². Houve uma melhora significativa na Pressão inspiratória máxima (Pimax) após 60 e 90 dias de fisioterapia respiratória. A mediana da Pimax inicial era -80 [(-40) - 110]cmH2O; após 30 dias, a média de Pimax foi de -100 ± 24,4 e, após 90 dias, -99 ± 26,2cm H2O (p < 0,05). Em relação à cirtometria xifóide, houve um aumento significativo após 90 dias de atividades: A mediana pré foi de 2,0 (1-5)cm e após 90 dias, passou para 3,0 (1-4)cm (p = 0,05), sugerindo que a expansibilidade torácica aumentou após a fisioterapia. O mesmo ocorreu com a respiração abdominal. A mediana de valores da cirtometria abdominal (Ctab) inicial foi -1,5 [(-3)-3]cm. Após 15 dias de um programa de exercícios respiratórios, houve uma melhora significativa da respiração paradoxal; a mediana da Ctab inicial era de 2 (1-3)cm e após 90 dias, o benefício se manteve positivo, ou seja, a mediana aumentou para 3 (2-3)cm. **Conclusão:** Apesar do número pequeno da amostra, a fisioterapia teve uma influência positiva no padrão respiratório dos pacientes obesos mórbidos após 15 dias de um programa de treinamento.

PO023 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA ASSOCIADA AO USO DE PROPILOTIURACIL

Duque Pereira AL, Zanela VB, Lopes AJ, Capone D, Noronha AJ, Maeda TY, Jansen JM
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Vasculite pulmonar; ANCA; Propiltiouracil

Introdução: Em 1993, foram relatados os primeiros casos de vasculite auto-imune associada ao uso de propiltiouracil. Desde então, cerca de 30 casos foram descritos na literatura, a

maioria deles apresentando quadros de hemorragia alveolar difusa e/ou insuficiência renal aguda associados com a presença de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) com padrão perinuclear (ANCA-p). **Objetivos:** Exemplificar a possibilidade do desenvolvimento de vasculite associada ao uso de propiltiouracil, e sua associação com a presença do ANCA com padrão clássico (ANCA-c). **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 81 anos, em vigência de tratamento para hipertireoidismo com propiltiouracil há 1 mês, internada com quadro de hemoptóicos, hematúria e insuficiência renal aguda. Sua radiografia e tomografia computadorizada do tórax mostraram infiltrado pulmonar alveolar difuso, enquanto a radiografia de seios da face foi normal. Prova de função respiratória: distúrbio ventilatório obstrutivo leve, com difusão do CO ajustada para a hemoglobina sérica de 103% do teórico. Na broncofibroscopia não foi observado sítio de sangramento ativo, porém havia resquício de sangue em árvore brônquica. Durante a internação, a paciente evoluiu com piora progressiva da função renal, chegando a ter valor de creatinina sérica de 2,56mg/dl. Fator antinuclear não reagente, fator reumatóide negativo, ANCA-c reagente com título de 1/640. Devido a associação temporal entre o início do propiltiouracil e o desenvolvimento de vasculite sistêmica (síndrome pulmão-rim) foi imediatamente suspenso o uso desta medicação. Posteriormente, houve necessidade de administração de pulsoterapia com metilprednisolona, seguida de dose de manutenção de prednisona e ciclofosfamida oral. A paciente evoluiu com melhora clínica e radiológica, sem necessidade de métodos dialíticos. Após alguns meses apresentou complicações infecciosas relacionadas a imunossupressão, evoluindo para o óbito. **Conclusão:** Os autores enfatizam a possibilidade de hemorragia alveolar e até de síndrome pulmão-rim ser uma complicação associada ao uso do propiltiouracil. Nesses casos, o ANCA pode ser um marcador útil para detecção precoce da vasculite e descontinuação do medicamento, antes que outras medidas terapêuticas sejam tomadas.

PO024 SÍNDROME DA DISCINESIA CILIAR, RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Beneti R, Gonçalves RM, Da Rosa Júnior D

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiectasias; Discinesia ciliar; Insuficiência respiratória

Introdução: A Síndrome da Discinesia Ciliar é uma entidade correlacionada com fatores hereditários, ambientais ou até pós-infecciosos, sendo causa descrita de bronquiectasias. Quando correlacionada a situs inversus e sinusopatia, caracteriza a Síndrome de Kartagener. **Objetivos:** Descrevemos o caso de um paciente atendido no Hospital Universitário, com diagnóstico de bronquiectasias, tendo como diagnóstico etiológico a Síndrome da Discinesia Ciliar. Relatamos o quadro clínico, tratamento e passos do diagnóstico diferencial, e oferecemos breve revisão da literatura sobre o assunto. **Métodos:** Paciente masculino de 39 anos, procurou o Pronto Socorro do Hospital Universitário com quadro de tosse há 10 anos, com piora há quatro dias, acompanhada de dispnéia ao repouso e expectoração abundante e mucopurulenta. Relatava inúmeros atendimentos em emergência, com várias "pneumonias" tratadas nos últimos 12 meses. Ex-tabagista de 10 maços-ano, parou de fumar há 12 anos. Ao exame físico apresentava-se dispnéico, cianótico, com ausculta pulmonar evidenciando murmúrio vesicular presente bilateralmente, com estertores crepitantes em base de hemitórax direito e subcrepitantes à esquerda, sibilância generalizada com tempo expiratório prolongado. À oximetria de pulso com SatO₂ = 82% (ar ambiente), ausência de baquetamento digital ou sinais clínicos de cor pulmonale. **Resultados:** Radiografia de tórax mostrou opacidade alveolar bilateral, com inversão da trama vaso-brônquica e aumento dos espaços intercostais. Tomografia de tórax apresentando discreto espessamento pleural apical à direita, com múltiplas bronquiectasias císticas, com áreas de impactione mucóide, principalmente em lobo superior direito, além de bolha de paredes finas em segmento apical de lobo inferior direito. Cultura de escarro: contaminada. Dosagem de cloreto de sódio no suor: negativa. Espermograma: presença de astenozoospermia e oligozoospermia moderada. O paciente foi tratado com antibioticoterapia com espectro para *Pseudomonas aeruginosa*, corticosteróides sistêmicos, e broncodilatadores inalados, além de fisioterapia respiratória e oxigenioterapia. Apresentou excelente evolução clínica, recebendo alta em bom estado geral, oximetria de pulso normal. Foi orientado com relação ao diagnóstico de Síndrome da Discinesia Ciliar e da necessidade de seguimento clínico e fisioterápico. **Conclusão:** As bronquiectasias são alterações na morfologia brônquica, com distorção irreversível da sua estrutura. São, na maioria das vezes, de causa pós-infecciosa, e o diagnóstico diferencial é por vezes negligenciado. A Síndrome da Discinesia Ciliar é causa descrita de bronquiectasias, podendo ainda estar presente outros achados clínicos, tais como história de insuficiência respiratória neonatal, rinosinusopatias e esterilidade masculina, e maior incidência de gravidez ectópica em mulheres. O tratamento precoce das exacerbações infecciosas, especialmente por *Pseudomonas aeruginosa*, além de manobras preventivas têm comprovado impacto na sobrevida destes pacientes.

PO025 ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Tarso Roth Dalcin P¹, Garcia SB², Rampon G³, Pasin LR⁴, Ramon GM⁵, Oliveira VZ⁶, Abrahão CLO⁷, Becker SC⁸

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,6,7,8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3,4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. ULBRA, São Jerônimo, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Adesão; Tratamento

Introdução: O tratamento da fibrose cística (FC) tem se tornado cada vez mais complexo, exigindo tempo para a sua execução. Assim, a questão da adesão ao tratamento passa a ter relevância clínica. **Objetivos:** Estudar a adesão auto-relatada dos pacientes atendidos pela Equipe de Adultos com FC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estabelecendo associações com as características clínicas da doença e com a percepção da adesão pela equipe multidisciplinar. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, incluindo pacientes com FC com

idade igual ou maior que 16 anos. Foram registrados: características gerais dos pacientes, escore clínico, dados espirométricos e escore radiológico. Foram aplicados questionários no paciente e na equipe, abordando a frequência semanal de utilização da fisioterapia respiratória, da atividade física, da dieta, das enzimas pancreáticas, das vitaminas ADEKS, do antibiótico inalatório e da dornase-alfa. Os pacientes foram divididos em três grupos: grupo com elevada adesão auto-relatada (EA) - escore > 0,70; grupo de moderada adesão (MA) - escore de 0,40 - 0,70; e grupo de baixa adesão (BA) - escore < 0,40. **Resultados:** Foram estudados 38 pacientes, sendo classificados 31 (81,6%) como EA, 5 (13,2%) como MA e 2 (5,3%) como BA. Nenhuma das variáveis estudadas se associou à classificação de adesão (p < 0,05). O escore de adesão auto-relatada (mediana = 0,79) foi significativamente maior que o escore de adesão percebida pela equipe (mediana = 0,71, p = 0,003). A boa adesão foi relatada em 84,2% para a fisioterapia respiratória, em 21,1% para a atividade física, em 65,8% para a dieta, em 96,3% para as enzimas pancreáticas, em 82,4% para o ADEKS, em 76,8% para o antibiótico IN e em 79,4% para o pulmозyme. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou que a adesão ao tratamento foi elevada na maioria dos pacientes com FC. A adesão auto-relatada pelo paciente foi maior que a percebida pela equipe de saúde. Atividade física e seguimento à orientação dietética tiveram menor adesão.

PO026 HIPOPLASIA PULMONAR DIAGNOSTICADA EM ADULTO - RELATO DE CASO

Fonseca Oliveira RJ, Chalouhi VK, Valois FM, Rosa LS, Rocha RT, Nakatani J UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hipoplasia pulmonar; Adulto; Diagnóstico

Introdução: A hipoplasia pulmonar é uma anomalia congênita que causa desarranjo pulmonar, com uma prevalência muito pouco freqüente, que é habitualmente diagnosticado na infância e tem uma alta mortalidade, aparecendo em cerca de 10% das necropsias pós-natal. Nesta patologia há uma diminuição no número e no tamanho de vias aéreas e vasos pulmonares. As alterações no desenvolvimento pulmonar ocorrem na segunda fase de desenvolvimento intra-uterino do pulmão - pseudo-glandular. Pode ser primária (sem associação com outras comorbidades, com óbito precoce do paciente) ou secundária (associada a outras anomalias). **Objetivos:** Relatar caso de paciente oligossintomática com diagnóstico tardio de hipoplasia pulmonar. **Métodos:** Relato de caso clínico. **Resultados:** E.B.S., 31a, feminino, faioderma, do lar, natural de Ilheus/Ba e procedente de São Paulo/SP QP: "tosse há 03 meses" HDA: Paciente previamente hígida referindo início de tosse ora seca, ora com expectoração amarelo-esbranquiçada há 03 meses. Nega rinorréia anterior e posterior, prurido nasal, dor torácica, dispnéia, sibilância, hemoptise, edema em MMII, perda ponderal, febre e astenia. Menciona episódios esporádicos (01 ao mês) de "azia" principalmente quando ingere alimentos "gordurosos". Nega episódios anteriores semelhantes a este. Antecedentes: Nega TB, pneumonias de repetição, cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias, hepatopatias. APF: Mãe com HAS e com passado de TB há 08 anos (tendo a paciente cuidado da mesma), 03 irmãos com diagnóstico de TB na mesma época. HV: Nega tabagismo, etilismo. ISDA: NDN Exame Físico BOG, eupnéica, acianótica, anictérica, corada, hidratada, com boa perfusão tissular. ACV: RCR em 2T, BNF, s/sopros. FC: 88bpm. TA: 120 x 80mmHg AR: Redução da expansividade torácica esquerda, frêmito toracovocal diminuído à esquerda. MV presente e bastante reduzido à esquerda, com roncos a esquerda. Abdomen: Plano, flácido, indolor, sem visceromegalias, RHA presente e normal. Membros: sem anormalidades Broncoscopia: Normal até 2º subsegmentos brônquicos TC Tórax com contraste: Hipoplasia de pulmão esquerdo. **Conclusão:** A presença hipoplasia pulmonar no adulto é rara, provavelmente pela presença de pneumonias de repetição ou anomalias congênitas associadas que levam o paciente a óbito na infância. Revisão bibliográfica descreve apenas 52 casos descritos na literatura com diagnóstico na idade adulta (Rubio, F. L et al, Anales de medicina interna, 2002). O seu diagnóstico é dado pela TC de tórax e/ou Arteriografia associada a broncoscopia. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico nos casos de infecções de repetição associadas.

PO027 CAPACIDADE SUBMÁXIMA DE EXERCÍCIO EM PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA

Tarso Roth Dalcin P¹, Perin C², Rovedder PME³, Ziegler B⁴, Abrahão CLO⁵, Menna Barreto SS⁶ 1,6. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3,4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Teste da caminhada; Exercício

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos (TC6) tem sido amplamente utilizado nas avaliações periódicas da capacidade submáxima de exercício em pacientes com doença respiratória. Poucos estudos abordam pacientes com fibrose cística incluídos em um programa de adultos. **Objetivos:** Os objetivos do presente estudo foram: avaliar a capacidade submáxima de exercício em pacientes atendidos em um programa de adultos para FC, analisando as relações da capacidade submáxima de exercício com escore clínico, parâmetros nutricionais, escore radiológico e medidas funcionais pulmonares. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo que incluiu os pacientes com FC atendidos pelo programa de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de inclusão (idade igual ou superior a 16 anos), com diagnóstico estabelecido de acordo com critérios de consenso em fase de estabilidade clínica da doença. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação clínica, realizada pelo membro mais graduado da equipe, para definição da estabilidade clínica da doença. Posteriormente os pacientes eram submetidos à avaliação do estado nutricional, ao escore clínico, ao TC6, aos testes de função pulmonar, à medida das pressões respiratórias estáticas máximas e ao exame radiológico de tórax. Todas as avaliações foram realizadas em um período máximo de uma semana. **Resultados:** A média da distância percorrida no TC6 em toda a amostra de pacientes foi de 556,7 ± 76,5m. A distância percorrida no TC6 se correlacionou significativamente com as seguintes variáveis: idade de diagnóstico (r = -0,32, p = 0,041), VEF1 em litros (r = 0,53, p < 0,001), VEF1 em % do previsto (r = 0,35, p = 0,025), CVF em

litros ($r = 0,62$, $p < 0,001$) e CVF em % do previsto ($r = 0,44$, $p = 0,005$). Trinta pacientes (73,2%) apresentaram distância percorrida abaixo do limite inferior da normalidade para o previsto, não sendo constatada diferença significativa entre os três grupos de gravidade funcional pulmonar. **Conclusão:** O estudo da capacidade submáxima de exercício pelo TC6 em pacientes com FC atendidos em um programa de adultos, mostrou que 73,2% dos pacientes tiveram um desempenho abaixo do limite inferior da normalidade previsto. Os pacientes com diagnóstico mais tardio tiveram pior desempenho no TC6. A distância percorrida no TC6 se correlacionou diretamente com o VEF1 e com a CFV.

PO023 PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES HISTOPATOLÓGICAS EM BIÓPSIA PULMONARES NO PERÍODO DE 1995 A 2005 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UFMA

Ferreira ES, Cavalcante AL, Ferreira SLC, Couto HBA, Pinheiro MVV, Melo RJL, Barros AJS, Lopes JAC
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Prevalência; Biópsia pulmonar; Alterações histológicas

Introdução: As doenças respiratórias constituem a maior causa de internações no sistema público de saúde no Brasil. O custo referente a essas internações ultrapassam R\$ 490 milhões por ano. A principal causa de morbidade hospitalar é a pneumonia, seguida pela asma e DPOC e tendo como principal causa de mortalidade as neoplasias pulmonares. O método de biópsia é importante por identificar, classificar e caracterizar os processos patológicos. Nos casos de difícil diagnóstico clínico, a biópsia é um excelente método para confirmação diagnóstica, pois caracteriza a morfologia e/ou histologia da doença em curso. **Objetivos:** Determinar a prevalência de doenças pulmonares e os tipos de alterações histológicas e/ou morfológicas nas biópsias realizadas entre os anos de 1995 e 2005 no HU-UFMA. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo a partir da análise de livros-registro de exames histopatológicos realizados nos anos de 1995 a 2005 no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário-UFMA. Observaram-se 35.225 relatos de biópsias realizadas nesse período, sendo estabelecido o número de biópsias pulmonares e dentre elas identificou-se as principais alterações morfológicas. **Resultados:** De 35.255 biópsias realizadas entre os anos de 1995 a 2005, encontrou-se 363 (1,03%) biópsias pulmonares. Dentre as biópsias pulmonares as principais alterações histológicas e/ou morfológicas encontradas foram as seguintes: 4 (1,10%) anomalias congênitas, 10 (2,75%) doenças de origem vascular, 114 (31,40%) doenças inflamatórias inespecíficas, 91 (25,07%) infecções pulmonares, 114 (31,40%) neoplasias e 30 (8,28%) diagnósticos indefinidos. **Conclusão:** Observou-se uma pequena prevalência de biópsias pulmonares que pode ser atribuída ao fato de que as pneumopatias com maior morbidade podem ser diagnosticadas através de critérios clínicos ou métodos de imagem não-invasivos. Dentre as biópsias pulmonares, verificou-se uma maior prevalência de neoplasias e doenças inflamatórias inespecíficas, o que pode ser atribuído ao fato da biópsia ser utilizada para classificação histológica, estadiamento e prognóstico das neoplasias; e à elevada prevalência de doenças inflamatórias inespecíficas.

PO029 INFECÇÃO BACTERIANA CRÔNICA E PARÂMETROS DE CIRCULAÇÃO ARTERIAL PULMONAR EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Tarso Roth Dalcin P¹, Perin C², Rovedder PME³, Ziegler B⁴, Pinotti A⁵, Menna Barreto SS⁶

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2.5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3.4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Infecção bacteriana; Circulação pulmonar

Introdução: A doença pulmonar na fibrose cística (FC) é caracterizada por processo inflamatório persistente e infecção bacteriana crônica. *Pseudomonas aeruginosa* (PA) e *Burkholderia cepacia* (BC) são bactérias frequentemente encontradas nestes pacientes. A destruição pulmonar, causada pela infecção bacteriana, pode contribuir para o declínio da função pulmonar e desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar (HAP). **Objetivos:** Estudar as associações entre a infecção crônica por PA e por BC e os parâmetros de circulação arterial pulmonar em pacientes com FC. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, em pacientes com FC com idade ≥ 16 anos, acompanhados pela Equipe de Adultos com FC do HCPA. Os pacientes incluídos realizaram, no último ano, um mínimo de três exames bacteriológicos do escarro em meio específico para PA e BC. Foram submetidos a um ecodoppler cardiografia com estimativas da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), tempo de aceleração do fluxo sistólico do ventrículo direito-artéria pulmonar (TAS) e diâmetro do ventrículo direito (DVD), e a uma avaliação espirométrica. **Resultados:** Foram estudados 39 pacientes (18M/21F). Vinte e cinco pacientes apresentaram infecção crônica por PA e 9 por BC. A média de idade pacientes infectados por PA foi de 24,16 \pm 6,88 anos e de 25,56 \pm 6,18 anos naqueles infectados por BC. A média da PSAP estimada foi de 37,29 \pm 5,75mm Hg ($p = 0,076$) nos pacientes com PA e 36,96 \pm 8,91mm Hg ($p = 0,555$) nos pacientes com BC. O TAS foi significativamente menor nos pacientes infectados por BC ($p = 0,034$). No exame de espirometria o VEF1 e a CVF foram de 51,17 \pm 23,96 ($p = 0,171$) e 65,57 \pm 21,04 ($p = 0,383$) nos pacientes com PA, e naqueles com BC o VEF1 e a CVF foram de 38,70 \pm 22,26 ($p = 0,031$) e 52,31 \pm 18,86 ($p = 0,014$), respectivamente. **Conclusão:** Não observamos associações significativas entre infecção bacteriana por PA e os parâmetros de circulação pulmonar. Os pacientes portadores de BC apresentaram um menor TAS e pior função pulmonar que os não infectados por essa bactéria.

PO030 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO E CAPACIDADE SUBMÁXIMA DE EXERCÍCIO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Tarso Roth Dalcin P¹, Perin C², Rovedder PME³, Ziegler B⁴, Pinotti A⁵, Menna Barreto SS⁶, Rampon G⁷, Pasin LR⁸

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2.5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3.4,7,8. J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Circulação pulmonar; Ecocardiografia

Introdução: A fibrose cística (FC) leva a uma doença pulmonar crônica que, em fase avançada, pode se acompanhar de hipertensão arterial pulmonar (HAP) e de redução da capacidade ao exercício. **Objetivos:** Determinar a relação entre a pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) e a capacidade submáxima de exercício, avaliada pelo teste de caminhada de 6 minutos (TC6), em pacientes com FC. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo em pacientes com FC com idade ≥ 16 anos, acompanhados pela Equipe de Adultos com FC do HCPA. Os pacientes foram submetidos a: avaliação clínica, ecocardiografia, TC6, espirometria e radiografia. **Resultados:** Foram estudados 39 pacientes, não observamos correlação significativa entre a distância percorrida no TC6 e a PSAP, diâmetro do ventrículo direito e o tempo de aceleração do fluxo sistólico do ventrículo direito-artéria pulmonar ($p > 0,05$). Observamos correlação forte e significativa entre a PSAP e a SpO2 em repouso ($r = -0,73$; $p < 0,001$), a SpO2 no final do TC6 ($r = -0,45$; $p = 0,006$), o escore clínico ($r = -0,55$; $p = 0,001$), o escore radiológico ($r = -0,33$; $p = 0,049$), o VEF1 ($r = -0,63$; $p < 0,001$), e a CVF ($r = -0,55$; $p = 0,001$). A SpO2 em repouso foi o melhor preditor da PSAP ($p = 0,013$). O declínio da função pulmonar associou-se com a PSAP ($p < 0,001$), a SpO2 em repouso ($p = 0,001$), a SpO2 no final do TC6 ($p = 0,007$) e com a dessaturação durante o TC6 ($p = 0,025$). **Conclusão:** Não observamos correlação significativa entre a PSAP e a distância percorrida no TC6 em pacientes com FC. A PSAP correlacionou-se fortemente com a SpO2 em repouso. Além disso, a PSAP foi fortemente correlacionada com o escore clínico de Schwachman-Kulczycki, o VEF1 e a CVF.

PO031 FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA, FUNÇÃO PULMONAR E ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Tarso Roth Dalcin P¹, Garcia SB², Ziegler B³, Rovedder PME⁴, Abrahão CLO⁵

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2.5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3.4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Força muscular; Estado nutricional

Introdução: A fibrose cística (FC) leva a uma doença pulmonar crônica que pode se acompanhar de perda de função pulmonar, desnutrição e fraqueza muscular respiratória. **Objetivos:** Avaliar a associação entre o estado nutricional, força muscular respiratória, função pulmonar e escore clínico de pacientes adolescentes e adultos com FC. **Métodos:** Estudo transversal e prospectivo. Incluídos: pacientes com FC com idade igual ou maior que 16 anos, acompanhados no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Realizado: manovacuometria - pressão insp/espíratória máxima (PI/PEmáx); espirometria - capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório no primeiro segundo (VEF1) e VEF1/CVF; avaliação nutricional - índice de massa corporal (IMC), circunferência muscular do braço (CMB) e espessura da dobra cutânea tricipital (DCT); e escore clínico de Shwachman-Kulczycki. Classificação de acordo com o IMC: normal (N) - IMC ≥ 20 kg/m² (≥ 18 anos) ou IMC percentil > 25 (≤ 18 anos) e depleção nutricional (DN) - IMC ≤ 20 kg/m² (≥ 18 anos) ou IMC percentil < 25 (≤ 18 anos). **Resultados:** Foram estudados 39 pacientes (16masc/23fem) entre Set/04 a Dez/06. A média de idade foi de 23,7 \pm 6,4 anos. Os valores médios da PImáx nos grupos N e DN foram, respectivamente, de 100,6 \pm 35,1 e 91,8 \pm 30,1 ($p = 0,425$); da PE máx foram de 102,5 \pm 40,2 e 102,3 \pm 38,5 ($p = 0,988$), da CVF de 66,4 \pm 25,0% e 65,6 \pm 21,4% ($p = 0,920$); do VEF1 de 55,2 \pm 27,5% e 50,0 \pm 25,6% ($p = 0,568$); escore clínico de 76,3 \pm 10,7 e 73,7 \pm 14,5 ($p = 0,555$). **Conclusão:** Não foi identificada associação do estado nutricional com a força muscular respiratória, função pulmonar e escore clínico de pacientes adolescentes e adultos com FC.

PO032 PADRÃO DE ENVOLVIMENTO CUTÂNEO E ASSOCIAÇÃO COM ENVOLVIMENTO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE ESCLEROSE SISTÊMICA

Jezler SF, Andrade TL, Santos FP, Lemos ACM

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Esclerodermia; Fibrose pulmonar; Hipertensão pulmonar

Introdução: O padrão de envolvimento cutâneo na esclerose sistêmica (ES) pode ser categorizado em limitado e difuso e parece possuir relação com diferentes padrões de envolvimento orgânico. Os pulmões são frequentemente acometidos nessa doença e esse envolvimento parece variar conforme padrão cutâneo da ES. **Objetivos:** Avaliar os padrões de envolvimento pulmonar em um grupo de pacientes com ES e estabelecer associações com o tipo de envolvimento cutâneo. **Métodos:** Avaliação transversal de pacientes portadores de ES, encaminhados para avaliação pneumológica independente da presença de sintomas respiratórios. O protocolo de avaliação consistiu de avaliação clínica, pesquisa do anti-Scl 70, provas de função pulmonar, tomografia de alta resolução do tórax (TCAR) e ecocardiograma (em 50 pacientes). As variáveis contínuas foram descritas através de suas médias, desvios padrão, medianas e proporções. Para comparação das variáveis entre dois grupos, foram utilizados teste t de Student, Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram estudados 69 pacientes portadores de ES, com média de idade de 42,9 \pm 12,9 anos, tempo de início de ES de 6,5 \pm 6,5 anos. O padrão cutâneo difuso foi o mais comum, visto em 65,2% dos indivíduos. O anti-Scl 70 foi detectado em 30,4% dos pacientes e dispnéia foi o sintoma respiratório mais frequente, ocorrendo em 69,6% da amostra. Envolvimento intersticial pulmonar foi detectado em 50,7% da amostra. Hipertensão pulmonar foi detectada em 50% dos avaliados com ecocardiograma. Quando comparados os pacientes com padrão cutâneo difuso e limitado, não houve diferença na frequência ou intensidade de sintomas respiratórios, exceto dor torácica, que foi mais comum entre os indivíduos com doença cutânea limitada. Não houve diferença entre os grupos quanto as variáveis de função pulmonar ou presença de hipertensão pulmonar. Envolvimento intersticial foi mais comum entre os pacientes com doença difusa, porém sem significância estatística. **Conclu-**

são: O padrão cutâneo difuso foi o mais freqüente no grupo avaliado. Não houve diferença entre os pacientes com doença cutânea limitada e difusa quanto ao padrão ou freqüência de envolvimento pulmonar, excetuando a maior freqüência de dor torácica entre os indivíduos com padrão cutâneo limitado.

P0033 ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE HEMOPTISE INTERNADOS EM HOSPITAL ESPECIALIZADO

Cavalcanti Lundgren FL, Costa AMDN, Gonçalves AV, Cabral MM, Apolinário DB, Coelho MAL, Gandara JMB, Santana Baracho JD
HOF, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Bronquiectasias; Bola fúngica

Introdução: Hemoptise é definida como o sangramento proveniente das vias aéreas inferiores se apresentando, mais comumente, como tosse com eliminação de sangue ou secreção pulmonar com sangue. É classificada como leve (eliminação de menos de 100ml de sangue em 24), moderada (eliminação de 100-600ml de sangue em 24h) ou grave (eliminação de mais de 600ml de sangue em 24h ou 30ml/h). Sua etiologia varia com a região estudada. No Brasil, a maior causa é a tuberculose, seja na forma ativa ou devido as suas seqüelas. **Objetivos:** Estudar os casos de internamento por Hemoptise na enfermaria de Pneumologia do HOF. Estudo retrospectivo descritivo de 50 casos de internamento por hemoptise no período entre 02 de 2005 e 06 de 2006. **Métodos:** Revisão de causas de internamento na enfermaria de Pneumologia em 18 meses, selecionados os casos internados por hemoptise. Os dados foram obtidos do banco de dados de altas da enfermaria da residência médica em Pneumologia, e analisados através do programa Epi Info 3.3.2. **Resultados:** Foram internados no período do estudo, 318 pacientes em 42 leitos da residência em pneumologia do HOF, 50 casos de internamento por hemoptise como causa principal de internamento foram encontrados. A tabela I, apresenta os dados de idade média, classe da hemoptise, conduta adotada, período de internamento, e evolução dos casos, agrupados por sexo. Tabela I – Dados de idade, classe da hemoptise, conduta e resultado agrupados por sexo Classe Conduta Resultados Sexo Idade L M G Cir Clin TI Controle Óbito M 44 11 26 7 1 43 56 43 1 F 50 4 2 0 0 6 23 6 0 Idade média. L = Leve, M = Moderada, G = Grave, Cir = Cirurgia, Clin = Clínico TI = período médio de internamento. **Conclusão:** Nos dados obtidos, a principal causa de hemoptise foram as bronquiectasias, seguidas por bola fúngica e neoplasia de pulmão, a Tuberculose pulmonar, esteve presente, mesmo sendo uma enfermaria para doença não tuberculosa, que possui uma enfermaria própria. Hemoptise em pacientes com Artrite reumatóide (1 paciente sexo feminino), Lúpus eritematoso (1 paciente sexo feminino) e Vasculite pauci-imune comprometendo pulmão e rim (1 paciente sexo masculino), foram encontrados. Os dados nacionais são escassos, os dados publicados de países latino americanos, são semelhantes aos encontrados nesse estudo. A maioria das hemoptises, internadas na enfermaria de pneumologia do HOF, são controladas por conduta clínica. As bronquiectasias são responsáveis pela maioria dos internamentos, as bolas fúngicas, são freqüentes e a indicação cirúrgica foi baixa.

P0034 HEMORRAGIA ALVEOLAR APÓS USO DE ESTREPTOQUINASE EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Valois FM¹, Ferreira RE², De Menezes DA³, Matsumoto JHS⁴, Santoro IL⁵
1,5. UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4. C.H. Mandaqui, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar; Trombolítico; Estreptoquinase

Introdução: A terapia fibrinolítica é uma das opções padronizadas para o tratamento da Síndrome Coronariana Aguda com supradesnivelamento do segmento ST. O efeito adverso mais importante é o sangramento, sendo, entretanto, a hemorragia alveolar uma complicação rara. É relatado um caso de hemorragia alveolar após infusão de estreptoquinase em paciente com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. **Objetivos:** Relatar caso de hemorragia alveolar após uso de trombolítico. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 47 anos procurou o Pronto Socorro por dor precordial anginoso típica, iniciada cerca de uma hora antes do atendimento, associada a sudorese profusa. Negava dispnéia ou síncope. Tabagista (10 anos-maço), desconhecia morbidades pessoais ou familiares prévias. Ao exame físico, estável hemodinamicamente, com PA de 130x90mmHg, sem estigmas patológicos identificáveis. Foi administrado 200mg de AAS, por via oral, e solicitado ECG, que demonstrou supradesnível de ST de 5mm em derivações correspondentes à parede inferior. Foi administrado estreptoquinase (1.500.000U em 1 hora). Alívio da dor e resolução do supra de ST em novo ECG foram considerados critérios de reperfusão; posteriormente, pico precoce de enzimas corroborou a efetividade terapêutica. Exames iniciais demonstraram Hb de 15,4g/dl, Ht de 47%, com coagulograma normal. Após cerca de três horas, apresentou tosse seca, evoluindo, na hora seguinte, com episódios de hemoptise de pequena quantidade e discreta dispnéia de repouso; havia estertores crepitantes esparsos, sem outros achados. Gasometria arterial em ar ambiente demonstrou PO₂ de 57, PCO₂ de 35 e SO₂ de 89%. Radiograma de tórax demonstrou área cardíaca normal, opacidades alveolares heterogêneas, difusas, poupando periferias e seios costofrênicos. O paciente foi mantido com cateter de O₂ (2l/min), manteve SO₂ acima de 92%. Nas 24 horas seguintes houve discreta melhora da dispnéia. Novo hemograma revelou queda de hemoglobina em 3,2g/dl. TC de alta-resolução demonstrou opacidades alveolares difusas, compatíveis com o achado radiográfico; ecocardiograma realizado no segundo dia de internação mostrou hipocinesia em parede inferior, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo estimada em 64%. No terceiro dia de internação houve melhora da tosse e cessação da hemoptise; eupnéico em ar ambiente, apresentava PO₂ de 68mmHg com SO₂ de 95%. Radiograma de tórax e TCAR realizadas no sétimo dia de internação mostraram ausência de anormalidades parenquimatosas. Com estabilidade clínica, foi realizado cineangiocoronariografia, que demonstrou comprometimento tri-arterial, sendo submetido a cirurgia de revascularização miocárdica. **Conclusão:** A fisiopatogenia da hemorragia alveolar após uso de trombolíticos são desconhecidos. Tem sido

sugerido ser uma complicação mais freqüente do que expressam os coeficientes de incidência, pouco diagnosticada pelo curso geralmente brando e pela tendência a remissão espontânea.

P0035 AMILOIDOSE LIMITADA AO PULMÃO

Silva Pereira Costa AT

Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Palavras-chave: Amiloidose; Pulmonar; Traqueobrônquica

Introdução: A amiloidose limitada ao pulmão é uma entidade rara, podendo expressar-se na forma laringea, traqueobrônquica, ou parenquimatosa (nodular, solitária ou múltipla). A clínica de apresentação e a imagiologia, por vezes frustrantes, tornam o diagnóstico diferencial difícil, particularmente com lesões neoplásicas e granulomatosas. **Objetivos:** Os autores apresentam 3 casos de amiloidose limitada ao pulmão, duas traqueobrônquicas, e uma parenquimatosa. **Métodos:** Foram feitas consultas dos processos clínicos dos doentes envolvidos, de uma forma retrospectiva. **Resultados:** Caso 1 – homem de 57 anos, não fumador, estucador; aos 26 anos iniciou subitamente queixas de rouquidão. RX do tórax normal. TAC torácica com irregularidades do lúmen laringeo e traqueal com formações nodulares, sem alterações parenquimatosas ou mediastínicas. O EFR mostrou uma obstrução moderada, e a BF inúmeras formações tumorais des de zona supraglótica e ao longo da traqueia, com marcada obstrução, e cuja biópsia demonstrou depósitos eosinófilos amorfos que coravam com o Vermelho do Congo, fazendo o diagnóstico de Amiloidose Laringotraqueobrônquica. Mantem-se em seguimento em Consulta, com estabilidade. Caso 2 – mulher de 56 anos, não fumadora e doméstica, que aos 51 anos iniciou queixas de dispnéia, poeira, tosse persistente, e expectoração hemoptóica. RX do tórax e EFR sem alterações. A BF mostrou ausência de lesões laringeas, mas em toda a árvore traqueobrônquica existiam placas amareladas sugestivas de infiltração amiloidótica da mucosa. A biópsia dessas lesões confirmou o diagnóstico de Amiloidose Traqueobrônquica. Mantem-se em seguimento em Consulta, com estabilidade clínica, apesar de haver alguma progressão endoscópica das lesões. Caso 3 – homem de 75 anos, fumador activo de 80 UMA, que surgiu com hemiplegia direita e disartria de instalação súbita. A TAC CE realizada evidenciou lesão expansiva frontal esquerda compatível com metástase, pelo que o doente foi internado para estudo. O RX tórax mostrou paquipleurite esquerda, bem como a TAC torácica, que também evidenciou nódulo com 3,4cm paratraqueal direito, múltiplos nódulos infracentimétricos paratraqueais esquerdos, e opacidades tênues nos apicais dos LSD e LID. Realizou BF, sem alterações significativas. O restante estudo efetuado para esclarecer a localização primitiva do tumor foi inconclusivo. A biópsia cirúrgica pulmonar mostrou lesão de limites irregulares com material amorfo, eosinófilo, e extracelular, com envolvimento da pleura pelos mesmos depósitos; a observação à luz polarizada com Vermelho do Congo permitiu afirmar tratar-se de substância amiloide, e consequentemente o diagnóstico de Amiloidose Pulmonar. Na seqüência de complicações pós-operatórias o doente faleceu. **Conclusão:** Nos dois primeiros casos foi excluída a amiloidose sistêmica; no último, persiste a dúvida se seria um caso de amiloidose sistêmica com envolvimento pulmonar, ou de amiloidose pulmonar concomitante com uma lesão metastática de tumor primitivo oculto.

P0036 VALOR DOS ACHADOS CLÍNICOS E DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR PRÉ-OPERATÓRIA COMO PREDITORES DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS PÓS-OPERATÓRIAS

Gazzana MB, Knorst MM, Chaves R, Bertolucci C, Lourenço ALA, Franciscato AC, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pré-operatório; Complicações; Função pulmonar

Introdução: A avaliação pré-operatória é útil para identificar indivíduos que apresentem um risco maior de morbidade e mortalidade pós-operatória. **Objetivos:** Estudar a relação entre dados de avaliação pulmonar pré-operatória e ocorrência de complicações pulmonares pós-operatórias. **Métodos:** Foram revisados 521 prontuários de pacientes que realizaram avaliação funcional pulmonar pré-operatória no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de 2000 a 2004, e que posteriormente realizaram procedimento cirúrgico. Foram coletados dados da espirometria pré-operatória, ficha anestésica, comorbidades clínicas e pulmonares, história tabágica, complicações pulmonares pós-operatórias e tempo de permanência hospitalar. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 59,5 anos (DP ± 14 anos). Do total dos pacientes, 65,8% eram do sexo masculino e 95,7% eram brancos. Quarenta e um por cento dos pacientes eram fumantes ativos, 34,7% tinham história de tabagismo no passado e 23,6% nunca fumaram. A média do VEF1 foi de 76,6% do previsto (DP ± 24,6%). Comorbidades clínicas estavam presentes em 73,5% dos pacientes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em 29,8%. Em 98 pacientes (18,8%) foram observadas complicações pulmonares pós-operatórias, sendo pneumonia a mais comum, presente em 9,2% dos casos. Quarenta e três pacientes (8,3%) foram a óbito durante a hospitalização. Dos pacientes que realizaram cirurgia torácica, cardíaca, abdominal superior, abdominal inferior e em outros locais as taxas de complicações pulmonares pós-operatórias foram, respectivamente, 28,4%, 28,0%, 21,3%, 13,3% e 2,9% (p ≤ 0,0001). A maioria dos pacientes com complicações pulmonares pós-operatórias (66,7%) foram classificados como ASA III e IV (p < 0,01) e 68,4% tiveram o tempo de anestesia superior a 3,5 horas (p ≤ 0,0001). O tempo de internação variou nos pacientes sem e com complicações pulmonares pós-operatórias (15,1 ± 21,7 dias e 27,4 ± 19,5 dias; p < 0,001). Pacientes que nunca fumaram tiveram menos complicações pós-operatórias que os pacientes com história tabágica positiva (p = 0,02). Não houve associação significativa entre complicações pulmonares pós-operatórias e presença de comorbidades clínicas ou DPOC, com VEF1 ou índice de massa corporal (p > 0,05). **Conclusão:** Os fatores mais importantes associados com complicações pulmonares pós-operatórias foram o local da cirurgia (torácica, cardíaca e abdominal superior), o tempo de anestesia (maior que 3,5 horas) e a classificação ASA pré-operatória (ASA III e IV).

PO037 DOENÇA DE VIAS AÉREAS ASSOCIADA A RETOCOLITE ULCERATIVA – RELATO DE CASO

Valois FM, Nakatani J, Ota LH, Ferreira RG, Rocha RT
UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquite; Retocolite; Doença inflamatória intestinal

Introdução: A incidência de manifestações extra-intestinais das doenças inflamatórias intestinais varia de 21% a 41%. O comprometimento respiratório é incomum. O espectro clínico varia de anormalidades funcionais assintomáticas a fibrose intersticial. **Objetivos:** Relato de caso de Doença de Vias Aéreas associada a Doença Inflamatória Intestinal. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 40 anos, sexo masculino, auxiliar de enfermagem, natural de São Paulo, procurou o Pronto Atendimento da Pneumologia do Hospital São Paulo com queixa de escarro com sangue há seis meses. Referia tosse com expectoração mucóide, obstrução nasal e rinorréia há 20 anos. Inicialmente os sintomas eram episódicos, com piora no último ano, quando evoluíram a diários. Tinha antecedente pessoal de retocolite ulcerativa há dois anos, tratado com mesalazina e prednisona por seis meses, com remissão dos sintomas gastrintestinais. Relatava antecedente cirúrgico de septoplastia nasal há 4 anos. Ex-tabagista, com carga de 5 anos-maço, cessou o hábito há 2 anos. Ao exame clínico, apresentava-se eutrófico, sem estigmas patológicos identificáveis. Radiografia de tórax foi interpretada como normal; espirometria demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sem resposta ao broncodilatador. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou áreas de aprisionamento aéreo, com espessamento de feixe peribroncovascular, bronquiectasias e bronquiolectasias. Seguiu-se investigação com broncoscopia, que mostrou áreas de hipervascularização, aspecto de granularidade e friabilidade da mucosa, além de abundante secreção mucóide. A análise histopatológica de mucosa identificou hipertrofia glandular, sem formação de granuloma, com pesquisas diretas de fungos e micobactérias negativas. Tomografia de seios paranasais demonstrou espessamento mucoso em seios maxilares, com discreto desvio de septo, sem áreas de destruição óssea. Dentre outros exames complementares; o único positivo foi o ANCA com padrão perinuclear. Concluiu-se, portanto, que se tratava de paciente com diagnóstico de Doença de Vias Aéreas Associada a Retocolite Ulcerativa. Realizado o tratamento com corticosteróides oral (por 14 dias) e inalatório com melhora significativa dos sintomas após um mês. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Os mecanismos através dos quais as doenças inflamatórias intestinais promovem doença respiratória são desconhecidos; as recomendações terapêuticas atuais são baseadas em séries de casos, que orientam uso de corticosteróides oral, inalatório ou, em caso de resposta inefetiva, endobrônquico.

PO038 ASSOCIAÇÃO DE LESÕES PLEUROPULMONARES EM PACIENTE LÚPICA

Chibante FO¹, De Lemos Barros RF², Dias CS³, De Souza TT⁴, Nucera APCS⁵, Maranhão BHF⁶, Chacur FH⁷, Dias RM⁸

1,2,3,4,5,6,8. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 7. Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Pneumonite lúpica; Síndrome do pulmão contraído

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença de caráter auto-imune, marcada por processo inflamatório em múltiplos órgãos. O envolvimento pleuropulmonar é freqüente, denota gravidade, e pode ocorrer naqueles que ainda não preencheram critérios clínico-laboratoriais suficientes para o diagnóstico da doença. **Objetivos:** Apresentar um caso de LES que evoluiu com pleurite, pneumonite lúpica, e síndrome do pulmão contraído, ressaltando a excelente resposta ao tratamento com glicocorticóide. **Métodos:** Relato de caso: S.M.G, sexo feminino, 49 anos, parda, com poliartralgia de pequenas articulações, dispnéia e dor pleurítica intensas. Apresentava-se febril, com crepitações difusas à ausculta pulmonar e murmúrio vesicular abolido em bases. Tomografia do tórax evidenciava opacidades alveolares com broncograma aéreo, atelectasias em bases e derrame pleural bilateral. Ecocardiograma com pericárdio espessado. Espirometria: distúrbio restritivo acentuado. Gasometria arterial com hipoxemia importante. Durante a internação evoluiu com úlceras orais, lesão cutânea (vasculite necrosante leucocitoclástica), e sorologia reumática positiva para LES (FAN, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anti-RNP), sendo iniciada pulsoterapia com metilprednisolona (1g/dia, por três dias). Resposta excelente, com significativa melhora clínica, gasométrica e radiológica. **Resultados:** As manifestações pleuropulmonares variam conforme o tecido afetado: pleura, musculatura respiratória, interstício, vasos e vias aéreas. O envolvimento pleural ocorre em 50% dos casos, e manifesta-se como pleurite e/ou derrame pleural. A paciente desenvolveu inflamação pleuro-pericárdica e derrame pleural, com dor pleurítica intensa, que só cedeu após pulsoterapia. Infecção pulmonar é a principal causa de infiltrado alveolar no LES, e deve ser afastada antes de sugerirmos o diagnóstico de pneumonite lúpica. Esta ocorre por deposição de imunocomplexos nos alvéolos e cursa com febre, tosse, dispnéia, e imagem radiológica com opacidades mal definidas. A paciente apresentava áreas de preenchimento alveolar e broncograma aéreo na tomografia do tórax, porém hemoculturas negativas, e ausência de resposta à antibioticoterapia empírica. A suspeita de pneumonite lúpica foi reforçada pela evolução radiológica favorável após pulsoterapia e pela positividade de anti-Ro no soro, marcador, este, presente em 80% das pneumonites lúpicas. A síndrome do pulmão contraído ocorre por inflamação diafragmática, caracterizando-se por dispnéia associada a distúrbio ventilatório restritivo, e imagem radiológica com diminuição de volume pulmonar e/ou atelectasias bibasais. Todas estas manifestações foram documentadas neste caso, o que nos sugere que o diafragma também tenha sido acometido pela deposição de imunocomplexos. **Conclusão:** Trata-se de um caso grave de LES, com três estruturas respiratórias atingidas, que apesar da alta mortalidade na associação de lesões pleuropulmonares, respondeu satisfatoriamente à pulsoterapia com glicocorticóide.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO039 PNEUMONIA LIPOÍDICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA EM LOBO SUPERIOR ESQUERDO

Romao Pontes SM¹, Ramos SG², Araújo ACS³, Terra Filho J⁴, Vianna EO⁵

1,2,4,5. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Rib. Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Aspiração; Pneumonia lipoidica; Massa pulmonar

Introdução: A pneumonia aspirativa é a consequência patológica da entrada de material proveniente da orofaringe nas vias aéreas inferiores. O surgimento da aspiração como doença depende do tipo e da quantidade de material aspirado, e da resposta do indivíduo. A pneumonia lipoidica exógena é uma forma de pneumonia aspirativa, resultando de inúmeras pequenas aspirações. **Objetivos:** Descrever um caso de pneumonia lipoidica cuja apresentação foi atípica. **Métodos:** Relato de caso: Paciente feminina, 69 anos, branca, casada, natural e procedente de Batatais, procurou serviço médico com queixa de tosse progressiva há um mês, associada a perda ponderal de cinco quilos no período e hiporexia. Há quatro dias, tinha dores nas costas, sem outros sintomas respiratórios. Negava febre. Fazia uso de anticonvulsivantes e antidepressivos, por transtorno bipolar e epilepsia. Outros antecedentes: talassemia e osteoporose, com algumas fraturas relacionadas a quedas durante as crises convulsivas. Negava tabagismo e etilismo. Ao exame apresentava-se descorada, pouco contactante. Ausculta pulmonar demonstrava ronco discreto em hemitórax direito à expiração. Radiografia de tórax evidenciava consolidação em terço superior esquerdo com sinais de perda de volume. Tomografia de tórax com lesão heterogênea em lobo superior esquerdo, com reforço pós-contraste, além de adenomegalia em topografia de janela aorto-pulmonar. Feita hipótese de neoplasia pulmonar (como primeira hipótese), tuberculose ou doença fúngica. Broncoscopia evidenciava saída de secreção purulenta em segmento ápico-posterior de BLSE. Lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica sugestivos de processo supurativo, com ausência de malignidade. Pesquisa e cultura de micobactérias negativas. Realizada videotoroscopia para biópsia da lesão, com anatomopatológico evidenciando alteração da arquitetura pulmonar por processo resolutivo de dano alveolar prévio e ausência de malignidade. Pesquisa para tuberculose e fungos negativa também no tecido. Optado por toracotomia, com realização de lobectomia superior esquerda. **Resultados:** Diagnóstico anatomopatológico lobo superior esquerdo: aspiração crônica associada a pneumonia lipoidica e organização; hiperplasia linfonodal reacional. **Conclusão:** Paciente evoluiu com melhora do quadro de tosse e expectoração, além de ganho de peso. Pelo menos metade dos indivíduos aspira durante o sono. A pneumonia lipoidica freqüentemente se apresenta como doença intersticial nos lobos inferiores e pode até apresentar-se como fibrose. A apresentação como massa unilateral, como diagnóstico diferencial de neoplasia, é incomum. Uma das principais causas de aspiração crônica é a alteração de nível de consciência secundária ao uso de álcool ou medicamentos, dentre eles anticonvulsivantes e antidepressivos. O diagnóstico de síndromes aspirativas deve fazer parte do raciocínio diagnóstico do pneumologista em diversas manifestações clínicas, incluindo nódulos e massas pulmonares.

PO040 COMPLICAÇÃO PULMONAR NA ANEMIA FALCIFORME - RELATO DE UM CASO

De Lemos Barros RF, Chibante FO, Dias CS, Nucera APCS, Maranhão BHF, De Magalhães MC, Dias RM

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Anemia falciforme; Síndrome torácica aguda; Hipertensão pulmonar

Introdução: A anemia falciforme (AF) é uma doença prevalente, com complicações em múltiplos órgãos, sendo comum o acometimento pulmonar. A Síndrome Pulmonar Aguda é característica da AF e responsabiliza-se por 14% das internações de adultos com a doença. **Objetivos:** Apresentar o caso de uma paciente portadora de AF diagnosticada há nove anos que evoluiu com complicação pulmonar (síndrome torácica aguda). **Métodos:** Relato de caso: Feminina, 42 anos, auxiliar de enfermagem, com diagnóstico de AF em 1994 e múltiplas complicações desta (colelitíase, hematuria, necrose de cabeça de fêmur, hemorragia retiniana) em tratamento com ácido fólico e pentoxifilina. Ao final de 2003 iniciou quadro de dor escapular esquerda ventilatório-dependente com irradiação para gradil costal, sem melhora com antiinflamatórios. Apresentava hipotransparência em base de pulmão esquerdo e obliteração do seio maxilar esquerdo em imagens radiológicas, sendo tratada ambulatorialmente com antibióticos e analgesia. Após duas semanas com persistência da sinusite e evolução da dor torácica para hemitórax direito, associada à piora radiológica, foi internada e instituída terapêutica com hidratação venosa, antibiótico, antiinflamatório, analgesia e pentoxifilina. Ecocardiograma evidenciou aumento de cavidades direitas, insuficiência tricúspide leve e hipertensão de artéria pulmonar. Cintigrafia pulmonar V/Q apontou defeitos de baixa probabilidade para TEP ou lesão em involução à direita e defeitos de alta probabilidade para TEP à esquerda. AngioTC de tórax observou vasos podados e pequenos defeitos de enchimento compatíveis com micro-trombos. Iniciou-se anticoagulação com warfarin com melhora sintomática, recebendo alta hospitalar. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial com anticoagulação, suspensa após seis meses, estando a paciente assintomática. **Resultados:** A Síndrome Torácica Aguda é uma manifestação comum da AF caracterizada por dor torácica, taquipnéia, febre, tosse e dessaturação, com leucocitose e infiltrado pulmonar na radiografia de tórax. Acredita-se que sua patogênese deva-se à oclusão microvascular resultando em necrose e fibrose da parede alveolar. A infecção pode estar associada em 10 a 20% dos casos, sendo difícil distinguir infarto de infecção. O tratamento consiste em hidratação venosa, oxigenioterapia, analgesia e antibioticoterapia naqueles com febre alta. Concentração de hemoglobina S. Anticoagulação é raramente necessária, pois a patogênese básica não está relacionada à trombose real e há maior risco de sangramento espontâneo nos portadores com AF. No entanto, como a paciente em questão apresentava hipertensão de artéria pulmonar, que por si só já é fator de risco para trombose in situ, optou-se por

anticoagulã-la. **Conclusão:** A Síndrome Torácica Aguda é uma complicação comum da anemia falciforme que pode mimetizar TEP e por em risco a vida do paciente, com quadro clínico bastante sintomático e hipertensão pulmonar nos casos crônicos.

PO041 ASPECTOS CLÍNICOS, TOMOGRÁFICOS E FUNCIONAIS DA PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR - RELATO DE CASO COM 11 ANOS DE EVOLUÇÃO

Dias CS¹, Chibante FO², De Lemos Barros RF³, Esteves JPA⁴, Maranhão BHF⁵, Morard MRS⁶, Oliveira ME⁷, Dias RM⁸
1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 7. Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Proteinose alveolar; Lavagem pulmonar; Infiltrado alveolar

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara, não inflamatória, na qual existe comprometimento primário do alvéolo, com acúmulo de material amorfo, proteínico, rico em fosfolípidos. **Objetivos:** Apresentar a evolução de um paciente com diagnóstico de Proteinose Alveolar, em sua terceira manifestação, ressaltando a importância da lavagem pulmonar como terapêutica. **Métodos:** Relato de Caso: E.G.C. 28 anos, negro, porteiro, natural de Petrópolis - RJ. Diagnóstico de Proteinose Alveolar há 11 anos, comprovado por estudo histopatológico obtido por biópsia transbrônquica. Duas internações prévias (1995 e 2000) sendo realizada lavagem pulmonar bilateral, com intercêrências, em ambas as ocasiões. Após alta hospitalar, permaneceu assintomático por seis anos, sendo reinternado em 2006, por apresentar dispnéia progressiva aos esforços, adinamia e infiltrado alveolar difuso na radiografia de tórax. Espirometria com distúrbio restritivo grau dois. Foi submetido à nova lavagem pulmonar bilateral, procedimento, este, realizado em centro cirúrgico, com tubo orotraqueal de duplo lúmen. O paciente evoluiu com melhora subjetiva e objetiva comprovada por exames de imagem (TC Tórax e Rx Tórax) e provas de função respiratória (Espirometria, Teste de difusão CO e Pletismografia). **Resultados:** Existem várias hipóteses etiológicas para a PAP, porém há uma tendência maior em associar seu desenvolvimento a determinadas situações, são elas: imunodeficiência, disfunção dos macrófagos alveolares, resposta à infecção, resposta a antígenos inalados, alteração na produção de surfactante e/ou diminuição da velocidade de remoção deste material dos alvéolos. A possibilidade de alteração genética vem sendo avaliada, por enquanto, a doença tem sido classificada como primária (idiopática) ou secundária, quando associada à agressão pulmonar por gases, poeiras ou microorganismos. **Conclusão:** A PAP continua sendo uma doença de difícil tratamento e a lavagem pulmonar total permanece como terapia de escolha. Novas alternativas são necessárias, visto que o procedimento não é isento de efeitos adversos (hipoxemia, instabilidade hemodinâmica, hidropneumotórax, granuloma endotraqueal e enfisema cirúrgico). No entanto, no caso em questão mostrou-se extremamente útil, pois gerou melhora sintomática apreciável acompanhada de discreta resposta funcional. A lavagem segmentar e a terapia de reposição com fator estimulador de colônia granulocítica-macrofágica parecem ser promissoras, porém mais estudos são necessários.

PO042 SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD

Huttner MD, Bergamin JA, Zille AI, Suárez Halty L

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Swyer-James-MacLeod; Síndrome; Relato de caso

Introdução: A síndrome de Swyer-James-MacLeod, causa de pulmão hiperlucido unilateral, tem incidência e prevalência não determinadas e apresenta-se com poucos registros na literatura. **Objetivos:** Relatar caso de síndrome de Swyer-James-MacLeod. **Métodos:** Relato de caso: Paciente feminina, 35 anos, negra, tabagista, com queixa de precordialgia e dispnéia aos esforços há três anos. Referiu grave infecção respiratória na infância. Exame físico geral dentro do normal, com hipersonoridade e diminuição de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo e, presença de estertores finos na base do mesmo. O radiograma e tomografia computadorizada de tórax mostraram aumento da transparência pulmonar a esquerda, com diminuição da vasculatura do mesmo lado e presença de bronquiectasias císticas. A espirometria revelou distúrbio ventilatório restritivo moderado. A cintilografia pulmonar perfusional evidenciou severa hipoperfusão pulmonar à esquerda (7,9%) e a angiografia pulmonar mostrou hipoplasia de artéria pulmonar esquerda. **Resultados:** A síndrome de Swyer-James-MacLeod é uma doença rara, provavelmente secundária a uma infecção do trato respiratório inferior na infância, com subsequente bronquiolite obliterante. Embora alguns pacientes sejam assintomáticos, a maioria possui história de infecções respiratórias de repetição. Os achados radiológicos consistem em hiperlucência unilateral ou lobar, diminuição de tamanho pulmonar e hilar, escassez do desenho vascular intrapulmonar, excursão diafrágica marcadamente assimétrica e aprisionamento aéreo na expiração. A angiografia pulmonar e cintilografia ventilatório-perfusional podem ser úteis no diagnóstico diferencial. O tratamento é sintomático e tem bom prognóstico. **Conclusão:** O caso relatado sugere fortemente uma síndrome de Swyer-James-MacLeod.

PO043 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA: CORRELAÇÃO CLÍNICO-TOMOGRÁFICO-HISTOPATOLÓGICA

Araujo Teotônio VL¹, Marinho MMMAE², Veloso TVB³, Coelho Filho JC⁴, Pereira-Silva JL⁵
1. Hospital Jorge Valente - Salvador-Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2, 3. Hospital Jorge Valente - Salvador-Bahia, Salvador, BA, Brasil; 4. Fundação José Silveira, Salvador, BA, Brasil; 5. Hospital Jorge Valente - Salvador-Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Eosinofilia; Aguda

Introdução: Pneumonia eosinofílica aguda é caracterizada por um quadro febril, com menos de cinco dias de sintomas, em que costumam estar acometidos os compartimentos pulmonares intersticiais e espaços aéreos. Habitualmente, vem acompanhada de insuficiência respiratória, em níveis de gravidade variáveis, que pode requerer ventilação mecânica. Se

não for identificada e tratada precocemente, pode ser fatal. A presença de > 25% de eosinófilos no lavado broncoalveolar, que nem sempre vem acompanhada de eosinofilia periférica, é critério diagnóstico. A possibilidade diagnóstica de outras entidades, capazes de causar eosinofilia pulmonar deve ser afastada. Resposta dramática e completa aos corticóides e ausência de recidivas são características marcantes. **Objetivos:** Descrever e correlacionar as características clínicas, radiológicas e histopatológicas de pacientes com pneumonia eosinofílica aguda, cujo diagnóstico precoce tem valor prognóstico. **Métodos:** São relatados dois casos de pneumonia eosinofílica aguda, cuja caracterização clínica e tomográfica permitiu o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica efetiva. **Resultados:** São descritos dois casos de pneumonia eosinofílica aguda, em pacientes do sexo feminino; com 30 e 20 anos de idade, respectivamente; acompanhados de hipoxemia (PaO2 61mmHg e PaO2 65mmHg, respectivamente); com eosinofilia periférica de 19% (3.420) e 15% (2.055), respectivamente; cujo lavado broncoalveolar mostrou 35% e 32% de eosinófilos, respectivamente, e serviu para afastar outras possibilidades diagnósticas. Em ambos os casos, a biópsia transbrônquica revelou infiltrado proeminente de eosinófilos e células mononucleares nos espaços e paredes alveolares, além de edema nos espaços aéreos, paredes brônquicas e interstício periférico. Em nenhum deles havia granulomas ou sinais de vasculite. A TCAR demonstrou áreas de consolidação pulmonar multifocal, por vezes circundadas por halo em vidro-fosco; espessamento de septos interlobulares e pequenos nódulos maldefinidos. Ausência de linfonodomegalias. Em um dos casos havia diminuto derrame pleural bilateral. Os testes sorológicos para Aspergillus, HIV e patógenos atípicos foram negativos. Nenhum dos pacientes fez uso de antibióticos por mais de 24 horas. A história ocupacional foi inconsistente. Ambos foram tratados com prednisona, com resolução rápida e completa do quadro clínico e dos infiltrados pulmonares. Não houve nenhum caso de recidiva a médio prazo. **Conclusão:** A pneumonia eosinofílica aguda pode mimetizar diversas outras entidades nosológicas. Na ausência de eosinofilia periférica, o diagnóstico exige alto índice de suspeição. A caracterização clínico-tomográfica, que guarda boa correlação com os achados histopatológicos, é importante auxiliar na elaboração diagnóstica. O citograma do LBA deve ser realizado nos pacientes com pneumonia aguda associada a hipoxemia, ainda que na ausência de eosinofilia periférica, por permitir firmar o diagnóstico e definir precocemente o tratamento apropriado.

PO044 CISTO BRÔNQUICO INFECTADO POR STENTROPHOMONAS MALTOPHILIA EM PACIENTE SEM ANTECEDENTE MÓRBIDO

Bragagnolo Junior LA, De Capitani EM, Zambon L, Macedo RF, Araujo Guerra Grangeira T, Schweller M, De Cerqueira EMFP, Dos Santos NA
UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cisto broncogênico; Stentrophomonas maltophilia; Combinação trimetoprima-sulfametoxazol

Introdução: Cistos brônquicos são dismorfias não-neoplásicas raras que se originam de um segmento ventral do intestino primitivo. Têm forma regular, arredondada ou ovalada, suas paredes são finas e o epitélio é do tipo respiratório. Seu conteúdo é mucóide. Desenvolvem-se tanto no parênquima pulmonar como no mediastino, mas não se comunicam com a árvore brônquica. Stentrophomonas maltophilia é um organismo gram-negativo, ubíquo, muito associado a infecções hospitalares graves em imunocomprometidos. Apresenta resistência a diversos antibióticos e provoca pneumonia em pacientes graves, especialmente naqueles sob ventilação mecânica, bacteremia, endocardite e infecções do trato urinário, pele e partes moles. **Objetivos:** Descrever caso clínico de cisto brônquico infectado por Stentrophomonas maltophilia em paciente sem antecedente mórbido ou imunossupressão. **Métodos:** Paciente sexo feminino, 34 anos. **Resultados:** Paciente não-tabagista, sem pneumopatias prévias, apresenta queixa de dispnéia aos esforços há 12 meses, progressiva, associada a dor torácica posterior à esquerda e episódios de tosse produtiva, com expectoração amarelada, por vezes hemoptoica. Recebeu antibioticoterapia há seis meses, apresentando melhora clínica. Realizado radiograma de tórax, evidenciou-se massa de 6cm de diâmetro em lobo superior esquerdo (LSE), de contornos bem definidos, sem calcificações. Tomografia Computadorizada de tórax revelou processo expansivo de 5cm em porção posterior de LSE com presença de consolidação e espessamento intersticial adjacentes. Broncoscopia denotou ausência de alterações endobrônquicas e o lavado brônquico foi negativo para fungos, bacilos álcool-ácido resistentes e células neoplásicas. Espirometria mostrou CVF 2,88L (94%), VEF1 2,07L (78%) e VEF1/CVF 72%. Submetida a punção transtorácica guiada por tomografia, com saída de material necrótico cuja cultura demonstrou crescimento de Stentrophomonas maltophilia. Iniciado tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprim, de acordo com o antibiograma. Foi então submetida a lobectomia superior esquerda, sem intercêrências, com retorno a suas atividades cotidianas e melhora clínica completa. O exame anatomopatológico confirmou o achado de cisto brônquico e ausência de neoplasia. **Conclusão:** Trata-se de caso de cisto brônquico infectado por Stentrophomonas maltophilia, sendo esse evento raro, ainda não descrito na literatura.

PO045 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS ASSOCIADAS À LIPOASPIRAÇÃO TUMESCENTE

Araujo Teotônio VL¹, Andrade TL², Pamplona Neto L³, Veloso TVB⁴, Pereira-Silva JL⁵
1, 2, 5. Hospital Aliança - Salvador-Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, Salvador, BA, Brasil; 3, 4. Hospital Aliança - Salvador-Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Lipoaspiração; Tumescência; Embolia gordurosa

Introdução: Lipoaspiração tumescente é uma técnica cirúrgica usada para a remoção de excesso de gordura parietal indesejada, por meio de cânulas inseridas na camada adiposa de uma área corpórea previamente demarcada. A técnica tumescente considera a infusão subcutânea de 1.000mL de solução salina, contendo 500 a 1.000mg de lidocaína (analgésica), 0,25 a 1,0mg de epinefrina (hemóstase) e 12,5mMol de bicarbonato de sódio. O volume infundido pode ser bem maior, na dependência da quantidade de gordura que se pretende aspirar. Sua popularidade decorre da simplicidade do método, da boa aceitação, da redução

da perda sanguínea e menor possibilidade de formação de hematomas, quando comparada à técnica tradicional. O método permite mais rápida recuperação do paciente e dispensa anestesia geral. A despeito da simplicidade técnica, algumas complicações têm sido registradas, relacionadas à hiperinfusão de líquidos, intoxicação por lidocaína ou adrenalina, embolia gordurosa, tromboembolia pulmonar e óbito. A taxa de óbitos registrada na literatura é de 5 casos para 48.527 procedimentos. **Objetivos:** Registrar um caso de embolia gordurosa associada à lipoaspiração tumescente, cujo tratamento precocemente permitiu a resolução do quadro. **Métodos:** É relatado um caso de embolia gordurosa associada à lipoaspiração tumescente, cuja caracterização clínica e tomográfica possibilitou o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica efetiva. **Resultados:** Masculino, 28 anos. Admitido na emergência com tosse, escassa expectoração mucóide, dispnéia, dessaturação, desorientação e agitação psicomotora, poucas horas após lipoaspiração tumescente (3 litros de SF 0,9% + lidocaína + adrenalina), realizada ambulatorialmente em uma clínica privada. Na UTI achava-se dispnéico e hipoxêmico. Abdomem distendido, com lesões perfuro-contusas na parede anterior, além de hematomas no flanco esquerdo. Identificadas petéquias no tórax, além de estrabismo convergente e diplopia. SpO2 87% em ar ambiente. Hemoculturas negativas. TCAR: áreas multifocais de consolidação, por vezes com halo em vidro-fosco. TC do crânio normal. Tratado com O2 por máscara, metilprednisolona e furosemida. Seis horas mais tarde, achava-se orientado, eupnéico e com a SpO2 98% (FIO2 = 0,21). Controle tomográfico mostrou resolução dos infiltrados pulmonares. Houve regressão completa do estrabismo e da diplopia. Concedida alta hospitalar. **Conclusão:** A presença de insuficiência respiratória aguda; associada a infiltrados pulmonares multifocais difusos, petéquias, estrabismo, confusão e diplopia; depois de uma lipoaspiração tumescente, sugere o diagnóstico de embolia gordurosa. As medidas de suporte devem ser imediatamente instituídas. Ainda que a lipoaspiração tumescente seja considerada um procedimento seguro, permitindo sua realização até mesmo em sistema ambulatorial, o conhecimento de suas potenciais complicações pode ser um fator decisivo no prognóstico.

PO046 ABSCESSO PULMONAR COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE UM CORPO ESTRANHO TORÁCICO

Luna Filho P, Bayer Junior VB, Pinto RV, Lima NC, Gonçalves TMP, Cavalcanti Lundgren FL Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Corpo estranho torácico; Abscesso pulmonar; Cirurgia abdominal

Introdução: O corpo estranho pode se apresentar como uma complicação anos após um procedimento cirúrgico com imagens radiológicas de interpretação duvidosa e difícil diagnóstico. As características clínicas são bastante inespecíficas, confundindo o diagnóstico inicial e radiologicamente podendo simular uma série de patologias infecciosas como por exemplo: um abscesso pulmonar. Relatamos um caso de um corpo estranho torácico que clinicamente se apresentou como um abscesso pulmonar. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Descrição da elaboração diagnóstico e desfecho clínico do paciente da enfermaria de Pneumologia do Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, Pernambuco. **Resultados:** J.A.S. 52 anos, agricultor, com passado de cirurgia toracoabdominal devido a lesão por projétil de arma de fogo há 17 anos. Relatava história de tosse crônica associado a expectoração amarelada por vários anos. Na admissão apresentava vômito, hemoptise moderada, dispnéia e febre há 15 dias. Encontrava-se clinicamente grave com dispnéia e hipoxemia. A radiografia de tórax ântero-posterior mostrava uma opacidade heterogênea com pequeno halo de gás em bordo superior - em base do hemitórax direito, elevação de cúpula diafragmática e condensação em lobo médio direito; leucocitose com desvio a esquerda, sem alterações na bioquímica sérica e boa função renal. Tomografia Computadorizada de Tórax que mostrou uma massa heterogênea em base do hemitórax direito que não se impregnava com o contraste (imagem sugestiva de corpo estranho), mais condensação em lobo médio direito. Iniciado antibióticos com boa resposta clínica, posteriormente submetido a toracotomia, na cavidade pleural foi constatado intenso paquipleuritis com encarceramento pulmonar. No desbridamento encontrou-se a compressa de aspecto putrefato, foi observado fistulas de grande calibre com drenagem para o lobo médio (justificando os episódios de vômito). Com a finalidade de diminuir o escape aéreo pelas fistulas foi realizada a fixação do músculo serrátil na proximidade das fistulas por meio de uma costatectomia com preservação do pedículo muscular. No pós-operatório evoluiu com melhora clínica e resolução das fistulas. **Conclusão:** O corpo estranho pode se apresentar clinicamente assintomático e ser um achado radiológico, mas neste caso a presença do corpo estranho no tórax levou ao aparecimento de um processo inflamatório crônico com fibrose, retração, formação de granuloma e infecção secundária transformando-se em uma urgência médica havendo portanto a necessidade de intervenção cirúrgica. A história clínica bem realizada é de fundamental importância para o diagnóstico. Bibliografia: Radiographics 2003;23:731-757 British journal of radiology 2005; 78:851-3.

PO047 AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR EM PORTADORES DE ESCLEROSE SISTÊMICA - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE 69 CASOS

Jezler SF, Andrade TL, Santiago MB, Lemos ACM Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Esclerodermia; Fibrose pulmonar; Função pulmonar

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) frequentemente acomete o trato respiratório, especialmente sob a forma de fibrose e hipertensão pulmonar. A avaliação funcional respiratória é frequentemente anormal e possui associações clínicas e relevância para o prognóstico. **Objetivos:** Descrever os achados de provas de função pulmonar em portadores de ES e identificar associações clínicas e radiológicas. Adicionalmente, avaliar as associações clínicas de pacientes com redução acentuada da difusão de monóxido de carbono (DLCO). **Métodos:** Foram estudados consecutivamente pacientes com ES, encaminhados independentemente da presença de sintomas respiratórios. A avaliação consistiu de questionário clínico, escala de dispnéia (BDI de Mahler et al.), espirometria simples, volumes pulmonares, DLCO, ecocardiograma e tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). Identificamos também indivi-

duos com DLCO menor que 40% do previsto, para avaliação adicional. As variáveis foram descritas através de suas médias, desvios-padrão, medianas e proporções. Para comparação de médias entre grupos, utilizamos teste t de Student ou Mann-Whitney e para comparar proporções, usamos o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando indicado. **Resultados:** Dos 69 pacientes avaliados, 87% eram do sexo feminino, possuíam média de idade de 42, 9 anos, tempo médio de início de doença de 6,5 anos e padrão cutâneo difuso em 65,2% do grupo. Tabagismo atual ou progressivo foi relatado por 21,7% dos doentes, com média de intensidade de 7,3 anos/maço. Dispnéia foi o sintoma respiratório mais citado, presente em 69,6% dos casos. Os valores médios da CVF, VEF1 e DLCO foram 75,9, 72,8 e 55,2% do predito, respectivamente. Sinais de doença intersticial pulmonar (DIP) foram detectados em 50,7% dos pacientes. Dos 50 pacientes que realizaram ecocardiograma, 50% apresentaram hipertensão pulmonar (HP), associada ou não à presença de DIP. A avaliação funcional respiratória foi normal em 4% dos casos e o distúrbio restritivo foi o mais freqüente, detectado em 45,3% do grupo. Distúrbio obstrutivo foi encontrado em 18,8% e a DLCO estava reduzida em 84% dos indivíduos. A redução da DLCO como único distúrbio funcional ocorreu em 18,8% e valores de DLCO menores que 40% do predito foram encontrados em 21,7% do grupo. Quando comparados, os pacientes com DLCO < 40% apresentaram menores valores de VEF1, CVF, CPT, maior intensidade de dispnéia e maior freqüência de hipertensão pulmonar que o restante do grupo. Não houve diferença na freqüência de sintomas ou freqüência de DIP. **Conclusão:** Anormalidades da função pulmonar foram freqüentes no grupo estudado, com predominância do padrão restritivo. Redução da DLCO ocorreu em quase todos os pacientes e sua redução acentuada (< 40% do predito) apresentou associação com maior restrição, dispnéia mais intensa e maior freqüência de hipertensão pulmonar.

PO048 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR

Rabahi MF¹, Silva DCB², Guedes D'Amorim DF³

1. Faculdade de Medicina-UFG e Hospital São Salvador, Goiânia, GO, Brasil; 2,3. Faculdade de Medicina-UFG, Goiânia, GO, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Malformação arteriovenosa; Arteriografia pulmonar

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são uma conexão direta entre um ramo da artéria e veia pulmonares, criando um shunt da direita para esquerda, levando a fadiga, dispnéia e cianose. Essa anomalia pulmonar apresenta-se bastante rara na população em geral, com uma incidência anual de 2 a 3 casos por 100.000 habitantes. O diagnóstico de MAVP pode ser feito da infância até os 70 anos de idade, sendo a maioria dos casos identificada até a 3ª década de vida. MAVP pode ocorrer de forma congênita ou adquirida, sendo que a primeira responde por 80% dos casos. A MAVP não congênita apresenta etiologia diversa, como traumas e cirurgias torácicas, cirose hepática, carcinoma metastático da tireóide, estenose mitral, esquistossomose, actinomicose, amiloidose sistêmica e anemia de Fanconi. Uma associação importante ocorre entre a MAVP e a Telangiectasia hemorrágica hereditária (70% dos casos). **Objetivos:** Descrever um caso de MAVP em um paciente jovem com quadro inicial de hemoptise. **Métodos:** GC, masculino, 40 anos, deu entrada no Hospital São Salvador em 23 de dezembro de 2005. **Resultados:** Encaminhado com relato de hemoptise maciça há 1 semana, episódio único sem relato de tosse, dispnéia ou febre previamente. Há 1 mês apresentou quadro de lesões na mucosa do palato (aftas), associado a quadro gripal. Nega qualquer patologia previa e nega tabagismo. Ao exame físico sem alterações, exceto pela presença de roncos esparsos no hemitórax direito. Foi feita hemograma, gasometria, pesquisa de BAAR no escarro, radiografia de tórax, TC de tórax, broncoscopia e sorologia para HIV. Apenas a TC mostrou alteração, com imagem de discreto preenchimento alveolar no segmento basal-medial do lobo inferior direito. Submetido a arteriografia pulmonar que confirmou o diagnóstico de malformação arteriovenosa pulmonar. **Conclusão:** Devemos suspeitar de MAVP em pacientes que apresentam epistaxe, dispnéia, telangiectasias mucocutâneas, platipnéia, hipoxemia, cianose, policitemia, tosse e dor torácica. A tríade clássica da MAVP inclui dispnéia, cianose e baquetamento digital. Exames complementares são importantes para o diagnóstico de MAV. O Raio-X detecta anormalidade em 98% dos doentes, sendo a imagem clássica uma massa redonda, de densidade uniforme, frequentemente lobulada, que varia de 1 a 5cm de diâmetro, porém a angiografia pulmonar é o exame padrão ouro. Não existe um consenso sobre o melhor tratamento para a MAVP, entretanto, o método mais utilizado atualmente é a emboloterapia percutânea, havendo indicação de correção cirúrgica em caso de insucesso. Apesar de se tratar de uma doença rara, a MAVP deve ser pensada como diagnóstico diferencial de problemas pulmonares comuns, como hipoxemia, nódulos pulmonares e hemoptise, dada a alta morbimortalidade dos indivíduos acometidos.

PO049 PNEUMONIA GRAVE POR RHODOCOCUS EQUI NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE CASO

Gazzana MB¹, Albaneze R², Silva DR³, Menna Barreto SS⁴

1,2,3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 4. Hospital de Clínicas de Porto, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: SIDA; Rhodococcus; Pneumonia

Introdução: A epidemia da infecção pelo vírus HIV fez aumentar a incidência de diversas infecções raras. Em 1967 foi relatado o primeiro caso de infecção pelo rhodococcus equi. Apenas outros 12 casos foram relatados nos 15 anos seguintes. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia grave por Rhodococcus equi em um paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) acompanhado pelo Serviço de Pneumologia do HCPA. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Rhodococcus equi, pneumonia, HIV). **Resultados:** Paciente de 31 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV de há 3 meses vem a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por febre, diarreia e tosse com escarro produtivo nos últimos 15 dias. No RX de tórax apresentava lesão com cavidades e consolidação em ápice direito com formação de cavernas. Realizada coleta de escarro e iniciado com RHZ empiricamente, cefuroxima e azitromicina. Após 6 BAAR em escarro negativos, foi realizada fibrobroncoscopia para coleta de material que teve

lavado broncoalveolar negativo para BAAR, sendo isolado coco gram positivo em cadeia. Foi suspenso tratamento com RHZ e completou 14 dias de tratamento com cefuroxime. Foi tratada teníase e isospora isoladas nas fezes com praziquantel e sulfametoxazol-trimetoprim. Paciente teve alta, reiniciou com sintomas 2 dias após alta. Procurou a emergência 14 dias após pelos mesmos sintomas respiratórios. Iniciado na chegada com cefepime e RHZ, e realizada nova fibrobroncoscopia com biópsia após, já que paciente não apresentava melhora clínica ou radiológica. Levantada a hipótese de infecção por *Rhodococcus* equi e acrescentado ao esquema vancomicina e clindamicina com melhora da curva térmica. Cultural da biópsia evidenciou infecção por *Rhodococcus* equi. Retirado o RHZ e iniciado azitromicina. Houve boa evolução hospitalar. **Conclusão:** Em paciente infectado pelo HIV com quadro de pneumonia alvéolo-ductal com áreas de necrose deve-se lembrar da infecção por *Rhodococcus* equi como possível etiologia.

PO050 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA NOS INÍCIOS DAS DÉCADAS DE 1990 E 2000

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Filho AV, Júnior AN, Andrade DB, Queiroz MA, Matos AG, Holanda RCA, Barbosa FG, Diógenes AC, Soares VO, Souza VH, Freitas FM, Miranda ER, Costa AB, Viana AM, Borges MC, Neiva RF, Vale CF, Souza DC, Rocha RS
UFMA, São Luis, MA, Brasil.

Palavras-chave: Epidemiologia; Internação; Pneumopatias

Introdução: As doenças respiratórias constituem a principal causa de internações hospitalares, principalmente as de etiologia infecciosas, como pneumonia e tuberculose. Excluídas as causas relacionadas à gestação, a pneumonia é a principal causa de internação hospitalar no SUS, totalizando 900 mil casos por ano e cerca de 33.000 mortes. **Objetivos:** Determinar e comparar o perfil clínico e epidemiológico das internações do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), no início das décadas de 90 e 2000. **Métodos:** As características clínicas e epidemiológicas dos pacientes internados no Serviço de Pneumologia do HUPD no período de 2001 a 2005 foram analisadas em um estudo transversal. Em seguida, estes dados foram comparados com os dados obtidos em um estudo no mesmo hospital, com uma amostra do período de 1992 a 1996. **Resultados:** Quanto ao sexo, não encontramos mudanças significativas nos dois períodos. As doenças mais prevalentes foram: pneumonia (20%), DPOC (16%), bronquite crônica (15%), tuberculose (14%) e neoplasia maligna (13%), assim como ocorreu na década de 1990. A distribuição de doenças por faixa etária e sexo se mostrou da mesma forma nos dois períodos. Quanto ao hábito tabágico, reafirmamos os dados da década de 1990, nos quais o sexo masculino mostrou-se mais associado ao tabagismo; a diferença entre mulheres fumantes e não-fumantes não foi significativa nos dois períodos; e as doenças mais associadas ao tabagismo foram DPOC (100%), câncer de pulmão (69%) e tuberculose (64%), nas duas amostras. Confirmamos a carga tabágica de 20 anos/maço como grau de exposição predisponente ao DPOC (81%) e ao câncer de pulmão (100%) naqueles que fumavam. Na nossa amostra, não encontramos uma relação inversamente proporcional entre o nível de escolaridade e o hábito tabágico, diferente do que foi observado nos pacientes da década de 90. Os cinco sintomas mais referidos pelos pacientes foram os mesmos nos dois períodos: tosse, dispnéia, expectoração, febre e cefaléia. Quanto aos exames complementares observamos o aumento de 13% para 67% da solicitação de tomografia computadorizada de tórax e uma redução de 29% para 3% no número de PPD e de 23% para 6% de solicitações de broncoscopia. Na nossa amostra tivemos maior número de óbitos em relação à década de 1990, sendo em sua maior parte por neoplasia maligna em estágio terminal. **Conclusão:** Não houve diferença significativa no perfil epidemiológico quanto ao sexo, faixa etária e doenças mais prevalentes. Com relação ao perfil clínico, houve maior taxa de solicitação de tomografia computadorizada e aumento do número de óbitos em relação à década anterior.

PO051 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NO ESTADIAMENTO DA NEOPLASIA ESOFÁGICA

Gazzana MB, Damian FB, Svartman FM, Silva DR, Albaneze R, John AB, De Oliveira HG, Xavier RG

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Câncer esofágico; Fibrobroncoscopia; Pulmão

Introdução: O câncer de esôfago é uma das mais prevalentes neoplasias do trato aerodigestivo e tem um pobre prognóstico. Por causa da invasão de estruturas adjacentes, principalmente a via aérea inferior, a broncoscopia é recomendada no seu estadiamento. **Objetivos:** Avaliar a utilidade diagnóstica da broncoscopia flexível no comprometimento respiratório pela neoplasia de esôfago. **Métodos:** Coorte histórica não controlada, dos pacientes com neoplasia de esôfago submetidos a broncoscopia flexível de Janeiro de 2002 a Março de 2006. Análise descritiva e teste de qui-quadrado e exato de Fischer ($p < 0.05$). **Resultados:** Foram estudados 156 pacientes predominantemente homens (78,8%), com média de idade de 63,5 anos. (DP \pm 8,6). Os sintomas relacionados foram tosse (33,9%), emagrecimento (55,1%), anorexia (23%), dispnéia (5,7%), fraqueza (10,8%). Tabagismo (91,6%) e alcoolismo (58,9%) foram muito prevalentes. A via de introdução do aparelho foi nasal (80,7%), sedação intravenosa com propofol (72,4%) e fentanil (79,4%). Os achados principais foram compressão extrínseca (30,1%), secreção (12,8%), carena roma (7,6%), paralisia de corda vocal ou lesão em laringe (6,4%), infiltração mucosa (10,2%), tumor endobrônquico (6,4%) e normal (35,2%). Estudos diagnósticos adicionais foram biópsia brônquica (14,7%), lavado broncoalveolar (9,6%), punção transbrônquica por agulha (3,8%) e escovado brônquico (3,8%). Complicações registradas foram hipoxemia persistente (1,9%), sangramento (1,2%) e broncoespasmo (0,64%). Houve associação entre a presença de sintomas respiratórios e achados endoscópicos anormais na broncoscopia flexível ($p < 0.05$). **Conclusão:** A broncoscopia flexível demonstra freqüentes alterações em pacientes com neoplasia de esôfago, sem maiores complicações relacionadas ao procedimento.

PO052 EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA SECUNDÁRIA A TROMBOFLEBITE JUGULAR

Gazzana MB, Silva DR, Albaneze R, Tarso Roth Dalcin P, Vidart J, Wirth LF, Alves MD, Gulco NL

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; Tromboflebite séptica; Nódulos pulmonares

Introdução: A síndrome de Lemierre (infecção orofaríngea + trombose veia jugular interna + embolia séptica) é uma doença rara. Não há descrição de caso semelhantes em nosso meio. **Objetivos:** Relatar um caso de Síndrome de Lemierre, numa paciente com trombose venosa profunda jugular e nódulo pulmonares. **Métodos:** Relato de um caso de uma paciente acompanhada pelo Serviço de Pneumologia e Medicina Interna do HCPA. Revisão da literatura (MEDLINE 1966-2005; Unitermos: septic pulmonary embolism, thrombophlebitis, Lemierre's syndrome). **Resultados:** Uma mulher de 56 anos, branca, procurou a emergência devido à tumoração em região cervical à direita, dolorosa, há cerca de 5 dias. Vinha em uso de amoxicilina-clavulanato para tratamento de amigdalite há 7 dias. Apresentava tosse seca e febre alta. Hipertensão e diabética, com história de IAM há 3 anos e depressão. Vinha em uso de hidroclorotiazida, propranolol, captopril, hidralazina, metformina e fluoxetina. Negava tabagismo. Ecografia cervical mostrou trombose veia jugular interna D. A radiografia de tórax demonstrou pelo menos 2 nódulos no pulmão esquerdo, sendo 1 aparentemente escavado e outro com 18mm de diâmetro na base pulmonar esquerda e lesão irregular com 25mm de diâmetro no lobo superior direito. Tomografia de tórax: múltiplas imagens nodulares em ambos os pulmões, de aspecto sugestivo de implante metastático. Fibrobroncoscopia: normal; pesquisa de BAAR, fungos, CP e culturas negativos. Devido à hipótese de neoplasia, a paciente foi submetida à biópsia pulmonar a céu aberto, cujo exame anatomopatológico mostrou inflamação supurativa crônica abscedida em organização em parênquima pulmonar periférico. Realizada TC de tórax de controle (após segundo curso de antibiótico, agora com cefuroxime, devido à persistência de febre), que mostrou regressão praticamente total dos nódulos. **Conclusão:** A presença de nódulos pulmonares em paciente com febre e trombose venosa profunda deve lembrar a possibilidade de Síndrome de Lemierre.

PO053 EMPIEMA PLEURAL POR PROTEUS MIRABILIS SECUNDÁRIO A NEFROLITÍASE E ABSCESSO PERINEFRÉTICO

E Silva JF, Sena CVS, Zakir JCO, Gomes TC, Chaves Júnior CLM, Barbosa MP

Hospital de Base - DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Pielonefrite; Abscesso peri-renal; Empiema pleural

Introdução: Abscesso pulmonar e empiema pleural são complicações pouco frequentes de nefrolitíase e pielonefrite. Por outro lado, *Proteus mirabilis* raramente é um germe primário em patologias pulmonares de modo que seu crescimento em culturas de líquido pleural deve nos alertar para a investigação de patologia urinária associada. Apresentamos o caso de uma paciente com dor torácica que teve o diagnóstico de empiema pleural secundário a nefrolitíase e abscesso perinefrético ipsilateral. **Objetivos:** Relatar uma complicação pouco freqüente de paciente com nefrolitíase coraliforme que evoluiu com abscesso perinefrético e empiema. **Métodos:** Revisão de prontuário. Revisão de literatura. Discussão do caso. **Resultados:** Mulher, 42 anos, divorciada, secretária, natural de Iporanga-GO, residente no Distrito Federal, admitida no Serviço de Pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) com queixa de dor torácica ventilatório-dependente à esquerda, cuja radiografia de tórax mostrou moderado derrame pleural. Relatava perda ponderal sensível. Apresentava história de cálculo renal à esquerda com tratamento para infecção do trato urinário recente. A toracocentese mostrou líquido francamente purulento, tendo a cultura revelado crescimento de *Proteus mirabilis*, sendo então iniciada investigação do trato urinário. A tomografia computadorizada de abdome constatou a presença de cálculo coraliforme em rim esquerdo e abscesso perinefrético ipsilateral. Foi submetida a retirada do cálculo, drenagem cirúrgica do abscesso renal com preservação do órgão, além da drenagem torácica e antibióticoterapia, com boa evolução clínica. **Conclusão:** A paciente apresentou nefrolitíase coraliforme associada a pielonefrite e abscesso perinefrético à esquerda evoluindo com empiema pleural ipsilateral por *Proteus mirabilis*. Com o diagnóstico de empiema pleural causado por *Proteus mirabilis*, é mandatória a investigação de focos de infecção em sistema geniturinário.

PO054 TRATAMENTO DA SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM PULSOTERAPIA DE GLICOCORTICÓIDE SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Gazzana MB, Chakr R, Monticciolo O, Kohem CL

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico; Dispnéia; Disfunção diafragmática

Introdução: A síndrome do pulmão encolhido (SPE) é uma manifestação pulmonar incomum do lúpus eritematoso sistêmico (LES) caracterizada por um distúrbio restritivo secundário a alterações da dinâmica ventilatória. O tratamento compreende medidas de suporte, visando o controle da disfunção diafragmática. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com dispnéia incapacitante associada a disfunção diafragmática no LES. **Métodos:** Relato de caso. Revisão da literatura (MEDLINE 1966-2006, Unitermos: lúpus, dyaphragmatic dysfunction, shrinking lung syndrome). **Resultados:** Paciente feminina de 53 anos, apresenta ortopnéia de início insidioso e piora progressiva há 3 meses, associada a tosse seca e febre recentes e discreta perda ponderal. Vinha em uso de azatioprina e prednisona para tratamento de poliartrite de difícil controle relacionada ao LES, que se manifestava ainda com fator antinuclear (1:2560, padrão nuclear homogêneo), hipocomplementemia e leucopenia persistente há 6 anos. Crepitações finas holoinspiratórias e redução do murmúrio vesicular eram percebidos em bases pulmonares. Gasometria arterial em ar ambiente revelava hipoxemia leve e alcalose respiratória. RX tórax com elevação de hemicúspulas diafragmáticas e áreas de consolidação e/ou atelectasias em bases pulmonares. Tomografia de tórax com atelectasia parcial de lobo médio e

lobo inferior direito, atelectasias subsegmentares em lobo inferior esquerdo. Ecografia torácica descrevendo elevação diafragmática e redução de sua mobilidade. Ecocardiograma sem alterações, estimando pressão sistólica em artéria pulmonar em 34mmHg. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo grave e limitação do fluxo em pequenas vias aéreas, pressões respiratórias máximas reduzidas. Apesar de imunossupressão contínua e do uso de BiPAP intermitente e fisioterapia respiratória por cerca de 3 meses, evoluiu com piora sintomática, sendo submetida a pulsoterapia com metilprednisolona 1.000mg EV por dia, durante 3 dias e apresentando significativa melhora clínica, radiológica e funcional pulmonar. **Conclusão:** A pulsoterapia com metilprednisolona pode ser uma alternativa terapêutica no tratamento de pacientes com disfunção diafragmática relacionada ao LES.

PO055 PREVALÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO E A TOSSE CRÔNICA

Neto JB, Do Vale OF, Franca Sobrinho JCR, De Andrade FA
Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Palavras-chave: Tosse crônica; Doença do refluxo gastroesofágico; Associação

Introdução: A tosse é um mecanismo essencial de proteção das vias aéreas contra agentes e substâncias nocivas inaladas. É definida como a expulsão súbita de ar dos pulmões, tendo grandes implicações sociais e econômicas. É um sintoma inespecífico, devendo ser abordado de forma a se buscar a causa do problema e não somente a sua resolução. A tríade patogênica da tosse crônica é composta pela hiper-reatividade brônquica, síndrome do gotejamento pós-nasal e refluxo gastroesofágico. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma das afecções crônicas mais importantes na prática médica devido à elevada prevalência, alta morbidade e prejuízo na qualidade de vida. **Objetivos:** Esse presente estudo tem como objetivos verificar a associação entre a DRGE e a tosse crônica, observando, também, outros sintomas respiratórios que se associam com a referida patologia. **Métodos:** A amostra foi representada por todos os pacientes que realizaram a pHmetria de 24 horas na Clínica Pulmão Coração, no período de agosto a dezembro de 2005. Esse exame consiste na introdução de uma sonda flexível por via nasal, a ser localizada no esôfago por um período de 24 horas e monitorada por um aparelho portátil que o paciente leva consigo. Para avaliar a presença de refluxo gastroesofágico foi utilizado o Score de Johnson/Demeester. A sintomatologia dos pacientes foi obtida através de entrevistas realizadas mediante questionário previamente elaborado. **Resultados:** Com os dados colhidos nesta entrevista e com o resultado do exame pH métrico, verificamos que 56,8% (25) dos 44 pacientes da amostra apresentaram DRGE. Dentre esses 25 pacientes, 72% (18) referiram tosse crônica. Observando-se a associação com outros sintomas respiratórios, constatou-se que, dos pacientes com DRGE, 68% (17) apresentavam infecção recorrente de vias aéreas; 64% (16) queixavam-se de dispnéia; 56% (14) referiam chiado e 48% (12) referiam dor torácica. Verificou-se, ainda, que dos 18 pacientes com a associação entre a DRGE e a tosse crônica, 11,1% (02) não apresentavam sintomas de RGE. **Conclusão:** Concluímos, portanto, que pacientes com tosse crônica, mesmo sem sintomas de refluxo, podem apresentar DRGE, frisando-se, por oportuno, a grande associação existente entre esta patologia e o referido sintoma. Foi comprovada, dessa forma, a necessidade de uma rigorosa investigação para diagnosticar refluxo patológico em pacientes com tosse crônica.

PO056 INFLUÊNCIA DO USO DE BUDESONIDA INALATÓRIA NA CURVA DE CRESCIMENTO EM CRIANÇAS PORTADORAS DE ASMA BRÔNQUICA OU RINITE ALÉRGICA PERENE

Castellões dos Santos AR¹, Zimmerman JR², Lopes AC³, Bandeira LMW⁴
1,2,4. Serviço de Alergia e Imunologia Experimental da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3. Serviço de Alergia e Imunologia Experimental da Santa Casa Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Budesonida; Alergia respiratória; Alteração do crescimento

Introdução: A asma brônquica e a rinite alérgica, afecções frequentes em nosso meio têm como terapêutica habitual o uso do corticóide inalatório. Apesar da liberação do uso da budesonida em crianças a partir de 4 anos de idade, ainda há dúvida sobre a influência da droga na curva de crescimento. **Objetivos:** Avaliação da velocidade de crescimento durante o uso de budesonida inalatória em crianças portadoras de asma brônquica e/ou rinite alérgica perene. **Métodos:** Foram analisadas todas as crianças de 4 a 8 anos de idade atendidas no período de maio de 2003 até maio de 2006 com rinite alérgica e/ou asma brônquica que receberam budesonida inalatória. As variáveis coletadas foram: sexo, presença de comorbidades que pudessem alterar a curva de crescimento e a altura, peso e dose do corticóide por kg em cada consulta e tempo de seguimento. Os dados foram analisados pelo modelo de regressão linear múltipla. **Resultados:** Não houve alteração significativa na velocidade de crescimento atribuível ao uso de budesonida inalatória. **Conclusão:** O tratamento com budesonida inalatória não alterou a curva de crescimento estatura.

PO057 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME

Gazzana MB, John AB, Canani SF, Svartman FM, Silva DR, Albaneze R, Bittar CM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Falciforme; Função pulmonar; Restrição

Introdução: Complicações pulmonares decorrentes da anemia falciforme são frequentes. As principais manifestações clínicas pulmonares dessa patologia são a síndrome torácica aguda e a doença pulmonar crônica. Tais alterações podem levar a dano significativo na função pulmonar. **Objetivos:** Descrever os principais achados de função pulmonar em uma série de casos de pacientes com anemia falciforme. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente, através de dados do prontuário eletrônico, 16 pacientes com anemia falciforme que foram encaminhados para avaliação no Ambulatório de Circulação Pulmonar da nossa instituição entre Jan/2005 e Julho/2006. Destes, 10 pacientes realizaram testes para avaliação da função pulmonar

através do equipamento Master Screen Jaeger, versão 4.34, seguindo as diretrizes para provas de função pulmonar (SBPT, 2002). **Resultados:** Quatro homens e seis mulheres, com média de idade (média \pm desvio-padrão) de 32,4 + 16,69 anos realizaram testes de função pulmonar. A espirometria estava alterada em 8 dos 10 pacientes avaliados. Os principais distúrbios encontrados foram: restritivo (4/10), obstrutivo (3/10) e combinado (1/10). Na avaliação dos volumes pulmonares, foram identificados 2 casos com restrição pulmonar leve, 1 com alcaponamento aéreo e outro com aumento isolado do volume residual. Quanto a difusão do monóxido de carbono, 3 apresentavam redução moderada e 1 leve do fator de transferência corrigido para a hemoglobina do paciente. Nenhum paciente da amostra apresentou variação significativa ao broncodilatador. **Conclusão:** A maioria dos pacientes avaliados apresentou anormalidade em algum dos testes de função pulmonar, com leve predomínio do padrão restritivo, embora nem sempre confirmado através dos volumes pulmonares.

PO058 DENGUE CAUSANDO HEMORRAGIA PULMONAR FATAL

Garcia Barbosa ML¹, Barbosa MLG², Barbosa FP³, Fonseca TB⁴, Cardoso DTF⁵, Nunes AS⁶, Cipriano FG⁷

1. Instituto do Pulmão - Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7. Instituto do Pulmão e UNAERP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Dengue; Insuficiência respiratória

Introdução: A dengue é atualmente um grave problema de saúde pública no mundo inteiro. Os casos clínicos enquadram-se em três grupos principais: a) dengue clássica; b) febre hemorrágica da dengue/síndrome de choque da dengue - FHD/SCD e c) dengue com complicações. A febre hemorrágica da dengue, forma mais rara da doença, aparece quando o paciente previamente infectado por dengue é reinfestado por um sorotipo viral diferente. Apresentamos o caso de uma paciente internada com pneumopatia aguda provocando hemoptise e insuficiência respiratória graves e faleceu por hemorragia pulmonar maciça associada à dengue, o qual foi confirmado na necropsia. Consultada a literatura achamos poucos casos de hemorragia pulmonar associada a dengue hemorrágica. **Objetivos:** Apresentar um caso de febre hemorrágica da dengue causando hemorragia pulmonar maciça, chamando a atenção para esta causa pouco usual de hemoptise e hemorragia pulmonar. **Métodos:** Mulher, 62 anos, do lar, não tabagista, previamente hígida. Há cinco dias com febre, tosse seca persistente, queda do estado geral e há três dias dispnéia progressiva e hemoptise de repetição que aumentou no dia da internação. Exames laboratoriais: GV 2.870.000; Hb: 8,5; Ht 26%; Leucograma 7.900 (10-80-1-7-2); plaquetas 221.000; pH 7,42; PaO₂ 70; PaCO₂ 42; K 3,3; Na 140; TP 78%; INR 1,14; creatinina 2,1; anti HIV negativo. Rx de tórax: velamentos alveolares bilaterais dispersos que aumentaram rapidamente. TC de tórax: extensas áreas de condensação com broncogramas aéreos bilaterais, sem derrame pleural. No dia seguinte da internação, por piora da insuficiência respiratória, foi levada à UTI e logo instalada ventilação mecânica e todas as medidas de suporte além de quinolona respiratória pela hipótese de PAC grave. Lamentavelmente entrou em falência de múltiplos órgãos evoluindo para óbito no terceiro dia da internação. A necropsia revelou nos pulmões extensas áreas hemorrágicas com dano alveolar difuso, infiltrado polimorfonuclear, edema intraalveolar e a imunohistoquímica foi positiva para dengue. **Conclusão:** Dengue hemorrágica com hemorragia pulmonar maciça. **Resultados:** Relato de caso. **Conclusão:** Hemoptise é a eliminação de sangue procedente da árvore traqueobronquial mediante o mecanismo da tosse. As medidas terapêuticas a serem adotadas estão condicionadas à existência de um diagnóstico etiológico, da localização da origem do sangramento, do estado geral do paciente e da sua capacidade funcional cardiorrespiratória de base. É importante neste momento lembrar as diversas causas da hemoptise para conduzir melhor sua terapêutica. Assim, achamos válido lembrar, especialmente quando estamos numa região endêmica desta arborvírose, que a hemorragia pulmonar pode ser provocada pela febre hemorrágica da dengue.

PO059 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR APLICADO A TRÊS ADULTOS JOVENS PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA

Espósito C¹, Gulini J²

1. Hospital Nereu Ramos/SES-SC - Pneumologia, Florianópolis, SC, Brasil; 2. Hospital Universitário/UFSC - Fisioterapia, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; Fibrose cística; Exercício

Introdução: A média de idade de sobrevida em pacientes com Fibrose Cística (FC) tem aumentando consideravelmente. Entretanto, a deterioração da função pulmonar com progressiva intolerância aos exercícios, consiste num dos principais problemas para estes pacientes. **Objetivos:** Avaliar o desempenho físico de três pacientes adultos jovens portadores de FC, com idade média de 23 anos, submetidos ao Programa Multidisciplinar de Reabilitação Pulmonar (RP). **Métodos:** A avaliação consistiu de teste incremental de membros superiores (MMSS) com halteres, teste incremental e endurance de membros inferiores (MMII) em esteira ergométrica e teste de caminhada dos seis minutos (TC6'). Para cálculo do consumo de O₂ (V_{O2}) estimado pré e pós-RP, empregou-se a seguinte fórmula: V_{O2} = (3,5 + (0,1-velocidade (Km/h-1)) + velocidade x inclinação x 1,8. Utilizou-se a escala de Borg para avaliação da sensação de dispnéia e fadiga de MMII. O treinamento consistiu de trinta sessões, três vezes por semana, com duração de noventa minutos, compostas por exercícios globais de aquecimento, trinta minutos em esteira ergométrica, trinta minutos de exercícios para os MMSS e alongamento. **Resultados:** Houve aproveitamento de 100% das 30 sessões previstas e uma exacerbação clínica por infecção respiratória em um dos pacientes durante o período de treinamento. Houve incremento médio de 500g à carga inicial de treinamento com halteres. As médias de tempo de duração dos testes incrementais de MMII pré e pós-RP foi de 13' e 20' respectivamente, determinando aumento percentual de 51,3%. A inclinação média da esteira alcançada foi de 10 graus e 17 graus respectivamente, no pré e pós-RP. A distância percorrida média no teste de endurance de MMII pré RP foi de 1.180m e no pós foi de 2.894m, representando uma variação de 145%. No TC6' pós-RP, a distância média percorrida foi de 711m (22,4% superior à distância média percorrida na avaliação pré RP).

Houve redução na pontuação da escala de Borg, com dessensibilização para dispnéia e fadiga de MMIL, em todos os testes pós-RP, quando comparados aos iniciais. Observou-se redução da frequência cardíaca e da pressão arterial nos testes incremental e endurance de MMIL pós-RP, para a mesma e carga e tempo respectivos, nos testes pré RP. Houve aumento do VO₂ estimado de todos os pacientes ao término do programa. **Conclusão:** O programa de RP mostrou-se eficaz, contribuindo para aumento na tolerância aos exercícios e melhora no desempenho físico destes pacientes portadores de FC, podendo representar mais uma alternativa de tratamento, relativamente simples, na abordagem clínica desta enfermidade.

PO060 PORFÍRIA INTERMITENTE AGUDA COMO CAUSA DE VENTILAÇÃO PROLONGADA - RELATO DE DOIS CASOS

Araújo Pinto RM¹, Bezerra JEMS², Teixeira VS³, Martins da Costa FA⁴, De Melo AM⁵, Viana AMC⁶, Alves IMM⁷, Campos UW⁸

1,2,3,5,6,7. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcantara, Fortaleza, CE, Brasil; 4,8. Hospital Geral Dr. Waldemar Alcantara, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Porfíria intermitente aguda; Ventilação mecânica; Traqueostomia

Introdução: As porfírias são um grupo de distúrbios metabólicos, geralmente de origem genética, secundário a deficiências em diversas enzimas envolvidas nos mecanismos de biossíntese do grupamento heme. A porfíria intermitente aguda (PIA) é a mais grave forma da doença, com manifestações gastrointestinais, neuropsiquiátricas, cardiovasculares, respiratórias e sistêmicas. Há relatos de casos de PIA como causa de Insuficiência Respiratória Aguda (IRPA) com necessidade de ventilação mecânica (VM), no entanto, não há descrição sobre o tempo deste suporte nem sobre a abordagem da reabilitação adequada para esses pacientes. **Objetivos:** Descrever 2 casos de pacientes com diagnóstico de PIA, IRPA e dependência de suporte ventilatório prolongado, tendo respondido à intensivo trabalho multidisciplinar na tentativa de retirada da VM. **Métodos:** Análise de dois casos de pacientes internadas no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcantara (HGWA), Fortaleza-CE, de julho de 2005 a julho de 2006. **Resultados:** CASO 1: A.S.M.D., feminino, 23 anos, internada no HGWA em julho de 2005, com história de dor abdominal, evoluindo com crise convulsiva, diminuição de força muscular e dispnéia. Evoluiu com IRPA, submetida à intubação orotraqueal e VM. Tratamento de suporte e medicamentoso, com melhora discreta, passando a contrair a musculatura dos ombros e conseguindo se alimentar por via oral. Em outubro de 2005, encaminhada para a enfermaria do HGWA, para cuidados clínicos e reabilitação. Passou a ser acompanhada em domicílio em dezembro de 2005, dependente 24 horas da VM. Em março de 2006, readmitida para desmame do traqueostômo, após sucesso com o desmame do BiPAP em domicílio. Evoluiu bem com acompanhamento ambulatorial mensal CASO 2: R.A.S., feminino, 36 anos, internada na UTI do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) em agosto de 2005, com história de 20 dias de dor abdominal e urina escura. Evoluiu em oito dias com dispnéia progressiva, parestesia em membros inferiores e superiores. Evoluiu com IRPA e necessidade de VM. Tratamento com glicose hipertônica e hematina, após investigação laboratorial para o diagnóstico de PIA. No período de novembro de 2005 a maio de 2006, esteve internada na enfermaria do HGF, com episódios depressivos e melhora clínica, ainda dependente 24 horas de VM por traqueostomia. Em maio de 2006, foi transferida para a enfermaria do HGWA em uso de BiPAP, traqueostomizada, para reabilitação e tentativa de retirada da VM. Encontrava-se sem oxigênio suplementar, consciente, com paraparesia flácida. Tratada com suporte de fisioterapia respiratória adequada, Evoluiu para desmame do traqueostômo, sendo decanulada no dia 02/07/2006. Realizado medidas de pressões inspiratórias e expiratórias máximas e prova de função pulmonar em seguida e 30 dias após, com melhora dos parâmetros. **Conclusão:** Mesmo em casos de dependência total de VM através de traqueostomia, o adequado suporte respiratório pode proporcionar retirada da VM e decanulação da traqueostomia em pacientes com PIA e insuficiência respiratória.

PO061 TERATOMA INTRATORÁCICO

Hudson Herkenhoff MA¹, Muniz FL², Medonça LCR³

1. Santa Casa de Misericórdia, Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil; 2,3. Santa Casa de Misericórdia, Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil.

Palavras-chave: Teratoma; Intratorácico; Maduro

Introdução: Paciente E.E., 20 anos deu entrada no hospital com quadro de febre, tosse seca, dor torácica e emagrecimento, de início cerca de 60 dias. Estava em uso de esquema triplice para tuberculose com início 15 dias antes da internação, prescrito pelo posto de saúde. O exame físico mostrava a paciente em bom estado geral, com palidez cutânea +/4, taquicárdica com murmúrio vesicular abolido em todo o hemitórax esquerdo. O raio-x de tórax - de 15 dias antes, apresentava um velamento de 2/3 do hemitórax esquerdo. O raio-x da internação - mostrava um velamento total do hemitórax esquerdo, com desvio de mediastino. **Objetivos:** Descrever o caso de teratoma maduro intratorácico, que é um raro tumor nessa localização. **Métodos:** Foi submetida a toracotomia e biópsia pleural com saída de pouco líquido, com características de transudato. Todavia, como não foi satisfatório, a mesma foi submetida a toracotomia com biópsia pleural e pulmonar, além de tomografia computadorizada de tórax - que evidenciou volumosa massa intratorácica com área de calcificação, gordura e de fibrose altamente sugestivas de teratoma. **Resultados:** O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico de teratoma maduro. A paciente foi submetida a nova toracotomia para retirada do tumor. Houve preservação do pulmão e a paciente até o momento está bem. **Conclusão:** Teratoma é definido como um tipo de tumor originado de células germinativas, pluripotentes, com capacidade para diferenciar-se em qualquer tecido do organismo, como tecido ósseo, cartilaginoso, adiposo, capilar, entre outros. Podem ser benignos, quando apresentados nas formas maduro, dermóide e cístico, ou então maligno, quando imaturo ou sólido. O tratamento é sempre cirúrgico. A incidência entre homens e mulheres é a mesma e a faixa etária é de 20 a 40 anos. A incidência é baixa, quando se trata da localização intrapulmonar, com apenas 46 casos descritos até o momento. Apesar do pequeno número de relato de casos na literatura, todos foram no primeiro momento tratados como tuberculose.

TUBERCULOSE

PO062 PERICARDITE TUBERCULOSA - FORMAS CONSTRICTIVA E NÃO-CONSTRICTIVA - RELATO DE DOIS CASOS

Voss LR, Barros FA, Moura CG

Hospital Santo Antonio, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Pericardite; Pericardite constrictiva; Pericardite tuberculosa

Introdução: A pericardite é uma doença comum, de apresentação clínica diversificada. Em países em desenvolvimento, a tuberculose é responsável por 50% dos casos diagnosticados. Manifesta-se com sintomas tais como febre, sudorese noturna e tosse. O líquido pericárdico é um exsudato, com predomínio de linfócitos e monócitos. O diagnóstico definitivo é feito pela biópsia pericárdica na qual se observa o bacilo da tuberculose ou a presença de inflamação granulomatosa, com ou sem necrose caseosa. A forma constrictiva é uma das consequências mais sérias da tuberculose, ocorrendo em 30 a 60% dos pacientes, a despeito do tratamento com antituberculosos e corticosteróides. As manifestações clínicas variam desde assintomáticas até a constrição severa. A radiografia de tórax e o ecocardiograma podem mostrar espessamento e calcificação pericárdica. **Objetivos:** Relatar dois casos de pericardite tuberculosa - uma forma constrictiva e outra não constrictiva. **Métodos:** Biópsia pericárdica: Pericardite crônica granulomatosa tipo tuberculóide Iniciado esquema I e prednisona (40mg), com resolução do derrame pericárdico e melhora da dispnéia. Estudo do líquido pericárdico • Glicemia: 113; LDH: 4677; Proteínas totais: 5,8 • Citologia inflamatória: 6700 células (Neutrófilos: 20% Linfócitos: 80%) Ecocardiograma: Derrame pericárdico de grau importante e pericárdio espessado 1) JCLS, masculino, 35 anos, refere que há 2 anos apresentou tuberculose pulmonar, completando o tratamento há 6 meses. Dois meses após o diagnóstico, evoluiu com dispnéia progressiva, além de aumento do volume abdominal e edema em MMIL. Pulso radial arritmico, sinal de Kussmaul +. Bulhas difusamente hipofônicas, sem sopros. Abdome semi-globoso às custas de líquido ascítico, fígado palpável a 6cm do rebordo costal direito. Edema ++/IV em MMIL. Rx de tórax: espessamento pericárdico. Após pericardiectomia, houve resolução total dos sinais e sintomas relacionados à insuficiência cardíaca congestiva. 2) GSD, 16 anos, masculino, com história de dispnéia aos grandes esforços há 2 meses e febre. Negava tosse. Negava contato prévio com pessoas com diagnóstico de tuberculose. Ao exame, ictus invisível e impalpável, bulhas rítmicas, hipofônicas, sem sopros, em 2T. **Resultados:** O tratamento deve ser realizado com Esquema I por 6 meses. O uso de corticosteróides mantém-se controverso. Quando há constrição, a realização de pericardiectomia é o único método definitivo para curar o paciente. Como tratamento paliativo, pode-se utilizar diuréticos. **Conclusão:** A tuberculose pericárdica é uma doença rara, porém é a maior causa de pericardite em países em desenvolvimento. O tratamento é feito com Esquema I e o uso de corticosteróides ainda é controverso. A pericardite constrictiva é uma das seqüelas mais temidas, sendo o seu principal tratamento a pericardiectomia.

PO063 AVALIAÇÃO DOS TRATAMENTOS: AUTO-ADMINISTRADO E SUPERVISIONADO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DE CARAPICUIBA

Ribeiro SA, Vieira AA

UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento supervisionado; Tratamento auto-administrado

Introdução: A Estratégia de Tratamento Supervisionado (DOTS) é preconizada pela Organização Mundial da Saúde para reduzir as taxas de abandono do tratamento da tuberculose e deve ser estimulada em todos os locais que tratam tuberculose. **Objetivos:** Esta pesquisa teve como objetivo avaliar se a implantação da Estratégia de Tratamento Supervisionado (DOTS) melhorou os resultados o Programa de controle da tuberculose de Carapicuíba em relação à Estratégia anterior, o Tratamento Auto-Administrado (TAA), verificando a efetividade, a qualidade e a taxa de abandono do Programa. **Métodos:** O estudo foi do tipo longitudinal não concorrente comparando duas coortes, realizado no Município de Carapicuíba, Região Metropolitana da Grande São Paulo, abrangendo o período de janeiro até dezembro de 2003, com a Estratégia TAA (coorte 1) e de julho de 2004 a junho de 2005, após a implantação da Estratégia DOTS (coorte 2), totalizando respectivamente 173 e 187 casos. **Resultados:** A efetividade dos tratamentos, calculada de acordo com análise de sobrevivência adaptada por Almeida, foi 6,1% superior para a Estratégia DOTS. A taxa de abandono caiu de 13,3% no TAA para 5,9% no DOTS ($p < 0,05$) e houve uma melhora na qualidade do Programa após a implantação do DOTS para as seguintes variáveis: Exame de cultura de escarro (RR = 1,2), teste de sensibilidade (RR = 29,0) e comunicantes examinados (RR = 1,8). **Conclusão:** A Estratégia DOTS mostrou-se mais efetiva, sendo que, com a sua implantação ocorreu diminuição na taxa de abandono e melhora na qualidade do Programa de Controle da Tuberculose do município de Carapicuíba.

PO064 CRIPTOCOCOSE PULMONAR PSEUDOTUMORAL: RELATO DE UM CASO

Agostinho Rolim JR¹, Camilo da Silva AL², Da Paz AC³, Agostinho Rolim G⁴, Lustosa de Queiroz MC⁵

1,2,3. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 4. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 5. Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, Teresina, PI, Brasil.

Palavras-chave: Criptococose; Pseudotumoral; Histopatologia

Introdução: A criptococose é doença causada pela levedura encapsulada *Cryptococcus neoformans*, apresentando distribuição geográfica mundial. Os órgãos mais comumente acometidos são: sistema nervoso central, pulmões, pele e próstata. A criptococose manifesta-se com os mais variados quadros clínicos, dominando lesões pulmonares e meningoencefálicas. **Objetivos:** Apresentar um caso de difícil diagnóstico e quadro clínico pouco aparente. **Métodos:** Estudo clínico, laboratorial e por imagem do paciente B. M. N., sexo masculino, 60 anos, pardo, casado, comerciante, natural e residente em São João do Piauí, PI. **Resulta-**

dos: Paciente relatou que no ano de 2004 apresentou quadro sintomatológico de tosse seca, febre, dispnéia e astenia. Foi realizado Raio-X de tórax que revelou opacidade homogênea, de interfaces parcialmente bem definidas e configuração nodular, localizada em segmento posterior do lobo superior do pulmão direito. Suspeitou-se de câncer pulmonar e foi realizada biópsia percutânea orientada por tomografia computadorizada com posterior estudo histopatológico, que evidenciou fragmentos pulmonares com proliferação de células claras com discretas atipias. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com retirada da massa nodular e foi realizado novo histopatológico, no qual foi diagnosticado criptococose pulmonar com ausência de malignidade. O tratamento instituído ao paciente constituiu-se de anfotericina-B e, atualmente, administra-se esquema terapêutico com sulfas com boa resposta do tratamento instituído. **Conclusão:** A criptococose é uma micose sistêmica cosmopolita, de evolução subaguda ou crônica, podendo acometer qualquer órgão ou sistema. É causada pelo *Cryptococcus neoformans*. O fungo penetra no organismo por via inalatória, dissemina-se por via hematogênica e instala-se, principalmente, no sistema nervoso central, pulmões, pele e próstata. A forma pulmonar é o quadro clínico mais frequente da doença. Apresenta-se sob uma forma frustrada, em que há lesões focais ou miliares, de regressão espontânea; uma forma pneumônica ou broncopneumônica; uma forma miliar assintomática ou com manifestações semelhantes à anterior; e uma forma pseudotumoral (toruloma ou criptococoma), assintomática ou com queixas de perda de peso, dor torácica mais localizada no pulmão direito, tosse, hemoptícos e febre baixa intermitente. O diagnóstico é feito por pesquisa direta do fungo, cultura, histopatologia, inoculação em animal, métodos imunológicos, exames radiológicos e tomográficos e estudo do líquido. O diagnóstico diferencial da criptococose pulmonar deve ser feito com outras micoses pulmonares, da actinomicose e da tuberculose e carcinomatose; em especial a diferenciação com neoplasia do pulmão impõe-se nas formas nodulares isoladas. A terapêutica deve ser feita com azóis ou anfotericina-B. O paciente relatado foi tratado com anfotericina-B associada a sulfas até completa resolução da patologia.

PO065 TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: SITUAÇÃO NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DA REGIÃO DE SAÚDE DE BOTUCATU – SP, 1993 A 2003

Junior WV, Carandina L

Faculdade de Medicina de Botucatu-SP/UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose em detentos; Controle da tuberculose; Prisões

Introdução: O perfil das pessoas privadas de liberdade e as condições de confinamento são fatores importantes na epidemiologia da tuberculose, contribuindo para manter sua elevada morbimortalidade no cárcere e fora dele. Superlotação, ventilação inadequada, insalubridade ambiental, violência, drogadição e falta de atendimento à saúde, são situações que expõem os detentos a maior risco de infecção, adoecimento por tuberculose e desenvolvimento de formas multirresistentes. **Objetivos:** Descrever a situação da tuberculose nas penitenciárias da Região de Saúde de Botucatu-SP, Brasil. **MÉTODO:** Estudo descritivo retrospectivo dos casos de tuberculose notificados, entre 1993 e 2003, nos presos (média de 3500 pessoas/ano), todos do sexo masculino. Foram utilizadas informações do Banco de Dados do Programa Epi-Tb. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo dos casos de tuberculose notificados, entre 1993 e 2003, nos presos (média de 3500 pessoas/ano), todos do sexo masculino. Foram utilizadas informações do Banco de Dados do Programa Epi-Tb. **Resultados:** Incidência anual média elevada (1270 casos/100 mil detentos), predomínio de jovens (mediana de 29 anos), com baixa escolaridade (mediana de 5 anos de estudo), casos novos (84%), forma pulmonar (91%), baciloscopia de escarro realizada em 87%, com positividade de 84%, cultura de escarro em apenas 8%, co-morbidade 67%, sendo a AIDS o agravamento mais prevalente (90%), testagem para HIV realizada em 85%, com positividade de 40%, tempo médio de demora, entre sintomas e tratamento, de 9 semanas, tratamento supervisionado pouco utilizado (20%), taxa de cura de 63%, abandono de tratamento de 6,3% e transferência de 17% e baixo controle de comunicantes (13%). **Conclusão:** Investir em medidas que reduzam a transmissibilidade da tuberculose nas prisões, como a melhoria nas condições de encarceramento, a garantia à assistência à saúde, a busca ativa com acesso garantido e rápido aos meios diagnósticos e o tratamento supervisionado de todos os casos, são medidas necessárias e urgentes, tanto para garantir direitos de cidadania às pessoas privadas de liberdade, quanto para o efetivo controle da doença na população geral.

PO066 ANÁLISE COMPARATIVA DA TUBERCULOSE PULMONAR NAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E NOS HOMENS LIVRES, NA REGIÃO DE SAÚDE DE BOTUCATU – SP, 1998 A 2003

Junior WV, Carandina L

Faculdade de Medicina de Botucatu-SP/UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose em detentos; Controle da tuberculose; Prisões

Introdução: O perfil das pessoas privadas de liberdade e as condições de confinamento são fatores importantes na epidemiologia da tuberculose, contribuindo para manter sua elevada morbimortalidade no cárcere e fora dele. Superlotação, ventilação inadequada, insalubridade ambiental, violência, drogadição e falta de atendimento à saúde, são situações que expõem os detentos a maior risco de infecção, adoecimento por tuberculose e desenvolvimento de formas multirresistentes. **Objetivos:** Analisar, comparativamente, a tuberculose pulmonar nos detentos e nos homens livres na Região de Saúde de Botucatu – SP. **Métodos:** Utilizando as informações do Banco de Dados do Programa Epi-Tb, realizou-se estudo descritivo retrospectivo dos casos de tuberculose notificados pelas cinco penitenciárias da região e nos homens livres da mesma faixa etária, entre 1998 e 2003. **Resultados:** Nas pessoas privadas de liberdade: a incidência notificada da tuberculose pulmonar foi 20 vezes maior, a mediana de idade foi de 29 anos, foi maior a prevalência de Aids (33%) e de HIV (35%), foi maior a taxa de cura e menor a taxa de abandono de tratamento. Nos homens livres: a mediana de idade foi de 41 anos, houve maior ocorrência de co-morbidade (66%),

com predomínio do alcoolismo (61%), foi maior o tempo de demora entre os sintomas e o início do tratamento, foram maiores o número e o tempo de internações. Para as duas populações: predominou a forma pulmonar e os casos novos, foi baixo o grau de escolaridade, a cultura de escarro foi poucas vezes realizada, o tratamento supervisionado foi poucas vezes utilizado e houve baixo controle de comunicantes. **Conclusão:** Comprova-se, que na Região de Botucatu, como em outras partes do mundo, a situação da tuberculose nas penitenciárias é grave. Para reverter esta situação, é necessário: implementar recomendações oficiais, como realização de cultura de escarro e tratamento supervisionado, realização de teste tuberculínico para os portadores de HIV, quimioprofilaxia e controle efetivo de comunicantes; ação interinstitucional visando melhoria nas condições de confinamento e de atenção à saúde dos detentos e funcionários do sistema penitenciário; busca ativa de casos, diagnóstico precoce e tratamento imediato dos doentes; conscientização, capacitação e reciclagem dos funcionários; desenvolver ações educativas de prevenção da tuberculose e Aids/HIV e compor grupo interinstitucional de trabalho para discutir e buscar soluções conjuntas para o enfrentamento da situação da tuberculose nas penitenciárias da região.

PO067 ABANDONO DOS CASOS DE TUBERCULOSE E VARIÁVEIS RELACIONADAS SEGUNDO ESTRATÉGIA EMPREGADA (DOTS E TAA) NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP

Ribeiro SA¹, Vieira AA²

1. UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2. Secretaria Municipal de Saúde, Carapicuíba, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Abandono; Tratamento supervisionado

Introdução: O principal objetivo para o Controle da Tuberculose e interrupção da cadeia epidemiológica é a descoberta dos casos bacilíferos através da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios e seu tratamento completo (seis meses). O abandono do tratamento é o principal fator de risco perpetuar a cadeia de transmissão, assim como é o maior responsável pelo aparecimento de casos crônicos e multidrogaresistentes (MDR). **Objetivos:** Esta pesquisa teve como objetivos avaliar se com a implantação da Estratégia do Tratamento Supervisionado (DOTS) em relação à estratégia anterior, Tratamento Auto-Administrado (TAA), diminuiu a taxa de abandono do Programa de Controle da Tuberculose de Carapicuíba e também identificar possíveis variáveis relacionadas aos abandonos dos tratamentos. **Métodos:** O presente estudo foi do tipo longitudinal não concorrente comparando duas coortes, a coorte 01 (TAA) avaliada de janeiro à dezembro de 2003 e a coorte 2 (DOTS) de julho de 2004 até junho de 2005, totalizando 173 e 187 casos de tuberculose respectivamente, atendidos pelo Programa de Controle da Tuberculose do Município de Carapicuíba, região metropolitana da Grande São Paulo. **Resultados:** A taxa de abandono diminuiu mais de 100%, de 13,3% na estratégia TAA para 5,9% na estratégia DOTS ($p < 0,005$). Das variáveis estudadas e relacionadas ao abandono, verificou-se que na estratégia TAA houve associação significativa ($p < 0,005$) para a faixa etária de 21 a 45 anos ($RR = 3,8$), ocupação do tipo informal ($RR = 3,2$), casos de retratamento ($RR = 2,6$), etilistas crônicos ($RR = 3,1$) e menor número de comunicantes examinados ($RR = 8,9$). Nos casos da estratégia DOTS não ocorreu associação para as variáveis estudadas. **Conclusão:** A estratégia DOTS se mostrou mais efetiva em relação ao TAA, com diminuição da taxa de abandono, ficando este próximo aos 5,0% preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, e ao contrário da estratégia TAA, com o DOTS não houve variáveis associadas aos abandonos dos tratamentos.

PO068 AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES AMBULATORIAIS INSCRITOS EM PROGRAMAS DE TUBERCULOSE

Carlesso PP, Junior CC, Romanelli FA, Rodrigues PL, Prest CL, Loureiro GR, De Moura IM, Pinto GAT

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Caso-controle

Introdução: A Tuberculose é grande causa de mortalidade por doença infecciosa no mundo, com uma estimativa de que uma em cada três pessoas esteja infectada. O Brasil ocupa o décimo lugar entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos. Muitas condições são frequentemente implicadas na evolução da doença pulmonar. Diante da grande diversidade de variáveis envolvidas, decidiu-se desenvolver um estudo para avaliar a presença das mesmas entre pacientes atendidos em Programas de Tuberculose em nosso meio. **Objetivos:** Determinar a frequência e a associação dos fatores de risco com o desenvolvimento da tuberculose pulmonar nos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) e na Unidade de Saúde (US) de Maruípe. **Métodos:** Está em andamento um estudo caso-controle envolvendo pacientes portadores de tuberculose nos Programas de Tuberculose do HUCAM e da US de Maruípe. O grupo controle é formado por pacientes, sem tuberculose, atendidos nos ambulatórios de clínica cirúrgica, clínica médica, cirurgia plástica e oftalmologia do HUCAM. Os dados são provenientes de um questionário que o paciente é convidado a responder, com perguntas sobre condições de interesse. À análise univariada, seguiu-se modelo multivariado mediante o uso de regressão logística múltipla, com $\alpha = 5\%$. **Resultados:** Os resultados parciais obtidos a partir dos dados de 128 pacientes mostram que, na população estudada, são fatores de risco a etnia parda ou negra, a ocorrência de tuberculose prévia, a perda de peso, a presença de tosse nas últimas 4 semanas, o contato prévio com paciente portador de tuberculose e o fato de dormir sozinho no cômodo. Outros fatores avaliados não apresentaram diferença estatisticamente significativa, a saber: sexo, faixa etária, vacinação por BCG, condições socioeconômicas, de moradia e sanitárias, trabalho ou residência em locais de risco, uso de medicamentos, doenças associadas. **Conclusão:** Os resultados obtidos sugerem que fatores classicamente associados à tuberculose podem não ser reconhecidos em nosso meio em virtude da homogeneização relativa das condições socioeconômicas da população sob atendimento

no SUS. A etnia parda, por ser de classificação subjetiva, pode ter sido sujeita a viés de informação. As variáveis tosse e perda de peso foram utilizadas como critérios de definição clínica da doença, motivo pelo qual estão associadas ao desfecho. O fato de dormir sozinho no cômodo provavelmente representa um viés de precedência. Foram, portanto, encontrados como fatores de risco as seguintes variáveis: tuberculose prévia e contato prévio/exposição sabido(a) à tuberculose. Outros fatores podem não ter sido reconhecidos por falta de poder suficiente do estudo, ainda em andamento, não tendo sido atingido o tamanho de amostra necessário.

PO069 AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR INSCRITOS EM PROGRAMAS DE TUBERCULOSE

Carlesso PP, Junior CC, Romanelli FA, Rodrigues PL, Prest CL, Loureiro GR, De Moura IM, Pinto GAT

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Corte transversal

Introdução: A Tuberculose é uma doença que acompanha o homem desde o início da história e sempre foi relacionada a condições insalubres e aglomerações. Várias foram as tentativas de controle, porém ela persiste como grande causa de doença infecciosa no mundo acometendo mais de 9 milhões de pessoas a cada ano. O Brasil é o 10º país do mundo em tuberculose, apesar dos esforços desenvolvidos para controlar a doença. Uma vez que o sucesso das estratégias de controle está ligado à compreensão das variáveis envolvidas na gênese da doença, decidiu-se desenvolver um estudo para avaliar o perfil dos pacientes atendidos em nosso meio. **Objetivos:** Avaliar as características dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e na Unidade de Saúde (US) de Maruípe. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo envolvendo pacientes portadores de tuberculose pulmonar nos Programas de Tuberculose do HUCAM e US Maruípe. Os dados são provenientes do prontuário e de um questionário que o paciente foi convidado a responder. **Resultados:** Os resultados obtidos a partir dos dados de 64 pacientes, entrevistados no período de Agosto de 2005 a Maio de 2006, mostrou que a maioria é do sexo masculino (70,3%), de etnia parda (45,3%) com idade média de 44,23 + 16,42 anos (variação: 18-80). Esses pacientes eram provenientes de 12 municípios do ES e 87,5% da Grande Vitória. **Conclusão:** Observou-se que o grau de instrução limitou-se ao 1º grau incompleto (61,7%), a renda variou predominantemente entre < 1 a 3 salários mínimos (65,6%), 93,8% habitavam casa de alvenaria, com água encanada (98,4%), banheiro domiciliar (100%) e coleta de lixo (95,3%). A avaliação da profissão e das condições de trabalho revelou que 71,1% são trabalhadores braçais extradomiciliares urbanos. Quanto à inserção no mercado, 60,2% encontravam-se em atividade, 19,5% aposentados e 20,3% desempregados. Apenas 10,9% trabalhavam ou já haviam trabalhado em locais de risco como penitenciárias, manicômios, hospitais, quartéis e laboratórios. Não foi observada incidência significativa de doenças associadas à tuberculose. Etilismo foi declarado por 76,6%, e tabagismo por 64,8%. A maioria (79,7%) nunca usou drogas ilícitas. Dos diagnósticos, 40,6% foram feitos no HUCAM, 14,1% na US de Maruípe, 37,5% em serviço público próximo à residência do paciente e 7,8% em serviço particular. Baciloscopia de escarro foi positiva em 78,1% dos pacientes, apenas 21,9% necessitando de confirmação por outro método. O esquema I foi o mais utilizado (59,4%) havendo ainda 14 outros esquemas. Resistência a alguma droga antimicrobacteriana ocorreu em 9,4% dos pacientes. Entre estes, 50% apresentavam resistência à rifampicina + isoniazida, 16,7% à rifampicina + isoniazida + pirazinamida e 16,7% à estreptomina, (não especificada: 16,7%). Tratamento por até 6 meses foi observado em 89,1% dos casos, ultrapassando este período em 9,6% (1,6% desconhecido).

PO070 ADERÊNCIA À VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL

Leite de Albuquerque Filho AP, Diniz ET, Querino MCD
Hospital Barão de Lucena, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Gripe; Vacinação; Profissionais de saúde

Introdução: O vírus influenza é uma importante causa de morbidade e mortalidade em indivíduos idosos e com doenças crônicas e/ou imunodepressão na comunidade. A população nosocomial é particularmente vulnerável à infecção, observando-se uma letalidade de 6 a 8% em surtos hospitalares. Os profissionais de saúde exercem papel importante na transmissão do vírus aos pacientes internados. A letalidade é eficazmente reduzida pela vacinação anual dos últimos; entretanto, a imunização dos mesmos permanece baixa (10 a 40%) em todo o mundo. **Objetivos:** Avaliar a aderência à vacinação entre os profissionais de saúde de um hospital geral no Recife, determinando o nível de conhecimento dos mesmos sobre a indicação e os principais motivos que levam à não-aderência. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo. Foram entrevistados 579 profissionais que tinham contato direto com pacientes (51,5% do total dos funcionários registrados no Hospital), e 21 estudantes de medicina ou enfermagem. **Resultados:** Dos 600 indivíduos entrevistados, a idade média foi de 38,7 anos, e 84% eram do sexo feminino. Dentre todos os entrevistados, 41,6% foram imunizados ao menos uma vez nos últimos 3 anos; apenas 28% vacinaram-se no último ano. Entre os que se imunizaram, o principal motivo alegado para fazê-lo foi a diminuição do risco de adquirir gripe, sem menção ao fato de serem profissionais de saúde (60,9%); apenas 3,6% responderam ter se imunizado por esse motivo. Entre as diferentes categorias profissionais, a taxa de vacinação entre as enfermeiras foi de 60,5%, entre os auxiliares/técnicos de enfermagem de 53,6% e entre os médicos de 32,9%. Os principais motivos citados para justificar a não imunização foram a falta de interesse em relação a vacinar-se (24,2%), o fato de não ter mais de 60 anos (22,3%) e o de não apresentar gripe com frequência (18,9%). No total, 28,2% afirmaram conhecer a indicação anual da vacina para o profissional de saúde; destes, porém, 45,6% não se imunizaram. Os médicos corresponderam à categoria profissional que mais afirmou conhecer a indicação (37,4%). Entre os estu-

dantes as taxas de vacinação e conhecimento sobre a indicação foram baixas, 23,8% e 4,8%, respectivamente. **Conclusão:** A taxa de vacinação entre os profissionais entrevistados situou-se dentro da faixa habitualmente encontrada na literatura – inferior, portanto, à desejável. Adicionalmente, o uso da vacina mostrou-se irregular, sem o rigor da recomendação de imunização anual. Os médicos tiveram aderência mais baixa que enfermeiros e auxiliares. Dentre os imunizados, os motivos alegados mostraram desconhecimento da indicação universal para profissionais de saúde. São necessárias estratégias para aumentar a aderência e o conhecimento sobre a vacina entre os profissionais.

PO071 ADERÊNCIA À VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE EM PACIENTES AMBULATORIAIS DE UM HOSPITAL GERAL

Leite de Albuquerque Filho AP, Querino MCD, Diniz ET
Hospital Barão de Lucena, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Gripe; Vacinação; Pacientes ambulatoriais

Introdução: A indicação de vacinar idosos contra a influenza está bem estabelecida e assimilada pela população, alcançando índices acima de 80% no Brasil, nos últimos 3 anos. A imunização contra a gripe também é indicada, independentemente da faixa etária, para pacientes com alto risco de desenvolver as complicações da doença, como os portadores de doenças cardíacas, pulmonares, renais e hepáticas crônicas, diabetes mellitus tipo 1 e pacientes imunossuprimidos. Dados sobre a aderência à vacinação nesse grupo de indivíduos (portadores de co-morbidades) são escassos. **Objetivos:** Avaliar a aderência à vacinação contra a gripe em pacientes adultos com alto risco para complicações (maiores que 60 anos e menores de 60 anos portadores de co-morbidades), que afluem ao ambulatório de um hospital terciário. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo, realizado em 2006 nos ambulatórios de clínica médica, cardiologia e pneumologia do hospital Barão de Lucena. Foram entrevistados pacientes consecutivos da rotina de atendimento dos ambulatórios quanto à realização ou não da vacina pelo menos uma vez nos últimos 3 anos. Calculou-se a frequência de vacinação em dois grupos: os com idade maior que 60 anos e os com idade menor que 60 anos mas portadores de co-morbidades. **Resultados:** Foram entrevistados 266 pacientes, com média de idade de 49,3 anos; 69,2% eram do sexo feminino. Do total, 88 pacientes (33,1%) tinham mais de 60 anos; dentre eles, 81,8% foram vacinados. Dos menores de 60 anos (178 pacientes), 58 pacientes (32,5%) tinham indicação para vacinação pela presença de co-morbidades. Destes, 11 (18,9%) foram vacinados. Entre os menores de 60 anos, as co-morbidades mais frequentes foram asma brônquica, diabetes mellitus e uso de imunossupressores. Os pacientes foram estimulados a vacinar-se pelos profissionais de saúde do ambulatório em 40,2% dos casos para os maiores de 60 anos, e em 13,8% para os menores de 60 anos portadores de co-morbidades. **Conclusão:** A aderência à vacinação entre os maiores de 60 anos situou-se dentro das metas recomendadas pelas autoridades sanitárias para a população geral. Entre os pacientes menores de 60 anos portadores de co-morbidades, no entanto, a aderência à vacinação foi baixíssima. Os dados sugerem que os profissionais de saúde não têm recomendado com a ênfase necessária a vacinação para o último grupo de pacientes. Faz-se necessária uma maior divulgação de informações para a população e os profissionais de saúde quanto às indicações da vacinação anual contra a gripe.

PO072 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DA TUBERCULOSE PULMONAR

Siqueira Briglia MF, Schettini RA, Carvalho RS, Briglia FS, Schettini DA, Socorro de Lucena Cardoso MD

UFAM, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Prevalência; Manifestações otorrinolaringológicas; Tuberculose

Introdução: A tuberculose continua sendo um problema mundial e nos últimos anos teve um aumento na sua incidência principalmente pelo número crescente de pacientes com HIV. A tuberculose possui como agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* que possui um período de latência geralmente prolongado entre a infecção inicial e a doença. Essa doença pode afetar diversos órgãos e sistemas. A forma mais comum de acometimento otorrinolaringológico da tuberculose é a linfadenopatia cervical. Outros locais de acometimento otorrinolaringológico da tuberculose são constituídos pela orelha média, a cavidade nasal, a orofaringe, nasofaringe, parótida, esôfago, glândula submandibular, palato, língua, traquéia, laringe, ducto do cisto tireoglossal e a mucosa oral. **Objetivos:** Estimar a prevalência de manifestações otorrinolaringológicas em pacientes portadores de tuberculose, atendidos no ambulatório Araújo Lima da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus, entre o período de Julho de 2005 a Junho de 2006, e analisar o comportamento da doença neste grupo. **Métodos:** Este é um estudo descritivo e transversal, em que os pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar pelo Serviço de Pneumologia do Ambulatório Araújo Lima da UFAM, em Manaus, entre o período de Julho de 2005 e Junho de 2006, foram encaminhados ao Serviço de Otorrinolaringologia da UFAM. Estes pacientes foram então submetidos a um exame otorrinolaringológico. Foram incluídos no trabalho apenas os pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar pelo serviço de Pneumologia da UFAM, com exame de baciloscopia positiva. **Resultados:** Foram analisados 15 casos de tuberculose pulmonar confirmada pela baciloscopia, sendo 7 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A maioria dos pacientes eram adultos jovens entre a terceira e quarta década de vida (46,7%). Apenas um dos pacientes possuía co-infecção com o vírus HIV. O acometimento otorrinolaringológico pela tuberculose foi observado em 2 pacientes correspondendo a 26,7% da mostra, sendo um paciente com otite média tuberculosa e um paciente com linfadenopatia cervical. **Conclusão:** A prevalência de manifestações otorrinolaringológicas foi de 13, 33%. Um paciente foi acometido de otite média tuberculosa e outro de linfadenopatia cervical. Além disso, dois pacientes referiram refluxo faringo-laríngeo após o início do tratamento da TB e 1 paciente apresentava hipertrofia de cornetos, sem correlação com a doença. Por ser um tipo de acometimento raro em pacientes

com TB, existem poucos estudos sobre este tema. Esta pesquisa vem comprovar a baixa frequência das manifestações otorrinolaringológicas e mostrar que apesar das diferenças regionais quanto a hábitos de vida, condição socioeconômica, fator racial e outros, os resultados obtidos são semelhantes aos observados em outros estudos no Brasil e no mundo.

PO073 TUBERCULOSE PLEURAL COM INVASÃO COSTAL - RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, De Barros JA, Frare e Silva RL, Scuissato DL, Carraro E

Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose pleural; Costal; Característica neoplásica

Introdução: A tuberculose (TB) apresenta uma grande variedade de tipos de lesões radiológicas, podendo apresentar-se como uma lesão pleuropulmonar com invasão costal, mimetizando uma lesão de aspecto neoplásico. A TB óssea ocorre em 3 a 5% dos casos de TB e 15% dos casos de TB extrapulmonar, acometendo principalmente coluna vertebral, raramente acometendo outras estruturas ósseas, como os ossos dos arcos costais. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente que apresentava uma massa paravertebral direita com invasão pleural e lesões líticas, de aspecto neoplásico, porém a biópsia demonstrou tuberculose. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de um paciente masculino, 66 anos, com dispnéia, tosse seca, dor torácica direita, astenia e anorexia com 1 ano de evolução. Apresentando, ao exame físico, diminuição da ausculta respiratória em base de hemitórax direito, sem outras alterações. Hemograma sem alterações significativas, VHS = 44, PPD reator fraco. Exames de imagem (set/2004): Rx tórax com cardiomegalia, diminuição volume pulmão direito, obliteração do seio costofrênico direito e espessamento basal pleural direito; Tomografia de tórax confirmando os achados da radiografia de tórax, além da presença de linfonodos mediastinais aumentados. Exames de imagem (nov/2005): Rx de tórax com cardiomegalia e comprometimento pleuro-parenquimatoso direito. Tomografia de tórax demonstrando massa paravertebral associada a lesões costais líticas e espessamento pleural nodular à direita. Prova de Função Pulmonar com aumento do volume residual, além de redução do VEF1 = 1,88 (67%). Biópsia da massa em hemitórax direito com presença de inflamação crônica necrotizante tuberculolúida com pesquisa de BAAR positiva, amostra negativa para malignidade. Confirmado o diagnóstico de Tuberculose pleural com invasão costal. Iniciado tratamento com RHZ e após 2 meses de tratamento, o paciente apresenta-se sem dor torácica, com melhora da astenia e diminuição da tosse. **Conclusão:** Existem inúmeras formas de apresentação radiológica de TB, inclusive com mimetismo para lesão neoplásica. O acometimento ósseo na TB é raro, em casos como este, quando não acomete a coluna vertebral. O diagnóstico neste caso é feito com a biópsia da lesão e análise histopatológica. O tratamento é realizado com o esquema RHZ, com a lesão tendendo a regredir conforme a evolução (melhora clínica) do tratamento.

PO074 ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, 2002 E 2003

Diorio de Almeida SA¹, Honer MR²

1. Sec. Municipal de Saúde Pública, Campo Grande, MS, Brasil; 2. UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento; Abandono

Introdução: Situação crítica dessa doença milenar que transmitida por via aérea, abatem-se o próprio paciente e toda a sociedade. **Objetivos:** Caracterizar os casos de abandono ao tratamento de tuberculose, notificados em 2002 e 2003, em duas unidades de saúde de referência da rede básica de saúde do município de Campo Grande, MS. Verificar - números a partir do cadastro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN); tipos de encerramento e por abandono de tratamento. Descrever os casos a partir das entrevistas e registros em formulário. Identificar as estratégias para a redução do abandono. **Métodos:** Estudo de série de casos, epidemiológico e descritivo, com levantamento dos dados dos casos notificados de tuberculose. Coletados dados secundários dos registros do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) da Secretaria Municipal de Saúde Pública, através do SINAN. Dados primários com aplicação de formulário aos casos em abandono, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No procedimento para a realização da visita domiciliar, elaborado formulário. Os dados foram tabulados, as frequências calculadas. **Resultados:** Do conjunto de 514 notificados em tuberculose no município dos dois anos, delimitou-se 195 casos do estudo, que apresentaram: 78,4% cura, 8,2% transferência, 4,6% óbito, 3,5% mudança de diagnóstico, 5,1% abandono caracterizando 10 casos (2 condenados judicialmente e foragidos; 2 andarilhos; 3 mudaram do município, sem deixar novos endereços); 1 usuário de drogas, 24 anos, pulmonar BK+ e AIDS, etilista, vigia de veículos, considerou-se melhor e curado; uma mulher do lar, 59 anos, meningite tuberculosa, alega dores abdominais, de cabeça, desânimo e "saravã" contra ela, ambos fizeram 3 meses de tratamento por uso de ônibus para ir a unidade de saúde; 1 presidiário, 29 anos, meningite tuberculosa e AIDS, tabagista, realizou 4 meses de tratamento por necessitar de escolta policial para o controle mensal de tratamento. Os três casos foram entrevistados, são de 2002, da raça negra e relataram alimentação adequada durante o tratamento. **Conclusão:** Esta pesquisa possibilitou conhecer os tipos de encerramento de tratamento; qualificar o PCT nas unidades de referência, quanto ao abandono em 2002 = 6,5% e 2003 = 3,4%; identificar os elementos predisponentes a interrupção do tratamento e os esforços para resgatar tais casos muitas vezes vão muito além da capacidade técnica dos profissionais. O levantamento realizado apontou a necessidade do acompanhamento contínuo do: -sistema de vigilância do fluxo das informações, devido as falhas constatadas no SINAN, -comprometimento dos profissionais atuantes no controle da tuberculose de cada caso, incluindo tratamento supervisionado, proporcionando a efetivação do encerramento por cura e a educação permanente na valorização dos técnicos para a diminuição dos casos de abandono de tratamento da tuberculose.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO075 CULTURAS POSITIVAS PARA MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS: DOENÇA OU CONTAMINAÇÃO?

Garcia GF¹, Rocha MO²

1. Hospital Eduardo de Menezes-FHEMIG, Belo Horizonte, MG, Brasil; 2. Programa de Pós-Graduação de Infectologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Micobactérias não-tuberculosas; Culturas para micobactérias; HIV

Introdução: As culturas positivas para micobactérias não-tuberculosas são frequentemente encontradas em hospitais de referência para doenças infecciosas, existindo a dificuldade de caracterizar este achado como doença ou contaminação. **Objetivos:** Correlacionar o achado de culturas positivas para micobactérias não-tuberculosas com critérios diagnósticos. **Métodos:** De 2000 a 2004, foram identificados 40 pacientes com culturas positivas para micobactérias não-tuberculosas no Hospital Eduardo de Menezes, Minas Gerais. Foram considerados doentes por micobacteriose os pacientes com doença pulmonar que se enquadravam nos critérios diagnósticos da ATS-1997, aqueles com hemocultura ou cultura de líquidos corporais normalmente estéreis positivas para micobactéria. Os pacientes foram analisados quanto à sorologia para HIV, quadro clínico, mortalidade, espécime de micobactéria encontrada e diagnóstico de doença ou contaminação. **Resultados:** Das 580 culturas positivas para micobactérias, 9,9% eram de micobactérias não tuberculosas, sendo 27 (49%) do grupo III de Runyon, 9 (16,3%) do grupo II, 7 (12,7%) do grupo I, 4 (7,2%) do grupo IV e 8 (14,4%) não classificadas, relativas a 40 pacientes. Desse, 30 eram do sexo masculino, a idade média foi de 37 anos, 31 tinham sorologia positiva para o HIV. Dos 13 (32,5%) pacientes considerados como infecção, 9 tinham os critérios da ATS-1997 para doença pulmonar e 4 outros critérios. Dos 25 (62,5%) pacientes considerados como contaminação, 23 (92%) apresentaram cultura no positiva no escarro, 13 (52%) pesquisa de BAAR positiva no escarro ou outro material biológico, 14 (56%) tinham sintomas respiratórios, 17 (68%) fizeram tratamento para tuberculose e 4 (16%) para micobactérias não tuberculosas. **Conclusão:** Um terço dos pacientes foi diagnosticado como infecção. A maioria dos pacientes considerados como contaminação eram sintomáticos respiratórios e fizeram tratamento para micobactérias. O tratamento dos pacientes com culturas positivas para micobactérias foi orientado não somente pelos critérios diagnósticos internacionais, mas também pelo quadro clínico dos pacientes que não preencheram estes critérios.

PO076 A ARTE COMO MEIO DE DES-VELAR O SER-DOENTE COM TUBERCULOSE/HIV

Bittencourt Fernandes da Silva AM

UFRJ, RJ, RJ, Canadá.

Palavras-chave: Tuberculose; Pesquisa qualitativa; Arte simbólica

Introdução: A TB é uma enfermidade controlável, com rápido diagnóstico e de tratamento eficaz. Segundo o SINAN (2003) foram confirmados 72.949 casos novos, dos quais 8% eram HIV soropositivo. O Estado do Rio de Janeiro apresenta a maior taxa anual de incidência do país, se destacando no cenário nacional. Kritski e col. (2005) refere que se faz necessário que o paciente tenha acesso ao programa de tratamento, e que os profissionais efetivamente sigam as normas de controle da TB para se obter a cura. Jung (1988) refere que nascemos com uma herança psicológica, que se soma à biológica e que ambas são determinantes essenciais do comportamento e da experiência do ser. Reconhece que por meio da arte o ser pode des-velar o que se encontra oculto (significado da enfermidade), pois o fazer simbólico libera os conflitos internos e favorece a adesão ao tratamento. **Objetivos:** Compreender as percepções dos pacientes sobre o cuidado que lhes é oferecido, por meio do fazer artístico. **Métodos:** Este estudo foi desenvolvido na perspectiva da pesquisa qualitativa que, para Martins e Bicudo (1989) encontrar-se centralizado no específico, na procura da compreensão dos fenômenos estudados. Esta metodologia mostrou-se como proposta para a leitura do fazer artístico, expressa em linguagem simbólica, que proporcionou o emergir da intuição e dos conteúdos internos, reprimidos e imersos nas histórias coletivas e individuais dos sujeitos (Santos, 1999). Os objetos produzidos foram desenvolvidos nas oficinas pela concretização e expressão do símbolo. Realizou-se a análise coletiva dos dados e a avaliação-simbólica pelo próprio grupo favorecendo a transformação dos níveis do consciente do paciente e o des-velar dos conflitos perante a sua enfermidade. **Resultados:** Nesta investigação, a pesquisadora procurou identificar os símbolos significativos do grupo TB/HIV, expressos nas emoções e sensações do fazer artístico. Delimitaram-se cinco unidades, a partir da similaridade encontrada na análise simbólica dos objetos construídos: os pacientes desejam ser ouvidos em suas angústias relativas ao adoecimento e reações adversas da medicação; o preconceito favorece ao abandono ao tratamento, o estigma da doença surge como barreira socioeconômica, que o acolhimento se fez de modo des-cuidado, acarretando dor e seu isolamento e que percebe a sua finitude a partir do diagnóstico. **Conclusão:** Este processo propiciou ao paciente a criação e liberação dos conteúdos conflitantes pela construção de objetos, nos quais os sujeitos transferiram as dificuldades de aceitar sua enfermidade e tratamento. Que o cuidar diferenciado que foge aos padrões da cientificidade tradicional, propicia o investigar que promove a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Desta maneira, zelarmos pela assistência que se funde no outro e que associa sonho e ciência, razão e sensibilidade; pensamento e emoção; morte e vida, imaginação e criação propicia a adesão ao tratamento.

PO077 ASSOCIAÇÃO: TUBERCULOSE, SILICOSE E ESCLERODERMIA

Siqueira Briglia MF¹, Andrade EO², Briglia FS³, Scrignoli JA⁴, João GAP⁵, Coelho MARC⁶, Ramos ES⁷, Da Cunha DGC⁸

1,3,4,5,6,7,8. UFAM, Manaus, AM, Brasil; 2. FCECON, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Esclerodermia; Tuberculose; Silicose

Introdução: Pacientes com silicose têm elevado risco de adquirir câncer de pulmão, doenças respiratórias não malignas, tuberculose ou micobacterioses atípicas e doenças auto-imunes.

A principal complicação da silicose é a tuberculose pulmonar, ocorrendo com maior frequência nas formas acelerada e aguda da doença. Deve-se suspeitar de silicotuberculose quando se evidencia rápida progressão das lesões, conglomerados e grandes opacidades nos lobos superiores acompanhados de sintomas gerais como febrícula, astenia, emagrecimento além de piora da tosse e/ou hemoptise. A associação de silicose outra pneumonose com escleroderma, artrite reumatóide e, mais raramente, com lúpus eritematoso sistêmico sugere que o dano tecidual na silicose pode desencadear produção de auto-anticorpos e desenvolvimento de doença auto-imune. Nestes casos, a evolução da silicose caracteriza-se pela progressão mais rápida das alterações radiológicas e funcionais. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com diagnóstico de silicotuberculose que evoluiu para esclerose sistêmica tipo autolimitada. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Homem, 38 anos, garimpeiro, trabalhou com explosivos, apresentou há 10 anos quadro clínico de doença parenquimatosa pulmonar com passado de tratamento para tuberculose. Biópsia pulmonar: quadro histológico sugestivo de silicose. Há um ano evoluindo com espessamento de pele em face, antebraços, esclerodactilia, microstomia, Raynaud, lesões de "sal e pimenta", poliartrite em IFP, reabsorção de polpas digitais, além de disfgia distal e dispnéia de esforço. Cintilografia pulmonar: sugestivo de doença parenquimatosa. TC tórax março/05: seqüela de processo inflamatório específico em lobos superiores, achados indicativos de fibrose, distúrbios perfusional em lobos inferiores. Anti Scl 70 negativo, FAN + 1: 5120. Paciente evoluiu para SARA e óbito durante a internação. **Conclusão:** As pneumonioses estão relacionadas ao desenvolvimento de doenças auto-imunes. Este caso chama a atenção pela raridade da ocorrência destas duas doenças em um mesmo paciente.

PO078 ASSOCIAÇÃO PARACOCCIDIOIDOMICOSE-AIDS. RELATO DE CASO

Rodrigues H, Rosa DMC, Bortoloti AK

Hospital Estadual Bauru, Bauru, SP, Brasil.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; AIDS; Pneumocistose

Introdução: Paracoccidiodomicose é micose sistêmica endêmica na América Latina, especialmente no Brasil, sendo causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidoides brasiliensis*. Desta forma, poderia esperar-se grande número de associação aids-paracoccidiodomicose, entretanto, a literatura registra pouco mais de uma centena de casos descritos. Outras infecções oportunistas são relatadas em cerca de 37% dos casos. Postula-se para esta discrepância o predomínio urbano da infecção pelo HIV, contra o predomínio rural da paracoccidiodomicose, além do uso do sulfametoxazol-trimetoprim para tratamento e profilaxia de outras infecções oportunistas. **Objetivos:** Descrever caso clínico de associação aids-paracoccidiodomicose em morador da zona rural e possível co-infecção com *Pneumocistis carinii*, além de discussão dos aspectos clínicos-fisiopatológicos da paracoccidiodomicose no indivíduo com aids. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 48 anos, branco, trabalhador rural, homossexual, natural e procedente de Pirajuí-SP, morador em zona rural. Relato de perda de peso (cerca de 15 quilos) em 4 meses, febre praticamente diária e sem horário preferencial, dispnéia progressiva com importante agravo nos últimos 10 dias e tosse produtiva. Ao exame físico encontrava-se emagrecido, taquipneico e taquicárdico, com lesão ulcerada rasa com pontilhado hemorrágico em lábio superior, redução de MV global com crepitações finas em bases e hepatomegalia não dolorosa. Raio X de tórax evidenciando infiltrado misto alveolar-intersticial retículo nodular semelhante à "asa de borboleta" em todos os campos pulmonares, estendendo-se até a periferia, predominando em 2/3 inferiores. Exames laboratoriais mostrando hemograma com leucopenia, linfopenia e anemia microcítica-hipocrômica, aumento discreto de enzimas hepáticas e aumento de cerca de 3x no DHL. Sorologia para paracoccidiodomicose negativa, com achado do *P. brasiliensis* no micológico direto do escarro e na biópsia de lesão em lábio superior. Introdução sulfametoxazol-trimetoprim na dose de tratamento para *P. carinii* frente a rápida deteriorização do quadro respiratório e pelo importante aumento do DHL. Evoluiu com insuficiência respiratória no terceiro dia de tratamento, sendo necessário instituição de ventilação mecânica. Apresentou boa evolução, sendo extubado no oitavo dia de tratamento, e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Descrever e adicionar à literatura caso de associação paracoccidiodomicose-aids e possível co-infecção com *Pneumocistis carinii*, observando-se que o vírus HIV já atinge o meio rural. Revisão de literatura mostra que a infecção ocorre muito provavelmente por reativação de infecção latente. O espectro clínico da paracoccidiodomicose é amplo, variando desde evolução indolente, até características da forma aguda/subaguda (linfadenopatia, hepatoesplenomegalia), porém com freqüente comprometimento mucoso (cavidade oral e/ou trato respiratório inferior), este já próprio da forma crônica, constituindo então uma superposição denominada forma mista, que junto com a comum ocorrência de lesões cutâneas, não é habitual nos indivíduos HIV negativos. Existe correlação direta entre o grau de imunossupressão, com CD4 < 200, e infecção pelo *P. brasiliensis*. O diagnóstico de paracoccidiodomicose deve ser considerado em todo paciente com aids, que apresente febre prolongada, emagrecimento, linfadenopatia, esplenomegalia, hepatomegalia e/ou lesões cutâneas, e que não estejam em uso de derivados azólicos ou sulfametoxazol-trimetoprim.

PO079 AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE PLEURAL NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS/RJ, NOS ANOS DE 1998 A 2006

De Oliveira JM, Souza RT, Peron G, Grof P, Calais LG

FESO, Teresópolis, RJ, Bélgica.

Palavras-chave: Tuberculose pleural; Prevalência; Tuberculose extrapulmonar

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa com alta mortalidade em todo mundo. O Brasil tem elevada incidência desta doença, e segundo Silva, em 2005, estima-se que haja em torno de 100 mil novos casos a cada ano no país. Dentre as formas extrapulmonares, a tuberculose pleural (TPL) é a apresentação mais comum e representa cerca de 10% dos casos. Estes dados estatísticos podem estar subestimados, devido a dificuldade diagnóstica em alguns casos. **Objetivos:** Avaliar o número de casos de Tuberculose pleural no município de Teresópolis no período de 1998 a 2004 e correlacioná-la com as variáveis idade e gênero.

Averiguar se das formas extrapulmonares, a TPL tem maior prevalência. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo a partir dos dados contidos no Livro de registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de Tuberculose, fornecido pelo programa de controle de Tuberculose de Teresópolis. **Resultados:** Os anos de 1998 a 2004 apresentaram um total de 12, 13, 16, 13, 23, 19 e 22 casos de tuberculose extrapulmonar, a cada ano respectivamente. Destes totais, 42%(5), 23% (3), 38% (6), 23% (3), 48% (11), 53% (10) e 77% (17) foram na forma pleural a cada ano respectivamente. Em 1998 100% dos casos ocorreram no sexo masculino. Os anos de 1999, 2001, 2002, 2003 e 2004 tiveram respectivamente 33% dos casos no sexo feminino e 67% no masculino, 67% no feminino e 33% no masculino, 45% no feminino e 55% no masculino, 40% no masculino e 60% no feminino e 29% no feminino e 71% no masculino, respectivamente a cada ano. Já em 2000 50% dos casos foram no sexo masculino e 50% no feminino. Em 1998 20% dos casos estão contidos na faixa etária menor que 20 anos, e 80% estão nas faixas etárias de 20 a 40 e maior que 61 anos, cada uma com 40%. Em 1999 67% dos casos ocorreram na faixa etária menor que 20 enquanto 33% ocorreram entre 41 a 60 anos. No ano 2000 17% dos casos ocorreram na faixa menor 20 anos, 50% entre 20 e 40 e 33% entre 41 e 60. Em 2001 33% foi na faixa menor que 20 e 67% entre 20 e 40 anos. Em 2002 9% foi entre menor que 20 anos, 45% entre 20 e 40, 27% entre 41 e 60 e 18% na maior que 61. No ano de 2003 os casos foram distribuídos em 10% nas faixas etárias menor que 20 e maior que 61 anos, 20% entre 20 e 40 e 60% entre 41 e 60 anos. Enquanto que em 2004, 6% ocorreram nas faixas, menor que 20 e entre 41 a 60, 71% entre 20 e 40 e 18% na maior que 61. **Conclusão:** A alta prevalência de tuberculose pleural em nosso meio justifica a necessidade de se conhecer os grupos de risco e as manifestações clínicas, visando otimizar os métodos diagnósticos.

PO080 TUBERCULOSE MILIAR ASSOCIADA A SARA

E Silva JF, Mendonça DL, Gomes LRM, Barbosa MP

Hospital de Base - DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose miliar; SARA; Infiltrado pulmonar micronodular difuso

Introdução: A partir dos anos 80, após décadas de declínio, ocorreu um ressurgimento da tuberculose nos EUA, bem como de sua forma miliar, coincidindo com a epidemia da AIDS. A Tuberculose Miliar é definida como a disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis*. A apresentação clínica é muito variável. O clássico achado nos exames de imagem do tórax é um infiltrado micronodular difuso. A mortalidade mantém-se alta, em torno de 24% dos casos. A Tuberculose miliar é uma rara causa de SARA, com uma prevalência de 2% dos casos em países endêmicos. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente com SARA associado a Tuberculose Miliar. **Métodos:** Revisão de prontuário. Revisão da literatura. Discussão do caso. **Resultados:** Homem de 38 anos, pardo, deu entrada no serviço de Emergência com história de dispnéia, febre e dor ventilatório-dependente há uma semana. Gasometria realizada na ocasião demonstrou hipoxemia. Radiografia de tórax evidenciou infiltrado pulmonar micronodular difuso. Paciente evoluiu com piora do padrão respiratório, necessitando de suporte ventilatório assistido e UTI, recebendo tratamento com antimicrobianos e corticosteróides. Apresentou melhora importante, sendo extubado e transferido para enfermaria, após 10 dias de sua entrada no hospital. Recebeu alta hospitalar no trigésimo dia de internação, persistindo com tosse seca. Durante propedêutica diagnóstica, realizou biópsia tanto do pulmão através da broncoscopia, como da medula óssea. Os resultados demonstraram a presença de um granuloma não caseoso e culturas negativas para BAAR. Foi iniciada terapia com drogas tuberculostáticas, com melhora clínica. **Conclusão:** A Tuberculose Miliar deve ser lembrada como condição associada a SARA, independente da baixa prevalência dessa associação.

PO081 ASSOCIAÇÃO LINFOMA HODGKIN E TUBERCULOSE

Donatti MI, Tarsó Guerrero Muller P, Medeiros CGS

UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Linfoma; Tuberculose; Tumor

Introdução: A associação entre tuberculose e Linfoma é pouco citada na literatura, mas deve ser considerada especialmente em países onde a incidência de tuberculose é alta. **Objetivos:** Alertar para possível ocorrência da associação tuberculose e linfoma. **Métodos:** Relato de caso ocorrido em ambulatório do Hospital Universitário da UFMS. IRS, 35 anos, lavrador, apresentou-se com queixas de tosse seca, cansaço fácil, febre vespertina e perda ponderal não aferida, com seis meses de evolução; até então, assintomático. Bom estado geral, hidratado, 58kg, corado, normotenso, afebril e sem gânglios palpáveis cervicais, supraclaviculares, axilares e/ou inguinais. Bulhas normofônicas e rítmicas; murmúrio vesicular diminuído universalmente. Abdômen e MMII sem alterações. Radiograma simples e tomografia computadorizada do tórax mostrando volumosa massa em mediastino ântero-superior com maior projeção à esquerda. Mediastinotomia anterior D com biópsia teve como resultado linfadenite granulomatosa compatível com tuberculose e ausência de sinais de malignidade, no material examinado. Broncoscopia mostrou intenso processo inflamatório de toda mucosa brônquica E predominantemente no BFE. LBA positivo para BAAR (1 bacilo/campo). Anti-HIV negativo. Iniciado esquema I (RHZ). Após 30 dias apresentava-se assintomático, porém, evidenciou-se gânglio supraclavicular D e murmúrio vesicular acentuadamente diminuído no HTE. Radiograma do tórax mostrou atelectasia LSE e aumento da massa mediastinal. Após 60 dias, relatava queimação retroesternal sem outros sintomas associados. Após 90 dias, febre diária e tosse com escassa expectoração. Radiograma do tórax com as mesmas alterações. Nova broncoscopia evidenciou intenso processo inflamatório, obstrução sub-total do BLIE e de 50% do BLSE. Biópsia endobrônquica mostrou processo inflamatório inespecífico. Por aumento do número e do volume dos gânglios cervicais esquerdos, foi realizada biópsia ganglionar cervical E; resultado compatível com linfoma. O exame imuno-histoquímico definiu o diagnóstico como linfoma Hodgkin variedade depleção linfocitária. Por estar finalizando o 6º mês do tratamento antituberculoso, foi dado alta por conclusão do esquema e encaminhado para assistência oncológica específica. Apresentou derrame pleural E. Nova broncoscopia mostrou diminuição do processo infla-

matório anteriormente visto. Evoluiu com regressão dos sintomas, reabsorção do derrame e expansão pulmonar esquerda total. No momento encontra-se assintomático em acompanhamento oncológico. **Resultados:** Acreditamos que o caso teve evolução favorável devido a realização do tratamento para a tuberculose antes do tratamento quimioterápico para o linfoma de Hodgkin, pois se fosse o contrário poderíamos ter um resultado não favorável. **Conclusão:** Doença de Hodgkin é tipicamente associada com a imunossupressão celular predispondo assim a associação com tuberculose. Sendo assim em países onde a tuberculose é prevalente essa associação deve ser considerada.

PO082 MIGRAÇÃO PREFERENCIAL PARA O ESPAÇO PLEURAL DE CÉLULAS COM FENÓTIPO DE MEMÓRIA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PLEURAL

Rodrigues DS¹, Silva TM², Costa PR³, De Melo FF⁴, Ribeiro Medici LF⁵, Santoro IL⁶, Marti LC⁷, Kallas EC⁸

1,4,5. Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,6,8. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 7. Instituto de Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Receptores de quimiocinas; Linfócitos T

Introdução: A tuberculose é caracterizada por uma variedade de manifestações clínicas e a história natural da doença é determinada por uma complexa interação entre o sistema imunológico e o bacilo. Compartimentalização e ativação de linfócitos T circulantes têm sido associados com infecção e doença causadas pelo M. tuberculosis e migração preferencial de linfócitos T para o espaço pleural foi relacionado a diminuição de linfócitos T no sangue periférico. A habilidade de quimiocinas em atrair linfócitos T ativados sugere a função dessas moléculas na modulação da resposta imunológica contra o M. tuberculosis, porém o mecanismo que direciona as células para diferentes compartimentos não é bem definido. **Objetivos:** Estabelecer correlação entre ativação celular, expressão de receptores de quimiocinas e migração de linfócitos para o espaço pleural. **Métodos:** Oito pacientes com tuberculose pleural foram recrutados no Instituto Clemente Ferreira e na Universidade Federal de São Paulo. Células do líquido pleural e do sangue foram isoladas por gradiente de centrifugação. A marcação celular com anticorpos monoclonais foi realizada em tampão salina fosfato suplementado com 1% de soro fetal bovino. A suspensão de células foi incubada por 30 minutos e fixada com 1% de paraformaldeído. As células foram marcadas com painéis de anticorpos monoclonais que incluíam anti-CD3, anti-CD4, anti-CD8, anti-CD45RA, e a combinação dos receptores de quimiocinas CCR5, CCR7, CXCR2, CXCR3 e CXCR4. Amostras foram mantidas a 40 C até a análise no citômetro de fluxo. **Resultados:** Foi observado um acúmulo de linfócitos T CD4+ e CD8+ em fases tardias de diferenciação celular. Células com ausência da expressão de CD45RA predominou no líquido pleural (81% versus 50% no sangue, $p < 0.05$), bem como aquelas com fenótipo de memória central ($p < 0.05$). Houve predomínio de células precursoras na periferia (22% no líquido pleural versus 42% no sangue, $p < 0.05$) e aumento em líquido pleural de linfócitos T CD4+ total (36,9% vs. 27,4%, $p < 0.05$), mas não de células T CD8+. Em ambas subpopulações ocorreu maior expressão em líquido pleural que em sangue periférico de CCR5 (46,5 vs. 10,5% e 47,3 vs. 19,0%, $p < 0,05$), CXCR3 (13,7 vs. 3,9% e 22,2 vs. 3,8%, $p < 0,05$) e CXCR4 (91,1 vs. 70,0% e 96,3 vs. 70,0%, $p < 0,05$). Linfócitos T CD4 e CD8+ tinham maior expressão de CD38 no líquido pleural demonstrando a compartimentalização de células com fenótipos de ativação. Observou-se aumento de CCR7+ apenas na população T CD8+, sugerindo acúmulo de células T CD4+ com fenótipo precursor na periferia em detrimento de um aumento de linfócitos T de memória no líquido pleural, caracterizado pela maior expressão de CD4+CCR7+CD45RA+. **Conclusão:** Linfócitos T têm diferentes propriedades migratórias na doença tuberculosa e ocorre migração preferencial de linfócitos T CD4+ com fenótipo de memória para o sítio inflamatório durante a tuberculose pleural.

PO083 MICOBACTERIOSE PULMONAR E MAMÁRIA POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

Barroso EC¹, Carvalho MRD², Moura ME³, Campelo CL⁴, Pessoa JA⁵

1,2,3,4. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 5. Ministério da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Micobacteriose; M. chelonae; M. abscessus

Introdução: 125 espécies de Micobactérias não tuberculosas (MNT) e 11 subespécies já foram descritas. MNT têm sido reconhecidas como causadoras de doença nos seres humanos desde os anos 30 do século XX. A maioria dos indivíduos imunocompetentes pode se infectar com MNT sem desenvolver doença. Infecções pulmonares por MNT ocorrem na maioria das vezes em portadores de fibrose pulmonar crônica das mais variadas etiologias. O surgimento da aids, o aumento da esperança de vida, e o uso de imunossupressores cada vez maior têm propiciado uma maior incidência de doença por essas micobactérias. **Objetivos:** Chamar atenção para esse caso raro de micobacteriose por diferentes MNTs em períodos distintos em paciente soronegativo para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e sem outras causas de imunodepressão. **Métodos:** Revisão de prontuário para o relato clínico de paciente acompanhado no ambulatório de tisiologia do Hospital de Messejana que é referência para Tuberculose Multirresistente no Estado do Ceará e utilização de técnicas moleculares para identificação das espécies pelo método do PRA – Análise de restrição de produto de PCR. **Resultados:** Paciente do sexo masculino de 48 anos procedente de Fortaleza deu entrada no serviço em 2003, referindo uso de Esquema I e III (preconizados pelo Ministério da Saúde), de modo regular sempre com falência. Tinha antecedentes de alcoolismo e tabagismo graves e de ter trabalhado por vários anos em pedreira e diagnóstico de Silicose. Não era drogadito. Em 2002 três culturas de escarro para BK haviam revelado colônias não características de M. tuberculosis (CNCMT), cujas amostras foram enviadas para o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) sendo identificado M. chelonae. Foi iniciado Esquema com Amicacina, Claritromicina e Etambutol, nas doses recomendadas pelo CRPHF. A cultura do escarro para BK nunca negativas. Foi dada a falência e se manteve o acompanhamento. BAAR negativas, posteriormente, por alguns meses. Foi internado em 2005 com tosse produtiva e abscesso de mama esquerda. Foi feita a hipótese de Câncer J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

de mama, mas, posteriormente foi realizada drenagem com envio da secreção do abscesso e do escarro para cultura para BK e iniciado Esquema III, pois, a baciloscoopia do escarro fora positiva. As culturas (quatro) revelaram CNCMT, cujo material foi enviado para o Instituto Adolfo Lutz sendo identificado M. abscessus pelo método do PRA – Análise de restrição de produto de PCR. Teve melhora do abscesso mamário e melhora clínica, mas, persistiu bacilífero e um mês atrás foi iniciado novamente o mesmo esquema acima para MNT com boa resposta inicialmente. **Conclusão:** Os autores chamam atenção para esse caso raro de micobacteriose ativa inicialmente por M. chelonae e posteriormente por M. abscessus, agora de modo disseminado, simulando Câncer de mama, em paciente soro-negativo para o HIV. O antecedente de Silicose poderia explicar essas micobacterioses sucessivas pelo mau funcionamento do macrófago alveolar em silicótico.

PO084 RELATO DE 06 CASOS DE COCCIDIOMICOSE PULMONAR/EXTRAPULMONAR NO INTERIOR DO CEARÁ

Batista Aguiar FM¹, Moura CM², Ferreira DB³, Montezuma Sales MT⁴, Rios NX⁵, Costa CA⁶, Albuquerque CL⁷, Togashi RH⁸

1,2,3,4,5,7,8. Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil; 6. Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

Palavras-chave: Coccidiomycose; Infecção fúngica; Coccidioides immitis

Introdução: Coccidiomycose é uma doença causada pelo fungo dimórfico (*Coccidioides immitis*), habitante do solo de regiões semi-áridas, de temperaturas altas na estação seca, como ocorre no Nordeste brasileiro. Por esse motivo, a doença tem distribuição geográfica limitada e transmissão restrita a alguns meses do ano. A infecção ocorre por via inalatória, sendo sua forma pulmonar a mais frequente, podendo acometer pele, ossos, articulações e SNC. **Objetivos:** O presente trabalho visa a relatar seis casos de coccidiomycose pulmonar/extrapulmonar ocorridos entre os anos de 2002 e 2006 na região Norte do Estado do Ceará. **Métodos:** Descrição de seis casos de coccidiomycose através de história clínica, exames complementares (exames de imagem e laboratoriais), diagnóstico (sorologia para *C. immitis*), respectivos tratamento e evolução pós-tratamento. **Resultados:** Seis pacientes, sexo masculino, idade entre 19-35 anos, procedentes da zona rural da região Norte do estado do Ceará (Sobral e Santa Quitéria), internados na Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre o período de dezembro de 2002 e março de 2006, dos quais cinco com forma pulmonar e um com forma extrapulmonar (cutânea). Os pacientes com forma pulmonar apresentaram como principais sinais e sintomas dor pleurítica, tosse seca, dispnéia e febre, com radiografia e tomografia de tórax demonstrando nódulos pulmonares bilaterais. O paciente com a forma extrapulmonar (cutânea) apresentou febre e eritema nodoso difuso com radiografia e tomografia de tórax sem alterações. Todos os diagnósticos foram confirmados através da sorologia para *C. immitis* e receberam terapia antifúngica (fluconazol e anfotericina B) com boa evolução em todos os casos. **Conclusão:** O presente relato de caso alerta-nos para a necessidade de incluir a infecção por *C. immitis* no diagnóstico diferencial de doenças pulmonares/extrapulmonares na região Nordeste. O diagnóstico de coccidiomycose pode ser sugerido através de exposição a solos potencialmente contaminados, sintomas respiratórios, alterações clínicas e radiológicas compatíveis. Deve-se salientar que essa patologia pode ter níveis diferentes de gravidade apresentando ou não manifestações extratorácicas.

PO085 INFEÇÃO PELO HIV COMO FATOR DE RISCO PARA RECORRÊNCIA DA TUBERCULOSE PULMONAR

Picon PD, Bassanesi SL, Jarczewski CA, Unis G, Espina CAA

Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Recorrência; HIV

Introdução: Um esquema de tratamento da tuberculose (TB) é adequado quando proporciona elevada taxa de cura e taxa de recorrência inferior a 5%. As taxas de recorrências eram baixas nos regimes de seis meses contendo rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), com ou sem a adição de estreptomicina ou etambutol. Mais recentemente taxas mais elevadas foram observadas nos pacientes infectados pelo HIV (HIV+). **Objetivos:** Verificar a associação entre a recorrência da TB pulmonar em pacientes curados com o esquema RHZ e a presença ou não de infecção pelo HIV. **Métodos:** Estudo observacional de coorte histórica, de amostra sequencial com 481 pacientes bacilíferos, VT, com mais do que 18 anos de idade, testados para anti-HIV e curados com RHZ, de 1998 a 2005. Considerou-se caso de recorrência todo paciente que desenvolveu TB pulmonar bacilífera 3 meses ou mais após a cura, até junho de 2006. A identificação das recorrências foi feita pela análise do banco de dados do ambulatório, das fichas dos pacientes e pela busca no Sistema de Informação Estadual. Variáveis estudadas: idade, sexo, cor da pele, uso de álcool e drogas ilícitas, presença de infecção pelo HIV, dose e modo de uso dos fármacos. Estas informações foram coletadas no banco de dados e nas fichas clínicas. Testes usados: qui-quadrado, Exato de Fisher, t de Student e a técnica de regressão de Cox. Usou-se um alfa = 5%. **Resultados:** Observaram-se 27 recorrências (5,6%). A infecção pelo HIV, o uso irregular do RHZ e o uso de drogas ilícitas mostraram-se associadas a elas. Nos pacientes HIV+, houve 16 recorrências (16,7%) e nos HIV-, 11 (2,9%). Considerando o tempo de acompanhamento, a densidade da incidência das recorrências foi, respectivamente, 5,4 e 0,9/100 pessoas-ano nos HIV+ e HIV- [RR = 5,9 (2,8-12,8); $p < 0,0001$]. Nos pacientes com uso irregular houve 17 recorrências (10,7%) e nos regulares, 10 (3,1%), e a densidade da incidência foi, respectivamente, 2,8 e 1,1/100 pessoas-ano [RR = 2,6 (1,2-5,6); $p = 0,0178$]. Nos pacientes usuários de tóxicos observaram-se 8 recorrências (13,6%) e nos não usuários, 15 (4,4%), sendo a densidade da incidência, respectivamente, 4,4 e 1,4/100 pessoas-ano [RR = 3,2 (1,3-7,5); $p = 0,0121$]. Na regressão de Cox, HIV+ [RR = 4,7 (2,0-11,1); $p = 0,0004$] e uso irregular dos fármacos [RR = 2,8 (1,1-7,1); $p = 0,028$] mostraram-se independentemente associados à recorrência. Nos pacientes HIV+ com uso irregular dos fármacos, e naqueles sem nenhum destes fatores de risco, a densidade da incidência da recorrência foi 7,0 e 0,8/100 pessoas-ano, respectivamente [RR = 9,0 (3,4-24,2); $p < 0,0001$]. **Conclusão:** A taxa global de recorrências está acima do limite internacionalmente recomendado. Os dados mostram que ter HIV+ e usar a medicação irregularmente são importantes fatores de

riscos para recorrências. Medidas específicas para prevenir recorrências nestes pacientes podem ser necessárias, como a ampliação da duração do tratamento nos pacientes HIV+ e a implantação do tratamento diretamente observado.

PO086 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE EM SOBRAL- CE

Montezuma Sales MT¹, Batista Aguiar FM², Ferreira DB³, Moura CM⁴, Rios NX⁵, Costa CA⁶, Albuquerque CL⁷, Togashi RH⁸
1,2,3,4,5,7,8. *UFCE, Sobral, CE, Brasil*; 6. *Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil*.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Sobral

Introdução: A tuberculose é um grave problema econômico e de saúde pública, pois se encontra em crescimento e acomete o indivíduo na sua idade mais produtiva. Profissionais de saúde, desde sua formação, particularmente nos centros urbanos, convivem com esta realidade e devem estar preparados para atuar sobre ela. Diagnosticar e tratar o mais rápido possível a tuberculose é a principal estratégia para salvar vidas, recuperar a saúde dos enfermos e diminuir seu impacto econômico. **Objetivos:** Demonstrar a epidemiologia, métodos diagnósticos, formas de apresentação, evolução, comorbidades e avaliar os resultados do tratamento de pacientes acompanhados pelo sistema de saúde da cidade de Sobral. **Métodos:** Análise do banco de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nos anos de 2000 a 2005 com as características epidemiológicas da tuberculose na cidade de Sobral/CE. **Resultados:** Maior incidência homens (60%), entre 20 e 49 anos (63%) e com baixa escolaridade- 4 a 7 anos- (30%). A forma pulmonar ocorreu em 92,3% dos casos, já a forma extrapulmonar: pleural (37,8%), seguida da forma ganglionar (15,8%), miliar (11%) e óssea (9,7%). Em 77,3% dos casos não foram identificados agravos associados. O agravo identificado mais prevalente foi o alcoolismo em 9% dos casos e o diabetes como segundo agravo com 3,6%. Os exames realizados foram baciloscopia mensal, radiografia de tórax (cada dois meses) e sorologia HIV. A baciloscopia foi positiva em 70,6% dos casos e não foi realizada em 16,8%. A radiografia foi suspeita em 63% dos casos, não sendo realizada em 30,3%. O teste de HIV foi realizado em 40,2% dos casos, sendo positivo em apenas 1,6%. A grande maioria eram casos novos (81,7%), sendo a recidiva (8,5%), o abandono do tratamento (7,2%), transferência e ignorados (2,6%). Quanto às drogas usadas no tratamento: 93,6% fizeram uso de rifampicina, 96% usaram isoniazida e 97,9% usaram pirazinamida. Quanto à evolução, houve queda da positividade da baciloscopia de 7,8% no segundo mês para 0,6% no sexto mês. Houve cura em 72,9% dos casos, abandono em 9,7%, óbito em 4,9%, transferência em 6,3%, mudança de diagnóstico em 2% e tuberculose multirresistente em 0,3% ao encerramento do período. **Conclusão:** Constatamos que a utilização do SINAN teve uma excelente repercussão sobre a captação de notificações de casos de tuberculose, sendo devido a isso, o aumento do número de casos notificados nesse período. Observamos também que a epidemiologia, os métodos diagnósticos, o tratamento e a evolução dos casos na cidade de Sobral são semelhantes aos do restante da região Nordeste do Brasil. Como foi visto a maioria dos casos notificados são novos e o esquema I (rifampicina, isoniazida, pirazinamida) foi utilizado como tratamento de escolha com elevada taxa de cura. Hoje os métodos para redução dos casos de tuberculose na sociedade são informação, busca de casos novos e tratamento adequado.

PO087 TUBERCULOSE PÉLVICA DISSEMINADA PRIMÁRIA

Barroso EC¹, Oliveira TRB², Carvalho MRD³, Moura ME⁴, Pessoa JA⁵
1,2,3,4. *Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*; 5. *Ministério da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil*.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose disseminada; Contato

Introdução: A tuberculose (TB) é doença endêmica, de distribuição universal. A maioria dos casos de TB extrapulmonar ocorre a partir da disseminação hematogênica do bacilo e acontece nos primeiros cinco anos após a primoinfecção. No homem a TB genital pode resultar da reativação de focos da disseminação hemática da primoinfecção ou ser secundária à TB urinária. Na mulher a TB genital não está associada à TB urinária, resultando da reativação de focos da disseminação hemática. Ocorre mais frequentemente nas trompas de onde pode se estender para os ovários e endométrio. **Objetivos:** Chamar atenção para esse caso raro de tuberculose extrapulmonar primária em paciente soronegativo para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e sem outras causas de imunodepressão. **Métodos:** Revisão de prontuário para relato clínico. **Resultados:** Paciente feminina de 36 anos, contato do tio portador de tuberculose multirresistente (TBMR) cujo Teste de Sensibilidade mostrava resistência a rifampicina + isoniazida + etionamida, tendo acompanhado o tratamento dele por dois anos, já estando o mesmo curado há seis meses. Sem antecedentes de alcoolismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Ela apresentou distúrbios menstruais e através de ultrassonografia pélvica detectou-se cisto ovariano esquerdo. Foi submetida a ooforectomia e salpingectomia esquerda com retirada ainda de epíplon e linfonodos regionais. O exame histopatológico das peças cirúrgicas revelou: Processo inflamatório crônico, granulocitário, giganteocelular, com focos de necrose, presente no ovário esquerdo, tuba uterina homolateral, epíplon e linfonodos, provavelmente de etiologia tuberculosa, sem referência à pesquisa de BAAR. O teste tuberculínico foi reator forte (25mm). A telerradiografia de tórax era normal assim como a função renal. Ela não apresentava sintomas sistêmicos. Foi iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. **Conclusão:** Os autores chamam atenção para esse caso de tuberculose pélvica disseminada primária simulando cisto de ovário em paciente imunocompetente, contato de TBMR.

PO088 HISTOPLASMOSE NO ESTADO DO PIAUÍ. ESTUDO DE TRÊS CASOS

Deus Filho A¹, Martins LMS², Alves Júnior JF³, Agostinho Rolim JR⁴, Wanke B⁵
1. *Hospital Getúlio Vargas/UFPI, Teresina, PI, Brasil*; 2,3,4. *UFPI, Teresina, PI, Brasil*; 5. *Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*.

Palavras-chave: Histoplasmoze; Micoses sistêmicas; Pneumopatia crônica

Introdução: A histoplasmoze é uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. O agente etiológico tem distribuição focal, sendo encontrado em habitats

de morcegos ou aves, onde o fungo cresce em abundância e produz muitos conídios infectantes. No Brasil, o teste cutâneo com a histoplasmina tem mostrado diferentes graus de positividade sendo a região nordeste a de menor prevalência (29,2%). Raros casos de histoplasmoze doença têm sido diagnosticados na região. **Objetivos:** Relatar três casos de Histoplasmoze no estado do Piauí. **Métodos:** Caso 1 - OAFF, 50 anos, médico, apresentou lesão eritemato-papular na face lateral do braço D cuja biópsia revelou a presença de *H. capsulatum*. O paciente relatou a presença de morcegos no forro de sua residência. A sorologia da imunodifusão difusão dupla (ID), revelou as linhas específicas H e M, bem como a técnica de Western Blot também foi positiva. Há 30 meses foi tratado de pneumonia cujo padrão (RX do tórax/TCAR) revelou consolidação acinar associada a linfonodomegalias peribronquiais e subcarinais. Houve excelente resposta ao uso de 400mg/dia de itraconazol por 6 meses. Caso 2 - EGO, 51 anos, lavrador e cavador de poços, queixando-se de dor torácica há 6 meses. Foi tratado Tbc por um período de um ano. O RX do tórax revelou padrão de nódulos pulmonares múltiplos em ambos os pulmões com áreas de grandes opacidades. A sorologia de ID mostrou-se reagente (banda M). Houve perda do seguimento do caso (evadiu-se). Caso 3 - MDBO, 68 anos, do lar, sem história de exposição de risco, queixou-se de dor pleurítica há 3 meses, seguida de tosse e expectoração. RX/TCAR do tórax revelaram massa heterogênea com calcificações no lobo inferior do HTD. Um espécime pulmonar obtido por biópsia pulmonar trans-torácica revelou processo inflamatório granulomatoso, células gigantes multinucleadas, áreas de necrose, fibrose e intenso infiltrado linfocitário com a presença de *H. capsulatum* (HE e PAS). A paciente foi tratada com 200mg/dia de itraconazol por 6 meses, com boa evolução. **Resultados:** Apresentados nos casos descritos. **Conclusão:** Na região nordeste do Brasil, no diagnóstico diferencial de pneumopatias crônicas, cujas causas não estejam bem definidas, é importante ter presente a possibilidade de histoplasmoze. Dois dos casos apresentados não relataram atividades de risco para a doença; todos mostraram apresentações clínica-radiológica distintas. Além das clássicas exposições de risco, outras atividades como o contato com solo e oco de árvores devem ser investigadas.

PO089 UTILIDADE DO TESTE DE SENSIBILIDADE NA ESCOLHA DOS FÁRMACOS PARA CONSTITUIR UM ESQUEMA DE TRATAMENTO DA TBMR

Picon PD¹, Figueiredo JC², Bassanesi SL³, Lascombe CAM⁴, Soares RS⁵, Rizzon CFC⁶, Da Freitas TM⁷, Ribeiro MO⁸
1,2,3,4,5,6,7. *Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil*; 8. *LACEN-RS, Porto Alegre, RS, Brasil*.

Palavras-chave: Tuberculose; Teste de sensibilidade; Diagnóstico

Introdução: Os métodos de escolha dos fármacos no retreamento de tuberculose (TB) são a história terapêutica/curva baciloscópica (HT/CB) e o teste de sensibilidade (TS). O primeiro classifica os fármacos em: eficazes (E), os não usados; potencialmente eficazes (PE), os usados e tendo proporcionado melhora clínico-bacteriológica; ineficazes (I), na vigência dos quais ocorreu piora clínico-bacteriológica; eficácia ignorada (EI), quando se desconhece dados da evolução da doença. O TS classifica os fármacos em sensíveis e resistentes. **Objetivos:** Comparar os resultados do TS com os obtidos pela HT/CB. **Métodos:** Foram estudados 159 casos de falência aos esquemas RHZ e SEMZ. As HT/CB foram obtidas com pacientes e familiares, das carteiras de controle de tratamento, dos prontuários dos pacientes e do Sistema de Informação Estadual. Os TS para a rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z), estreptomina (S), etionamida (E) e etambutol (M) foram realizados pelo método das proporções, em laboratórios de referência. As frequências da sensibilidade dos fármacos obtidas por ambos os métodos (HT/CB e TS) foram comparadas, considerando-se o método HT/CB como padrão ouro. **Resultados:** Para a R, H, E e M, um resultado resistente é verdadeiro em 100% dos casos e um resultado sensível em poucos (de 4,4 a 15,9% dos casos). Para a S e Z, resultado sensível é verdadeiro numa proporção elevada de casos (78,5 e 68,9%, respectivamente). **Conclusão:** Os dados sugerem que, na escolha de fármacos para tratamento de pacientes com TBMR, a utilização do TS tem pouca utilidade, pois ao mostrar resistência à R, H, E e M, estes não devem ser prescritos e ao mostrar sensibilidade, não se deve confiar no resultado. No caso de escolha de fármaco(s) entre os sensíveis, a preferência deve recair sobre a Z e/ou S. Para que o TS possa ser valorizado para esse fim, deve-se buscar aperfeiçoamentos metodológicos que melhorem sua acurácia.

PO090 RISCO DE TUBERCULOSE NA TERAPIA COM IMUNOMODULADORES (ANTI- TNF-ALFA)

Seisento M, Bombarda S, Sales RKB, Figueiredo VR, Carraro RM, Baldi B, Acencio MMP, Vargas FS

Disciplina de Pneumologia - INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Anti-TNF-alfa; Quimioprofilaxia

Introdução: Com a utilização de antagonistas de TNF-alfa no tratamento de doenças inflamatórias, como Artrite Reumatóide (AR) e Doenças de Crohn, observou-se a associação entre o uso destas drogas e desenvolvimento de infecções, principalmente a reativação de tuberculose (TB) latente. No Brasil, o uso recente desta droga tem gerado preocupação porque estima-se que 50 milhões de pessoas estejam infectadas com TB. Recomenda-se, antes da utilização destas drogas, uma avaliação epidemiológica, clínica, de imagem pulmonar e teste tuberculínico. A quimioprofilaxia está indicada em todos os infectados (PPD > 5mm) ou contactantes de tuberculose. **Objetivos:** Relatar dois casos de TB, que podem ser os primeiros descritos no país, em pacientes que utilizaram a droga adalimumab (Humira), anticorpo humano monoclonal anti-TNF-alfa, para o tratamento de AR. **Métodos:** Análise descritiva retrospectiva. **Resultados:** Paciente com 60 anos, sexo feminino com história de AR, em uso de outros imunossuppressores não biológicos e história de contato com TB. Antes da terapia com adalimumab apresentava radiografia de tórax (RX) normal e teste tuberculínico (TT) negativo. Três meses após o início da terapia apresentou febre, tosse seca e perda de peso. A droga foi suspensa e encaminhada para avaliação no Hospital das Clínicas (FMUSP). Apresentava baciloscopia de escarro negativa e RX de tórax com nódulos em lobos inferiores, tomografia de tórax (TC) com consolidação em ápice esquerdo e nódulos pulmonares bilaterais. A cultura de

lavado broncoalveolar demonstrou e o TT 11mm. O segundo caso era uma paciente com 56 anos, sexo feminino, auxiliar de enfermagem, também com AR, TT 24mm. Utilizou a droga adalimumab e após 5 meses desenvolveu quadro de febre, dispnéia e emagrecimento. A RX de tórax e TC demonstravam nódulos disseminados, sugestivos de TB miliar. Iniciada terapia para TB em uma Unidade Básica de Saúde. Este tratamento foi suspenso após 1 mês, porque a paciente não apresentou melhora clínica quando iniciou terapia com anti-fúngicos, também durante 2 meses. Com a piora do quadro clínico, radiológico e aparecimento de um ganglio cervical foram realizadas biópsias de gânglio e pulmonar que demonstraram processo crônico granulomatoso com necrose caseosa e pesquisa de BAAR positiva somente no pulmão. Submetida o tratamento para TB obteve melhora clínica e radiológica, confirmando o diagnóstico de TB. **Conclusão:** Estes casos, registrados no Brasil confirmam o risco infecção ou reativação de TB após o tratamento com antagonistas de TNF- α e devem ser adicionados a outros registrados em todo o mundo. O teste tuberculínico negativo, principalmente em pacientes idosos ou em uso de outros imunossuppressores não biológicos, não afasta a possibilidade de infecção. A história epidemiológica é fundamental para a decisão de quimioprofilaxia.

PO091 PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DOS DISTRITOS POLICIAIS DA ZONA OESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Abrahão RMM, Nogueira PA

Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Prevalência da tuberculose; Exames laboratoriais; Detentos

Introdução: A tuberculose sempre foi um grave problema de saúde para grupos de pessoas que permanecem confinadas, especialmente em presídios, devido à sua transmissão respiratória. Por este motivo, uma atenção especial deve ser dispensada a esta população. As prisões, em sua maioria, são locais superlotados, pouco ventilados e com baixos padrões de higiene e limpeza. A nutrição é inadequada e comportamentos ilegais, como o uso de álcool e drogas ou atividades sexuais (com ou sem consentimento) não são reprimidos. Devido a estas condições, estudos realizados desde 1944 em várias partes do mundo, já apontavam uma prevalência e incidência da tuberculose muito maior na população prisional do que na população geral. **Objetivos:** Conhecer a prevalência da tuberculose na população carcerária dos Distritos Policiais da Zona Oeste da Cidade de São Paulo. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional nos 1.052 detentos de 9 Distritos Policiais da Zona Oeste da Cidade de São Paulo, no período de março de 2000 a maio de 2001. Após a aplicação de um inquérito individual, foram realizados os exames laboratoriais: baciloscopia de escarro, cultura, identificação e teste de sensibilidade às drogas antituberculose. **Resultados:** Do total de 1.052 detentos, 1.017 aceitaram colher escarro para análise laboratorial e destes 8 (0,8%) foram positivos na baciloscopia e 54 (5,3%) na cultura. Das 54 cepas isoladas, 21 (38,9%) eram *M. tuberculosis* e 33 (61,1%) eram micobactérias não tuberculosas. Pela baciloscopia, o coeficiente de prevalência de tuberculose (por 100.000 detentos) foi de 787, e pela cultura de 5.310, cerca de 26 e 180 vezes mais que o da população do Brasil e de 30 e 203 vezes mais que o da população da cidade de São Paulo, respectivamente. Após a realização da identificação das cepas, o coeficiente de prevalência de tuberculose (por 100.000 detentos) foi de 2065, cerca de 70 vezes mais que o da população do Brasil e 79 vezes mais que o da população da cidade de São Paulo. O teste de sensibilidade às drogas antituberculose revelou que das 21 cepas de *M. tuberculosis*, 85,7% eram sensíveis, 9,5% eram resistentes à isoniazida e rifampicina e 4,8% à isoniazida, rifampicina e pirazinamida. **Conclusão:** A prevalência de tuberculose na população carcerária foi muito maior do que na população geral. Este estudo demonstrou também, a importância da realização da identificação das cepas isoladas na cultura e do teste de sensibilidade às drogas antituberculose, uma vez que ambos interferiram diretamente no coeficiente de prevalência e na qualidade do tratamento da tuberculose nesta população.

PO092 MÚLTIPLAS LESÕES CAVITADAS PULMONARES COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE HODKING ASSOCIADO A TUBERCULOSE

E Silva JF, Vieira Filho WC, Silva NGME, Freitas CG

Hospital de Base - DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Linfoma primário de pulmão; Tuberculose; Lesões pulmonares cavitadas

Introdução: Múltiplas lesões cavitadas pulmonares de evolução crônica tem como causas mais frequentes doenças infecciosas granulomatosas, como tuberculose e histoplasmoses, doenças do Colágeno (granulomatose de Wegener e artrite reumatóide) além neoplasias como o tumores epidermóides metastáticos para o pulmão. Linfoma é causa rara de lesões cavitadas pulmonares. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente portadora de múltiplas lesões cavitadas como consequência de tuberculose associada a linfoma. **Métodos:** Revisão de prontuário. Revisão da literatura. Discussão do caso. **Resultados:** Mulher de 39 anos, apresentando febre, tosse produtiva, e emagrecimento há 5 meses. Ela vinha sem melhora após uso de vários esquemas de antibióticos para tratamento de abscesso pulmonar, itraconazol, e após 2 meses de terapia triplíce com tuberculostáticos, devido a exames de escarro com pesquisa direta para BAAR positiva. Apresentava hemogramas com anemia normocromica e normocítica, VHS elevados, DHL normais e provas de atividade reumática, c e p-ANCA negativos. Submetida a broncofibroscopia com biópsia transbrônquica inconclusiva. A biópsia pulmonar a céu aberto foi compatível com linfoma de Hodking. Foi instituído tratamento específico e manutenção do esquema triplíce durante 6 meses com boa evolução clínica e nos exames de imagem. **Conclusão:** A associação entre linfoma e tuberculose é relativamente comum como consequência da quimioterapia anti-neoplásica imunossupressora, porém é bastante rara na literatura a apresentação inicial destas duas entidades.

PO093 EFEITOS ADVERSOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Gomes M, Onodera DE, Stirbulov R

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento; Efeitos adversos

Introdução: As drogas constituintes do Esquema I para tratamento da Tuberculose podem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis, quer pelo próprio princípio ativo ou pelos seus J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

metabólitos. **Objetivos:** Determinar a incidência de efeitos adversos com o uso do Esquema I para tratamento da Tuberculose e a frequência de mudança do tratamento determinada por estes efeitos no ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo de 329 pacientes que receberam alta por cura do tratamento da Tuberculose entre março de 2000 e abril de 2006. Foram analisados dados referentes a idade, sexo, raça, efeitos adversos, época de seu aparecimento durante o tratamento e modificação do esquema de tratamento. **Resultados:** Foram incluídos 297 pacientes. Desse, 146 (49,1%) apresentaram efeitos adversos: 76 (52%) masculinos, 70 (48%) femininos, 73 (50%) brancos, 72 (49,3%) não brancos. A idade variou entre 16 e 79 anos, apresentando média de 40,4 anos e mediana de 38,5 anos. Os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos eram 23 (15,8%). Entre os efeitos colaterais, 81% foram menores e 19% maiores. As reações mais frequentes foram: epigastria/dor abdominal (20,4%), artralgia (16,4%), hepatopatia medicamentosa (10,6%), náuseas/vômitos (9,3%), exantema (8,4%) e prurido (8,0%). Os demais efeitos colaterais somaram 26,9%. Observou-se maior incidência de efeitos colaterais no primeiro e no segundo mês de tratamento, com 29,2% de incidência em cada um deles. Foi necessária modificação do esquema em 11 doentes (3,7% do total), sendo que o efeito colateral que mais exigiu modificação foi hepatopatia medicamentosa (63,7% dos casos de modificação). **Conclusão:** A incidência de efeitos colaterais relacionados à terapia antituberculose foi 49,1%. Em 3,7% dos pacientes houve modificação do esquema de tratamento decorrente dos efeitos colaterais.

PO094 ASSOCIAÇÃO DE TUBERCULOSE CUTÂNEA (LUPUS VULGARIS) E PULMONAR - RELATO DE CASO

Gomes M, Ethel J, Monteiro JTC, Barreiros R, Figueiredo GO, Kim KD, Onodera DE, Russo MR Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose cutânea; Associação tuberculose cutânea e pulmonar; Lupus vulgaris

Introdução: Lupus vulgaris é a forma de apresentação da Tb cutânea mais comum na Europa, sendo rara nas Américas, originado por disseminação hematogênica, linfática ou por contigüidade. **Objetivos:** Relatar caso de associação de tuberculose cutânea e pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Descreve-se forma cutâneo-pulmonar de Tuberculose, em paciente de 66 anos, feminino, que evoluiu durante um ano com dermatose eritemato-bolhosa, áreas de atrofia cutânea e alopecia em couro cabeludo. A biópsia de pele mostrava granuloma inespecífico. Sendo realizada pesquisa de BAAR no escarro, negativo, e PPD, reator fraco; tomografia de tórax, com presença de opacidade heterogênea em ápice de pulmão direito e formações nodulares difusas. A broncoscopia foi inconclusiva, o exame anatomopatológico mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso em tecido pulmonar sendo, o diagnóstico feito com a evidência de BAAR no lavado broncoalveolar. A paciente evoluiu com melhora do estado geral, cutânea e pulmonar após a introdução do esquema. **Conclusão:** Associação Tuberculose cutânea e pulmonar é uma forma incomum de manifestação da doença, no caso relatado, a dificuldade tornou-se maior devido a inespecificidade do quadro cutâneo. Desta forma, destaca-se a importância da investigação pulmonar para confirmação do diagnóstico.

PO095 AVALIAÇÃO DO PPD, REVACINAÇÃO COM BCG E DESENVOLVIMENTO DE TBC ENTRE ALUNOS DE MEDICINA

Gomes M, Rocha MS, Rujula MJP, Frenkeli S, Stirbulov R

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose em alunos; Tuberculose e profissionais de saúde; Tuberculose e PPD de profissionais de saúde

Introdução: Diversos estudos mostram o risco de contágio por tuberculose em profissionais de saúde, principalmente naqueles que apresentam contato mais próximo a doentes bacilíferos e em alunos de medicina que iniciam o contato com pacientes tuberculosos nos estágios de prática clínica. **Objetivos:** Determinar a frequência de alunos do curso de Medicina com PPD positivo no momento da admissão na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Verificar a incidência de tuberculose nesses alunos correlacionando com o valor inicial do PPD e a revacinação com BCG. **Métodos:** Estudo retrospectivo com revisão de prontuários dos alunos ao final do curso de medicina. Foram analisados valor do PPD no momento da admissão, vacinação prévia com BCG, revacinação com BCG à admissão na Faculdade naqueles com PPD não reator e o desenvolvimento de tuberculose. Foram excluídos do estudo prontuários que não constavam valores de PPD na admissão e indivíduos sem vacinação prévia. A amostra foi distribuída em dois grupos: grupo A, alunos com PPD reator (PPD > 5mm) e grupo B, alunos com PPD não reator (PPD < 5mm). No grupo B, foi realizada nova subdivisão: aqueles que foram revacinados na admissão e os que não foram revacinados. **Resultados:** Avaliados 91 prontuários, dos quais 10 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão, perfazendo total de 81. No momento da admissão, 31 (38,3%) apresentavam PPD reator, dos quais 8 (25,8%) eram fraco-reatores e 23 (74,2%) forte-reatores. No grupo B com 50 alunos (61,7%), 46 (92,0%) receberam nova dose de BCG no momento da admissão e 4 (8,0%) não receberam. Nenhum dos alunos dos grupos A ou B desenvolveu tuberculose no período do curso de medicina. **Conclusão:** A frequência de alunos com PPD reator no momento da entrada no curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo é de 38,3%. Não houve correlação tanto entre o valor do PPD de entrada como com a revacinação dos indivíduos não reatores com o desenvolvimento da tbc durante o período do curso.

PO096 ANÁLISE DO PERCENTUAL DE POSITIVIDADE DAS BACILOSCOPIAS NO PERÍODO DE 2000 A 2005 NA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE

Beserra Landim FF¹, Landim RB²

1. UFC, Juazeiro do Norte, CE, Brasil; 2. FMJ, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Multiresistentes; Baciloscopias

Introdução: A tuberculose, uma doença de importância do ponto de vista da saúde pública desde o século passado, vem recrudescendo nos dias atuais de forma preocupante, com o

aparecimento da AIDS. O bacilo vem sofrendo mutações para formas mais resistentes, que demandam um tratamento mais prolongado e as vezes pouco eficaz. Daí surgiram bacilos resistentes a múltiplas os quais não respondem às terapias convencionais e mesmo com o uso de medicação especial apresentam alta taxa de mortalidade. A cidade de Juazeiro do Norte, devido ao constante fluxo migratório deromeiros de diversos estados da federação, tem um comportamento epidemiológico bem peculiar, necessitando sempre de avaliação dos serviços que cuidam destes pacientes, para verificar se estamos fazendo um controle adequado. **Objetivos:** Determinar o índice de positividade nas baciloscopias realizadas no Centro de Dermatologia Sanitária de Juazeiro do Norte, no período de 2000 à 2005, e verificar o sexo mais atingido, e dentro dos positivos identificar o número dos TBMR. **Métodos:** Análise retrospectiva dos exames baciloscopios no período de 2000 à 2005, colhidos do banco de dados do Laboratório do Centro de Dermatologia Sanitária de Juazeiro do Norte, avaliando a quantidade e o percentual de positividade e distinção quanto ao sexo, bem como a quantidade de positivos multiresistentes. **Resultados:** Com a análise dos dados, confirmamos a maior positividade no sexo masculino em todos os anos analisados. Observamos que no ano de 2001 foi o ano de menor baciloscopias realizadas, devido provavelmente à precariedade da busca ativa. No ano de 2005, foi o de maior amostragem. Em todo período de estudo foram encontrados 8 casos de TBMR e dentre estes 3 foram a óbito. **Conclusão:** Apesar de todo nosso esforço, ainda não atingimos a meta do Ministério da Saúde de examinarmos 1% da população, que seriam todos os sintomáticos respiratórios. A cada ano temos feito maior divulgação entre as equipes do programa de Saúde da Família quanto a importância da busca ativa e avaliação de todos os sintomáticos respiratórios com a solicitação mais freqüente da baciloscopia.

PO097 COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA TUBERCULOSE PULMONAR ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS

Gomes M, Oliveira M, Stirbulov R

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Diabetes mellitus; Padrão radiológico e fatores de risco

Introdução: A tuberculose é a segunda doença infecciosa mais comum no mundo. Aproximadamente cem milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo da tuberculose a cada ano no mundo. Entre 30 e 60% da população nos países em desenvolvimento está acometida pela tuberculose. Sua incidência entre os diabéticos é aproximadamente quatro vezes mais freqüente. Sabe-se que os diabéticos apresentam maior incidência de padrões atípicos, com imagens em bases pulmonares e múltiplas pequenas cavidades, além da localização extrapulmonar ser mais freqüente. **Objetivos:** Determinar a freqüência de diabetes mellitus entre os portadores de tuberculose atendidos no ambulatório de tuberculose da clínica de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e comparar as características de sua manifestação entre os diabéticos e os não-diabéticos. **Métodos:** Estudo retrospectivo com 718 pacientes que receberam alta entre janeiro de 1996 a dezembro de 2004. Foram analisados dados referentes ao sexo, idade, raça, antecedente de etilismo, meio diagnóstico e topografia radiológica da lesão pulmonar. Os doentes foram agrupados segundo a ausência ou presença de diabetes. Considerou-se como antecedente de etilismo o relato de uso diário atual ou progresso de álcool; como doença localizada radiológica quando apenas um lobo estava acometido e difusa quando dois ou mais estavam acometidos; para doença típica quando as lesões se localizavam nos lobos superiores e atípica quando em outros lobos. A análise estatística foi feita pela técnica do qui-quadrado, com nível de significância de 0,05. **Resultados:** A prevalência de DM dentre os portadores de tuberculose foi de 40 (5,6%). Entre os diabéticos, 23 (57,5%) eram maiores que 40 anos, enquanto nos não-diabéticos foi mais freqüente nos menores de 40 anos, 388 (57,2%) - $p = 0,09$. Quanto à raça, não houve diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$). A história prévia de etilismo mostrou ser importante fator relacionado à tuberculose nos diabéticos ($p = 0,02$). Nos diabéticos, a forma difusa (61,7% - $p < 0,01$) e de localização atípica (58,9% - $p < 0,01$) foram mais freqüentes, enquanto nos não-diabéticos a localizada (93,5% - $p < 0,01$) e a típica (84,7% - $p < 0,01$) foram mais freqüentes. Houve, ainda, predomínio de diagnóstico de certeza, 17 (47,2% - $p > 0,05$) entre os diabéticos e diagnóstico presuntivo, 208-(49,8% - $p > 0,05$) entre os não-diabéticos. **Conclusão:** A freqüência de diabetes entre os doentes atendidos no ambulatório é de 5,6%. Há predomínio entre os diabéticos de doença radiológica difusa e localização atípica. O antecedente de etilismo mostrou ser importante fator associado à tuberculose nos pacientes diabéticos.

PO098 ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DOS CASOS DE TUBERCULOSE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA (BELÉM-PA)

Messias Sales LH¹, Paraguassú Macedo HC², Oliveira Bardier AM³

1. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil; 2,3. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Sorologia positiva para HIV; Epidemiologia

Introdução: A reemergência da tuberculose desde meados da década de 80 tem estado ligada de forma exponencial à epidemiologia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana tipo I. Particularmente nas nações asiáticas e da África Subsaariana se evidencia um aumento da incidência em mais de 300 casos por 100.000 habitantes, agrupando nestas áreas cerca de 50% das pessoas co-infectadas. Devido o incremento da prevalência entre os pacientes com tuberculose em todo o mundo, a infecção pelo HIV passou a ser considerada um dos fatores de risco mais importantes dentre os que determinam o desenvolvimento da tuberculose ativa nos indivíduos portadores da infecção tuberculosa. Deve-se ressaltar, que tal enfermidade é considerada hoje, uma das doenças oportunistas mais importantes entre os pacientes com AIDS. **Objetivos:** Estudar os aspectos clínico-epidemiológicos dos casos de tuberculose com sorologia positiva para HIV atendidos em uma unidade de referência (Belém-Pa). **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da coleta de dados das

Fichas de Registro e Controle de Tratamento de todos os casos de tuberculose com sorologia positiva para HIV segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, atendidos no Centro de Saúde - Escola Marco, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Dados referentes a forma clínica, histopatológico, tipo e esquema de tratamento e motivo de alta, foram coletados das Fichas de Registro e Controle de Tratamento de Tuberculose. **Resultados:** De 1083 casos de Tuberculose estudados, 15,2% dos pacientes submetidos à sorologia anti-HIV foram reagentes. Nestes, houve predomínio da forma clínica pulmonar (52,9%); histopatológico não realizado em 82,4%; tipo de tratamento inicial e esquema terapêutico I em 100% da amostra; tendo o óbito como motivo de alta predominante (50%) dos casos não transferidos em Contra-referência, com percentual de cura de 33,3%. **Conclusão:** Na realização deste estudo, de 1083 casos de Tuberculose verificou-se que 15,2% dos pacientes submetidos à sorologia anti-HIV foram reagentes, sendo a forma clínica pulmonar a predominante, não tendo sido realizado o histopatológico na maioria dos casos, utilizando-se tipo de tratamento inicial e esquema terapêutico I na totalidade dos casos. Óbito foi o motivo da alta em 50% dos casos e cura em 33,3%.

PO099 TUBERCULOSE NO IDOSO

Gomes M, Cassis SVA, Karnakis T, Stirbulov R

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Idoso; Características epidemiológicas

Introdução: No Brasil, a prevalência de tuberculose em idosos está entre 10% e 12% e vem se elevando progressivamente. As peculiaridades da apresentação dessa doença nos pacientes acima de 60 anos e a alta mortalidade nesse grupo despertam para a pesquisa sobre esse tema. **Objetivos:** Determinar a freqüência de tuberculose entre os idosos no ambulatório de tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo e comparar suas características entre pacientes idosos e não idosos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 556 pacientes tratados por tuberculose no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2003. Foram analisados dados referentes ao sexo, idade, etnia, alcoolismo, tabagismo, sorologia anti-HIV, topografia radiológica da lesão pulmonar, baciloscopia de escarro e doenças associadas. Os pacientes acima de 60 anos eram considerados como idosos e os abaixo de 60, não-idosos. Considerou-se como doença típica lesões localizadas nos lobos superiores e atípicas, localizadas em outros lobos. Como antecedente de etilismo, considerou-se relato de uso diário atual ou progresso de álcool. Feita análise estatística pelo teste do qui-quadrado. **Resultados:** Pacientes com idade acima de 60 anos foram 58 (10,4%) e os não-idosos, 498 (89,6%). Em ambos os grupos (idosos e não-idosos) demonstrou-se que indivíduos de sexo masculino, abstinentes ao álcool, sorologia anti-HIV negativa, tuberculose pulmonar e com radiografia de tórax típica eram predominantes ($p < 0,005$). Contudo, houve maior incidência de radiografias de tórax atípicas entre os idosos (11-32,3%), em comparação com os não-idosos (51-19,3%) - $p < 0,005$. A baciloscopia do escarro foi negativa na maioria dos idosos (21-61,8%) e positiva na maior parte dos não idosos (144-54,5%) - $p < 0,005$. Ocorreu maior número de doenças associadas (55,2% vs 23,5% - $p < 0,005$) e tabagismo (63,7% vs 41,6% - $p < 0,005$) entre os idosos. **Conclusão:** A freqüência de idosos com tuberculose no ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo é de 10,4%. Os idosos apresentam maior freqüência de lesões atípicas à radiografia torácica, de doenças associadas e menores índices de baciloscopia positiva.

PO100 ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA (BELÉM-PA)

Messias Sales LH¹, Paraguassú Macedo HC², Oliveira Bardier AM³

1. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil; 2,3. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Perfil clínico-epidemiológico; Estudo retrospectivo

Introdução: A tuberculose é uma doença conhecida há milênios consistindo em um grave problema de saúde pública nos países menos desenvolvidos. Segundo estimativas da OMS, um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que, a cada ano, faz adoecer 8 milhões de pessoas e matar 2,9 milhões. Dos 8 milhões de casos anuais, 95% ocorrem em países em desenvolvimento. **Objetivos:** Estudar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose atendidos em uma unidade de referência (Belém-Pa). **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da coleta de dados das Fichas de Registro e Controle de Tratamento de todos os casos de tuberculose (1083 casos), segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, atendidos no Centro de Saúde - Escola Marco, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Dados referentes ao sexo, faixa etária, procedência, forma clínica, PPD, baciloscopia, cultura, histopatológico, esquema terapêutico, motivo de alta e taxa de abandono, foram coletados das Fichas de Registro e Controle de Tratamento de Tuberculose. **Resultados:** Foram estudados 1083 casos, tendo havido predomínio do sexo masculino (54,8%); da faixa etária de 21 a 30 anos (27,7%); procedência da capital (76,8%); forma clínica pulmonar (82,6%); baciloscopia positiva (56%); PPD, cultura e histopatológico não realizados na maioria dos casos (56,7%, 69,7%, 87,3% respectivamente); esquema terapêutico I (93,1%), tendo alta por cura em 83,8% dos casos não transferidos em Contra-referência, acima portanto da média brasileira que é de 70% e bem próximo do preconizado pelo Ministério da Saúde (85%); a taxa de abandono dos casos acompanhados na Unidade foi de 2,4%, dentro da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é de 5%. **Conclusão:** Portanto, concluiu-se que o perfil clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose atendidos em uma unidade de referência (Belém-Pa) foi do sexo masculino, faixa etária de 21 a 30 anos, procedência da capital, forma clínica pulmonar, não tendo a maioria realizado PPD, cultura e histopatológico, apresentando baciloscopia positiva, utilizando esquema terapêutico I, tendo alta por cura, com taxa de abandono de 2,4%. Ainda há muito a ser trabalhado mas os dados trazem resultados satisfatórios em uma Unidade de Referência onde nota-se envolvimento e compromisso com o controle da Tuberculose.

PO101 DOIS MODELOS DE DOT PARA TUBERCULOSE (TB) NUMA ÁREA DE ALTA PREVALÊNCIA, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Coelho Soares EC¹, Pilla ES², Teixeira CRC³

1,2. *Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;* 3. *Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos.*

Palavras-chave: DOTS; Comunidade; Incentivos

Introdução: O Rio de Janeiro é a segunda maior cidade do país e, como outros centros urbanos, grande parte da população vive em favelas, que por serem superpopulosos bolsões de pobreza são um campo fértil para doenças sociais como o crime e o tráfico de drogas, e para as doenças de transmissão aérea como a TB. A Estratégia DOTS para o controle da TB vem sendo implantada na cidade desde 1999 seguindo um modelo baseado na Unidade de Saúde (US). Apesar dos bons resultados quando comparado ao tratamento auto-administrado, a meta de cura de 85% não foi atingida. A Zona Sul do Rio é uma área economicamente heterogênea, onde 21 favelas circundam os bairros mais nobres da cidade, como Copacabana e Ipanema. No ano de 2003 foi implantado a estratégia DOTS na área, que reporta 800 casos de TB ao ano (incidência de 130/100.000). Nesta área, a assistência é realizada por 3 US para onde o paciente se desloca para tomar cada dose dos medicamentos (DOT na US). Para o controle da TB na Rocinha, uma favela com 62.000 habitantes e mais de 300 casos de TB ao ano (incidência de 588/100.000) foi escolhido um modelo de DOT baseado na comunidade. **Objetivos:** Comparar os resultados do tratamento entre 2 diferentes modelos de DOT: baseado na Unidade de Saúde vs. na comunidade. **Métodos:** Os 2 modelos incluem supervisão de todas as doses dos medicamentos, busca dos faltosos, avaliação dos contatos e atividades educativas. No modelo baseado na US, os pacientes recebem 2 vales-transporte e 1 vale-refeição a cada visita para tomar as doses dos remédios. No modelo baseado na comunidade, 40 Agentes Comunitários de Saúde realizam visitas domiciliares para supervisionar a terapia. Não é fornecido vale-transporte ou refeição. Foi criado um modelo de regressão logística para inferir as associações relacionadas ao indicador cura. **Resultados:** Dos 1.421 pacientes registrados entre jan/2003 e jun/2004, 896 (63%) foram tratados sob DOT: 565 (63%) na US e 311 (37%) na comunidade. O % de cura entre os tratados na comunidade foi maior que o daqueles tratados na US (89% vs 77%). O percentual de abandono foi mais baixo naquele grupo: 5% vs 12%. Pela diversidade da população tratada sob o modelo baseado na US, estratificamos esses pacientes em 2 grupos: aqueles que moram em favelas (n = 210) e aqueles que não moram (n = 355). Pacientes tratados no modelo baseado na US que moram em favelas são comparáveis àqueles que recebem tratamento na comunidade, em termos clínicos, demográficos, social e econômico. Pacientes morando em favelas e recebendo DOT na comunidade tiveram 2 vezes mais chance de curar que os que receberam DOT na US. Entre os que receberam tratamento na US, não houve diferença entre os que moravam em favelas e aqueles que não moravam, em relação à cura (OR = 1.08, 95% CI = 0.70-1.66). **Conclusão:** O modelo de DOT baseado na comunidade está associado à maiores índices de cura quando comparado ao modelo baseado na US. Esta experiência positiva sugere que DOT na comunidade pode ser uma estratégia para o controle da TB em grandes centros urbanos.

PO102 PNEUMONIA TUBERCULOSA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E CHOQUE SÉPTICO

Braz AA, Carraro RM, Costa AN, Sales RKB, Bombarda S, Seiscento M
HC-INCOR FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia tuberculosa; Insuficiência respiratória; Achados tomográficos

Introdução: A tuberculose pulmonar representa importante causa de morbimortalidade, porém sua apresentação como quadro pneumônico evoluindo para insuficiência respiratória aguda é pouco comum. O diagnóstico precoce e tratamento específico são fundamentais nesta situação de elevada mortalidade. **Objetivos:** Relatar um caso de tuberculose com evolução aguda grave. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e cirurgia de paciente acompanhado no ambulatório de Pneumologia; revisão da literatura. **Resultados:** JAS, 50 anos, masculino, auxiliar de manutenção em hospital, previamente hígido, com início de tosse seca e febre nos últimos 15 dias, e há 3 dias expectoração amarelada. Sem outros sintomas prévios. No exame físico inicial com crepitações bilaterais, SpO₂ 70% AA e radiografia de tórax com consolidações bilaterais. A TC de tórax mostrava 2 lesões cavitadas em LSD e áreas de consolidações bilaterais e micronódulos centrilobulares confluentes de distribuição segmentar. A baciloscopia de escarro colhida na entrada resultou positiva. O paciente evoluiu com IRpA e necessidade de IOT e choque séptico, antes do resultado da baciloscopia inicial. Após instituição da terapia com Esquema 1 (RIP) evoluiu com melhora clínica, reversão das disfunções orgânicas e alta da UTI em 20 dias e alta hospitalar em 30 dias, sem sintomas respiratórios. Os exames de imagem após 6 meses do tratamento mostram resolução completa das lesões. **Conclusão:** O caso apresentado mostra uma apresentação atípica em um paciente com sintomas de evolução aguda (< 2 semanas) com achado de extensas áreas de consolidação pulmonar bilaterais e evolução para insuficiência respiratória aguda. Séries de casos mostram desfechos como estes em menos de 5% dos pacientes com necessidade de internação hospitalar no momento do diagnóstico de tuberculose, com taxas de mortalidade de 65-79%. A TC de tórax apresenta maior sensibilidade que a radiografia no achado de lesões cavitadas no parênquima e adenomegalias mediastinais, dados que contribuem para o diagnóstico.

PO103 INCIDÊNCIA DE ADOECIMENTO EM CONTATOS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR INFECTADOS PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NÃO SUBMETIDOS À QUIMIOPROFILAXIA

Cezar MC¹, Conde MB², Netto AR³, Golub JE⁴

1,2. *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;* 3. *Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil;* 4. *Johns Hopkins University, Baltimore, Estados Unidos.*

Palavras-chave: Quimioprofilaxia; Prova tuberculínica; Tuberculose

Introdução: O Ministério da Saúde do Brasil (MSB) recomenda que sejam avaliados para pesquisa de infecção pelo M.tb através da prova tuberculínica os contatos de pacientes com J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

tuberculose (TB) pulmonar bacilíferos com idade até 15 anos. Além disso, o ponto de corte da induração cutânea (IC) da PT aumenta de 10mm para 15mm entre os contatos com história de vacinação com BCG. A literatura internacional recomenda o ponto de corte de 5mm para contatos, independente da história de vacinação por BCG. **Objetivos:** (1) Determinar a incidência de adoecimento entre contatos de pacientes com TB pulmonar não submetidos à quimioprofilaxia por não atenderem aos critérios recomendados pelo MSB. (2) Comparar a incidência de adoecimento entre contatos com IC entre 5-9 e 10-14 versus àqueles com IC entre 0-4mm. **Métodos:** Estudo do tipo coorte retrospectivo. Todos os contatos de pacientes com TB pulmonar não submetidos à quimioprofilaxia atendidos no Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre 1º de julho de 1998 e 31 de dezembro de 2002 foram avaliados 2 anos após a realização da PT. **Resultados:** Entre 1190 contatos de 283 pacientes com TB pulmonar atendidos no período, 671 preencheram os critérios de inclusão no estudo. A incidência estimada de TB entre os contatos com PT positiva foi de 5.740/100.000 e entre os contatos com PT negativa foi de 943/100.000. O risco relativo (RR) para TB estimado entre os contatos infectados (PT maior ou igual a 5mm) e não-infectados (PT menor que 5mm) foi de 5,8 (IC 1,7-19,4). **Conclusão:** Mesmo em um local com alta prevalência de TB o RR para TB é alto entre os contatos com PT positiva versus àqueles com PT negativa. O RR para TB entre contatos com PT entre 5-9mm e PT maior ou igual 10mm é praticamente o mesmo (RR1,1 IC 0,4 - 3,3), sugerindo que o critério internacional para quimioprofilaxia em contatos infectados pelo M.tb pode ser utilizado em uma região de alta prevalência de TB.

PO104 FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, 2003-2005

Streit MV¹, Suzin FPS², Tavares KO³, Ferreira Filho OF⁴

1,2,3. *Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil;* 4. *Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.*

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento; Recursos fisioterápicos

Introdução: É bem comprovada a importância da fisioterapia no tratamento não medicamentoso das doenças respiratórias. Na tuberculose pulmonar seu papel ainda encontra-se indefinido e a prática clínica permanece no empirismo. **Objetivos:** Avaliar a atuação da fisioterapia no tratamento da tuberculose pulmonar, identificando quais os recursos fisioterápicos (respiratórios e/ou motores) foram mais utilizados. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise dos prontuários de todos os pacientes maiores de 12 anos, ambos os sexos, admitidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná no período de dezembro de 2003 e dezembro de 2005, cujos diagnósticos foram confirmados segundo os critérios do Ministério da Saúde. **Resultados:** De um total de 33 pacientes internados no período, 25 (75,8%) tinham diagnóstico de certeza, sendo a média de idade = 44,5 ± 17,1, com predomínio do sexo masculino (76,0%). A média do tempo de internação foi de 10,6 ± 7,1 dias. As queixas mais frequentes foram a tosse (80,0%) e a sudorese noturna (64,0%). Treze (52,0%) dos pacientes tinham comorbidades. A grande maioria (88,0%) foi internada em enfermaria com isolamento respiratório. Somente em 12 (48,0%) pacientes foi prescrito o tratamento fisioterápico e, em média, 5,5 dias após a internação. A média do número de atendimentos foi de 2,6. Os procedimentos mais usados foram: técnicas manuais, exercícios respiratórios e exercícios motores. A prescrição de fisioterapia estava associada com a presença de comorbidades. A média de tempo de internação dos pacientes sem tratamento fisioterápico foi de 7,6 dias e com foi de 13,8 dias (p = 0,05). **Conclusão:** Apesar de sua importância não é rotina neste serviço prescrever tratamento fisioterápico em pacientes com tuberculose pulmonar. Quando isso acontece esta associada a uma maior gravidade dos casos, justificada pela presença de comorbidades e pelo tempo maior de internação. O pouco tempo de tratamento não permitiu avaliar a utilidade da fisioterapia na recuperação do paciente com tuberculose.

PO105 RELATO DE CINCO CASOS DE MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA

Pereira M¹, Spilimbergo FB², Chaves MSS³, Issa F⁴, Pereira JD⁵, Moreira JS⁶, Ribeiro MO⁷

1,2,3,4,5,6. *Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil;* 7. *Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.*

Palavras-chave: Micobacteriose não tuberculosa; M. abscessus; M. avium

Introdução: O complexo Mycobacterium tuberculosis engloba o M. tuberculosis, o M. africanum e o M. bovis, este é o mais importante do gênero Mycobacterium, no que se refere à etiologia de doenças humanas. No entanto outras micobactérias oportunistas, causam doença em pacientes imunodeprimidos, idosos, e portadores de broncopneumopatias crônicas, são as chamadas micobactérias não tuberculosas, segundo a Sociedade Americana do Tórax (ATS). As mais comuns são: M. Kansasi, o complexo MAIS (avium, intracelularis e scrofulaceum), o M. xenopi, o M. szulgai, o M. malmoense e o M. leprae. **Objetivos:** Relatar cinco casos de micobacteriose não tuberculosa, tratadas no ambulatório de tuberculose (CS2) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre RS. **Métodos:** Foram revisados os prontuários dos pacientes, no período de 2002 à 2005, com diagnóstico de tuberculose, entre os quais, cinco tiveram cultura positiva para micobacteriose não tuberculosa. **Resultados:** Três pacientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, todos da cor branca, residentes na zona urbana. A idade variou entre 35 e 51 anos. Dois pacientes referiram contato com tuberculose pulmonar. Três pacientes eram HIV positivo e dois eram portadores de pneumopatia crônica (bronquiectasias). Dois pacientes tiveram a forma pulmonar, um a forma ganglionar, um tuberculose intestinal e um paciente teve tuberculose pleural seguido de meningite por micobacteriose. Radiograma de tórax estava alterado em dois pacientes, com lesões em lobo superior direito e presença de cavidade em um deles, três pacientes não apresentaram alterações radiográficas. Baciloscopia positiva no escarro e/ou lavado broncoalveolar em um paciente. Cultura positiva para M. avium em dois pacientes, um deles com cultura positiva para M. avium e M. abscessus, e. Todos os pacientes receberam tratamento inicial com rifampicina, isoniazida e pirazi-

namida (RHZ), dois deles fizeram hepatite medicamentosa, sendo então trocado o esquema para streptomina, isoniazida e etambutol (SHM). Após a cultura positiva para micobacteriose não tuberculosa os pacientes passaram a receber etambutol e claritromicina com boa resposta terapêutica. O tempo de tratamento foi em média doze meses. **Conclusão:** A micobacteriose não tuberculosa apresenta uma baixa prevalência em nosso meio. Porém com o advento da AIDS e com o avanço dos métodos diagnósticos cada vez mais tem se diagnosticado e tratado pacientes com micobacteriose não tuberculosa. O acréscimo de etambutol e claritromicina aos esquemas terapêuticos têm mostrado um boa resposta clínica.

PO106 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE PULMONAR

Ferreira Martins SE, Veras Correia GF, Souza e Lima FM, Rabello E
Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Massa mediastinal; Toracotomia

Introdução: Nos últimos anos vem sido descrito um aumento na incidência da tuberculose em vários países, em especial nos centros urbanos. Mesmo sendo uma enfermidade prevenível e curável, segue constituindo uma importante ameaça para a saúde pública. **Objetivos:** Os autores relatam um caso de apresentação atípica de tuberculose pulmonar, em paciente de 20 anos previamente hígido, com investigação bacteriológica negativa. **Métodos:** Relato de caso: I.D.F., masc., vinte anos, cadete, natural do Rio de Janeiro, solteiro, internado em nosso hospital em março/2005, com história de aproximadamente dois meses de evolução, com febre diária, tosse seca, dispnéia aos esforços, astenia e perda ponderal de cerca de 10kg no período. Já havia feito uso de vários esquemas antibióticos sem melhora clínica. Trazia radiografia de tórax com imagem de hipotransparência em LID e seis amostras de escarro e cultura para BK negativos. A tomografia de tórax realizada evidenciou massa em mediastino posterior. **Resultados:** Realizada broncoscopia que não evidenciou qualquer anormalidade anatômica ou presença de secreção. Foi submetido a toracotomia diagnóstica cujo resultado histopatológico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa central, compatível com tuberculose. **Conclusão:** As apresentações radiológicas consideradas atípicas, representadas por formas pseudotumorais e por alterações que envolvem segmentos anteriores, estão frequentemente associadas a condições mórbitas com diabetes melitus e SIDA. Trazemos, então, um caso de apresentação atípica de tuberculose pulmonar, que simulava linfoma mediastinal, em paciente jovem, HIV negativo, previamente hígido, condição pouco descrita na literatura recente.

PO107 TUBERCULOSE GRAVE, DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA, EM PACIENTE COM TRANSPLANTE RENAL E IMUNOSSUPRESSÃO

Zanela VB, Duque Pereira AL, Esposito E, Rioja S, Starling P, Souza E, Siqueira HR, Rufino R
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Imunossupressão; Hepatotoxicidade

Introdução: A imunossupressão no transplante renal predispõe ao aparecimento de várias doenças oportunistas e de tuberculose (Tb) de localização atípica. O tratamento desta afecção é sempre difícil. As doses dos medicamentos têm que ser ajustadas em caso de insuficiência renal ou hepática, a estreptomina tem que ser administrada com cuidado, a rifampicina diminui os níveis do imunossupressor, com possibilidade de rejeição do transplante, e os efeitos colaterais são mais comuns. **Objetivos:** Descrever a evolução de um caso de tuberculose disseminada em uma paciente transplantada renal há nove anos como também os efeitos colaterais da terapêutica empregada. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** E.C.C., sexo feminino, 55 anos, transplantada renal há 9 anos, em uso de ciclosporina, micofenolato mofetil e prednisona. Creatinina basal de 1,8mg/dL. Foi internada no serviço de Nefrologia do HUPE com quadro de lesão aftóide ulcerada na ponta da língua há dois meses, adenomegalia submandibular à esquerda, febre de 39-400C, diarreia, aumento da região axilar direita e piora progressiva do estado geral. Os exames de admissão revelaram: hematócrito 26%, hemoglobina 8,5g/dL, 7.900 leucócitos com 16% de bastões, 187.000 plaquetas, uréia 135mg/dL e creatinina 4,97mg/dL. TGO, TGP e bilirrubinas estavam normais. A biópsia da lesão na língua foi inconclusiva e a pesquisa para paracoccidiodiomicose foi negativa. A ultra-sonografia da região axilar direita evidenciou coleção cujo aspirado mostrou pesquisa de BAAR positiva levando ao início do esquema RHZ. A paciente apresentou, inicialmente, boa resposta clínica. A seguir, evoluiu com quadro grave de hepatite e pancreatite com TGO 549U/L, TGP 108U/L, bilirrubina total 15mg/dL, fosfatase alcalina 385U/L, albumina 2,32g/dL, TAP 22%, amilase 426U/L e lipase 432U/L. A sorologia para hepatite C foi positiva. O esquema RHZ e os imunossupressores foram suspensos. O estado geral piorou, a diarreia se intensificou e surgiu enterorragia. A colonoscopia evidenciou íleo-colite e a biópsia demonstrou ileite crônica granulomatosa com pesquisa de BAAR positiva. Estudos tomográficos demonstraram nódulos esparsos no pulmão e abscesso do psoas. Iniciou-se estreptomina (S), etambutol (E), ofloxacina (OFLX) e metronidazol (MTX) com melhora acentuada do quadro clínico e regressão da lesão na língua. Por ocasião da alta, após quase 3 meses de internação, os exames mostraram TGO 34U/L, TGP 14U/L, bilirrubina total 4,67mg/dL, albumina 2,32g/dL, fosfatase alcalina 2068U/L e TAP 69%. No ambulatório acrescentou-se isoniazida (I) 300mg/dia e um mês depois a S e o MTZ foram suspensos por vertigem e ataxia. Manteve-se o esquema I, E e OFLX. **Conclusão:** Pacientes com hepatite C e Tb apresentam maior possibilidade de hepatotoxicidade com o esquema RHZ. Conforme recomenda a II Diretrizes Brasileiras para a Tuberculose, pacientes graves que desenvolvem icterícia devem ter o esquema RHZ substituído pelo esquema alternativo SEOFX até que haja regressão da lesão hepática.

PO108 MICOBACTERIOSE (M. ABSCESSUS) - RELATO DE CASO

Pereira M¹, Spilimbergo FB², Chaves MSS³, Issa F⁴, Pereira JD⁵, Moreira JS⁶, Ribeiro MO⁷
1,2,3,4,5,6. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil; 7. Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Micobacteriose não tuberculosa; M. abscessus; Broncopatia crônica

Introdução: As micobacterioses não tuberculosas infectam principalmente pessoas com doença pulmonar crônica, portadores de tuberculose prévia e imunossuprimidos. Nesses

pacientes esta infecção parece-se com M. tuberculosis, tanto clínica quanto radiologicamente. Já no grupo sem doença pulmonar prévia, os achados são diferentes, apresentando-se como nódulos bilaterais associados à bronquiectasias, predominando nos lobos inferiores. Existem mais de cem espécies de micobactérias não tuberculosas descritas (patogênicas ou não), dentre as patogênicas estão o complexo M. avium e M. kansasii. **Objetivos:** Relato de um caso de M. abscessus, numa paciente feminina, 54 anos, branca, do lar, procedente da zona urbana, HIV não reagente, com tosse produtiva há mais de vinte anos. História prévia de dois tratamentos para tuberculose pulmonar, com alta para cura em ambos. Em 1999, identificado > avium, não tratado adequadamente na ocasião. Em 2005, identificado M abscessus (muitas colônias), tratado irregularmente. Em maio/2006 piora da tosse, hemoptises e perda de peso. **Métodos:** Realizado exame de escarro e lavado broncoalveolar com material sendo encaminhado para cultura no Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, RJ. **Resultados:** Lavado broncoalveolar e pesquisa de BAAR no escarro foram positivos, posteriormente, exame cultural demonstrou tratar-se de M. abscessus (muitas colônias). **Conclusão:** Em junho/2006 iniciou-se tratamento com rifazida, etambutol e claritromicina. Dois meses após houve melhora clínica significativa. Segue com proposta terapêutica de 01 ano de tratamento. Os autores chamam a atenção para o fato da paciente apresentar broncopatia grave prévia e também para o inusitado da micobacteriose dever-se ao M. abscessus.

PO109 AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EFEITO BOOSTER EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À PROVA TUBERCULÍNICA EM UM PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

De Azevedo Oliveira LP¹, Bernardeli G²

1. Programa de Controle da Tuberculose de Porto Real, Porto Real, RJ, Brasil; 2. Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Prova tuberculínica; Efeito booster; Falso-negativo

Introdução: A prova tuberculínica (PT) tem sido utilizada para avaliar a estimativa de risco de adocimento por tuberculose e indicação de quimioprofilaxia nos casos de risco aumentado, ou seja, naqueles que apresentem critérios de viragem tuberculínica (aumento da enduração > 10mm na PT em relação ao teste anterior dentro de um intervalo de 1 a 2 anos). Indivíduos infectados no passado podem apresentar com o decorrer dos anos uma redução da resposta à tuberculina e apresentar resultados falso-negativos quando submetidos a um primeiro exame, sendo erroneamente considerados não reatores. Esta resposta à tuberculina pode ser reativada por PT subsequentes, sendo chamada efeito booster. Se o efeito booster (enduração em uma segunda PT > 10mm e pelo menos 6mm a mais que na primeira prova, realizado em um intervalo não superior a 3 semanas) não for pesquisado, existe o risco de se diagnosticar como viragem tuberculínica o que seria na verdade um efeito booster positivo. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência de efeito booster em indivíduos submetidos à PT no Programa de Controle da Tuberculose de Porto Real (RJ). **Métodos:** Entre setembro de 2003 e maio de 2006 foram avaliados 53 indivíduos que realizaram uma segunda PT em intervalo entre 7 e 21 dias após o primeiro exame ter sido não reator (enduração < 10mm). Todos foram avaliados com anamnese, exame físico e RX tórax para exclusão de tuberculose doença. Nos casos em que a PT se mantivesse negativa, os pacientes recebiam orientação para retorno num período predeterminado e seguidos para a possibilidade de viragem tuberculínica. Os casos que alcançassem critérios para efeito booster positivo eram orientados a retornar ao Programa caso apresentassem sinais ou sintomas que pudessem sugerir de tuberculose. **Resultados:** Dos 53 indivíduos testados, 42 (79,2%) eram contatos domiciliares de pacientes com tuberculose pulmonar; e 11 (20,8%) eram estudantes do curso técnico de enfermagem que iniciariam estágio em um hospital geral. Dos 42 contatos de tuberculose, 8 (19%) apresentaram efeito booster positivo. Dos 11 estudantes, 1 (9%) apresentou o fenômeno booster. **Conclusão:** Durante a realização de provas tuberculínicas para detecção de viragem e indicação de quimioprofilaxia, os Programas de Controle da Tuberculose devem estar atentos para a investigação do fenômeno booster naqueles indivíduos com primeiro teste não reator. É necessária a exclusão dos falso-negativos para que seja evitada a administração desnecessária de quimioprofilaxia àqueles que apresentam efeito booster positivo. É inegável o benefício da quimioprofilaxia com isoniazida nos casos indicados, porém possíveis parefeitos da medicação e a necessidade de estrutura de acompanhamento do paciente durante o período de tratamento tornam criteriosa a sua indicação baseada em provas tuberculínicas.

PO110 ASSOCIAÇÃO ENTRE ALBUMINA SÉRICA E MORTE POR TUBERCULOSE

Matos ED, Bittencourt CN, Lemos ACM

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Hipoalbuminemia; Tuberculose pulmonar; Mortalidade

Introdução: Apesar do nível da albumina sérica ser um importante marcador de estado nutricional, poucos estudos publicados têm avaliado o papel da hipoalbuminemia como preditor de morte em pacientes com tuberculose. **Objetivos:** Avaliar a associação entre albumina sérica na admissão e morte intra-hospitalar por tuberculose. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo com 373 pacientes hospitalizados com tuberculose. As amostras foram coletadas sistematicamente de todos os pacientes na admissão hospitalar para mensurar níveis séricos de albumina. A mortalidade intra-hospitalar foi o objetivo do estudo. Análise multivariada foi utilizada para avaliar a associação entre albumina sérica na admissão e mortalidade por tuberculose, e regressão logística multivariada foi utilizada para ajustar potenciais variáveis confundidoras. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 41.1 (± 15.2) anos, e 77.2% (288/373) eram homens. Quarenta e cinco dos 373 pacientes eventualmente morreram no hospital (taxa de morte intra-hospitalar de 12.1%; 95%CI: 9.0% - 15.7%). Análise multivariada mostrou que a presença de baixos níveis de albumina sérica (± 2.7g/dl) está fortemente e independentemente associado com morte intra-hospitalar por

tuberculose (OR ajustado: 3.38; 95% CI: 1.51-7.59; $p = 0.001$), mesmo após ajustando para potenciais variáveis confundidoras identificadas na análise multivariada (idade, comorbidades, co-infecção TB-HIV e história de abandono de tratamento). **Conclusão:** Nossos resultados evidenciam a importância de mensurar os níveis de albumina sérica na admissão hospitalar como um indicador de prognóstico de pacientes hospitalizados com TB.

PO111 INFEÇÃO POR *MYCOBACTERIUM AVIUM* EM UM PACIENTE PORTADOR DE PNEUMOCONIOSE. RELATO DE CASO

Soares Torres AA, Lehmkuhl L, Fernandes C, Cavallazzi A, Moritz P, Jaques Steidle LJ, Bauer O, Pizzichini E

Hospital Universitário-UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Silicose; Micobacteriose atípica; Pneumoconiose

Introdução: A tuberculose pulmonar é uma complicação freqüente da silicose (caracterizando a silicotuberculose), mas poucos casos de micobacteriose atípica têm descritos neste tipo de paciente. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Homem de 45 anos, tabagista, trabalhador por 30 anos em lavoura fertilizada com calcário. **Resultados:** Admitido com quadro dispnéia progressiva há 13 anos associada a infecções pulmonares de repetição. A TC de tórax demonstrou áreas de fibrose maciça confluyente bilateralmente promovendo a retração dos hilos pulmonares. A espirometria mostrou limitação grave ao fluxo de ar das vias aéreas com resposta broncodilatadora. A plestígrafia evidenciou capacidade pulmonar total normal, volume residual discretamente aumentado e capacidade de difusão do CO normal. Iniciado tratamento beclometasona 800mcg/dia e formoterol 24mcg/dia. Devido ao quadro clínico e radiológico típico de silicose, optou-se por não realizar a biópsia pulmonar. Dois anos após, o paciente foi readmitido com um quadro de febre, emagrecimento, astenia, sudorese noturna e tosse produtiva há 4 semanas. O radiografia de tórax mostrou um novo infiltrado intersticial em ápice pulmonar esquerdo. A pesquisa de BAAR no escarro foi positiva (3+/4+) e a sorologia para HIV foi negativa. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. No trigésimo dia de tratamento, o paciente desenvolveu colestase e então a rifampicina e pirazinamida foram substituídas por etambutol e estreptomicina. Os sinais de hepatopatia regrediram. Apesar do tratamento com o novo esquema por mais 36 dias, os sintomas sistêmicos de febre, dispnéia, astenia e sudorese noturna persistiram. A cultura do escarro mostrou a presença de bacilo multiresistente levantando a suspeita de micobacteriose atípica, o que foi confirmado por PCR que identificou *Mycobacterium avium* complex. Iniciado tratamento com Amicacina, Claritromicina e Etambutol, havendo melhora importante do quadro depois de 8 semanas de tratamento com este esquema. **Conclusão:** Discussão: O caso destaca a importância da suspeita desta micobacteriose em pacientes tratados com tuberculostáticos que mantém escarro com BAAR positivo e teste de sensibilidade evidenciando resistência. Vale destacar ainda a silicose como doença composta de anormalidades na resposta imune facilitando o desenvolvimento de infecções atípicas. A principal micobactéria atípica é o < 1 > *Mycobacterium avium*, a qual foi reconhecida como causa de doença em pacientes com silico-tuberculose em 1943. Os sinais e sintomas da doença são inespecíficos e podem ser facilmente confundíveis com tuberculose. Nos últimos anos, houve um aumento na prevalência de micobacteriose atípica o que pode ser explicado pela melhora na sensibilidade e da maior solicitação de métodos de laboratório, além do crescimento do número de imunodeficientes.

PO112 RESISTÊNCIA AOS MEDICAMENTOS ANTI-TUBERCULOSE DE CEPAS DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* ISOLADAS DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO NA BAHIA

Matos ED, Bittencourt CN, Lemos ACM

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Multidroga resistente; TBMR; Tuberculose

Introdução: Resistência aos medicamentos anti-tuberculose, e particularmente multiresistência, constitui um importante problema para o controle da tuberculose. **Objetivos:** Estimar a prevalência da resistência primária e adquirida aos medicamentos anti-tuberculose em cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes internados, identificar fatores de risco para resistência e avaliar o impacto desta na mortalidade hospitalar por tuberculose. **Métodos:** Foram analisadas cepas de *Mycobacterium tuberculosis* de 217 pacientes internados com TB, de forma seqüencial, em hospital de referência para TB, em Salvador (Bahia-Brasil), durante o período de julho de 2001 a julho de 2003. Cepa multiresistente (MR), foi definida como resistência a rifampicina e isoniazida. **Resultados:** A resistência primária observada foi de 7,0% (10/145) e a resistência adquirida de 43,1% (31/72). A resistência primária isolada a um fármaco foi observada em 2,1% (3/145) e monoresistência adquirida em 5,6% (4/72). Prevalência de cepas MR, no geral, foi de 14,3% (31/217), sendo a MR primária de 4,2% (6/145) e a adquirida de 34,7% (25/72). Abandono do tratamento permaneceu fortemente associado com resistência na análise multivariada (OR ajustada: 7,21; IC95%: 3,27-15,90; $p < 0,001$), após ajuste para 3 potenciais confundidores (sexo, alcoolismo e infecção pelo HIV). Observou-se presença de associação entre resistência e mortalidade por TB, mesmo após ajuste para status HIV, idade, sexo e alcoolismo (OR ajustada: 7,13; IC 95%: 2,25-22,57; $p < 0,001$). **Conclusão:** Nossos achados corroboram a necessidade de sistematização da solicitação do teste de sensibilidade na rotina da admissão hospitalar nesta população e implementação de medidas rigorosas de biossegurança no referido hospital.

PO113 PREVALÊNCIA DA INFEÇÃO PELO HIV EM PACIENTES INTERNADOS COM TUBERCULOSE NA BAHIA (NORDESTE DO BRASIL)

Matos ED, Bittencourt CN, Lemos ACM

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: HIV; Tuberculose pulmonar; Co-infecção TB-HIV

Introdução: A infecção para HIV é um conhecido fator de risco para desenvolvimento de Tuberculose (TB), interferindo também na morbimortalidade. A prevalência da infecção pelo J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

HIV em pacientes com TB tem variado em diferentes regiões do Brasil. **Objetivos:** Estimar a prevalência de HIV em pacientes internados com TB na Bahia (Nordeste do Brasil) e avaliar seu impacto na letalidade hospitalar. **Métodos:** Foram avaliados, através de coorte prospectiva, 400 pacientes internados seqüencialmente no Hospital Octávio Mangabeira (referência estadual para internamento de portadores de TB) entre julho de 2001 e julho de 2003 com TB confirmada. A sorologia para HIV foi realizada em todos os pacientes, independente da presença de dados clínicos e/ou epidemiológicos sugestivos de infecção pelo HIV. **Resultados:** A média de idade + DP foi de 41,4 ± 16,2 anos, e a relação masculino/feminino foi de 3,5:1. A prevalência de infecção pelo HIV foi de 8,3% (IC95%: 5,8%-11,3%). A letalidade hospitalar foi de 12,4% (IC95%: 9,4%-15,9%), sendo significativamente maior no grupo HIV positivo, 27,6% versus 9,7%, no grupo HIV negativo (RR = 2,8; IC95%: 1,4-5,6; $p = 0,003$). **Conclusão:** A estimativa de infecção pelo HIV entre pacientes internados com TB na Bahia é de 8,3%. A letalidade hospitalar da TB é elevada (12,4%), sendo o risco relativo de morte cerca de 2,8 maior no grupo HIV positivo.

PO114 PREDITORES DA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PACIENTES COM TUBERCULOSE NA BAHIA

Matos ED, Bittencourt CN, Lemos ACM

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Mortalidade; Tuberculose pulmonar; Preditores de mortalidade

Introdução: Trabalhos prévios mostram que idade avançada, infecção pelo HIV e multiresistência aos medicamentos são preditores de morte em pacientes portadores de tuberculose (TB). Existe, no entanto, uma carência de estudos para avaliar se outros fatores estão independentemente associados à mortalidade hospitalar por TB. **Objetivos:** Identificar fatores independentemente associados à mortalidade hospitalar por TB. **Métodos:** Estudo de coorte prospectiva, com 395 pacientes com diagnóstico de TB, hospitalizados em Salvador (Bahia/Brasil). Foram avaliadas como preditoras independentes de morte diversas características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiográficas identificadas na admissão hospitalar. Óbito durante a hospitalização foi o desfecho de interesse. Foram incluídas no modelo logístico múltiplo as variáveis com valor de $p \leq 0,05$ na análise univariada. **Resultados:** A mortalidade intra-hospitalar por TB foi 12,7% (50/395). Através do uso de regressão logística múltipla, identificou-se quatro características independentes e significativamente associadas a uma maior mortalidade hospitalar por TB: infecção pelo HIV (OR ajustado: 3,37; IC 95%: 1,21-9,4), albumina sérica $\leq 2,7$ g/dl (OR ajustado: 2,73; IC 95%: 1,32-5,65), comorbidades (OR ajustado: 2,27; IC 95%: 1,07-4,83) e saturação de pulso de oxigênio (SpO₂) $\leq 90\%$ (OR ajustado: 4,15; IC 95%: 2,00-8,6). **Conclusão:** Este estudo indica a importância de identificação dos fatores preditores independentes de mortalidade na admissão hospitalar em pacientes com TB.

PO115 TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA: RELATO DE CASO

Kissmann G, Addor G, Martins RC, Nigri DH, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose endobrônquica; Broncoscopia; Lavado broncoalveolar

Introdução: A tuberculose endobrônquica é definida como a infecção tuberculosa da árvore traqueobrônquica com evidência histopatológica e microbiológica. Na maioria dos casos está associada à tuberculose pulmonar, sendo altamente infecciosa. Mais de 90% dos pacientes com tuberculose endobrônquica apresentam algum grau de estenose, podendo ocorrer estenose traqueal severa. O quadro clínico difere durante os estágios da tuberculose: sibilância, tosse, hemoptise, febre, dispnéia e dor torácica. Seu diagnóstico é difícil, visto não ser visualizada à radiografia simples do tórax. A tomografia computadorizada tem importante papel na avaliação das lesões com obstrução. **Objetivos:** Relatar um caso de apresentação incomum de tuberculose que teve diagnóstico precoce através de broncofibroscopia e evolução favorável. **Métodos:** Relato de caso de paciente do sexo masculino, com 72A, *Diabetes mellitus* insulino dependente e insuficiência cardíaca. Relatava passado de tuberculose pulmonar tratada. Apresentava febre, hipoxemia, tosse seca e hiperglicemia. Tomografia computadorizada do tórax evidenciava infiltrado extenso em lobo superior direito. Uso de quinolona respiratória, sem resposta. Submetido a broncofibroscopia, sendo observadas lesões esbranquiçadas em brônquios fontes e lobares. Realizado lavado broncoalveolar e biópsia. O BAAR do lavado broncoalveolar e do fragmento foram positivos, assim como a cultura para *Mycobacterium tuberculosis*. Exame histopatológico evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa. Iniciado esquema tuberculostático com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, com melhora clínica. **Resultados:** A estenose brônquica pode desenvolver-se apesar de tratamento efetivo. O mais importante no tratamento da tuberculose endobrônquica é a erradicação do bacilo, e a prevenção de estenose. A progressão da estenose é evitada pelo diagnóstico e início precoce da terapia. O uso de corticosteróides na tuberculose endobrônquica se mantém controverso, não existindo na literatura comprovação para seu uso. **Conclusão:** Na tuberculose endobrônquica é importante o diagnóstico precoce, para que seja iniciado o tratamento, com isso minimiza o risco de estenose grave, com necessidade de intervenção cirúrgica ou abordagem endoscópica com utilização de prótese endobrônquica.

PO116 DE ONDE PROVEM CONTAMINAÇÃO DOS INTERNOS NO PRESÍDIO

Silva CG

CIR, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Busca-ativa; Tuberculose; Presídio

Introdução: A tuberculose ocorre com maior freqüência nos grupamentos humanos com piores condições socioeconômicas e no espaço urbano os seguintes locais tem alto potencial de reprodução da tuberculose: favelas, mocambos, alagados, invasões, população que vivem em ambiente de calamidades públicas, e populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, abrigos sociais, e de idosos...) Com base nos altos índices de aglomeração populacional e no baixo nível de conhecimento das peculiari-

dade da população alvo principalmente no que tange as doenças infecto-contagiosas, fez-se premente como atividade inicial ao combate a tuberculose, um projeto de busca - ativa que primasse pela informação. Portanto com vistas a prevenção, tratamento, fez importante o desenvolvimento de estratégias que abordasse a real condição de contaminação com o bacilo de Koch para que se pudesse traçar um plano de controle no seu marco inicial deste contágio. **Objetivos:** Comparar os grupos com vistas ao levantamento de possíveis diferenças. Como parte do objetivo na reabilitação e ressocialização é direito garantido por lei que os presos tenham acesso a vários tipos de assistência, como o serviço médico, assessoria jurídica e serviços sociais, sendo que nenhum desses benefícios são oferecidos na extensão contemplada pela lei. Várias doenças infecto-contagiosas tais como Tuberculose e Aids atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira, ao negligenciar o tratamento adequado visando prevenção. O sistema prisional não só ameaça a vida dos presos como também facilita a transmissão dessas doenças à população em geral através das visitas conjugais e o livramento dos presos e ainda a contaminação dos profissionais que atuam no sistema penitenciário. Fazer o PPD em uma amostragem de indivíduos recém-chegados ao cárcere. Fazer o PPD em uma amostragem de indivíduos há mais de 5 dias de internato; O objetivo deste trabalho foi Verificar se a contaminação pelo Bacilo de Koch em indivíduos encarcerados no sistema penitenciário do Distrito Federal é derivada dos recém-chegados ao sistema prisional ou é transmitida dentro do mesmo, proveniente dos internos que residem ali a algum tempo. Tendo como objetivo específicos. **Métodos:** A metodologia utilizada para as análises e pareceres desenvolvidas neste trabalho de conclusão de curso classifica a pesquisa como sendo do tipo quantitativa e bibliográfica. Faz-se pesquisa de campo no complexo penitenciário do DF, local onde há grande incidência de proliferação da Tuberculose, no qual se procurou manter contato para a aplicação de teste tuberculínico em uma determinada quantidade de internos do sistema a fim de esclarecer o foco inicial de transmissão do bacilo de Koch. **Resultados:** Observou-se que o índice de contaminação no presídio era bastante alta mediante o grande número de presidiários infectados com o bacilo. **Conclusão:** Contaminação geral da população carcerária com tuberculose.

PO117 COCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR: ESTUDO DE 45 CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

Agostinho Rolim JR¹, Da Paz AC², Dos Santos LG³, Agostinho Rolim G⁴, Camilo da Silva AL⁵, Dos Martirios Moura Fé JA⁶, Agostinho Rolim Arruda G⁷
1,2,5. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 3,6. Hospital São Marcos, Teresina, PI, Brasil; 4. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 7. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Coccidioidomycose; Pulmonar; Epidemiologia

Introdução: A coccidioidomycose (Febre do Vale de São Joaquim, granuloma coccidioídico, doença de Posadas-Wernicke ou reumatismo do deserto) é uma micose sistêmica causada pelo *Coccidioides immitis*, fungo dimórfico, encontrado predominantemente no solo de regiões desérticas e semi-áridas. Quase todos os animais domésticos, grande diversidade de animais silvestres e o homem são hospedeiros potenciais do *C. immitis*; deste último, os de exposição ocupacional com íntimo contato com o solo são os mais sujeitos à infecção. **Objetivos:** Fazer um estudo epidemiológico e revisão de literatura de coccidioidomycose pulmonar. **Métodos:** Análise de 45 casos de coccidioidomycose pulmonar no Estado do Piauí. **Resultados:** Foram analisados 45 casos de coccidioidomycose pulmonar quanto ao sexo, fatores de risco, sintomatologia, métodos diagnósticos, histopatologia e exposição ocupacional ao fungo. **Conclusão:** O *C. immitis* é o mais virulento de todos os fungos conhecidos, provocando uma micose adquirida por via inalatória e comprometendo principalmente o pulmão. No nosso meio, a atividade de caçar e desentocar tatus de seu habitat é o fator de risco que mais nos chama atenção.

PO118 PACIENTE IMUNOCOMPETENTE COM TUBERCULOSE DISSEMINADA

Rodrigues MF¹, Buzaglo LCP², Ferreira TA³, Trajano Filho IB⁴, Bezerra FC⁵, Soares GM⁶, Fonseca MS⁷, Socorro de Lucena Cardoso MD⁸
1,2,3,4,7,8. Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil; 5. Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil; 6. Fundação de Medicina Tropical, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Disseminada; Imunocompetente

Introdução: A população indígena em 2006 é estimada em 6.950 habitantes. Na Amazônia se concentra 60% da população indígena e a incidência média de TB é de 75,1 casos por 100000/hab. No Brasil foram notificados 160.591 casos/ano de TB, onde o Amazonas ocupa o segundo lugar. Por causas ainda pouco esclarecidas, os povos indígenas são mais vulneráveis à tuberculose e apresentam formas mais graves às observadas na população geral do país. **Objetivos:** Realizar o diagnóstico diferencial entre as formas clínicas da tuberculose e sua apresentação radiológica com os demais processos infecciosos, neoplásicos e hemorrágicos. **Métodos:** Relato de caso de S.F.S., sexo masculino, 25 anos, raça indígena, da Tribo Saterê Mawê. **Resultados:** Paciente evoluindo há cinco anos com dor em região inguinal esquerda de caráter restritivo que passou a uma tumoração drenada espontaneamente. A dor passou a irradiar para região lombar esquerda e membros inferiores com perda de peso não quantificada. Negava febre, sangramento, sintomas respiratórios ou alteração do hábito intestinal. Mãe e pai falecidos de tuberculose e um irmão com tuberculose na época. Ao exame lúcido, afebril, hipocorado 1+/4+, linfonodo palpável em região inguinal com 4cm não aderido a estruturas profundas. A cavidade oral estava em precárias condições de conservação; tórax com abaulamento de consistência amolecida em região paravertebral direita, aparelhos respiratório e cardíaco sem alterações, PA 100x60mmHg; Abdomen assimétrico com abaulamento em fossa ilíaca esquerda, tenso e doloroso a palpação difusamente, traube ocupado, presença de massa endurecida em fossa ilíaca esquerda tomando região lombar esquerda. Pelo estado de caquexia, topografia retroperitoneal da massa e acometimento linfonodal pensou-se em doença lin-

foproliferativa. Exames Complementares: Sorologia para HIV Não reativo. A Tomografia (TC) de Tórax: com infiltrado micronodular difuso. TC de Abdomen: Extensas coleções hipodensas septadas medindo 7cm em seu maior eixo no músculo psoas esquerdo e direito e ilioosposas até sua inserção femoral e paravertebral; corpos vertebrais destruídos por massa paravertebral com extensão para espaço epidural em nível do seguimento lombossacral. O aspirado de abscesso foi positivo para *Micobacterium Tuberculosis*. A biópsia de linfonodo inguinal apresentou necrose caseosa. Realizou tratamento com esquema I por nove meses. **Conclusão:** O relato mostra um caso grave do quais os diagnósticos poderiam ser variados: neoplasia abdominal com metástases, linfocarcinomatose pulmonar, linfoma e pouco se pensaria tuberculose disseminada num paciente imunocompetente, mas raramente se apresenta de forma tão agressiva, podendo simular outras diagnósticos por acometer diversos órgãos como neste caso. A escassez de estudos voltados para caracterizar seus aspectos clínicos e radiológicos motivou-nos a publicação deste caso.

PO119 DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO RECIDIVANTE

Apolinário DB¹, Bayer Junior VB², Junior MDSP³, Campelo Neto EC⁴, Costa AMDN⁵, Cavalcanti Lundgren FL⁶, Gandara JMB⁷, Santana Baracho JD⁸

1,2,3,4,5,6,8. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil; 7. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose pleural; Derrame pleural; Derrame pleural recidivante

Introdução: A tuberculose pleural é a forma extrapulmonar mais freqüente em indivíduos imunocompetentes. Na maioria das vezes, se apresenta clinicamente de forma aguda, sendo menos comum evoluções com mais de 2 semanas. A resolução do derrame pleural espontaneamente ou após toracocentese diagnóstica é o habitual. A melhora clínica e normalização radiológica após o tratamento é esperada. A recidiva do derrame pleural após a toracocentese não é observada com freqüência na prática clínica. **Objetivos:** Relatar um caso de derrame pleural tuberculoso recidivante. **Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** MDS, 34 anos, natural e procedente de Jaboatão dos Guararapes, admitido com dispnéia progressiva, tosse seca, perda de peso e febre vespertina há 10 dias. Negava tabagismo. Relatava tuberculose pulmonar há 3 anos, tratada. Apresentava ausculta pulmonar abolida no 1/3 inferior do HTD. Radiografia de tórax mostrava derrame pleural em 1/3 inferior de HTD. Toracocentese diagnóstica evidenciou exsudato com predomínio de células linfomononucleares. A baciloscopia foi negativa em 2 amostras de escarro. Após 5 dias, o paciente apresentou piora clínica e radiológica, com aumento do derrame pleural, que agora ocupava 2/3 de HTD. Feito toracocentese de alívio, com retirada de 500ml. Apresentou agravo clínico e a nova radiografia mostrava velamento de todo HTD. Feito nova toracocentese de alívio com retirada de 1250ml de líquido e realizada biópsia pleural. Laudo anatomopatológico evidenciou reação gigante celular com necrose caseosa, processo inflamatório crônico granulomatoso. Foi iniciado tratamento específico para tuberculose (esquema I) com boa evolução clínica e radiológica. **Conclusão:** O derrame pleural tuberculoso é quase sempre unilateral, de pequeno a moderado volume. Não costuma se apresentar de forma recidivante. É freqüente o desaparecimento espontâneo do derrame, sendo raro seu reacúmulo. Esta apresentação é mais sugestiva de doença neoplásica. No caso em questão, a principal hipótese era doença neoplásica, tanto pelo reacúmulo como pelo volume do derrame. O diagnóstico diferencial foi possível após confirmação histológica e boa resposta terapêutica.

PO120 ARTRITE TUBERCULOSA E CRIPTOCÓCCICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Pereira M, Spilimbergo FB, Chaves MSS, Issa F, Pereira JD, Moreira ALS
Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Criptococose; Artrite

Introdução: A artrite tuberculosa costuma ser monoarticular, comprometendo particularmente o quadril, o joelho, cotovelo, ombros, mãos e pés. Pode evoluir durante meses ou até anos até o diagnóstico. Em geral só é suspeitada quando ocorrem lesões tuberculosas em outro local. **Objetivos:** Descrever um caso de tuberculose e criptococose ósseas em um paciente imunocompetente e assintomático do ponto de vista respiratório. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** V.F.F., 27 anos, branco, casado, procedente de Osório-RS, agricultor, nunca fumou. Paciente conta que no final de 2004 sofreu queda de uma altura de aproximadamente 2 metros sofrendo trauma leve em joelho direito. Desde então apresentando episódios de dor e edema que respondiam parcialmente a AINE. Em junho de 2005 passou a apresentar dor, edema, flogose e limitação funcional no tornozelo esquerdo. Procurou um especialista sendo encaminhado para o Serviço de Ortopedia da Santa Casa de P. Alegre-RS. Foi solicitado na avaliação inicial uma radiografia de tórax que mostrou lesões nodulares nas porções craniais de ambos os pulmões com predomínio a esquerda. Diante desses achados, foi iniciado RHZ com tratamento de prova e solicitada avaliação da Pneumologia. O paciente se apresentava assintomático do ponto de vista respiratório e em nenhum momento da evolução apresentou queixas respiratórias ou febre. Referia perda ponderal e adinamia. Anti-HIV Não reagente em duas amostras, sendo a primeira obtida durante a internação e a segunda no seguimento ambulatorial posterior. Tomografia de Tórax Na metade cranial dos pulmões, predominantemente nos segmentos posteriores e superiores dos lobos superiores, observam-se imagens grosseiramente nodulares, algumas escavadas e outras com áreas sugestivas de calcificação. Há opacidades micronodulares e estrias fibrosas. Tomografia Joelho esquerdo Grande derrame na articulação femorotibial com espessamento da cápsula articular. Lesões osteolíticas em saco-bocado no osso subcondral do fêmur e da tibia. Identifica-se osteopenias porções incluídas do joelho esquerdo. Tomografia de Tornozelo direito Derrame na articulação tibiotalar. Importante aumento das partes moles do tornozelo direito. Biópsia Óssea Realizada no platô tibial do joelho esquerdo apresentou crescimento de *Cryptococcus* sp no cultivo e posteriormente, o cultivo para micobactéria demonstrou o crescimento de *M. tuberculosis*. Conduta Foi reiniciado RHZ e associado Fluconazol, em aproximadamente duas semanas o paciente já apresentava regressão praticamente completa dos achados articulares. O paciente segue com RHZ e Fluconazol até completar

seis meses. No momento está clinicamente bem e sem queixas. **Conclusão:** Embora a tuberculose seja uma doença endêmica, não estamos habituados a presenciar uma apresentação articular isolada e sem história de sintomas prévios. Mais incomum ainda é cursar em associação com criptococose óssea em um paciente imunocompetente.

PO121 É COMUM ESTENOSE BRÔNQUICA LOGO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE?: RELATO DE CASO DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Sousa Silva N, Abreu AP, Dal Ri AJ, Da Gama RF, Lima AH, Sousa ALGB, Araújo JV
Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Estenose brônquica; Complicações

Introdução: As complicações decorrentes da tuberculose são bem conhecidas podendo ser parenquimatosas, pleurais, vasculares ou aéreas. Neste último grupo encontra-se a estenose brônquica que se divide por sua vez em estenose por compressão extrínseca ou endobrônquica. Tal estenose quando acomete o brônquio principal leva a atelectasia tendo a broncofibroscopia o principal instrumento diagnóstico. **Objetivos:** Revisar a literatura sobre as complicações menos comuns da tuberculose tendo em vista a importância e a necessidade de reforçar a possibilidade desta ocorrência em nosso meio. **Métodos:** Levantamento bibliográfico nos bancos de dados eletrônicos. Realizou-se também pesquisa manual, entre as referências bibliográficas dos trabalhos selecionados. **Resultados:** Uma paciente do sexo feminino, de 20 anos, parda, natural de Roraima, foi atendida no ambulatório de Pneumologia com tosse produtiva e perda ponderal há três meses. Após investigação clínica e laboratorial foi diagnosticada tuberculose pulmonar positiva sendo realizado esquema I (RIP) por seis meses regularmente. Ao final do tratamento, após ter apresentado boa evolução clínica e radiológica, apresentou episódio súbito de dor torácica, sem outros sintomas. O exame físico era normal, com exceção da ausculta pulmonar na qual o murmúrio vesicular encontra-se bastante diminuído no hemitórax direito (HTD). A radiografia de tórax demonstrou opacidade homogênea de todo o HTD com desvio da traquéia e mediastino ipsilateral. A Tomografia computadorizada de tórax apresentava atelectasia de todo o pulmão direito. Após exames de imagem, uma broncoscopia foi realizada e evidenciou estenose concêntrica total do brônquio principal direito sendo o resultado anatomopatológico: processo inflamatório inespecífico. Foi encaminhada para cirurgia torácica em outro estado, pois não dispomos de cirurgia torácica em Roraima, para possível realização de broncoplastia ou dilatação brônquica, porém a equipe cirúrgica optou por não realizar cirurgia. **Conclusão:** A estenose traqueobrônquica como complicação da tuberculose pode ser causada por processo inflamatório granulomatoso na parede traqueobrônquica ou por pressão extrínseca por linfonodos peribrônquicos aumentados. O envolvimento endobrônquico ocorre em aproximadamente 2 a 4% dos pacientes com tuberculose pulmonar, sendo o brônquio principal esquerdo o mais acometido. Estes índices englobam sobretudo pacientes que possuem complicações pulmonares tais como: Bronquiectasia, destruição e cicatrização pulmonar secundárias a pneumopatias diversas. A paciente em questão mostra-se de forma diferente por ter a apresentação estenose brônquica logo após o término do tratamento e na ausência de seqüelas pulmonares.

PO122 CARACTERIZAÇÃO GENOTÍPICA DO PERFIL DE ACETILAÇÃO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO RIO GRANDE DO SUL. RELATO PRELIMINAR

Possuelo LG¹, Jarczewski CA², Brito TC³, Gregianini TS⁴, Piccon PD⁵, Ribeiro AW⁶, Zaha A⁷, Rossetti MLR⁸
1, 2, 3, 4, 6, 8. CDCT/FEPPS, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil; 7. CBIOT/UFGRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Farmacogenética; NAT2

Introdução: Isoniazida (H), um dos mais importantes fármacos utilizados no tratamento e quimioprofilaxia da tuberculose (TB) é metabolizada no fígado principalmente pela enzima N-acetiltransferase 2 (NAT2), para formar hepatotóxicas. Os diferentes níveis de toxicidade produzidos pela H tem sido, em parte, atribuídos à variabilidade genética em NAT2 associada às diferenças do caráter acetilador (lento ou rápido). Entretanto, associações entre o perfil de acetilação lenta e o desenvolvimento de hepatotoxicidade à H deve ser melhor caracterizado. **Objetivos:** Determinar o perfil de acetilação de pacientes com TB atendidos no ambulatório do Hospital Sanatório Partenon, através da análise das variantes alélicas encontradas no gene que codifica NAT2. **Métodos:** Foram coletadas 98 amostras de sangue de pacientes em tratamento para TB com esquema RHZ (rifampicina, isoniazida e pirazinamida). Foi obtido consentimento livre e esclarecido, além de realizada uma entrevista para obtenção de dados epidemiológicos. O DNA humano foi extraído a partir de 500mL de sangue total através da técnica de Salting Out (Miller et al., 1988). A identificação de mutações presentes no gene NAT2 foi realizada através do sequenciamento de um fragmento de 1093pb no qual está inserido toda a região codificante do gene NAT2. Os resultados foram analisados através dos softwares Chromas, Clustal X e SPSS. De acordo com as análises genéticas, aqueles pacientes que apresentaram dois alelos mutantes para as mutações G590A, T341C e G857A foram definidos como acetiladores lentos. **Resultados:** Dos 98 pacientes analisados, 68 (68,7%) foram determinados como acetiladores lentos. A frequência encontrada das mutações acima descritas foram as seguintes: 24,2%, 46,5%, 22,2%, respectivamente para G590A, T341C e G857A. **Conclusão:** Este é o primeiro estudo do perfil de acetilação de uma população do Rio grande do Sul, onde se observou proporção maior de acetiladores lentos do que rápidos, em comparação a proporção encontrada em outras populações caucasianas da Espanha e Alemanha. No entanto, as mutações ora encontradas são similares às descritas na literatura como as mais frequentes em caucasianos e asiáticos. Em função do pequeno número de casos estudados até o momento, não foi possível estabelecer relação entre o perfil de acetilação e o desenvolvimento de hepatotoxicidade pelo RHZ, considerando-se que a incidência deste efeito adverso é baixa.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO123 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE EM SALVADOR (BAHIA, BRASIL)

Marinho JM¹, Mendes CMC², Oliveira E³, Pedrosa MR⁴, Santos CDPC⁵, Meira Júnior AES⁶, Barbosa T⁷, Arruda S⁸
1, 2, 5, 6. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil; 3, 4, 7, 8. CPQGM - Fiocruz, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Reação de Mantoux; PPD; *Mycobacterium tuberculosis*

Introdução: Em nosso meio, visto a grade incidência de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva existe uma alta prevalência de indivíduos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Sendo, portanto importante conhecer a prevalência em alunos que estão iniciando cursos universitários na área de saúde. **Objetivos:** Quantificar a resposta cutânea ao Derivado Protéico Purificado (PPD) e identificar com o Teste Tuberculínico (TT) os alunos que apresentem um resultado Forte Reator (induração ≥ 10 mm). **Métodos:** Estudo transversal em alunos universitários matriculados no primeiro ano de cursos da área de saúde. O teste tuberculínico foi realizado por profissional treinado e seguindo as orientações do Ministério de Saúde do Brasil, usando-se PPD Rt23 através da técnica de Mantoux. Os alunos inicialmente não reatores (0 a 4mm), foram convidados para realização de um segundo teste, entre 7 a 15 dias, com objetivo de complementar a avaliação. **Resultados:** Dos 827 alunos voluntários que responderam ao questionário e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, 700 alunos (84,6%) realizaram o teste e retornaram para leitura. Destes 432 eram não reatores no primeiro TT, 242 realizaram o 2º teste e 209 retornaram para a leitura. O total de alunos que completou a avaliação foi de 477 com 182 apresentando uma induração ≥ 10 mm, representando uma prevalência de infecção de 38,1%. **Conclusão:** A prevalência de reação ao TT com induração ≥ 10 mm, entre estudantes universitários do primeiro e segundo semestres da área de saúde, foi de 38,1%.

PO124 FREQUÊNCIA DO EFEITO BOOSTER NA REALIZAÇÃO DO TESTE TUBERCULÍNICO

Marinho JM¹, Mendes CMC², Oliveira E³, Pedrosa MR⁴, Vasconcelos ACS⁵, Meira Júnior AES⁶, Barbosa T⁷, Arruda S⁸
1, 2, 5, 6. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil; 3, 4, 7, 8. CPQGM - Fiocruz, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Efeito booster; Teste tuberculínico; *Mycobacterium tuberculosis*

Introdução: A real prevalência do Efeito booster no resultado da Prova Tuberculínica não é bem conhecida em nosso meio. Podendo levar a interpretação de resultados falso-negativos quando a avaliação Efeito Booster não é realizada. **Objetivos:** Avaliar a frequência do efeito Booster em universitários da área de saúde. **Métodos:** Estudo transversal em alunos universitários matriculados no primeiro ano de cursos da área de saúde. O teste tuberculínico foi realizado por profissional treinado e seguindo as orientações do Ministério de Saúde do Brasil, usando-se PPD Rt23 através da técnica de Mantoux. Todos os alunos inicialmente não reatores (0 a 4mm), foram convidados para realização de um segundo teste, entre 7 a 15 dias, com objetivo de avaliar o Efeito Booster. **Resultados:** Dos 827 alunos voluntários que responderam ao questionário e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, 700 alunos (84,6%) realizaram o teste e retornaram para leitura. Destes 432 eram não reatores no primeiro TT; 190 alunos não retornaram para a realização do segundo teste, 242 realizaram o segundo teste e 209 retornaram para a leitura. Dos alunos que completaram a avaliação 34/209 (16,3%) foram reatores fortes (PPD ≥ 10 mm) e 18/209 (8,6%) reatores fracos. **Conclusão:** Com a frequência elevada do Efeito Booster, sugerimos que o mesmo seja avaliado em indivíduos com PPD não reator em um primeiro teste tuberculínico, evitando-se resultados falso-negativos.

PO125 TUMORLETS PULMONAR ASSOCIADO A GRANULOMA POR MICOBACTERIOSE

Meneghetti TA, Alves LR, Cartaxo EO, Ramos SG, Terra Filho J, Vianna EO
USP Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tumorlets; Micobacteriose; Granuloma

Introdução: Tumorlets pulmonares são achados histopatológicos incidentais que, frequentemente, são localizados em adjacência a tumores pulmonares, tumores carcinóides, bronquiectasias ou outros processos inflamatórios crônicos. São proliferações nodulares de células neuroendócrinas normalmente encontradas nas vias aéreas. **Objetivos:** Relatar um caso de tumorlets em pulmão associados a granuloma por micobacteriose. **Métodos:** AMR, 63 anos, encaminhada por imagens nodulares em radiografia de tórax realizada para exame pré-operatório de colecistectomia. Apresentava-se em bom estado geral, sem queixas respiratórias, febre ou emagrecimento. Exame físico normal. A TC de tórax demonstrava infiltração cicatricial em lobos superiores, múltiplas lesões expansivas nodulares (de até 4cm), heterogêneas, de contornos lobulados em todos os lobos pulmonares, do pulmão direito e esquerdo, com reforço heterogêneo pós-contraste. **Resultados:** Realizada biópsia a céu aberto. O exame anatomopatológico revelou parênquima pulmonar com extensas áreas de fibrose, em meio a qual se observa agrupamentos linfocitários e histiocitários, além de alguns macrófagos e leucócitos polimorfonucleares em menor número. O fundo fibroso contém fibras espessas de colágeno e fibroblastos sem atipias. Em outras regiões, se demonstrou proliferação de células neuroendócrinas formando ninhos ou cordões geralmente ao redor de bronquíolos. Estas proliferações não formavam grandes massas e eram multifocais. As células proliferadas eram homogêneas de tamanho médio com citoplasmas pálidos e núcleos ovalados exibindo cromatina com aspecto salpicado. A coloração Ziehl-Neelsen evidenciou a presença de alguns bacilos álcool-ácido resistentes na área de fibrose. A pesquisa de fungos foi negativa. O estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade para cromogranina, sinaptofisina e CEA nas células dos tumorlets, confirmando a natureza neuroendócrina destas células. A coloração de vermelho congo mostrou positividade fraca e focal na área fibrótica. O resultado da análise foi compatível com granuloma hialinizante causado

por micobacteriose associado a pequenos focos de proliferação de células neuroendócrinas (tumoretlets). **Conclusão:** Os tumoretlets pulmonares devem ser considerados no diagnóstico diferencial de lesões nodulares principalmente quando se suspeita de carcinoma de pequenas células ou tumores carcinóides. Além disso, os tumoretlets podem induzir achados citológicos falso positivos, pois não são, mas se associam à doença principal.

PO126 A RELAÇÃO ENTRE A VACINAÇÃO BCG EM RECÉM-NASCIDOS E A INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NA INFÂNCIA

Picon PD, Tietboehl CN, Bassanesi SL, Gutierrez RS, Ott WP, Espina CAA, Ferreira RT
Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Vacinação; Incidência
Introdução: A tuberculose (TB) acomete pessoas de todas as faixas etárias. Abaixo dos 15 anos a frequência de TB depende, entre outros fatores, da proteção conferida pela vacina BCG. Esta proteção, no nível populacional, é determinada pela idade da aplicação da vacina e pela cobertura vacinal. Há indícios que a vacinação dos recém-nascidos (RN) oferece proteção maior que a vacinação aos sete anos de idade. **Objetivos:** Avaliar a frequência da TB na faixa etária abaixo dos 15 anos de idade no Estado do Rio Grande do Sul (RS), antes, durante e depois da mudança da idade da vacinação com BCG intradérmico, que passou dos sete anos para o RN. **Métodos:** Sequência de três estudos transversais, constituindo um painel de amostra sequencial com 134.843 pacientes com TB, de todas as idades, tratados no Estado do RS em três períodos distintos: 1978-1988, 1989-1994 e 1995-2005. Entraram no estudo 56.395 pacientes no primeiro período, 27.868 no segundo e 50.580 no terceiro. No primeiro período a vacinação BCG era aplicada em crianças com sete anos de idade, por ocasião do ingresso no primeiro ano do Ensino Fundamental. O segundo período corresponde a transição entre o início da aplicação do BCG em RN e a obtenção de cobertura vacinal em média de 80%. O terceiro período corresponde à fase de consolidação da cobertura vacinal dos RN. Além da faixa etária (< 15 ou >= 15 anos), examinou-se a forma de TB (pulmonar e extrapulmonar). As informações foram coletadas do Sistema de Informação do Programa Estadual de Controle da TB. **Resultados:** A frequência de TB na faixa etária abaixo de 15 anos foi 13,2% no primeiro período, 7,9% no segundo e 3,9% no terceiro. A proporção de casos de TB pulmonar entre os pacientes com mais de 15 anos de idade apresentou um leve decréscimo nos três períodos de observação (83,2, 81,9 e 80,8%, respectivamente). Entre os pacientes com menos de 15 anos, esta proporção diminuiu significativamente (76,1%, 69,0% e 63,2%, respectivamente). Assim, nesta faixa etária, ao mesmo tempo que diminuiu o número de casos novos, aumentou a proporção de casos extrapulmonares. **Conclusão:** A mudança de estratégia de vacinação BCG no RS acompanhou-se de redução da incidência de casos de TB abaixo dos 15 anos, especialmente em sua forma pulmonar. Estes dados sugerem que a vacinação de RN é vantajosa em relação a vacinação aos sete anos de idade. O Ministério da Saúde estima, em publicações oficiais, que 15% dos casos de TB devem ocorrer abaixo dos 15 anos. Os dados deste estudo permitem sugerir que, para locais com cobertura vacinal com BCG no RN próxima de 100%, deveria ser cogitada a utilização do valor de 4% para estimar a frequência de TB nesta faixa etária.

PO127 LIQUEFAÇÃO DE MATERIAL CASEOSO DE ABSCESSO NA FASE AVANÇADA DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Duque Pereira AL, Zanela VB, Siqueira HR, Freitas FAD, Chauvet PR, Capone D, Costa CH, Rufino R
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Abscesso; Tratamento
Introdução: O material caseoso da tuberculose (Tb) pulmonar ativa, quando se liquefaz, é normalmente eliminado como expectoração, deixando uma cavidade no parênquima. Na tuberculose ativa de coluna lombar o *caseum* do abscesso peri-lesional, que se liquefaz, pode progredir pela bainha do músculo psoas e se exteriorizar na região inguinal. Alguns autores têm notado a ocorrência de liquefação de material caseoso durante a fase tardia do tratamento. **Objetivos:** Apresentar dois casos de manifestação tardia de liquefação de *caseum*, quando a Tb já está na fase avançada do tratamento. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Caso 1. Paciente masculino, 45 anos, com quadro de abscesso na região parasternal e fistulização. Havia alargamento do mediastino no RX de tórax e a TC mostrou abscesso na parede torácica e comprometimento do mediastino superior. A hipótese diagnóstica inicial foi de actinomicose, porém a biópsia da lesão paraesternal revelou Tb. No quarto mês de tratamento com RHZ (E-1) a lesão paraesternal já havia cicatrizado, porém surgiu abscesso cervical que drenou espontaneamente e depois cicatrizou. A coleta do material para exame bacteriológico ficou prejudicada. O paciente permaneceu em tratamento regular por nove meses, com cura. Caso 2. Paciente masculino, 25 anos, internado devido a febre e crises convulsivas. O RX de tórax apresentava disseminação miliar. Havia aumento de gânglio cervical, cuja biópsia mostrou padrão de tuberculose. A TC e RNM de crânio evidenciaram várias lesões cerebrais. A sorologia para HIV foi negativa. Iniciou-se esquema RHZ e no quarto mês de tratamento o RX de tórax já estava normal e o gânglio cervical em regressão. Devido a dúvida diagnóstica quanto as lesões do SNC, procedeu-se à biópsia cerebral que confirmou Tb, com pesquisa de BAAR (+). No décimo mês de tratamento o paciente evoluiu com cefaléia intensa. A TC de crânio mostrou grande abscesso, com edema cerebral e desvio da linha média. Na cirurgia havia grande quantidade de material caseoso com BAAR (+). A cultura para Tb foi negativa (CRPHF). Iniciou-se novo tratamento com RHZE por 2 meses e RHE por 10 meses, sendo associada estreptomycinina nos 3 meses iniciais e o paciente evoluiu para a cura. **Conclusão:** O aparecimento tardio - na fase avançada do tratamento da tuberculose - de liquefação de material de abscesso pode não indicar resistência bacteriana, como mostrou o primeiro caso. No segundo caso, a Tb miliar e o gânglio cervical involuíram, demonstrando não haver resistência bacteriana inicial. A cultura negativa do material da lesão cerebral, obtida na segunda cirurgia, não permitiu definição quanto ao diagnóstico de resistência. O esquema final foi a tentativa de resolver, de vez, a Tb cerebral grave do paciente, considerando algum grau de resistência.

PO128 FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE

Júnior GB¹, Oliveira CRL², Almeida I³, Remédios Freitas Carvalho Branco M⁴
1.4. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil; 2. Secretaria Municipal de Saúde, São Luís, MA, Brasil; 3. Hospital Presidente Vargas, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose multiresistente; Co-infecção HIV/TB; Tratamento
Introdução: O problema da resistência às drogas antituberculose não é fato novo e vem crescendo em nosso meio, merecendo atenção para medidas efetivas de controle e tratamento. **Objetivos:** Estudar fatores relacionados à ocorrência de tuberculose multiresistente (TBMR). **Métodos:** O local do estudo foi o Hospital Presidente Vargas, única referência do Estado do Maranhão para TBMR. Realizado levantamento retrospectivo de prontuários. As variáveis levantadas foram: sexo, idade, tratamentos já realizados pelo paciente, abandono ou interrupção do tratamento, esquema de retratamento, esquema de falência, supervisão dos tratamentos antes do tratamento para TBMR, etilismo e co-infecção com HIV-AIDS. **Resultados:** Levantamento de 20 prontuários, sendo 13 (65%) pacientes do sexo masculino, a idade variou entre 23 e 67 anos (média: 41,5 ± 11,6 anos). O fator mais frequentemente relacionado à ocorrência de TBMR foi o número de tratamentos já realizados pelos pacientes (dois ou mais) 95%, seguido de realização do esquema de falência (60%), realização do esquema de retratamento (40%), abandono ou interrupção (35%). Não houve supervisão de nenhum tratamento prévio ao de TBMR. Etilismo e co-infecção TB-HIV/AIDS tiveram frequência de 10 e 5%, respectivamente. **Conclusão:** Vários fatores relacionados a tratamentos prévios contribuíram para a ocorrência de TBMR.

PO129 ACOMETIMENTO DE ARCOS COSTAIS ÓSSEOS NA TUBERCULOSE, RELATO DE UM CASO

Socorro de Lucena Cardoso MD, Martins RO, De Albuquerque VC, Martins HO
Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Arcos costais; Diagnóstico
Introdução: O Brasil junto com outros 21 países em desenvolvimento, apresentam 80% dos casos de tuberculose (Tb). Isto justifica a importância que deve ser dada à tuberculose óssea, que até sendo tão rara, tem a sua importância. A infecção óssea é geralmente solitária e, em alguns casos, é a única manifestação da Tb. A coluna vertebral (em particular as vértebras torácica e lombar) e, depois, os joelhos e os quadris são os lugares mais afetados do esqueleto. **Objetivos:** Relatar as formas extrapulmonares de acometimentos do *Mycobacterium tuberculosis*, no Hospital Escola da cidade de Manaus, AM. **Métodos:** Relato de um caso de Tb óssea com acometimento raro de arcos costais. **Resultados:** Relato de caso: J.S.S., 26 anos, masculino, solteiro, pardo, natural e procedente de Manaus-AM e feirante. Em Outubro/2004 iniciou-se quadro insidioso de adenopatia em região de hemitórax direito (HTD) e axilar direito, consistência mole, eritematosa, dolorosa, quente e medindo 0,5cm cada. Após 4 meses, as adenopatias passaram a medir 5 e 6cm, respectivamente, associado a perda ponderal de 11kg, astenia, anorexia e tontura. Nega febre, tosse, expectoração, dispnéia e cefaléia. Procurou facultativo somente após 5 meses dos sintomas iniciais, sendo realizado limpeza cirúrgica, drenando 300ml de secreção purulenta, e ter recebido alta com cefalexina. Em Setembro/2005, fez retirada de 2 arcos costais por ter sido feito diagnóstico de osteomielite. Procurou o HUGV/UFAM apenas em Março/2006. Refere que mãe teve Tb pulmonar há 15 anos, e nega casos idênticos na família ou pessoas próximas. Nega ter HIV, diabetes, hipertensão, DPOC e ser tabagista ou etilista. Paciente com fácies consúptiva (IMC = 14,9kg/m²), regular estado geral, auto e alopsiquicamente orientado, distrófico, hipocorado (2+/4+), acianótico e sem edemas. PA = 110 x 70mmHg, FC = 132bpm, FR = 20irpm, pulso fino, célebre e de baixa amplitude com perfusão capilar preservada. Há presença de ferida cutânea de 5cm por 3cm em HTD, diminuição da expansibilidade pulmonar, murmúrio vesicular diminuído, com estertores crepitantes ipsilateralmente. Sem alterações cardíacas, renais e abdominais. Nos exames laboratoriais nota-se: Ht = 30%, Hb = 10mg/dl, leucocitose (12.000, com predomínio de segmentados), pesquisa de BAAR em escarro sempre negativa. A tomografia computadorizada revelou espessamento de partes moles que recobre a parede antero-superior do HTD, com extensão para o espaço extrapleural adjacente associado a lesões líticas em arcos costais. Na histopatologia verifica-se infiltrado de polimorfonucleares, freqüentes corpos GRAM positivos isolados e aos pares, compatível com *S. pyogenes* e pesquisa de BAAR negativa. Em cultura realizada em Setembro/2005 houve crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* fazendo-o procurar o Serviço de Pneumologia do HUGV. Iniciado Esquema I e paciente em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A tuberculose óssea é a terceira maior (11,87%) causa de forma extrapulmonar da Tb no Amazonas, verificado após levantamento de 20 anos de registros no HUGV da cidade de Manaus.

PO130 PREVALÊNCIA DE PATÓGENOS EM ADULTOS DO CENTRO DE FIBROSE CÍSTICA DA BAHIA

Costa Carneiro AC, Moreira Lemos AC, Santana MA
Hospital Octávio Mangabeira/SESAB-BA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Pseudomonas aeruginosa; Fibrose cística; Infecção
Introdução: Em 2000, dados da Cystic Fibrosis Foundation mostram que 38,7% dos pacientes com Fibrose Cística (FC) estão na idade ≥ 18 anos. A complicação mais comum no adulto é a colonização crônica por *P. aeruginosa*, presente em 79% dos adultos, destes 22% são resistentes à ciprofloxacina (1). **Objetivos:** Determinar a prevalência dos patógenos nos pacientes portadores de FC diagnosticados na idade adulta, acompanhados no Centro de Referência em FC da Bahia - Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM-SESAB). **Materiais e métodos:** Estudo transversal, em que foram avaliados 35 pacientes adultos que tiveram o diagnóstico de Fibrose Cística na idade acima de 16 anos, 21 (60%) do gênero feminino, com a média de idade ao diagnóstico de 42 anos (16-78). **Resultados:** Foi identificado *P. aeruginosa* no momento do diagnóstico em 7 (20%) dos paci-

tes, destas uma cepa era mucóide, o *S. aureus* esteve presente em 8 (22%) dos pacientes. De um total de 339 culturas do escarro realizadas, revelaram uma prevalência de *P. aeruginosa* 24,2%, *S. aureus* 17,7%, *K. pneumoniae* 7,3%, flora saprófita 30%. A cepa mucóide da *P. aeruginosa* foi evidenciada em 8 (9,7%) das culturas com *P. aeruginosa*, e testes de sensibilidade demonstraram 24 (29%) de resistência a duas classes de antimicrobianos configurando o diagnóstico de multiresistência da *P. aeruginosa* de acordo com os critérios da American CF Foundation. Muitos dos pacientes apresentavam intermitência entre culturas de *P. a.* com resistência e culturas com sensibilidade a várias drogas, denotando tratarem-se de cepa diferentes, o que é comum na FC. Os aureus MRSA foi encontrado em 3 (60%). **Conclusão:** Na população diagnosticada na fase adulta no nosso centro os patógenos identificados foram em maior escala a *P. aeruginosa* e o *S. aureus*, seguida por *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *Serratia*. Estes dados são concordantes com a literatura (2,3), e com trabalho anterior realizado neste serviço com a população de crianças e adultos que demonstrou uma prevalência de 36,2% de *P. aeruginosa* e de 27% de *S. aureus* (4). Foram observados no nosso estudo a presença de culturas positivas para patógenos (*Acinetobacter baumannii*, *S. maltophilia*) cujo papel como agente agressivo pulmonar vem sendo avaliado.

PO131 TUBERCULOSE: APRESENTAÇÃO RARA DE UM CASO CLÍNICO

Socorro de Lucena Cardoso MD, Martins RO, De Albuquerque VC, Martins HO
Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose hepática; Diagnóstico; Relato de caso

Introdução: A tuberculose hepática é rara e, quando presente, usualmente está associada a um foco de infecção no pulmão ou no trato gastrointestinal ou em pacientes imunocomprometidos. O diagnóstico tem sido difícil na maioria dos casos e, usualmente, feito no post-mortem. O primeiro caso descrito consta de 1858, sendo descrito aproximadamente 40 casos na literatura desde 1930. **Objetivos:** Relatar as formas extrapulmonares de acometimentos do *Mycobacterium tuberculosis*, no Hospital Escola da cidade de Manaus, AM. **Métodos:** Relato de um caso de Tb hepática de difícil diagnóstico. **Resultados:** Em Setembro/2005, G.S.O. 23 anos, masculino, serviços gerais, natural e procedente de Manaus-AM foi internado no HUGV com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, febre, cefaléia, náuseas, astenia, tosse seca, ascite volumosa e perda ponderal de 8kg em 3 meses. Apresentava-se conspuivo (IMC = 16,6kg/m²), auto e alopsiquicamente orientado, distrófico, hipocorado (2+/4+), icterício (+/4+), hipohidratado, taquipnéico, com pulso fino, célebre e de baixa amplitude. PA = 90 x 60mmHg, FR = 44irpm com tiragem intercostal, murmúrio vesicular abolido em base e terço médio do hemitórax direito. Abdome globoso, massa móvel, doloroso a palpação em hipocôndrio direito, com maciez a percussão e fígado palpável a 4cm do RCD; edema de MMII (4+/4+), bilateral, endurecido e frio. Exames laboratoriais mostravam: leucocitose (13.500 céls/mm, 86% segmentados), TGO = 94u/l, TGP = 46u/l, GGT = 170u/l, bilirrubina total = 2,0, sorologia para hepatites virais e HIV negativa, alfafetoproteína negativa e pesquisa de 3 amostras de BAAR no escarro negativa. No radiografia de tórax, derrame em hemitórax direito, sendo feito toracocentese e drenagem fechada com retirada de 600ml de material sanguinolento. A tomografia computadorizada de abdome revelou fígado com múltiplas lesões focais, hipodensas, difusas, captando meio de contraste (maior diâmetro 10cm em lobo esquerdo), esplenomegalia, linfonodomegalias retroperitoneais peri-aórtico-cavais e ascite. A ressonância magnética apresentou hepatomegalia heterogênea com múltiplas lesões isotensas em T2 e hipotensas em T1, hipocaptantes e espessadas no parênquima. Cultura e sorologia positiva em líquido ascítico para o *Mycobacterium tuberculosis* e negativa em líquido pleural. À histopatologia mostra infiltrado inflamatório granulomatoso, constituído por células epitelióides e linfócitos e hepatite crônica granulomatosa, compatível com tuberculose hepática. Fez-se uso do Esquema I com melhora do quadro clínico. **Conclusão:** A tuberculose pulmonar é comum na região amazônica mas é raro seu acometimento hepático pelo bacilo. É importante conhecer esse comprometimento e as formas de disseminação do *Mycobacterium tuberculosis*, no intuito de se fazer um diagnóstico precoce e escolher um arsenal terapêutico eficaz.

PO132 CRIPTOCOCOSE ACOMETENDO PULMÃO E PAREDE TORÁCICA SIMULANDO SARCOMA DE PARTES MOLES EM HOSPEDEIRO IMUNOCOMPETENTE

Martins da Costa FA¹, Landim FM², Silva Júnior JE³, Fernandes MV⁴

1. Hospital Geral Dr. Waldemat Alcântara, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3,4. Instituto do Câncer do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Criptococos neoformans; Sarcoma; Imunocompetente

Introdução: A criptococose, micose causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans*, está na maioria das vezes associadas a condições de imunossupressão (AIDS, linfomas) e geralmente acomete o sistema nervoso central sendo o pulmão o segundo órgão mais acometido. Infecções cutâneas ocorrem em < 10% dos casos acompanhadas por alterações oculares, ósseas e renais. Em imunocompetentes, a criptococose se associa a exposição à eucalipto e geralmente não evolui com disseminação. A literatura registra situações clínicas onde o *C. neoformans* causa manifestações pulmonares e cutâneas simulando massas ou lesões metastáticas, gerando falhas de diagnóstico e atraso na instituição de terapêutica adequada. **Objetivos:** Descrever episódio de infecção por *Cryptococcus neoformans* simulando sarcoma de partes moles em pulmão e parede torácica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Trata-se de paciente do sexo feminino, 42 anos, doméstica, que evoluía há 2-3 semanas com adinamia, anorexia e perda de peso, não associada à febre que passou a apresentar massa de crescimento progressivo em região axilar direita e tosse seca esporádica sem febre. Realizou radiografia de tórax que mostrou imagem de contornos mal definidos em lobo inferior direito de limites imprecisos. Ao exame físico encontrava-se hipocorada, orientada, com sinais vitais normais, e era notado massa de consistência elástica em região axilar direita com 11cm em sua maior extensão, indolor. Ausculta pulmonar e cardíaca eram normais e não foram palpadas adenomegalias periféricas. O exame físico do abdome era normal. Rea-

lizou tomografia de tórax que mostrou imagem em parede torácica com densidade de 13,5UH. E opacidade de contornos mal definidos em lobo inferior direito com 4cm em seu maior diâmetro sugestiva de implante secundário. Foi submetida a punção da massa axilar que evidenciou material gelatinoso que ao ser submetido à observação por microscopia revelou ser abscesso fúngico por criptococo. Evoluiu com cefaléia sendo realizada punção lombar e tomografia de crânio que não demonstravam sinais de acometimento fúngico. Fez uso de fluconazol por 12 meses com remissão clínico-radiológica. Realizou 02 testes para HIV (ELISA) não reagentes. **Conclusão:** A ocorrência de sarcoma de partes moles em parede torácica é rara, correspondendo à cerca de 10% dos casos desta neoplasia. Os sítios preferenciais de acometimento do criptococo são o sistema nervoso central e pulmão estando o acometimento cutâneo presente em 10% dos casos. Há diversos relatos na literatura que descrevem infecções criptocócicas simulando tumores primários ou metástases, sobretudo quando ocorrem como massas intracranianas ou pulmonares. Até um terço dos pacientes com criptococose apresenta-se sem febre. O acometimento de mais de um órgão ou as formas disseminadas são mais frequentes em indivíduos imunocomprometidos. O tempo de tratamento ainda é objeto de discussão, mas a indicação de terapêutica prolongada (pelo menos um ano) tem sido preconizada.

PO133 PREVALÊNCIA DE PATÓGENOS OPORTUNISTA EM PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA FC NA BAHIA

Costa Carneiro AC¹, Moreira Lemos AC², Adans D³, Arruda S⁴, Santana MA⁵

1,2,3,5. Hospital Octávio Mangabeira/SESAB-BA, Salvador, BA, Brasil; 4. Fiocruz, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Aspergilose pulmonar; Fibrose cística; Micobacterioses

Introdução: As infecções em pacientes com fibrose cística corroboram o dano tecidual. Quanto mais cedo diagnosticadas e tratadas, este fator extrínseco de agravo minimizado (1). O *Aspergillus*, fungo encontrado na natureza, está associado com piora do quadro clínico da FC. A doença pulmonar decorrente de micobactéria não tuberculosa pode ser pouco lembrada em FC e de diagnóstico demorado, por apresentar sintomas como tosse, aumento na produção de espúto, febre baixa, mal estar, hemoptise e radiologia anormal, sintomas frequentes na FC (2,3,4). **Objetivos:** Determinar a prevalência de *Aspergillus* pulmonar, bem como a sua forma mais comum de apresentação e micobacteriose em pacientes com Fibrose Cística (FC) na Bahia. **Materiais e métodos:** Estudo transversal, realizado no Centro de Referência em FC da Bahia e Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) SESAB. Foram avaliados no período de 09/12/2003 a 07/03/2005 pacientes que tinham diagnóstico de Fibrose Cística com idade de 04 anos. Os critérios de diagnóstico para micobacteriose foram definidos utilizando o guideline de diagnóstico de micobacteriose em FC da American Thoracic Society (ATS). Foram calculadas as taxas de prevalência para Micobacteriose (2). Os critérios de diagnóstico de aspergilose foram adaptados do consenso para diagnóstico de ABPA da Cystic Fibrosis Foundation (5). **Resultados:** Foram elegíveis para o estudo 74 pacientes e em 4 pacientes a cultura foi positiva para micobactérias (5,4%). Foi diagnosticada tuberculose pulmonar em 2 pacientes (2,7%) e micobactérias atípicas em 2 pacientes (2,7%) e em um destes pacientes foi tipificado o complexo *Chelonae/abcessus*. Dos 74 pacientes avaliados, ABPA foi a única forma de aspergilose diagnosticada, tendo sido evidenciada em 02 pacientes (2,7%). **Conclusão:** Este estudo encontrou uma taxa de prevalência de 5,4% de micobacteriose em pacientes com FC, com a prevalência de 2,7% de colonização por micobactérias atípicas. Quanto à *Aspergilose* foi diagnosticada apenas a apresentação ABPA, com uma taxa de prevalência de 2,7% em pacientes com FC. Observamos elevadas taxas de IgE (20,3%) e aspergilina (22,9%) em pacientes sem diagnóstico de ABPA. Estes pacientes devem ser acompanhados com maior cuidado, pois apresentam maiores risco de evolução para ABPA.

PO134 TUBERCULOSE ANO-PERIANAL: RELATO DE 2 CASOS NO AMAZONAS EM 1 ANO

Socorro de Lucena Cardoso MD, Martins RO, De Albuquerque VC, Martins HO

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose ano-perianal; Forma extrapulmonar; Relato de caso

Introdução: A tuberculose ano-perianal é uma forma extrapulmonar rara da doença. Manifestações clínicas que incluem sintomas e sinais de desconforto ou dor anal, fistulas múltiplas ou recorrentes no ânus e linfadenopatia inguinal, não são caracteristicamente distinguíveis de outras lesões anais, devendo a tuberculose estar entre os diagnósticos diferenciais das doenças que afetam a região anal. **Objetivos:** Relatar dois casos extremamente raros de tuberculose extrapulmonar. **Métodos:** Avaliou-se, retrospectivamente, os prontuários dos 2 pacientes no período de agosto/2005 a agosto/2006 no Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM. **Resultados:** CASO I: D.P.A.C. 47 anos, masculino, casado, pardo, pastor, natural e procedente de Manaus/AM. Paciente refere que há aproximadamente 14 anos vem apresentando quadros intermitentes de diarréia pastosa e desconforto à evacuação, com dor em região perianal com secreção amarelada e fétida, sendo diagnosticado fistula perianal. Paciente foi submetido a 3 procedimentos cirúrgicos para fechamento de fistulas recidivantes. Exames laboratoriais: Ht = 37%, Hb = 12,8mg/dl, 6500 leucócitos (predomínio de segmentados), sorologia para HIV negativa e PPD = 28mm. Radiografia de tórax sem alterações. Na retossigmoidoscopia observou-se cicatriz cirúrgica a 7h com orifício fistuloso a aproximadamente 1,5cm do rebordo anal, compatível com fistula perianal. O diagnóstico de tuberculose anal foi estabelecido pelo exame histopatológico do bordo do orifício interno da fistula perianal. Iniciado esquema I, com melhora da sintomatologia do paciente. CASO II: L.F.A. 38 anos, masculino, casado, pardo, operário, natural e procedente de Manaus/AM. Paciente referindo dor em região ano-perianal, associado a fistula recidivante, resistente ao tratamento. Os exames laboratoriais não mostravam alterações significativas. PPD = 16mm e cultura de escarro negativa. A radiografia de tórax apresentou infiltração típica de tuberculose. O diagnóstico do exame histopatológico foi compatível com tuberculose ano-perianal. **Conclusão:** A tuberculose é

uma doença granulomatosa que acomete a região anal devendo sempre ser considerada nos casos de lesão ano-perianal de causa indeterminada, podendo ocorrer de forma isolada ou não. É importante o seu conhecimento a fim de se diagnosticar e tratar corretamente esta doença.

PO135 ANÁLISE DO TRATAMENTO TUBERCULOSTÁTICO REGIME INTERMITENTE AUTO-ADMINISTRADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNB: EXPERIÊNCIA DE 15 ANOS

De Melo Martins RL, Barcelos CL, Neves da Silva CNG
Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento intermitente; Auto-administrado

Introdução: Dados da literatura mostram que o emprego de tuberculostáticos em regime intermitente apresenta efetividade similar ao seu uso contínuo, porém, com menor incidência de efeitos colaterais e menor custo de tratamento. A desvantagem do esquema tuberculostático intermitente parece residir no fato de haver um maior número de recidivas. O Distrito Federal é a única unidade da Federação que utiliza o tratamento tuberculostático em regime intermitente para tratar a tuberculose, fato que motiva a análise do citado tratamento no Hospital Universitário de Brasília. **Objetivos:** Verificar a presença de comorbidades e a procedência dos pacientes tratados do referido hospital e analisar os resultados obtidos no emprego desse tratamento. **Métodos:** Estudo analítico retrospectivo em que os dados foram obtidos por meio da análise dos prontuários dos pacientes submetidos a tratamento tuberculostático no Hospital Universitário de Brasília (HUB) da UnB no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2005, com término do tratamento até dezembro de 2005. Foram excluídos os pacientes portadores de HIV uma vez que no HUB estes pacientes são tratados pelo esquema tuberculostático contínuo. A análise do tratamento tuberculostático foi feita com base em dados obtidos em seu início e após 7 meses de tratamento (visto que sua duração mínima é de 6 meses). As informações obtidas da situação do tratamento após 7 meses de seu início foram tratamento encerrado definido de acordo com as normas do Ministério da Saúde – 2002 e tratamento em andamento. **Resultados:** Foram analisados 300 prontuários sendo que 69 (23%) foram excluídos por constarem que os pacientes eram HIV positivos e 43 (14,3%) por não possuírem as informações relatadas. Dos 188 pacientes restantes, 87 (46,3%) residiam no Distrito Federal e 77 (40,9%) possuíam comorbidades, destacando-se entre elas alcoolismo (16,8%), diabetes (10,3%), e câncer (6,4%). Ao final do sétimo mês, 175 (93%) pacientes terminaram o tratamento, dentre estes 102 (58,2%) obtiveram cura, 12 (6,8%) abandonaram, 9 (5,1%) morreram, 38 (21,7%) se transferiram e 14 (8%) tiveram mudança de diagnóstico. Houve duas falências de tratamento, sendo que uma teve alta por transferência e o outro por abandono. Dos 13 (7%) pacientes que ainda estavam em tratamento no sétimo mês, 11 (84,6%) possuíam BAAR negativo no sétimo mês e 2 (15,3%) mudaram de esquema por toxicidade. **Conclusão:** A maioria dos pacientes tratados no HUB para tuberculose reside fora do Distrito Federal e a comorbidade mais associada à tuberculose foi o alcoolismo. O tratamento foi efetivo na maioria dos pacientes tratados e com baixa taxa de toxicidade. Os resultados encontrados foram similares aos já publicados na literatura médica e indicam que o tratamento tuberculostático em regime intermitente é uma boa opção para o tratamento de primeira linha com vistas ao controle da tuberculose.

PO136 AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA TBMR NO BRASIL

Da Rocha JL¹, Keravec J², Do Valle Bastos LG³, Moore T⁴, Hijjar MA⁵

1,5. CRPHF, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2,3,4. Projeto MSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose multiresistente; Unidades de referência; Avaliação

Introdução: A existência de pacientes portadores de TBMR é realidade em 139 dos 203 países, segundo a OMS (2006). O Brasil possui 2.437 casos cadastrados no banco de dados nacional de 2000 até 08/2006. O Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/SVS/MS gerencia, monitora e fornece os medicamentos do esquema padronizado, que foi validado pelo MS para todos os casos notificados no país. Um Sistema de Vigilância Epidemiológica para a TBMR vem sendo implementado, em parceria com o Projeto MSH (Management Sciences for Health), objetivando fortalecer este gerenciamento e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento. Dado a complexidade, os casos de TBMR são acompanhados em Unidades de Referência (UR) para TB em todos os estados do país. **Objetivos:** Avaliar a estrutura e funcionamento das UR que atendem pacientes portadores de TBMR. **Métodos:** Foi elaborado um questionário para ser respondido por todas as UR, contemplando as seguintes variáveis para a realização de um levantamento: caracterização das UR, recursos humanos, exames para diagnóstico, meios de comunicação, fluxo da informação, incentivos e facilitadores, biossegurança, dados gerais da assistência e de internação, e tratamento supervisionado. **Resultados:** Das 48 referências, 34 responderam (70,8%), sendo 10 UR regionais ou municipais, 15 hospitais estaduais e 9 hospitais universitários federais. Das equipes, 100% contam com médico (73% pneumologista), 70% com enfermeiro, 47% com assistente social, 38% com psicólogo, 55% com téc. de enfermagem e 32% com téc. de laboratório. Dos exames para o diagnóstico realizados na própria unidade, os resultados foram: baciloscopia (76%), radiografia (88%), PPD (91%), cultura (35%), TS (14%), hemograma, bioquímica, provas de função hepática, etc (79%), e sorologia para HIV (52%). Dos meios para a comunicação, 82% contam com telefone e 50% com internet. Das estratégias de biossegurança, estão implantadas: máscara N95 (64%), máscara para os pacientes (78%), agendamento diferenciado (50%), cartazes de esclarecimento sobre as medidas de controle (64%), inquéritos tuberculínicos para os profissionais de saúde (29%), mapeamento de áreas de risco (23%), comissão de controle de infecção por TB (32%), e sala de espera aberta e ventilada (44%). Quanto ao regime de tratamento, 50% relatam supervisão direta na US, 32% contam com hospitalização na fase inicial e 14% durante todo o tratamento. **Conclusão:** O levantamento detalhado das condições de atendimento mostrou grande heterogeneidade de estrutura e de funcionamento. Há deficiências na aplicação das normas de

biossegurança, na padronização dos procedimentos e de informação. Como componente do projeto de implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da TBMR, serão realizados cursos de capacitação para as UR nos estados com intuito de contribuir para a redução das deficiências evidenciadas, diminuir as distorções técnicas, facilitar a integração, estimular a estruturação dos serviços, a qualidade da assistência e da vigilância.

PO137 TUBERCULOSE PULMONAR E MASSA DE MEDIASTINO ANTERIOR

Aldegheri Paschoal FH, Bombarda S, Sales RKB, Guanabara DM, Seisento M
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Disciplina de Pneumologia, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Massa mediastinal; Tuberculose; Teratoma

Introdução: Massas de mediastino anterior são patologias relativamente frequentes e que apresentam como principais diagnósticos diferenciais linfomas, timomas, teratomas e massas tireoidianas. O presente caso descreve a investigação e condução de uma paciente de 41 anos com uma massa mediastinal anterior e que recebeu no seguimento o diagnóstico de tuberculose pulmonar em atividade. **Objetivos:** Ilustrar, através de um relato de caso, a investigação de uma massa de mediastino anterior e o seu diagnóstico diferencial com a forma pseudo-tumoral de tuberculose mediastinal. **Métodos:** Relato de caso através de revisão de prontuário, exames radiológicos evolutivos, broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar, biópsia transtorácica com suas respectivas imagens tomográficas, e ressecção cirúrgica da massa. **Resultados:** Paciente de 41 anos, feminino, com quadro de tosse seca de predomínio noturno, emagrecimento (4kg/6 meses – 8% do peso corporal) e dor pleurítica direita leve e intermitente há 6 meses. Realizou radiografias simples e tomografia computadorizada de tórax, onde se evidenciou alargamento mediastinal anterior e opacidades parenquimatosas heterogêneas, irregulares e finas presentes principalmente em lobo superior esquerdo e lobo médio. Submetida a broncoscopia para coleta de lavado broncoalveolar, cuja cultura identificou *M. tuberculosis*. Iniciado esquema I, com resolução completa da tosse e da astenia, além da recuperação do peso, porém sem melhora radiológica da massa mediastinal. Paralelamente ao tratamento clínico, a paciente foi submetida a uma biópsia transtorácica da massa mediastinal com avaliações cito e histológica mostrando um processo inflamatório não específico, podendo ser secundário à própria tuberculose (na sua forma mediastinal) ou mesmo a outras patologias. Apesar da melhora clínica e das pesquisas e culturas de escarro subsequentes negativas, a massa mediastinal não mostrou redução ou aumento de volume ao final do quinto mês de tratamento. Em virtude disso, foi optado por uma abordagem cirúrgica da paciente através de toracotomia para biópsia e ressecção da lesão. O procedimento transcorreu sem intercorrências e o achado intra-operatório foi de uma lesão bem delimitada em mediastino anterior, comprimindo mas sem invadir estruturas e com plano de clivagem facilmente identificável. O exame anatomopatológico definiu a lesão como um teratoma, sem quaisquer sinais de malignidade ou mesmo de infecção associadas. **Conclusão:** Mesmo com a melhora dos métodos diagnósticos, a tuberculose continua nos trazendo desafios e deve continuar sendo lembrada como possível diagnóstico diferencial em diversas patologias, principalmente torácicas, mesmo que atípicas. Provavelmente a presença desse teratoma mediastinal não levou a nenhum grau de comprometimento local ou sistêmico que facilitasse a instalação de tuberculose pulmonar, mas nos levou a uma extensa investigação da massa até definir a sua etiologia e excluir a forma pseudo-tumoral dessa infecção.

PO138 DOENÇA PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS SÉRIE DE TRÊS CASOS

Aldegheri Paschoal FH, Bombarda S, Sales RKB, Guanabara DM, Seisento M
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Disciplina de Pneumologia, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Mycobacterium abscessus; Doença pulmonar; Micobacteriose não tuberculosa

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) têm papel patológico bem conhecido nas doenças pulmonares, mas seu diagnóstico definitivo é muitas vezes difícil. A população mais frequentemente acometida é a de pneumopatas estruturais crônicos como os portadores de bronquiectasias. Seu diagnóstico deve ser bastante criterioso já que esses agentes podem ser simples colonizantes ou mesmo contaminantes de tecidos pulmonares ou de amostras laboratoriais, e deve ser baseado em critérios específicos envolvendo características clínicas, radiológicas e laboratoriais. **Objetivos:** Exemplificar doenças pulmonares causadas por MNT, especificamente *M. abscessus*, através do relato de uma série de três casos com confirmação diagnóstica. **Métodos:** Relato de uma série de três casos confirmados de doença pulmonar causada por *M. abscessus*, realizado através de revisões de prontuário, exames de imagem evolutivos, culturas de micobactérias e revisão de literatura. **Resultados:** Caso 1 Feminina, 71 anos, tosse produtiva, febre esporádica, adinamia e emagrecimento há 5 anos. Pesquisa de BAAR positiva no lavado broncoalveolar. Sem melhora clínica ou tomográfica (cavidades, nódulos centrolobulares de distribuição segmentar, aspecto de árvore em florescência) após 5 meses de Esquema I para tuberculose. Nova broncoscopia com identificação de *Mycobacterium abscessus*, confirmado em nova cultura de escarro. Iniciado tratamento com claritromicina, levofloxacino e amicacina com melhora acentuada do quadro. Caso 2 Feminina, 19 anos, com discinesia ciliar primária e indicação de transplante pulmonar; tosse produtiva, dispnéia e emagrecimento crônicos; pesquisa de BAAR positiva no escarro. À tomografia, extensas bronquiectasias bilaterais. Novas amostras de escarro com três culturas positivas para *Mycobacterium abscessus*. Iniciado tratamento com claritromicina, levofloxacino e amicacina com melhora do quadro. Caso 3 Feminina, 55 anos, com três tratamentos prévios para tuberculose pulmonar, com quadro de escarros hemoptóicos diários e emagrecimento. Pesquisas de BAAR positivas no escarro. À tomografia, bronquiectasias difusas e sinais de doença parenquimatosa em atividade. Iniciado esquema IR para tuberculose pulmonar até culturas e antibiogramas. Ao final do quinto mês de tratamento, sem melhora clínica ou laboratorial, cultura de escarro identificou *M. abscessus*. Resultado

confirmado em outras duas amostras. Iniciado tratamento com claritromicina, levofloxacino e amicacina com melhora importante do quadro. **Conclusão:** O principal diagnóstico diferencial da doença pulmonar por MNT é a própria tuberculose. Nos casos apresentados vemos que é comum o tratamento inicial para tuberculose pulmonar, e que só a insistência no diagnóstico diferencial ao longo do tratamento leva à identificação correta do agente causador. Somente depois de uma avaliação criteriosa é que podemos definir tais agentes como reais causadores de infecção pulmonar.

PO139 EXTENSÃO DA ALTERAÇÃO RADIOGRÁFICA INICIAL NOS PACIENTES COM TUBERCULOSE

Cassia Santa Cruz R¹, Albuquerque MFPM², Campelo ARL³, Lucena RC⁴, Torres BS⁵, Rodrigues RS⁶, Almeida Cruz GSL⁷, Rocha TS⁸

1,2,3,4,5,6,7. UFPE, Recife, PE, Brasil; 8. Prefeitura de Recife, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: TB; Extensão; Lesão

Introdução: A tuberculose (TB) pulmonar permanece como um grande desafio para a saúde pública, responsável por altas taxas de morbimortalidade em todo o Mundo, principalmente nos países em desenvolvimento que concentram a maioria dos casos notificados. A literatura tem alertado para o fato da rapidez no diagnóstico e instituição precoce da terapêutica serem aspectos fundamentais no controle da TB, mediante a diminuição da mortalidade e da morbidade. Embora os padrões radiográficos não usuais em TB tenham, recentemente, sido enfatizados na literatura, o padrão típico de reativação da doença ainda predomina nos adultos imunocompetentes com tuberculose. A radiografia do tórax é, portanto, um método importante de aproximação diagnóstica, e, se é normal, tem um alto valor preditivo negativo, quando se suspeita de TB pulmonar ativa, sendo a frequência dos falsos negativos de, aproximadamente, 1%. A detecção do grau de extensão da lesão pulmonar, no momento do diagnóstico, pode sugerir, indiretamente, se o diagnóstico foi em tempo oportuno ou realizado tardiamente. **Objetivos:** Verificar o grau de extensão da lesão na época do diagnóstico de tuberculose pulmonar. **Métodos:** Estudou-se um total de 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em três unidades de saúde da Região Metropolitana de Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início do tratamento, com graus de extensão das lesões pulmonares classificadas pelo critério da National Tuberculosis Association (NTA). **Resultados:** Apresentam-se os pacientes por sexo, grupo etário, e grau de extensão da lesão pulmonar, antes do tratamento. Nessa tabela, observa-se que, 54,2% dos pacientes, eram do sexo masculino; as duas faixas etárias mais prevalentes foram: 15 a 39 anos e 40 a 59 anos com 45,8% e 42,7%, respectivamente; e dos 60 aos 72 anos 11%; a extensão da lesão foi classificada como NTA III, para a maioria (61,5%) dos pacientes; como NTA II, em 30,2% deles; e, em 8,3% dos pacientes, a extensão da lesão foi classificada como NTA I. **Conclusão:** Este estudo vem confirmar que, em nosso meio, o diagnóstico da tuberculose ainda é bastante tardio e, portanto, a lesão pulmonar inicial é, em geral, extensa. A identificação precoce dos pacientes é uma forma de reduzir a disseminação da doença, minimizar a agressão tecidual pulmonar, propiciando lesões menos graves e, conseqüentemente, à redução das seqüelas. Uma contribuição do presente estudo foi identificar um indicador precoce de disfunção respiratória, que pode ser utilizado em pacientes que tenham sido diagnosticados, após longos períodos de doença. Realizar radiografia do tórax, à época do diagnóstico, e classificá-la de acordo com critérios, como o NTA, que podem ser utilizados por profissionais de saúde de unidades de atenção primária, deverá contribuir para diminuir, à morbimortalidade secundária a tuberculose pulmonar.

PO140 SEQÜELA FUNCIONAL DE ACORDO COM A EXTENSÃO DA LESÃO

Cassia Santa Cruz R, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Torres BS, Padilha Freitas CD, Loureiro PAC

UFPE, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Grau de extensão; Espirometria

Introdução: A tuberculose (TB) pulmonar permanece como um grande desafio para a saúde pública. A detecção do grau de extensão da lesão pulmonar, no momento do diagnóstico, pode sugerir, indiretamente, se o diagnóstico foi em tempo oportuno ou realizado tardiamente. Além disso, uma variedade de seqüelas podem ocorrer no pulmão de pacientes que iniciam o tratamento após longo período de doença, inclusive disfunção respiratória. **Objetivos:** Avaliar a seqüela funcional em pacientes após o tratamento da TB, de acordo com o grau de extensão da lesão. **Métodos:** Estudou-se um total de 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em três unidades de saúde da Região Metropolitana de Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início do tratamento, com graus de extensão das lesões pulmonares classificadas pelo critério da National Tuberculosis Association (NTA). Os pacientes responderam questionário, no início da pesquisa, e foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do. **Resultados:** Verifica-se que houve um maior percentual de pacientes com disfunção respiratória do sexo masculino, 67,3% (35/52); com o maior tempo de doença (mais de 30 dias); e entre as faixas etárias (65,9 e 67,3, respectivamente); nós agregamos o NTA I e II, e chamamos grau I; e o NTA III, chamamos grau II. Ao nível de significância estatística considerado (5,0%) verifica-se que o grau de extensão da lesão pulmonar, antes do tratamento, existe um risco de 1,5 vezes de desenvolver disfunção respiratória em quem tem grau II. **Conclusão:** Existem poucos estudos prospectivos avaliando as conseqüências da tuberculose pulmonar e seu tratamento sobre a função respiratória. Observamos, todavia, que os pacientes que referiam um tempo de doença maior que 60 dias apresentaram maior frequência de distúrbio ventilatório restritivo leve ou distúrbio ventilatório misto. A ausência de associação, estatisticamente significativa, entre a disfunção respiratória e o tempo de doença referido pelos pacientes, no presente estudo, pode ser devido ao pequeno tamanho da amostra estudada. Esta hipótese é reforçada pela observação de aumento gradativo da frequência de casos com esse tipo de seqüela à medida que a demora, para o início do tratamento, passou de, até, 30 dias para um período de tempo maior que 60

dias. O tempo maior para o diagnóstico tem um risco 1,7 vezes de desenvolver disfunção respiratória. Não observamos, também, associação, estatisticamente significativa, entre a extensão da lesão pulmonar, antes do tratamento, e o tempo de doença. Porém, os maiores percentuais de casos, com lesões extensas (NTA III), foram encontrados entre os pacientes com tempo de doença maior que 60 dias.

PO141 EFEITOS ADVERSOS DO ESQUEMA RMZ

Picon PD¹, Ott WP², Bassanesi SL³, Rizzon CFC⁴, Gutierrez RS⁵, Dalcolmo MP⁶, Sperb APV⁷ 1,2,3,4,5,7. Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Centro de Referência Hélio Fraga (MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Esquema RMZ; Efeitos adversos

Introdução: O esquema RMZ (rifampicina, etambutol e pirazinamida) foi utilizado no RS até o início da década de 1980 no retamento das falências dos esquemas SPH (estreptomina, isoniazida e PAS) e STH (estreptomina, isoniazida e tioacetazona), sendo a R usada nos primeiros 3-4 meses e o M e a Z durante 12 meses. As doses diárias preconizadas eram 600mg de R, 1200mg M e 2000mg de Z, independentemente do peso do paciente. **Objetivos:** Relatar os efeitos adversos do RMZ aplicado a pacientes de unidades ambulatoriais. **Métodos:** 2. Exato de Fisher e t de Student, sendo considerados significativos valores de p. Foram analisados 391 adultos com TB pulmonar bacilífera de unidades ambulatoriais de Porto Alegre, RS. Os efeitos adversos (EA) foram obtidos através de revisão das fichas clínicas de 280 pacientes e do estudo previamente publicado por um dos autores em 111 pacientes. Os EA foram agrupados como digestivos, dermatológicos, articulares, visuais e outros. As variáveis estudadas foram: sexo, cor da pele, modo de uso dos fármacos e dose por kg de peso corporal. Testes usados: < 0,05. **Resultados:** 12,8 anos. Fizeram uso irregular do RMZ 41,8% dos pacientes, sendo a irregularidade maior no sexo masculino do que no feminino (46,5 vs. 30,5%; p = 0,014). As doses (mg/kg/dia) dos fármacos em 280 pacientes foram 10,8 ± 1,8 de R, 21,6 ± 3,7 de M e 39,7 ± 7,8 de Z, sendo que 17,1% dos pacientes receberam dose de M 70,7% eram homens e 68,7% brancos. A idade média foi 36,6 > 25mg/kg e 90,4% dose de Z > 30mg/kg, respectivamente as doses máximas recomendadas para esses fármacos. As mulheres receberam doses maiores de R (11,8 ± 2,1 vs. 10,3 ± 1,5; p < 0,0001), de M (23,5 ± 4,2 vs. 20,7 ± 3,1; p < 0,0001) e de Z (42,3 ± 8,5 vs. 38,7 ± 7,2; p = 0,0004) do que os homens. Ocorreram EA em 69 pacientes (17,6%), exigindo modificar o esquema por toxicidade em 11 (2,8%). Os EA registrados foram: digestivos (9,5%), dermatológicos (2,0%), articulares (2,3%), dificuldade visual (1,8%) e hepatotoxicidade (2,0%). Os EA foram mais frequentes nas mulheres do que nos homens (26,8 vs. 14,1%; p = 0,012), sendo, respectivamente, a incidência de hepatotoxicidade (4,9 vs. 1,0; p = 0,063) e a troca do esquema por toxicidade (6,1 e 2,0%; p = 0,128) semelhante nos dois sexos. A ocorrência de EA também foi maior entre os brancos do que nos não brancos (21,9 vs. 9,1%; p = 0,010). Embora a frequência de EA tenha sido cerca de 1,7 vezes maior nos pacientes que usaram regularmente a medicação do que naqueles com uso irregular, não houve significância estatística (21,5 vs. 12,8%; p = 0,062). As doses de R, M e Z foram semelhantes nos com EA e sem EA, bem como nos pacientes com e sem EA hepáticos, articulares ou visuais. **Conclusão:** A pequena taxa de efeitos adversos determinados pelo esquema RMZ, mesmo tendo sido utilizadas doses elevadas de M e Z por tempo prolongado (12 meses), indica que se trata de um esquema que além de bem tolerado pelos pacientes é seguro, considerando o baixo percentual de troca do esquema por toxicidade (2,8%). Mesmo nas mulheres, que apresentaram toxicidade em maior proporção que os homens, possivelmente por terem recebido doses mais elevadas dos fármacos em função do menor peso, as taxas de hepatotoxicidade e de interrupção do tratamento ficaram em níveis aceitáveis, próximas de 5%.

PO142 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - RELATO DE CASO

Pinho AS, Leite ACB, Santos FMM

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Uveíte; Coroidite

Introdução: Tuberculose doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo aeróbio que sobrevive em meio adverso. Nem todas as pessoas infectadas com *M. tuberculosis* desenvolvem doença ativa. O risco de desenvolver a doença é maior em imunocomprometidos. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde declarou a tuberculose uma emergência de saúde pública global. A disseminação pela bacilemia na infecção primária, a tuberculose produz doença extratorácica. A uveíte, particularmente quando acompanhada de coroidite, surge como a manifestação mais frequente da tuberculose ocular. **Objetivos:** Mostrar a importância da prova terapêutica com tuberculostáticos como diagnóstico de certeza na tuberculose extrapulmonar especificamente a ocular como nesses casos. **Métodos:** Relato de dois casos de Tuberculose ocular com sintomas exclusivos de perda da visão. Ambos do sexo feminino de idades 49 e 51 anos, pardas, com história de 3 e 4 meses, respectivamente, com perda progressiva da visão. Ambas comunicantes recentes de tuberculose pulmonar ativa. **Resultados:** No primeiro caso o exame oftalmológico em olho direito (OD) mostrou cicatriz de corioretinite em região macular. Teste PPD (Derivado Protéico Purificado) reator forte (16mm). Cálcio sérico e urinário (método o-cresolftaleína) 80mg/dL (valor referência VR: 8,5-10,1mg/dL) e 10,5mg/dL (VR: 2,6-44,2mg/dL), respectivamente. VHS (velocidade de hemossedimentação): 41mm (VR: até 15mm). Radiografia torácica sem alterações de parênquima e/ou ganglionares. O segundo caso, ao exame oftalmológico em OD: hiperemia conjuntiva (2+/4+), precipitados ceratínocitos em endotélio corneano, edema macular e opacidade vítrea (+/4+). PPD forte reator (14mm). Fator reumatóide e reação de VDRL negativos. Radiografia torácica sem alterações de parênquima e/ou ganglionares. Ambas as pacientes iniciaram esquema I para tuberculose com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida, com melhora do quadro, redução das opacidades e desaparecimento do edema. **Conclusão:** A tuberculose ainda persiste como a maior causa de morbimortalidade atualmente. Mundialmente, a incidência desta doença tem crescido para 8 milhões de novos casos anualmente e é a causa de morte de 2 a 3 milhões de pacientes todos os anos. As manifestações oculares da tuberculose são diversas e dependem de fatores imunológicos,

bacteriológicos e epidemiológicos. A tuberculose ocular constitui uma manifestação de difícil diagnóstico, pois a maioria dos casos ocorre sem concomitante atividade da tuberculose pulmonar. As pacientes apresentadas tiveram diagnóstico de probabilidade o que indicou o tratamento específico como prova terapêutica. A melhora clínica e ocular comprovada com o exame oftalmológico confirmou o diagnóstico de certeza de tuberculose secundária (uveíte e coriorretinite). A casuística de tuberculose extrapulmonar tem aumentado em nível ambulatorial, requerendo atenção para o diagnóstico. A assistência médica adequada aliada ao diagnóstico precoce foi essencial para o bom prognóstico dos casos.

PO143 IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE VIGILÂNCIA PARA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO BRASIL

Hijjar MA¹, Keravec J², Dalcolmo MP³, Procópio MJ⁴, Do Valle Bastos LG⁵, Da Rocha JL⁶, Diniz LS⁷, Penna EQAA⁸

1. Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) - Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2,5,6,8. Projeto MSH - Rational Pharmaceutical Management Plus Program (RPM PLUS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3,4,7. Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) - Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose multirresistente; Sistema de vigilância; Dados

Introdução: Em março de 2004 através da parceria entre o CRPHF e o Projeto MSH foi desenvolvido um novo sistema de vigilância epidemiológica informatizado para tuberculose multirresistente (TBMR). No momento, este sistema está disponível *online* via internet e permite aos seus usuários dos diversos níveis acompanharem os pacientes em tratamento, pesquisar informações e racionalizar o uso das medicações específicas. **Objetivos:** Melhorar o gerenciamento dos dados, incentivar a busca de casos e descentralizar o controle da TBMR no Brasil. **Métodos:** O sistema está organizado através do CRPHF que gerencia o banco de dados nacional, o provedor do sistema informatizado e os medicamentos, sendo referência técnica para as unidades de saúde de tratamento (UST) para TBMR. As UST são unidades estaduais ou municipais que representam o nível mais periférico deste sistema e atuam em suas áreas como centros de referência para casos complexos de TB. Os casos diagnosticados são registrados no sistema através de uma ficha de notificação, compatível com o SINAN, e recebem na UST a medicação suficiente para 3 meses de tratamento. As UST acompanham os casos, trimestralmente registram no sistema sua evolução através de uma ficha própria, e recebem a medicação para o período seguinte. Esta organização é mantida até o desfecho do caso e os pacientes curados são acompanhados nas UST em consultas periódicas, reportadas ao sistema através de uma ficha de seguimento. A equipe multidisciplinar assistente, as coordenações de TB, as Secretarias da Saúde e o Ministério da Saúde têm acesso integrado às informações em âmbito nacional, regional e local para análise, controle dos casos e gerenciamento dos programas, através de informativos, indicadores e relatórios consolidados gerados pelo sistema. O *software* foi desenvolvido para ambiente WEB utilizando banco de dados de código aberto, útil para pesquisas científicas, uma vez que permite o cruzamento das diversas variáveis. **Resultados:** Foram capacitados 450 profissionais das 61 UST habilitadas (44% médicos, 28% enfermeiros, 11% assistentes sociais, 17% outros) e cadastrados 81 usuários com perfis de acesso ao sistema determinados. Desde novembro de 2004 foram registradas no sistema 5.691 fichas correspondentes a 2.450 pacientes com TBMR tratados e acompanhados desde 2000. Observou-se melhora da qualidade dos dados fornecidos pelas UST, melhora das práticas clínicas utilizadas pelos profissionais e aumento da detecção de casos de TBMR no segundo ano após o lançamento do novo sistema de vigilância. **Conclusão:** A implantação do sistema nacional informatizado para vigilância de casos de TBMR além de contribuir para melhora do manejo dos pacientes e maior controle da doença, representa um avanço na produção e acompanhamento da informação em saúde, permitindo, com o dinamismo do modelo, permanente revisão crítica da qualidade dos dados produzidos e replicação para outros programas de saúde.

PO144 GRAU EXTENSÃO DA LESÃO DEPENDE DO TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Cassia Santa Cruz R, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Torres BS, Padilha Freitas CD, Loureiro PAC

UFPE, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Extensão da lesão; Tempo de diagnóstico

Introdução: A literatura tem alertado para o fato da rapidez no diagnóstico e instituição precoce da terapêutica serem aspectos fundamentais no controle da TB, mediante a diminuição da mortalidade e da morbidade. A radiografia do tórax é, portanto, um método importante de aproximação diagnóstica, quando se suspeita de TB pulmonar ativa. A detecção do grau de extensão da lesão pulmonar, no momento do diagnóstico, pode sugerir, indiretamente, se o diagnóstico foi em tempo oportuno ou realizado tardiamente. **Objetivos:** Avaliar se o grau de extensão da lesão, no momento do diagnóstico, depende do tempo em que o diagnóstico de TB pulmonar é realizado. **Métodos:** Estudou-se um total de 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em três unidades de saúde da Região Metropolitana de Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início do tratamento, com graus de extensão das lesões pulmonares classificadas pelo critério da National Tuberculosis Association (NTA). Os pacientes responderam questionário, no início da pesquisa, e foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do tratamento. **Resultados:** O percentual de pacientes, classificados como NTA III (até 30 dias 42,9%, mais de 60 dias, 69,9%), aumenta à medida que o tempo da doença aumenta, ocorrendo o inverso com o percentual de pacientes com extensão NTA I (até 30 dias 21,4%, mais de 60 dias, 5,4%), embora, ao nível de 5,0%, não se comprova associação significativa entre as duas variáveis em análise. **Conclusão:** A ausência de associação, estatisticamente significativa, entre a disfunção respiratória e o tempo de doença referido pelos pacientes, no presente estudo, pode ser devido ao pequeno tamanho da amostra estudada. Esta hipótese é reforçada pela observação de aumento gradativo da frequência de casos com esse tipo de seqüela à medida que a demora, para o início do tratamento,

passou de, até, 30 dias para um período de tempo maior que 60 dias. Porém, os maiores percentuais de casos, com lesões extensas (NTA III), foram encontrados entre os pacientes com tempo de doença maior que 60 dias. Este estudo vem confirmar que, em nosso meio, o diagnóstico da tuberculose ainda é bastante tardio e, portanto, a lesão pulmonar inicial é, em geral, extensa.

PO145 FATORES DE RISCO PARA NÃO ADESAO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Picon PD, Jarczewski CA, Unis G, Espina CAA, Bassanesi SL, Ott WP
Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Não adesão

Introdução: O RHZ é considerado um esquema 100% eficaz quando aplicado a pacientes com tuberculose (TB) sem tratamento prévio (VT). Entretanto, na rotina das unidades de saúde a taxa de cura fica longe desse índice em virtude da não adesão ao tratamento pelos pacientes. **Objetivos:** Identificar fatores de risco de não adesão ao tratamento da TB ligados aos pacientes. **Métodos:** 2, Exato de Fisher, t de Student e a técnica de regressão logística múltipla (RLM), sendo considerados significativos valores de p. Entraram no estudo 504 pacientes adultos, VT, tratados com RHZ no ambulatório de TB do HSP, no período de 2004 a 2005. Os resultados foram considerados como cura e não cura (abandono, falência e óbito). As variáveis estudadas foram: idade, sexo, cor da pele, nível de escolaridade, uso de álcool e de drogas ilícitas, presença de infecção pelo HIV, dose e modo de uso dos fármacos. Testes usados: < 0,05. **Resultados:** 64,7% eram homens, 64,7% brancos, 56,3% não haviam concluído a 8ª série do Ensino Fundamental, 25,0% eram alcoolistas, 22,2% usuários de drogas ilícitas e 24,6% HIV-positivo (o teste anti-HIV foi realizado por 92,3% dos pacientes). Usaram a medicação irregularmente 28,4% dos pacientes, sendo a irregularidade maior nos homens (32,8 vs. 20,3%; p = 0,003), nos alcoolistas (38,9% vs. 24,4%; p = 0,002), nos pacientes com baixa escolaridade (35,2 vs. 20,3%; p = 0,001), nos usuários de drogas ilícitas (41,1 vs. 23,3%; p = 0,0003) e nos pacientes HIV+ (41,9 vs. 21,7%; p < 0,0001) do que nos seus pares. Na RLM o HIV [RC = 2,5 (1,5-4,1); p = 0,0003] estava independentemente associado ao uso irregular dos fármacos. Nos pacientes que usaram a medicação irregularmente a taxa de cura foi menor do que naqueles com uso regular (55,2 vs. 89,7%; p < 0,0001). Assim, as taxas de cura foram menores nos homens (77,0 vs. 84,8%; p = 0,036), nos alcoolistas (73,0 vs. 82,7%; p = 0,022), nos usuários de drogas ilícitas (67,0 vs. 85,1%; p < 0,0001), nos pacientes HIV-positivo (68,5 vs. 86,8%; p < 0,0001) e nos pacientes com baixa escolaridade (71,5 vs. 93,0%; p < 0,0001) do que seus pares. Os curados e não curados não se diferenciaram quanto à idade e quanto à dose diária dos fármacos (mg/kg). **Conclusão:** A adesão ou não ao tratamento antituberculose depende, além de fatores ligados aos prestadores de serviços de saúde, a questões de ordem pessoal e sócio-cultural. A não adesão ao tratamento é sinônimo de uso irregular dos fármacos, com as consequências nefastas para o controle da TB, por proporcionar o surgimento de resistência bacilar secundária, dificuldades de composição de esquemas de retreamento eficazes e outras. O conhecimento dos fatores de risco de não adesão ligados aos pacientes e sua identificação particularizada por ocasião da consulta que precede o início do tratamento permite adotar as medidas necessárias pelos serviços de saúde para minimizar este risco e aumentar as taxas de cura. Entre estas medidas se impõe cogitar o tratamento diretamente supervisionado, especialmente quando existem vários dos fatores de risco associados no mesmo paciente que, aliás, é um fato bastante comum.

PO146 ABSCESSO PULMONAR POR ESCHERICHIA COLI PÓS-NODULECTOMIA

Alves JR¹, Farinazzo A², Farinazzo BAB³, Alves SA⁴

1,4. Centro do Pulmão, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2. CLIAR, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3. FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Palavras-chave: Abscesso pulmonar; Escherichia coli; Nodulesctomia

Introdução: O abscesso pulmonar é definido como uma coleção circunscrita de pus que leva a formação de uma cavitação e achado radiológico de nível hidroaéreo na cavidade. A incidência de abscesso pulmonar tem diminuído desde o início da terapia antibiótica e o prognóstico foi aprimorado. Atualmente a taxa de mortalidade do abscesso pulmonar é 15-20%. Na era pré antibiótica a taxa era de 30 a 40%. As bactérias anaeróbias são as principais implicadas no abscesso pulmonar. A Escherichia coli é um patógeno que raramente é encontrado no abscesso pulmonar. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** J.C.B.C. 43 anos, tabagista há 27 anos, em tratamento de hipertensão arterial sistêmica há cinco meses, referiu há 5 meses palpitação, tontura, febre de 38°C e tosse seca que perdurou por menos de 3 horas. Procurou atendimento médico sendo solicitado Radiografia de tórax com evidência de redução da radiotransparência no segmento posterior do lobo inferior esquerdo por presença de lesões intersticiais. Discreta opacidade homogênea em íntimo contato com corpos vertebrais torácicos inferiores. Com suspeita de tuberculoma foi solicitado Tomografia de tórax que evidenciou nódulo sugestivo de tuberculoma sendo submetido à nodulesctomia. Após 15 dias retorna com tosse seca e dispnéia, porém sem febre. Eupnéico ao exame físico com pressão arterial de 120x70mmHg com frequência cardíaca de 105bpm Saturação de 97%, redução na expansão pulmonar e murmúrio vesicular diminuído no terço inferior de hemitórax direito. Paciente foi submetido à internação e drenagem do abscesso. Feito uso de Gatifloxacina 400mg de 12-12h, Azitromicina 500mg de 12-12h, e Amicacina 500mg de 12-12h ficando internado por 10 dias recebeu alta com Gatifloxacina 400mg por dia por mais 5 dias. A hemocultura e bacterioscopia evidenciaram Escherichia coli. **Conclusão:** O abscesso pulmonar nos indivíduos com imunodeficiência, microrganismos menos comuns podem ser a causa. Os sintomas iniciais são semelhantes aos da pneumonia: fadiga, perda de apetite, sudorese, febre e tosse produtiva com escarro que pode apresentar estrias de sangue com dor torácica eventual. Frequentemente, radiografias torácicas revelam a presença de um abscesso pulmonar. As culturas de escarro podem auxiliar na identificação do microrganismo causador do abscesso. O tratamento exige a ad-

ministração de antibióticos pela via intravenosa ou oral. O tratamento medicamentoso continua até o desaparecimento dos sintomas ou até que uma radiografia torácica demonstre o desaparecimento do abcesso. Ocasionalmente pode ser drenado através de um dreno torácico. Mais frequentemente, o tecido pulmonar infectado deve ser removido. Em alguns casos, é necessária a lobectomia.

PO147 PARACOCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE EVOLUINDO COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA. RELATO DE CASO

Batista LL¹, Otaviano AP², Campos BJ³, Do Nascimento ECT⁴, Ferreira CMO⁵, Sanomya AH⁶, Homs L⁷, Da Costa Lima MRP⁸

1. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; Pneumopatia intersticial difusa; Pneumonia

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose profunda causada pelo Paracoccidiodiopsis brasiliensis, endêmica nas áreas subtropicais do Brasil, onde predomina a atividade agrícola. A PCM disseminada em pacientes imunocompetentes é uma patologia infrequente. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente previamente hígido com PCM disseminada. **Métodos:** Paciente de 51 anos, ex-tabagista (35 ano/maço), lavrador aposentado, com história de há 8 meses ter iniciado quadro de dispnéia progressiva (inicialmente grau II da escala de dispnéia MRC) e há 1 mês apresentando dispnéia em repouso (grau IV), associada a tosse com expectoração amarelada, febre não aferida, predominantemente vespertina, perda ponderal de aproximadamente 20kg no período e aumento de volume em região cervical direita. Procurou facultativo onde foi iniciado tratamento para tuberculose devido a imagem radiológica e quadro clínico segundo relato. Por apresentar intensificação do quadro clínico, com adinamia, fraqueza, além da persistência da tosse e dispnéia, foi encaminhado ao nosso serviço. Internado para tratamento e investigação diagnóstica, pela gravidade iniciou-se tratamento para pneumonia com ceftriaxone e claritromicina. O paciente evoluiu com piora clínica e radiológica, apresentando infiltrado interstício alveolar difuso. No terceiro dia de internação, apesar do tratamento, o paciente persistia com dispnéia e apresentou queda da saturação de O₂ e rebaixamento do nível de consciência, necessitando de intubação orotraqueal e evoluindo a óbito. No período o paciente foi submetido a exame de escarro (negativo), anti HIV (negativo), hemoculturas (negativas), cultura para micobactéria (negativa), broncoscopia com lavado broncoalveolar (bacterioscopia negativa, pesquisa de BAAR e fungos negativa), e biópsia de linfonodo cervical. **Resultados:** No anatomopatológico das peças foram visualizados células arredondadas, de dupla parede, birefringente, e gemulação múltipla, sugestiva de Paracoccidiodiopsis brasiliensis, e sem sinais de infecção bacteriana secundária. O parasita estava presente além do tecido pulmonar, em supra-renais, fígado, baço, intestino e sistema nervoso central. **Conclusão:** A PCM disseminada, em paciente imunocompetente, com evolução rápida e insuficiência respiratória como apresentada neste paciente é uma apresentação rara. A forma clínica mais frequente nos adultos é a forma disseminada crônica, definindo-se pela presença de lesão extrapulmonar progressiva. As lesões de disseminação podem surgir após regressão de acometimento pulmonar, ou concomitante as lesões pulmonares evolutivas. Clinicamente o quadro pode ser polimórfico, porém normalmente monótono e oligossintomático persistindo por vários meses antes do diagnóstico.

PO148 EXTENSÃO DA LESÃO RESIDUAL PODE LEVAR A DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Cassia Santa Cruz R, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Torres BS, Padilha Freitas CD, Loureiro PAC

UFPE, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Disfunção respiratória; Lesão residual

Introdução: A importância da detecção precoce dos casos novos de TB decorre das evidências encontradas em alguns estudos que o aumento do tempo, decorrido entre o início de sintomas de um paciente com tuberculose pulmonar até à instituição do tratamento, contribui para uma maior disseminação da doença e para a progressão das lesões pulmonares. Por não haver dados na literatura nacional sobre a existência de associação entre a presença de seqüela à radiografia do tórax e a alteração da função pulmonar aferida pela espirometria, estamos realizando o presente trabalho. Caso haja uma associação positiva entre o grau de extensão da lesão pulmonar residual, pós-tratamento da tuberculose, detectada pela radiografia do tórax, e a presença de alteração funcional respiratória, isso permitirá aos profissionais de saúde, utilizando-se, apenas, do exame radiográfico, selecionar aqueles que deverão ser acompanhados pelos serviços de saúde, após a alta por cura da tuberculose. **Objetivos:** Verificar associação positiva entre o grau de extensão da lesão pulmonar residual, pós-tratamento da tuberculose, detectada pela radiografia do tórax, e a presença de alteração funcional respiratória. **Métodos:** 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início e final do tratamento, com graus de extensão das lesões pulmonares classificadas pelo critério da National Tuberculosis Association (NTA). Foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do tratamento. **Resultados:** Para calcularmos a razão de prevalência (RP) agregamos como grau 1, o NTA pós-normal e I, e como grau 2, o NTA pós II e III. No grau 1, 19 casos (45,2%) tiveram disfunção respiratória e 23 (54,8%) não tiveram disfunção respiratória. No grau 2, 45 (83,3%) tiveram disfunção respiratória e 9 (16,7%) não tiveram disfunção respiratória. Na tabela 6, verificamos que existe uma associação entre o grau de extensão da lesão pulmonar residual e disfunção respiratória com o risco de 1,8 vezes, mostrando-se estatisticamente significante ao nível de 5% ($p < 0,05$). **Conclusão:** Após o tratamento, foi observado que o grau de extensão da lesão pulmonar residual, categorizada como grau 1 (leve) e grau 2 (grave) teve associação com disfunção respiratória, estatisticamente significante, com um risco de 1,8

vezes desenvolver essa disfunção. No grau 1 tivemos 19 casos (45,2%) com disfunção respiratória e 23 casos (54,8%) sem disfunção respiratória. E no grau 2 tivemos 45 casos (83,3%) com disfunção respiratória e 9 casos (16,7%) dos casos sem disfunção respiratória.

PO149 RESULTADOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE COM O ESQUEMA RMZ

Picon PD¹, Ott WP², Bassanesi SL³, Rizzon CFC⁴, Gutierrez RS⁵, Ferreira RT⁶, Dalcolmo MP⁷, Sperb APV⁸

1,2,3,4,5,6,8. Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil; 7. Centro de Referência Hélio Fraga, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Esquema RMZ; Recidiva

Introdução: O esquema RMZ (rifampicina, etambutol e pirazinamida) foi utilizado no RS até o início da década de 1980 no retreamento da tuberculose (TB) nos casos de falências dos esquemas SPH (estreptomicina, isoniazida e PAS) e STH (estreptomicina, isoniazida e tioacetazona). A rifampicina (R) era usada nos 3-4 primeiros meses e o etambutol (M) e a pirazinamida (Z) durante 12 meses. As doses diárias preconizadas eram 600mg de R, 1200mg M e 2000mg de Z, independentemente do peso corporal do paciente. **Objetivos:** Avaliar os resultados do esquema RMZ aplicado a pacientes de unidades ambulatoriais. **Métodos:** 2, Exato de Fisher e t de Student, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. Entraram no estudo 540 adultos com TB pulmonar bacilífera de unidades ambulatoriais de Porto Alegre cujas histórias terapêuticas/curvas baciloscópias foram revisadas. Deles, 390 pacientes eram casos de falência do primotratamento e 150 eram casos de recidiva da TB após cura com o uso irregular dos fármacos do primotratamento. Os resultados foram considerados como cura, abandono, falência, óbito e mudança de esquema por toxicidade. Outras variáveis estudadas foram: modo de uso dos fármacos, dose por kg de peso corporal e presença de recidiva da TB. Testes usados: $p < 0,05$. **Resultados:** 13 anos. Fizeram uso irregular do RMZ 40,4% dos pacientes. Ocorreram 81,1% de curas, 10,0% de abandonos, 4,1% de falências, 2,4% de óbitos e 2,4% de trocas do esquema por toxicidade. A taxa de cura foi maior nos brancos (85,7 vs. 77,6%; $p = 0,021$), naqueles com uso regular da medicação (95,8 vs. 64,8%; $p = 69,4\%$ eram homens e 68,2% brancos. A idade média foi $36 < 0,0001$) e nos pacientes sem falência do primotratamento (89,7 vs. 80,6%; $p = 0,012$) do que nos seus pares. O sexo e as doses dos fármacos foram semelhantes nos dois grupos. As frequências de recidivas aos dois, cinco e 10 anos foram, respectivamente, 5,1, 6,1 e 8,5%. Pacientes que usaram a medicação regularmente apresentaram menores taxas de recidivas do que aqueles com uso irregular: 3,3 vs. 9,1% aos 2 anos ($p = 0,010$); 3,6 vs. 12,6% aos 5 anos ($p = 0,0003$) e 3,9 vs. 18,2% aos 10 anos ($p < 0,0001$). As recidivas não se relacionaram às outras variáveis. **Conclusão:** Os resultados e a frequência de recidivas ao final de 12 meses de uso do RMZ por pacientes com TB pulmonar bacilífera foram satisfatórios, pelo fato de o esquema ter sido auto-administrado em regime ambulatorial, de forma muitas vezes irregular. Isso indica que este esquema tem um alto potencial de eficácia mesmo em condições adversas de aderência ao tratamento e pode ser considerado como alternativa para casos de resistência adquirida à isoniazida surgida na vigência de quimioprofilaxia com este fármaco.

PO150 HEPATOTOXICIDADE DO ESQUEMA RHZ (RIFAMPICINA, ISONIAZIDA E PIRAZINAMIDA) EM PACIENTES AMBULATORIAIS

Picon PD, Jarczewski CA, Unis G, Espina CAA, Rizzon CFC, Bassanesi SL, Ferreira RT

Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Hepatotoxicidade; Infecção pelo HCV

Introdução: Antes da AIDS, a frequência de hepatotoxicidade (Hep) do RHZ e a letalidade deste efeito adverso em estudo conduzido em Porto Alegre/RS em pacientes ambulatoriais com tuberculose (TB), foram 2,5% e 4,0% respectivamente. **Objetivos:** Avaliar a incidência de Hep e os fatores de risco para Hep em pacientes adultos tratados com RHZ em ambulatório de tuberculose (TB). **Métodos:** 2, Exato de Fisher, t de Student e a técnica de regressão logística múltipla (RLM), sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. Entraram no estudo 52 Hep (4,2%), com um óbito por encefalopatia portossistêmica (1,9%). Os pacientes com Hep tinham mais idade (43,1 > 6,5mg/kg apresentaram taxas maiores de Hep do que aqueles com doses menores (5,6 vs. 2,6%; $p = 0,007$). Doses de Z > 35mg/kg também determinaram taxas maiores de Hep do que doses menores do fármaco (16,7 vs. 3,7%; $p = 0,002$). A Hep foi mais frequente nos pacientes com do que nos sem TB miliar (19,1% vs. 3,6%; $p < 0,0001$) e, dentre os pacientes testados para o anti-HCV (30,3%), os HCV reagentes apresentaram também taxas maiores do que os não reagentes (11,9% vs. 3,4%; $p = 0,005$). As demais variáveis analisadas, sexo, cor da pele, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, infecção pelo HIV (84,6% dos pacientes foram testados), não mostraram associação com dano hepático do esquema RHZ, embora a taxa nos HIV+ tenha sido 1,6 vezes maior do que nos HIV- (6,2 vs. 3,8%). Na RLM a infecção pelo HCV [RC = 2,9 (1,1-7,7); $p = 0,030$], doses elevadas de H [RC = 1,8 (1,0-3,3); $p = 0,044$] e de Z [RC = 1,2 (1,0-1,3); $p = 0,005$] estavam independentemente associados à presença de Hep. **Conclusão:** Neste estudo, apesar do HIV não ter sido confirmado com fator de risco para Hep, as frequências maiores desse efeito adverso nos pacientes com TB miliar e nos HCV+, situa-

ções essas relacionadas à epidemia de AIDS em Porto Alegre, aumenta a preocupação com o atendimento dos pacientes HIV+, em especial no que tange a dose prescritas dos fármacos anti-TB. Neste estudo, doses elevadas de R, H e Z foram associadas a taxas maiores de Hep, especialmente doses de H e de Z superiores a 6,5 e 35,0mg/kg/dia, respectivamente. Quanto à dose da H, os valores altos decorrem da formulação inadequada da cápsula de RH, que contém 200mg de H em vez de 150mg como em outros países, não permitindo diminuir a dose do fármaco para o valor recomendado de 5mg/kg/dia.

PO151 TIPOS DE ALTERAÇÃO ESPIROMÉTRICAS EM PACIENTES APÓS TRATAMENTO DA TB

Cassia Santa Cruz R, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Torres BS, Oliveira Carvalho HB, Galvão RCC

UFPE, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Distúrbio; Espirometria

Introdução: É possível que a extensão da lesão, na radiografia do tórax, obtida no momento do diagnóstico e início do tratamento, seja um indicador de futuras seqüelas pulmonares, com repercussão na função respiratória. Uma variedade de seqüelas pode ocorrer no pulmão de pacientes que iniciam o tratamento após longo período de doença respiratórias ao final do tratamento da Tuberculose; a descrição dos tipos e graus dessa disfunção; e sua possível relação com o grau de extensão da lesão pulmonar inicial, e outras características dos pacientes, entre elas, o tabagismo. Pretendemos chamar a atenção para um aspecto pouco estudado em relação ao resultado do tratamento da Tuberculose, que é a presença de lesões residuais pulmonares detectadas e o desenvolvimento secundário de disfunção respiratória. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo, a identificação de alterações funcionais A detecção do grau de extensão da lesão pulmonar, no momento do diagnóstico, pode sugerir, indiretamente, se o diagnóstico foi em tempo oportuno ou realizado tardiamente. **Métodos:** Estudou-se 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, da Região Metropolitana de Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005. Os pacientes responderam questionário, no início da pesquisa, e foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do tratamento. **Resultados:** Apenas 37,5% (36/96) dos pacientes, tinham o CVF normal, enquanto que, 47,9% (46/96) dos casos, apresentavam uma redução leve, 10,4% (10/96) uma redução moderada e 4,2% (4/96) apresentavam redução grave. Com relação ao VEF1 verificamos que, em 40,6% (39/96), o valor era normal, 33,3% (32/96) tinham uma redução leve, 19,8% (19/96) redução moderada e 6,3% (6/96) apresentavam redução grave. Analisando o Tiffenau, observamos que, em 85,4% (82/96), o valor era normal, em 13,5% (13/96) tinham redução leve. **Conclusão:** Os distúrbios encontrados foram, predominantemente, restritivos, conforme já descritos na literatura, e mais frequentes entre os pacientes que apresentaram lesões pulmonares mais extensas no início do tratamento. Lee e Chung (2000), ao realizarem função pulmonar em pacientes com Tuberculose endobrônquica, encontraram a função pulmonar normal, em 23%; restritiva em 47%; obstrutiva em 5,9%; e mista, em 23,5%. Resultados diferentes, evidenciando maior frequência de distúrbio misto, têm sido relatados, porém podem ser devido a limitações do próprio estudo: retrospectivo, amostra pequena, não separação entre fumantes e não fumantes.

PO152 TUBERCULOSE GENITURINÁRIA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE

Barroso EC, Cordeiro JIR

Ministério da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose geniturinária; Contato; Tuberculose urinária recidivante

Introdução: A tuberculose (TB) é doença endêmica, de distribuição universal e tem se mostrado difícil de erradicar. A maioria dos casos de TB extrapulmonar ocorre a partir da disseminação hematogênica do bacilo e acontece nos primeiros cinco anos após a primoinfecção. O Hospital Municipal de Maracaná é referência para tratamento ambulatorial e hospitalar de tisiologia para a microrregião III de saúde no Estado do Ceará. Nos últimos anos, a frequência de casos de TB geniturinária começou a chamar a atenção dos profissionais de saúde desse setor. **Objetivos:** Avaliar a incidência, diagnóstico e tratamento da TB geniturinária no referido serviço. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo a partir do livro de registro do Programa de Controle da Tuberculose, no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, e feita revisão dos prontuários de pacientes com TB geniturinária. **Resultados:** Em 2003 nenhum caso de TB geniturinária foi registrada. Foram registrados três casos, seis casos e dois casos em 2004, 2005 e 2006 respectivamente. Dos 11 pacientes incluídos no estudo, 9 (81,8%) eram do sexo feminino. A média de idade foi 53,2 anos. Dos 11 casos, dois (18,2%) relatavam tratamento anterior para TB urinária e um (9,1%) para TB pulmonar (em 1974). Dois dos casos eram marido e esposa. A esposa foi um caso de recidiva de TB urinária e o marido (portador de próstata) teve seu diagnóstico após a recidiva da esposa. Houve associação com diabetes em seis (54,5%) dos casos. O teste anti-HIV foi solicitado em todos os pacientes, mas, só foi realizado em seis (54,4%), sendo todos negativos. Os outros cinco pacientes não apresentavam fatores de risco para o HIV. O diagnóstico foi confirmado em todos os casos por cultura positiva *Mycobacterium tuberculosis* (BK) (em 10 amostras), tendo sido realizados testes bioquímicos que afastaram micobactérias não-tuberculosas. Em todos foi instituído Esquema RHZ exceto no caso de recidiva em que se usou RHZE. Seis pacientes já tiveram alta com cinco culturas negativas para BK, com um ano de tratamento. Os cinco casos restantes estão em tratamento com boa evolução. Não foi registrado caso de falência, abandono, óbito ou transferência. 72,7% (8/11) dos casos tiveram diagnóstico por solicitação das urinoculturas para BK por uma profissional médica do Hospital de Maracaná e os outros três foram encaminhados de outros serviços. Foram verificadas as datas das urinoculturas para investigação de possível contaminação laboratorial, mas, todas foram realizadas em meses diferentes. **Conclusão:** Os autores concluem que o diagnóstico foi feito de maneira adequada e o aumento na incidência nos dois últimos anos se atribui a uma maior consciência diagnóstica em relação à TB geniturinária.

PO153 TUBERCULOSE: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO

Neto JB, Do Vale OF, Franca Sobrinho JCR, De Andrade FA, Pinheiro Santos MF
Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Aspectos clínicos; Epidemiologia

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa crônica causada por espécies do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada pela formação de granulomas nos tecidos infectados e por hipersensibilidade mediada por células. Na ausência de tratamento eficaz para a doença ativa, a evolução habitual é crônica, consuntiva, sobrevivendo em última consequência a morte. A tuberculose ainda é hoje um problema de saúde pública muito grave no Brasil e no mundo, por isso continua sendo uma das prioridades sanitárias em países em desenvolvimento, na medida em que se dispõe de meios para diagnosticar e curar os casos contagiosos e, dessa forma, diminuir a transmissão da infecção. **Objetivos:** Caracterizar aspectos clínicos-epidemiológicos dos pacientes com tuberculose atendidos no Serviço de Referência de Tuberculose do estado de Sergipe no Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) de janeiro de 2004 a junho de 2005. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo. No Serviço de Referência de Tuberculose do estado de Sergipe no Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) de janeiro de 2004 a junho de 2005. **Resultados:** Durante o período foram atendidos 236 casos, sendo que 59,3% eram do sexo masculino e 40,7% do sexo feminino; 61,9% foram provenientes da capital (Aracaju), 38,1% do interior; as faixas etárias mais atingidas foram entre os homens a de 31-40 anos (14,8%), e entre as mulheres a de 21-30 anos (13,1%); 53,8% dos pacientes referiram tosse como manifestação clínica, 45,3% perda de peso e 40,7% febre; a radiografia de tórax foi realizada em 83% dos pacientes, a baciloscopia do escarro em 64,8%, o histopatológico em 30,5%, o PPD em 28%, a cultura em 5,9% e o anti-HIV em 12% dos casos; a radiografia de tórax e a história clínica foram os recursos diagnósticos utilizados em 52% dos pacientes com tuberculose sem confirmação baciloscópica; entre os pacientes com a forma extrapulmonar, 82,9% foram submetidos ao exame histopatológico; a forma clínica mais frequente foi a pulmonar (67%); 88,1% dos pacientes foram casos novos; 86,4% utilizaram o esquema I, 9,4% o IR, 2,5% o III e 1,7% o II; 62,7% dos pacientes apresentaram alta por cura, 22,5% alta por transferência, 14,4% abandonaram o tratamento, 3,4% tiveram alta não comprovada e 0,4% correspondeu ao óbito registrado no decorrer do tratamento. **Conclusão:** A radiografia de tórax e a história clínica foram os principais recursos diagnósticos nos pacientes com tuberculose sem confirmação baciloscópica; o número de baciloscopias do escarro, culturas e anti-HIV foi inferior ao esperado; a forma clínica mais frequente foi a pulmonar; entre as formas extrapulmonares, a mais frequente foi a pleural; a maioria dos pacientes tratados foram casos novos; a maioria dos pacientes utilizaram o esquema I; a taxa de cura foi inferior ao preconizada pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose; necessidade de melhor preenchimento dos prontuários médicos.

PO154 ANÁLISE DO PPD E EFEITO BOOSTER ENTRE ESTUDANTES DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Gomes M, Figueiredo GO, Neto MS, Frenkiel S, Rujula MJP, Stürbulov R

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose e alunos; Tuberculose e profissionais de saúde; PPD

Introdução: É crescente a importância epidemiológica da tuberculose e sua prevenção, principalmente entre profissionais de saúde e estudantes da área médica. Entre os não reatores ao PPD há indivíduos que possuem a forma latente da doença e, ao realizar-se um segundo teste após 30 dias do estímulo inicial, a resposta imunológica será positiva (efeito booster). O efeito booster tem a importância de tornar mais sensível o PPD. **Objetivos:** Determinar a frequência da reatividade do PPD entre os alunos de Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina no momento do ingresso à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Determinar e comparar a frequência de variação do PPD em decorrer do efeito booster entre os alunos desses cursos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 190 prontuários, 44 alunos de Enfermagem, 30 de Fonoaudiologia e 107 de Medicina no ano de 2005. O teste foi realizado à admissão do aluno com o reagente Mantoux intradérmico (2 unidades tuberculinicas por 0,1ml). Aqueles com PPD não reator foram submetidos a um segundo teste 30 dias após o primeiro. Considerou-se PPD reator o resultado acima de 10mm (positivo) e não reator abaixo desse valor. O efeito booster foi considerado positivo quando, valor de PPD estava acima de 10mm e apresentava variação de 10mm em relação ao primeiro teste. A análise estatística foi realizada através do teste do qui-quadrado e teste *mc phirason*, com nível de significância de 0,001. **Resultados:** Do total de alunos, o PPD foi positivo em 101 (68,24%), assim distribuídos: 58 (74,8%) no curso de Medicina, 12 (43,4%) no de Fonoaudiologia e 31 (70,5%) no de Enfermagem. O efeito booster foi observado no total de alunos com PPD não reator em 12 (25,53%), assim distribuídos: 8 (66,7%) no curso de Medicina, 1 (8,3%) no de Fonoaudiologia e 3 (25,0%) no de Enfermagem. O efeito booster foi significativo nos cursos de Medicina e Enfermagem ($p < 0,001$) e não no de Fonoaudiologia ($p > 0,001$). Considerando-se a reatividade real do PPD a somatória do PPD reator inicial associada ao PPD positivo após o segundo teste, temos que o total de alunos com PPD positivo foi de 113 (76,4%) assim distribuídos: 66 (85,7%) no curso de Medicina, 13 (48,1%) em Fonoaudiologia e 34 (77,3%) em Enfermagem. A positividade do PPD foi significativa nos cursos de Medicina e Enfermagem quando comparados ao de Fonoaudiologia de modo isolado ($p < 0,001$). **Conclusão:** A frequência de PPD reator entre os alunos no momento da sua admissão, é de 68,4% assim distribuídos: 58 (74,8%) no curso de Medicina, 31 (70,5%) em Enfermagem e 12 (43,4%) em Fonoaudiologia. O efeito booster foi observado em 8 (41,5%) no curso de Medicina, 3 (20,4%) em Enfermagem e 1 (7,5%) em Fonoaudiologia. Considerando-se o PPD após o efeito booster, o PPD real é de 76,4%, sendo esta reatividade significativa nos cursos de Medicina e Enfermagem em relação ao de Fonoaudiologia.

PO155 TUBERCULOSE EM INDÍGENAS MENORES DE 15 ANOS APÓS IMPLANTAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS ALDEIAS DE MATO GROSSO DO SUL

Campos Marques AM

UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Indígenas; Menores de 15 anos

Introdução: A população indígena no Brasil está estimada em aproximadamente 350 mil indivíduos, o Estado do Mato Grosso do Sul abriga a segunda maior população indígena do país, 55 mil índios, a tuberculose ainda é um agravo importante para a saúde dessa população, principalmente entre os Guarani-Caiuás. MARQUES E CUNHA (2003), num estudo de casos de tuberculose em indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul, verificaram um percentual elevado de casos de TB em menores de 15 anos (40%) o qual difere da população geral do Brasil, onde temos uma concentração maior de casos na faixa etária de 20 a 49 anos, os menores de 15 anos respondem em média por 15% dos casos. O deslocamento da curva de incidência de tuberculose para as faixas etárias mais jovens e para as crianças, deve ser visto como um evento sentinela, denota que está ocorrendo infecção recente por contato com tuberculosos bacilíferos, o que permitiu alertar as autoridades responsáveis e a partir de 2000 teve início projetos específicos para implementar o controle da TB nessa população com o objetivo de diminuir a ocorrência de casos nos menores de 15 anos. **Objetivos:** Verificar o percentual de casos de TB em menores de 15 anos, na população indígena de Mato Grosso do Sul após o início das ações de Implementação do Controle da Tuberculose a partir do ano 2000. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os casos de tuberculose em indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul, notificados pelas equipes de Saúde Indígena do DSEI/MS do ano de 2000 a 2004. **Resultados:** No período foram notificados 668 casos de tuberculose. Verificou-se que os menores de 15 anos de idade responderam por 24,4% dos casos no período (163). Com uma tendência de queda por ano, em 2004 temos o percentual de 9,3% dos casos. **Conclusão:** As ações de implementação de controle da TB nessa população a partir do ano de 2000 em consequência a um alerta sanitário determinaram um impacto epidemiológico positivo no controle da TB diminuindo a incidência de casos em menores de 15 anos no período estudado sendo que no ano de 2004 o percentual ficou abaixo da população geral do Brasil (15%) o que assinala que está ocorrendo um controle efetivo da tuberculose nessa população.

PO156 SITUAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE TB-MR NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Queiroz AM

SES/UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Mato Grosso do Sul; TBMR; Epidemiologia

Introdução: O Mato Grosso do Sul localizado na região Centro-Oeste do Brasil faz divisas com os estados de Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Goiás e Mato Grosso e divide a fronteira a oeste com a Bolívia e o Paraguai. Esta região, com uma população em torno de 2,5 milhões de habitantes, possui o segundo maior contingente indígena do país. O Estado vem apresentando, conforme notificações verificadas pela Secretaria Estadual de Saúde a ocorrência, em média, de um mil casos ao ano de casos de Tuberculose. A partir de 2002 foi implantado o Serviço de Vigilância Epidemiológica dos casos de TB-MR com o Centro de Referência Professor Hélio Fraga do Rio de Janeiro. **Objetivos:** Focalizar o problema da TB na comunidade, investigando fatores socioeconômicos e demográficos, que interferem na demanda de usuários aos Serviços de Saúde, levantando os Indicadores de Avaliação, a relação Estrutura-Processos-Resultados destes órgãos com o Programa de Controle de Tuberculose (PCT). **Métodos:** Trata-se de uma análise de 26 casos notificados como TB-MR, no período de 2002 a 2005, avaliando-se as principais variáveis como sexo, idade, cor, etnia, escolaridade, ocupação, co-morbidades, local onde foi detectado o episódio de TB-MR e relacioná-los com a estrutura organizada de Saúde (PSF/PACS/Estratégia DOTS). **Resultados:** Quanto às características demográficas dos pacientes, foi observado a relação 18 homens (69,2%) para 8 mulheres (21,8%). A distribuição por idade mostrou que na faixa etária de 40 a 50 anos ocorreu a maior frequência de casos (50,0%). Com relação à etnia, constam 18 pardos (69,2%), 5 brancos (19,2%), 2 indígenas (7,6%) e 1 amarelo (3,8%). A baixa escolaridade esteve presente em 24 pacientes (92,3%). No campo socioeconômica, 14 estavam desempregados (53,8%), o alcoolismo esteve presente na metade dos casos (50,0%) e 3 cumpriam pena em unidade prisional (11,6%). Com relação à procedência 10 pacientes vieram da área de fronteira (38,4%), 9 de municípios do interior do estado (34,6%), 5 da capital do estado (19,2%) e apenas 2 de área rural (7,6%). Dentre as causas que determinou a multidrogaresistência, foram assinalados o abandono freqüente e a utilização dos diversos esquemas terapêuticos padronizados para TB sem observar critérios básicos, conforme as normas estabelecidas pelo PCT. **Conclusão:** A problemática da Tuberculose não pode ser apenas resolvida pelo plano da assistência à saúde, requer um olhar ao aumento da pobreza e da deteriorização das condições socioeconômicas, da estruturação efetiva dos PCT reforçando a integralidade da assistência ao conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Implementar a estratégia DOTS, rever a estruturação dos PSF/PACS, envolvimento com as Universidades, com os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais e sobretudo envolver a sociedade civil com a questão da Tuberculose.

PO157 TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO PARA O PNCT EM MATO GROSSO DO SUL, MORBIDADE E MORTALIDADE, DE 1990 A 2005

Campos Marques AM

Força Tarefa - MS, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Morbidade; Mortalidade

Introdução: No Brasil, a tuberculose (TB) ocupa espaço na Agenda Nacional de Saúde e tem suas metas definidas pelo Ministério da Saúde que compreendem diagnosticar 70%

dos casos estimados e curar no mínimo 85% destes casos. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no Plano de Ação 2004-2007, tem por meta a implantação da estratégia DOTS nos 315 municípios prioritários, que representam mais de 70% da incidência da doença no país. Na última década a TB no país apresentou uma tendência de estabilidade, com incidência variando entre 45 e 54/100.000 hab. Em Mato Grosso do Sul a incidência variou de 38 e 50/100.000 habitantes. O município de Corumbá é um dos 77 municípios de Mato Grosso do Sul e designado como prioritário para o PNCT. **Objetivos:** Analisar indicadores de morbidade e mortalidade por tuberculose no município de Corumbá entre 1990 e 2005 e identificar as regiões de maior risco de ocorrência da doença. **Métodos:** Sistemas de informação utilizados: Mortalidade (SIM), Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os dados foram distribuídos segundo as variáveis demográficas, idade, sexo e grupos etários. **Resultados:** O coeficiente de incidência variou de 54 a 113/100.000 habitantes, mais alto que o do estado e do Brasil e em 2005 ocupou o 8º lugar entre os municípios com maior incidência da TB. A incidência foi maior nos bairros Alto, Nova Aquidauana, Vila Popular, Universitário, Guanandy e Vila Pinheiro, que juntos concentraram aproximadamente 60% dos casos registrados nos 3 últimos anos. Entre os indivíduos que adoeceram nos últimos 6 anos, 31% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, seguido do grupo de 35 a 49 anos (24%), somando assim 55% na faixa etária economicamente ativa e predomínio entre o sexo masculino (62%). Nos últimos 10 anos, a taxa de mortalidade entre 2,7 e 13,4/100.000 hab. muito acima da registrada no Brasil e em Mato Grosso do Sul. **Conclusão:** Podemos afirmar que o controle da TB, no município de Corumbá não corresponde à meta do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), seguindo a mesma tendência do país. O desempenho do programa no que se refere aos percentuais de cura de casos novos, em 1999 apresentou um resultado semelhante ao obtido antes da introdução de quimioterápicos. A partir de 2000, houve redução do abandono com menor percentual em 2004 (12,8%). Em relação à mortalidade em Corumbá nos últimos 3 anos, o risco de morrer por TB foi 3 vezes superior ao do Brasil, dado esse que aponta para um retardo no diagnóstico.

PO158 CONTROLE DA TUBERCULOSE NA UNIDADE PENAL RICARDO BRANDÃO (UPRB), PONTA PORÃ-MS, NO PERÍODO DE NOVEMBRO/2004 A SETEMBRO/2005

Queiroz AM¹, Pompilio MA²

1. SES/UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil; 2. UNIDERP, Ponta Porã, MS, Brasil.

Palavras-chave: Ponta Porã; Tuberculose; Unidade prisional

Introdução: UPRB é uma unidade prisional masculina de regime fechado com capacidade para 76 internos, porém em 2004 abrigava 339, com superlotação e dificuldades de infra-estrutura. Equipe de saúde local composta por 1 clínico, 1 odontólogo, 1 aux. enfermagem e 1 farmacêutico. **Objetivos:** Objetivo principal deste trabalho é abordar os meios de controle, diagnóstico e prevenção da tuberculose na Unidade Penal Ricardo Brandão - Ponta Porã/MS, no período de novembro/2004 a setembro/2005. Com base na legislação vigente e nos procedimentos relativos ao controle epidemiológico. **Métodos:** Estudo descritivo com base na revisão de registros de saúde (médico, enfermagem e farmacêutico) da UPRB. **Resultados:** De novembro/2004 a setembro/2005 foram diagnosticados cinco casos de TB (100% pulmonar) recebendo Esquema I com alta por cura. Os métodos diagnósticos empregados foram baciloscopia direta e Raio-X de tórax entre os sintomáticos respiratórios que procuraram o setor de saúde. Todos os casos eram importados (outros Estados), com idade entre 19 e 37 anos. Foram realizadas baciloscopias das amostras de escarro dos comunicantes que eram sintomáticos respiratórios sem confirmação de novos casos. Não há sistema de registro de "livro preto" na UPRB e as notificações são realizadas pelo serviço de VE municipal, que também faz dispensação dos medicamentos. Em caso de paciente bacilífero é oferecido isolamento em cela individual quando possível. Disponibiliza-se material educativo para os internos que buscam atendimento médico ou de outro profissional de saúde. **Conclusão:** O PCT está sendo implantado na UPRB conforme Portaria Interministerial 1777 (9/9/2003) devendo adequar-se com relação à capacitação de recursos humanos e sistema de vigilância epidemiológica local.

PO159 ESTUDO DA PNEUMOCISTOSE EM PACIENTES HIV POSITIVOS NO ESTADO DO MARANHÃO NOS ÚLTIMOS 15 ANOS

Pereira Neto JA, Silva TB, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Pneumocistose; AIDS; Pneumocystis carinii

Introdução: A pneumocistose é uma infecção causada pelo *Pneumocystis carinii* que ocorre predominantemente em pacientes imunodeprimidos. Discute-se, ainda hoje, a posição sistemática desse microorganismo oportunista por excelência. Alguns pesquisadores consideram-no como fungo, outros como protozoário. **Objetivos:** Determinar a prevalência da pneumocistose em pacientes HIV positivos do Estado do Maranhão entre 1990 e 2005. **Métodos:** Estudo retrospectivo a partir de dados cedidos pela Gerência de Qualidade de Vida do Estado do Maranhão (GQV-MA). Foi feito um banco de dados no programa Epi Info 2002, onde a demanda foi analisada. **Resultados:** Do total de 257 casos, 199 (77,43%) eram do sexo masculino e o restante do sexo feminino. A maior parte ocorreu com pessoas da raça parda (14 casos); seguido da raça branca com 4 casos. Quanto à faixa etária 167 casos (64,98%) ocorreram nos adultos de 20 a 34 anos de idade; 71 casos (27,64%) ocorreram na faixa etária de 35 a 49 anos. A maioria dos doentes estudou até a metade do ensino fundamental (91 casos, 35,40%). Quanto à categoria de exposição, 54 pacientes eram heterossexuais (21,02%); 34 eram homossexuais (13,22%); 128 casos (49,80%) não estão classificados quanto a essa variável; 6

pacientes (2,34%) eram usuários de droga e 5 (1,95%) eram hemofílicos. **Conclusão:** Observamos que a maior parte dos casos ocorreu em homens heterossexuais e em pessoas com baixo nível de escolaridade. Pode-se perceber também que a infecção atinge principalmente pessoas em uma faixa etária de vida sexual ativa. É necessário, portanto, uma divulgação mais eficiente da infecção oportunista por parte das autoridades competentes a fim de fazer o diagnóstico precoce, bem como instituir a terapêutica específica.

PO160 FREQÜÊNCIA DA FORMA CAVITÁRIA PULMONAR EM DISTRITO SANITÁRIO DE RECIFE

Cassia Santa Cruz R¹, Rocha TS², Monte ALD³, Torres BS⁴, Castanha MES⁵, Flores MA⁶, Egan MG⁷, Araújo TSS⁸

1,4,5,6,7,8. UFPE, Recife, PE, Brasil; 2,3. Prefeitura de Recife, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Cavidade; Radiografia

Introdução: A formação cavitária é causada pela resposta hiperimune, onde a necrose do tecido pulmonar resulta da liberação de organismos previamente isolados pela reação fibrótica. As cavidades podem ser simples ou múltiplas e podem ter paredes que variam de delgadas e lisas a espessas e nodulares. **Objetivos:** Avaliar a frequência da forma cavitária pulmonar. **Métodos:** No distrito sanitário VI, da Prefeitura da cidade de Recife, foram avaliados pacientes com TB pulmonar, no período de 2004 a 2005, com 69 pacientes, com idade de 15 a 72 anos. **Resultados:** Foram encontradas cavidade em um lobo em 26 (37,6%) pacientes, e em mais de um lobo em 3 (4,3%) pacientes. Condensações parenquimatosas e infiltrados em um lobo foram encontrados em 20 (28,9%) pacientes e 2 lobos ou mais em 16 pacientes (23,1%). **Conclusão:** Em pacientes em quem os padrões radiológicos não mostram o caráter típico da reativação por tuberculose, esfregaço de escarro positivo era notado em apenas 50%. Este estudo vem contribuir ao alertar que apesar dos progressos que vêm se verificando no âmbito do diagnóstico da tuberculose, as lesões radiográficas encontradas são na maior parte das vezes extensa, raramente são lesões mínimas. Isto fala de diagnóstico tardio.

PO161 CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DE CAMPO GRANDE-MS, NO PERÍODO DE 2003

Queiroz AM¹, Pompilio MA²

1. SES/UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil; 2. UNIDERP, Ponta Porã, MS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Campo Grande; Unidade prisional

Introdução: AGEPEN possui oito unidades prisionais em Campo Grande com uma população estimada de internos em 2004. Equipe de saúde se modifica em cada unidade contando com alguns médicos e outros profissionais de saúde. Equipe multiprofissional de ADT/SESAU (Assistência Domiciliar Terapêutica) desde 2001 intensifica as ações de prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Tuberculose em três destes presídios. **Objetivos:** estimar a prevalência da tuberculose em população prisional de regime fechado em Campo Grande; determinar a co-infecção TB/HIV nestas unidades; identificar casos de TBMR. **Métodos:** Sensibilização com gestores do Sistema Prisional, trabalhadores da saúde, agentes penitenciários e servidores administrativos; encaminhamento dos sintomáticos respiratórios para coleta de escarro (pesquisa direta de BAAR e cultura); aconselhamento pré e pós-teste (anti-HIV) de todos os participantes do Projeto; análise estatística. **Resultados:** De novembro/2004 a setembro/2005, foram diagnosticados 56 casos de TB (% pulmonar e % extrapulmonar) recebendo Esquema I com alta por cura. Os métodos diagnósticos empregados foram baciloscopia direta e Raio-X de tórax entre os sintomáticos respiratórios que procuraram o setor de saúde. Todos os casos eram importados (outros Estados), com idade entre 19 e 37 anos. Foram realizadas baciloscopias das amostras de escarro dos comunicantes que eram sintomáticos respiratórios sem confirmação de novos casos. Não há sistema de registro de "livro preto" na UPRB e as notificações são realizadas pelo serviço de VE municipal, que também faz dispensação dos medicamentos. Em caso de paciente bacilífero é oferecido isolamento em cela individual quando possível. Disponibiliza-se material educativo para os internos que buscam atendimento médico ou de outro profissional de saúde. **Conclusão:** O PCT está sendo implantado na UPRB conforme Portaria Interministerial 1777 (9/9/2003) devendo adequar-se com relação à capacitação de recursos humanos e sistema de vigilância epidemiológica local.

PO162 BACILOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE TB EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE RECIFE

Cassia Santa Cruz R¹, Rocha TS², Monte ALD³, Torres BS⁴, Castanha MES⁵, Flores MA⁶, Egan MG⁷, Araújo TSS⁸

1,4,5,6,7,8. UFPE, Recife, PE, Brasil; 2,3. Prefeitura de Recife, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Baciloscopia; Tempo de diagnóstico

Introdução: A tuberculose pulmonar continua a ser uma doença altamente disseminada no mundo, suas características particulares faz dela um diagnóstico nem sempre fácil, dificultando a contenção do seu avanço, retardando o início do tratamento e aumentando a morbimortalidade. **Objetivos:** Avaliar a frequência dos resultados da baciloscopia nos pacientes que iniciam o tratamento para TB pulmonar. **Métodos:** No distrito sanitário VI, da Prefeitura da cidade de Recife, foram avaliados pacientes com TB pulmonar, no período de 2004 a 2005, com 69 pacientes, com idade de 15 a 72 anos. **Resultados:** Em 69 pacientes, realizaram baciloscopia 44 pacientes, dos quais 17 (24,6%) foram +++, 8 (11,5%) ++, e 7 (10,1%) +, 12 (17,3%) tiveram baciloscopia negativa. **Conclusão:** A detecção de casos novos é um dos principais componentes de qualquer programa de saúde pública, inclusive o da tuberculose. Sabe-se que cada doente não descoberto tende a infectar de 10 a 15 pessoas em um ano, sendo que uma ou duas adquirem a doença. Verificamos no nosso estudo que há uma grande parcela de pacientes que iniciam o tratamento empiricamente. A presença de cavidades ou infiltrados alveolares envolvendo três ou mais zonas pulmonares são associadas com escarro positivo em 98%.

PO163 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES, COM TUBERCULOSE, ATENDIDOS EM UM CENTRO DE SAÚDE REFERENCIAL DO ESTADO DO MARANHÃO

Pereira Neto JA, Silva TB, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Perfil epidemiológico; Mycobacterium tuberculosis

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria chamada Mycobacterium tuberculosis. A transmissão ocorre através do ar. Enfermos não tratados costumam eliminar grande quantidade de bactérias no ar ambiente tossindo, falando ou espirrando. Estes micróbios podem ser inspirados por pessoas saudáveis, levando ao adoecimento. Além do pulmão, a doença pode ocorrer em outros órgãos como as meninges (meningite), ossos, rins e etc. **Objetivos:** Pesquisar as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, apresentação clínica e co-infecção com o HIV em 195 pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Saúde do Bairro de Fátima em São Luís-MA. **Métodos:** Foram estudados 195 pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Saúde do Bairro de Fátima em São Luís-MA, no período compreendido entre 1996 e 2005, pesquisando-se as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, apresentação clínica e co-infecção com o HIV. Os dados foram armazenados e analisados no programa Epi-Info 2002. **Resultados:** Dos 195 pacientes atendidos, 87 (44,6%) obtiveram alta por cura comprovada, 31 (15,9%) por cura não comprovada, 27 (13,8%) por abandono do tratamento, 8 (4,1%) por mudança do diagnóstico, 4 (2,05%) por óbito e 3 (1,5%) por falência terapêutica. Foram ignorados 35 casos (18%). **Conclusão:** Houve um predomínio no sexo masculino com ou sem a presença da co-infecção com o HIV, principalmente na faixa etária compreendida entre 15 e 44 anos. Observa-se eficiência médica na suspeição dos pacientes HIV positivos já que nos casos em que foram solicitados os exames, somente uma minoria apresentou resultados negativos.

PO164 SEQÜELA RADIOGRÁFICA APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR E ASSOCIAÇÃO DE ALTERAÇÃO ESPIROMÉTRICA

Cassia Santa Cruz R¹, Rocha TS², Monte ALD³, Torres BS⁴, Albuquerque MFPM⁵, Campelo ARL⁶, Freitas CDP⁷, Loureiro PAC⁸

1,4,5,6,7,8. UFPE, Recife, PE, Brasil; 2,3. Prefeitura de Recife, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Seqüela; Espirometria

Introdução: É sugerido por alguns autores que a medição do tempo para categorizar o retardo no diagnóstico venha a ser um indicador no controle da tuberculose já que sua análise, em última instância, pode sinalizar para as conseqüências negativas, a invalidez e morte. **Objetivos:** Verifica a frequência de seqüela radiográfica após o tratamento da TB pulmonar, e a existência de associação entre a seqüela radiográfica e a disfunção radiográfica. **Métodos:** Estudou-se um total de 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em três unidades de saúde da Região Metropolitana de Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início do tratamento, com graus de extensão das lesões pulmonares classificadas pelo critério da National Tuberculosis Association (NTA). Os pacientes responderam questionário, no início da pesquisa, e foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do tratamento. **Resultados:** O percentual de pacientes com disfunção respiratória foi menor (20,0%) entre os que tinham padrão radiográfico normal e foram mais elevadas (83,3%) entre os que tinham NTA pós com graus II e III, diferença esta que revela associação sendo estatisticamente significante entre disfunção respiratória conforme indica o valor de p (p < 0,05). Quando se analisa a disfunção respiratória segundo a ocorrência de seqüela radiográfica agregando as categorias NTA pós I, II e III ou a ausência de alteração no exame pós-tratamento observa-se que o percentual de pacientes com disfunção foi mais elevado entre os que tinham seqüela radiográfica do que entre os que não tinham (72,1% x 20,0% respectivamente) e comprova-se associação significante (p < 0,05). **Conclusão:** Anormalidades da função pulmonar geralmente são proporcionais à extensão da doença parenquimatosa, elas variam de zero a restrição grave. Na doença fibrótica difusa, o modelo típico é o de redução da capacidade vital, da capacidade pulmonar total, e da capacidade de difusão. Durante o tempo que um enfermo de tuberculose pulmonar não é diagnosticado nem tratado, suas lesões podem progredir e chegar até ao óbito.

PO165 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE COM USO DE FLUOROQUINOLONAS EM PACIENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA: RELATO DE CASO

Benthien F¹, Campagnaro G², Meyer ME³, Olinger AF⁴, José SFA⁵, Rodrigues RP⁶

1,2,3,4. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 5,6. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Atraso no diagnóstico; Fluoroquinolonas

Introdução: As fluoroquinolonas, que são usadas de maneira difundida para o tratamento da pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) têm excelente atividade *in vitro* contra o *Mycobacterium tuberculosis*. Este fato tem trazido preocupação em virtude do atraso no diagnóstico que uma tuberculose erroneamente tratada como PAC poderia causar. Em pacientes em uso de imunossupressores e com pneumopatias de base a associação é ainda mais comum, como no caso de pacientes com esclerose sistêmica em tratamento. **Objetivos:** Relatar um caso de atraso no diagnóstico da tuberculose após uso seqüencial de fluoroquinolonas. **Métodos:** Revisão de prontuário de da literatura na base de dados do pubmed. **Resultados:** Feminina, 23 anos, não-tabagista e sem pneumopatias prévias faz diagnóstico de esclerose sistêmica com acometimento de parênquima pulmonar há 12 meses. Vinha com estabilidade da doença, assintomática respiratória, e em uso de prednisona 40mg dia e ciclofosfamida 75mg dia. Há 2 meses da internação iniciou com tosse produtiva com escarro amarelado, febre vespertina e perda de peso de 5kg. Iniciou uso de levofloxacina 500mg que perdurou por 10 dias. Referiu melhora do quadro respiratório e após 3 semanas reiniciou com mesmos sintomas sendo receitado novamente o mesmo tratamento. Sem melhora desta e agora com dis-

pnéia aos esforços vez procurou especialista que solicitou investigação. Radiograma de tórax sem alteração em relação ao de base. TC de tórax mostrou algumas áreas de fibrose pulmonar e bronquiectasias de tração, mas com novos nódulos centrolobulares subpleurais. A pesquisa de BAAR no escarro e a cultura para *Mycobacterium tuberculosis* foi positiva. Melhora clínica com uso de esquema triplíce. **Conclusão:** O uso de fluoroquinolonas tem sido relatado na literatura como importante causa de atraso no diagnóstico de tuberculose e, como no caso em questão, pode estar entre 15 e 30 dias. Em pacientes com imunossupressão e com pneumopatias de base pode-se prever a importante mudança no desfecho que a ausência do esquema triplíce pode ocasionar nestes casos. Sugere-se embora ainda pouco embasado na literatura que opte-se por esquema alternativo quando houver uma mínima suspeita clínica em pacientes com início de tratamento para PAC.

PO166 BACILOSCOPIAS REALIZADAS EM TRIPLICATAS E CULTURAS DE ESCARRAS DE PACIENTES COM SUSPEITA CLÍNICA TUBERCULOSE PULMONAR

Pedrosa Albarral MI, De Almeida EA, Spada DTA, De Melo FF
Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Métodos diagnósticos; M. tuberculosis

Introdução: A proposta programática de rastreamento da tuberculose pulmonar (TbP) no país é a pesquisa de BAAR no escarro de sintomáticos respiratórios. Para os suspeitos de TbP, recomenda a realização de um exame de escarro no momento da primeira consulta e um novo exame orientando a coleta do primeiro escarro da manhã no retorno. **Objetivos:** Neste estudo avaliamos a contribuição de um terceiro exame e da cultura na seleção de portadores de TbP entre suspeitos examinados numa unidade de referência ambulatorial metropolitana, em São Paulo. **Métodos:** Foram realizados 3 exames baciloscópicos (Ziehl-Neelsen), cultura (Lowenstein-Jensen) de escarro coletados durante a primeira consulta e pela manhã em dois retornos de pacientes com suspeita clínica/epidemiológica de TbP, no período de julho de 2005 a fevereiro de 2006. Foi feita a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por métodos fenotípicos. **Resultados:** Foram analisados 127 suspeitos de TbP no período com cultura positiva em 32 (25,2%) e a baciloscopia em 26 (20,5%), em uma, duas ou três amostras de escarro. Entre os pacientes com cultura positiva a positividade da primeira, segunda e terceira baciloscopias foi de 68,7% (22/32), 78,2% (25/32), 81,2% (26/32), respectivamente. **Conclusão:** Os resultados indicam que no grupo estudado a terceira amostra de escarro para baciloscopia não foi significativa e confirma que a cultura para *M. tuberculosis* é o método de maior sensibilidade, indispensável em uma unidade de referência.

PO167 REPRESENTATIVIDADE DA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR EM UM AMBULATÓRIO ESCOLA DA CIDADE DE MANAUS

Cardoso VM¹, Campos MH², Silva CQ³, Catunda AC⁴, Gaudeano BM⁵, Sardinha AD⁶, Socorro de Lucena Cardoso MD⁷

1, 2, 3, 5, 6, 7. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 4. Centro Universitário Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Acometimento extrapulmonar; Perfil epidemiológico

Introdução: A tuberculose (TB) representa um grave problema de saúde nos países menos desenvolvidos, tornou-se uma doença emergente nos países mais ricos, e um grande desafio para o século XXI. Embora a principal forma clínica seja o acometimento pulmonar, é observado em um terço dos casos o envolvimento de outros órgãos. O presente trabalho justifica a necessidade de delinear um perfil epidemiológico da Tuberculose extrapulmonar (TEP) em um Ambulatório de referência para o tratamento da doença, na cidade de Manaus. **Objetivos:** Estabelecer o perfil epidemiológico da tuberculose extrapulmonar no Ambulatório Araújo Lima nos últimos seis anos. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal com análise retrospectiva. Baseado em dados obtidos a partir dos livros de registro e prontuários dos pacientes atendidos no serviço de tisiologia do AAL, vinculado ao Hospital Getúlio Vargas, durante os anos de 2000 a 2005. Foram incluídos, aqueles que tiveram TEP e iniciaram o tratamento mediante confirmação laboratorial ou histopatológica. **Resultados:** De um total de 585 casos, a tuberculose extrapulmonar foi diagnosticada em 243 (41,5%) pacientes, sendo que 14 (5,7%) apresentavam comprometimento pulmonar concomitante. A TEP predominou na faixa etária de adultos jovens (18-40 anos; 66,4%) e no sexo masculino (56,8%). A TB pleural (46,5%) foi a mais encontrada seguida da ganglionar (21,4%), óssea (16%), mal de pott (4,5%), miliar (3,3%), ocular (2,9%), articular (2,4%), meningite (2,4%) e outras - cutânea, anal, genitourinária, pericárdica, peritoneal e mesentérica (14/243, 5,8%). Quanto ao tratamento 234 (96,3%) fizeram o esquema I, três (1,3%) o esquema II e uma (0,4%) o esquema I reforçado. Em 203 casos (83,5%) ocorreu a cura, 11 (4,5%) óbitos e sete (2,9%) abandonos. As principais comorbidades associadas foram insuficiência renal crônica (6,2%), Diabetes melitos (2,9%), e Hepatite C (0,8%). **Conclusão:** A região norte responde por um grande número de TB notificado no Brasil. Apesar da TEP não apresentar importância epidemiológica quanto ao critério de transmissibilidade, é uma causa de condições limitantes a vida de pacientes assim como de internações hospitalares. Sendo importante conhecer os principais sítios e condições correlacionadas para a correta realização do diagnóstico e tratamento.

PO168 EVOLUÇÃO DO REGISTRO DE CASOS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA REFERÊNCIA AMBULATORIAL NA CIDADE DE SÃO PAULO, 1995 A 2004

Guimarães Savioli MT, Neto JI, Brito VM, Couto RD, De Almeida EA, Spada DTA, Almeida JT, De Melo FF

Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Micobacterioses; Micobactéria não tuberculosas

Introdução: Estaria a incidência das micobacterioses (MCB), doenças provocadas por micobactérias não tuberculosas (MNT) aumentando ou melhoraram os recursos diagnósticos

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

capazes de evidenciá-las? Tentando responder esta questão, realizamos uma revisão de sua incidência no Instituto Clemente Ferreira (ICF), referência ambulatorial de tuberculose (TB) e pneumopatias na cidade de São Paulo. **Objetivos:** Analisar o comportamento histórico da incidência de MCB em uma unidade de referência. **Métodos:** Revisão de MCB registrados no ICF no período de 1994 a 2004, identificando a origem dos mesmos, tipos de MNT, formas da doença, antecedentes, associações com condições imunossupressoras, evolução com tratamento. A identificação foi basicamente por métodos bioquímicos (fenotípicos), sendo que nos anos de 2003 e 2004, estes foram comparados com sondagem genética. **Resultados:** Registrados 78 pacientes portadores de MNT no período, destes 42 (54%) foram identificados no ICF e 36 (46%) encaminhados já identificados, alguns confirmados no Serviço. Excluindo o ano de 2002, em que o laboratório passou por dificuldades técnicas, observase um nítido aumento de registro a partir do ano de 1999, de 4 para 10 e 9 nos anos de 2003 e 2004. Quanto às espécies, as mais frequentes foram: *Mycobacterium kansasii* (44-56%), *M. avium* (15-19%) e *M. chelonae* (7-9%), algumas associadas, especialmente o *M. kansasii* com o *M. tuberculosis* (5 casos). A forma pulmonar foi amplamente predominante com 73 (94%) casos (associações em 3). Antecedentes de TB em 25 (32%) a maioria entre os com *M. kansasii*. Sorologia para HIV realizado em 38 com cerca de um quarto reagentes (9/45 = 20%). O abandono foi de 17% (13/78) e o óbito de 8% (6/78). Quanto ao tratamento observou-se entre os casos de *M. kansasii* 58% (25/43) de cura, sendo quase 40% (17/43) com drogas usuais. **Conclusão:** Para os casos registrados, há indícios de aumento do número de casos. Este pode estar relacionado à melhora do diagnóstico, interferência da pandemia HIV e como foi observado em outros países, aumento relativo devido ao controle da TB (alterações ecológicas entre as micobactérias?). Predomínio da forma pulmonar pode ser explicado pela natureza do Serviço. A cura do *M. kansasii* com drogas usuais sugere que sua ocorrência seja mais frequente num país que trata com E1 ou E1R pacientes com baciloscopia positiva sem identificação da micobactéria.

PO169 DUAS RARAS DOCUMENTAÇÕES SEQUENCIAIS DA RADIOLOGIA TORÁCICA DE DOIS TIPOS DE EVOLUÇÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR COM O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO (TUBERCULOMA E ATELECTASIA LOBAR TOTAL)

Fiuza de Melo FA, Rodrigues DS, Pereira Jr SB, Ribeiro Medici LF

Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Radiologia torácica; M. tuberculosis

Introdução: O conhecimento da evolução radiológica com o tratamento quimioterápico da tuberculose pulmonar (TbP), pode constituir um importante instrumento para especialistas, na avaliação da terapia instituída; além de identificar seqüelas pulmonares da TbP capazes de interferir no estado de saúde do paciente tratado com cura. **Objetivos:** Apresentar duas raras documentações sequenciais de radiologias torácicas de TbP, apresentando a evolução do RX convencional do diagnóstico até a cura, em pacientes tratadas com esquema quimioterápico, em uma referência ambulatorial. **Métodos:** Os presentes casos foram destacados de um arquivo documental educativo sobre imagens da TbP, em organização no Serviço. A primeira registrando a formação de um tuberculoma a partir da cavidade inicial e a segunda uma atelectasia total do lobo superior D. **Resultados:** Caso 1 - S.T, sexo feminino, 51 anos, descendente de asiáticos, solteira, digitadora. Portadora de diabetes, uso regular de glibenclamida, tabagista (18 anos/maço). Há 12 meses dor torácica contínua, há 6 sudorese noturna, há 2 tosse seca depois produtiva com secreção mucosa. Perda de 12kg/12 meses. RX de tórax inicial com cavidade em topografia de segmento superior do LID. PPD = 15mm, escarro direto e cultura positivos para o *M. tuberculosis* (identificação fenotípica). Inicia E-1/MS (RHZ), negatizando o escarro (direto e cultura) nos primeiros 3 meses. Apresenta cultura de escarro positiva no 4º, direto (5 bacilos na lâmina) e cultura em meio automatizado (BACTEC-MGIT.960) no 5º mês, com diabete descompensada. TS (método das proporções) no 5º mês mostrou resistência a H e Z, não reconhecidas por serem consideradas transitórias. Introduzido insulina e prolongado a dupla RH para 9 meses, volta a negatizar o escarro, direto e cultura, evoluindo clínica e radiologicamente bem. Controle com 3 meses após a alta, mantinha-se bem, RX inalterado, escarro negativo. Caso 2 - D.R.F., sexo feminino, 22 anos, não branca, solteira, desempregada. Tratamento anterior para TbP, com contatos positivos intradomiciliares (2 irmãos), em 2003, usando E-1/MS com alta cura. Quatro meses depois, novamente sintomática, com tosse produtiva, PPD = 15mm, escarro e cultura positivos para *M. tuberculosis* (identificação fenotípica). TS sem resistência às drogas usuais. Inicia E-1R, retirando a Z por grave intolerância digestiva. Evolui para cura com melhora clínica, ausência de escarro e regressão radiológica das lesões. Atelectasia total do lobo superior D no final do tratamento com cura, como vista na evolução radiológica sequencial. **Conclusão:** Atualmente pouco se escreve sobre a evolução radiológica e a percentagem de seqüelas pulmonares da TbP, anatômicas e funcionais. O conhecimento desta evolução durante e após a terapia é um importante instrumento de avaliação do próprio tratamento e dos problemas que podem gerar as seqüelas para a saúde do paciente agora curado. Foi com esta visão que apresentam casos.

PO170 PANICULITE POR MYCOBACTERIUM KANSASII RELACIONADA A PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Fiuza de Melo FA, De Almeida EA, Spada DTA

Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: M. Kansasii; Paniculite; Micobacterioses

Introdução: Observações iniciais parecem indicar um aumento do registro de micobacterioses (MCB) no Instituto Clemente Ferreira, referência ambulatorial para tuberculose na cidade de São Paulo. Este aumento pode resultar de uma melhora no diagnóstico, influências da pandemia de HIV ou outras razões. **Objetivos:** Apresentar um caso de paniculite por *Mycobacterium kansasii* que pode representar uma nova razão para a ocorrência de MCB.

Métodos: Relato de caso de paciente atendida no Instituto Clemente Ferreira que foi subme-

tida a procedimento cirúrgico estético com evolução para paniculite por *M. kansasii*. **Resultados:** Paciente de 27 anos, branca, solteira, realizou cirurgia plástica e lipospiração em abdome após parto. Na evolução apresentou diversas lesões supurativas que se prolongaram por quase dois anos. Usou antibióticos de largo espectro e realizou curativos com instrumental imerso em hipoclorito, sem melhora. Biópsia de uma das lesões revelou no anatomopatológico granuloma com caseose. O RX de tórax era normal e o PPD foi de 15mm. Aspirado exsudativo de uma das lesões com presença de BAAR no exame direto, teve cultura positiva para micobactéria não tuberculosa (MNT), identificada como *M. kansasii*. Esquema 1/MS (RHZ) iniciado antes do resultado da identificação da micobactéria foi modificado, após a mesma, para uma associação de rifampicina, etambutol, claritromicina usado por 12 meses. Apresentou boa evolução com regressão das lesões, permanecendo seqüelas queloidianas, retráteis e hiperpigmentadas que melhoraram com o passar do tempo, acabando por fazer novas intervenções estéticas, inclusive de mamas. **Conclusão:** Além de estabelecer a possibilidade de transmissão de MNT por material cirúrgico e de curativos contaminado, o caso alerta para os cuidados nos procedimentos estéticos e revela a necessidade de controles de biossegurança rigorosos em clínicas de cirurgia plástica. Considere-se a contaminação de instrumental usado em curativos, desinfetados em banhos de hipoclorito e a resistência das micobactérias a este desinfetante, sendo o provável mecanismo de transmissão do *M. kansasii* no caso apresentado.

PO171 RELATO DE CASO. É COMUM ESTENOSE BRÔNQUICA LOGO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Araújo JV¹, Abreu AP², Sousa ALGB³

1. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil; 2,3. Hospital Geral de Roraima, Boa Vista, RR, Bélgica

Palavras-chave: Tuberculose; Estenose; Complicações

Introdução: As complicações decorrentes da tuberculose são bem conhecidas podendo ser parenquimatosas, pleurais, vasculares ou aéreas. Neste último grupo encontra-se a estenose brônquica que se divide por sua vez em estenose por compressão extrínseca ou endobrônquica. Tal estenose quando acomete o brônquio principal leva a atelectasia tendo a broncofibroscopia o principal instrumento diagnóstico. **Objetivos:** Revisar a literatura sobre as complicações menos comuns da tuberculose tendo em vista a importância e a necessidade de reforçar a possibilidade desta ocorrência em nosso meio. **Métodos:** Levantamento bibliográfico nos bancos de dados eletrônicos. Realizou-se também pesquisa manual, entre as referências bibliográficas dos trabalhos selecionados. **Resultados:** Uma paciente do sexo feminino, de 20 anos, parda, natural de Roraima, foi atendida no ambulatório de Pneumologia com tosse produtiva e perda ponderal há três meses. Após investigação clínica e laboratorial foi diagnosticada tuberculose pulmonar positiva sendo realizado esquema I (RIP) por seis meses regularmente. Ao final do tratamento, após ter apresentado boa evolução clínica e radiológica, apresentou episódio súbito de dor torácica, sem outros sintomas. O exame físico era normal, com exceção da ausculta pulmonar na qual o murmúrio vesicular encontra-se bastante diminuído no hemitórax direito (HTD). A radiografia de tórax demonstrou opacidade homogênea de todo o HTD com desvio da traquéia e mediastino ipsilateral. A Tomografia computadorizada de tórax apresentava atelectasia de todo o pulmão direito. Após exames de imagem, uma broncoscopia foi realizada e evidenciou estenose concêntrica total do brônquio principal direito sendo o resultado anatomopatológico: processo inflamatório inespecífico. Foi encaminhada para cirurgia torácica em outro estado, pois não dispomos de cirurgião torácico em Roraima, para possível realização de broncoplastia ou dilatação brônquica, porém a equipe cirúrgica optou por não realizar cirurgia. **Conclusão:** A estenose traqueobrônquica como complicação da tuberculose pode ser causada por processo inflamatório granulomatoso na parede traqueobrônquica ou por pressão extrínseca por linfonodos peribrônquicos aumentados. O envolvimento endobrônquico ocorre em aproximadamente 2 a 4% dos pacientes com tuberculose pulmonar, sendo o brônquio principal esquerdo o mais acometido. Estes índices englobam sobretudo pacientes que possuem complicações pulmonares tais como: Bronquiectasia, destruição e cicatrização pulmonar secundárias a pneumopatias diversas. A paciente em questão mostra-se de forma diferente por ter a apresentação estenose brônquica logo após o término do tratamento e na ausência de seqüelas pulmonares.

CIRURGIA TORÁCICA

PO172 ANÁLISE DO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE POR SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA NO HC - FMB - UNESP

Cataneo DC¹, Hasimoto EN², Cataneo AJM³

1,3. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hiperidrose palmar; Simpatectomia toracoscópica; Toracoscopia

Introdução: Hiperidrose, por definição, é a secreção excessiva de suor. A etiologia é desconhecida e autores têm demonstrado que em alguns casos está relacionada à hereditariedade. Não se tem provado qualquer transtorno ao nível das glândulas sudoríparas e se crê que, há algum tipo de transtorno ao nível do sistema nervoso simpático. Ocorre em cerca de 1% da população sendo mais freqüente na Ásia, Israel e no Brasil, e menos na América do Norte. Existem vários tratamentos para a hiperidrose, como uso de cremes adstringentes, medicamentos, aplicação de botox e a iontoforese, mas o único tratamento definitivo é o cirúrgico. Entre as opções cirúrgicas, a simpatectomia torácica videotoracoscópica é a mais simples, rápida, segura e efetiva. **Objetivos:** Avaliar os pacientes portadores de hiperidrose, submetidos a simpatectomia videotoracoscópica, atendidos no Serviço de Cirurgia Torácica do HC da FM Botucatu - UNESP do ano de 2001 a 2006. **Métodos:** Análise do prontuário avaliando idade, sexo, local de acometimento da doença, nível seccionado da cadeia simpática, complicações e

satisfação, além de entrevista com aplicação do questionário de qualidade de vida após a cirurgia. **Resultados:** No período de julho de 2001 a julho de 2006, foram operados 182 pacientes, com idade de 11 a 54 anos ($x = 23$), sendo 126 do sexo feminino (70%). O local mais acometido foi palmar (89%), sendo somente 8 puros, em segundo, o plantar (79%), não havendo nenhum puro. Dos 61% com comprometimento axilar, 15 eram puros. Dos 6% crânio-faciais, 2 eram puros. A técnica cirúrgica empregada segundo o local comprometido antes de março de 2003 foi: secção de T2-3 em hiperidrose palmar e palmo-axilar e T2-4 em palmo-axilo-plantar. Após este período foi T2 em crânio-facial, T3-4 em palmar e palmo-axilar, T3-5 em palmo-axilo-plantar. As complicações aconteceram em 11 dos casos, sendo 5 intra-operatórias: fistula pleuropulmonar (3), conversão unilateral por aderências extensas (1), suspensão da cirurgia por paquipleuris (1); 5 pós-operatórias imediatas: lesão transitória do plexo braquial pelo posicionamento (3), nevralgia intercostal (1), quilotórax (1) e 1 pós-operatórias tardias: recidiva bilateral após 3 meses (1). A hiperidrose reflexa, de leve intensidade, ocorreu em 90% dos casos, sendo mais freqüente em tronco, seguido de abdome e pernas. O questionário de qualidade de vida após a cirurgia mostrou que 96% dos pacientes referiam estar melhor ou muito melhor após a cirurgia, 1% referiam não haver mudança e 3% referiam piora. **Conclusão:** Apesar de segura, a técnica videotoracoscópica para tratamento da hiperidrose não é isenta de complicações. A grande maioria dos pacientes está satisfeita com os resultados da cirurgia, mas deve ser feita uma triagem adequada para que a sua indicação seja correta. Em resumo, a simplicidade da técnica e os bons resultados obtidos não excluem a necessidade da sua realização pelo especialista.

PO173 CORIOCARCINOMA PULMONAR

Cataneo DC¹, Baida RL², Michelin OC³, Maestá I⁴, Ruiz Jr RL⁵, Cataneo AJM⁶

1,5,6. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Torácica do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Serviço de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 4. Centro de Doenças Trofoblásticas do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Coriocarcinoma; Pulmão; Cirurgia

Introdução: O coriocarcinoma é uma proliferação maligna das células de Langerhans e das células sincitiotrofoblásticas secretoras de B-hCG, normalmente situadas no trato genital feminino após gestação à termo, molar, ectópica ou aborto. Ocorre raramente em ambos os sexos como uma lesão mediana em retroperitônio, mediastino e glândula pineal. Na literatura há cerca de 20 casos de coriocarcinoma primário dos pulmões. A origem do tumor nesse sítio é desconhecida, mas há várias teorias como da metástase de tumor gonadal primário com regressão espontânea ou da diferenciação ou metaplasia trofoblástica de um tumor de pulmão primário e mesmo da migração anômala de células germinativas durante a fase embrionária. A apresentação clínica pode ser muito variada, com hemoptise recorrente, dor torácica, tosse e, em homens, sinais de feminilização como ginecomastia, perda da libido e atrofia testicular. Metástases à distância podem ocorrer em pulmões, cérebro e fígado. As características que marcam a Síndrome do Coriocarcinoma são: sangramento da lesão e elevação sérica de B-hCG, que também é um fator diagnóstico, de prognóstico e muito útil no seguimento. O prognóstico, quando de origem gestacional, é bom, se associada a ressecção à quimioterapia. À radioterapia, o tumor não é responsivo. **Objetivos:** Relatar um caso de coriocarcinoma pulmonar. **Métodos:** Avaliação da história prévia, diagnóstico, cirurgia, exame histopatológico e evolução, através do prontuário. **Resultados:** Mulher de 28 anos, apresentou gestação molar tratada e com regularização dos níveis de B-hCG. Após 3 anos teve parto cesárea de criança à termo e 1 ano de amenorréia induzida desde o puerpério por depoperação. Realizou teste rápido de gravidez, positivo, foram solicitados B-hCG quantitativo (52.000mIU/ml), US pélvico e Rx de tórax que evidenciou a presença de radiopacidade em terço médio de hemitórax direito. À TC de tórax visibilizou-se uma massa de 10x9cm em lobo inferior direito (LID), que à punção diagnosticou-se tumor trofoblástico epitelioide. Foi iniciado tratamento quimioterápico por 15 meses, com queda importante do B-hCG, no entanto ao Rx de tórax de controle ainda havia uma imagem radiopaca em LID, medindo 3x3,5cm. No serviço de origem foi optado por não ressecção, mas houve aumento da massa pulmonar e dos valores de B-hCG, quando então foi encaminhada ao nosso serviço. Foi realizada lobectomia inferior direita com linfadenectomia mediastinal sistemática. O anatomopatológico e a análise molecular, confirmaram o diagnóstico de Coriocarcinoma Pulmonar de origem gestacional, sem comprometimento linfonodal. A paciente evoluiu bem e após 2 semanas da ressecção, o B-hCG já encontrava-se em níveis normais. **Conclusão:** Neste caso, houve confirmação da origem gestacional do coriocarcinoma primário do pulmão, confirmada por genética molecular e a paciente permanece em regime quimioterápico sem elevação do B-hCG.

PO174 SARCOMA FIBROMIXÓIDE DIAFRAGMÁTICO

Cataneo DC¹, Pereira RSC², Hasimoto EN³, Baida RL⁴, Lhanos JC⁵, Mínois JG⁶, Cataneo AJM⁷

1,7. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Curso de Pós-Graduação em Bases Gerais da Cirurgia - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 4. Residência em Cirurgia Torácica do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 5,6. Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoma; Diafragma; Cirurgia

Introdução: Os sarcomas primários do tórax são tumores raros encontrados em adultos jovens entre a terceira e quinta décadas de vida, com discreto predomínio pelo sexo masculino. O sarcoma fibromixóide de baixo grau é uma neoplasia de tecidos moles de crescimento lento, mais comum em membros inferiores e retroperitônio, sendo rara em outras localizações. O diagnóstico diferencial é feito com tumores benignos como o neurofibroma mixóide, tumores de malignidade intermediária e outros sarcomas como o lipossarcoma de células fusiformes,

mas há grande dificuldade de fazê-lo unicamente através de métodos de imagem. Apesar de manifestarem-se como grandes massas heterogêneas, também podem ser encontrados como nódulos pulmonares solitários, tumores endobrônquicos centrais e massas intraluminais nas artérias pulmonares. A macroscopia mostra grandes massas com margens bem definidas, circunscritas e de aparência fibrosa. Histologicamente há áreas fibróides e mixóides de tamanhos variáveis, discreta a moderada celularidade e células fibroblásticas fusiformes, com ou sem pleomorfismo nuclear e poucas figuras mitóticas. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor primário, bem como das recidivas e das metástases que geralmente ocorrem antes de 2 anos. A quimioterapia e radioterapia parecem não mudar o curso da doença. **Objetivos:** Relatar um caso de sarcoma fibromixóide. **Métodos:** Avaliação do quadro clínico, diagnóstico, tratamento, exame histopatológico e evolução, através do prontuário. **Resultados:** Mulher, 36 anos, moradora de zona rural de Minas Gerais. Iniciou quadro de dor em hemitórax esquerdo (HTE), tendo procurado o serviço médico de sua cidade onde foi realizada uma radiografia de tórax que evidenciava uma radiopacidade homogênea em base de HTE. Após 2 tentativas de biópsia (bx) guiada por tomografia de tórax (TC), sem resultados conclusivos, a paciente nos foi encaminhada. A TC evidenciava uma massa heterogênea de 22x17cm, com áreas de necrose e pontos de calcificação, em base de HTE, com intenso realce à injeção de contraste, projetando-se para hipocondrio esquerdo. O resultado da bx foi de Neoplasia Mesenquimal de células fusiformes de baixo grau. Realizada laparotomia mediana com ressecção de baço, segmento gástrico e rim esquerdo, invadidos pelo tumor, bem como de nódulo em hilo hepático; ampliada a incisão abdominal sob diafragma, esterno e 7º espaço intercostal e ressecados o diafragma e metástases pleurais regionais. O exame anatomopatológico evidenciou um sarcoma fibromixóide diafragmático de baixo grau com desdiferenciação de alto grau, medindo 22x17x13cm. No pós-operatório a paciente evoluiu bem, com alta hospitalar em 7 dias e após 8 meses de cirurgia, quimioterapia e radioterapia apresenta múltiplos pequenos nódulos pleurais e peritoneais, ainda sem clínica. **Conclusão:** O tumor descrito tem aparência benigna, no entanto, comportamento clínico agressivo, visto que havia metástases em pleura e peritônio e mesmo após ressecção, quimioterapia e radioterapia, continuam a crescer.

PO175 LIPOSSARCOMA MEDIASTINAL GIGANTE

Cataneo DC¹, Baida RL², De Faveri J³, Ruiz Jr RL⁴, Cataneo AJM⁵

1,4,5. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Torácica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil. **Palavras-chave:** Mediastino; Tumores do mediastino; Lipossarcoma

Introdução: Sarcomas originários do mediastino são raros, constituindo 0,1 a 2,7% de todos os sarcomas de partes moles. O lipossarcoma é o sarcoma mais comum de partes moles, com incidência de 9,8% a 16%. Comumente cresce no retroperitônio, podendo envolver outras estruturas vizinhas, como a região inguinal, fossa poplíteia, membros e trato geniturinário. Lipossarcomas mediastinais primários são raros e pouco mais de cem casos foram reportados na literatura. Sua origem é do tecido mesenquimal primitivo residual do mediastino. Há autores que acreditam em uma degeneração maligna de um lipoma mediastinal. Predomina no sexo masculino, e a idade média de diagnóstico é com 50 anos. A clínica é compressiva pulmonar com tosse, dispnéia, derrame pleural e dor torácica. Tem crescimento insidioso, podendo invadir a cavidade pleural, sem haver sintomas. O diagnóstico diferencial se faz com outros sarcomas, e o completo estadiamento torácico deve ser feito para avaliar a ressecabilidade, invasão de vasos mediastinais e da parede torácica. A raridade da patologia torna difícil a avaliação do prognóstico e sobrevida, no entanto, ambos são relacionados à completa ressecção, pois os tratamentos quimioterápicos e radio-terápicos são ineficazes. **Objetivos:** Relatar um caso de lipossarcoma mediastinal gigante. **Métodos:** Avaliação do quadro clínico, diagnóstico, tratamento e evolução através do prontuário. **Resultados:** Mulher de 45 anos, procedente do Paraná. Referia há 6 anos ter iniciado quadro de tosse seca com piora progressiva, acompanhada de dispnéia aos mínimos esforços e perda de peso não calculada. Após intensa piora do quadro, procurou serviço médico e nos foi encaminhada. Ao exame físico de entrada apresentava tiragem de fúrcula, diminuição de expansibilidade e murmúrio abolido em hemitórax esquerdo (HTE). Foi realizada radiografia de tórax (Rx) que mostrava uma radiopacidade homogênea em todo HTE, desviando o mediastino para a direita. À tomografia de tórax (TC) foi visualizada uma grande massa em HTE, com densidade e aspecto de gordura e sem realce à injeção de contraste, além de colapso total compressivo do pulmão esquerdo e da aorta torácica. A biópsia guiada por TC teve resultado de fragmentos de tecido adiposo sem atipias. Foi então optado pela ressecção da massa. Realizada toracotomia clássica esquerda, na abertura da cavidade já foi visibilizada a massa, que não apresentava aderências em parede, com pedículo mediastinal, clampeado e ligado. A cirurgia foi simples, rápida e sem intercorrências, tendo o pulmão esquerdo expandido totalmente após a retirada da massa. O anatomopatológico foi de Lipossarcoma mediastinal bem diferenciado. A Rx pós-operatório mostrava o pulmão esquerdo ventilado, sem sinais de edema de reexpansão, mas a paciente apresentou hipotensão não responsiva a volume ou drogas, evoluindo para o óbito 12 horas após o término da cirurgia. **Conclusão:** Apesar de não haver sangramento, nem edema de reexpansão, a retirada desse tumor gigante foi letal para o paciente.

PO176 TRATAMENTO VIDEOTORACOSCÓPICO DA SD. DO DESFILADEIRO TORÁCICO

Nálio Matias Faria CM, Cury FA, Nietman H, Filipe FMR
FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: SD do desfiladeiro torácico; Ressecção da primeira costela; Videotoracoscopia

Introdução: A síndrome do desfiladeiro torácico é de fenômeno compressivo do plexo braquial e/ou vasos subclávios. Estas estruturas atravessam um estreito denominado Canal J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

Cervicoaxilar, que pode comprimir seu conteúdo em determinadas situações. As estruturas que comprimem, muitas vezes, são difíceis de ser identificadas individualmente como responsáveis, mas estão entre: clavícula; processo coracóide associado ao tendão do m. peitoral menor; primeira costela; ligamento costoclavicular; m. subclávio; m. escaleno médio; m. escaleno anterior; processo vertebral transversário; costela cervical; O tratamento é inicialmente conservador com remoção do fator desencadeante, como é o caso de correção das posturas inadequadas ao dormir. Segue-se fisioterapia e em caso de insucesso o tratamento cirúrgico. A ressecção da primeira costela é a urgência de escolha e tem as abordagens axilares ou videotoracoscópicas como as opções mais popularizadas na atualidade. **Objetivos:** Relatar a experiência do serviço de cirurgia torácica da faculdade de Medicina de São José do Rio Preto em tratamento videotoracoscópico na Sd. do desfiladeiro torácico (TVSD), e demonstrar a técnica empregada através da filmagem de um procedimento. **Métodos:** Trabalho retrospectivo com revisão de prontuários dos pacientes submetidos aos procedimentos em questão, avaliando-se indicações, resultados e complicações. Realizamos a documentação cinematográfica da última cirurgia realizada. **Resultados:** Foram realizadas seis TVSD de abril de 2002 a maio de 2006 em cinco pacientes (um caso foi realizado ressecção bilateral). Três pacientes do sexo feminino e dois masculinos com idades entre 28 e 47 anos e média de 38. Duas ressecções do lado direito e quatro à esquerda. Três cirurgias tiveram indicações baseadas em diagnósticos vasculares e três procedimentos foram indicados por sintomas neurais. Todos foram submetidos a TVSD. Não foi necessária a drenagem torácica pós-operatória em nenhum caso. A melhora clínica foi alcançada na totalidade. O tempo de internação variou entre 3 e 4 dias e não houve complicações. **Conclusão:** A experiência preliminar em TVSD em nosso serviço demonstrou-se eficaz e de baixa morbidade. Consideramos a necessidade de estatística mais significativa para conclusões seguras. Com a experiência atual os dados apresentados nos tornam defensores e propagadores desta técnica.

PO177 ESTENOSE TRAQUEAL SECUNDÁRIA A REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Medeiros IL, Terra RM, Minamoto H, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Refluxo gastroesofágico; Tratamento clínico

Introdução: A estenose traqueal idiopática é uma doença rara caracterizada por estenose cicatricial inflamatória ao nível da cricóide e traquéia alta que acomete, principalmente, mulheres de 20 a 50 anos. O diagnóstico depende da exclusão de causas identificáveis de estenose, como lesão pós-intubação, trauma, infecções e colagenoses (granulomatose de Wegener, esclerodermia). Recentemente, alguns autores têm tentado correlacionar refluxo gastroesofágico (DRGE) como fator etiológico em alguns destes casos. **Objetivos:** Relatar caso clínico conduzido inicialmente como estenose traqueal idiopática, definindo-se depois como estenose secundária a DRGE. **Métodos:** Revisão de prontuário. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresentava dispnéia aos esforços há 2 anos. Relata que o quadro piorou há 6 meses quando passou a apresentar dispnéia aos mínimos esforços, ortopnéia e coragem. Não tinha antecedentes de intubação orotraqueal, trauma cervical, infecções (tuberculose, histoplasmoses), colagenoses e/ou vasculites. O exame físico revelava uma paciente obesa (IMC 36kg/m²) com estridor laríngeo. Realizou broncoscopia e TC de traquéia que mostraram estenose na transição cricotraqueal acometendo a cartilagem cricóide com 25mm de extensão e 6mm de diâmetro. A biópsia da área de estenose mostrou metaplasia escamosa focal com fibrose e hialinização do córion. A pesquisa de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) foi negativa. Durante seu acompanhamento ambulatorial foi submetida a quatro dilatações endoscópicas, apresentando melhora transitória dos sintomas, voltando a ter dispnéia após um intervalo de tempo variável (2 a 12 meses). Antes de ser submetida a qualquer procedimento cirúrgico, realizou pHmetria de 24 horas, que revelou DRGE em níveis patológicos, no período em decúbito horizontal (refluxo patológico supino), além de refluxo supraesofágico (faringolaringeo). Iniciou tratamento clínico para DRGE com omeprazol 40mg/dia, bromoprida 30mg/dia e medidas comportamentais, tais como, perda de peso, dieta, elevação de decúbito etc. Repetiu a pHmetria após 6 meses que demonstrou ausência de refluxo patológico. Desde o início do tratamento para o refluxo (06/2003) até seu último retorno de rotina (06/2006), a paciente permaneceu assintomática e sem necessidade de dilatações. Realizou nova TC de traquéia que mostrou leve estenose em subglote (10,4 x 10,6mm). **Conclusão:** A paciente do caso apresentava várias características que nos conduziram à hipótese de estenose traqueal idiopática: mulher, quarta década, estenose alta, ausência de intubação prévia, ANCA negativo. No entanto, apesar de não apresentar pirose e regurgitação, a paciente tinha DRGE acentuado, como evidenciado na pHmetria. A boa resposta ao tratamento clínico confirma que a paciente tinha uma lesão laringotraqueal secundária ao refluxo e foi evitado o tratamento cirúrgico.

PO178 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: ESTÁ ASSOCIADA A MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS EM MEDIASTINOSCOPIA?

Terra RM, Mariani AW, Fernandez A, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Mediastinoscopia; Complicações; Síndrome de veia cava superior

Introdução: Síndrome de Veia Cava Superior (SVCS) acomete pacientes com gravidade e tem uma ampla gama de diagnósticos diferenciais. Por conta da gravidade e urgência do quadro, requer métodos diagnósticos acurados e com baixo índice de complicações. A mediastinoscopia é uma boa opção para o diagnóstico de lesões mediastinais, porém frequentemente questionamos os seus riscos nos casos de hipertensão venosa, principalmente por conta da estase, o que poderia aumentar o risco de sangramento. **Objetivos:** Avaliar a hipótese de que SVCS seja fator de maior risco para complicações em pacientes submetidos a mediastinoscopia. **Métodos:** Estudo de coorte histórica, incluindo os pacientes submetidos a mediastinoscopia cervical no período de 1994 a 2004. Os casos foram divididos em 2 grupos: SVCS e não-SVCS. Pacientes eram considerados portadores de SVCS quando apresentavam sinais clínicos e radiológicos compatíveis com hipertensão venosa do território superior (edema facial e de MMSS, circulação colateral visível e imagem tomográfica com-

patível com obstrução extrínseca da VCS). Foram revistas as complicações intra e pós-operatórias em ambos os grupos e os resultados comparados através do teste exato de Fisher. **Resultados:** Dos 152 pacientes analisados encontramos 98 homens, 54 mulheres, com uma média de idade de 55,3 (\pm 17,7) anos. Os diagnósticos mais frequentes foram: neoplasia pulmonar (58 casos), tuberculose (20 casos), sarcoidose (19 casos), linfoma (17 casos). O grupo SVCS apresentou 17 pacientes e o grupo não-SVCS 135. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao sexo, idade e diagnóstico benigno ou maligno. No grupo SVCS encontramos 1 (5,9%) complicação intra-operatória (laceração de traquéia) e nenhum óbito relacionado ao procedimento. No pós-operatório este grupo apresentou 3 (17,6%) complicações (1 infarto do miocárdio e 2 pneumonias bacterianas). No grupo não-SVCS identificamos 10 (7,4%) complicações intra-operatórias (2 hemorragias graves, 6 hemorragias menores, 1 pneumotórax e 1 laceração parcial da traquéia), 10 (7,4%) complicações pós-operatórias (3 infecções de ferida, 2 pneumonias 1 infarto do miocárdio, 1 crise miastênica, 1 hematoma e 1 paciente com sepse) e 1 óbito por tamponamento cardíaco. Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$) quando comparados os números de complicações intra-operatórias (RR = 0,79; IC95% = 0,03-5,23) e pós-operatórias (RR = 2,38; IC95% = 0,53-8,07). **Conclusão:** A mediastinoscopia mostrou ser um método seguro com 1,97% complicações graves e mortalidade de 0,6%. Não observamos diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A maior tendência a complicações pós-op. observadas pode ser explicada por maior gravidade dos casos SVCS. Concluímos que o paciente com SVCS não tem maior risco de complicações que o pacientes que não se apresentam com a síndrome.

PO179 VALOR DA MEDIASTINOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE AFECÇÕES MEDIASTINAIS

Terra RM, Andrade Neto JD, Fernandez A, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: mediastinoscopia; Diagnóstico; Afecções mediastinais

Introdução: Desde que Carls, em 1959, descreveu o procedimento, a mediastinoscopia é empregada no diagnóstico de afecções mediastinais. Entretanto, poucos trabalhos na literatura avaliaram a mediastinoscopia como método diagnóstico, a grande maioria das séries versa sobre complicações e seus fatores preditores ou sobre sua validade para estadiamento das neoplasias pulmonares. **Objetivos:** Determinar o valor da mediastinoscopia no diagnóstico de afecções mediastinais. **Métodos:** Estudo de Corte Transversal baseado em dados de prontuário de pacientes submetidos à mediastinoscopia para o diagnóstico de lesões mediastinais (massa tumoral ou linfonodomegalia $>$ 1cm no seu menor eixo), cujo diagnóstico não foi estabelecido por métodos menos invasivos. Os resultados anatomopatológicos obtidos pelo método foram comparados com o diagnóstico definitivo (obtido por outros métodos invasivos ou seguimento clínico por 2 anos) e com a suspeita clínica pré-operatória. Foram calculados a Sensibilidade (S), Especificidade (E), o Valor Preditivo Positivo (VPP), o Valor Preditivo Negativo (VPN) e avaliadas as complicações do método. **Resultados:** Foram identificados 119 pacientes, dos quais 4 foram excluídos por registros incompletos. Dos 115 casos incluídos, 74 eram homens e 41 mulheres com idade média de 52 (\pm 17,5) anos. A mediastinoscopia estabeleceu o diagnóstico definitivo em 107 casos, nos outros 8 casos o diagnóstico obtido à mediastinoscopia não foi compatível com o diagnóstico definitivo do paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: tuberculose (19 casos), câncer de pulmão não pequenas células (18 casos), sarcoidose (16 casos), linfoma (15 casos) e câncer de pulmão de pequenas células (9 casos). A sensibilidade do método foi 92,15% e a especificidade 100%. Para nossa população o valor preditivo positivo encontrado foi 100%, enquanto que o negativo 61,9%. Índice geral de complicações de 7,8% com apenas 2 (1,7%) casos graves e nenhum óbito. O diagnóstico clínico de doenças mediastinais é difícil, tanto que a mediastinoscopia revelou diagnóstico diferente da suspeita clínica inicial em 22% dos casos e esta diferença se acentua conforme a suspeita, para linfoma a diferença foi de 53%. **Conclusão:** A mediastinoscopia provou ser um método sensível e específico permitindo diagnóstico confiável das diversas doenças que acometem o mediastino, com baixo índice de complicações graves e mortalidade.

PO180 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

Amorim E, Amorim E, Santos MFS

Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Hérnia; Diafragma; Trauma

Introdução: A Hérnia Diafragmática Traumática foi descrita pela primeira vez em 1511 por Sennertus, e é resultado da protrusão de um ou vários órgãos abdominais para dentro da cavidade torácica secundária a lesão do diafragma por trauma. A incidência de HDT tem aumentado em decorrência do aumento da violência urbana e com o aumento de acidentes automobilísticos. Ocorre em cerca de 5% dos pacientes politraumatizados e a lesão do hediafragma esquerdo é em torno de vinte vezes mais frequentes que a lesão do hemidiafragma direito, porém, a direita é muito mais grave que a esquerda e quase sempre é fatal. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho, é apresentar 28 casos de doentes que apresentaram hérnia diafragmática traumática, os fatores de risco e as formas que foram tratados com sucesso. **Métodos:** Os 28 e oito pacientes foram tratados no Hospital Universitário Presidente Dutra e Pronto Socorro Municipal num período de 10 anos. 19 pacientes eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino, a faixa etária variou de 10 a 80 anos. 65% dos pacientes foram atendidos nas primeiras 08 horas, e o diagnóstico mais tardio foi de 30 anos. Deste universo de pacientes, apenas 4 doentes apresentaram lesão diafragmática à direita. A via de acesso para os pacientes com diagnóstico precoce, foi preferencialmente a laparotomia e em apenas 2 casos, foi realizado a toracotomia combinada. Nos pacientes com diagnóstico tardio, a via de acesso preferencial, foi a toracotomia, pela possibilidade de haver aderência com as vísceras torácicas. **Resultados:** Os pacientes ficaram internados por um período que variou de 5 a 45 dias, três evoluíram com empiema pleural que foram tratados com drenagem torácica e dois deste foram posteriormente decorticados. Quatro

pacientes permaneceram colostomizados e posteriormente foi feito o tratamento definitivo. **Conclusão:** Concluímos que todos os pacientes vítima de politraumatismo devem ser suspeitos de lesão diafragmática e serem investigados com a finalidade de serem precocemente diagnosticados para que possamos ter o sucesso desejado e não retardarmos o tratamento.

PO181 TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL - GIST - RELATO DE CASO

Thomson JC¹, Freire DN², Stefanini AR³, Ferreira Filho OF⁴

1,2,3. Universidade Estadual de Londrina - Hospital Universitário, Londrina, PR, Brasil; 4. Universidade Estadual de Londrina - Hospital Universitário, Londrina, PR, Brasil.

Palavras-chave: Tumor estromal; GIST; Relato de caso

Introdução: As neoplasias mesenquimais afetam o trato gastrointestinal e podem ser divididas em dois grupos, sendo o menor grupo das neoplasias que apresentam tecidos semelhantes ao resto do organismo (lipomas - hemangiomas - leiomiomas); o maior grupo consiste nos tumores mesenquimais chamados de "Gastrointestinal stromal tumor" - GIST. Apesar de encontrados em qualquer parte do trato digestivo, são mais frequentes no estômago e intestino, e mais raros no esôfago. **Objetivos:** Relato de tumor mesenquimal - GIST - no terço inferior do esôfago. **Métodos:** Análise retrospectiva do prontuário, exames realizados e estudo histológico e imunohistoquímico da peça. **Resultados:** Paciente de 62 anos, feminino, branca, quadro de disfagia, dor torácica difusa, tosse seca, emagrecimento e dispnéia progressiva há um ano. Negava tabagismo e alcoolismo. Exame físico normal. RX de tórax com massa retrocardíaca. A endoscopia digestiva revelou compressão extrínseca no terço inferior do esôfago com esofagite erosiva. A tomografia computadorizada mostrou lesão expansiva no mediastino posterior, junto à aorta torácica; ecocolor Dopplercardiografia transesofágica mostrou hipertrofia moderada do ventrículo esquerdo; broncoscopia normal. Realizado toracotomia esquerda com ressecção completa do tumor de 11,5 x 7,0 x 6,0cm na parede do esôfago, sem invasão de estruturas adjacentes. O anatomopatológico revelou neoplasia maligna mesenquimal, confirmada pelo perfil imunohistoquímico: tumor estromal - GIST - com índice proliferativo abaixo de 10%. **Conclusão:** GIST quando encontrados no esôfago, são raramente de grandes tamanhos e sintomáticos. O diagnóstico diferencial depende da histologia e da imunohistoquímica. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico baseia-se no tamanho do tumor e index mitótico. Grandes tumores possuem comportamento agressivo, podendo evoluir para necroses, ulcerações e calcificações. Sobrevida de cinco anos ocorre em aproximadamente 40% dos casos.

PO182 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSSES TRAQEAIAS CONGÊNITAS: RESULTADOS DE EXPERIÊNCIA INICIAL

Terra RM, Minamoto H, Mariano LCB, Fernandez A, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Doenças congênitas; Tratamento cirúrgico

Introdução: Estenose traqueal congênita é uma malformação rara e potencialmente letal. Apesar do desenvolvimento de novas técnicas e a melhora nos resultados cirúrgicos, ainda requer uma equipe especializada e cuidados individualizados. **Objetivos:** Nosso objetivo foi analisar os resultados dos pacientes tratados cirurgicamente em nossa instituição desde 2001. **Métodos:** Estudo Retrospectivo. **Resultados:** Seis meninos e uma menina (idade ao diagnóstico entre 28 dias e 3 anos) foram incluídos. Cinco casos tinham malformações cardíacas ou de grandes vasos associadas. A extensão da estenose foi: curta (3 pacientes), média (1) e longa (3). As técnicas utilizadas foram: traqueoplastia com pericárdio (n = 3), ressecção e anastomose (n = 2), traqueoplastia por "slide" (n = 1) e correção de anel vascular (n = 1). Resultados imediatos: cinco pacientes (71,5%) sobreviveram, quatro livres da doença e um manteve problemas respiratórios (malácia e granulação) necessitando de prótese temporária (Montgomery). Resultados tardios: a média de acompanhamento foi de 14,1 meses (entre 1,5 mês a 5 anos), um paciente morreu seis meses após cirurgia de causa não relacionada, os demais ficaram livres da doença (3) e um persistia com prótese traqueal até o término da análise dos dados. **Conclusão:** Estenose traqueal congênita é uma doença curável, entretanto, seu tratamento está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade.

PO183 MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA CONGÊNITA EM ADULTO

Cataneo DC¹, Baida RL², Defaveri J³, Ruiz Jr RL⁴, Cataneo AJM⁵

1,4,5. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Torácica do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Malformação adenomatóide cística congênita do pulmão; Doenças pulmonares; Congênito

Introdução: A Malformação Adenomatóide Cística Congênita (MACC) tem origem no período canalicular do desenvolvimento embrionário pulmonar. Conceitualmente é a proliferação anormal de bronquíolos terminais com supressão do crescimento alveolar e formação de cistos. Classifica-se, segundo Stocker, em tipo I, aquelas com cistos de 3 a 7cm de diâmetro, tipo II, com cistos de 0,5 a 2cm e tipo III, com cistos diminutos, de 0,5 a 1,5mm. Clinicamente é uma das doenças que causa a angústia respiratória do recém-nascido, mas pode ser assintomática. O diagnóstico no adulto é feito após infecções de repetição ou por achado ocasional em radiografia simples de tórax. O tratamento indicado é o cirúrgico, pela sintomatologia relacionada a infecções de repetição, além do risco aumentado de neoplasia. **Objetivos:** Relatar um caso de MACC em adulto. **Métodos:** Avaliação do quadro clínico, diagnóstico, tratamento e evolução através do prontuário. **Resultados:** Homem de 34 anos, pedreiro. Referia há 8 meses ter iniciado quadro de febre e tosse produtiva amarelada que evoluiu progressivamente para escurecida. Após essa piora do quadro, procurou o serviço médico de sua cidade, sendo internado e tratado com cefuroxima por 7 dias, com hipótese de abscesso pulmonar. Recebeu alta e procurou

serviço particular para acompanhamento. Realizou tomografia de tórax (TC) que evidenciava um cisto maior que 6cm e múltiplos outros menores, todos de paredes finas com níveis hidroaéreos, em lobo inferior direito (LID). Foi indicado tratamento com clindamicina por 3 semanas e repetida a TC, que não mostrava alteração radiológica, a não ser pela ausência de níveis no interior dos cistos. Com ausência de melhora radiológica, o paciente nos foi encaminhado. Apresentava-se, no momento de admissão, assintomático e referia um episódio de pneumonia há 7 anos. Com a hipótese de doença cística, foi optado pela ressecção dos cistos. No intra-operatório, o LID encontrava-se totalmente comprometido, com múltiplos cistos em todo o parênquima, fortalecendo a hipótese de MACC. Realizada lobectomia inferior direita, o anatomopatológico confirmou o diagnóstico de MACC, do tipo I, sem degeneração maligna. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sendo mais prolongada a manutenção do dreno, pelo fato do LID ser grande e o restante do pulmão não ocupar toda a cavidade pleural remanescente. **Conclusão:** A MACC é uma doença pulmonar congênita raramente encontrada em adultos. Deve-se pensar nessa hipótese diagnóstica quando o quadro radiológico não é consistente com abscesso, pois há necessidade indiscutível de intervenção cirúrgica pelo fato de levar a infecções de repetição e pelo risco de malignização já abordado por diversos autores.

PO184 ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL: EXPERIÊNCIA COM TUBO T DE SILICONE

Thomson JC, Ferreira Filho OF, Rossi C, Shimabukuro DF, Colombari F
Universidade Estadual de Londrina-Hospital Universitário, Londrina, PR, Brasil.

Palavras-chave: Traqueia; Estenose; Tubo T de silicone

Introdução: A experiência com a estenose laringotraqueal é relativamente recente (1952), sendo ainda tema passível de discussão, tanto pela sua importância como na utilização cada vez maior da entubação prolongada e ventilação mecânica nas UTIs. **Objetivos:** Mostrar a experiência com a utilização do tubo T de silicone na estenose laringotraqueal em sua fase aguda. **Casuística e método:** Através da análise de prontuário, foi estudada a evolução de 26 pacientes com o diagnóstico de estenose laringotraqueal, atendidos em um Hospital Universitário no período de 1989 a 2006. **Resultados:** Dos 26 pacientes analisados, 18 (73%) eram do sexo masculino e 7 (27%) do sexo feminino. A média de idade foi de 37 anos, variando de 15 a 72 anos. A causa mais comum da estenose foi a entubação prévia (92,3%). A estenose subglótica foi observada em 7 (27%) casos e a traqueal em 19 (73%). O tempo médio de entubação foi de 8,8 dias. O início dos sintomas da lesão variou de 30 dias a 3 anos. Na fase aguda da estenose, logo após seu diagnóstico, foi utilizado o tubo T de silicone, com permanência média de 8,7 meses. Após a retirada do mesmo, 17 (65%) casos evoluíram bem e 9 (35%) casos apresentaram recidiva necessitando novas intervenções. Em 16 pacientes (61,5%) foi realizado mais de um procedimento. **Conclusão:** Na fase aguda da estenose laringotraqueal, a utilização do tubo T de silicone apresenta bom resultado (65%), sendo a entubação prolongada a causa mais comum (92,3%) desta lesão.

PO185 ESTUDO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO DE DUAS MODALIDADES DE ANALGESIA EPIDURAL PÓS-TORACOTOMIA E SEU IMPACTO NO CONTROLE DA DOR E NO DESEMPENHO FUNCIONAL PULMONAR PÓS-OPERATÓRIOS

Goulart AE¹, Sanchez PG², Ribas FA³, Burlamaque AA⁴, Andrade CF⁵, Felicetti JC⁶, Guerreiro Cardoso PF⁷

1,2. Pavilhão Pereira Filho-Pós-Graduação Pneumologia-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; 3,4. Pavilhão Pereira Filho-Santa Casa de Porto Alegre-Serviço Anestesiologia, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Hospital da criança Santo Antonio-Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 6,7. Cirurgia Torácica-Pavilhão Pereira Filho-Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Canadá.

Palavras-chave: Analgesia epidural; Toracotomia; Ressecção pulmonar

Introdução: Dor após toracotomia utilizada para ressecções pulmonares contribui para a ocorrência de complicações pós-operatórias, através de interferência no desempenho respiratório e na função pulmonar. Os métodos de controle da dor incluem a utilização de analgesia epidural contínua, entretanto não há consenso sobre quais os métodos mais eficazes para este fim. **Objetivos:** Comparar a eficácia de dois métodos de analgesia epidural utilizados comumente para o controle da dor pós-operatória em toracotomias para ressecções pulmonares. **Métodos:** Pacientes submetidos a ressecções pulmonares foram randomizados e receberam analgesia epidural torácica (fentanil e bupivacaína), ou analgesia epidural lombar (morfina). A dor pós-operatória foi avaliada por escala de cotação numérica, sendo realizada no pré-operatório e nos 3 primeiros dias pós-operatórios, três vezes ao dia, a intervalos regulares. A espirometria (CVF, VEF1) foi realizada no pré-operatório e diariamente nos 3 primeiros dias de pós-operatório, sendo analisadas e comparadas entre os grupos as complicações clínicas, cardiológicas e respiratórias. **Resultados:** De 37 pacientes consecutivos submetidos a ressecções pulmonares, 17 pacientes receberam analgesia epidural torácica (fentanil e bupivacaína) e 20 receberam analgesia epidural lombar (morfina). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação a dor, na deterioração da função pulmonar, bem como complicações clínicas, cardiológicas e respiratórias. Em ambos os grupos, houve diminuição na intensidade da dor no decorrer dos dias do estudo. Observou-se uma significativa deterioração da função pulmonar no primeiro dia pós-operatório, mantendo-se nos 2 dias subsequentes. Houve correlação positiva entre a intensidade da dor e o impacto na função pulmonar (CVF) no grupo que recebeu analgesia epidural torácica, especialmente durante o 1º e o 3º dias pós-operatórios. **Conclusão:** Tanto a analgesia epidural contínua torácica com fentanil e bupivacaína, quanto a epidural contínua lombar com morfina foram igualmente eficazes no controle da dor pós-operatória. Não obstante, nenhum método fora capaz de prevenir a deterioração da função pulmonar no período do pós-operatório precoce de toracotomia pótero-lateral.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 322

PO186 FÍSTULA BRÔNQUICA PÓS-PNEUMONECTOMIA: CAUSAS E CUIDADOS

Biasi Cordeiro P, Cunha ET, Zamboni M, Lannes DC, Monteiro AS, Carvalho WR
Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonectomia; Pós-operatório; Fístula

Introdução: Pacientes submetidos a pneumonectomia tem um risco aumentado de complicações, especialmente fístulas brônquicas. O aparecimento de complicações acarreta grande aumento na mortalidade, justificando assim o interesse nos fatores causadores e nos cuidados para evitar o aparecimento destes eventos. **Objetivos:** O objetivo do estudo foi procurar identificar fatores associados com o aparecimento de fístula do colo brônquico após pneumonectomia e verificar se a lateralidade e o tipo de sutura do brônquio tiveram influência no desenvolvimento da complicação e no índice de mortalidade operatória. Procuramos comparar a taxa de mortalidade deste grupo com amostra histórica da década de 80, já existente no serviço, além de observar o tipo de cuidado oferecido na UTI após a reformulação daquele setor. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de 73 pacientes pneumonectomizados no período de 1995 a 2002. Uma análise univariada com o teste do χ^2 (qui-quadrado) foi utilizada para identificar fatores associados com o aparecimento de complicações, especialmente as fístulas, e sua relação com o uso de grampeadores automáticos ou sutura manual no fechamento do coto brônquico e se houve proteção ou não da sutura. **Resultados:** A idade média foi de 60 anos e 88% eram tabagistas. Histologicamente 46,5% apresentavam um carcinoma escamoso, enquanto 36% tinham adenocarcinoma. Pneumonectomia esquerda foi realizada em 60% dos pacientes. Um VEF1 menor que 40% existia em 11% dos pacientes. Quinze pacientes receberam quimioterapia neoadjuvante, sendo em nove ocasiões associada à radioterapia (12,5%). Pneumonectomia radical usual foi realizada em 58 pacientes, enquanto um acesso intrapericárdico foi utilizado em 15 indivíduos. Reforço da sutura do brônquio foi feito em 44% dos casos (32 pacientes) utilizando gordura pericárdica (18), pleura parietal (8) e músculo intercostal (6). A taxa de fístula brônquica foi 9,5%, todas, com exceção de uma, observadas do lado direito. A mortalidade global foi de 10,9%, significativamente menor que no grupo histórico (20%). Pneumonectomia direita/esquerda tiveram mortalidade de respectivamente 13,5% e 9%. Sutura automática do brônquio resultou em 13,1% de fístulas enquanto a sutura manual mostrou taxa de 9% ($\chi^2 = 0,39$ e $p = 0,53$, não significativo). **Conclusão:** Pneumonectomia direita acarreta um risco aumentado de complicações e uma mortalidade elevada, geralmente associada ao aparecimento de fístula brônquica. Fístula do coto brônquico após pneumonectomia esquerda é incomum. Reforço da sutura do brônquio deve ser utilizado, especialmente do lado direito. O uso de sutura mecânica ou manual não afetou a incidência de fístula. O desenvolvimento da curva de aprendizado e a melhoria dos cuidados de terapia intensiva permitiram grande redução na taxa de mortalidade dos pacientes submetidos a pneumonectomia.

PO187 ABCESSO PULMONAR? GRANULOMATOSE DE WEGENER!

Fatureto MC, Tavares MG, Michelan MS, Innocente WRT, Ferrão MHL, Saldanha JC, Júnior JMCA, Micheletti AMR

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener; Pneumopatia cavitada; Ressecção pulmonar

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite multissistêmica idiopática necrosante e granulomatosa com acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores, além dos rins. Não há predileção por sexo, rara em negros e apresenta maior prevalência na 5ª década de vida. Dentre os achados histopatológicos, encontram-se: necrose parenquimatosa, vasculite, e inflamação granulomatosa. As manifestações clínicas mais comuns são: sinusite, rinorréia, úlceras orais e nasais, poliartralgias, febre, tosse e hemoptise. O acometimento ocular pode se expressar com conjuntivite, esclerite ou formação de granuloma retro-orbitário que provoca proptose ocular. Seu diagnóstico é feito associando-se as manifestações clínicas, radiológicas (múltiplos nódulos escavados), achados anatomopatológicos e o anticorpo anticítoclasma de neutrófilos positivo (ANCA). **Objetivos:** Relatar um caso de granulomatose de Wegener de uma paciente admitida no Hospital Escola (HE-UFTM) em Uberaba, MG. **Métodos:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. **Resultados:** MSS, 35 anos, feminino, negra, do lar, natural de Pedreiras-MA e procedente de Sacramento-MG. Havia uma história prévia de acidente ocular com corpo estranho ("palha-de-arroz"), em maio de 2005, ao exame clínico realizado em facultativo, foi diagnosticada uma ulceração conjuntival sendo proposto, tratamento com Prednisona 40mg/d por 8 meses com desmame até 10mg e Dexametasona tópic. Ficou 2 meses sem uso de corticóide oral até ser admitida no HE da UFTM no dia 20 de junho de 2006. No momento da internação, a paciente apresentava vômitos incoercíveis, que não melhoravam com medicamentos, bem como hematêmese, sendo evidenciada à EDA uma esofagite aguda hemorrágica. Apresentava quadro de Cushing farmacológico: ganho ponderal com distribuição corporal centrípeta durante o uso das medicações, erupções acneiformes, estrias abdominais, fâscias cushingóide, hipotrofia da musculatura apendicular. Nesta internação, observou-se uma hiperemia conjuntival, lacrimajamento e amaurose do olho esquerdo, além de diminuição da acuidade visual do olho direito. À avaliação oftalmológica foi diagnosticada uma esclerite necrotizante no olho esquerdo. O Rx e a CT de tórax mostraram uma lesão cavitada na língula. A broncofibroscopia foi normal e os materiais obtidos em nada auxiliaram. A paciente foi submetida à segmentectomia. O exame anatomopatológico mostrou reação inflamatória granulomatosa com células gigantes e vasculite. A pesquisa de fungos e micobactérias foi negativa. Estão em andamento: cANCA, pANCA, LIGDA. Foi indicada pulsoterapia por três dias com corticóide oral e mensal com Ciclofosfamida. **Conclusão:** A Granulomatose de Wegener, forma pulmonar cavitada única é rara, de difícil diagnóstico, muitas vezes exigindo ressecção cirúrgica para confirmação diagnóstica.

PO188 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DUPLA ESTENOSE TRAQUEALRosenberg NP¹, Marcos TL², Fracasso JB, Martins Neto F⁴, Siqueira RP⁵

1. Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5. Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Cirurgia; Traqueoplastia

Introdução: A estenose de traquéia ocorre em 1 a 2% dos pacientes que sobrevivem à extubação, podendo haver lesões complexas. O tratamento inclui o uso de próteses, procedimentos endoscópicos e a cirurgia. **Objetivos:** Relatar um caso de dupla estenose traqueal e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de um paciente de 17 anos com história de trauma cranioencefálico e ventilação mecânica por tubo orotraqueal durante 15 dias. Recebeu alta hospitalar e retornou à emergência com quadro de insuficiência respiratória. Broncoscopia mostrou duas áreas estenóticas de 90% da luz, uma no terço superior e outra no terço médio. Foi realizada traqueoplastia das duas lesões com ressecção de 4 anéis traqueais e preservação da parede posterior, apresentando boa evolução pós-operatória. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico permanece como importante método para a correção da estenose traqueal em pacientes jovens, podendo ser utilizado para lesões complexas.

PO189 RESSECÇÃO DE LEIOMIOMA DE ESÔFAGO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Leiomioma esôfago; Cirurgia; Videotoracoscopia

Introdução: O leiomioma é um tumor esofágico incomum, principalmente se localizado no terço superior (aproximadamente 10% das lesões do esôfago torácico). **Objetivos:** Relatar um caso de ressecção de leiomioma por videotoracoscopia e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 40 anos com história de pneumonia grave com necessidade de internação em UTI. Após a resolução do quadro foi encaminhada ao nosso serviço por disfagia. Radiograma e tomografia mostraram lesão expansiva de bordos lisos de 5,8cm em seu maior diâmetro, causando compressão da traquéia e do esôfago. Endoscopia mostrou elevação da mucosa esofágica logo abaixo do esfíncter superior ocupando quase todo o lúmen do órgão, com extensão de 5 a 6cm, permitindo a passagem do aparelho. Esofagografia também mostrou lesão volumosa com compressão do esôfago torácico em seu terço superior. Foi submetida à ressecção da lesão por videotoracoscopia com boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de leiomioma. **Conclusão:** A videotoracoscopia se destaca como técnica cirúrgica para o tratamento de lesões esofágicas benignas. Há trabalhos mostrando diminuição da dor pós-operatória e do tempo de internação hospitalar.

PO190 PSEUDOCISTO TRAUMÁTICO DE PULMÃO

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pseudocisto traumático; Cirurgia; Drenagem

Introdução: O pseudocisto pulmonar traumático é uma complicação rara de um trauma torácico fechado. Pode se manifestar com hemoptise, e a manifestação radiológica é um infiltrado pulmonar que evolui para lesão escavada podendo conter nível hidroaéreo. **Objetivos:** Relatar um caso de pseudocisto traumático pulmonar e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de um paciente de 71 anos com quadro febril prolongado sem resposta à antibioticoterapia. Radiograma e tomografia de tórax mostraram lesão arredondada em lobo médio com nível hidroaéreo. Optou-se pelo tratamento cirúrgico por toracotomia, sendo realizada ressecção da lesão. Anatomopatológico mostrou pseudocisto traumático pulmonar. **Conclusão:** O pseudocisto traumático de pulmão é uma patologia rara, havendo poucos casos descritos na literatura. Pode apresentar infecção secundária e necessitar de tratamento cirúrgico. A maioria dos casos em crianças apresenta resolução espontânea. A drenagem percutânea pode ser utilizada antes da cirurgia.

PO191 SARCOMA FIBROMIXÓIDE DE PAREDE TORÁCICA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoma; Tumor parede torácica; Cirurgia

Introdução: Os sarcomas de parede torácica são raros, representando apenas 6% dos sarcomas de tecidos moles. Geralmente ocorrem em adultos e se manifestam como uma massa indolor. **Objetivos:** Relatar um caso de sarcoma de parede torácica e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de um paciente de 30 anos com abaulamento doloroso em região escapular esquerda. Radiograma de tórax mostrou lesão expansiva lobulada de 8cm em terço superior do hemitórax esquerdo com sinais de comprometimento de arcos costais. Realizada punção da lesão guiada por tomografia com diagnóstico de sarcoma de tecidos moles. O paciente foi submetido à toracotomia com ressecção de 3 arcos costais e reconstrução com tela de marlex, apresentando boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico mostrou sarcoma fibromixóide de baixo grau. **Conclusão:** O sarcoma fibromixóide deve ser ressecado com margens cirúrgicas de pelo menos 2cm. O prognóstico está relacionado ao grau de diferenciação, presença de metástases e de dor no momento da apresentação.

PO192 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR COM ABSCESSO CEREBRAL

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Malformação arteriovenosa; Cirurgia; Pulmão

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares são raras, podendo estar relacionadas a alterações neurológicas (abscesso cerebral: 33%). **Objetivos:** Relatar um caso de

malformação arteriovenosa pulmonar associado com abscesso cerebral e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 26 anos com história de abscesso cerebral já drenado cirurgicamente. Radiograma de tórax mostrava indefinição dos feixes broncoalveolares no lobo médio. Tomografia computadorizada mostrou lesão de contornos irregulares em lobo médio e impregnação pelo contraste na fase arterial, com mais de 200UH. Angiorressonância foi compatível com malformação vascular. Submetida à toracotomia com identificação de volumosa malformação, sendo realizada lobectomia média com boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de malformação arteriovenosa. **Conclusão:** O tratamento inicial das malformações vasculares pulmonares é a embolização, ficando a cirurgia reservada para as muito volumosas ou sem resposta ao tratamento angiográfico.

PO193 RESSECÇÃO DE SCHWANNOMA COM DEGENERAÇÃO CÍSTICA POR VIDEOTORACOSCOPIA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Schwannoma; Tumores mediastinais; Videotoracoscopia

Introdução: Os tumores neurogênicos estão entre as lesões mediastinais mais frequentes (10 a 34%). Os schwannomas (tumores da bainha nervosa) geralmente se localizam no sulco costovertebral e o tratamento é cirúrgico. **Objetivos:** Relatar um caso de schwannoma ressecado por videotoracoscopia e revisão da literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de um paciente de 30 anos com história de dor cervical. Radiograma de tórax com lesão no ápice do hemitórax esquerdo. Tomografia computadorizada mostrou lesão de 3,4cm em mediastino posterior com conteúdo líquido e impregnação periférica pelo contraste. Realizada ressecção da lesão por videotoracoscopia, apresentando boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico mostrou schwannoma com degeneração cística. **Conclusão:** A videotoracoscopia tem papel importante na ressecção de tumores mediastinais benignos, estando associada a menor dor e retorno mais rápido ao trabalho. O prognóstico do schwannoma é bom, sendo rara a recorrência.

PO194 FÍSTULA TRAQUEO-GÁSTRICA PÓS-ESOFAGECTOMIA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fístula Traqueo-gástrica; Esofagectomia tratamento

Introdução: A esofagectomia transtórácica pode obter boa sobrevida no tratamento do câncer de esôfago, mas permanece com morbidade significativa (em torno de 34%). As complicações mais frequentes são respiratórias. **Objetivos:** Relatar um caso de fístula traqueo-gástrica e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** Relata-se um caso de um paciente com história de esofagectomia transtórácica com levantamento gástrico há 1 ano e 9 meses por carcinoma epidermóide. Apresentava crises de tosse e dispnéia ao se alimentar. Raio-X contrastado mostrou extravasamento de contraste pelo tubo gástrico com provável comunicação com a traquéia. Broncoscopia mostrou orifício na parede lateral posterior direita da traquéia próximo à carena. Endoscopia digestiva foi compatível com fístula traqueo-gástrica. Foi submetido à cirurgia, com ressecção e fechamento do orifício gástrico e reparo traqueal com proteção com "patch" de pleura. O pertuito da fístula se localizava junto à linha de "stapler" do tubo gástrico. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória. **Conclusão:** A fístula traqueo-gástrica é complicação rara da esofagectomia (apenas 1 caso em uma grande série de Altorki), que pode ter bons resultados com o tratamento cirúrgico.

PO195 LOCALIZAÇÃO ANORMAL DE BÓCIO INTRATORÁCICO

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Bócio intratorácico; Cirurgia; Esternotomia

Introdução: Diversas lesões benignas ou malignas podem se manifestar como massas mediastinais, com diferentes prognósticos e tratamentos, entre elas o aumento da tireóide. O bócio geralmente é abordado por via cervical, mas pode ser intratorácico em 1 a 15% dos casos, se localizando quase sempre no mediastino anterior. **Objetivos:** Relatar um caso de bócio intratorácico de localização atípica e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 49 anos com história de tireoidectomia parcial há 8 anos, queixando-se de dispnéia aos esforços. Radiograma e tomografia de tórax mostraram volumosa massa em mediastino médio de 13cm no maior diâmetro, arredondada, heterogênea, estendendo-se desde o lobo esquerdo da tireóide até abaixo da carena. Causava compressão e deslocamento ântero-lateral da traquéia. Foi submetida à ressecção cirúrgica por esternotomia, apresentando boa evolução pós-operatória. **Conclusão:** O bócio intratorácico raramente é localizado no mediastino médio, podendo entrar no diagnóstico diferencial das massas nesta localização. O tratamento cirúrgico geralmente necessita de abordagem por esternotomia.

PO196 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE BRÔNQUICA TUBERCULOSA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP

Hospital N. Sra. Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose endobrônquica; Estenose brônquica; Cirurgia

Introdução: A tuberculose endobrônquica ocorre em 4 a 18% dos pacientes com doença pulmonar parenquimatosa, podendo evoluir para estenose brônquica. A estenose também pode ser causada por linfonodos aumentados. É importante excluir a presença de neoplasia. **Objetivos:** Relatar um caso de estenose brônquica tuberculosa e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 46 anos com diagnóstico de tuberculose pulmonar em tratamento há 6 meses. Apresentava tosse há 7 meses e dispnéia com piora nos últimos 2 meses. Radiograma de

tórax com opacificação completa do hemitórax esquerdo. Tomografia confirmou o achado de colapso total do pulmão esquerdo com preservação da circulação venosa e arterial. Broncoscopia evidenciou oclusão quase completa na origem do brônquio fonte esquerdo, realizada biópsia que mostrou apenas inflamação crônica. Lavado brônquico com BAAR negativo. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, sendo realizada ressecção do segmento estenótico e reimplantação do brônquio fonte esquerdo e proteção com retalho de gordura pericárdica. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com reexpansão completa do pulmão esquerdo. O anatomopatológico mostrou inflamação crônica com fibrose e células gigantes de corpo estranho. **Conclusão:** As complicações da tuberculose podem necessitar do tratamento cirúrgico para sua resolução. A técnica cirúrgica preferencial é a ressecção do segmento brônquico estenótico com broncoplastia. Se a presença de carcinoma não pode ser excluída ou houver destruição do parênquima distal, também é necessária a ressecção do tecido pulmonar adjacente.

PO197 CMV E TRANSPLANTE PULMONAR: REVISÃO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO GRUPO DO INCOR - HC/FMUSP

Afonso Jr JE¹, Rodrigues DBD², Caramori ML³, Teixeira RHOB⁴, Rodrigues C⁵, Strabelli TMV⁶, Samano MN⁷, Pêgo-Fernandes PM⁸
1,3,4,5,6,7,8. INCOR - HC/FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Citomegalovírus; Transplante pulmonar; Epidemiologia

Introdução: A infecção e a doença por citomegalovírus (CMV) são importantes causas de morbidade e mortalidade em pacientes pós-transplante pulmonar, chegando a uma incidência de 39% a 92% quando não há profilaxia para a infecção. Essa incidência é muito maior que em receptores de outros órgãos sólidos. O vírus causa pneumonia e inclusões no trato gastrointestinal, principalmente, com sintomas como gastrite e úlcera péptica. Além disso, seu papel imunomodulador está associado a uma maior incidência de pneumonias por *Aspergillus* e EBV, e ao desenvolvimento de rejeição aguda e bronquiólite obliterante. **Objetivos:** Descrever o perfil da infecção pelo CMV em pacientes submetidos a transplante pulmonar no Instituto do Coração do HCFMUSP e investigar a relação entre infecção por CMV e desenvolvimento de rejeição aguda. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo revisando os prontuários de 31 pacientes operados no InCor-HCFMUSP no período de agosto 2003 a fevereiro 2006, coletando os seguintes dados: mês pós-operatório da ocorrência, presença de doença por CMV, órgão comprometido através da detecção de inclusão viral, ocorrência de rejeição aguda um mês antes ou um mês após a infecção pelo CMV e outras infecções associadas. **Resultados:** 23 pacientes (74%) sobreviveram mais de 30 dias após a cirurgia e foram incluídos. 3 destes (13%) tinham sorologia negativa para o CMV, porém todos soroconverteram nos primeiros meses de evolução. Dos 21, 10 (43,5%) tiveram infecção por CMV ao menos uma vez até o 11º mês após o transplante. Houveram 19 antigenemias positivas (densidade de incidência de 0,062 por paciente por mês), 14 destas classificadas como doença por CMV (DI = 0,045) e 5 como infecção ativa (DI = 0,016). A pulsoterapia para tratamento de rejeição aguda (RA) foi fator de risco para uma nova infecção por CMV (RR = 3,0, IC95% = 1,21-7,46). A infecção não foi fator de risco para RA (RR = 1,17; IC95% = 0,40-3,44). Ocorreram 14 infecções por outros patógenos nos 10 pacientes com pelo menos uma antigenemia positiva, sendo os mais comuns *S. aureus* (23,5%) e *Aspergillus* (17,6%). Entre as doenças por CMV, 94,73% apresentaram inclusões celulares do vírus, sendo 55% no pulmão e 40% no trato gastrointestinal. Houve 4 óbitos no grupo (17,4%), sendo 3 após repetidas infecções por CMV, porém essa não se mostrou um fator de risco para o óbito (RR = 3,9, IC95% = 0,40 a 32,09). Destes 4 óbitos, apenas 1 (4,34%) ocorreu entre o 31º dia e o fim do primeiro ano de acompanhamento. **Conclusão:** Nosso estudo detectou uma taxa de infecção menor que a descrita na literatura, detectou complicações menos importantes de cada infecção e, finalmente, detectou menor mortalidade no primeiro ano de evolução. O pequeno número de pacientes do estudo não garante valor estatístico para essa conclusão, mas talvez o acompanhamento cuidadoso e a terapia agressiva contra o CMV feita no nosso grupo (qualquer antigenemia superior a 10/300 células é tratada, independente do quadro clínico) garanta melhor evolução e menor mortalidade.

PO198 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA TRAQEUESOFÁGICA CRÔNICA

Terra RM¹, Minamoto H², Da Rocha JRM³, Silva FCP⁴, Jatene FB⁵
1,2,4,5. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 3. Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fístula traqueoesofágica; Tratamento cirúrgico; Intubação orotraqueal
Introdução: Fístula traqueoesofágica é uma rara e grave complicação de intubação orotraqueal, que geralmente ocorre em pacientes muito debilitados. Seu diagnóstico é difícil, passando muitas vezes despercebido por várias semanas. Diversas estratégias de tratamento foram propostas, porém, o assunto ainda é controverso. **Objetivos:** Avaliar os resultados tratamento cirúrgico da fístula traqueoesofágica benigna em nossa Instituição nos últimos 5 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes com fístula traqueoesofágica tratados nos últimos 5 anos. **Resultados:** Foram avaliados 6 homens e uma mulher com idade média de 33,85 anos ± 20,25 anos (22-75) com fístula traqueoesofágica benigna secundária a intubação orotraqueal prolongada (17,4 ± 5,94 dias) em 6 pacientes e infecção por CMV em um paciente. Em 5 pacientes o diagnóstico foi feito devido suspeita clínica: tosse, disfagia e sinais de aspiração, em 2 pacientes a fístula foi achado casual em exames endoscópicos. O tamanho médio da fístula traqueoesofágica foi de 1,85 ± 0,74cm e, esta se localizava no terço proximal da traquéia em 6 casos e terço distal em um caso. Todos os pacientes receberam suporte nutricional no pré-operatório, sendo que 3 através de sonda nasoesofágica, 2 através de gastrostomia, 1 através de J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

jejunostomia e um por suplementos orais. Em 5 pacientes foi realizada ressecção segmentar de traquéia com anastomose término-terminal, rafia esofágica primária e interposição de retalho de músculo esterno-tireóide, em um destes, foi deixada prótese de Montgomery (ressecção traqueal extensa) que foi retirada após um ano. Em um paciente, já submetido a tentativa de correção prévia em outro serviço, foi realizado fechamento primário da fístula, interposição de músculo esterno-tireóide e colocação de prótese de Montgomery. No paciente com a fístula em terço distal da traquéia foi realizado tubo gástrico e posteriormente esofagectomia por videotoracoscopia. Após realização de deglutograma e EED todos foram realimentados por via oral média 10,4 ± 2,7 dias. Nenhum paciente teve recidiva da fístula durante acompanhamento imediato ou tardio. Apenas uma complicação significativa foi observada, deiscência parcial da anastomose traqueal, que foi tratada com colocação de prótese de Montgomery. Atualmente esta paciente está com endoprótese metálica auto-expansível e assintomática. **Conclusão:** Em pacientes clinicamente compensados e submetidos a terapia nutricional pré-operatória adequada, o tratamento cirúrgico da fístula traqueoesofágica benigna oferece excelentes resultados com boa taxa de resolutividade e baixo índice de complicações.

PO199 TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR INTRAPARENQUIMATOSO

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP
Hospital N. Sra. da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tumor carcinóide; Cirurgia; Intraparenquimatoso

Introdução: O tumor carcinóide é o segundo tipo mais comum de tumor da árvore traqueobrônquica (0,5 a 1%). É mais frequente entre as idades de 45 e 55 anos, sendo que os carcinóides típicos se apresentam uma década mais cedo que os atípicos. A maioria das lesões são endobrônquicas, sendo que aproximadamente 75% são visíveis à broncoscopia. **Objetivos:** Relatar um caso de tumor carcinóide intraparenquimatoso e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 78 anos, não tabagista, com história de nódulo pulmonar desde 1993. Foi encaminhada ao nosso serviço por apresentar provável aumento de tamanho nos exames radiológicos de controle. Radiograma e tomografia de tórax mostraram lesão expansiva arredondada na transição entre os lobos inferior e médio, com duplicação de tamanho nos 13 anos de acompanhamento. Broncoscopia normal. Punção guiada por tomografia mostrou células atípicas. Foi submetida à lobectomia inferior direita com boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico mostrou tumor carcinóide atípico. **Conclusão:** O tumor carcinóide deve ser considerado entre as lesões pulmonares de crescimento lento, podendo ter localização intraparenquimatoso. É importante o diagnóstico diferencial com o carcinoma de pequenas células.

PO200 CISTO PERICÁRDICO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA RESSECADO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Rosenberg NP, Marcos TL, Fracasso JI, Martins Neto F, Siqueira RP
Hospital N. Sra. da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Cisto pericárdico; Cirurgia; Videotoracoscopia

Introdução: As lesões mediastinais císticas correspondem a cerca de 30% das massas mediastinais. Os cistos pericárdicos são lesões raras entre as os cistos de mediastino, se localizando geralmente no ângulo cardiofrênico direito (61%). **Objetivos:** Relatar um caso de cisto pericárdico de localização atípica e revisar a literatura. **Métodos:** Relato de caso e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Relata-se um caso de uma paciente de 65 anos com achado ocasional de lesão mediastinal. Radiograma e tomografia de tórax mostraram lesão mediastinal em localização paratraqueal direita alta, homogênea, com contornos regulares e possivelmente com conteúdo líquido. As principais hipóteses diagnósticas seriam cisto broncogênico ou de duplicação entérica. Broncoscopia normal. Submetida à ressecção da lesão por videotoracoscopia, apresentando boa evolução pós-operatória. O anatomopatológico mostrou cisto pericárdico celômico. **Conclusão:** A videotoracoscopia tem bons resultados no tratamento das lesões mediastinais císticas.

PO201 NEOPLASIA PULMONAR? CORPO ESTRANHO!

Fatureto MC, Inocente WRT, Rodrigues J, Tavares MG, Michelin MS, Ferrão MHL
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Palavras-chave: Corpo estranho; Gossypiboma intratorácico; Neoplasia pulmonar

Introdução: Gossypiboma, textiloma ou tecidoma são alguns dos termos utilizados para descrever uma massa dentro de uma cavidade, composta de uma matriz de algodão, ou seja, um corpo estranho, que geralmente se refere a uma compressa ou gaze cirúrgica. Os pacientes com tal quadro clínico geralmente são assintomáticos por longo período de tempo após serem submetidos à alguma intervenção operatória. Devido a esta clínica e ao quadro radiológico inespecífico, o diagnóstico torna-se difícil de ser realizado. É importante ressaltar que qualquer cavidade ou procedimento cirúrgico podem estar envolvidos. **Objetivos:** Relatar um caso de gossypiboma de um paciente admitido no Hospital Escola da faculdade de medicina da UFTM, em Uberaba, MG. **Métodos:** Estudo descritivo de caso clínico baseado no levantamento de dados do prontuário do paciente. **Resultados:** EBT, 66 anos, empresária, não tabagista, apresentava tosse persistente pouco produtiva havia quatro meses. O exame físico era normal. A radiografia simples de tórax mostrou nódulo pulmonar esquerdo e a tomografia computadorizada sugeriu malignidade pelo incremento significativo ao contraste. Há seis anos fora submetida à revascularização miocárdica, sendo a radiografia de tórax no pré-operatório normal. Relatava história familiar de neoplasia de mama. À minitoracotomia e ressecção em cunha, notamos uma gaze envolvida por periferia do pulmão. O pós-operatório foi normal. **Conclusão:** Em pacientes com massa intratorácica e passado de realização de cirurgia torácica ou, mais raramente, laparotomia, deve-se levantar a hipótese de gossypiboma intratorácico. Apesar de raros, os gossypibomas intratorácicos devem ser tratados precocemente, pois podem ser englobados por pulmão normal e causar supuração crônica de difícil controle.

PO202 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CRÔNICA

Fatureto MC, Innocente WRT, Rodrigues J, Tavares MG, Michelan MS, Ferrão MHL, Neto AVRF

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.
Palavras-chave: Hérnia diafragmática crônica; Ruptura traumática diafragmática; Hérnia traumática

Introdução: A ruptura traumática do diafragma pode ocorrer como consequência de feridas penetrantes, ou trauma externo fechado grave. As vísceras abdominais podem herniar-se imediatamente, através do defeito no diafragma, para dentro da cavidade pleural ou podem insinuar-se, gradualmente, para dentro do tórax no curso de um período de meses ou anos (ruptura traumática diafragmática crônica - RTDC). **Objetivos:** Relatar um caso de ruptura traumática diafragmática crônica de um paciente admitido no Hospital Escola da faculdade de medicina da UFTM, em Uberaba, MG. **Métodos:** Estudo descritivo de caso clínico baseado no levantamento de dados do prontuário do paciente. **Resultados:** AMN, 60 anos, masculino, motorista, vítima de contusão torácica esquerda lateral havia sete anos (carro x carro, sem complicações torácicas), relatava quadro dispéptico havia seis meses. O paciente queixava-se de má digestão, distensão abdominal à esquerda e disfgia terminal que melhorava com vômitos provocados. Ao exame físico, o paciente apresentava murmúrio vesicular diminuído em base esquerda. À endoscopia digestiva alta foi observada rotação e resíduos gástricos mesmo após jejum de 12 horas. O exame baritado mostrou rotação e tração gástricas para a cavidade pleural esquerda. À toracotomia esquerda evidenciamos herniação de parte do estômago, de todo cólon transverso e grande epíloon através de orifício de 8cm de diâmetro no diafragma, próximo ao coração, e aderências fortes do epíloon ao pericárdio. O pulmão, o estômago e o cólon não estavam aderidos. Foi realizada a sutura primária do diafragma com ponto separados com algodão, sem dificuldades. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. **Conclusão:** A ruptura traumática diafragmática crônica pode surgir num período de meses ou anos após o trauma e deve ser prontamente corrigida por toracotomia.

PO203 TUMOR FIBROSO PLEURAL

Vaidergorn J, Machado AL, Sousa AA, Fusco E, Favaro ML
UNISA, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pleura; Tumor; Tomografia

Introdução: Na pleura origina-se tumores mesoteliais, que podem ser comprovados por métodos radiológicos. O estudo de anatomia patológica deve incluir além da anatomia patológica, os marcadores imunohistoquímicos. Observou-se um caso de mulher de 67 anos, portadora de HAS e de tumor gigante pleural, que relatava dispnéia aos pequenos esforços físicos. Após a exérese do tumor de 1575g foi feita a descoberta de CD 34+. Após 6 meses a paciente evoluiu com bom estado e eupnéica. **Objetivos:** Apresentar um caso de tumor único pleural que mimetizava um tumor pulmonar. **Métodos:** Avaliou-se a paciente com o uso de radiografia simples de tórax e com a tomografia computadorizada de tórax com evidência dos limites precisos do tumor. **Resultados:** Após avaliação radiológica e conduta cirúrgica a paciente evoluiu satisfatoriamente. **Conclusão:** A conduta de avaliar por métodos não invasivos mostrou-se boa. A conduta de ressecção foi suficiente para curar a paciente.

PO204 CARCINOMA ADENOÍDE CÍSTICO DE TRAQUEIA

Squeff FA¹, Forte V², Gerace ES³, Neto VD⁴, Ritter R⁵, Junior RS⁶
1,3,4,5,6. Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Traquéia; Carcinoma adenoide cístico; Cirurgia

Introdução: Os tumores primários de traquéia tanto benignos quanto malignos são raros. O Carcinoma Adenoide Cístico é um tumor com origem nas glândulas produtoras de muco, localizadas na submucosa traqueal, de crescimento lento e alto índice de recidiva local. **Objetivos:** Relatar caso de tumor de traquéia com evolução satisfatória após cirurgia. **Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** 38 anos, masculino, com história de dispnéia há quatro anos, sendo tratado como portador de asma, com piora progressiva nos últimos três meses. Realizou RX e TC de tórax que evidenciaram tumor em parede posterior de traquéia em contato com o esôfago. Admitido no pronto socorro com dispnéia e estridor. Submetido a traqueostomia com biópsia do tumor que revelou Carcinoma Adenoide Cístico. Realizou broncoscopia que mostrou tumor a três centímetros das cordas vocais e a cinco centímetros da carina. Submetido a cervicotomia com ressecção traqueal e anastomose traqueo-traqueal término-terminal, com margens cirúrgicas livres. O resultado anatomopatológico definitivo confirmou o diagnóstico, com margens cirúrgicas livres. O paciente evoluiu bem, recebendo alta no sexto pós-operatório. A cirurgia foi realizada sem intercorrências, com ressecção completa do tumor e anastomose traqueal segura. Havia plano de dissecação de esôfago e as margens estavam livres de neoplasia. Por se tratar de Carcinoma Adenoide Cístico, é mandatória a ressecção com biópsia de congelação negativa, devido a alta recidiva local. Caso não seja viável, devido a extensão do tumor, recomenda-se radioterapia pós-operatória. **Conclusão:** Carcinoma Adenoide Cístico é um tumor raro, de crescimento indolente, sendo freqüentemente confundido com quadros asmáticos. O tratamento, quando possível é a ressecção.

PO205 CRIAÇÃO DE MODELO EXPERIMENTAL PARA ESTUDO DA ESTENOSE TRAQUEAL LONGITUDINAL

Vaidergorn J, Machado AL, Ferreira RG, Juliano Y, Novo NF
UNISA, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Esôfago; Cães

Introdução: A estenose traqueal é uma consequência de diversas formas de apresentações devido às suas distintas etiologias. Ela pode ocorrer por fatores congênicos ou adquiridos. A

ressecção traqueal é um dos métodos mais utilizados para a solução dessa seqüela, desde que a estenose não exija a ressecção de grande parte do órgão. **Objetivos:** No intuito de propor um novo método para a melhoria do estudo da estenose traqueal extensa, realizamos esse experimento. **Métodos:** Foram operados 20 cães, distribuídos em 2 grupos. No grupo A foi realizada uma traqueoestenose longitudinal e o animal foi eutanasiado aos 21 dias de pós-operatório. No grupo B o período da eutanásia ocorreu no 42 dia de observação. **Resultados:** Foram feitos exames hematológicos, medidas dos diâmetros traqueais e pesagens antes e após as operações. Os resultados mostraram que o peso decresceu significativamente no grupo B e que o excesso de bases foi maior no período da eutanásia no grupo A. Também mostrou-se que os diâmetros externos e internos látero-lateral e dorso-ventral decresceram em todos os grupos. Já, para os diâmetros internos dorso-ventral ocorreu uma diminuição significante nos grupos A e B. **Conclusão:** O modelo de traqueoestenose longitudinal foi consagrado. Poderá ser empregado posteriormente no intuito de auxiliar no tratamento dessa complicação e que será preciso portanto mais pesquisas.

PO206 TUMORES DE PAREDE TORÁCICA: ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Squeff FA, Krähenbühl GDD, Rosalino UAC, Gerace ES, Gonçalves R, Rivaben JH, Neto VD, Junior RS

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tumores de parede; Cirurgia; Metástases

Introdução: As neoplasias da parede do tórax são raras e heterogêneas, podendo ser benignas ou malignas e apresentar diferentes origens: as primárias, as que invadem por contigüidade e as metastáticas. A ressecção ampla e radical com reconstrução imediata, quando possível, é o tratamento mais adequado. A reconstrução pode ser efetuada por transposição de músculos e uso de material sintético. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas de pacientes portadores de tumor de parede torácica. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo avaliando-se os pacientes que apresentaram o diagnóstico de neoplasia da parede torácica nos últimos 10 anos tratados no Disciplina de Cirurgia Torácica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Resultados:** Analisou-se 65 pacientes portadores de tumores de parede torácica. A média de idade foi de 46,6 anos (± 19,2; mediana de 50 anos); 57% eram mulheres. O tamanho médio do tumor foi de 9,3cm (± 8; mediana de 7cm) sendo localizados: 37% na parede anterior, 25% na posterior, 21% na lateral e 17% outros (mais de uma região). 35% dos tumores eram benignos. Dos malignos, 49% eram primários, 28% metastáticos e 23% por contigüidade. Das ressecções, 52% foram parietais, 25% ampliadas e 23% não foram realizadas. 79,1% foram submetidos a reconstrução primária e em 20,9% foram utilizados próteses. A taxa de recidiva foi de 8%. **Conclusão:** Os melhores resultados obtidos foram através de ressecções amplas com margens cirúrgicas livres.

PO207 SARCOMA DE VESÍCULA EM PULMÃO

Squeff FA, Honda SB, Epitácio BCF, Faria RA, Bizon JA, Gonçalves R, Filho DM, Junior RS
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoma de vesícula; Metástases pulmonares; Sarcomas

Introdução: Sarcoma de vesícula biliar é um neoplasia maligna de origem mensequimal extremamente rara nesta localização e de comportamento clínico agressivo. **Objetivos:** Relatar caso de tumor de sítio primário e metastático raro e evolução insatisfatória. **Métodos:** Relato de caso revisão de literatura. **Resultados:** Paciente, 27 anos, sem antecedentes, admitida no hospital com história de dor torácica anterior com irradiação para região dorsal, com início há três meses e dor região epigástrica pós-prandial associada a náuseas. Evoluiu no último mês com emagrecimento, disfagia e rouquidão. Realizado Raio X de tórax e TC de tórax que evidenciaram volumoso tumor localizado em região torácica esquerda, heterogêneo de limites mal definidos e com desvio de estruturas mediastinais. Apresentava exames laboratoriais normais. Paciente apresentou quadro de desconforto respiratório súbito associado a rebaixamento do nível de consciência seguida de parada cardíaca irreversível. A necropsia revelou, na região fúndica da vesícula biliar, um polipóide medindo 3,0 x 2,0 x 1,0cm, com caracteres semelhantes à "carne de peixe". No pulmão, evidenciou-se, em região apical de lobo superior esquerdo e mediastino, tumor com os mesmos caracteres da vesícula biliar, porém com áreas de necrose extensa, medindo 15,0x8,0x5,0cm. O exame microscópico de ambos constatou diagnóstico de Sarcoma de Alto Grau. **Conclusão:** Trata-se de neoplasia rara, de comportamento agressivo e prognóstico desfavorável.

PO208 ESTUDO COMPARATIVO DA DILATAÇÃO MECÂNICA COM A TRAQUEOESOFAGOPLASTIA NO TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL LONGITUDINAL DE CÃES

Vaidergorn J¹, Machado AL², Juliano Y³, Novo NF⁴, Fagundes DJ⁵, Ferreira RC⁶
1,2,3,4,6. UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 5. UNIFESP-EPM, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cães; Traquéia; Esôfago

Introdução: A estenose traqueal é uma consequência de diversas formas de apresentações devido às suas distintas etiologias. Ela pode ocorrer por fatores congênicos ou adquiridos. A ressecção traqueal é um dos métodos mais utilizados para a solução dessa seqüela, desde que a estenose não exija a ressecção de grande parte do órgão. **Objetivos:** No intuito de propor um novo método para a melhoria da correção da estenose traqueal extensa, realizamos esse experimento. **Métodos:** Foram operados 17 cães, distribuídos em 2 grupos. Realizou-se uma traqueoestenose longitudinal em todos os cães e foram observados por 21 dias. No grupo A, os 8 animais foram submetidos às dilatações mecânicas durante 21 dias até a eutanásia. Nos animais do grupo B realizou-se após o 21º dia uma reparação por uma traqueoplastia com o esôfago cervical no intuito de aumentar os diâmetros internos da traquéia estenosada. Foram feitos exames hematológicos, medidas dos diâmetros traqueais e pesagens antes e após as operações. **Resultados:** O excesso de bases foi maior no período da eutanásia nos 2 grupos. Também mostrou-se que os diâ-

metros externos látero-lateral e dorso-ventral decresceram em todos os grupos após as traqueostomias e que após a plastia notamos que esses diâmetros aumentaram mais nos animais no grupo B do que no grupo A. Observou-se que em relação aos diâmetros internos látero-lateral todos os animais obtiveram aumento, fato também respaldado pelo índice de estenose látero-lateral. O grupo de maior incidência de deiscências foi o Grupo A (62,5%). **Conclusão:** As dilatações não foram eficazes e que a traqueoesofagoplastia foi e poderá ser empregada posteriormente no tratamento dessa complicação e que será preciso portanto mais pesquisas.

PO209 LINFOMA PULMONAR NÃO-HODGKIN: RELATO DE CASO

De Oliveira HG, Araujo LFL, Macedo Neto AV, Saueressig MG, Moreschi AH
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Linfoma; Balt; Malt

Introdução: Paciente masculino, 63 anos, DPOC, com queixas de tosse seca, febre e fadiga há 4 meses, sem emagrecimento, com RX de tórax demonstrando consolidação em LID. Exames culturais de escarro foram negativos para TBC e pneumonia bacteriana. TC de tórax evidenciou lesão cavitada irregular em LID com grande consolidação contígua à lesão com broncogramas aéreos comprometendo todo o LID. Fibrobroncoscopia demonstrou compressão em brônquio lobar inferior direito sem lesões endobrônquicas. Biópsia da mucosa do referido brônquio indicou neoplasia maligna não-pequenas células. Após estadiamento, foi indicada lobectomia inferior direita. O exame anatomopatológico da peça revelou linfoma não-Hodgkin difuso comprometendo extensamente o lobo inferior direito, gordura pericárdica, periferia, serosa e margem brônquica ao nível da secção da peça, com disseminação para linfonodos subcarinais e periesofagianos. Estudo imuno-histoquímico sugeriu linfoma BALT. **Conclusão:** Linfoma pulmonar é uma patologia extremamente rara, constituindo 0,5-1% das neoplasias malignas pulmonares, 4% dos linfomas não-Hodgkin extra-linfonodais, e menos de 1% dos linfomas não-Hodgkin em geral. É ligeiramente mais frequente em mulheres, atingindo uma faixa etária ampla. O subtipo mais comum é o linfoma de zona marginal do subtipo MALT. Os achados clínicos desta entidade normalmente são indolentes, contrastando na maioria das vezes com achados radiológicos exuberantes (consolidações, nódulos com broncogramas aéreos). Tosse seca, febre e fadiga são as principais queixas. Há associação com síndrome de Sjögren e SIDA. O diagnóstico normalmente só é estabelecido após cirurgia, mas eventualmente pode ser estabelecido através de punção guiada por TC ou, mais frequentemente, por biópsia endoscópica. Os principais métodos terapêuticos incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, isolados ou em associação, havendo vários relatos de sucesso com uso de rituximab. O prognóstico é melhor do que o de carcinoma de pulmão.

PO210 USO DE ENDOPRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE BRÔNQUICA APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

Samano MN, Minamoto H, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Oliveira E.Q, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB

INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante de pulmão; Estenose brônquias principais; Stents

Introdução: As complicações decorrentes da anastomose brônquica nos transplantes pulmonares, embora tenham diminuído ao longo do tempo, ainda figuram como um dos principais fatores de morbimortalidade. São caracterizadas por deiscência, necrose, estenose e broncomalácia. Destas, a mais comum é a estenose e as opções terapêuticas incluem a dilatação por balão, ablação por laser, endopróteses e reoperação. **Objetivos:** Relatar o tratamento da estenose brônquica após transplante pulmonar através da implantação de dois tipos de endopróteses auto-expansíveis. **Métodos:** No período de agosto de 2000 a julho de 2006 foram realizados quarenta e oito transplantes pulmonares no InCor-HCFMUSP, sendo 18 bilaterais. Neste grupo, dois pacientes desenvolveram estenose da anastomose sintomática, necessitando broncoscopia intervencionista com dilatação e implante de endopróteses. **Resultados:** O primeiro paciente, submetido a transplante unilateral esquerdo por enfisema com anastomose por telescopia, desenvolveu dispnéia quatro meses após o transplante. Foi submetido à dilatação com balão e implante de endoprótese auto-expansível metálica (Ultraflex®) com melhora dos sintomas. Permaneceu com uma endoprótese por um ano até apresentar colonização por *S. aureus*, sendo necessária sua retirada. Não houve redivida da estenose, e o paciente encontra-se bem decorridos dezoito meses de sua retirada. A segunda paciente, submetida à transplante esquerdo por linfângioleiomiomatose, desenvolveu estenose brônquica em decorrência de infecção fúngica por *Cryptococcus* decorridos seis meses do transplante. A dilatação por balão permitiu melhora parcial, mas houve recidiva sendo necessária a utilização de endoprótese auto-expansível. Nesta ocasião, optamos pelo Polyflex®, constituído de uma malha de poliéster recoberdo por silicone, pela possibilidade de retirada. Durante o seguimento, houve deslocamento da endoprótese, que foi retirada facilmente, sendo trocada por outra de maior comprimento. Apesar da melhora respiratória, esta paciente veio a falecer por infecção fúngica. **Conclusão:** A utilização de endopróteses auto-expansíveis representa uma alternativa nos casos de estenose após transplante. Não houve migração do Ultraflex®, nem retenção de secreção no período de seguimento. Já o Polyflex®, embora sujeito à migração, possibilitou a melhora clínica da paciente, mostrando ser factível sua retirada através de broncoscopia e reimplantação.

PO211 FÍSTULA ESOFÁGICA PÓS-RESSEÇÃO DE SCHWANOMA MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

De Oliveira HG, Araujo LFL, Macedo Neto AV, Moreschi AH, Saueressig MG
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Schwannoma; Tumores neurogênicos; Fístula esofágica

Introdução: Paciente feminina, 40 anos, negra, com queixa de disfagia progressiva e emagrecimento discreto, encaminhada a hospital de nível terciário com diagnóstico de schwannoma firmado após toracotomia exploradora direita com biópsia incisional de massa em mediastino superior realizada em outra instituição. TC de tórax mostrava massa predominante à esquerda da traquéia, protruído pela janela aorto-pulmonar e cerclando o arco aórtico. **Resultados:** Submetida à toracotomia esquerda com ressecção completa da lesão. Ressecada lesão endurecida em janela aorto-pulmonar, intimamente relacionada com o esôfago, em meio a intenso processo fibrótico local devido à primeira intervenção, aparentemente oriunda da raiz de nervo intercostal. Evoluiu no 8º. PO com fistula esofágica e empiema, sendo submetida à nova toracotomia esquerda com desbridamento, esofagostomia lateral com cerclagem distal, e jejunostomia. TC de tórax controle revelou ainda existência de massa tumoral mais proeminente à direita do esôfago. Após recuperação do quadro séptico, foi submetida à reintervenção por toracotomia direita, sendo identificada massa que comprometia o esôfago. Realizada esofagectomia e esofagostomia terminal sem reconstrução de trânsito. Paciente evoluiu com pneumonia, sendo tratada com sucesso. Foi manejada com suporte nutricional (jejunostomia) para posterior reconstrução de trânsito. AP definitivo e imuno-histoquímica confirmaram diagnóstico de schwannoma benigno. **Conclusão:** Schwannoma é o tumor neurogênico mais comum do mediastino posterior. Normalmente é assintomático, sendo identificado incidentalmente através de exames radiológicos de rotina. A grande maioria é benigno, mas possui potencial maligno. O tratamento de escolha é a cirurgia com ressecção simples da lesão, sendo que na última década tem sido preconizada a ressecção toracoscópica. Relatamos um caso de ressecção de schwannoma mediastinal com origem no nervo vago que evoluiu com fistula esofágica, sendo tratada com sucesso através de desbridamento cirúrgico, exclusão esofágica com esofagostomia lateral e jejunostomia.

PO212 TUMOR DE MEDIASTINO: ESTUDO DE 66 CASOS

Montesi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Bolognani CED, De Souza RLP, Eleutério SJP

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Mediastino; Tumor; Linfoma

Introdução: Um grande número de neoplasias e cistos pode surgir de múltiplos sítios anatômicos no mediastino (ântero-superior, médio e posterior) e se apresenta com uma grande variedade de sinais e sintomas clínicos desde pacientes assintomáticos até com efeitos compressivos e sistêmicos. **Objetivos:** Avaliar os tipos de neoplasia mais prevalentes, a sintomatologia envolvida, assim como a conduta terapêutica adotada, obedecendo-se ao estadiamento clínico e patológico. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 66 pacientes portadores de tumor de mediastino submetidos a procedimentos cirúrgicos para análise diagnóstica e/ou terapêutica. **Resultados:** Correspondem ao sexo masculino 46,96% dos pacientes, sendo a idade média de 43,89 anos. Os casos de linfoma corresponderam a 22,72% da casuística, timoma (15,15%), bócio mergulhante (13,63%), dentre outros. Os sintomas mais frequentes foram: tosse (33,33%), dor torácica (27,27%), dispnéia (25,75%) e 12,12% apresentavam-se assintomáticos. A ressecção tumoral foi possível em 63,63% dos pacientes estudados. **Conclusão:** Os tumores de mediastino representam doenças difíceis de serem lembradas na hipótese diagnóstica inicial, em geral por apresentarem sintomas inespecíficos e/ou inexistentes. Em nosso estudo o linfoma foi o tipo histológico mais prevalente. A ressecção tumoral foi possível em grande parte dos tumores.

PO213 HIPERINSUFLAÇÃO DO PULMÃO NATIVO APÓS TRANSPLANTE UNILATERAL

Samano MN, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB
INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante de pulmão; Complicações cirúrgicas; Cirurgia redutora de volume pulmonar

Introdução: A hiperinsuflação do pulmão nativo é comum no pós-operatório de transplantes pulmonares por enfisema pulmonar. Quando progressiva, pode comprimir o pulmão transplantado gerando balanço mediastinal, com prejuízo da ventilação. Nestas situações, o tratamento consiste na redução volumétrica do pulmão nativo, seja através da ressecção de parênquima ou lobectomia pulmonar. **Objetivos:** Relatar dois casos de hiperinsuflação de pulmão nativo após transplante pulmonar tratados cirurgicamente com resultado satisfatório. **Métodos:** No período de agosto de 2000 a julho de 2006 foram realizados quarenta e oito transplantes pulmonares no InCor-HCFMUSP. Destes, 29% (14) tiveram como indicação o DPOC, sendo onze unilaterais (7 à direita) e três bilaterais. Entre estes pacientes, dois desenvolveram hiperinsuflação do pulmão nativo com repercussão clínica e necessidade de intervenção cirúrgica. **Resultados:** O primeiro paciente, submetido a transplante unilateral direito, evoluiu com hiperinsuflação do pulmão esquerdo e necessidade de ventilação pulmonar independente. Não houve diminuição da expansão, sendo necessária a realização de cirurgia redutora do volume pulmonar (CRVP) à esquerda. Apesar da melhora da função ventilatória após a operação, este paciente desenvolveu deiscência da anastomose brônquica com empiema e choque séptico, evoluindo à óbito. No segundo caso, após o transplante unilateral direito, o paciente apresentou hiperinsuflação esquerda decorridos três anos do procedimento. Optou-se pela realização de lobectomia inferior esquerda, que transcorreu sem intercorrências. Houve melhora radiológica, assim como das provas de função pulmonar e da capacidade de exercício, estando bem após um ano desta segunda intervenção cirúrgica. **Conclusão:** A diferença de complacência entre o pulmão nativo e o transplantado pode resultar em distúrbios na relação ventilação/perfusão, com ventilação preferencial do pulmão nativo e perfusão do pulmão transplantado, com conseqüente insuficiência ventilatória e/ou hemodinâmica. Concordando com a literatura, nosso segundo paciente mostrou importantes resultados após a redução do volume pulmonar através da lobectomia, como a melhora da função pulmonar e a diminuição da dispnéia, associados ao aumento da capacidade de exercício.

PO214 GANGLIONEUROMA MADIASTINAL DE GRANDES DIMENSÕES E APRESENTAÇÃO ATÍPICA – RELATO DE CASO

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Pena AB, Magalhães EJC, De Souza RLP

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Ganglioneuroma; Mediastino posterior; Tumor neurogênico

Introdução: O ganglioneuroma é um tumor do sistema nervoso periférico, usualmente benigno, derivado das células ganglionares simpáticas. É raro, acomete crianças e adultos jovens entre 10 e 40 anos de idade e tem preferência pelo mediastino posterior, seguido do retroperitônio. É freqüentemente assintomático e seu quadro clínico, quando presente, decorre de seu crescimento e compressão de estruturas adjacentes; raramente, o ganglioneuroma secreta catecolaminas. Ao corte transversal, exibe áreas de degeneração cística.

Objetivos: Relatar um caso de ganglioneuroma mediastinal de grandes dimensões e apresentação clínica atípica. **Métodos:** Revisão de literatura e relato do caso de paciente branco, 34 anos, sexo masculino, que comparece a Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora com queixa de dor pleurítica em hemitórax esquerdo. Foi realizada telerradiografia de tórax que evidenciou nódulo pulmonar em lobo superior de pulmão direito e condensação em base de hemitórax esquerdo sugestiva de derrame pleural; feita ultra-sonografia de tórax que sugeriu hérnia diafragmática à esquerda. Foi efetuada uma toracotomia exploradora à esquerda pela Cirurgia Geral, tendo sido visualizado tumor em mediastino posterior aparentemente trans-diafragmático. Como não foi possível a ressecção, o paciente foi encaminhado para a Cirurgia do Tórax para que se fizesse o procedimento definitivo. Não foi feita ressecção inicial devido à possibilidade de tumor neurogênico em halter invadindo coluna vertebral (apresentação de 10% dos neurogênicos). Solicitada ressonância nuclear magnética (RNM), que demonstrou não se tratar de tumor em halter; indicado procedimento cirúrgico com ressecção da lesão. O diagnóstico histopatológico da peça cirúrgica foi de ganglioneuroma. Considerando que até 14% destes podem conter elementos malignos primitivos e gerar metástases, no 30º dia pós-operatório foi excisado o nódulo pulmonar contralateral, cujo exame histopatológico diagnosticou tratar-se de fibrose pulmonar. **Resultados:** Um mês após a segunda abordagem cirúrgica, o paciente encontra-se em acompanhamento clínico-radiológico, sem intercorrências. **Conclusão:** Apesar de raro e freqüentemente assintomático, o ganglioneuroma deve ser considerado na investigação de paciente jovem com dor torácica, principalmente quando é notada imagem compatível em mediastino posterior. A ressecção cirúrgica de massas mediastinais posteriores não deve ser realizada antes de completa investigação do componente em canal medular (halter). A abordagem cirúrgica de nódulo pulmonar concomitante é justificável, pois, embora benigno, o ganglioneuroma pode sofrer degeneração maligna e gerar metástases em pequena parcela dos casos.

PO215 ABORDAGEM POR TORACOTOMIA DIREITA PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA BRÔNQUICA PÓS-PNEUMONECTOMIA ESQUERDA: RELATO DE CASO

De Oliveira HG, Araujo LFL, Macedo Neto AV, Moreschi AH, Saueressig MG, Silveira MM, Tarso Roth Dalcin P, Gazzana MB

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fístula brônquica; Pneumonectomia; Pleurostomia

Introdução: Paciente masculino de 65 anos, com DPOC grave (VEF1: 780ml), em acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por fístula brônquica pós-pneumonectomia esquerda realizada há 7 anos em outra instituição devido à carcinoma broncogênico. Apresentava-se emagrecido, dispnéico aos pequenos esforços, cronicamente infectado, tanto o pulmão quanto o espaço pleural, com 11 internações em 24 meses. Estadiamento pós-cirúrgico não revelou metástases tardias. O paciente havia sido tratado até então somente com pleurostomia e apresentava função pulmonar limitrofe. Exame fibroscópico demonstrou a presença de árvore brônquica esquerda com seus ramos lobares e segmentares com suturas individuais para cada segmento brônquico, com fístulas em 2 ramos lingulares. Como palição, tentou-se por 2 vezes alcoolização endoscópica das fístulas, sem sucesso. Após diversas internações devido a infecções respiratórias graves de repetição, foi indicada cirurgia para correção das fístulas tendo como abordagem toracotomia direita. **Resultados:** Após otimização clínica foi submetido à toracotomia direita com acesso ao brônquio principal esquerdo e secção do mesmo com stapler linear cortante próximo à sua emergência. A seguir foi realizada dissecação romba dos cotos lobares e segmentares restantes e ressecção destes próximo às respectivas fístulas. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após mais 15 dias de internação. Fibroscopia realizada 1 mês após a cirurgia evidenciou sutura íntegra a 0,5cm da carena traqueal. **Conclusão:** Fístula broncopleural é uma condição clínica que apresenta alta morbimortalidade, sendo observada mais freqüentemente após ressecções pulmonares. Existem diversas formas de tratamento, tanto endoscópicas quanto cirúrgicas. Apresentamos um relato de caso onde a opção pela abordagem contralateral para correção da fístula brônquica mostrou-se segura e eficaz. Plano de realizar a seguir fechamento de pleurostomia à Claget.

PO216 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA PARIETAL

Montessi J, Vieira JP, De Almeida EP, Abreu MM, Silva VC, De Souza RLP, Bolognani CED, Eleutério SJP

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Tumor fibroso; Pleura; Mesotelioma

Introdução: O tumor fibroso solitário da pleura (TFSP) também conhecido como tumor gigante da pleura ou mesotelioma benigno é raro, representando menos de 5% das neoplasias pleurais, numa incidência estimada de 28 casos por milhão. A maior incidência é entre

os 40 e os 70 anos. Geralmente são assintomáticos, constituem achados em estudos radiográficos de tórax efetuados por rotina. O método de imagem mais importante para o diagnóstico é a radiografia do tórax. A TC e a RM são importantes para avaliar a relação do tumor com estruturas vizinhas e a sua ressecabilidade. O diagnóstico é obtido por exame anatomopatológico da peça operatória. **Objetivos:** Apresentar um caso raro de tumor fibroso solitário da pleura (TFSP). **Métodos:** Paciente 55 anos, feminino, branca, não tabagista, não etilista. Há 8 meses com astenia, hiporexia e perda ponderal, sem história de dor, tosse ou dispnéia. Na radiografia de tórax apresentou uma massa tumoral em campo pleuropulmonar esquerdo. A TC evidenciou massa hipotransparente em hemitórax esquerdo de 12cm por 8cm. A punção por agulha fina sugeriu pseudotumor inflamatório. **Resultados:** Realizada toracotomia posterior com exérese do tumor de 1243g aderido por pedículo à pleura parietal. O resultado da anatomia - patológica da lesão foi de padrão morfológico sugestivo de tumor fibroso solitário da pleura. O dreno de tórax foi retirado no 3º dia de pós-operatório sendo que no 4º dia a paciente recebeu alta hospitalar. **Conclusão:** O TFSP é uma entidade rara que pode ser confundida com doença infecciosa, neoplasia maligna, neoplasia benigna pulmonar ou extrapulmonar. O diagnóstico é estabelecido por exame anatomopatológico. A ressecção cirúrgica é curativa na grande maioria dos casos, podendo ocorrer recidiva tumoral décadas mais tarde.

PO217 ANÁLISE COMPARATIVA DAS TÉCNICAS DE ANASTOMOSE BRÔNQUICA (TÉRMINO-TERMINAL VS. TELESCOPAGEM) NOS TRANSPLANTES PULMONARES

Samano MN, Yamaçake KGR, Gomes HAP, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB

INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante de pulmão; Complicações cirúrgicas; Anastomoses cirúrgicas

Introdução: Estima-se que 27% dos pacientes submetidos ao transplante pulmonar desenvolverão complicações brônquicas decorrentes da anastomose. Este tipo de complicação ocorre principalmente pela pobreza da irrigação sanguínea da árvore traqueobrônquica, que faz com que esta cicatrização seja deficitária. Com o intuito de diminuir este índice, várias técnicas foram desenvolvidas como a anastomose por telescopagem e as proteções da anastomose, seja com pedículo de grande omento ou de intercostal. **Objetivos:** Comparação das duas técnicas de anastomose brônquica empregadas nos transplantes pulmonares: término-terminal (TT) e telescopagem (TS), correlacionando-as com o número de complicações, tempo de UTI e ventilação mecânica e sobrevida. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de 40 pacientes transplantados no Instituto do Coração do HCFMUSP, no período de 2000 a 2005. Estes foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de anastomose empregada (Grupo 1 – anastomose TS e Grupo 2 – anastomose TT). **Resultados:** Foram realizadas 14 anastomoses TS (Grupo 1), correspondendo aos 14 transplantes iniciais, todo unilaterais entre setembro/2000 e setembro de 2003. Nos transplantes realizados a partir de então, foi adotada a técnica TT em 36 anastomoses (Grupo 2), dos quais 24 corresponderam a transplantes bilaterais. O índice total de complicações brônquicas foi de 11,5%, sendo mais freqüente nas anastomoses TS (21,4%) do que nas anastomoses TT (7,9%). Analisando comparativamente estes grupos, não houve diferença significativa no tempo de permanência em UTI e no tempo de internação. Porém, menor tempo de ventilação mecânica foi observado no grupo 2. A sobrevida também apresentou diferença estatística significativa, sendo superior para anastomose T-T. **Conclusão:** As complicações decorrentes da anastomose brônquica nos transplantes pulmonares permanecem como fatores de aumento de morbimortalidade. De acordo com nosso estudo, a anastomose TT foi superior à anastomose TS apresentando menor índice de complicações. Observamos ainda menor tempo de ventilação mecânica e melhor sobrevida neste grupo de pacientes.

PO218 COMPRESSÃO TRAQEAL POR ANEL VASCULAR

Terra RM, Pereira AEA, Mariani AW, Abrão FC, Minamoto H, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Anel vascular; Compressão traqueal; Silbilância

Introdução: Anéis vasculares são entidades congênicas raras. Formam o anel vascular: o arco aórtico duplo, o arco aórtico direito, o anel de artéria pulmonar, a compressão por artéria inomada e a artéria subclávia aberrante; podendo acarretar compressão traqueal e/ou esofágica. Manifestam-se por silbilância, estridor ou infecções respiratórias de repetição em lactentes, podendo também provocar disfagia. Freqüentemente seus sintomas são atribuídos a asma ou doença do refluxo gastroesofágico levando a atraso no diagnóstico. No passado o diagnóstico era confirmado com esofagograma contrastado. Atualmente o uso da angiogramografia computadorizada (TC) e, em alguns casos, da ressonância nuclear magnética (RNM) tem se tornado padrão na investigação diagnóstica desses pacientes. **Objetivos:** Relato de caso de um lactente com diagnóstico de compressão traqueal por anel vascular e revisão da literatura. **Métodos:** Revisão retrospectiva do prontuário de paciente com diagnóstico de compressão traqueal por anel vascular operado no nosso serviço. **Resultados:** Paciente masculino de 03 meses e 15 dias de idade com dispnéia às mamadas, engasgo e tosse desde o nascimento. Aos 02 meses de idade evoluiu com febre associada a tosse produtiva e dispnéia em repouso. Foi internado em outro serviço por duas oportunidades com diagnóstico de bronquiolite e tratado com medidas de suporte clínico, evoluindo com melhora parcial. Na ocasião foi realizada traqueobroncoscopia que evidenciou estenose traqueal justa-carinal pulsátil, sendo encaminhado ao nosso Serviço com diagnóstico de compressão extrínseca de traquéia. Não havia história de complicações gestacionais ou perinatais ou de outras comorbidades. O paciente encontrava-se dispnéico em repouso, com estridor inspiratório, sem outras alterações no exame físico. A radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar bilateral discreto. A ecocardiografia sugeriu o diagnóstico de arco aórtico à direita sem outras alterações ana-

tômicas. A TC evidenciou duplo arco aórtico com arco esquerdo hipoplásico. O paciente foi então operado via esternotomia mediana, sendo confirmado o diagnóstico sugerido pela TC e realizada secção de porção atátrica do arco aórtico esquerdo. Evoluiu com infecção respiratória no pós-operatório sendo tratado com sucesso. Recebeu alta hospitalar no 11º dia pós-operatório com melhora. **Conclusão:** O diagnóstico de anel vascular deve ser suscitado em lactentes com sibilância ou estridor de difícil controle clínico. A radiografia de tórax é o exame inicial estando frequentemente alterada nesses casos. O esofagograma contrastado pode ser realizado como exame de triagem, mas a TC é o exame realizado para o diagnóstico e o planejamento terapêutico. A traqueobroncoscopia e o ecocardiograma são indicados para diagnosticar lesões associadas que podem piorar o prognóstico ou modificar a estratégia terapêutica. O tratamento cirúrgico se faz necessário, sendo empreendido com baixa morbimortalidade e bons resultados.

PO219 EMPIEMA PLEURAL EM ADULTO E ADOLESCENTE: PREVALÊNCIA, CAUSAS E TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

De Lima LC¹, Westphal FL², Figueiredo HF³, Lima IQ⁴, Westphal DC⁵
1,2,3. Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 4,5. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Empiema pleural; Cirurgia; Complicações

Introdução: O empiema é uma infecção piogênica ou supurativa do espaço pleural. Descrita inicialmente por Hipócrates em 500 AC como uma doença grave, cuja drenagem era o único tratamento adequado. Sua incidência é desconhecida e pode ser causada por diversos fatores dentre os quais, infecções pulmonares, traumas, neoplasias e complicações da tuberculose. Diversas formas de tratamento podem ser efetuadas, porém ainda existe grande controvérsia quanto à melhor delas. **Objetivos:** Avaliar os pacientes portadores de empiema pleural, atendidos em dois hospitais da cidade de Manaus com relação às causas, tratamentos efetuados, morbidade e mortalidade. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes maiores de 12 anos de idade, portadores de empiema pleural, atendidos no período de janeiro de 1995 a janeiro de 2005. Cento e nove prontuários foram analisados. Na análise das associações entre as variáveis, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, quando não satisfeitos as condições para a aplicação do teste de Pearson, utilizou-se o com correção de Yates. Na comparação das médias de idade foi utilizado o teste T de Student quando os dados encontravam-se normalmente distribuídos ou o teste de Mann-Whitney quando não satisfeita a hipótese de normalidade. **Resultados:** Do total, 98 (89,9%) pacientes eram do sexo masculino e 11 (10,1%) do sexo feminino gerando uma proporção 8,9 de homens para 1 mulher. A faixa etária com maior envolvimento foi acima de 21 até 40 anos. A causa mais comum de empiema pleural foi ferida por arma branca com 42 (43,3%) pacientes. O procedimento cirúrgico mais utilizado foi a drenagem pleural fechada em 50 (47,6%) pacientes seguida de toracocentese 30 (28,6%). O tipo de complicação mais encontrada foi encarceramento pulmonar com 8 (26,7%) pacientes. Quatro pacientes (3,7%) evoluíram para óbito. **Conclusão:** A maior prevalência da enfermidade está relacionado ao sexo masculino, adulto jovem, sendo um fator que contribuiu para isto, a principal causa de empiema pleural, foi ferimento por arma branca.

PO220 TORACOTOMIAS NA SALA DE EMERGÊNCIA NA NOSSA REALIDADE: VALE A PENA?

Westphal FL¹, De Lima LC², Silva CQ³, Yokoyama FJ⁴, Monteiro RS⁵, Lima Netto JC⁶
1,4,5. Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil; 2. Beneficente Portuguesa, Manaus, AM, Brasil; 3. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Toracotomia; Trauma; Emergência

Introdução: Já são bem estabelecidas as indicações para a toracotomia na Sala de Emergência, mas os resultados diferem entre as diversas séries. Alguns aspectos são preocupantes quando é proposto este tipo de cirurgia, dentre eles as sequelas neurológicas, a contaminação da equipe cirúrgica, o custo hospitalar, entre outros. **Objetivos:** Analisar os casos de pacientes submetidos à Toracotomia na Sala de Emergência, avaliar os aspectos positivos, as dificuldades encontradas e a eficácia do procedimento. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal observacional por meio da análise de prontuários e de entrevistas com os médicos emergencistas de dois hospitais de referência, analisando-se pacientes submetidos à toracotomia na sala de emergência no período de 1º de fevereiro de 2005 a 31 de janeiro de 2006. Os casos foram classificados com o Escore Fisiológico coletados no momento da admissão no Hospital. **Resultados:** O total de toracotomias foi de 73 casos e destas 12 foram realizadas na sala de emergência. A totalidade dos casos foi do sexo masculino, com idade média de 35,0 anos, sendo que um (8,4%) pertencia a faixa etária de < 20 anos, cinco (41,6%) entre 20 a 40 anos e seis (50%) com mais de 40 anos (Gráfico 01). Nove (75%) foram atendidos no PS Prof. João Lúcio Pereira Machado e três (25%) no PS 28 de Agosto. Entre o mecanismo de trauma houve seis (50%) ferimentos por arma de fogo, cinco (41,6%) por arma branca e um (8,4%) por contusão. Na sala de emergência em todos foi realizada massagem cardíaca interna, em dois (16,6%) pinçamento de aorta e uma (8,4%) introdução de sonda de Foley no ventrículo esquerdo (VE). O escore fisiológico na chegada aos pronto-socorros foram 5 (41,6%) em classe III, 3 (23,1%) em classe II e 4 (33,3%) em classe I. A taxa de mortalidade encontrada na TSE foi de 100%, diferentemente das Toracotomias realizadas no Centro Cirúrgico que foi de 29,5%. O escore fisiológico na chegada aos pronto-socorros foram 3 (30%) em classe III, 3 (30%) em classe II e 4 (40%) em classe I. Todos os pacientes faleceram, sendo que o momento do óbito ocorreu na sala de emergência (3, 30%), durante a cirurgia (4, 40%) e após a cirurgia (3, 30%). **Conclusão:** O insucesso da TSE depende na forma como se conduz o atendimento do paciente em suas diversas etapas, tais como, no pré-hospitalar, hospitalar e pós-cirúrgico. O atendimento pré-hospitalar inexistente, cuidados pós-operatórios limitados e a gravidade da chegada dos pacientes podem ter influenciado no resultado final.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO221 CISTO TÍMICO MEDIASTINAL – RELATO DE TRÊS CASO

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Pena AB, Magalhães EJC, Montessi OVD

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Cisto tímico; Timo; Mediastino anterior

Introdução: Os cistos tímicos são tumores benignos do pescoço e mediastino anterior; tratam-se de lesões raras que correspondem a apenas 1 a 2% de todas as massas do mediastino anterior. Podem ser divididos em uniloculares ou multiloculares; de modo geral, os primeiros são congênitos – remanescentes do ducto timofaríngeo do embrião e os últimos adquiridos, sendo estes resultantes de processos inflamatórios e/ou reativos do timo, muitas vezes associados a doenças auto-imunes. Na maioria dos casos, os pacientes são assintomáticos e o diagnóstico se deve a achados radiológicos, geralmente já na idade adulta. Com acúmulo de fluido ou sangue e aumento do cisto, podem sobrevir sintomas decorrentes da compressão de estruturas adjacentes. A excisão cirúrgica é considerada curativa e de grande importância pela possibilidade de degeneração maligna, além da necessidade do correto diagnóstico, pela existência de lesões mediastinais que cursam com as mesmas características clínicas e radiológicas. **Objetivos:** Lembrar o cisto tímico como um possível diagnóstico diferencial entre as massas de mediastino anterior. **Métodos:** Revisão da literatura e relato de três casos atendidos pelo Serviço de Cirurgia Torácica entre novembro de 2003 e julho de 2006 cujo diagnóstico foi cisto tímico. As idades variaram de 33 a 52 anos, sendo dois pacientes do sexo masculino e um do sexo feminino. Os três eram sintomáticos: dois tinham como principal sintoma dor torácica e o terceiro tosse seca. Outros sintomas relatados foram adinamia, emagrecimento, cefaléia persistente e hemoptóicos esparsos. Todos apresentaram alargamento mediastinal à teleradiografia de tórax. Dois tinham tomografia computadorizada com lesão expansiva em mediastino anterior e foram submetidos a esternotomia mediana parcial para ressecção. O terceiro paciente apresentou, à ressonância nuclear magnética, lesão cística que ocupava área cardíaca e deslocava o coração para a direita, tendo sido submetido a toracotomia pósterio-lateral esquerda devido à localização da lesão. O diagnóstico definitivo de cisto tímico foi dado pelo exame histopatológico. **Resultados:** A cirurgia foi curativa para todos os pacientes, que se encontram em acompanhamento no Serviço com remissão total dos sintomas. **Conclusão:** O mediastino anterior pode abrigar diversos tipos de lesões tumorais, benignas ou malignas; o diagnóstico diferencial entre elas é feito através do exame histopatológico da peça após ressecção.

PO222 PNEUMOPLASTIA REDUTORA: ESTUDO DE 27 PACIENTES

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Bolognani CED, De Souza DMP, Montessi OVD

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Enfisema; Pneumoplastia; Pulmonar

Introdução: Nos últimos 20 anos, os doentes com enfisema pulmonar foram classificados em dois grupos: os portadores de enfisema localizado e os com enfisema difuso. Doentes com enfisema localizado têm na cirurgia, uma opção terapêutica bem estabelecida, pela perspectiva de ganho funcional pulmonar imediato, com ressecção das lesões. Houve, dessa forma, um aumento considerável no interesse pelo tratamento cirúrgico de enfisema pulmonar, e a pneumoplastia redutora vem se tornando uma forma terapêutica valiosa. **Objetivos:** Estudar o perfil dos pacientes submetidos a pneumoplastia redutora e características inerentes à cirurgia: abordagem (uni ou bilateral), mortalidade, dentre outros. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente prontuários de 27 pacientes, de 1998 a 2006. A técnica cirúrgica foi a toracotomia posterior pelo triângulo da ausculta. **Resultados:** Foram realizadas 22 cirurgias unilaterais e 5 bilaterais – sendo 2 simultâneas e 3 sequenciais. Houve uma preferência pela abordagem unilateral, tendo em vista os resultados desfavoráveis quando optamos por cirurgia bilateral e simultânea, enquanto que a grande maioria dos Serviços da Europa opta pela cirurgia bilateral. A mortalidade pós-operatória representou 18,51% do total de cirurgias. **Conclusão:** A pneumoplastia redutora é um procedimento eficaz para um seleto grupo de pacientes portadores de enfisema, proporcionando no pós-operatório uma melhora de índices objetivos da qualidade de vida, na tolerância aos exercícios e na função pulmonar.

PO223 QUILOTÓRAX: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CONDUTA DE 3 CASOS

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Montessi OVD, De Souza RLP, Bolognani CED

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Quilotórax; Derrame pleural; Ducto torácico

Introdução: O quilotórax é uma entidade clínica definida como o derrame pleural com altos níveis de lipídeos, em função da passagem do conteúdo do ducto torácico (linfa) para o espaço pleural. A suspeição diagnóstica normalmente é fácil pois, através da toracocentese, evidencia-se geralmente líquido de aspecto leitoso. Apresenta diversas formas de abordagem terapêutica, de acordo com sua etiologia. **Objetivos:** Apresentar 3 casos de quilotórax, suas respectivas condutas terapêuticas e revisão da literatura. **Métodos:** Três pacientes admitidos nos Hospitais Universitário (UFJF) e Monte Sinai (Juiz de Fora – MG) com queixa de dispnéia progressiva. A radiografia de tórax foi o exame realizado que confirmou a presença do derrame pleural. Posteriormente, foi realizada toracocentese diagnóstica que evidenciou líquido leitoso com altos níveis de triglicérides e linfócitos. Tomografia computadorizada de tórax foi realizada, na qual não se evidenciou linfadenopatias mediastinais, sendo os pacientes submetidos a toracotomia para ligadura do ducto torácico. **Resultados:** Dois dos

três pacientes apresentaram, no pós-operatório, radiografia de tórax evidenciando ausência de derrame pleural. Um paciente fez o derrame quiloso nos dois hemitórax, sendo instituída a toracotomia com pleurectomia parietal bilateral. **Conclusão:** O quilotórax é uma afecção rara que requer diagnóstico de certeza com dosagem de triglicérides acima de 110mg/dl, sendo o linfoma a neoplasia que mais frequentemente produz o derrame quiloso. Nestes três casos apresentados de conduta no quilotórax espontâneo, o tratamento cirúrgico foi indicado, com condutas que variaram desde somente a ligadura supradiaphragmática do ducto torácico, até a pleurectomia bilateral por toracotomia (um caso de tratamento complexo e incomum).

PO224 PNEUMOPERICÁRDIO ESPONTÂNEO APÓS TRANSPLANTE PULMONAR: RELATO DE DOIS CASOS

Mariani AW, Samano MN, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB

INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante de pulmão; Complicações cirúrgicas; Pneumopericardium

Introdução: As complicações cirúrgicas do transplante pulmonar estão relacionadas principalmente às anastomoses brônquicas e vasculares. O pneumopericárdio espontâneo é uma complicação rara e poucas vezes descrita na literatura. **Objetivos:** Relatar dois casos de pneumopericárdio espontâneo após transplante pulmonar unilateral. **Métodos:** No período de agosto de 2000 a julho de 2006 foram realizados 48 transplantes pulmonares no InCor-HCFMUSP. Entre as complicações observadas, dois pacientes evoluíram com pneumopericárdio espontâneo. **Resultados:** A primeira paciente, submetida ao transplante unilateral direito por linfangioleiomiomatose, apresentou pneumopericárdio espontâneo decorridos mais de trinta dias da operação e sem repercussão hemodinâmica. A investigação broncoscópica não evidenciou problemas na anastomose brônquica e a conduta adotada foi conservadora. Houve resolução espontânea do pneumopericárdio, sem necessidade de intervenção cirúrgica. O segundo paciente, portador de fibrose pulmonar idiopática e submetido a transplante unilateral esquerdo evoluiu com insuficiência renal dialítica e dificuldade de desmame ventilatório. As broncoscopias de vigilância evidenciavam sinais sugestivos de isquemia da mucosa brônquica distal à anastomose. Duas semanas após a operação observou-se volumoso pneumopericárdio à radiografia simples de tórax, mas sem sinais de tamponamento cardíaco. Optou-se pela realização de videopericardioscopia e drenagem pericárdica, com resolução do quadro. Nova broncoscopia, realizada nesta ocasião, não mostrou qualquer sinal de deiscência de anastomose brônquica. A despeito da terapêutica instituída, este paciente apresentou sepse, não relacionada ao procedimento evoluindo à óbito, decorridos quarenta dias do procedimento. **Conclusão:** O pneumopericárdio aparece como uma complicação de transplante pulmonar incomum acompanhando pacientes graves. Nos casos de instabilidade hemodinâmica, o tratamento empregado é a drenagem pericárdica que é efetiva para a resolução do pneumopericárdio. O prognóstico, porém, depende da condição clínica do paciente.

PO225 ENCEFALOPATIA APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

Apanavicius A¹, Caramori ML², Teixeira RHOB³, Afonso Jr JE⁴, Hoette S⁵, Samano MN⁶, Pêgo-Fernandes PM⁷, Jatene FB⁸

1,5. Serviço de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4,6,7,8. Grupo de Transplante de Pulmão INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante pulmonar; Encefalopatia; Tacrolimus

Introdução: Sintomas neurológicos estão presentes em até 60% dos pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos que fazem uso de inibidores da calcineurina, sintomas graves são raros em pacientes submetidos a transplante pulmonar. **Objetivos:** Relatar um caso raro de encefalopatia relacionada ao uso de inibidores da calcineurina em transplantado pulmonar. **Métodos:** Relato de caso clínico, com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e descrição de seguimento. Ao relato, segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** Jovem do sexo masculino de 18 anos, com antecedente de fibrose cística acompanhado de diabetes e insuficiência pancreática submetido a transplante pulmonar bilateral, evoluiu no 30 dia pós-transplante com quadro de convulsão tônico-clônico generalizada, confusão mental, alucinações e turvação visual. Na ocasião apresentava insuficiência renal leve, normotensão, afebril e dosagem do nível sérico do tacrolimus acima do nível terapêutico. Exame do líquor sem alterações, tomografia e ressonância nuclear magnética que demonstraram sinais de leucoencefalopatia posterior. Hipótese diagnóstica de leucoencefalopatia posterior reversível secundária ao uso de tacrolimus. Suspenso tacrolimus. Evoluiu com remissão dos sintomas em uma semana. **Conclusão:** A leucoencefalopatia posterior reversível tem incidência de 1-6% após transplante de órgãos sólidos, mas extremamente raro após transplante pulmonar. Apresenta-se de forma aguda em média após 60 dias do transplante pulmonar, tem como sintomas principais convulsões, confusão mental e alterações visuais. Não há relação direta entre o nível sérico do tacrolimus e os sintomas. Geralmente não necessita de biópsia para seu diagnóstico e tem evolução benigna na grande maioria dos casos quando diagnosticada precocemente.

PO226 HIPERINSUFLAÇÃO TARDIA DO PULMÃO NATIVO COMPLICANDO TRANSPLANTE DE PULMÃO UNILATERAL

Dias BA, Costa AN, Hovnanian ALD, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Samano MN, Caramori ML, Jatene FB

Grupo de transplante Pulmonar do INCOR - HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hiperinsuflação; Transplante unilateral; Complicações tardias

Introdução: O transplante pulmonar unilateral é procedimento viável em pacientes com DPOC não supuradores, com taxas de sucesso semelhantes ao procedimento bilateral. Apesar dos bons resultados, complicações podem surgir a partir do pulmão nativo, tendo sido relatados vários casos de hiperinsuflação aguda com disfunção do enxerto, sendo o apare-

cimento tardio bem menos freqüente. **Objetivos:** Descrição de hiperinsuflação do pulmão nativo como complicação de transplante de pulmão unilateral e as formas de tratamento. **Métodos:** Revisão de prontuário, exames de imagem, função pulmonar e revisão da literatura. **Resultados:** Caso: Paciente de 48 anos submetido a transplante unilateral direito em novembro de 2002 por Enfisema pulmonar secundário à Talcose, com início de dispnéia de esforço e piora da hiperinsuflação do pulmão nativo progressivos após 18 meses do procedimento. Aos 24 meses pós-transplante, apresentava evidente compressão do enxerto à radiografia de tórax, tendo sido submetido em julho de 2005 à lobectomia inferior esquerda sem intercorrências. Após 2 meses, paciente se encontra assintomático e com melhora significativa da função pulmonar. **Conclusão:** A hiperinsuflação tardia do pulmão nativo e suas opções de tratamento são pouco discutidas na literatura, tendo sido relatados sucessos com bulectomias, procedimento redutor clássico e lobectomias, tendo o último a vantagem de ser procedimento anatômico com menor chance de fistulas no pós-operatório. O diagnóstico diferencial com rejeição crônica tem que ser sempre aventado já que encerra prognóstico e tratamento distintos.

PO227 TRANSPLANTE DE PULMÃO EM PACIENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA (DEFICIÊNCIA DE IGA)

Hoette S¹, Caramori ML², Afonso Jr JE³, Teixeira RHOB⁴, Apanavicius A⁵, Samano MN⁶, Pêgo-Fernandes PM⁷, Jatene FB⁸

1. Serviço de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4. Grupo de Transplante de Pulmão INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 5. Serviço de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 6,7,8. Serviço de Cirurgia Torácica INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Deficiência de IgA; Transplante de pulmão; Infecção

Introdução: Infecção em pacientes após transplante pulmonar é comum pela imunossupressão necessária e ocorre com maior freqüência porque o pulmão está exposto ao meio ambiente e conseqüentemente mais sujeito a contaminação. Pacientes com deficiência de IgA estão sujeitos a infecções de repetição, principalmente de vias aéreas e presume-se que pacientes com esta doença, quando submetidos a transplante pulmonar, apresentassem incidência de infecção aumentada em relação a pacientes transplantados por outras afecções. **Objetivos:** Descrever a evolução de um caso de transplante de pulmão em paciente com deficiência de IgA. **Métodos:** Relato de caso clínico com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e descrição de seguimento. Ao relato segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** Paciente LPS, 38 anos, com diagnóstico de bronquiectasias, encaminhado para avaliação para transplante pulmonar. Na investigação da causa das bronquiectasias foi diagnosticado deficiência de IgA. O paciente era dependente de oxigênio e a prova de função pulmonar pré transplante está registrada na tabela 1. Foi submetido a transplante pulmonar bilateral em maio de 2004, evoluindo sem intercorrências infecciosas até o momento, melhora importante na espirometria e no teste de caminhada de 6 minutos. **Conclusão:** Na literatura médica, existem poucos estudos ou relatos de pacientes submetidos a transplante pulmonar com deficiência de IgA, a maioria se referindo a hipogamaglobulinemia. Um relato de caso de paciente transplantado com hipogamaglobulinemia mostrou associação com infecções recorrentes e graves em uma paciente submetida a transplante pulmonar por enfisema. O caso aqui relatado é relevante pelo fato inesperado do paciente já ter uma imunodeficiência antes do transplante e não ter evoluído com infecções após o transplante apesar da imunossupressão.

PO228 TEP EM TRANSPLANTE DE PULMÃO

Hoette S¹, Caramori ML², Afonso Jr JE³, Teixeira RHOB⁴, Apanavicius A⁵, Samano MN⁶, Pêgo-Fernandes PM⁷, Jatene FB⁸

1. Serviço de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4. Grupo de Transplante de Pulmão INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 5. Serviço de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 6,7,8. Serviço de Cirurgia Torácica INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Trombólise; Tromboembolismo pulmonar; Transplante de pulmão

Introdução: A embolia pulmonar (EP) é uma doença freqüente, sendo responsável por 5 a 10% de todas as mortes hospitalares e por 200 mil mortes por ano nos Estados Unidos. Existem poucos estudos em pacientes após transplante pulmonar, mas há relatos de que a prevalência está entre 8,6 e 12% de EP após transplante. **Objetivos:** Relatar um caso de trombólise em embolia pulmonar após transplante de pulmão. **Métodos:** Relato de caso clínico com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e descrição de seguimento. Ao relato segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** Paciente MBL, 34 anos, foi submetido a transplante bilateral em dezembro de 2004. Um mês após a alta foi reinternado por quadro de rejeição aguda para pulsoterapia. Durante a internação evoluiu com dispnéia importante de início súbito e queda da saturação. A ausculta pulmonar era normal e a radiografia de tórax sem alterações sendo então levantada a hipótese diagnóstica de embolia pulmonar. A angiogramografia de tórax evidenciou exclusão total de artéria pulmonar esquerda e trombo central em artéria pulmonar direita. O paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e necessidade de intubação orotraqueal. Pela gravidade da apresentação do quadro optou-se por trombólise com rTPa. O paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e foi extubado no dia seguinte a trombólise, recebendo alta hospitalar com resolução completa do quadro, 20 dias após. **Conclusão:** A embolia pulmonar ocorre principalmente nos primeiros 3 meses após o transplante, estando mais associada a infarto pulmonar e acometendo, principalmente, o pulmão transplantado, o que sugere que episódios de embolia são mais freqüentes e mais graves em pacientes transplantados. Pela prevalência elevada e gravidade da apresentação da EP nos pacientes transplantados de pulmão, esta afecção deve sempre ser lembrada como possível hipótese diagnóstica e sua confirmação e tratamento iniciados o mais precocemente possível. O caso aqui relatado tem o objetivo de chamar atenção para a importância da EP neste grupo de pacientes e mostrar o sucesso de trombólise no pós-operatório recente de um paciente após transplante pulmonar, o que ainda não foi descrito na literatura.

PO229 TUMOR PRIMÁRIO DE MADIASTINO

Botter M, Tanil AT, Faria RA, Rivaben JH, Saieg MTA, Gonçalves R, Neto VD, Junior RS
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Mediastino; Cirurgia; Células germinativas

Introdução: Os tumores de células germinativas representam 3 a 10% dos tumores primários de mediastino anterior. O tumor misto caracteriza-se por ser um tumor de células germinativas extremamente raro, de comportamento agressivo e evolução desfavorável. **Objetivos:** Relatar caso de tumor de mediastino anterior com evolução satisfatória após cirurgia e quimioterapia. **Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** CAO, 28 anos, masculino, com história de dor região escapular esquerda com irradiação para região torácica anterior há três meses. Evoluiu com dispnéia, tosse e piora da dor. Na investigação, foi observado tumor em mediastino anterior, com marcadores tumorais normais. Paciente foi submetido à esternotomia e toracotomia anterior esquerda, seguido de timectomia, pneumonectomia, pericardiotomia parcial e ressecção tumoral. Não apresentou intercorrências no pós-operatório. O anatomopatológico revelou tumor de células germinativas misto (80% tumor de seio endodérmico, 10% carcinoma embrionário e 10% coriocarcinoma). Diante de tais achados, foi iniciado quimioterapia com VP16, Cisplatina. Até o PO 6 meses não apresentou evidências de recidiva. **Conclusão:** Tumores misto de mediastino, quando adequadamente tratados com ressecção e quimioterapia, apresentam boa evolução.

PO230 COMPLICAÇÃO ABDOMINAL EM CIRURGIA DE RESECÇÃO PULMONAR

Westphal FL¹, De Lima LC², Lima Netto JC³, Cardoso VM⁴, Catunda AC⁵
 1,2,3. *Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil;* 4. *Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil;* 5. *Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil.*

Palavras-chave: Pneumoperitônio; Segmentectomia; Carcinoma

Introdução: A presença de pneumoperitônio usualmente esta associada à perfuração de vísceras ocas intra-abdominais, requerendo reparo cirúrgico urgente. Sabe-se que o mesmo pode resultar de uma abertura inadvertida da cavidade peritoneal após uma esternotomia, geralmente não trazendo repercussões significativas ao paciente. No entanto, são raros os relatos na literatura médica de pneumoperitônio resultantes de complicações inerentes à ressecção pulmonar. Os autores relatam um caso clínico de paciente submetido a segmentectomia pulmonar evoluindo no pós-operatório com pneumoperitônio. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumoperitônio como complicação pós-operatória de ressecção pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente, 75 anos, sexo masculino, fumante, com história de radioterapia das cordas vocais para tratamento de neoplasia há 8 anos, ao submeter-se a exames de rotina, detectou-se, na radiografia de tórax, um nódulo de 3cm em lobo superior esquerdo. Confirmado pela Tomografia. Realizou broncoscopia com lavado brônquico com resultados negativos. A PAAF mostrou-se positivo para Carcinoma Neuroendócrino com CEA e CA negativos. A prova de função pulmonar pré-operatória revelou um distúrbio obstrutivo severo com VF1 de 20%. Visto as condições clínicas do paciente, foi indicado a segmentectomia para ressecção do nódulo pulmonar. No pós-operatório imediato apresentou fuga aérea de alto débito e colapso parcial do pulmão, evoluindo com enfisema subcutâneo de moderada intensidade. No quarto dia de pós-operatório a radiografia de controle evidenciou pneumoperitônio com aumento progressivo nos dias subsequentes com melhora do quadro pulmonar e expansão pulmonar. Como o paciente não apresentava sinais de irritação peritoneal, apesar do pneumoperitônio instalado, optou-se pelo tratamento conservador. **Conclusão:** É descrito na literatura que em aproximadamente 10% dos casos, o pneumoperitônio ocorre de forma idiopática, geralmente apresentando curso benigno, sem necessidade de intervenção cirúrgica, no caso de ressecções pulmonares a causa pode ser o acesso torácico, principalmente por abertura da cavidade peritoneal ou diafragma em esternotomias. É de grande importância a diferenciação desse tipo de pneumoperitônio dos que são causados por patologias abdominais, já que esses pacientes são geralmente doentes crônicos, em uso de vários tipos de medicamentos e nessas a correção cirúrgica da doença que cursa com pneumoperitônio é essencial.

PO231 TIMO CARCINOMA – RELATO DE CASO

Botter M, Alexandre JA, Bernardi FDC, Neto VD, Faria RA, Gouvea ES, Lourenço MVF, Junior RS

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Timo carcinoma; Tumor de mediastino; Cirurgia

Introdução: Timo carcinomas são conhecidos como os tumores epiteliais que apresentam atipia celular explícita e características histológicas que não o permitem identificar, com maiores detalhes, como sendo específicos do timo. São tumores raros e responsáveis por somente 0,06% de todas as neoplasias tímica. São tipicamente invasivos, com um alto risco de recidivas locais que freqüentemente levam ao óbito. Acomete doentes entre a 40 e 60 décadas de vida e sua etiologia é desconhecida. **Objetivos:** Apresentação de uma paciente com quadro de timo carcinoma na Santa Casa de São Paulo. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** Doente de 42 anos, portadora de púrpura trombocitopênica idiopática, com quadro de síndrome de veia cava superior, com achado radiológico de um tumor em mediastino anterior o qual foi biopsiado por mediastinotomia, confirmando o diagnóstico de timo carcinoma. A doente foi submetida a neoadjuvância com quimioterapia e citoredução do tumor e posterior cirurgia ressectiva. **Conclusão:** Aproximadamente 30% dos pacientes são assintomáticos no momento do diagnóstico. Por causa do risco aumentado para outras neoplasias associadas e pelo fato do timoma poder recorrer após um longo intervalo, tem sido recomendado que o acompanhamento deve ser feito por toda a vida. O tratamento neste caso é a ressecção cirúrgica completa seguido de bom prognóstico. A taxa de mortalidade é maior que 85%, com sobrevida de cerca de 12 a 36 meses quando a ressecção é incompleta.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO232 CARCINOMA BASO CELULAR COM METÁSTASE PULMONAR

Botter M, Alexandre JA, Gerace ES, Bernardi FDC, Monteiro JC, Jorge D, Neto VD, Junior RS
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma baso celular; Metástases; Metastastectomia

Introdução: Carcinoma baso celular é o carcinoma de pele mais comum em seres humanos, acometendo cerca de 20% em homens e 10 a 15% em mulheres. Aproximadamente 75 a 86% dos carcinomas baso celulares primários são na cabeça e pescoço. A freqüência de disseminação metastática é baixa. **Objetivos:** Relato de caso de um doente com diagnóstico de uma lesão extensa por carcinoma baso celular em pele na região de manúbrio esternal e pequenas lesões em face com metástases pulmonares bilaterais. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** Doente masculino, 60 anos, com quadro de tumor em região de manúbrio esternal, de evolução lenta com metástases pulmonares. Foi submetido a ressecção do tumor de pele com boa margem de segurança e, a seguir submetido a metastastectomia pulmonar bilateral. Segue com boa evolução e acompanhamento oncológico. **Conclusão:** Carcinoma baso celular é uma neoplasia de pele comum. Possui crescimento lento com agressividade local que raramente produz metástases. Metástases pulmonares nestes casos ocorrem em cerca de 0,03%. O tratamento realizado é ressecção cirúrgica local seguido de quimioterapia e ou radioterapia.

PO233 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS VIA TRANS-TRAQUEAL

Santos FB¹, Júdice AM², Filho AB³, Severino NP⁴, Fialho Neto FN⁵, Aboud OM⁶

1. *Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil;* 2. *Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, Niterói, RJ, Brasil;* 3,4,5,6. *HUAP - UFF, Niterói, RJ, Brasil.*

Palavras-chave: Fistula; Traquéia; Traqueoplastia

Introdução: A fistula traqueoesofágica adquirida é uma patologia rara e de sérias consequências. A intubação orotraqueal prolongada e a nutrição via naso-entérica vêm contribuindo recentemente para o surgimento mais freqüente deste tipo de afecção. A proximidade entre o esôfago e a traquéia, até pela sua origem embriológica, explicam a freqüência dessas lesões tanto em adultos como em crianças. O surgimento da fistula traqueoesofágica adquirida, seja benigna ou maligna, leva a uma série de problemas devastadores tanto para o paciente quanto para o médico pelas dificuldades encontradas no trato dessa condição. A contaminação da árvore respiratória é o principal problema a ser enfrentado, e como não existe evidência de fechamento espontâneo, o tratamento cirúrgico se impõe em circunstâncias, às vezes, desesperadoras. Geralmente existe estenose de traquéia associada e proposta de tratamento cirúrgico é a ressecção da área de estenose com anastomose boca a boca associada ao fechamento da fistula. Quando não existe lesão da traquéia a proposta cirúrgica é de fechamento sutura dos orifícios fistulosos da traquéia e do esôfago com interposição de um músculo da região. **Objetivos:** Este trabalho visa demonstrar a experiência do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Antonio Pedro ao longo de dez anos, na abordagem cirúrgica de sete pacientes com diagnóstico de fistula traqueoesofágica. Através de discussão sobre a propedêutica utilizada para o diagnóstico e acompanhamento pós-operatório dos pacientes, demonstrando o baixo índice de recorrência da doença com a técnica utilizada. **Métodos:** Foram selecionados sete pacientes portadores de fistula traqueoesofágica de diferentes etiologias. Esses pacientes foram submetidos a avaliação endoscópica, após a suspeita diagnóstica, para confirmação do mesmo e avaliação pré-operatória. Em todos foi realizada a correção cirúrgica da fistula via trans-traqueal associado a traqueoplastia com ou sem uso de "patch" muscular. Os pacientes foram acompanhados por um período de seis meses no pós-operatório ambulatorialmente, com avaliação endoscópica seriada periódica. **Resultados:** Os resultados foram considerados satisfatórios, visto que os pacientes submetidos à correção cirúrgica trans-traqueal e traqueoplastia, apresentaram índice de cura de próximos 100%, e baixo índice de recidiva. **Conclusão:** A abordagem cirúrgica das fistulas traqueoesofágicas via trans-traqueal associado a traqueoplastia, nos parece ser tecnicamente a mais adequada para o tratamento desta patologia, pelo fato de orifício fistuloso se localizar preferencialmente na parede anterior do esôfago, e na membrana da traquéia, portanto com esta abordagem além da ressecção do segmento traqueal que compõe o trajeto da fistula expõe o orifício esofágico frontalmente facilitando seu fechamento.

PO234 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSES LARÍNGEAS E TRAQUEAIS

Terra RM, Minamoto H, Junqueira JJM, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Traqueoplastia; Complicações

Introdução: Recentemente temos observado mudança no padrão de acometimento da via aérea pelas lesões secundárias a intubação prolongada, as lesões laringotraqueais vêm se tornando mais frequentes enquanto a traqueais puras, mais raras. O tratamento cirúrgico das estenoses traqueais puras tem bons resultados e baixa morbidade. Porém, o acometimento da laringe leva à necessidade de procedimentos mais complexos para a resolução da estenose, estes, associados a menores taxas de sucesso e maior morbidade. **Objetivos:** Avaliar a situação atual do tratamento cirúrgico das estenoses de laringe e/ou traquéia em nossa Instituição. **Métodos:** Estudo retrospectivo incluindo 50 pacientes com estenose laringeal e/ou traqueal submetidos a tratamento cirúrgico em nossa Instituição nos últimos 3 anos, divididos em 3 grupos conforme o procedimento realizado, ressecção e anastomose traqueal (grupo 1), ressecção cricotraqueal e anastomose (grupo 2) ou laringofissura (grupo 3). **Resultados:** No grupo 1, 23 pacientes (5 mulheres e 18 homens), com idade média de 29,22 ± 12,25 anos, sendo em 22 a etiologia da estenose IOT prolongada (14,47 ± 8,88 dias) e em um melanoma primário de traquéia. Neste grupo, observamos que a broncoscopia flexível foi inacurada, visto que 6 pacientes foram previamente diagnosticados como

portadores de lesão de traquéia e laringe, porém a lesão laringea não foi confirmada no intra-operatório. Todos foram submetidos a ressecção e anastomose término-terminal sem traquea de proteção. Em nenhum caso houve complicação significativa, e todos, após pelo menos 6 meses de seguimento estavam assintomáticos. No grupo 2, 12 (2 mulheres e 10 homens), com idade média de 38,92 ± 15,96 anos, em 11 a etiologia foi IOT prolongada (13,30 ± 7,79 dias) e em um neoplasia de tireóide. Em todos a lesão comprometia a cricóide com distância mínima de 1cm da prega vocal e foram submetidos a ressecção cricotracheal e anastomose tireo-traqueal, ficando apenas um paciente com traquea de proteção. Dois pacientes tiveram disfonias pós-operatórias e um abscesso cervical. Na evolução tardia apenas dois pacientes necessitaram procedimentos adicionais, em um dilatação e no outro implante de prótese de traquéia. No grupo 3, 15 (7 mulheres e 8 homens), com idade média de 32,67 ± 13,45 anos, em todos a etiologia da estenose IOT prolongada (18,45 ± 11,63 dias). Todos tinham lesão glótica ou a menos de 1cm desta e foram submetidos laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem. Nove paciente estão decanulados, 4 ainda estão com Montgomery e houve 2 falhas devido traqueomalácia. **Conclusão:** A broncoscopia flexível como método único de localização da estenose não foi acurada. O acometimento laringeo demonstrou-se freqüente, ocorrendo em 54% dos pacientes estudados. O tratamento cirúrgico das estenoses laringeas e traqueais através de qualquer uma das três técnicas demonstrou um bom resultado, com altos índices de decanulação e baixos índices de complicações.

PO235 UTILIZAÇÃO DO TUBO T DE MONTGOMERY NA ESTENOSE TRAQUEAL

Santos FB¹, Filho AB², Severino NP³, Fialho Neto FN⁴, Júdice AM⁵, Aboud OM⁶

1. Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 2,3,4. HUAP - UFF, Niterói, RJ, Brasil; 5. Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, Niterói, RJ, Brasil; 6. Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Estenose; Traquéia; Prótese

Introdução: A estenose traqueal é doença que atinge pacientes de todas as idades, estando intimamente relacionada à entubação traqueal prolongada. Apresenta-se muitas vezes associada a outras doenças que levaram a entubação, como Traumatismos Cranioencefálicos, Doenças Pulmonares Agudizadas, Acidentes Vasculares Encefálicos, entre outras. Muitos destes pacientes não estão aptos a tratamento cirúrgico, necessitando de tratamentos temporários ou paliativos. O Tubo T de Montgomery tem a possibilidade de utilização como tratamento paliativo, temporário, complementar ou até mesmo curativo, seguro, com ótima aceitação pelo doente, gerando uma socialização precoce do mesmo. **Objetivos:** Expor a experiência e os resultados no intuito de difundir o uso do Tubo T de Montgomery, mostrando sua praticidade e objetividade. **Métodos:** Foram selecionados 71 pacientes, cadastrados no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Antonio Pedro, Universidade Federal Fluminense, no período entre março de 1986 há agosto de 2006, que utilizaram ou estão em utilização do Tubo T de Montgomery, em algum momento do tratamento junto a esta clínica. Tubo de silicone, em forma de T, apresentado em três tamanhos (8, 10 e 12mm de diâmetro). Abrangeu-se 18 mulheres e 53 homens, com uma idade média de 30 anos (de 7 a 71 anos), com causa inicial de internação em mais da metade dos casos relacionados a trauma (45 pacientes), seguido de complicações pulmonares, complicações de cirurgias complexas, entre outros, tendo todos evolução para estenose traqueal, exceto um paciente. Cinco pacientes utilizaram o tubo paliativamente, 4 curativos, 39 per ou pós-operatórios e 25 pré-operatórios. Com um tempo médio de permanência com a órtese de 180 dias. A técnica de colocação do tubo foi em todos os pacientes, sob anestesia geral, por endoscopia rígida ou por visão direta quando no peroperatório. **Resultados:** Como resultado observou-se 4 pacientes curados com o uso do tubo T após dilatação endoscópica, 50 curados após associação com tratamento cirúrgico (Traqueoplastia), 11 em tratamento com o tubo, 4 não retornaram e 2 óbitos, um em início da experiência com complicação obstrutiva do tubo e outro por progressão de doença neoplásica. A complicação mais frequente foi a formação de granulomas em pontas do tubo, seguida pelo edema de cordas vocais e infecção das vias aéreas e/ou pulmonar. **Conclusão:** A utilização do Tubo T de Montgomery, como tratamento para as estenoses traqueais, associado ou não a outras técnicas é seguro e muito bem aceito pelos pacientes, visto que permite uma precoce readaptação social, fácil aplicação e manuseio do mesmo, mostrando um ótimo resultado terapêutico.

PO236 PLICATURA CIRÚRGICA DE EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA EM PACIENTES COM SINTOMAS CRÔNICOS OU DEPENDENTES DE VENTILAÇÃO MECÂNICA: ANÁLISE DE 16 CASOS

Neto AG, Lima AMR, Araújo RFV, Oliveira LCS, Nogueira ASM, Silva AC, Holanda MA, Siqueira RP

Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Plicatura diafragmática; Eventração diafragmática; Paralisia diafragmática

Introdução: Pacientes com eventração diafragmática (ED), associada ou não com paralisia frênica, geralmente têm uma evolução clínica insidiosa, embora alguns casos possam desenvolver insuficiência respiratória aguda. A plicatura diafragmática (PD) pode ser realizada nos pacientes com disfunção respiratória, dependentes ou não de ventilação mecânica (VM), para corrigir estes distúrbios. **Objetivos:** Avaliar o resultado da plicatura diafragmática realizada em pacientes sintomáticos com eventração ou paralisia do diafragma. **Métodos:** Estudo observacional e prospectivo de 16 pacientes com o diagnóstico clínico e radiológico de ED ou paralisia, submetidos à plicatura diafragmática por toracotomia lateral com preservação muscular, no período de junho de 1998 a julho de 2006. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, sintomas, lado da ED, etiologia, complicações cirúrgicas e resultados clínicos. **Resultados:** Dos 16 pacientes, idade média de 33 ± 24 anos, oito eram do sexo masculino,

variando de 1 a 71 anos. Os sintomas mais freqüentes foram dispnéia (n = 9), insuficiência respiratória dependente de VM (n = 5) e VMNI (n = 1), dor torácica (n = 4), pirose (n = 3), pneumonia de repetição (n = 3), palpitações (n = 1) O hemidiafragma afetado foi o esquerdo em 10 casos; o direito, em 5; e ambos, em 1. Seis casos ocorreram pós-cirurgia cardiovascular (3 crianças e 2 adultos), 1 pós-ressecção de tumor de mediastino anterior, 1 pós-tuberculose ganglionar e sete de causa desconhecida. Houve 19% (3/16) de complicações cirúrgicas (2 pneumotórax e 1 derrame pleural pós-retirada dos drenos torácicos) e nenhum óbito. Os pacientes dependentes de VM foram desmoldados do respirador e os outros apresentaram melhora dos sintomas. **Conclusão:** A plicatura diafragmática realizada por toracotomia com preservação muscular na ED foi um procedimento seguro e eficaz, constituindo-se em uma excelente alternativa terapêutica para os pacientes dependentes de ventilação mecânica e para os com sintomas respiratórios crônicos.

PO237 O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

Botter M, Krähenbühl GDD, Coppini AA, Gomes DO, Rivaben JH, Gonçalves R, Gianini JA, Junior RS

Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fístula; Hemoptise; Embolização

Introdução: A Fístula Arteriovenosa Pulmonar (FAVP) é uma anomalia vascular rara na qual a artéria pulmonar está conectada diretamente com a veia pulmonar sem que o sangue passe pelos capilares pulmonares, com incidência em torno de 2-3 em 100.000 pessoas. Mais que 80% das FAVPs são congênitas e destas 47%-80% estão associadas com a Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (ou síndrome de Rendu-Osler-Weber). Os sinais e sintomas da FAVP incluem dispnéia, cianose e baqueteamento digital, intitulados de a tríade clássica, que juntamente com a ausculta pulmonar são as alterações clínicas mais freqüentes. Apesar de todos os avanços técnicos nos diagnósticos por imagem, a angiografia pulmonar é o padrão áureo para se diagnosticar FAVP. Porém, nem sempre a FAVP é observada nos diagnósticos por imagem. O tratamento pode ser cirúrgico ou por embolização. **Objetivos:** Definir parâmetros e condutas para melhor tratar a FAVP. **Métodos:** Realizou-se um estudo longitudinal retrospectivo a partir dos prontuários dos doentes com diagnóstico de FAVP feito entre 01/05/1995 até 01/05/2005 na Instituição. **Resultados:** Foram avaliados no total 9 doentes. Para 5 deles (55,5%) a primeira conduta foi a observação clínica. Dos 4 restantes (44,5%): 2 realizaram lobectomia, que não obteve bons resultados (surgimento de outras FAVPs), sendo indicado o transplante pulmonar (não realizou) para um paciente e para o outro uma embolização feita com sucesso; 1 a ressecção local da FAVP (segmentectomia não regrada), que obteve sucesso; e 1 a embolização da FAVP, que não obteve bons resultados (persistência do fluxo sanguíneo na FAVP), sendo realizada posteriormente uma lobectomia com sucesso. **Conclusão:** A arteriografia deve ser complementada com a cintilografia pulmonar quando o tratamento cirúrgico está sendo considerado. No insucesso da embolização, a lobectomia mostrou ser uma boa opção terapêutica. FAVPs próximas à pleura visceral (mais periféricas) são melhor tratadas com ressecção local. Não podemos afirmar que há uma cura permanente em todos os casos, pois as fístulas podem surgir em outro local do pulmão após a cirurgia ou haver uma persistência do fluxo pós-embolização.

PO238 MODELO MECÂNICO PARA SIMULAÇÃO DO CONDICIONAMENTO PULMONAR DO AR RESPIRADO

Vincenzi Ostroski AR¹, Coelho MS², Stori Junior WS³, Bergonso Neto N⁴, Santos AFR⁵, Strapasson F⁶

1,5,6. Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil; 2,3,4. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Termodinâmica; Respiração artificial; Hipotermia

Introdução: Vários estudos já foram realizados para determinar a perda de energia térmica e de umidade através das vias aéreas tanto em animais quanto em humanos, mas nenhum em procedimentos cirúrgicos com intubação orotraqueal. Este estudo procurou criar e construir um modelo mecânico que pudesse ser regulado conforme a necessidade de pesquisadores, para simular o condicionamento do ar inspirado e expirado a valores normais de temperatura, pressão e umidade relativa de um ser humano hígido. Sua finalidade é servir de base para outros estudos que envolvam termorregulação e ventilação mecânica, sem a necessidade de experimentação inicial em animais. **Objetivos:** Esta pesquisa teve por objetivo a criação de um modelo mecânico que condicionasse o ar inspirado e expirado em valores normais de temperatura (37,0 ± 0,6°C), pressão (0 a 20cmH2O) e umidade relativa (100%) que um homem jovem (25 anos) hígido de 80kg condicionaria sob ventilação mecânica. **Métodos:** Utilizando diversos tipos de materiais, como plástico, metal, madeira, vidro e eletro-eletrônicos, construiu-se um aparelho que foi regulado com capacidade vital de 5000ml, volume corrente de 800ml, pressão inspiratória máxima de 20cmH2O, PEEP de 2cmH2O e temperatura do gás dentro do sistema de 37,0 ± 0,6°C. O aparelho foi submetido à ventilação mecânica com volume corrente de 800ml, pressão inspiratória máxima de 20cmH2O, fluxo inspiratório de 40L/min, PEEP de 2cmH2O, freqüência respiratória de 17rpm, FiO2 de 0,21 e temperatura do gás igual à do meio ambiente por um período de 29,8 minutos. A cada dois segundos, foram registradas as alterações de temperatura do ar circulado no sistema. **Resultados:** Mediante análise estatística dos dados coletados observou-se que o aparelho foi eficiente no condicionamento do ar aproximadamente nos moldes do ser humano (temperatura 37,3°C; pressão máxima de 20cmH2O e umidade relativa de aproximadamente 100%). **Conclusão:** Ao final deste estudo, conseguiu-se desenvolver um aparelho que pode simular o condicionamento do ar nos mesmos moldes que o aparelho respiratório normal. Este mesmo aparelho pode ainda simular o condicionamento pulmonar do ar de humanos com diferentes biótipos, tornando-se um instrumento útil em estudos que envolvam termodinâmica e ventilação pulmonar.

PO239 CIRURGIA DO TIMO: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Silva e Alves CM¹, Brito BBA², Rodrigues LB³, Vilhena AF⁴, Pimenta AB⁵, Amaral NF⁶
 1. Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil; 2,3,4,5. Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil; 6. Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Timo; Timoma; Timiectomia

Introdução: O timo é uma glândula linfopitelial, localizada no mediastino anterior e superior. As indicações para timiectomia estão relacionadas com doença tumoral e com a terapêutica de enfermidades auto-imunes, como a Miastenia Gravis. A história natural, patogenia, métodos diagnósticos e tratamento das doenças do timo devem ser objeto de consideração de todos cirurgiões torácicos. **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes com doenças do timo, submetidos à cirurgia, em um centro de referência em cirurgia torácica. **Métodos:** Estudo série de casos, realizado de setembro de 2000 a março de 2006, em que foram analisados 10 pacientes. **Resultados:** A idade média foi de 50,2 anos, sendo cinco pacientes do sexo masculino. A miastenia gravis estava presente como doença de base em apenas 2 casos, 5 casos foram achados incidentais, de massa em mediastino, à radiografia de tórax e os outros 3 casos foram diagnosticados durante a propedêutica para tosse e dor torácica. A via de acesso utilizada foi a esternotomia mediana em 9 casos. O timoma linfocítico e o timoma misto foram os tipos histológicos mais frequentes. **Conclusão:** A doença do timo, mais frequente, que leva a indicação cirúrgica, é o timoma. A suspeita diagnóstica, na maioria dos casos, é feita através de achado incidental a radiografia de tórax.

PO240 CORREÇÃO DE PECTUS EXCAVATUM PELA TÉCNICA DE NUSS: EXPERIÊNCIA INICIAL

Vincenzi Ostroski AR¹, Coelho MS², Stori Junior WS³, Bergonse Neto N⁴, Santos AFR⁵, Chyla EF⁶, Strapasson F⁷

1,5,6,7. Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil; 2,3,4. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Pectus excavatum; Técnica de Nuss; Deformidade torácica

Introdução: O Pectus Excavatum tem sido cada vez mais tratado com a Técnica Minimamente Invasiva de Nuss. No entanto, apesar da grande aceitação atual, ainda não se chegou a unanimidade em relação à sua indicação e às suas complicações cujo índice tem sido elevado, inclusive com complicações graves. Temos utilizado Organograma para tratamento do Pectus Excavatum. **Objetivos:** Demonstrar as experiências iniciais relativas a correção de pectus excavatum através da técnica de Nuss. **Métodos:** De janeiro de 2005 a junho de 2006 foram operados 17 pacientes portadores de Pectus Excavatum, sendo 14(82,3%) do sexo masculino e 3 (17,7%) feminino. A idade variou dos 14 aos 29 anos, com média de 16,5 anos. Técnica: incisão bilateral com 40mm, situada na parede torácica lateral na altura correspondente a maior depressão esternal, passagem da barra de Nuss com a concavidade para cima utilizando de videotoroscopia. Inversão da Barra. Colocação de estabilizador retangular numa das extremidades. Fixação da outra extremidade nos últimos 10 pacientes com fio de aço. Colocação de um ponto estabilizador com fio de prolene 2 no ponto em que a barra entra no tórax. Sutura intradérmica da pele. **Resultados:** Bons em 17 (82,3%) dos pacientes, regular em 1 (5,8%) e mau em 2 (11,7%). Os dois pacientes tiveram protusão costal pós 6 meses da cirurgia. Um era portador de Pectus Excavatum Assimétrico e outro de Pectus Excavatum Simétrico. Os dois pacientes foram submetidos a tratamento ortopédico com o Compressor Dinâmico do Tórax sem resultados. Tem indicação de Esternocondroplastia. Complicações: apesar da analgesia peridural 2 (11,7%) apresentaram dor torácica de caráter intenso; 1 (5,8%) teve pneumonia que evoluiu para derrame pleural que necessitou videotoroscopia e 1 (5,8%) teve deslocamento da barra que teve necessidade de reposicionamento com resultado satisfatório. **Conclusão:** Muito embora a maioria absoluta dos pacientes tiveram resultados excelentes (82,5%), cuidado deve se ter em relação a dor pós-operatória, ao deslocamento da barra e a indicação cirúrgica precisa. Segundo o organograma que preconizamos a melhor indicação é para Pectus Excavatum Leve e Moderado, Simétrico, sem protusão costal inferior no adolescente.

PO241 TRATAMENTO DA HIPER-HIDROSE POR BLOQUEIO SIMPÁTICO POR CLIPAGEM ATRAVÉS DE VIDEOTORACOSCOPIA

Vincenzi Ostroski AR¹, Coelho MS², Stori Junior WS³, Bergonse Neto N⁴, Santos AFR⁵, Chyla EF⁶, Strapasson F⁷

1,5,6,7. Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil; 2,3,4. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Hiper-hidroze; Clipagem; Simpatectomia

Introdução: Hiperidrose primária é uma desordem caracterizada por suor excessivo. Quando atinge graus severos está acompanhada de distúrbios psicossociais, causando prejuízo na qualidade de vida. Pode ser generalizada ou localizada (mãos, axilas e plantas de pés). O tratamento de escolha para o tratamento da hiperidrose é o bloqueio simpático por videotoroscopia. **Objetivos:** Demonstrar e comparar os resultados obtidos no tratamento da hiper-hidroze por clipagem através da videotoroscopia. **Métodos:** Entre janeiro de 2003 e janeiro de 2006, 152 pacientes foram submetidos ao bloqueio simpático videotoroscópico através de clipagem do gânglio e acompanhados durante 12 meses. Os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo com o nível de clipagem: grupo I (pacientes com hiperidrose palmar e palmar/plantar) – bloqueio do gânglio T3 – 45 pacientes; grupo II (pacientes com hiperidrose axilar, associada ou não em outras localizações) – bloqueio dos gânglios T3 e T4 – 107 pacientes. Foram analisados os dados idade, sexo, sucesso terapêutico, sudorese compensatória e satisfação com a cirurgia. **Resultados:** Não foram encontradas diferenças importantes entre idade dos pacientes, bem como sexo entre os dois grupos. Com relação localização da hiperidrose, 73,7% em região palmar, 66,4% plantar, 69,7% axilar e 2,6% crânio-facial. O sucesso terapêutico da hiperidrose palmar foi excelente e bom imediatamente após a cirurgia em 99% em ambos os grupos, caindo para 97,6% no grupo I e 96% no grupo II em 6 meses; e em 1 ano 93,6% no grupo I e 96,7% no grupo II. Em se tratando

de hiperidrose plantar os resultados imediatos foram excelentes e bons em 56,1% dos pacientes do grupo I e 53,4% no grupo II; em 6 meses 39,5% no grupo I e 36,2% no grupo II e após 1 ano em 17,3% no grupo I e 20% no grupo II. Na hiperidrose axilar os resultados foram de 99,1% de excelentes e bons imediatamente, caindo para 92,4% e 88,9% em 6 meses e 1 ano, respectivamente. A sudorese compensatória aconteceu em 53,3% dos pacientes do grupo I e em 61,7% dos pacientes do grupo II, porém em grau leve em 54,2% dos acometidos do grupo I e em 51,5% no grupo II. Sudorese compensatória severa apareceu somente em 4 casos (3,7%) do grupo II. Com relação ao grau de satisfação da cirurgia 95,5% dos pacientes do grupo I se disseram satisfeitos ou muito satisfeitos e no grupo II 96,3%. Os motivos de insatisfação foram mau resultado e a presença de sudorese compensatória. **Conclusão:** O bloqueio simpático por clipagem é um método simples e eficiente, com alto índice de satisfação no tratamento da hiperidrose primária localizada. Porém pacientes submetidos a clipagem de T3 e T4 apresentaram maior sudorese compensatória e em grau mais importante comparativamente com os submetidos a clipagem somente de T3.

PO242 TRATAMENTO DE ABSCESSO MEDIASTINAL APÓS TRANSPLANTE PULMONAR COM DRENAGEM CIRÚRGICA E IRRIGAÇÃO LOCAL: RELATO DE CASO

Werebe E, Strabelli TMV, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB

INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transplante pulmonar; Abscesso mediastinal; Irrigação

Introdução: A fibrose cística é uma das indicações frequentes de transplante pulmonar bilateral. Um desafio nestes pacientes é a colonização por germes multirresistentes. **Objetivos:** Relato de paciente portador de fibrose cística colonizado por Pseudomonas aeruginosa multirresistente submetido a um transplante pulmonar bilateral, em cuja evolução pós-operatória tardia apresentou abscesso mediastinal. Não encontramos relato na literatura da forma como tratamos esta complicação, neste grupo de pacientes. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** N.S., 19 anos, masc, cauc, colonizado por Pseudomonas aeruginosa multirresistente, submetido a um transplante bilateral de pulmão no dia 31/01/2006. Reinternado com febre e alteração do hemograma. Tomografia e RNM com coleção mediastinal, ao redor do hilo pulmonar direito. Sem fistula brônquica. No dia 23/05/2006 foi submetido a uma toracotomia anterior direita com identificação e drenagem de coleção purulenta na topografia do pedículo pericárdico. Anastomoses preservadas. Dreno tubular 36 em selo d'água. O paciente evoluiu clinicamente bem e débito pelo dreno baixo, que foi retirado. Cultura do material com Pseudomonas aeruginosa sensível a aminoglicosídeos. Quadro febril à partir do 7ºPO com hemocultura positiva para BGN e ponta do cateter central com leveduras. No dia 06/06/2006 foi submetido a uma mesma abordagem cirúrgica, com achados semelhantes à primeira. Optamos pela limpeza e redrenagem com dreno 36, além de cateter de pequeno calibre para irrigação local iniciada no pós-operatório imediato com aminoglicosídeo. No dia 14/06/2006 a broncoscopia revelou pouca secreção. Não houve crescimento bacteriano no material colhido do lavado broncoalveolar e a hemocultura foi negativa. Com o paciente afebril, o dreno foi retirado após 3 controles tomográficos mostrando resolução do abscesso mediastinal. No dia 12/07/2006 o paciente teve alta hospitalar com hemograma normal e recuperação da função renal. **Conclusão:** O paciente transplantado, e submetido a imunossupressão, é alvo natural de infecções de difícil controle. As ressecções pulmonares são seguidas de empiema pleural em um número considerável de pacientes. As infecções mediastinais, de modo geral, exigem tratamento cirúrgico agressivo para o seu controle. Existem na literatura vários relatos de casos de fistula esofágica e empiemas pleurais após pneumonecrotomias, tratados por procedimentos de Clagett modificados. Entretanto, não encontramos relatos de casos após transplante pulmonar. Além disso, não há consenso quanto ao tempo de drenagem, quando se retirar o dreno, a utilização ou não de solução com antimicrobianos e o preenchimento da cavidade com tecidos viáveis como músculo ou epíloon. Esta nossa experiência clínica merece uma discussão mais ampla entre os grupos que tratam este tipo de paciente.

PO243 O TRATAMENTO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

Botter M, Krähenbühl GDD, Coppini AA, Gomes DO, Rivaben JH, Gonçalves R, Gianini JA, Junior RS

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fístula Arteriovenosa; Hemoptise; Embolização

Introdução: Fístula Arteriovenosa Pulmonar (FAVP) é uma anomalia vascular rara na qual a artéria pulmonar está conectada diretamente com a veia pulmonar sem que o sangue passe pelos capilares pulmonares. Sua incidência está em torno de 2-3 em 100.000 pessoas. Mais que 80% das FAVPs são congênitas e destas 47%-80% estão associadas com a Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (ou síndrome de Rendu-Osler-Weber). Os sinais e sintomas da FAVP incluem dispnéia, cianose e baqueteamento digital, intitulados de a tríade clássica, que juntamente com a ausculta pulmonar são as alterações clínicas mais frequentes. Apesar de todos os avanços técnicos nos diagnósticos por imagem, a angiografia pulmonar é o padrão áureo para se diagnosticar FAVP. Porém, nem sempre a FAVP é observada nos diagnósticos por imagem. O tratamento pode ser cirúrgico ou por embolização. **Objetivos:** Definir parâmetros e condutas para melhor tratar a FAVP. **Métodos:** Realizou-se um estudo longitudinal retrospectivo a partir dos prontuários dos doentes com diagnóstico de FAVP feito entre 01/05/1995 até 01/05/2005 na Instituição. **Resultados:** Foram avaliados no total 9 doentes. Para 5 deles (55,5%) a primeira conduta foi a observação clínica. Dos 4 restantes (44,5%): 2 realizaram lobectomia, que não obteve bons resultados (surgimento de outras FAVPs), sendo indicado o transplante pulmonar (não realizou) para um paciente e para o outro uma embolização feita com sucesso; 1 a ressecção local da FAVP (segmentectomia não regrada), que obteve sucesso; e 1 a embolização da FAVP, que não obteve bons resultados (persistência do fluxo sanguíneo na FAVP), sendo realizada posteriormente uma lo-

bectomia com sucesso. **Conclusão:** A arteriografia deve ser complementada com a cintilografia pulmonar quando o tratamento cirúrgico está sendo considerado. Há contra-indicações para o tratamento cirúrgico (doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica, FAVP bilateral e/ou difusa, etc). No insucesso da embolização a lobectomia mostrou ser uma boa opção terapêutica. FAVPs próximas à pleura visceral (mais periféricas) são melhor tratadas com ressecção local. Grandes ressecções do parênquima pulmonar aumentam o risco de desenvolvimento de outras FAVPs, principalmente em portadores de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária. Não podemos afirmar que há uma cura permanente em todos os casos, pois as fistulas podem surgir em outro local do pulmão após a cirurgia ou haver uma persistência do fluxo pós-embolização.

PO244 COSTECTOMIA DE 10 E 20 ARCOS COSTAIS EM PACIENTE COM OSTECONDROMATOSE MÚLTIPLA

Abraão FC, Lopes I, Terra RM, Andrade Neto JD, Fernandez A
Disciplina de Cirurgia Torácica HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Osteocondromatose; Costectomia; Hereditária

Introdução: Osteocondromatose Múltipla é uma doença hereditária autossômica dominante, que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplas exostoses oriundas da porção epifisária do osso. Ao contrário do osteocondroma solitário, a osteocondromatose múltipla é um fator de risco para degeneração maligna. **Objetivos:** Relatamos uma afecção de interesse para o cirurgião torácico, visto que esta entidade pode acometer arcos costais. Descrevemos sua resolução cirúrgica acrescido de revisão da literatura, mostrando tópicos relacionados à apresentação clínica e às modalidades terapêuticas. **Métodos:** Apresentação do caso com sua resolução cirúrgica e, revisão da literatura sobre esta doença mostrando alguns tópicos relacionados à apresentação clínica e às modalidades terapêuticas. **Resultados:** Paciente de 54 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com dois familiares de 1o grau portadores de Osteocondromatose Múltipla e duas ressecções de osteocondromas em membros inferiores feitas no passado recente. Na admissão referia dor para-escapular irradiada para a região torácica ântero-superior a esquerda, há 1 ano. Na Tomografia Computadorizada de Tórax via-se uma lesão sólida originada do 2o arco costal a esquerda, elevando-se até acima do 1 arco, provocando compressão do tronco inferior do plexo braquial. **Conclusão:** A osteocondromatose Múltipla é uma afecção hereditária autossômica dominante, rara, a qual diferentemente dos outros Osteocondromas é mais sintomática e tem significativo risco de malignização, tendo por isso, indicação cirúrgica mais liberal que nas afecções localizadas.

PO245 RELATO DE UM CASO DE BRONCOLITÍASE POR CORPO ESTRANHO

Benthien F¹, Kreibich M², Kreibich MS³, Da Rosa DT⁴, José SFA⁵, Gomes LOS⁶, Rodrigues RP⁷, Fenili R⁸

1. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 2,8. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil; 3,4,5,6,7. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Broncolitíase; Pneumonia aspirativa; Corpo estranho

Introdução: O termo broncolitíase é usado para denominar a presença de material ossificado ou calcificado dentro do lúmen brônquico. A tuberculose e as neoplasias calcificadas representam as causas mais comuns em nosso meio. A aspiração de corpo estranho, embora mais comum em crianças, pode apresentar-se como causa também em adultos, principalmente após a sexta década de vida. Doenças neurológicas, uso de sedativos ou entubação orotraqueal seriam alguns dos fatores predisponentes. **Objetivos:** Relatar um caso de broncolitíase por aspiração de corpo estranho em adulto sem fator predisponente. **Métodos:** Revisão de caso em prontuário e revisão da literatura em base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente encaminhado para especialista após quadro de pneumonia em hemitórax esquerdo sem resolução. Referia outro episódio semelhante há 10 anos atrás. Tabagista ativo de 20 anos/maço negando história de etilismo ou de quadro de perda de consciência. Após inquérito referiu episódio de engasgo durante alimentação com forte episódio de dispnéia há 4 anos atrás, resolvendo após 3 dias. Radiograma de tórax mostrou opacidade pleuropulmonar esquerda com componente atelectásico e velamento do seio costofrênico esquerdo. TC tórax evidenciou lesão endobrônquica na emergência do brônquio do lobo superior esquerdo calcificada e permeada por tecido de partes moles. Espirometria mostrou distúrbio ventilatório moderado com CVF reduzida e sem variação ao broncodilatador no teste. Videobroncoscopia mostrou lesão calcificada com aderência importante em mucosa na emergência da lingula, com tecido de granulação em torno da lesão e sem possibilidade de retirada da lesão. Paciente foi submetido a broncoscopia rígida que mostrou mesma lesão sem possibilidade de retirada com procedimento habitual. Em mesmo tempo cirúrgico foi submetido a toracotomia com broncotomia lingular com a saída de abundante quantidade de secreção purulenta e material ossificado de origem sugestiva de osso de aves. Evoluiu com melhora sintomática e importante melhora da função pulmonar. **Conclusão:** A presença de corpo estranho na via aérea é apenas lembrada em adultos com fatores predisponentes. Embora bem menos freqüente que as doenças granulomatosas e as neoplasias, a aspiração de material ósseo pode apresentar-se como um quadro de broncolitíase, fato este que torna necessária a adequada investigação de imagem e endoscópica para um adequado manejo do caso.

PO246 BIÓPSIA PULMONAR NO DIAGNÓSTICOS DE NÓDULOS E MASSA PULMONARES INDETERMINADAS

Gazzana MB, Traesel T, Dos Santos CB, Araujo LFL, Saueressig MG, Moreschi AH, De Oliveira HG, Macedo Neto AV

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Nódulo pulmonar; Biópsia cirúrgica; Neoplasia

Introdução: O diagnóstico patológico de câncer pulmonar pode ser feito pela citologia do escarro (método menos invasivo, mas com pouca sensibilidade para lesões periféricas). Outros meios relativamente não invasivos são análise citológica do líquido pleural, biópsia,

análise citológica do aspirado de linfonodos cervicais e supraclaviculares, assim como biópsias de lesões cutâneas. Métodos mais invasivos incluem a broncoscopia, biópsia por punção, videotoracoscopia, mediastinoscopia cervical e toracotomia. Métodos invasivos, especialmente a toracotomia, são mais usados quando o diagnóstico de lesão maligna for de grande probabilidade. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da biópsia pulmonar a céu aberto quanto ao diagnóstico, conduta e segurança do método em pacientes internados no HCPA, submetidos a essa intervenção como procedimento diagnóstico. **Métodos:** Estudo transversal. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à biópsia pulmonar ou à biópsia pulmonar a céu aberto entre Janeiro de 2005 e Julho de 2006 em um hospital-escola de Porto Alegre. **Resultados:** Foram avaliados 39 pacientes com idade média de 65,56 anos, sendo 33,33% do sexo feminino e 66,66% do sexo masculino. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 25,59 dias. Nessa amostra, 12,82% são tabagistas, 51,28% ex-tabagistas e a co-morbidade mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (33,33%), havendo também 2,56% de pacientes imunossuprimidos. 17,94% tiveram internação na UTI, durante a internação. Quando avaliamos a cirurgia da biópsia, a mudança no manejo da doença, após tal procedimento, ocorreu em 51,29% dos casos, sendo que para 89,75% dos pacientes já havia suspeita do diagnóstico posteriormente descrito no anatomopatológico. Devido à biópsia cirúrgica, 41,02% apresentaram complicações, sendo que 10,25% evoluíram para o óbito (50% desses devido à doença de base contra 50% devido a cirurgia). **Conclusão:** A biópsia pulmonar cirúrgica frequentemente altera o manejo do paciente, com mortalidade comparável a literatura médica.

PO247 PAPEL DA BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA NO DIAGNÓSTICO DAS PNEUMOPATIAS DIFUSAS

Gazzana MB, Traesel T, Dos Santos CB, Araujo LFL, Saueressig MG, Moreschi AH, De Oliveira HG, Macedo Neto AV

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Doenças pulmonares difusas; Biópsia pulmonar; Complicação

Introdução: O diagnóstico da maioria das doenças pulmonares difusas depende do exame histopatológico do parênquima pulmonar a partir de um material colhido mediante a biópsia pulmonar. A biópsia transbrônquica deve ser realizada se a sarcoidose ou doença de preenchimento alveolar forem prováveis. Uma biópsia por toracoscopia ou a céu aberto é necessária para assegurar a etiologia e para estadiar a maioria das doenças pulmonares difusas. Quando a biópsia é a céu aberto, comparada com as outras duas, há um maior risco de mortalidade (apesar de ter uma taxa de mortalidade inferior a 1%) e de morbidade (apesar de ter uma taxa de morbidade inferior a 3%). Ainda assim, a biópsia pulmonar a céu aberto é considerada o melhor método para o diagnóstico de doença difusa pulmonar. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da biópsia pulmonar a céu aberto quanto ao diagnóstico, conduta e segurança do método em pacientes internados no HCPA, submetidos a essa intervenção como procedimento diagnóstico. **Métodos:** Estudo transversal. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à biópsia pulmonar ou à biópsia pulmonar a céu aberto entre Janeiro de 2005 e Julho de 2006 em um hospital-escola de Porto Alegre. **Resultados:** Foram avaliados 10 pacientes com idade média de 50,8 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 20,2 dias. Nessa amostra, 10% são tabagistas, 20% ex-tabagistas e a co-morbidade mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (40%), havendo também 40% de pacientes imunossuprimidos. 40% da amostra tiveram internação na UTI, durante a internação. Quando avaliamos a cirurgia de biópsia, a mudança no manejo da doença, após tal procedimento, ocorreu em 40% dos casos, sendo que para 70% dos pacientes já havia suspeita do diagnóstico descrito posteriormente no anatomopatológico. Devido à biópsia cirúrgica, 20% apresentaram complicações, sendo que 10% evoluíram para o óbito devido a cirurgia contra 40% que evoluíram para o óbito devido a doença de base. **Conclusão:** A biópsia pulmonar cirúrgica é um método que permite o diagnóstico casos de doenças pulmonares cirúrgicas, mas deve ser indicada com precisão, tendo em vista as possíveis complicações.

PO248 ESTERNECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA UTILIZANDO PRÓTESE DE MARLEX E METACRILATO, SECUNDÁRIO A METÁSTASE DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREÓIDE. RELATO DE CASO

Da Costa Sales AC¹, Lima IK², Zacca F³, Coury AP⁴, Gonçalves TT⁵, Monteiro JTC⁶, Aguiar Neto AF⁷, Do Valle RL⁸

1,2. Hospital Ophir Loyola, Belém, PA, Brasil; 3,4,5,6,7,8. HOL, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Esternectomia; Tumor de esterno; Prótese esternal

Introdução: O carcinoma papilífero de tireóide corresponde a 85% dos tumores malignos da tireóide e tem como sítio incomum de metástase o osso esterno, sendo considerado neste caso, pacientes de alto risco e com sobrevida a longo prazo que podem chegar a 60%. **Objetivos:** Temos como objetivo relatar um caso raro de carcinoma papilífero de tireóide que evoluiu com metástase para o osso esterno, tendo sido submetido a ressecção cirúrgica com reconstrução de parede torácica e apresentar o resultado deste e os achados na literatura. **Métodos:** CBS, 67 anos, feminino, há ± 30 anos apresenta bócio, tendo iniciado iodoterapia por 2 meses com abandono do tratamento, e que há ± 1 ano surgiu uma massa na região da fúrcula esternal de crescimento lento e progressivo, pulsátil com sopro local. Tomografia de pescoço e tórax: massa heterogênea, de contornos lobulados, apresentando captação irregular de meio de contraste e calcificações amorfas de permeio, medindo aproximadamente nos seus maiores eixos 7,1x5,8cm, localizado na topografia da glândula tireóide invadindo o mediastino superior, envolvendo e destruindo as paredes do osso esterno. USG do Tórax com doppler (05/05/2006): massa sólida de contornos irregulares na face ântero-superior do tórax, medindo 93x79x75mm, nos maiores diâmetros, ao doppler observamos fluxo aumentado nesta área. Arteriografia de carótidas (23/05/06): Observa-se "Blush" tumoral ao nível da fúrcula esternal provavelmente nutrido pela artéria torácica interna

direita. Ausência de formações aneurismática da aorta e dos vasos de tronco supra-aórtico. No dia 31/05/2006, a paciente foi submetida a procedimento cirúrgico com as equipes da cirurgia torácica e cabeça e pescoço. Cabeça e pescoço: bócio multinodular sem contato com tumor esternal, realizada tireoidectomia. Tórax: grande tumor de esterno acometendo o manúbrio e corpo, com destruição óssea importante e infiltração de clavículas bilateralmente na porção articular com esterno. Realizado dissecação tumoral com costectomias da 1ª a 3ª costelas bilateralmente, osteotomia das clavículas no 1/3 medial, dissecação do tumor na região mediastinal e pleural, ligadura de artérias mamárias bilaterais. Confeção de prótese esternal com tela de Marlex e uso de metacrilato. **Resultados:** O tratamento cirúrgico de tumores em estágio avançado, que submetem aos pacientes grandes ressecções e déficit funcional ventilatório, tem-se mostrado resultados encorajadores com o advento de novas técnicas de reconstrução. O caso relatado no presente trabalho, não possui uma casuística expressiva na literatura mundial, mas tem sido cada vez mais comprovado a melhora do prognóstico e da qualidade de vida destes doentes. **Conclusão:** Concluímos que ressecção cirúrgica de tumores avançados, quando bem indicado, tem melhorado a qualidade de vida de muitos doentes, apesar das técnicas mutiladoras a adequada reconstrução tem possibilitado um aumento da sobrevida livre de doença.

PO249 ABORDAGEM CIRÚRGICA DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER. RELATO DE CASO

Da Costa Sales AC¹, Lima IK², Lobato MF³, Moreno MS⁴, Gonçalves TT⁵, Monteiro JTC⁶, Do Valle RL⁷

1,2. Hospital Ophir Loyola, Belém, PA, Brasil; 3,4,5,6,7. HOL, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Fístula arteriovenosa de pulmonar; Síndrome de Rendu-Osler-Weber; Tratamento cirúrgico de fístula arteriovenosa de pulmonar

Introdução: As Fístulas Arteriovenosas Pulmonares (FAVP) são malformações raras que se associam em metade dos casos à Síndrome de Rendu-Osler-Weber (SROW), produzindo um desvio na circulação pulmonar do tipo direita-esquerda. **Objetivos:** Descrever caso de FAVP em paciente portador de SROW e discutir a abordagem cirúrgica como tratamento definitivo desta moléstia. **Métodos:** Relato de Caso: Homem de 38 anos, natural e procedente de Tailândia (PA) com história de hematemese e cansaço intenso. De antecedentes de interesse havia história de episódios ocasionais de epístaxe e dispnéia desde os 5 anos de idade. Ao exame físico apresentava baqueteamento digital, cianose de extremidades, caquexia grave e microtelangiectasias em lábios e língua. Gasometria arterial evidenciava hipóxia (PaO₂ de 28mmHg em ar ambiente). Telétoágraf mostrava condensação em terço superior do hemitórax direito. ECG e ecodoppler cardiografias normais. O paciente foi submetido a toracotomia ântero-posterior direita com lobectomia superior direita. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências tendo o paciente alta hospitalar no 15º dia de PO em boas condições clínicas, sem cianose e melhora do estado hipoxêmico. **Resultados:** Apesar do tratamento por embolização através de intervenção radiológica das FAVP ser promissor, optou-se, neste caso, por tratamento cirúrgico definitivo devido o paciente ser do interior do Pará e de região distante do centro de tratamento sendo que a cirurgia além de ter baixa morbidade, tem um índice de recorrência da FAVP baixo, inferior a 2%. **Conclusão:** Concluímos que o procedimento cirúrgico com ressecção da lesão, apesar de ser um procedimento mais invasivo e com maiores possibilidades de complicações do que a cirurgia intervencionista, apresenta melhores resultados em relação a taxa de recidivas, e tem sua indicação nos casos de insucesso da intervenção radiológica, da impossibilidade de realizá-la e da sua não disponibilidade no Serviço.

PO250 SIMPATECTOMIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 521 CASOS COMPARANDO DIFERENTES NÍVEIS DE ABLAÇÃO

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, De Souza RLP, Montessi OVD, Bolognani CED

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Simpatectomia; Toracoscopia; Hiperidrose primária

Introdução: Hiperidrose primária é uma doença caracterizada pela sudorese excessiva, sem causa discernível, trazendo grande prejuízo funcional e social para os pacientes. Encontra na simpatectomia torácica por videotoracoscopia o padrão-ouro para seu tratamento. **Objetivos:** Comparar o grau de satisfação dos pacientes simpatectomizados e a presença de sudorese reflexa de acordo com os diferentes níveis de ablação. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 521 pacientes portadores de hiperidrose submetidos a simpatectomia torácica nos hospitais Monte Sinai e Universitário – UFJF entre janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Foram considerados três grupos. GRUPO I: pacientes submetidos a termo-ablação do tronco simpático tendo o 2º gânglio (T2), como o nível mais cranial da ressecção, independente de outros níveis seccionados caudalmente. GRUPO II: pacientes com termo-ablação do tronco simpático tendo T3 como o nível mais alto. GRUPO III: pacientes com termoablação do tronco simpático tendo T4 como nível mais alto. O total de pacientes foi de 162 no grupo I, 65 no grupo II e 294 no grupo III. **Resultados:** Resultado pós-operatório foi considerado ótimo no controle da hiperidrose palmar e axilar em, respectivamente, 94 e 82% dos pacientes do grupo I, 89% do grupo II e 80% do grupo III. A sudorese reflexa ocorreu em 67% dos pacientes dos grupos I e II, sendo que no grupo III, este índice caiu para 61,29%, em razão da maior frequência de termoablação de a partir de T4. A sudorese reflexa considerada severa ocorreu em 32% dos pacientes do grupo I, 9% do grupo II e 4% do grupo III. (p < 0,05). **Conclusão:** Simpatectomia por videotoracoscopia propiciou excelente grau de satisfação, com baixo índice de complicações. Não houve diferença significativa da incidência de sudorese reflexa com os diferentes níveis seccionados, porém a intensidade desta complicação se mostrou muito menor quando optamos por níveis de bloqueio mais baixos, principalmente ao nível de T4.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO251 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA TORACO-DIAFRAGMÁTICA MULTI-RECIDIVADA, SECUNDÁRIA A COMPLICAÇÃO DE ESTERNOTOMIA EXPLORADORA PÓS-TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE

Da Costa Sales AC¹, Lima IK², Zacca F³, França de Moura LN⁴, Gonçalves TT⁵, Monteiro JTC⁶, Aguiar Neto AF⁷, Do Valle RL⁸

1,2. Hospital Ophir Loyola, Belém, PA, Brasil; 3,4,5,6,7,8. HOL, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Hérnia incisional trans-esternal; Esternectomia com reconstrução; Hérnia diafragmática pós-trauma

Introdução: A abordagem cirúrgica do tórax por esternotomia tem como complicação mais comum a osteomielite do osso esterno, sendo necessário em alguns casos, a ressecção esternal total ou parcial, porém, este procedimento deixa grande deformidade da parede torácica e comprometimento da dinâmica ventilatória. **Objetivos:** O trabalho tem como objetivo relatar um caso complicado de esternotomia secundária a trauma torácico penetrante e sua evolução clínica e conduta cirúrgica. **Métodos:** AR, masculino, 60 anos, residente e procedente de Barcarena, PA, pescador. Em 1999, paciente foi vítima de FAB em hemitórax esquerdo. Foi submetido a esternotomia exploradora no pronto-socorro da região com ferimento pericárdico e diafragmático, evoluindo com deiscência de FO, secundária a osteomielite de esterno. Em 2001 foi internado em outro Serviço, onde foi submetido a esternectomia parcial com epiploplastia, realizada no dia 20.08.01. Após o procedimento o paciente evoluiu com hérnia incisional trans-esternal e em 2002 retorna ao mesmo Serviço, sendo submetido no dia 13.03.02 a herniorrafia incisional utilizando-se a técnica de Catell e colocação de tela de Marlex. Mais uma vez o paciente evoluiu com recidiva da hérnia incisional associado a sintomas gástricos, no dia 31.07.02, realizada nova hernioplastia incisional com colocação de tela de Marlex, nesta apresentando rejeição da tela, sendo submetido, no dia 11.09.02, a retirada de fragmentos da tela, evoluindo mais uma vez com recidiva. Foi encaminhado para o Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Ophir Loyola –HOL– apresentando hérnia diafragmática secundária ao trauma associada a hérnia incisional trans-esternal multi-recidivada. No dia 04/04/06 realizou procedimento cirúrgico para correção de hérnia diafragmática e trans-esternal com complementação da esternectomia e colocação de prótese com tela de MARLEX e METIL-METACRILATO. Atualmente relata melhora dos sintomas gastrointestinais, sem queixas e com boa evolução operatória sem sinais de recidiva. **Resultados:** Podemos observar pacientes que evoluem com complicação pós-cirúrgica e são submetidos a diversas formas de reconstrução, mesmo na condição de recidivas. E que apesar das complicações inerentes do doente e das técnicas aplicadas, ainda dispomos de um arsenal terapêutico capaz de oferecer aos pacientes como proposta cirúrgica na tentativa de cura de suas moléstias. **Conclusão:** Concluímos que o procedimento de esternotomia é inerente a complicações cirúrgicas e pode evoluir com diversas recidivas mesmo no uso de técnicas adequadas de correção e reconstrução.

PO252 A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO NA EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA PRECOZE DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA NÃO CARDÍACA

De Godoy DV¹, De Godoy RF², Stedile NRA³, Costa Silva RB⁴, Avino A⁵, Pinto Filho DR⁶

1. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil; 2,3,4,5,6. UCS, Caxias do Sul, RS, Brasil.

Palavras-chave: Depressão; Cirurgia torácica; Complicações pós-operatórias

Introdução: A depressão clinicamente significativa aumenta as taxas de morbimortalidade pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, no entanto, não existem trabalhos relacionando cirurgia torácica não cardíaca e depressão com a evolução pós-operatória dos pacientes. **Objetivos:** Verificar se a presença de depressão clinicamente significativa aumenta as taxas de morbimortalidade em pacientes submetidos à cirurgia torácica não cardíaca. **Métodos:** Cinquenta e cinco sujeitos consecutivos submetidos à cirurgia torácica não cardíaca responderam o Inventário Beck de Depressão (BDI) 24 horas antes do procedimento. O escore do BDI varia de zero a 63 pontos, sendo resultado igual ou superior a 12 pontos considerado como clinicamente significativo. Os pacientes foram seguidos até o 30º dia de pós-operatório para a detecção complicações (longa permanência em UTI, insuficiência respiratória, infecções, e necessidade de reintervenção cirúrgica) e óbito. **Resultados:** Os grupos não mostraram diferenças pré-operatórias significativas com relação a: idade, sexo, função pulmonar e nível de escolaridade. A tabela demonstra os resultados segundo a presença ou não de depressão clinicamente significativa: <

	Sem depressão n=23	Com depressão n=32	p
Mortalidade	0 (0)	10 (31,3)	0,009
Complicações	1 (4,3)	14 (43,8)	0,0011
UTI >3 dias	0 (0)	5 (15,6)	0,1
Insuf. respiratória	0 (0)	6 (18,8)	0,07
Infecção	1 (4,3)	6 (18,8)	0,07
Reinterv. cirúrgica	1 (4,3)	5 (15,6)	0,3

Conclusão: Na amostra analisada, pacientes com escores de BDI compatíveis com depressão clinicamente significativa apresentaram evolução pós-operatória estatisticamente diferente em relação aos pacientes não depressivos, com maior percentual de morbimortalidade pós-operatória nos deprimidos.

PO253 SÍNDROME DO TERAROMA MEDIASTINAL PROGRESSIVO

Gomes NH¹, Gomes BM², Saueressig SS³, Renck DV⁴, Gomes LM⁵

1,5. UFPEL/Santa Casa, Pelotas, RS, Brasil; 2,4. UFPEL/Santa Casa, Pelotas, RS, Brasil; 3. UFPEL/Santa Casa, Pelotas, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tumores germinativos; Quimioterapia; Cirurgia

Introdução: Esta Síndrome se refere ao fenômeno do crescimento progressivo do tumor de células germinativas, depois de quimioterapia, a despeito da erradicação completa das célu-

las malignas e da normalização dos marcadores séricos. **Objetivos:** Diferenciar esta situação daquela em que tumores de células germinativas mantêm suas características malignas com elevados níveis séricos dos marcadores tumorais. **Métodos:** Revisão do arquivo hospitalar de um caso. **Resultados:** Um jovem masculino de 16 anos, de origem germânica, com um tumor de células germinativas, primário do mediastino (com elevados níveis de alfa fetoproteína e de gonadotrofina coriônica); depois de completar a quimioterapia e de normalizar os marcadores tumorais, o paciente apresentou-se com sintomas pulmonares (dispnéia severa, ortopnéia, taquipnéia e taquicardia) atribuíveis ao seu volumoso teratoma mediastinal; a TC demonstrou um marcado aumento da massa do mediastino anterior comprimindo os grandes vasos, com obliteração de quase ambos os hemitórax e marcado desvio do coração para a esquerda. Dos 15 casos de Síndrome do Teratoma Progressivo Intratorácico relatados na literatura, apenas 1 (7%) ocorreram no mediastino. **Conclusão:** Depois de quimioterapia completa num paciente com tumor de células germinativas do mediastino anterior, cujos marcadores tumorais de normalizaram, uma massa progressivamente aumentada pode representar a Síndrome Do Teratoma Mediastinal Progressivo.

PO254 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIA MULTISSEGMENTAR

Neto AG, Araújo RFV, Lima AMR, Nogueira ASM, Sampaio Viana CM, Oliveira LCS
Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiectasia multissegmentar; Bronquiectasia difusa; Tratamento cirúrgico

Introdução: O tratamento de escolha para pacientes com bronquiectasia (BQT) multissegmentar (MTS) ou difusa é geralmente clínico e se baseia no uso de broncodilatadores, antibióticos e fisioterapia respiratória. Essas medidas aliviam os sintomas temporariamente, mas como as recorrências são frequentes, alguns trabalhos da literatura têm dado ênfase ao tratamento cirúrgico, visando a melhora da qualidade de vida desses pacientes. **Objetivos:** Avaliar prospectivamente os resultados cirúrgicos imediatos e tardios de pacientes com BQT multissegmentar. **Métodos:** De março de 1992 a maio de 2006, foram avaliados 45 pacientes com BQT multissegmentar ou difusa (21 bilateral e 24 unilateral) submetidos a cirurgia de ressecção pulmonar uni- e/ou bilateral. Incluiu-se no estudo somente pacientes sintomáticos e com BQT que acometesse mais de um lobo, ou múltiplos segmentos de lobos diferentes. **Resultados:** Dos 45 pacientes, 30 (67%) eram do sexo feminino, com idade média de 30 ± 13 anos. A etiologia foi pós-pneumonia em 17 (38%) pacientes, indeterminada em 17 (38%), pós-tuberculose em 5 (11%) e outras etiologias em 6 (13%). Os principais sintomas foram tosse produtiva em 44 (98%) pacientes, hemoptise em 20 (44,4%) e pneumonia de repetição em 18 (40%). Foram realizados 52 procedimentos cirúrgicos nos 45 pacientes, sendo 34 (75,5%) ressecções pulmonares combinadas, 9 (25,7%) lobectomias, 12 (26,7%) segmentectomias e 2 (4,4%) pneumonectomias. Dos pacientes com doença bilateral, 10 (47,6%) foram submetidos a cirurgia bilateral; dos pacientes com doença unilateral, 1 foi submetido a duas cirurgias. Houve 14 (31%) complicações cirúrgicas e nenhum óbito nesse estudo. Os resultados clínicos tardios foram avaliados em 38 (84,4%) pacientes seguidos por 27 ± 22 meses e classificados como: excelente (cura ou ausência completa de sintomas) em 16 (42%); bom (diminuição dos sintomas pré-operatórios) em 19 (50%); ou ruim (nenhuma melhora ou piora dos sintomas) em 3 (8%). **Conclusão:** A cirurgia de ressecção pulmonar uni- e/ou bilateral revelou ser uma excelente alternativa terapêutica para pacientes com bronquiectasia MTS, tendo contribuído para a melhora da qualidade de vida da maioria dos participantes deste estudo.

PO255 MODELO EXPERIMENTAL DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM RATOS

Gaia EV, Goldenberg A, Oliveira H

Escola de Ciências Médicas de Alagoas-UNCISAL e Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Refluxo; Modelo experimental; Esofagite

Objetivos: Desenvolver um modelo experimental de refluxo gastroesofágico em ratos. **Métodos:** Sessenta ratos, Wistar, foram operados e distribuídos em três grupos de vinte animais. Os animais foram submetidos a miectomia total do esôfago em um grupo (A), e em outro grupo foram submetidos a miectomia parcial (B). O terceiro grupo foi o grupo controle (C). Para avaliar o refluxo gastroesofágico realizou-se o estudo radiológico contrastado do esôfago. O estudo anatomopatológico do esôfago foi utilizado para avaliar esofagite. **Resultados:** Durante os 30 dias de pós-operatório, 14 animais do grupo A apresentaram refluxo de Bário no esôfago. Em 07 animais do grupo B e em 02 do grupo controle, foram observados a presença de Bário no esôfago. O resultado do histopatológico foi controverso. Observou-se perda ponderal importante nos ratos submetidos a miectomia total, porém não existiu diferença estatística. **Conclusão:** A miectomia total realizada no terço inferior do esôfago provocou refluxo gastroesofágico na maioria dos animais.

DOENÇAS PLEURAIS E MEDIASTINAIS

PO256 TIMOMAS - CASUÍSTICA DO HC - FMB - UNESP

Cataneo DC¹, Harimoto CN², Cataneo AJM³

1,3. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Timoma; Carcinoma tímico; Cirurgia

Introdução: Timomas são tumores originários das células epiteliais da glândula tímica, e dependendo das características destas células e da invasão ou não de sua cápsula e estruturas adjacentes podem ter comportamento benigno ou maligno. Aproximadamente 95% deles ocorrem no mediastino anterior sendo o tumor mais comum deste compartimento me-

diastinal em adultos. Ocorre em ambos os sexos geralmente entre 40 e 60 anos de idade e é raro em crianças abaixo de 16 anos. É assintomático em 50% dos casos. Muitos estão associados a doenças sistêmicas, sendo a mais comum a miastenia gravis. A maioria dos estudos mostra que os mais importantes parâmetros prognósticos são o estadiamento e o tipo histológico do tumor. Para o estadiamento é aceito o preconizado por Masaoka em 1981 mas para o tipo histológico, existem várias classificações. Cerca de 3 a 7% dos timomas desenvolvem metástases à distância. **Objetivos:** Mostrar as características dos timomas tratados no Serviço de Cirurgia Torácica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Métodos:** Foram revistos todos os casos de tumores tímicos tratados nos últimos 30 anos. Analisando idade, sexo, sintomatologia, tamanho e peso do tumor, tipo histológico, estadiamento, e tratamento empregado. **Resultados:** Foram analisados 21 tumores de origem tímica, dos quais 19 eram timomas, 1 cisto tímico e 1 carcinóide tímico. Estavam localizados no mediastino anterior 86%. A idade variou de 15 a 74 anos (x = 46), tendo somente um caso em adolescente de 15 anos, os demais estavam acima dos 30 anos. Quanto ao sexo, 67% eram homens. Os sintomas encontrados foram: dor (28%), tosse (24%), dispnéia (9%), emagrecimento (9%), miastenia gravis (28%) e assintomáticos (33%). O tamanho e peso dos tumores variou respectivamente de 2 a 18cm (x = 10cm) e 40 a 1.775g (x = 386g). Os timomas ficaram distribuídos nos 5 padrões histológicos, segundo Muller-Hermelink, sendo 43% predominantemente corticais, 17% corticais, 10% medulares, 10% mistos, 10% carcinomas bem diferenciado e 10% impossíveis de determinar por ter sofrido quimioterapia prévia. Estavam no estágio I, 58% dos timomas, no estágio II 27%, no estágio III 10% e no estágio IV a 5%. O tratamento realizado foi a timectomia em 58% dos casos e a ressecção do tumor, em 42%. Houve tratamento neoadjuvante quimioterápico em 10% dos casos e adjuvante quimioterápico em 21% e radioterápico em 21%. **Conclusão:** Nossa modesta casuística de tumores tímicos mostra que seu comportamento coincide com o que evidencia a literatura, a não ser pela sua incidência maior nos homens que nas mulheres.

PO257 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DO MEDIASTINO: RELATO DE UM CASO

Agostinho Rolim JR¹, Dos Santos LG², Silva de Almeida KJ³, Agostinho Rolim G⁴, Dos Martírios Moura Fé JA⁵

1,3. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 2,5. Hospital São Marcos, Teresina, PI, Brasil; 4. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

Palavras-chave: Tumor; Fibroso; Mediastino

Introdução: Neoplasias do mediastino são tumores incomuns que podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais prevalente da terceira à quinta década de vida. Os tumores mesenquimais compreendem aproximadamente 6% das neoplasias mediastínicas primárias, sendo de extrema importância o diagnóstico precoce, devido o possível comprometimento compressivo extenso de órgãos vitais. **Objetivos:** Descrever um caso de tumor fibroso solitário do mediastino. **Métodos:** Estudo clínico, de imagem, histopatológico e imunohistoquímico da paciente P.I.S., feminino, 72 anos, parda, dona de casa, natural e residente em Canto do Buriti, PI, Brasil. Paciente procurou serviço médico em 2006 com dor torácica e dispnéia, trazendo Raio X de tórax que mostrava alargamento mediastinal e hipotransparência em base pulmonar direita, além de tratamento para pneumonia que não soube especificar. **Resultados:** Foi realizado toracotomia com drenagem fechada, toracotomia exploradora e biópsia do tórax guiada por tomografia computadorizada para estudo histopatológico e imunohistoquímico de massa expansiva sólida localizada na goteira paravertebral direita. A histopatologia revelou tumor fibroso solitário do mediastino e a imunohistoquímica concluiu tratar-se de neoplasia mesenquimal de padrão hemangiopericítico, caracterizada por células fusiformes de citoplasma eosinofílico e indistinto, com raras figuras de mitose e revelou positividade focal para CD34, EMA e CD99. A positividade para CD34, neste contexto clínico e morfológico, favorece o diagnóstico de tumor fibroso solitário. Foi feita ressecção completa da lesão e posterior RX de Tórax (2 INC) que não evidenciou alterações do mediastino, apenas opacidade parenquimatosa na base pulmonar direita, com obliteração do seio costofrênico ipsilateral por provável derrame pleural. A paciente evoluiu com bom estado geral. **Conclusão:** As neoplasias mediastínicas são um grupo heterogêneo de tumores que podem ter evolução assintomática, neste caso são descobertos por exames radiográficos de rotina, ou serem acompanhados de sintomatologia de compressão orgânica (veia cava superior, traquéia, miocárdio, etc.), exigindo intervenção médica imediata. Muitos desses tumores podem apresentar malignidade, mas devido ao exposto, massas benignas podem representar sério risco ao paciente. Além de uma anamnese cuidadosa, os exames laboratoriais, por imagem, endoscopia, biópsia ganglionar e a toracotomia exploradora são de grande importância para o diagnóstico diferencial e conclusivo das massas mediastinais, guiando terapêutica competente e levando a um bom prognóstico.

PO258 DERRAME PLEURAL PÓS-TRAUMÁTICO NÃO-EOSINOFÍLICO RECORRENTE

Terra RM, Pereira AEA, De Moura Jr NB, Jatene FB

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural; Trauma torácico; Etiologia

Introdução: O derrame pleural pós-traumático é entidade clínica incomum relacionada com trauma torácico contuso associado ou não a fratura de costelas, que se manifesta com exsudato eosinofílico. Ainda não foi relatada a apresentação de derrame pleural pós-traumático com exsudato linfocítico. **Objetivos:** Relatamos 3 casos de derrame pleural pós-traumático que se apresentaram com exsudato linfocítico recorrente. **Métodos:** Revisão de prontuários. **Resultados:** Caso 1: Mulher, 25 anos, com história de acidente automobilístico e trauma torácico contuso bilateral, sendo evidenciadas fraturas de costelas sem outras alterações radiológicas ao primeiro atendimento. Evoluiu com dor torácica à esquerda de intensidade crescente e dispnéia leve, sendo readmitida 04 semanas depois com sinais de derrame pleural esquerdo e submetida a toracocentese. Análise do líquido revelou proteína 4,9g/dl, DHL 257mg/dl, adenosina deaminase (ADA) 8.8U/l, 29% neutrófilos, 68% linfóci-

tos e 01% eosinófilos, citologia negativa para malignidade e culturas negativas. Houve recorrência do derrame pleural e realizada nova toracocentese aliviadora, sem mais recorrências. Caso 2: Homem, 60 anos, acidente automobilístico apresentando dor torácica leve e dispnéia moderada. Radiografia de entrada mostrava fratura esternal e costal bilateral sem derrame pleural. Quatro semanas após o trauma queixava-se de dispnéia progressiva e dor torácica à esquerda. Nova radiografia de tórax evidenciou derrame pleural esquerdo, sendo realizada toracocentese. Análise do líquido revelou proteína 5,5g/dL, ADA 13U/L, 03% neutrófilos, 88% linfócitos e 3% eosinófilos. Pesquisa de células neoplásicas e culturas negativas. O paciente foi submetido a vídeo-pleuroscopia com biópsia pleural que revelou pleurite reacional com culturas negativas. Não houve mais recorrências. Caso 3: Mulher, 36 anos, há 5 semanas fora submetida a cirurgia ortopédica para escoliose com costectomia de cinco arcos costais, seguida de pós-operatório sem intercorrências. À admissão relatava dor torácica esquerda pleurítica e dispnéia leve com sinais de derrame pleural esquerdo. Realizada toracocentese que evidenciou exsudato linfocítico, com culturas negativas e sem células neoplásicas. O derrame evoluiu com recidiva, sendo indicada vídeo-pleuroscopia com biópsia pleural que demonstrou pleurite crônica. Não houve mais recorrências. **Conclusão:** Derrame pleural pós-traumático é entidade rara, que geralmente se apresenta como derrame eosinofílico, relacionada a trauma torácico, pneumotórax, toracotomia e toracocentese estando associado a deposição de imunocomplexos e concentrações elevadas de IL-5 no líquido pleural. A etiologia do derrame pleural pós-traumático linfocítico pode estar associada a inflamação mesotelial crônica causada por reação subpleural desencadeada por fratura de costela ou hematoma mediastinal.

PO259 O VALOR DA DOSAGEM DO COLESTEROL NO LÍQUIDO PLEURAL PARA DIFERENCIAR OS DERRAMES TUBERCULOSOS DOS NEOPLÁSICOS

Andrade EO¹, Andrade EN², Siqueira Briglia MF³, Souza JS⁴, Briglia FS⁵, Andrade Jr E⁶
1. FCECON, Manaus, AM, Brasil; 2,3,5. UFAM, Manaus, AM, Brasil; 4,6. Uniltonlins, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Derrame Pleural; Colesterol; Diagnóstico

Introdução: A dosagem do colesterol no líquido pleural tem sido relatado como útil na diferenciação dos derrames pleurais exsudativos dos derrames transudativos. Trabalhos não conseguiram estender esta capacidade para a diferenciação dos derrames pleurais tuberculosos dos não tuberculosos. Em nossa cidade a tuberculose juntamente com as neoplasias são as principais causas dos derrames pleurais, tornando desta forma, importante todo o esforço para uma identificação rápida destas duas etiologias. **Objetivos:** Determinar se a dosagem do colesterol pleural serve como meio para distinguir o derrame pleural tuberculoso do neoplásico. **Métodos:** Amostragem: Foram estudados 40 pacientes atendidos na rotina do Serviço de Tórax da FCECON e que apresentaram derrame pleural tuberculoso [20] ou neoplásico [20], confirmado através de biópsia pleural, exame citopatológico, exame bacteriológico direto ou cultura. Técnica: O líquido pleural foi colhido através de punção torácica com agulha de Cope, precedendo a biópsia pleural e analisada na rotina laboratorial da instituição. O fragmento da biópsia foi corado pelo HE. Análise estatística: Para testar a hipótese, adotou-se um alfa de 5% e valeu-se do teste T de Student para dados não emparelhados. **Resultados:** Os pacientes com derrame pleural tuberculoso foi em número de 20. A dosagem média de colesterol foi de 79,20 µg/dl, com desvio padrão de ± 23,27. O grupo com neoplasia, também foi composto de 20 pessoa, com um valor médio do colesterol pleural da ordem de 81,84µg/dl, com um DP = ± 37,64. Estes valores não se mostraram significativamente diferentes (p > 0,005). **Conclusão:** Na amostra estudada a dosagem do colesterol no líquido pleural não se mostrou útil para diferenciar os derrames pleurais tuberculosos dos derrames neoplásicos.

PO260 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E SUA IMPORTÂNCIA NA DIFERENCIAÇÃO DOS DERRAMES PLEURAIS TUBERCULOSOS E NEOPLÁSICOS

Andrade EO¹, Siqueira Briglia MF², Souza JS³, Andrade EN⁴, Briglia FS⁵, Andrade Jr E⁶
1. FCECON, Manaus, AM, Brasil; 2,4,5. UFAM, Manaus, AM, Brasil; 3. Uniltonlins, Manaus, AM, Brasil; 6. Uniltonlins, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural; Manifestações clínicas; Diagnóstico

Introdução: Derrames pleurais são manifestações clínicas frequentes na prática médica diária. Considerando que os derrames pleurais não possuem status nosológico próprio é importante que a etiologia constante no substrato da doença seja identificada para que possamos instituir a terapêutica específica. A origem tuberculosa e a neoplásica dos derrames pleurais está entre as mais frequentes, sendo as mais importantes na cidade de Manaus-AM. **Objetivos:** Verificar a capacidade dos sinais e sintomas mais frequentes na prática pneumológica [Tosse, febre, dispnéia e dor torácica] e seus tempos de aparecimento, para diferenciar os derrames pleurais tuberculosos dos neoplásicos. **Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo em que foram estudados 77 pacientes, sendo 32 com derrame tuberculoso, confirmado pela bacteriologia ou pela cito/histopatologia, e 45 com derrame neoplásico, confirmado pela cito/histopatologia. A todos foi aplicado um questionário padrão. Foi adotado um alfa de 5%, IC = 95% e a análise estatística valeu-se do teste T de Student para os dados quantitativos e o teste do qui-quadrado para os dados qualitativos. **Resultados:** 1) O tempo de aparecimento dos sintomas não foi significativamente diferente entre os dois grupos [p > 0,05]. 2) A dispnéia, no início dos sintomas, teve igual comportamento nos dois grupos [p > 0,05]. 3) Quando da ocasião da punção pleural a dispnéia foi mais frequente entre os portadores de derrames neoplásicos [p < 0,001]. 4) A dor, no início dos sintomas, teve igual comportamento nos dois grupos [p > 0,05]. 5) Quando da ocasião da punção pleural a dor teve igual comportamento nos dois grupos [p > 0,05]. 6) A febre, no início dos sintomas, foi mais frequente entre os portadores de derrames tuberculosos [p < 0,001]. 7) Quando da ocasião da punção pleural a febre foi mais frequente entre os portadores de derrames tuberculosos [p < 0,05]. 8) A tosse, no início dos sintomas, foi mais frequente entre os portadores de derrames neoplásicos [p < 0,05]. 9) Quando da ocasião da punção pleural a tosse foi

mais frequente entre os portadores de derrames neoplásicos [p < 0,05]. **Conclusão:** O emprego dos sinais e sintomas [Tosse, febre, dispnéia e dor torácica] e sua distribuição temporal é útil no processo de diferenciação dos derrames pleurais tuberculosos dos neoplásicos.

PO261 QUILOTÓRAX HEPÁTICO BILATERAL: RELATO DE CASO

Nascimbem MB, Terra RM, Jatene FB

Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Quilotórax; Cirrose; TIPS

Introdução: Quilotórax é uma complicação infrequente da cirrose hepática, associada a alta morbimortalidade. O líquido é um transudato, rico em triglicérides, formado pelo "porejamento" de vasos linfáticos abdominais submetidos a hipertensão portal. O líquido formado no abdome, migra ao tórax através de pequenas comunicações existentes no diafragma. O quadro clínico e tratamento não estão bem estabelecidos na literatura, compondo-se de relatos de casos e pequenas séries. **Objetivos:** Relatar quadro clínico-laboratorial e tratamento, com sucesso, de paciente com quilotórax hepático bilateral. **Métodos:** Paciente internado sob os cuidados do Serviço de Cirurgia e Transplante de Fígado do ICHC-FMUSP entre os meses 12/05 a 02/06 em acompanhamento com a equipe de Cirurgia Torácica. **Resultados:** Paciente de 52 anos com cirrose criptogênica (Child-Pugh B), listado para transplante hepático, apresenta derrame pleural extenso à direita e moderado à esquerda, com ascite discreta. Toracocentese à direita mostrou líquido de aspecto leitoso, com as seguintes características: contagem celular 1720 céls/mm³ (95% neutrófilos), desidrogenase láctica 218U/L, proteínas totais 2,6mg/dL, triglicérides 220mg/dL, colesterol 27mg/dL e cultura positiva para *E. coli*. Análise do líquido ascítico mostrou 3500 céls/mm³ (90% de neutrófilos). Realizada drenagem torácica, iniciado ceftriaxone e dieta hipogordurosa. Em 7 dias o dreno foi retirado, sem recidiva. Avaliação inicial do derrame pleural à esquerda apresentou inicialmente um transudato, que começou a recidivar após resolução do derrame à direita. Realizada drenagem torácica e nova análise bioquímica mostrou: contagem celular 300 céls/mm³ (65% linfócitos), triglicérides 214mg/dL e colesterol 18mg/dL. Iniciada dieta hipogordurosa e posteriormente jejum com nutrição parenteral, mas mantendo débito diário de 2-3 litros pelo dreno. Optado por criação de *shunt* portossistêmico transparietohepático (TIPS), com diminuição progressiva do débito do dreno, sendo retirado em 5 dias, com sucesso. Paciente apresentou encefalopatia grau II, com melhora após uso de lactulona. **Conclusão:** Neste caso, o quilotórax a direita se apresentou como exsudato, devido à infecção. Esta ocorreu provavelmente secundária a peritonite bacteriana espontânea, sabendo-se a bactéria isolada no líquido pleural, a celularidade do líquido ascítico e a comunicação entre as duas cavidades por pequenos poros existentes no diafragma. Também especulamos que a infecção levou a pleurodese deste lado, sem recidiva do derrame à direita e levando o líquido a acumular a esquerda. Por sua vez, o quilotórax a esquerda não respondeu a drenagem e tratamento clínico, mantendo a grande débito diário pelo dreno. O tratamento, através da criação do TIPS, foi eficaz, como reportado em outros dois casos na literatura. É um procedimento minimamente invasivo, sendo freqüentemente usado como "ponte" antes do transplante de fígado, sendo sua principal complicação a encefalopatia hepática.

PO262 SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA: CAUSA INCOMUM DE DERRAME PLEURAL

Cabral Junior BF, Feitosa RC, Dos Santos AA, Ramos Feitosa PH

Pneumologia Hospital Regional do Gama, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural; Hiperestimulação ovariana; Fertilização

Introdução: A síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) é uma complicação iatrogênica da indução da ovulação por gonadotrofina coriônica humana. É rara e de patogênese não totalmente esclarecida, geralmente autolimitada. Suas características são: idade menor que 35 anos, ovários policísticos diagnosticados previamente à indução, números de folículos maior que 10, estradiol plasmático maior de 2000pg/ml. Apresentamos um caso de uma paciente que evoluiu com insuficiência respiratória e derrame pleural. **Objetivos:** Relato de um caso de derrame pleural secundário a Síndrome de Hiperestimulação Ovariana após tratamento de indução de ovulação para fertilização in vitro. **Métodos:** Trabalho retrospectivo baseado em análise do prontuário médico. **Resultados:** A síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) é uma complicação iatrogênica da indução da ovulação por gonadotrofina coriônica humana. É rara e de patogênese não totalmente esclarecida, geralmente autolimitada. Suas características são: idade menor que 35 anos, ovários policísticos diagnosticados previamente à indução, números de folículos maior que 10, estradiol plasmático maior de 2000pg/ml. Apresentamos um caso de uma paciente que evoluiu com insuficiência respiratória e derrame pleural. **Conclusão:** O caso clínico apresentado evidencia a forma grave de SHO. Chamamos a atenção para a necessidade do diagnóstico diferencial de pacientes com derrame pleural após tratamento de fertilização in vitro, por tratar-se de doença mais familiar aos obstetras do que aos pneumologistas.

PO263 DOENÇA DE CASTLEMAN: RELATO DE CASO

Ferreira Pinheiro VG¹, Fernandes GH², Cezar LC³, Viana RG⁴, Silveira LG⁵, de Menezes DB⁶, Alves NA⁷, Albuquerque CP⁸

1. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3,4,5,6,7,8. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Doença de Castleman; Massa mediastinal; Diagnóstico

Introdução: A doença de Castleman (DC) é uma rara desordem do tecido linfóide de etiologia desconhecida, caracterizada por linfonodomegalia gigante, anemia e hipergamaglobulinemia. A principal localização é o mediastino (67%), mas pode acometer localizações múltiplas: pescoço (14%), pelve (4%), e axila (2%). Predomina no sexo masculino. Afeta pacientes da adolescência até a 7ª década. Pode apresentar-se como massas localizadas (mais frequente, a variante hialino vascular), clinicamente assintomáticas ou apresentando astenia, emagrecimento ou linfadenopatia; ou menos freqüentemente, como doença multicêntrica ou sistêmica (a variante celular plasmática) associada a linfadenopatia sistêmica

periférica, hepatoesplenomegalia, febre e suores noturnos sendo confundida com outras doenças. O exame histopatológico define o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é curativo para formas localizadas ou quimioterapia para as formas sistêmicas. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de Doença de Castleman variante plasmocitária atendida no Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza-CE. **Métodos:** Estudo de caso clínico. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, cearense, assintomática, procurou atendimento devido a achado ocasional de derrame pleural esquerdo durante a avaliação pré-operatória de otosclerose. A paciente não apresentava linfonodos palpáveis. No terço inferior do hemitórax esquerdo o murmúrio vesicular estava abolido. Foi levantada a hipótese de tuberculose pleural baseada no PPD de 30mm, na análise do líquido pleural que mostrou as seguintes características: límpido, incolor, LDH de 416U/L, glicose de 78,4mg/dL, proteína total de 2,3g/dL. O resultado da biópsia da pleura revelou pleurite crônica inespecífica. A baciloscopia direta e a cultura para BK no líquido pleural foram negativas. Fez tratamento com esquema I para tuberculose pleural por 6 meses porém o derrame plural não se modificou. A paciente continuava assintomática e com bom estado geral. Em virtude da não resposta ao tratamento específico prosseguiu-se a investigação. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou derrame pleural esquerdo e massa mediastinal anterior e paracardíaca projetando-se à E com contornos bem definidos e intensa captação de contraste. A sorologia anti-HIV foi negativa. No hemograma, Hb de 12,1; Ht de 37,4%; leucócitos de 9.870mm³. A paciente permanecia assintomática e foi submetida a mediastinotomia com biópsia da massa e linfonodos. O exame-anatomopatológico foi sugestivo de Doença de Castleman, variante plasmocitária. **Conclusão:** A DC é doença rara pouco relatada no Brasil, particularmente em mulheres. Entre as formas de apresentação, massa mediastinal na variante plasmocitária é ainda menos frequente. A apresentação com derrame pleural não é usual. O diagnóstico confunde-se com outras patologias como a tuberculose e os linfomas. Chamar a atenção para esta rara doença justifica o relato do caso.

PO264 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO INDUZIDO POR MANOBRAS DE VALSALVA EM PACIENTE COM SURTO PSICÓTICO: RELATO DE CASO

Mendes S, Kill Leal Martins RC, Cavalcante KVA, Feitosa LM, Do Vale TNF
Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga, DF, Brasil.

Palavras-chave: Pneumotórax; Pneumomediastino; Espontâneo

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma desordem rara, geralmente benigna e autolimitada, caracterizada pela presença de ar no mediastino. Ocorre em pessoas jovens, sem uma causa aparente ou fator precipitante. **Objetivos:** Relato de um caso de Pneumomediastino espontâneo, em paciente com crise psicótica, decorrente de realização de manobras de valsalva. **Métodos:** Relato de caso: FJS, sexo masculino, 23 anos, admitido no PS do HRT em surto psicótico referindo que estava numa cidade santa onde era proibido respirar, fazendo manobras de Valsalva em excesso. Ao exame, paciente desorientado, taquipnéico, apresentando enfisema subcutâneo em face, região cervical, tórax, abdome superior e membros superiores, ausculta respiratória com MV diminuído difusamente, com tiragem intercostal bilateral; Sem sinais de perfuração em pescoço e tórax ou trauma contuso. R-x de Tórax revelou parênquima pulmonar de transparência preservada, volume cardíaco normal, sinais de pneumomediastino e enfisema subcutâneo bilateral na parede torácica. Diante dos achados ao R-x de tórax, foram realizados, para elucidação diagnóstica, Broncoscopia com resultado normal, Endoscopia Digestiva Alta e esofagograma com esôfago normal, sem lesões no trajeto examinado. A TC de Tórax mostrou ar dissecando partes moles e torácicas, bem como estruturas mediastinais. Após investigação diagnóstica, foi feito diagnóstico de Pneumomediastino Espontâneo. O paciente teve tratamento conservador com resolução espontânea do quadro. **Resultados:** Discussão: Descrito pela primeira vez por Hamman em 1939, o pneumomediastino espontâneo é definido como presença de ar no mediastino sem uma causa precedente, como um evento traumático, enfermidade pulmonar subjacente ou iatrogenia. É uma entidade rara, com um estudo recente de um período de mais de 10 anos mostrando uma incidência de 1 em 3406 no serviço de emergência. Provavelmente é subdiagnosticado. Independente ou não de ter uma causa orgânica conhecida, o mecanismo em comum é o aumento súbito da pressão intra-alveolar associado à expiração contra uma glote fechada (Manobra de Valsalva). Quando a pressão intra-alveolar excede a pressão da vascularização pulmonar, há ruptura alveolar com saída de ar causando enfisema intersticial que diseca as veias peribroncovasculares e os septos interlobares. Por causa do gradiente de pressão, o ar pode progredir até o hilo pulmonar e produzir pneumomediastino, podendo se estender até os tecidos subcutâneos. O método diagnóstico mais utilizado é a radiografia de tórax, observando-se presença de ar dissecando as veias peribroncovasculares. A TC de tórax, esofagograma e broncoscopia são utilizados para investigar causas secundárias. É uma patologia benigna, de resolução espontânea. **Conclusão:** Em nossos pacientes, o diagnóstico de pneumonia lipídica exógena foi baseado nas características dos achados tomográficos e na evidência de exposição ao óleo mineral.

PO265 CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM DERRAME PLEURAL INTERNADA NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Bom Monteiro de Almeida Mota FT, Garcia MP, Freitas e Costa IC, Manique AS, Castro RS, Bugalho de Almeida AA

Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Derrame pleural; Líquido pleural; Biópsia pleural

Introdução: Os derrames pleurais podem ocorrer como complicação de uma grande variedade de patologias, com apresentação clínica e radiológica semelhantes. A análise do líquido pleural (LP), bem como da biópsia pleural (BP) são assim de extrema importância na determinação da etiologia e orientação terapêutica. **Objetivos:** Caracterização da população internada no Serviço de Pneumologia, com o diagnóstico de derrame pleural. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes que, durante um período de 2 anos (2004 e 2005), tiveram alta com o diagnóstico de derrame pleural. Foram avaliados em relação a: sexo, idade, diagnósticos principal e secundários, tempo de evolução e de internamento, realização de toracocentese e de ecografia torácica, características do LP e BP, drenagem pleural e outras terapêuticas efetuadas. Utilizaram-se os critérios de Light para definição de exsudado e transudado. **Resultados:** Foram estudados 97 doentes, 46 mulheres (M) e 51 homens (H), com idade média de 60,2 + 18,31 anos. Os diagnósticos principais foram: derrame pleural neoplásico (N = 40; 41,2%), infeccioso (N = 40; 41,2%), secundário a doença cardíaca (N = 5; 5,1%) e a doença hepática (N = 3; 3,1%). Os sintomas de apresentação foram a tosse (N = 53; 54,6%), a dispnéia (N = 43; 44,3%), a toracalgia (N = 43; 44,3%) e a febre (N = 32; 32,9%). Em média o tempo de evolução dos derrames pleurais foi de 39,8 + 53,47 dias e o tempo médio de internamento hospitalar foi de 21,9 + 13,08 dias. Do total de doentes, 67 realizaram toracocentese (69,1%), não se obtendo LP em 14,9%. Destas toracocenteses 61 foram diagnósticas (91,0%) e 6 tiveram apenas finalidade paliativa (9%). Em 31 doentes houve necessidade de realizar ecografia torácica (31,9%). O LP tinha características de exsudado em 44 doentes e transudado em 5. A observação macroscópica revelou LP serofibrinoso em 32 casos (56,1%), serohemático em 10 (17,5%), purulento em 8 (14%), amarelo-citrino em 5 (8,8%) e leitoso em 2 (3,5%). A contagem celular diferencial mostrou predomínio de linfócitos em 10 doentes e de polimorfonucleados em 3, verificando-se mais de 10% de eosinófilos em 4 doentes. Relativamente às células mesoteliais apenas 3 tinham menos de 5% de células. O exame bioquímico do LP foi realizado em 34 doentes, com valor médio de glicose de 5,8mmol/L e valor médio de LDH de 1168,1U/L. O exame microbiológico direto do LP foi positivo em 2 casos, e a cultura em 5. O exame citológico do LP foi positivo para células neoplásicas em 11 doentes. O exame microbiológico da BP foi positivo em 2 casos. Dos 48 doentes que fizeram BP, o exame histopatológico revelou alterações em 29 (60,4%). Foram colocadas drenagens em 20 doentes, com duração média de 14,5 + 19,95 dias. Os doentes fizeram antibioticoterapia em 64 casos (65,9%), terapêutica médica de suporte em 18 (18,5%) e quimioterapia em 6 (6,2%). Foi efetuada fisioterapia respiratória em 46 doentes (47,4%), toracoscopia em 18 (18,6%), pleurodese em 22 (22,7%) e cirurgia em 9 (9,2%). **Conclusão:** Verificamos franco predomínio da patologia neoplásica e infecciosa. A tosse foi, em mais de metade dos doentes, o principal sintoma de apresentação. Salienta-se o papel cada vez maior da ecografia torácica, como método complementar de diagnóstico, em particular nos pequenos derrames. O LP tinha características de exsudado na maioria dos doentes. A rentabilidade do exame cultural do LP foi baixa e o exame histopatológico da BP foi diagnóstico em menos de metade das biópsias efetuadas.

PO266 APRESENTAÇÃO TOMOGRÁFICA ATÍPICA DE MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Galvão Barboza CE¹, Winter DH², Medeiros Neto AH³, Prado GF⁴, Fernandez A⁵, Takagaki TY⁶, Vargas FS⁷

1,2,3,4,6. *Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil;* 5. *Disciplina de Cirurgia Torácica HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil;* 7. *01116501864, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Mesotelioma pleural; Tomografia computadorizada; Diagnóstico

Introdução: O mesotelioma maligno é o tumor pleural primário mais importante. Seu fator de risco mais reconhecido é o asbesto, porém história de exposição pode não ser evidenciada em 60 a 80% dos casos. Sua apresentação tomográfica mais comum é na forma de espessamento pleural circunferencial, uniforme ou lobulado. **Objetivos:** Relatar apresentação radiológica atípica em mesotelioma pleural. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 53 anos, natural e procedente de São Paulo, previamente hígida, refere dor torácica, agravada pela respiração e por movimentos, há 1 ano. Na ocasião foi feita radiografia de tórax, que evidenciou derrame pleural à direita; realizou então toracocentese com pesquisa de células neoplásicas, negativa. Como esta foi inconclusiva, foi submetida a biópsia por toracotomia também inconclusiva. Realizou uma terceira biópsia guiada por tomografia, também não diagnóstica. Foi investigada para tuberculose e colagenses, que foram excluídas. Tomografia de tórax de 06/2005 e 04/2006 mostram lesão expansiva nodular pleural à direita, com extensas áreas hipodensas sugestivas de necrose e apresentando aumento de tamanho no intervalo. Negava febre, perda de peso e tabagismo; nega contato com asbesto. Exame físico: BEG, corada, acianótica; AR: MV diminuído em 1/3 inferior à direita, sem ruídos adventícios; SatO₂ 94% (ar ambiente); ACV: ritmo regular em 2 tempos FC 88bpm PA 120 x 80mm Hg. Realizada tomografia de emissão de pósitrons, que evidenciou hipercaptação em hemitórax direito e mediastino. Foi submetida a toracotomia com biópsia de massa pleural infiltrativa, considerada irrecorrível. O exame anatomopatológico confirmou mesotelioma pleural maligno. Foi, então, tratada com quimioterapia com cisplatina e pemetrexed. **Conclusão:** A manifestação radiográfica mais frequente do mesotelioma pleural é o derrame pleural unilateral, mais comum à direita, que acontece em até 95% dos pacientes durante algum momento da evolução. Espessamento pleural difuso pode estar presente à radiografia, embora o derrame pleural não raramente oculte este achado. A tomografia computadorizada é mais sensível para a detecção das alterações pleurais. Também por este método, a mais comum é o espessamento circunferencial, uniforme ou lobulado. No caso em questão, observou-se lesão expansiva nodular, de base pleural e com áreas de hipodensidade central sugestivas de necrose. O diagnóstico por toracocentese e biópsia pleural fechada ocorre em cerca de 30% dos casos, sendo necessária biópsia por toracoscopia ou toracotomia no restante. Neste caso, a presença das áreas de necrose no tumor parece ter contribuído para a dificuldade de definição diagnóstica ao anatomopatológico. O tratamento inclui ressecção da pleura e pulmão do lado afetado (quando possível), radioterapia e quimioterapia. O prognóstico é ruim, com sobrevida média de até 18 meses.

PO267 CISTO BRONCOGÊNICO "GIGANTE" - RELATO DE CASO

Gomes M, Ethel J, Bernardi FDC, Monteiro JTC, Pessoa A, Onodera DE, Alexandre JA, Barreiros R

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cisto broncoagênico gigante; Cisto broncoagênico; Tumores de mediastino

Introdução: Entre as malformações pulmonares, o cisto broncoagênico é uma das mais comuns. No entanto, sua ocorrência em grandes dimensões, assemelhando-se a tumor pulmonar.

PO267 CISTO BRONCOGÊNICO "GIGANTE" - RELATO DE CASO

Gomes M, Ethel J, Bernardi FDC, Monteiro JTC, Pessoa A, Onodera DE, Alexandre JA, Barreiros R

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cisto broncoagênico gigante; Cisto broncoagênico; Tumores de mediastino

Introdução: Entre as malformações pulmonares, o cisto broncoagênico é uma das mais comuns. No entanto, sua ocorrência em grandes dimensões, assemelhando-se a tumor pulmonar.

nar, é rara. **Objetivos:** Relatar caso de cisto broncogênico de grandes dimensões. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Descreve-se caso de paciente do sexo masculino, 30 anos, branco, há um ano com dor torácica. A radiografia de tórax mostrou massa arredondada, delimitada, homogênea, com densidade semelhante à água em lobo inferior esquerdo e na tomografia computadorizada de tórax média 10cm de diâmetro com calcificações em seu interior. Durante a ressecção da tumoração, houve saída de dois litros de secreção amarelada. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de cisto broncogênico, descrito como fragmento de mucosa brônquica com epitélio bem caracterizado, discreto infiltrado linfocitário, congestão vascular e edema. Será exibida documentação fotográfica da radiologia, do procedimento cirúrgico, da macroscopia e da microscopia. **Conclusão:** Cisto broncogênico é definido como cisto normalmente esférico, surgindo a partir de uma bolsa protruída de origem embrionária, geralmente encontrado no mediastino ou pulmão, normalmente é assintomático. O interesse do relato é por tratar-se de cisto broncogênico de grandes dimensões assemelhando-se a tumor pulmonar.

PO268 ENDOMETRIOSE PLEURAL

Arêas A, Machado ACFT, Machado CA, Delamônica KT, Andrade PM, Carneiro LH, Loivos LP UFRJ-IDT, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Endometriose; Pneumotórax; Pleurodese

Introdução: A Endometriose Pleural é uma entidade que acomete mulheres em idade fértil geralmente precedida pelo surgimento de Endometriose Pélvica. É caracterizada pela presença de tecido endometrial aderido a um dos folhetos pleurais ou a ambos. Já é bem estabelecido o papel fundamental das fenestrações no diafragma para o surgimento do tecido endometrial no tórax. Os sintomas mais freqüentemente observados incluem dor torácica, dispnéia e tosse. **Objetivos:** Rever os aspectos clínicos e radiológicos da Endometriose Pleural quanto ao diagnóstico e tratamento a propósito de um Relato de Caso. **Métodos:** Paciente feminina de 29 anos negra que nos últimos doze meses apresentou dispnéia progressiva aos esforços, intensificando-se consideravelmente no período catamenial, associada a tosse pouco produtiva e dor torácica, sem febre. Possuía história pregressa de infertilidade e de dismenorréia intensa em fossa ilíaca direita desde os 18 anos de idade. Teve o diagnóstico confirmado de endometriose pélvica a cerca de 18 meses, tendo iniciado tratamento hormonal desde então. Ao exame radiológico do tórax víamos um volumoso derrame pleural sem lesões parenquimatosas primárias. Em nenhum momento a paciente fez pneumotórax espontâneo. Como não experimentou melhora alguma do quadro respiratório foi iniciada investigação diagnóstica do mesmo, sendo então submetida a punção-biópsia pleural. **Resultados:** O líquido pleural revelou-se hemorrágico e sem nenhuma evidência de infecção. O histopatológico mostrou apenas pleurite crônica inespecífica. Foi então realizada a pleuroscopia no qual foram surpreendidas lesões eritematosas aderidas à pleura visceral cujo histopatológico revelou tratar-se de tecido endometrial sob a ação medicamentosa de progestágenos. Foi submetida a pleurodese com nitrato de prata, que neste primeiro momento não revelou resposta satisfatória. Foi repetida a intervenção e então apresentado evolução favorável. Não foi suspenso o tratamento hormonal. **Conclusão:** Devemos suspeitar de Endometriose Pleural em toda paciente em idade reprodutiva com dispnéia, dor torácica e tosse que se intensificam no período menstrual, e com derrame pleural e/ou pneumotórax. Em torno de 80% dos casos o pneumotórax espontâneo se constitui na apresentação clínica inicial mais comum, seguido pelo derrame pleural. Quanto ao tratamento dispomos de hormonioterapia, cujo o percentual de sucesso é baixo, e do tratamento cirúrgico com a pleurodese, cujo o índice de sucesso é bem maior, em especial quanto a recidiva do pneumotórax. O prognóstico é influenciado diretamente pelo retardo no diagnóstico e pelo tipo de tratamento escolhido.

PO269 HEMOPTISE E PAQUIPLEURIS

Braz AA, Carraro RM, Costa AN, Fernandes FL, Teixeira LR, Vargas FS HC-INCOR FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Paquipleuris; Hemoptise; Decorticação

Introdução: Hemoptise maciça pode ser causada por artérias sistêmicas não-brônquicas (11-41%). A pleura parietal tem suprimento por artéria sistêmicas não-brônquicas e sabe-se que a inflamação pleural crônica pode desenvolver anastomoses com suprimento sanguíneo parenquimatoso e ser causa de hemoptise. **Objetivos:** Relatar um caso de paquipleuris e hemoptise. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e cirurgia de paciente acompanhado no ambulatório de Pneumologia; revisão da literatura. **Resultados:** Paciente J.Q.S., 59 anos, masculino, branco, natural e procedente de São Paulo, ocupação: laboratório de preparação amostras (USP), exposição a granito/arenita. Apresentou hemoptise 20-30ml/dia há 1 ano, sem outros sintomas. Antecedentes: Ex-tabagista < 5 anos-maço, parou há 10 anos. Infecção pulmonar tratamento longo década de 70 Exames complementares: Radiografia do tórax: opacidade difusa hemitórax E. Tomografia de Tórax: infiltrado alveolar sugestivo de hemorragia alveolar, extensa calcificação pleural esquerda. Broncoscopia: evidência de sangue em árvore brônquica esquerda, sem lesão endobrônquica ou visualização local sangramento. Arteriografia pulmonar: As artérias brônquicas e intercostais que apresentam ramos que se dirigem ao paquipleuris embolizados com partículas álcool polivinílico; o estudo pós-embolização evidencia oclusão das artérias brônquicas e ramos intercostais embolizados. Cintilografia perfusão pulmonar: pulmão esquerdo 6% (base 3%, ápice 3%). Submetido a decorticação pulmonar esquerda, com evidência de coleção – hematoma extenso + áreas de necrose entre calcificação pleural e parênquima pulmonar; e presença de áreas de contato da calcificação pleural com parênquima pulmonar. Evoluiu com resolução quadro de hemoptise após procedimento. **Conclusão:** O suprimento sanguíneo da pleura parietal é realizado por artérias sistêmicas não-brônquicas. Quadros de inflamação pleural crônica originam anastomoses com suprimento sanguíneo parenquimatoso pulmonar. Critério tomográfico para suprimento arterial sistêmico não-brônquico é definido por Espessamento pleural > 3mm associado a vasos sistêmicas na camada gordura extrapleural.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO270 CISTO BRONCÔGENICO MADIASTINAL CAUSANDO BRONQUIECTASIAS

Santana Baracho JD¹, Coelho MAL², Clímaco DCS³, Cavalcanti Lundgren FL⁴, Pinto RV⁵, Apolinário DB⁶, Gandara JMB⁷, Costa AMDN⁸ 1,2,3,4,5,6,8. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil; 7. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Cisto broncogênico; Bronquiectasia; Massa mediastinal

Introdução: Os cistos broncogênicos são lesões de origem congênita, derivados de anormalidades da árvore traqueobrônquica primitiva. São estruturas esféricas, formadas por epitélio ciliado colunar e cujas paredes geralmente contêm cartilagem e glândulas mucosas brônquicas. A maioria é mediastinal, enquanto 15-20% é parenquimatoso. Podem ter localizações atípicas, como a região cervical, pericárdica, abaixo do diafragma, etc. **Objetivos:** Relatar um caso de cisto broncogênico mediastinal causando bronquiectasias. **Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** I.A.S.C, 26 anos, relatava história de infecção respiratória de repetição há 1 ano. Foi prescrito ambulatorialmente esquema I para tuberculose por 6 meses, apesar de baciloscopias negativas, sem melhora. Realizou radiografia de tórax que mostrava opacidade arredondada para-hilar D. Broncoscopia revelou compressão extrínseca em parede posterior-medial de brônquio intermediário, com acúmulo de secreção mucopurulenta. A tomografia de tórax mostrava formação expansiva, de contornos lisos, com atenuação de líquido, medindo cerca de 6,0 x 5,0cm de diâmetros, no mediastino posterior à D, promovendo compressão sobre o brônquio intermediário e doença bronquiectásica no LID. Prescrito antibiótico, com melhora clínica. Foi aventada a possibilidade de cisto broncogênico e realizada cirurgia para ressecção do mesmo. Realizada toracotomia com ressecção completa do cisto, com confirmação histopatológica posterior. **Conclusão:** Anteriormente, achava-se que a maioria dos cistos broncogênicos eram assintomáticos, sendo considerados achados incidentais à radiografia do tórax. Atualmente, a maioria dos cistos são sintomáticos, principalmente nos adultos. Podem provocar febre, tosse, dor e dispnéia. As complicações ocorrem devido compressão das estruturas adjacentes. Infecção é uma complicação comum, especialmente em cistos com comunicações brônquicas. No caso relatado, o paciente apresentava-se com infecções respiratórias de repetição, com bronquiectasias localizadas em lobo inferior direito devido compressão causada pelo cisto mediastinal. O diagnóstico geralmente é iniciado com a Radiografia Simples de tórax, posteriormente, complementado através da Tomografia Computadorizada do Tórax. Apresentam-se como massas esféricas ou ovais, de paredes lisas e geralmente são uniloculares e não-calcificadas. O diagnóstico definitivo só pode ser definido mesmo pela extirpação cirúrgica e pela biópsia tecidual. O tratamento cirúrgico é o tratamento padrão, podendo ser via videotoroscópica ou por toracotomia. A aspiração transtraqueal ou via percutânea pode ocasionar recidiva da doença, sendo preferida a exérese cirúrgica.

PO271 ENDOMETRIOSE PLEURAL – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMOTÓRAX NÃO-TRAUMÁTICO

Valois FM, Llarges CM, Santoro IL, Junior EP, Ferreira RG, Rocha RT, Nakatani J UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hemotórax; Endometriose pleural; Derrame pleural

Introdução: Endometriose é caracterizada pelo crescimento do endométrio fora da cavidade uterina ou do miométrio. Afeta de 5 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. O envolvimento torácico da endometriose é raro, sendo descritos quatro padrões: pneumotórax catamenial, hemotórax catamenial, hemoptise catamenial e nódulos parenquimatosos. **Objetivos:** Relatar caso de endometriose pleural. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** V.C.P., sexo feminino, 35 anos, casada, auxiliar de limpeza, natural e procedente de São Paulo. Procurou o Pronto Atendimento do Hospital São Paulo com queixa de falta de ar aos grandes esforços e tosse seca há 7 dias. Negava sintomas cardiovasculares e febre. Tinha antecedente cirúrgico de hysterossalpingo-ooferectomia bilateral há 3 anos, por endometriose pélvica; usava estrogênio sintético. Negava tabagismo. Ao exame físico apresentava sinais compatíveis com derrame pleural à direita, sem comprometimento de outros órgãos. O radiograma de tórax confirmou derrame pleural à direita. Foi submetida a toracocentese e a biópsia pleural. O líquido pleural revelou: aspecto hemático, 2480 leucócitos/mm³ (50% linfócitos, 36% eosinófilos), 75000 hemácias/mm³, DHL 1080U/l (sérico de 388U/l), proteínas 5,5g/dl (sérico de 7,7g/dl), ADA 43U/l; o anatomopatológico resultou pleurite inespecífica. A tomografia de tórax não evidenciou tromboembolismo ou neoplasia pulmonar. Conforme a segunda biópsia resultasse negativa, indicou-se vídeo-pleuroscopia que evidenciou nódulos escurecidos, de cerca de 3mm no diafragma e pleura parietal. O estudo histopatológico demonstrou hipertrofia glandular em pleura, com glândulas de padrão endometrial, definindo o diagnóstico de Endometriose pleural. Foi orientada a suspensão do estrogênio sintético. A paciente evoluiu estável e assintomática após um ano de acompanhamento. **Conclusão:** A endometriose pleural, embora rara, deve estar entre os diagnósticos diferenciais de hemotórax não-traumático. A fisiopatogenia e a melhor abordagem terapêutica ainda são pontos controversos na literatura.

PO272 PNEUMOMEDIASTINO “ESPONTÂNEO” DEFLAGRADO PELA SUÇÃO DE ÁGUA DE COCO COM UM CANUDO PLÁSTICO

Araújo Teotonio VI¹, Fonseca EM², Marinho MMMAE³, Veloso TVB⁴, Pereira-Silva JL⁵ 1,3,4. Hospital Aliança – Salvador – Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2. Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA, Salvador, BA, Brasil; 5. Hospital Aliança – Salvador – Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Pneumomediastino; Espontâneo; Muller

Introdução: Enfisema de mediastino ou pneumomediastino resulta habitualmente de trauma acidental ou de iatrogenia. Sua fisiopatologia deriva de um gradiente pressórico gerado entre alvéolos e interstício, que culmina com a ruptura de alvéolos e dissecação de ar pela bainha broncovascular em direção ao hilo, com ulterior extravasamento para o mediastino

(efeito Macklin). Frequentemente, o ar acumulado no mediastino pode progredir, em primeira instância, para as partes moles do tórax e da região cérvico-facial e, até mesmo, assumir maior vulto. Na ausência de trauma e de procedimentos médicos invasivos, é dito espontâneo. Apesar de ser considerado primário ou espontâneo, na maioria das vezes é deflagrado por eventos associados à manobra de Valsalva, como acontece com a tosse, vômito, esforços físicos súbitos e intensos, parto, crise grave de asma e realização de espirometria. Enquanto a manobra de Valsalva consiste em um esforço expiratório forçado contra a resistência de uma glote fechada, ou semi-cerrada; a manobra de Muller define o esforço resistivo inspiratório, como acontece com usuários de maconha e de crack. Essa última pode gerar pressões intratorácicas muito baixas, capazes de determinar um gradiente pressórico transmurar suficiente para provocar ruptura de alvéolos. O pneumomediastino espontâneo ocorre habitualmente em adolescentes e adultos jovens, sem doenças subjacentes e aparentemente sem fatores precipitantes. Os principais sintomas são dor retroesternal de aparecimento súbito, por vezes associada a enfisema parietal. Rinolalia, quando presente, decorre de dissecação retrofaríngea e formação de enfisema cervical. Dispnéia e disfagia podem estar presentes. O diagnóstico depende de alto índice de suspeição. Crepitações em partes moles e o sinal de Hamman podem estar presentes. Na fase inicial, pode não haver tradução em radiografias do tórax. A tomografia computadorizada permite o diagnóstico precoce. A possibilidade diagnóstica de perfuração esofágica deve ser afastada. O tratamento consiste em repouso, oxigenioterapia a 100% e analgesia. **Objetivos:** Descrever um caso inusitado de pneumomediastino espontâneo, associado à manobra de Muller, ocorrida durante sucção de água de coco por um canudo plástico. **Métodos:** Descrição de caso. **Resultados:** Masculino, 18 anos. Admitido na emergência com queixa de dor retroesternal súbita e dispnéia, deflagrada por sucção de água de coco, por meio de um canudo plástico. Achava-se levemente dispnéico e com a voz anasalada. Crepitações finas na parede anterior do tórax e região cervical anterior. Realizado tratamento conservador com recuperação plena. **Conclusão:** Pneumomediastino espontâneo é uma entidade frequentemente subdiagnosticada. Sua presença deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor retroesternal aguda, sobretudo quando acomete adolescentes e adultos jovens previamente hígidos. O prognóstico costuma ser bom, com rápida resolução dos sintomas mediante medidas conservadoras.

PO273 TORACOSCOPIA NO TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL EM CRIANÇAS

Engel FC¹, De Campos JRM², Andrade Filho LO³, Macedo M⁴, Meyer KF⁵, Kang DWW⁶, Xavier AM⁷

1,2,3,4,5,6. HIAE, São Paulo, SP, Brasil; 7. AMESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Toracoscopia; Empiema; Crianças

Introdução: Derrames pleurais associados a pneumonia aparecem em cerca de 57% das crianças hospitalizadas com pneumonia bacteriana. Muitos desses derrames melhoram apenas com o tratamento da pneumonia, porém uma parte dessas efusões, principalmente quando contaminadas por bactérias (empiema), necessitam de drenagem para melhor limpeza pleural. A toracoscopia é um excelente método para limpeza e drenagem da cavidade pleural. **Objetivos:** Apresentar resultados obtidos com a toracoscopia no tratamento do empiema pleural em crianças. **Métodos:** De fevereiro de 1983 a julho de 2006, 117 toracoscopias foram realizadas em pacientes com idade de 5 meses a 17 anos de idade (média, 4 anos) no tratamento do empiema pleural. Foram operados utilizando-se o mediastinoscópio de Carlens 54 (46%) ou videotoracoscopia 63 (54%) com anestesia geral e sonda de intubação simples. As indicações para a intervenção cirúrgica foram: derrame pleural com ausência de resposta clínica e radiológica ao tratamento clínico (antibióticos, fisioterapia e toracocentese) ou sepe grave, e derrame pleural loculado (documentado por ultra-sonografia ou tomografia computadorizada do tórax). **Resultados:** Todos os pacientes submetidos a toracoscopia obtiveram uma rápida melhora clínica, a despeito de alguma alteração radiológica residual pleural em alguns casos. O tempo médio de permanência do dreno torácico foi de 9 dias (2 a 33), e tempo de internação hospitalar foi de 16,44 dias (4 a 49). Não houve mortalidade relacionada ao procedimento cirúrgico, mas 33 pacientes (28%) tiveram como complicação fistula aérea prolongada. Em 7 pacientes (6%), houve necessidade de conversão para toracotomia com decorticação pulmonar devido à organização do empiema. **Conclusão:** Não existe consenso para o tratamento do empiema pleural nesta na faixa etária. A terapêutica cirúrgica é geralmente requisitada tardiamente no curso da doença, particularmente quando já existem múltiplas loculações ou quadro séptico grave. A toracoscopia indicada mais precocemente no tratamento do empiema pleural em crianças proporcionou uma melhor resposta à terapêutica clínica, aparentemente reduzindo o índice de morbimortalidade, o tempo de permanência do dreno torácico, o tempo de internação hospitalar, e o tempo de antibioticoterapia.

PO274 TUMOR DE MEDIASTINO CAUSANDO SOPRO AÓRTICO

De Souza EP, Silva RA, Queiroz AC, Ribeiro GF, Cruz LB, Marinho JM
Hospital Santa Izabel-Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Tumor de mediastino; Sopro aórtico; Seminoma

Introdução: Os tumores de mediastinos são na sua maioria assintomáticos e a presença de sintomas é sugestiva de lesões malignas. Os sintomas podem ser sistêmicos, como ocorre com os timomas que podem se apresentar com Miastenia Graves ou aplasia da linhagem vermelha, ou por compressão de estruturas do mediastino. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com seminoma que se apresentou clinicamente com sopro em hemitórax direito e foi investigado inicialmente para estenose de válvula aórtica. **Métodos:** Paciente masculino, 23 anos, pardo, apresentando dor torácica há 20 (vinte) dias da admissão hospitalar, associado à tosse e dispnéia aos esforços habituais. Exame físico pulmonar sem alterações e ausculta cardíaca com sopro sistólico em foco aórtico com irradiação por todo o hemitórax direito e hiperfonese da segunda bulha pulmonar. Paciente foi atendido em unidade básica no interior do estado e encaminhado ao Hospital Santa Izabel, referência em cardiologia,

onde foi submetido à investigação clínico laboratorial. **Resultados:** Ecocardiograma apresenta aumento do ventrículo direito, dilatação do tronco da artéria pulmonar e PSAP estimada em 80mmHg. Não há sinais de estenose de Aorta. Radiografia de Tórax mostra aumento do mediastino médio e superior por massa lobulada (irregular), homogênea e de localização predominante a esquerda da linha média. Tomografia de Tórax apresenta uma tumoração desde mediastino superior até mediastino médio envolvendo e comprimindo a porção ascendente e o cajado da Aorta e também a artéria pulmonar. O paciente foi submetido à biópsia de linfonodo da região supra-clavicular direita cujo anatomopatológico constatou a presença de Seminoma Metastático. **Conclusão:** A apresentação dos tumores de mediastino pode ser muito variável, desde casos assintomáticos descobertos de forma incidental até apresentações como a descrita, com compressão de estruturas adjacentes. A compressão de estruturas vasculares simulando patologias cardíacas ou hipertensão pulmonar tem importância principalmente para o diagnóstico diferencial dessas doenças.

PO275 LINFOMA PRIMÁRIO DE CAVIDADE PLEURAL

Huttner MD, Zille AI, Martins de Castro Junior MA, Bergamin JA, Suárez Halty L
Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Linfoma pleural; Derrame pleural; Imunocompetente

Introdução: Linfoma primário de cavidade pleural é uma entidade rara. Dois tipos de linfoma pleural primário tem sido descritos: linfoma primário de cavidade em pacientes com HIV e o piotórax associado a linfoma pleural naqueles com tuberculose. **Objetivos:** Relatar um caso de linfoma de cavidade pleural primário, sem piotórax e com sorologia negativa para o HIV. **Métodos:** Relato do caso: Paciente feminina, 77 anos, não tabagista com queixas de dispnéia aos pequenos esforços acompanhada de anorexia e astenia. Regular estado geral, emagrecida, eupnéia, sem adenopatias palpáveis e mamas sem alterações, ausculta respiratória com murmúrio vesicular abolido em 2/3 inferiores do hemitórax direito e diminuído no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo. Hemoglobina: 12,9; leucócitos totais: 3000 (linfócitos: 61%; neutrófilos: 35%); VSG 11. TC de tórax mostrando volumoso derrame pleural bilateral, maior à direita, pequeno derrame pericárdico, sem evidências de lesões pulmonares ou linfonomegalias. Realizada toracocentese à direita mostrando líquido pleural amarelo-turvo, sendo um exsudato com predomínio de linfócitos (97%), glicose: 88, pesquisa de BAAR, células neoplásicas e bacteriológico negativos, células LE negativo, triglicerídeos e amilase normais, ADA e PCR para tuberculose negativos. Biópsia pleural com pesquisa direta e cultural de BAAR negativos e ausência de células neoplásicas. Anti-HIV negativo, provas reumáticas, T4 livre, TSH, CEA e ecocardiograma normais. Pleuroscopia à direita sem alterações visíveis, novamente todas as pesquisas do material coletado foram negativas. Houve piora do estado geral, com pronunciado emagrecimento e exacerbação da dispnéia, sendo que o derrame pleural refazia-se rapidamente após toracocentese de alívio. Realizada toracocentese com biópsia pleural à esquerda evidenciando exsudato com predomínio de linfócitos, ausência de BAAR e o exame anatomopatológico revelou pleura parietal com foco de infiltrado mononuclear compatível com linfoma linfocítico. Avaliação hematológica demonstrou que a paciente não apresentava condições clínicas para tratamento quimioterápico. Paciente evoluiu ao óbito em 60 dias por insuficiência respiratória. **Resultados:** Linfoma pleural não de Hodgkin em pacientes imunocompetentes e sem a história de piotórax crônico, com sorologia negativa para HIV é uma patologia extremamente rara. O tratamento segue as mesmas diretrizes oncológicas para tratamento de linfomas de outros sítios, com prognóstico reservado, na maioria das vezes pela dificuldade diagnóstica. **Conclusão:** O caso relatado revela uma apresentação atípica de carcinoma pleural primário.

PO276 ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE DERRAME PLEURAL INTERNADOS NO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Apolinário DB¹, Cavalcanti Lundgren FL², Santana Baracho JD³, Gandara JMB⁴, Costa AMDN⁵, Cabral MM⁶, Barbosa ES⁷, Gonçalves AV⁸
1,2,3,4,5,6,8. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil; 7. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural; Epidemiologia; Etiologia derrame pleural

Introdução: Derrame pleural é um achado muito frequente na clínica diária do pneumologista. Existem poucos dados da literatura nacional sobre a sua etiologia. Esse estudo traz subsídios para traçar um perfil de casos que procuram nosso serviço. **Objetivos:** Analisar os casos de derrame pleural internados na enfermaria da residência médica em pneumologia. **Métodos:** Análises os casos internados para investigação de derrame pleural no período entre janeiro/04 a julho/06 admitidos na enfermaria da residência médica em pneumologia do HOF. Os casos foram selecionados do banco de dados de altas médicas (790 altas em 42 leitos) e colocados em planilha Excel e analisados através do programa Epi-info 3.2.2. **Resultados:** Das 790 altas cadastradas no banco de dados, foram selecionados 99 casos cuja causa do internamento foi derrame pleural. Os casos foram classificados em exsudatos e transudatos segundo os critérios de Light. O diagnóstico foi obtido através de toracocentese com estudo do líquido e biópsia pleural em alguns casos selecionados. A resposta terapêutica também foi considerada critério diagnóstico. Dos casos estudados, 85% eram do sexo masculino (84 casos) e 15% eram do sexo feminino (15 casos). O tempo médio de internamento foi de 35 dias. A idade média dos pacientes foi de 46,8 anos. Entre os 99 casos, foi realizada toracocentese em 54 casos, sendo 98% exsudatos e 2% transudatos. A biópsia pleural foi realizada em 24 casos, fornecendo o diagnóstico em 75% dos casos (3 casos de empiema tuberculoso, 1 caso de linfoma não-Hodgkin, 1 caso de mesotelioma pleural, 3 caso de neoplasia metastática, e em 8 casos de tuberculose pleural). Os diagnósticos etiológicos mais comumente encontrados foram: tuberculose pleural em 23 casos (23,5%), empiema pleural em 15 casos (15,3%), carcinoma metastático em 24 casos (24%), ICC em 13 casos (13,2%), derrame parapneumônico em 10 casos (10,2%), mesotelioma pleural em 1 caso (1%), linfoma não-Hodgkin em 1 caso (1%), abscesso hepático em 1 caso (1%), glomerulopatia (2%), e Tromboembolismo pulmonar em 2 casos (2%). **Conclusão:** O derrame

pleural é uma causa comum de consulta com o pneumologista, tendo correspondido a 15% das causas de internamento hospitalar. A tuberculose pleural foi o diagnóstico mais encontrado. O uso da celularidade do líquido pleural associado ao quadro clínico forneceu o diagnóstico na maioria dos casos. A biópsia de pleura foi diagnóstica em 75% dos casos. Devemos levar em consideração ser o nosso serviço referência em pneumologia, o que pode justificar a pequena incidência (2%) de transudatos. O uso da história clínica, do estudo do líquido pleural e a biópsia de pleura permitem o diagnóstico na grande maioria dos casos de derrame pleural.

PO277 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE IL-8 E VEGF DE COELHOS SUBMETIDOS A PLEURODESE INDUZIDA POR TALCO

Figueiredo VR¹, Vargas FS², Acencio MMP³, Marchi E⁴, Teixeira LR⁵, Genofre EH⁶, Seisento M⁷, Antonangelo L⁸

1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. *Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil;* 7. *Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Citocinas; Pleurodese; Talco

Introdução: Talco tem sido o agente de escolha para a realização de pleurodese. Entretanto, sua segurança tem sido controversa. A insuficiência respiratória é considerada a complicação mais grave e tem sido atribuída à disseminação sistêmica de partículas pequenas de talco. **Objetivos:** Avaliar os níveis séricos de IL-8 e VEGF de coelhos submetidos à injeção intrapleural de talco com diferentes tamanhos de partículas. **Métodos:** Dois grupos de 25 coelhos foram submetidos à injeção intrapleural com talco de partículas pequenas (TP, D50 = 6,4mm) ou talco de partículas de tamanhos diversos (TM, D50 = 21,2mm). Cinco animais foram usados como controle (sem injeção). Níveis séricos de IL-8 e VEGF foram medidos por ELISA às 6, 24, 48, 72 e 96 horas após a instilação de talco. Estatística: ANOVA e t-test. **Resultados:** No grupo TP, os níveis séricos de IL-8 foram maiores que o controle em todos os tempos ($p < 0,05$) com um pico de 48 horas ($p < 0,001$); no grupo TM, os níveis séricos de IL-8 foram também maiores que o controle ($p < 0,05$), mas sem diferença significativa ao longo do tempo. O grupo TP teve níveis maiores de IL-8 às 6, 48 e 96 horas ($p < 0,03$) em comparação ao grupo TM. Níveis séricos de VEGF foram maiores que o controle após 6 horas, sem diferença significativa entre os grupos TP e TM. **Conclusão:** Embora ambas citocinas estivessem com níveis séricos elevados quando comparados ao controle, a expressão de IL-8 foi consistentemente mais alta que a de VEGF, principalmente no grupo TP. Os achados podem refletir a migração de partículas pequenas e sua possível participação na resposta sistêmica à injúria por talco.

PO278 NÍVEIS DE IL-8 E VEGF NO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) DE COELHOS SUBMETIDOS À INJEÇÃO INTRAPLEURAL DE TALCO COM PARTÍCULAS DE DIFERENTES TAMANHOS

Figueiredo VR¹, Vargas FS², Acencio MMP³, Marchi E⁴, Teixeira LR⁵, Genofre EH⁶, Seisento M⁷, Antonangelo L⁸

1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. *Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil;* 7. *Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Citocinas; Pleurodese por talco; Lavado broncoalveolar

Introdução: A insuficiência respiratória aguda é considerada a complicação mais grave na pleurodese induzida por talco. A fisiopatologia ainda não está clara e, provavelmente envolve a resposta inflamatória sistêmica associada a disseminação de partículas de talco. **Objetivos:** Avaliar os níveis de IL-8 e VEGF no lavado broncoalveolar de coelhos submetidos à injeção intrapleural de talco com diferentes tamanhos de partículas. **Métodos:** Cinquenta coelhos receberam injeção de talco (400mg/Kg) no espaço pleural direito. Os coelhos foram divididos em 2 grupos: talco de partículas pequenas (TP, D50 = 6,4mm) e talco de partículas de tamanhos diversos (TM, D50 = 21,2mm) e 5 animais foram usados como controle (sem injeção). Os coelhos foram sacrificados após 6, 24, 48, 72 e 96 horas e foram coletadas amostras de LBA dos pulmões direito e esquerdo e realizadas dosagens de IL-8 e VEGF. Estatísticas: ANOVA e t-test. **Resultados:** Os níveis de IL-8 e VEGF foram significativamente maiores que o controle para o LBA à direita e à esquerda em todos os grupos ($p < 0,05$). Na comparação entre os diferentes tipos de talco, os níveis de IL-8 foram maiores em todos os tempos para TP ($p < 0,05$). Os níveis de IL-8 foram mais altos no LBA à direita comparados à esquerda. Em ambos os lados, os níveis de VEGF atingiram pico em 48 horas no grupo TM e mantiveram-se elevados em todos os tempos no grupo TP. A concentração do VEGF foi maior no LBA à direita comparado à esquerda ($p < 0,05$) em ambos os grupos. **Conclusão:** Níveis maiores de IL-8 e VEGF no LBA de coelhos pós-injeção de talco, sugerem uma participação importante dessas citocinas na resposta inflamatória aguda. O aumento dos níveis de IL-8 no LBA à direita e à esquerda observado no grupo TP indica uma resposta inflamatória exacerbada a este agente, reforçando o papel das partículas de tamanho pequeno na resposta sistêmica ao talco.

PO279 HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO CAUSADO POR TUMOR MEDIAS-TINAL

Westphal FL¹, De Lima LC², Lima Netto JC³, Baraúna SQ⁴, Westphal DC⁵

1, 2, 3, 4. *Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil;* 5. *Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.*

Palavras-chave: Hiperparatireoidismo; Toracotomia; Cintilografia

Introdução: O Hiperparatireoidismo primário é um distúrbio hipercalcêmico que resulta da secreção excessiva de paratormônio (PTH). Ocorre em 0,1% da população adulta, sendo mais comum em mulheres com mais de 50 anos. Em 80% dos casos, é causado por adenoma único da paratireóide, sendo que destes 4 a 10% são causados por paratireóide ectópica. Os principais locais onde encontramos essas glândulas ectópicas são o timo e o mediastino anterior embora raramente observamos ectopia em outros locais como o mediastino posterior e a região submandibular. **Objetivos:** Relatar um caso de hiperparatireoidismo primário

com deformidades esqueléticas causada por adenoma de paratireóide localizado em mediastino posterior, tratado com toracotomia pótero-lateral e ressecção da tumoração. **Métodos:** Relato de caso de paciente atendida pelo Serviço de Cirurgia Torácica do HUGV. **Resultados:** MRA, 72 anos, branca, feminina. Paciente internou no HUGV com história que há 20 anos apresentava manifestações ósseas (dor óssea, fratura traumática) evoluindo há 15 anos com deformidade esquelética, osteoporose; e com manifestações: renais (nefrolitíase, nefrocalcinose); gastrointestinais (epigastralgia, obstipação); neurológicas (mialgia, fraqueza muscular); psiquiátricas (depressão, letargia, confusão mental). Ao exame apresentava deformidades em membros superiores e inferiores (tíbia em sabre) EXAMES SUBSIDIÁRIOS: calcemia 1,75mg/dL; fósforo sérico 2,4mg/dL; calciúria 71mg/24h; fosfatúria 102mg/24h; fosfatase alcalina 284UI/ml; PTH 300ucg, TSH 1,68; T4 livre 10,6; T3 1,06 (VR 1-2,5). Rx Crânio: lesões em "sal e pimenta", Rx de ombro, mão e pernas - reabsorção óssea subperiosteal na porção distal da clavícula e nas falanges distais das mãos, tumores marrons no ombro e na perna; calcificações de partes moles, desmineralização óssea difusa, tíbias em forma de sabre com múltiplas fraturas Rx de abdome: nefrocalcinose, Rx de tórax - alargamento do mediastino. Não apresentava alterações no ultra-som cervical. TAC de abdome superior: Hidronefrose com cálculo coraliforme em rim esquerdo. TAC de tórax - Tumoração em mediastino posterior sendo observado plano de clivagem com outras estruturas mediastinais. Cintilografia da paratireóide com 99mTc-Sestamibi evidenciou paratireóide ectópica hipercaptante em terço superior de hemitórax direito. Realizado pelo Serviço de Cirurgia Torácica do HUGV toracotomia pótero-lateral direita com ressecção de tumoração no mediastino posterior que teve como resultado após análise histopatológica de adenoma de paratireóide. **Conclusão:** Nos tumores mediastinais que cursam com hiperparatireoidismo primário é essencial a localização exata da lesão, pois o planejamento cirúrgico é essencial para o sucesso do tratamento, e para isso o exame de escolha é a Cintilografia da paratireóide com 99mTc-Sestamibi, que na maioria das vezes indica a localização precisa da lesão.

PO280 IMPORTÂNCIA DO INTERFERON-GAMA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PLEURAL EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL LINFOCÍTICO E ALTOS NÍVEIS DE ADENOSINA DEAMINASE

Antonangelo L, Vargas FS, Acencio MMP, Teixeira LR, Sales RKB, Figueiredo VR, Marchi E, Seisento M

Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: IFN-gama; Derrame pleural; Tuberculose

Introdução: IFN-gama e ADA são dois marcadores laboratoriais no diagnóstico de tuberculose pleural. Entretanto, determinadas condições clínicas podem elevar esses marcadores, principalmente a ADA, confundindo o diagnóstico etiológico do derrame pleural. **Objetivos:** Avaliar o papel do IFN-gama no diagnóstico de tuberculose pleural em pacientes com derrame pleural linfocítico e níveis elevados de ADA no líquido pleural. **Métodos:** Quinze pacientes com derrame pleural linfocítico que apresentavam ADA > 40,0U/L (método de Giusti modificado) no líquido pleural foram selecionados para compor a amostra. Destes, 7 correspondiam a casos de tuberculose pleural e 8 de exsudatos pleurais de outras etiologias. IFN-gama foi quantificado em todas as amostras (ELISA) e os resultados expressos em pg/mL. Análise estatística: t-test, com significância estatística para $p < 0,05$. **Resultados:** Os resultados de ADA e IFN-gama foram expressos como média \pm desvio padrão. Observou-se níveis significativamente maiores de IFN-gama no líquido pleural de pacientes com tuberculose quando comparados aos do grupo não tuberculose ($p < 0,001$). Utilizando um valor de corte de 15,0 pg/mL para o IFN-gama, todos os pacientes foram corretamente classificados (tuberculose ou não-tuberculose).

	Tuberculose	Não-Tuberculose	p
ADA	99,8 +/- 38,5	122,2 +/- 91,8	0,561
IFN-gama	331,9 +/- 339,4	5,9 +/- 3,8	<0,001

Conclusão: IFN-gama foi capaz de discriminar tuberculose das outras causas de derrame pleural linfocítico e ADA elevada. Importância Clínica: Apesar da importância da ADA para o diagnóstico de tuberculose pleural, sua utilização apresenta algumas limitações, principalmente quando consideramos as doenças linfoproliferativas e aquelas com estimulação de linfócitos T. Nestas situações, a associação com o IFN-gama pode conduzir ao diagnóstico etiológico correto.

PO281 RELATO DE UM CASO DE CRIPTOCOCOSE PLEURAL LOCALIZADA EM PACIENTE COM HIV

Benthien F¹, Kohler R², Meyer ME³, Waltrick R⁴, Tavares MM⁵, Colferai DR⁶, Rodrigues RP⁷
1, 3, 4. *Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil;* 2, 5, 6. *Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil;* 7. *Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.*

Palavras-chave: Criptococose; Derrame pleural; SIDA

Introdução: Embora a criptococose seja a doença fúngica mais comum no paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a apresentação como forma de derrame pleural sem presença de infiltrado pulmonar ou disseminação para o sistema nervoso central é pouco evidente. **Objetivos:** Relatar um caso de criptococose pleural isolada. **Métodos:** Revisão de prontuário e revisão da literatura na base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente masculino de 33 anos com SIDA em tratamento irregular e quadro de insuficiência cardíaca (ICC) por miocardiopatia alcoólica chega a emergência relatando dispnéia aos mínimos esforços, ortopnéia e tosse com escarro amarelado com raia de sangue associado a sudorese noturna de início há 7 dias. Ausculta na chegada mostrava MV reduzido em hemitórax direito e crepitações telespiratórias bi-basais. Rx com aumento da área cardíaca e derrame pleural bilateral maior a direita. Após melhora do quadro de ICC permaneceu com febre e derrame pleural esquerdo. Toracocentese com análise do líquido mostrou exsudato linfocítico com 60% de neutrófilos e 40% de linfócitos. Biópsia de pleura mostrou processo

inflamatório não-granulomatoso com presença de leveduras sugestivas de criptococos. Análise do líquido céfalo-raquidiano foi negativa. A contagem de CD4 mostrou-se em torno de 150 cels/mm. O paciente teve boa evolução após uso de Fluconazol com melhora clínico radiológica. **Conclusão:** Ainda que incomum a criptococose pode apresentar-se como doença localizada em paciente com HIV e imunidade intermediária. A ausência de acometimento do sistema nervoso central e a cardiotoxicidade da anfotericina justifica o uso de fluconazol nestes casos.

P0282 INTERFERON-GAMA E ADENOSINA DEAMINASE NO LAVADO BRONCOALVEOLAR DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR E BACILOSCOPIA DE ESCARRO NEGATIVA

Antonangelo L, Vargas FS, Ancio MMP, Teixeira LR, Sales RKB, Figueiredo VR, Marchi E, Seisento M

Disciplina de Pneumologia – INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Interferon gama; Lavado broncoalveolar; Tuberculose

Introdução: A presença de BAAR no escarro pode diagnosticar cerca de 60% dos casos de tuberculose pulmonar. Entretanto, frequentemente se faz necessária a associação de métodos diagnósticos naqueles pacientes com evidências clínicas e radiológicas da doença e baciloscopia negativa de escarro. **Objetivos:** Avaliar a contribuição do IFN- γ e da ADA no diagnóstico de tuberculose em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com tuberculose pulmonar que apresentavam baciloscopia e cultura negativas de escarro. **Métodos:** Amostras de LBA obtidas de 18 pacientes com tuberculose pulmonar, de 8 pacientes com outras doenças pulmonares e de 5 indivíduos saudáveis (controle) foram avaliadas para: contagem celular ((total e diferencial), IFN- γ (Elisa) e ADA (método de Giusti). Estatística: ANOVA e correlação de Pearson. Significância estatística para $p < 0.05$. **Resultados:** Os resultados (média \pm desvio padrão) estão demonstrados na tabela abaixo.

	Tuberculose	Não-Tuberculose	Controle	p
IFN-gama	28,7 +/- 26,1	17,2 +/- 11,9	3,9 +/- 0,0*	0,032
ADA	2,6 +/- 4,4	1,5 +/- 1,7	1,7 +/- 1,6	0,776
Linfócitos	251,4 +/- 629,3*	24,4 +/- 25,2	24,1 +/- 21,5	0,017

Na tuberculose, o IFN- γ e a ADA foram correlacionados ($R = 0,63$; $p = 0,039$), assim como, IFN- γ e linfócitos ($R = 0,60$ e $p = 0,034$) e ADA e linfócitos ($R = 0,97$; $p < 0,001$). **Conclusão:** Embora o IFN- γ e a ADA na LBA foram significativamente mais elevados na tuberculose que no controle, estes parâmetros não foram capazes de diferenciar tuberculose das outras doenças pulmonares. Entretanto, na tuberculose, esses parâmetros foram correlacionados com o número total de linfócitos.

P0283 TERATOMA MADIASTINAL: RELATO DE CASO

Bagatin TM, Rarpinski D, De Souza RORR, Castilho CEA, Noceti OA, Soltoski PR, Boscardim PCB, Loures DRR

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Tumor; Mediastino; Teratoma

Introdução: O teratoma é o mais comum dos tumores de células germinativas encontrado no mediastino, pode ser cístico ou sólido, contendo todos os derivados de células germinativas, apesar da predominância de elementos ectodérmicos. Estes tumores ocorrem em todas as idades, predominando em adultos jovens, e cerca de 80% são benignos. Os sintomas mais frequentes são dor, tosse ou dispnéia, podendo também ser assintomáticos. As lesões benignas podem ser curadas com ressecção cirúrgica, enquanto as malignas apresentam prognóstico sombrio. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente encaminhada ao serviço de cirurgia torácica e cardiovascular, após achado incidental de massa em mediastino anterior. **Métodos:** Revisão do caso e de literatura. **Resultados:** Paciente feminina, de 25 anos, foi encaminhada ao nosso serviço para investigação de imagem em mediastino anterior, evidenciada em radiografia de tórax para exame pré-admissional. Esta não relatava qualquer sintoma local ou constitucional. Tomografia de tórax evidenciou uma massa de aspecto cístico com septos e foco de calcificação no mediastino anterior a direita. A paciente foi submetida a toracotomia ântero-lateral direita, com excisão total do tumor e do timo, que constituía uma massa bocelada, com limites e aderida ao pericárdio. Foi necessária pericardiectomia anterior, com reconstrução utilizando-se "patch" de pericárdio bovino. O diagnóstico histopatológico foi de teratoma cístico maduro com reação xantomatosa extensa. A paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. **Conclusão:** Os tumores de mediastino apresentam as mais diversas origens, e devem ser investigados mesmo em pacientes assintomáticos, visto o bom prognóstico de lesões benignas e a necessidade de tratamento precoce das lesões malignas.

P0284 RELATO DE UM CASO DE DERRAME PLEURAL ESQUERDO VOLUMOSO ISOLADO ASSOCIADO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Benthien F¹, Campagnaro G², Meyer ME³, Olinger AF⁴, José SFA⁵, Rodrigues RP⁶
1,2,3,4. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 5,6. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Derrame pleural; Volumoso; Insuficiência cardíaca

Introdução: O derrame pleural pode ser uma manifestação de doenças sistêmicas, como a insuficiência cardíaca e a síndrome nefrótica, ou de doenças inflamatórias da pleura, como as infecções e as neoplasias. Na insuficiência cardíaca, o derrame é um transudato, com baixa celularidade, baixa densidade, baixa glicose e proteína. Ele apresenta-se de certa maneira bilateral e em alguns casos com derrame a direita. Apresentação de transudato a esquerda causado por IC não é relatada. **Objetivos:** Relatar um caso de derrame pleural esquerdo volumoso transudativo em paciente com ICC. **Métodos:** Revisão de prontuário e da literatura na base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente feminino de 62 anos com

história de atropelamento há 6 meses interna com quadro de insuficiência respiratória com velamento completo do hemitórax esquerdo. Interação prévia por mesma causa há 4 meses atrás sendo avaliada com toracocentese de alívio e análise do líquido mostrando transudato. Após interação confirmou-se após no análise que permanecia líquido amarelo-citrino com nível baixo de proteínas e ldh compatível com transudato a esclarecer. Na avaliação níveis albumina e enzimas pancreáticas normais. Paciente hipertensa em uso irregular de anti-hipertensivos avaliada com ecocardiografia mostrando estenose mitral moderada e hipocinesia de ventrículo esquerdo. Na análise da TC de tórax mostrava diminuição volume pulmonar esquerdo associado ao derrame pleural, sem imagem que sugerisse compressão linfática. Paciente mantinha decúbito lateral esquerdo contínuo por lesão em região partes moles de quadril a direita oriunda do trauma ocorrido nos últimos 6 meses. **Conclusão:** A presença de transudato esquerdo isolado pode ocorrer em casos de tromboembolia pulmonar ou em compressões linfáticas em mediastino. O derrame pleural transudativo volumoso a esquerda é extremamente raro e não há relato de casos na literatura para esta entidade. Apenas uma ICC descompensada em paciente que permanece durante todo o seu tempo em decúbito lateral esquerdo pode explicar esta associação. O aumento da pressão hidrostática no pulmão ao lado do decúbito explica a formação desta ocorrência.

P0285 CISTICERCOSE PLEURAL: RELATO DE CASO

Melo Matos I¹, Sampaio Viana CM², Penha Uchoa Sales M³, Jatari I⁴

1,2,4. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Cisticercose; Espessamento pleural; Pleuroscopia

Introdução: A cisticercose é a infecção tecidual humana pelas formas císticas intermediárias da taenia solium, a tênia do porco. Apesar de frequentemente estar associada a lesões cerebrais, pode apresentar-se isoladamente. **Objetivos:** Relatar caso raro de cisticercose com acometimento pleural isolado. **Métodos:** M.L.C.T., feminina, 56 anos, natural de pentecostes, procedente de Fortaleza. **Resultados:** Há 1 ano com queixas de dispnéia leve, mesmo em repouso, negando outras queixas clínicas. Fumou cerca 40 maços/ano, tendo parado há 1 ano. Refere uso frequente de carne de porco. Nega patologias prévias. Exames físico e laboratoriais sem alterações. RX de tórax demonstrou imagem nodular justa-pleural em terço superior hemitórax direito. TC de tórax revelou lesão nodular subpleural superior direita e opacidade irregular, de aparência cicatricial em lobo superior direito com espessamento pleural. Broncoscopia normal; TC de crânio normal. Indicado pleuroscopia, que evidenciou lesão pleural, de aparência cística, sendo biopsiada. A histopatologia mostrou presença de cisticercos e pleurite inespecífica associada, sendo diagnosticado cisticercose pleural. A paciente foi submetida a tratamento com albendazol na dose de 15mg/kg de peso por 21 dias. Exame tomográfico repetido após tratamento demonstrou reabsorção da imagem nodular pleural e persistência da imagem que sugeria processo cicatricial. **Conclusão:** Descrevemos o caso de cisticercose humana, de apresentação rara, acometimento pleural, cujo diagnóstico foi obtido através de biópsia por pleuroscopia.

CÂNCER DE PULMÃO

P0286 CARCINOSSARCOMA DE PULMÃO

Ybáñez RA, Jamnik S, Uehara C, Santoro IL, Silva VV, Borges EL
Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Carcinossarcoma; Pulmão; Tumor misto

Introdução: O carcinossarcoma de pulmão é uma neoplasia rara que corresponde de 0,1 a 0,3% de todos os tumores de pulmão. Trata-se de um tumor maligno misto, com componentes carcinomatoso (epitelial) e mesenquimatoso maligno. Predomina em homens de 40 a 70 anos de idade e em grandes tabagistas. Existem duas apresentações: a endobrônquica, de padrão polipóide, crescimento lento e bom prognóstico devido ao quadro clínico e tratamento precoces, e, a periférica, que cursa de forma oligossintomática e apresenta grande massa necrótica localmente invasiva, metástases precoces e pior prognóstico devido ao diagnóstico tardio. O quadro clínico depende da apresentação, e em geral cursa com dispnéia, fadiga e febre baixa. O diagnóstico é confirmado através de microscopia eletrônica e imunohistoquímica, com o uso de anticorpos monoclonais. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica total. O prognóstico é desfavorável. Apesar da ressecção completa e da terapia adjuvante com quimioterapia (QT) e até radioterapia (ambas sem papel estabelecido), a sobrevida em 2 anos é de 10% e, em 5 anos, de 6%. As causas de morte incluem recidiva local do componente sarcomatoso e metástases à distância de ambos os componentes (estas em até 40%). **Objetivos:** Apresentar um caso de carcinossarcoma de pulmão, neoplasia extremamente rara e sem relatos de casos prévios no Brasil. **Métodos:** Caso clínico. **Resultados:** Homem, 64 anos, ex-tabagista 100 anos-maços (parou há 6 meses), com tosse produtiva matinal e expectoração clara, acompanhada de dispnéia aos grandes esforços há 10 anos. Há 2 meses evoluiu com febre baixa quase diária, sudorese noturna, adinamia, anorexia e emagrecimento de 6kg. Exame físico: bom estado geral, eufônico, com roncacos difusos à ausculta pulmonar. RX de tórax: massa em lobo inferior esquerdo (LIE). TC de tórax: massa de limites irregulares em LIE e enfisema. Broncoscopia e biópsia transbrônquica: bronquite crônica. Lavado broncoalveolar: negativo para células neoplásicas. Pesquisa de BAAR: negativa. Realizada lobectomia inferior esquerda e esvaziamento linfonodal mediastinal. Anatomopatológico: tumoração esbranquiçada medindo 8,0 x 8,5cm, cavitada, constituída por neoplasia mista de alto grau e extensas áreas de necrose, sugestivo de carcinossarcoma. Imunohistoquímica: vimentina positiva nas áreas sarcomatóides e, AE1, AE2 e CK7 positivos nas áreas com carcinoma escamoso, confirmando o diagnóstico de carcinossarcoma. Estadiamento: T2 N0 M0, estágio IB. Realizada QT adjuvante com Doxirubicina e Ifosfamida, conforme sugere a literatura. **Conclusão:** Trata-se do relato de uma neoplasia rara, cujo diagnóstico exige análise imunohistoquímica e cuja sobrevida em 5 anos é de 6%, segundo revisão da literatura. Contudo, esses valores não são exatos por falta

de comparações por estadiamento. Apesar da apresentação periférica, o diagnóstico não foi tardio e não houve invasão local ou disseminação linfática e/ou hematogênica. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

PO287 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DOS DIFERENTES TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÂNCER DE PULMÃO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ONCOLOGIA PULMONAR

Gambero NM, Izbicki M, Uehara C, Santoro IL, Silva VV, Jamnik S
UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tipo histológico; Prevalência

Introdução: O câncer de pulmão foi considerado a epidemia do século XX e provavelmente continuará sendo neste século. O fumo é responsável por 90-95% dos casos. **Objetivos:** Descobrir a distribuição dos tipos histológicos de câncer de pulmão de um centro de referência em oncologia pulmonar. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 824 pacientes com câncer de pulmão. Esses pacientes faziam parte de um grupo em acompanhamento no Ambulatório de Onco-pneumologia da Disciplina de Pneumologia da Unifesp de 1986 até 2004. Analisou-se a distribuição dos diferentes tipos histológicos de acordo com a presença ou ausência do tabagismo e conforme o sexo. **Resultados:** A amostra foi composta de 701 (85%) fumantes e 123 (15%) não fumantes. Destes 608 (74%) eram homens e 216 (26%) mulheres. 556 (91%) dos homens e 145 (67%) das mulheres eram tabagistas. As seguintes proporções foram obtidas quanto ao tipo histológico: 360 (43,7%) de CEC, 276 (33,5%) de ADENO, 97 (11,8%) de PC, 81 (9,8%) de OUTROS e 10 (1,2%) de GC. A tabela 1 apresenta os resultados após divisão do grupo entre fumantes e não fumantes. As tabelas 2 e 3 mostram os dados após divisão do grupo entre mulheres e homens. Tabela 1- Prevalência dos diferentes tipos histológicos de câncer de pulmão em fumantes e não fumantes. FUMANTES NÃO FUMANTES CEC 329 (47%) 31 (25%) ADENO 212 (30%) 64 (52%) PC 89 (12%) 8 (6,5%) GC 9 (1,2%) 1 (0,8%) OUTROS 62 (8%) 19 (15%) TOTAL 701 123 Tabela 2- Prevalência dos diferentes tipos histológicos de câncer de pulmão em mulheres fumantes e não fumantes. FUMANTES NÃO FUMANTES CEC 52 (36%) 16 (22%) ADENO 57 (39%) 45 (63%) PC 17 (11%) 6 (8%) GC 2 (1%) 0 OUTROS 17 (11%) 4 (6%) TOTAL 145 71 Tabela 3- Prevalência dos diferentes tipos histológicos de câncer de pulmão em homens fumantes e não fumantes. FUMANTES NÃO FUMANTES CEC 277 (50%) 15 (29%) ADENO 155 (28%) 19 (36%) PC 72 (13%) 2 (4%) GC 7 (1%) 1 (2%) OUTROS 45 (8%) 15 (29%) TOTAL 556 52. **Conclusão:** Observou-se uma maior proporção de CEC e ADENO tanto em fumantes quanto em não fumantes, havendo um predomínio de ADENO nestes e de CEC naqueles. A proporção de PC foi maior em fumantes já a de OUTROS foi maior em não fumantes. As conclusões acima também são válidas quando se analisa isoladamente o grupo masculino. Entre as mulheres, também houve um predomínio de CEC e ADENO tanto em fumantes como em não fumantes, sendo que nas últimas a proporção de ADENO foi maior. Da mesma forma, a proporção de PC foi maior entre as fumantes. Diferentemente do que ocorreu com os homens, as mulheres fumantes apresentaram uma proporção semelhante de CEC e de ADENO. Houve, em contraste com o grupo masculino, uma proporção maior de OUTROS nas fumantes.

PO288 ANGIOSSARCOMA ENDOTELIAL PULMONAR – RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Fernandes AF, Frare e Silva RL, Scussato DL, Takahashi L
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Angiossarcoma endotelial; Pulmão; Diagnóstico e tratamento

Introdução: Sarcomas pulmonares primários são tumores raros, acometendo cerca de 0,013 a 0,4% dos tumores malignos pulmonares, predominando em mulheres com idade média de 48 anos. Angiossarcoma endotelial responde por cerca de 1 a 2% dos sarcomas, ocorrendo o acometimento pulmonar em cerca de 7% dos casos. **Objetivos:** Relatar um caso raro de neoplasia pulmonar com histologia evidenciando angiossarcoma endotelial pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de um paciente masculino de 23 anos, com história de 15 dias com tosse seca com piora progressiva evoluindo com dor torácica, dispnéia, hemoptise e emagrecimento de 4kg. Ao exame físico apresentava diminuição de auscultação pulmonar em base de hemitórax esquerdo. Hemograma sem alterações significativas, VHS = 43. PPD = negativo, BAAR e Micológico no escarro negativos. Gasometria arterial com PO₂ = 60 e SatO₂ = 93%. Rx de tórax demonstrou presença de múltiplas lesões nodulares disseminadas em ambos pulmões e derrame pleural esquerdo. Tomografia de tórax demonstrou a presença de lesões pulmonares bilaterais caracterizadas pela presença de nódulos mal delimitados com halo de atenuação em vidro fosco esparsos, presença de derrame e espessamento pleural esquerdo, além de linfonodos mediastinais. Toracocentese com presença de líquido sero-sanguinolento exsudativo, com identificação de 5000 leucócitos (85% linfócitos) e citologia oncológica negativa. β-HCG = 26 e α-feto-proteína = 0,825. Fibrobroncoscopia com presença de lesão vegetante em árvore brônquica direita localizada em subsegmento anterior de lobo inferior de aspecto macio, friável e compressão extrínseca em brônquios de lobo inferior esquerdo. LBA com presença de 50 leucócitos (59% de macrófagos), Gram, Micológico e BAAR negativos. Biópsia da lesão endobrônquica demonstrou neoplasia maligna pouco diferenciada. Imunohistoquímica identificou angiossarcoma endotelial. Tomografia crânio, abdome e pelve e cintilografia óssea sem sinais de metástase. Estádio clínico IV (G3/N1/T2/M0). Encaminhado para quimioterapia (QT). **Conclusão:** Os sarcomas são neoplasias pulmonares raras, sendo raro também o seu subtipo, o angiossarcoma. O acometimento pulmonar, neste caso, é com maior frequência metastático, sendo também rara a forma primária. O quadro clínico é semelhante às demais neoplasias, os exames de imagem mostram geralmente lesões pulmonares difusas, sendo o diagnóstico firmado apenas com o estudo histopatológico. O tratamento depende do estágio clínico (EC) da neoplasia, sendo o EC IV tem indicação apenas de QT paliativa. O prognóstico é extremamente ruim, 9 meses, em média, após o diagnóstico.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 322

PO289 CÂNCER DE PULMÃO: HISTOLOGIA, ESTÁDIO, TRATAMENTO E SOBREVIVÊNCIA NO HC DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Cataneo AJM¹, Cataneo DC², Novaes FT³, Baida RL⁴, Ruiz Jr RL⁵, Defaveri J⁶, Michelin OC⁷ 1,2,5,6,7. Grupo Multidisciplinar do Estudo do Câncer de Pulmão do HC – FMB – UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 4. Residência em Cirurgia Torácica do HC – FMB – UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares; Carcinoma pulmonar de células não pequenas; Carcinoma de células pequenas

Introdução: O câncer de pulmão, doença rara no início do século XX, tornou-se um dos tumores malignos mais freqüentes em todo o mundo, correspondendo atualmente à neoplasia com maior índice de mortalidade em alguns países. **Objetivos:** Analisar os principais tipos histológicos, estágio, tratamento e sobrevida dos portadores de carcinoma brônquico. **Métodos:** Estudo retrospectivo a partir da análise dos prontuários de pacientes com câncer de pulmão atendidos pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMB – UNESP, num período de 6 anos. **Resultados:** De janeiro de 2000 a janeiro de 2006, foram diagnosticados 240 casos, sendo 154 (64%) do sexo masculino. O tipo histológico de maior incidência foi o carcinoma epidermóide, com 90 casos (37,5%), seguido do adenocarcinoma (30,0%), carcinoma neuroendócrino (19,6%) e carcinoma de grandes células (6,6%). Apenas 131 (54,6%) realizaram algum tipo de tratamento para combate ao tumor nesta instituição; destes, 34,4% encontravam-se no estágio IV, 20,6% no estágio IIIB, 16,8% no estágio IIIA e os outros 28,2% pertenciam aos estádios I e II, sendo que 52 (39,7%) foram submetidos à quimioterapia (Qt) exclusiva, 32 (24,4%) realizaram Qt associada à radioterapia (Rt) e 47 (35,9%) foram submetidos à cirurgia associada ou não à Qt e/ou Rt neoadjuvante/adjuvante. Somente 27 pacientes (20,6%) foram submetidos à cirurgia exclusiva. A sobrevida em 5 anos dos primeiros 90 pacientes foi de 30%. **Conclusão:** O tipo histológico predominante foi o CEC e, o de menor freqüência, o carcinoma de grandes células. A maioria encontrava-se em estágio avançado ao diagnóstico, estando nos estádios iniciais menos de 30% dos casos, o que justifica a pequena quantidade de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo, sendo a maioria submetida à Qt.

PO290 METÁSTASE INTRA-OCULAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA DE PULMÃO - RELATO DE CASO

Fonseca Oliveira RJ, Junior EP, Rick FM, Borges EL, Silva VV, Jamnik S, Santoro IL, Uehara C
UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasia de pulmão; Metástase intra-ocular; Adulto jovem

Introdução: Os locais mais comuns de metástases em pacientes com neoplasia de pulmão são: Cérebro, ossos, supra-renais e fígado. Outros locais como olho, são incomuns. Já a maioria das metástases intra-oculares são provenientes da mama e do pulmão. As metástases intra-oculares geralmente envolve a vasculatura (coróide), podendo abranger outras estruturas como a íris, corpo ciliar, nervo óptico e vítreo. **Objetivos:** Relatar o surgimento de metástase intra-ocular como primeira manifestação de Adenocarcinoma de Pulmão. **Métodos:** Relato de caso clínico. **Resultados:** HTS, masculino, 27a, leucoderma, comerciante, natural de Fortaleza/CE e procedente de São Paulo/SP QP: "perda da visão em olho direito há 3 meses" HDA: Paciente relata que há 3 meses apresentou diminuição da acuidade visual do olho direito em um período de 2 dias associado a quadro de tosse seca, hemoptise leve e dispnéia aos grandes esforços, iniciado 01 semana após este episódio. Menciona perda ponderal de 4kg em 3 meses. Nega febre. Procurou assistência médica oftalmológica onde se diagnosticou lesão em coróide direita sugestiva de metástase sendo encaminhado para investigação diagnóstica. Antecedentes: asma na infância HV: nega tabagismo Realizou radiografia de tórax e posteriormente Tomografia Computadorizada de tórax que mostrou massa mediastinal comprimindo brônquio principal direito com áreas de atelectasia. Broncoscopia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado com áreas papilares e algumas de aspecto pseudo acinar. **Conclusão:** A metástase de Neoplasia Pulmonar para olho é incomum, geralmente é mais freqüente os subtipos histológicos Adenocarcinoma e Carcinoma de células pequenas. A sua ocorrência em paciente jovem e como primeira manifestação da doença é rara. Deve-se sempre pesquisar a neoplasia de pulmão em pacientes com queixa de perda de acuidade visual e lesão sugestiva de metástase observada durante o exame de fundo de olho.

PO291 APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS COMO MASSA PULMONAR PERIFÉRICA

De Azevedo Oliveira LP, Bernardeli G, Vianna CAM, Pereira DB
Samer Hospital, Resende, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma de pequenas células; Lesão pulmonar periférica; Massa pulmonar periférica

Introdução: O carcinoma de pequenas células representa 20 a 30% das neoplasias pulmonares. Tipicamente apresenta-se em localização central, e em menos de 5% dos casos surge na periferia pulmonar sem relação direta com uma via aérea. **Objetivos:** Relatar um caso de carcinoma de pequenas células que se apresenta como massa pulmonar de localização periférica. **Métodos:** Relato do caso: Paciente de 36 anos, sexo masculino, motorista, natural e procedente do estado do Rio de Janeiro, tabagista 20 anos-maço, referia há 2 dias dor tipo pleurítica na região póstero-inferior do hemitórax direito (HTD), associada a tosse com expectoração amarela. Exame Físico: regular estado geral, sinais vitais normais, corado, sem linfonodomegalias palpáveis; AResp: estertores crepitantes na região póstero-inferior do HTD; ACV, abundante, extremidades, e exame neurológico sem anormalidades. RX tórax: opacidade arredondada no segmento basal-posterior do HTD. TC de tórax: lesão de cerca de 5cm de diâmetro de contornos regulares e limites definidos, densidade heterogênea, predominantemente hipodensa, na topografia do segmento basal-posterior direito, em contato com a pleu-

ra, que se mostrava espessada e com tênues calcificações. Havia ainda discreta opacidade em vidro despolido no parênquima pulmonar adjacente. Mediastino sem anormalidades. O paciente foi submetido a toracotomia póstero-lateral, sendo realizada segmentectomia atípica e pleurectomia parietal. Foi observada massa firmemente aderida e infiltrando a pleura diafragmática, de coloração amarelo-acastanhada e consistência amolecida. **Resultados:** O exame anatomopatológico evidenciou pleura parietal apresentando congestão vascular, e massa com achados compatíveis com carcinoma de pequenas células, confirmado por estudo imunohistoquímico. **Conclusão:** O carcinoma de pequenas células como diagnóstico diferencial das lesões pulmonares periféricas deve ter confirmação com adequado estudo histológico e imunohistoquímico, dada a raridade de sua ocorrência nesta forma de localização.

PO292 CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS NA SÍNDROME DE PANCOAST

E Silva JF, Frota RSC, Abreu RB, Silva NGME, Segura JC, Barbosa MP, Viegas CL

Hospital de Base – DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tumor de Pancoast; Relato de caso

Introdução: A síndrome de Pancoast é definida por sinais e sintomas caracterizados pelo acometimento neoplásico do plexo braquial, pleura parietal, 1º e 2º arcos costais, corpos vertebrais, cadeia simpática paravertebral e gânglio estrelado, devido a tumor inserido em sulco superior do tórax. Clinicamente pode manifestar-se por dor no ombro e região dorsal, parestesia, fraqueza muscular e atrofia de membro superior ipsilateral e síndrome de Claude-Bernard-Horner. O estudo radiológico é imprescindível. A frequência de carcinoma de pequenas células causando esta síndrome é pouco relatada na literatura. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com síndrome de Pancoast devido a carcinoma de pequenas células. **Métodos:** Revisão de prontuário. Revisão da literatura. Discussão do caso. **Resultados:** Homem de 74 anos, branco, admitido com queixa de dor torácica à direita iniciada há dois meses da internação, ventilatório dependente, com dispnéia leve, piorada ao esforço e de cúbite dorsal, associada à tosse com expectoração esbranquiçada. Exames de imagem evidenciaram massa de limites regulares em sulco superior direito. Evoluiu na internação com parestesia em região axilar e dor em região escapular direitas sem déficit de força no membro correspondente. Foi submetido à biópsia pulmonar guiada por TC, com estudo histopatológico revelando um carcinoma de pequenas células. O paciente foi submetido a radioterapia local com melhora dos sintomas. **Conclusão:** O carcinoma de pequenas células de sulco superior, embora pouco freqüente, deve ser sempre lembrado no diagnóstico diferencial de tumores do sulco superior do tórax.

PO293 BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO SIMULANDO NEOPLASIA DE PULMÃO: RELATO DE CASO

D'Aquino LC¹, Cardoso D², Ferreira JM³, Schwingell FL⁴, Junior AS⁵, Junior HF⁶, Neto VDA⁷, Tonal CC⁸

1,2,3,4,5. Serviço de Pneumologia, Joinville, SC, Brasil; 6. Departamento de Patologia, Joinville, SC, Brasil; 7. UFPR, Curitiba, PR, Brasil; 8. PUC, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: BOOP; Simulando; Câncer

Introdução: Bronquiolite Obliterante com Pneumonia em Organização (BOOP) mais recentemente chamada de Pneumonia em organização criptogênica (COP) é uma condição caracterizada pela presença de tecido de granulação polipóide na luz do bronquíolo e ductos alveolares usualmente associado com infiltração do espaço aéreo e interstício por células mononucleares e macrófagos. Esta doença tem uma associação reconhecida com a artrite reumatóide, reação a drogas, infecção pelo HIV, radiação e colite ulcerativa, porém a maioria dos casos são de etiologia idiopática. A imagem ao RX e TCAR tem sido bem descritas. A radiografia de tórax costuma mostrar infiltrados alveolares bilaterais de distribuição heterogênea freqüentemente com um comportamento migratório quando várias radiografias são feitas. A TCAR mostra um padrão em "vidro fosco", áreas de consolidação alveolar de distribuição heterogênea, as quais são freqüentemente subpleurais ou peribroncovascular em distribuição. Uma área de consolidação única e um padrão reticular difuso são menos comuns. **Objetivos:** Nós iremos demonstrar um caso de BOOP que se apresentou como nódulo pulmonar isolado, com suspeita clínica de neoplasia de pulmão. **Métodos:** Trata-se de um paciente de 50 anos de idade, do sexo masculino, fumante 30 maço/ano, que foi admitido no Hospital Regional em Joinville, no Serviço de Pneumologia para investigação de uma imagem espiculada em LID, sugestiva de neoplasia de pulmão. **Resultados:** O paciente apresentava uma história de 4 semanas de astenia, tosse seca e hipertermia. Exame físico sem particularidades. RX de tórax demonstrou uma imagem espiculada de 3cm em LID com possível cavitação. O TCAR confirmou a lesão. Broncoscopia revelou evidências de bronquite difusa. Câncer de pulmão foi fortemente suspeitado e toracotomia com biópsia foi realizada. O exame histológico revelou intersticial, intrabronquiolar e intra-alveolar tecido de granulação consistente com BOOP. Tratado com prednisona 40mg/dia com resposta clínica e radiológica favorável. **Conclusão:** Este caso demonstrou tratar-se de uma forma pseudotumoral cavitada da BOOP com boa resposta clínica e radiológica ao uso de corticóide.

PO294 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DE PULMÃO: RELATO DE CASO

Coutinho HM, Neto JB, Batista GC, Barros MS

Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Palavras-chave: Pseudotumor; Inflamatório; Pulmão

Introdução: O Pseudotumor Inflamatório do Pulmão (PIP) é uma lesão tumescente benigna, circunscrita, usualmente solitária, de etiologia desconhecida e relativamente rara. Acomete adultos jovens e crianças com idade abaixo de 16 anos. A maioria dos pacientes é assintomática. Quando presentes, os sintomas mais relatados são: febre e tosse. O tratamento de escolha é cirúrgico, com prognóstico excelente, porém o diagnóstico tardio prejudica a ressecção completa do tumor. **Objetivos:** Relatar um caso de PIP em adulto internado na enfermaria do Hospital Universitário de Sergipe. **Métodos:** Relato de caso: Paciente D.M.S., 25 anos, sexo feminino, divorciada, dona do lar, natural e procedente de Sergipe foi internada em virtude de astenia importante e hipoxemia há um mês. Referiu ser portadora de PIP diagnosticado através

de Imunohistoquímica. Segundo relato cirúrgico, o tumor era irressecável. Seu quadro teve início há 2 anos, com tosse seca, febre diária e resfriados constantes. Referiu perda de 12kg. História familiar de câncer de intestino. Ao exame, apresentava-se caquética (IMC = 15kg/m²), eupnéica, afebril, mucosas hipocoradas. ACV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sopro sistólico mais audível em foco pulmonar. AR: Murmúrio vesicular diminuído em metade de hemitórax inferior esquerdo, sem ruídos adventícios. Pele: Presença de vesículas umbilicadas em região inguinal e glútea sugestivas de molusco contagioso/boca: lesões compatíveis com candidíase oral. Articulações interfalangeanas das mãos aumentadas de tamanho, de consistências sólidas, sugestivas de formação óssea. **Resultados:** Após 25 dias de internação hospitalar, a paciente evoluiu com infecção e insuficiência respiratória. Foi submetida à ventilação mecânica e internada na Unidade de Terapia Intensiva. A paciente foi a óbito após trinta dias de UTI. **Conclusão:** Os novos exames confirmaram a irressecabilidade cirúrgica pela dimensão do tumor. Foi iniciado o uso de corticóide com a finalidade de redução da massa e viabilizar o tratamento cirúrgico, porém a paciente evoluiu a óbito.

PO295 NEOPLASIA DO PULMÃO E HIV: AUMENTO DA INCIDÊNCIA EM PORTUGAL

Felizardo MM, Afonso C, Pacheco P, Teixeira E, Soutto-Mayor R, Antunes F, De Almeida AB
Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: HIV; Pulmão; Neoplasia

Introdução: A neoplasia do pulmão (NP) é recentemente referida como a neoplasia não definidora de SIDA mais freqüente em todo o mundo, contrariamente ao que se assistia no período pré-HAART. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi constatar em Portugal o aumento desta associação através da experiência de um dos maiores hospitais portugueses e caracterizar este grupo de doentes. **Métodos:** Os autores fizeram uma análise retrospectiva de todos os doentes HIV com NP seguidos simultaneamente nas consultas de Doenças Infecciosas e Pneumologia Oncológica no período compreendido entre Janeiro de 1998 e Junho de 2006. **Resultados:** Neste período apenas foram diagnosticados 7 casos de NP e todos após Janeiro de 2002. A idade média de apresentação da NP foi de 51 anos e a média de infecção HIV foi de 7 anos. Só 1 doente era do sexo feminino. Cinco eram fumadores ou ex-fumadores; 1 doente tinha hábitos toxicofílicos. Na altura do diagnóstico, 6 encontravam-se a fazer HAART, 5 dos quais com carga viral indetectável e contagem média de CD4 de 376 (47-793). Histologicamente, 4 doentes tinham adenocarcinomas, 2 epidermóides e 1 carcinoma anaplásico. Nenhum dos doentes à data do diagnóstico apresentava indicação cirúrgica. Todos, excepto 1 apresentaram-se em estágio IV com metastização múltipla. Destes, 2 fizeram apenas terapêutica de suporte, dada a deterioração clínica e performance status e outros 2 iniciaram terapêutica paliativa com radioterapia por metastização cerebral. A sobrevida média após diagnóstico foi de 10 meses (1-40 meses). **Conclusão:** Este trabalho sugere que a associação entre NP e HIV está a aumentar nos últimos anos em Portugal como no resto do mundo; contudo esta é uma amostra pequena. Este aumento parece estar relacionado com o melhor controle destes doentes e conseqüente aumento da sobrevida dos mesmos após instituição de HAART. A contagem de CD4 parece não estar diretamente relacionada com o aparecimento destas neoplasias nem com a sua progressão. A clínica, evolução e sobrevida destes doentes parece ser semelhante à dos doentes seronegativos.

PO296 CÂNCER DE PULMÃO COM APRESENTAÇÃO DE LESÃO CAVITADA

Veras Correia GF, Ferreira Martins SE, Souza e Lima FM, Rabello E

Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Epidermóide; Lesão cavitada

Introdução: O câncer de pulmão constitui a neoplasia mais comum e de maior mortalidade nos dias atuais. As taxas de mortalidade apresentaram uma variação percentual relativa de + 57% entre homens, passando de 7,73/100.000 para 12,13/100.000, e de + 134% entre mulheres, passando de 2,33/100.000 para 5,33/100.000. O principal fator de risco é o tabagismo, que aumenta o risco de desenvolvimento de neoplasia pulmonar de 10 a 30 vezes. Outros fatores aceitos são: presença de doença pulmonar preexistente, exposição ocupacional, histórico familiar de câncer de pulmão e neoplasia pulmonar prévia. O câncer de pulmão possui também várias formas de apresentação, como nódulos pulmonares, massas pulmonares periféricas, massas pulmonares centrais e mais raramente lesões cavitadas como demonstrada em nosso trabalho. **Objetivos:** Este trabalho visa relatar um caso de uma paciente jovem, sem história de tabagismo com apresentação de câncer de pulmão com uma lesão cavitada. **Métodos:** Relato de caso: Mulher de 45 anos, militar em cargo administrativo, deu entrada no Hospital de Força Aérea do Galeão tendo como queixa principal dificuldade de segurar objetos com a mão esquerda, seguida de dormência também de mão esquerda. Apresentava tosse seca, esparsa, sem padrão de horário, sem broncoespasmo e/ou dispnéia. 15 dias após, houve piora do déficit motor a esquerda, com dificuldade de marcha e claudicação. Na história pessoal e social relata há 6 meses atrás ter realizado viagem para zona rural onde teve contato com morcegos e cavernas. Ao exame, paciente lúcida, orientada, acianótica, eupnéica e afebril com murmúrio vesicular diminuído em terço superior de hemitórax esquerdo. Rx e tomografia computadorizada de tórax evidenciaram lesão cavitada localizada em lobo superior esquerdo. Foi feito, broncofibroscopia com biópsia de lesão endobrônquica, escovado e lavado broncoalveolar. Realizado também tomografia de crânio evidenciando lesão expansiva em hemisfério direito, tendo sido realizada biópsia. Paciente evoluiu com quadro de convulsões repetidas e piora neurológica. **Resultados:** O lavado broncoalveolar realizado através de broncofibroscopia, revelou células atípicas com núcleo hiperromático e citoplasma denso, juntamente com o escovado brônquico onde predominava células malignas agrupadas, sendo sugestivo de carcinoma epidermóide pouco diferenciado. A biópsia da lesão cerebral, teve como resultado carcinoma metastático sugestivo de padrão escamoso quanto de padrão glandular. **Conclusão:** O carcinoma epidermóide, apresenta-se como lesões expansivas centrais de crescimento endobrônquico. Sabe-se hoje que o carcinoma epidermóide tendem a metastizar para os gânglios linfáticos regionais. Cerca de 7 a 20% formam cavitação, como descrito em nosso caso.

PO297 CÂNCER DE PULMÃO EM PACIENTES COM IDADE ≤ 45 ANOSZamboni M¹, Cavalcanti A², Biasi Cordeiro P³, Toscano E⁴, Junior VA⁵, Monteiro AS⁶, Lannes DC⁷

1,2,3,4,5,7. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 6. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Câncer do pulmão; Câncer de pulmão em < 45 anos; Adenocarcinoma
Introdução: O diagnóstico do câncer de pulmão em pacientes com < 45 anos vem se tornando mais frequente. **Objetivos:** Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de câncer do pulmão com idade ≤ 45 anos com o objetivo de análise dos parâmetros clínico-patológicos e da sobrevida. **Métodos:** No período entre 2000 e 2003, foram matriculados no HC I – INCA/MS aproximadamente 1400 pacientes com diagnóstico de câncer do pulmão, entre eles, 121 com idade ≤ 45 anos. Foram coletados os dados referentes a carga tabágica, dados demográficos, tipo histológico, estadiamento clínico, capacidade funcional, tratamento e sobrevida. **Resultados:** No momento do diagnóstico 121 pacientes (8,6%) tinham idade ≤ 45 anos. 58% eram homens e 42% mulheres; e 81,2% eram fumantes, com uma carga tabágica mediana de 35 maços/ano para os homens e 30,8 para as mulheres. A capacidade funcional (ECOG) foi de 0 ou 1 em 74%. No momento do diagnóstico 54% estavam no E I/II; 39% no E IIIA; 7% no E IIIB. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (45%); carcinoma epidermóide (21%); carcinoma de pequenas células (9%) e outros tipos (25%). A sobrevida mediana em 3 anos para os 121 pacientes estava diretamente relacionada ao estágio inicial da doença, sendo maior nos pacientes com E I e II. Os fatores que afetaram diretamente a sobrevida foram: estágio avançado da doença, capacidade funcional comprometida, sintomatologia > 3 meses e emagrecimento > 10% de peso habitual. Entretanto, somente estadiamento da doença e perda ponderal > 10% do peso habitual. **Conclusão:** Comparado com outros trabalhos da literatura, nossos dados demonstraram maior número de pacientes do sexo masculino, maior incidência do adenocarcinoma e em seguida do carcinoma epidermóide e do carcinoma de pequenas células e a maioria deles encontrava-se nos E III e IV. Apesar destas diferenças a sobrevida deste grupo de paciente é ruim e similar a dos pacientes > 50 anos.

PO298 SARCOMA INDIFERENCIADO DE PAREDE TORÁCICA, RELATO DE CASO

Gomes M, Ethel J, Figueiredo GO, Monteiro JTC, Onodera DE, Veasey J, Camarinha J, Barreiros R

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcomas; Parede torácica; Tumor de parede

Introdução: Os sarcomas de partes moles acometem principalmente os membros e estruturas do retroperitônio, sendo apenas 10% dos casos presentes na região torácica. **Objetivos:** Relatar caso de sarcoma de partes moles de parede torácica com invasão do pulmão. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 51 anos, sexo feminino, há 2 meses com dor em região torácica anterior esquerda e dorso, em pontada, que piorava aos esforços físicos. Perda de peso de 5kg e episódio de hemoptóicos no período. A tomografia computadorizada de tórax demonstrava massa sólida, heterogênea, com extenso contato pleural, localizada na porção lateral do segmento ápico-posterior do LSE com invasão da parede torácica (3º ao 5º arcos costais esquerdos), circundada por opacidades em vidro espelhado no parênquima pulmonar. Espessamento das adrenais e rim esquerdo mal caracterizado. Após a broncoscopia, que não trouxe diagnóstico, foi submetida à ressecção em bloco da lesão pulmonar e parede torácica. O exame anatomopatológico mostrou neoplasia indiferenciada fusiforme com extensa necrose, compatível com sarcoma pouco diferenciado, de partes moles infiltrando parênquima pulmonar. Presença de invasão perineural e angiolinfática. Será exibida documentação fotográfica da radiologia, da macroscopia e microscopia. **Conclusão:** Os sarcomas são neoplasias malignas oriundas da célula mesenquimal primitiva e, mesmo tratando-se de entidades de pouca incidência na região torácica, devem ser considerados no diagnóstico diferencial de massas pulmonares pois, quando diagnosticados em estágio inicial, há maior probabilidade de cura.

PO299 ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR COMO TRATAMENTO DAS METÁSTASES PLEUROPULMONARES DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Zanela VB, Duque Pereira AL, Da Silva DEA, Lopes AJ, Capone D, Maeda TY, Noronha AJ, Jansen JM

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Metástases pleuropulmonares; Orquiectomia subcapsular bilateral; Adenocarcinoma de próstata avançado

Introdução: Cerca de 80% dos tumores de próstata tem sua evolução dependente de hormônios masculinos, principalmente a testosterona. Quando a testosterona sérica atinge níveis de 20ng/ml, o estímulo é cessado e ocorre melhora clínica acentuada e queda dos níveis de PSA podendo haver regressão das metástases. Desde os estudos pioneiros de Huggins e Hodges há quase 50 anos se sabe que a ablação cirúrgica dos testículos (orquiectomia bilateral) é o melhor tratamento para o câncer de próstata avançado. A orquiectomia subcapsular bilateral é, atualmente, o modo mais simples, econômico e definitivo de bloquear a ação da testosterona sobre o tumor. Este procedimento cirúrgico pode ser realizado ambulatorialmente e com anestesia local. Além disso, é psicologicamente mais aceito pelo paciente do que a orquiectomia convencional. **Objetivos:** Relatar a evolução de dois casos de adenocarcinoma de próstata avançado com metástases pulmonares e ósseas após orquiectomia subcapsular bilateral. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** H.V.F., 68 anos, escriturário aposentado, internado no serviço de Pneumologia do HUPE para investigação de quadro de evolução há um ano de síndrome consumptiva, dispnéia progressiva aos esforços, dores ósseas e astenia. Radiografia de tórax mostrava nodulações pleurais e pulmonares principalmente no pulmão direito. TC de tórax com lesões nodulares pleurais e pulmonares difusas e grande espessamento pleural à direita. Cintilografia óssea com múltiplos focos de hiper captação pelo esqueleto axial J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

compatíveis com implantes ósseos secundários. Apresentou um PSA maior que 1000ng/ml. A biópsia de próstata foi compatível com adenocarcinoma. Foi inicialmente tratado com antiandrogênicos esteroidais e após alguns meses submetido a orquiectomia subcapsular com significativa melhora clínica e da qualidade de vida com evidente regressão das metástases pleuropulmonares e ósseas. Houve redução expressiva do PSA que atingiu 7,7ng/dl dois meses após a cirurgia. Caso 2: J.C., 68 anos, motorista de táxi, procurou o ambulatório de Pneumologia do HUPE com queixa de dispnéia progressiva aos esforços, dor na região lombossacra, prostatismo, anorexia e emagrecimento de aproximadamente 30kg em um ano. Tinha diagnóstico recente de adenocarcinoma de próstata pouco diferenciado, PSA superior a 100ng/dl e cintilografia óssea com múltiplas áreas de hiper captação na coluna toracolombar. Radiografia de tórax mostrava infiltrado intersticial difuso e TC de tórax apresentava padrão de linfangeite carcinomatosa. Foi submetido a orquiectomia subcapsular evoluindo com importante melhora clínica, laboratorial, cintilográfica e radiológica. **Conclusão:** Nos casos apresentados, a orquiectomia subcapsular bilateral apresentou, a curto prazo, excelente resultado no tratamento das lesões metastáticas, pulmonares e ósseas, de adenocarcinoma de próstata avançado. Houve significativa melhora clínica, laboratorial, radiológica e cintilográfica com consequente impacto na qualidade de vida.

PO300 ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2635 CASOS DE CÂNCER DE PULMÃO ATENDIDOS DE 2000 A 2005Silveira Paschoalini M¹, Elias FA², Pereira JR³

1,2. Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil; 3. Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Carcinoma broncogênico; Neoplasia pulmonares

Introdução: O câncer de pulmão é o mais frequente dos tumores malignos e observamos um aumento de 2% ao ano na sua incidência mundial. **Objetivos:** O objetivo do nosso estudo é o de avaliar retrospectivamente as principais características epidemiológicas dos pacientes com carcinoma broncogênico atendidos no nosso Serviço de 2000 a 2005. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente todos os pacientes com diagnóstico de câncer primário de pulmão, atendidos pelo Serviço de Onco-Pneumologia do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2005. Foram avaliadas as seguintes características: sexo, faixa etária, tipo histológico, performance-status (escala de Karnofski) e estadiamento clínico. **Resultados:** 1830 (69,5%) pacientes eram do sexo masculino, 2270 (86,3%) apresentavam idade igual ou superior a 50 anos e 2249 (85,3%) tinham performance-status entre 60 e 80. Quanto ao tipo histológico: 787 (30%) casos eram de carcinoma epidermóide, 667 (25%) adenocarcinoma, 50 (2%) carcinoma indiferenciado de grandes células e 279 (11%) carcinoma de pequenas células. 1430 (54%) pacientes se encontravam no estágio IV, 687 (26%) estágio IIIb e 203 (8%) estágio IIIa, no momento do diagnóstico. **Conclusão:** A grande maioria dos pacientes analisados era do sexo masculino e com idade igual ou superior a 50 anos, achados compatíveis com os dados epidemiológicos do nosso meio. O fato da maioria dos casos apresentarem doença localmente avançada ou metastática e baixo performance-status, quando do diagnóstico, indica prognóstico e sobrevida limitados neste grupo analisado.

PO301 IMPORTÂNCIA DA MELHOR AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DIANTE DE UM CASO DE CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO COM METÁSTASE MEDIASTINAL

Lima NM, Wanderley TP, Barbosa OA, Brandão IAR, Gondim VJT, Castro BAL, Couto NG, Cronemberger EH

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma pouco diferenciado; Diagnóstico; Metástase mediastinal

Introdução: Pacientes com diagnóstico de Carcinoma Pouco Diferenciado (CPD) respondem por cerca de 30% dos casos de carcinomas de sítio primário desconhecido. Desse modo, uma avaliação clínica e patológica cuidadosa dos pacientes com diagnóstico de CPD é crucial, visto ser algumas dessas neoplasias extremamente responsivas ao tratamento. **Objetivos:** Relatar um caso de CPD e descrever a importância de uma análise diagnóstica adequada. **Métodos:** Estudo retrospectivo através de coleta de dados em prontuários. **Resultados:** Feminino, 59 anos, não-tabagista, hipertensa, iniciou quadro de dispnéia aos grandes esforços e tosse seca em janeiro de 2006. Associou-se febre noturna e perda ponderal não mensurada. Houve piora da dispnéia o que a fez procurar a emergência. O raio-x de tórax mostrava alargamento mediastinal e derrame pleural direito, sendo a paciente internada para investigação diagnóstica. Realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou uma formação expansiva de 18 x 13 x 10cm, com densidade de partes moles e captação de contraste, envolvendo sítios mediastinais ântero-superior, médio e inferior/lateral direitos, em íntimo contato com os vasos da base, grandes vasos e coração. A broncoscopia com biópsia transbrônquica mostrou compressão extrínseca de brônquios principais, lobares e segmentares direito e esquerdo, sem lesões visíveis em luz brônquica. O estudo histopatológico teve como conclusão carcinoma pouco diferenciado. A paciente foi então encaminhada para o setor de Oncologia Clínica com diagnóstico de câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC) Tx N3 M0 com derrame pleural, ou seja, estágio IIIB, segundo o TNM, a fim de realizar quimioterapia (QT) paliativa. Apresentou-se com estado geral regular, hipocorada (+/4+), com dispnéia leve. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares reduzidos em terço inferior do hemitórax direito. Abdomen e extremidades sem alterações. Não havia linfadenomegalias periféricas palpáveis. Hemograma completo, eletrólitos e função renal estavam dentro da normalidade. Foi solicitada imunohistoquímica do material da biópsia transbrônquica, cujo resultado foi Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células (LNHDGC) com imunofenótipo B e CD20 positivo. TC do abdome e pelve não mostraram adenomegalias intra ou retroperitoneais. O diagnóstico final deste caso foi mudado para LNHDGC B estágio IIIB. Paciente

foi encaminhada para a Hematologia, sendo iniciada QT padrão para tratamento curativo de LNHDGC B. **Conclusão:** O diagnóstico de CPD pode ser alterado para linfoma em cerca de 4% dos casos, após exame de imunohistoquímica. A análise clínico-patológica mais aprofundada, através da observação de ausência de história prévia de tabagismo e de lesão pulmonar primária detectável, assim como uma melhor avaliação histopatológica por imunohistoquímica, foi determinante na mudança do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico da paciente.

PO302 LINFADENOMEGALIA CERVICAL POR METÁSTASE DE CARCINOMA DE LARINGE COM DIAGNÓSTICO INICIAL DE CARCINOMA DE PULMÃO – RELATO DE CASO

Lima NM, Gondim VJT, Castro BAL, Barbosa OA, Wanderley TP, Maciel FEM, Cronemberger EH *Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.*

Palavras-chave: Linfadenomegalia; Câncer de pulmão; Câncer de laringe

Introdução: As linfadenomegalias são um dos sinais mais comuns de disseminação dos tumores sólidos. As metástases para linfonodos cervicais podem ocorrer mais comumente por metástase dos cânceres de cabeça e pescoço, pulmão e esôfago. **Objetivos:** Descrever caso clínico e discutir a avaliação diagnóstica das metástases para linfonodos cervicais. **Métodos:** Estudo retrospectivo através de revisão de prontuário. **Resultados:** Masculino, 67 anos, hipertensão, diabético e tabagista pesado, procurou assistência médica em hospital de pneumologia devido a tumorção cervical esquerda há 4 meses, de crescimento rápido, associada a perda ponderal de 7kg. Não havia história de rouquidão, tosse, hemoptóicos, disfagia ou dispnéia. Durante investigação diagnóstica, foram realizadas tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou aneurisma de aorta descendente de 5,0cm e pulmões normais; pesquisa de BAAR no escarro, que foi negativa; e biópsia da massa cervical, cujo laudo histopatológico foi metástase de carcinoma indiferenciado de grandes células. O serviço de pneumologia considerou tratar-se de carcinoma de grandes células de pulmão com metástase cervical, estágio TxNxM1 ou IV, segundo o TNM, e encaminhou para quimioterapia paliativa. No serviço de oncologia clínica, paciente apresentou-se com linfadenomegalia cervical de 8,0 x 7,5cm em níveis I e II à esquerda. Foi então encaminhado para avaliação pela cirurgia de cabeça e pescoço, sendo realizada laringoscopia que mostrou lesão vegetante comprometendo face laríngea da epiglote à esquerda com extensão à prega arí-epiglótica, além de comprometimento do seio piriforme ipsilateral, com extensão para bandas ventriculares e cordas vocais e fixando hemilaringe direita. A revisão histopatológica e imunohistoquímica concluiu tratar-se de carcinoma de células escamosas. O diagnóstico do paciente foi retificado para carcinoma de células escamosas de laringe supraglótica estágio T3N3M0 ou IVB, sendo iniciado tratamento radical com quimioterapia (Cisplatina semanal) associada à radioterapia 70Gy sobre sítio primário e 50Gy sobre cadeias de drenagem cervicais e supraclaviculares. Paciente evoluiu com boa resposta local ao tratamento. **Conclusão:** A avaliação diagnóstica do paciente com linfadenomegalia cervical por metástase de carcinoma, principalmente carcinoma de células escamosas, deve ser direcionada para a busca do sítio primário em cabeça e pescoço, visto serem os linfonodos cervicais o sítio mais comum de metástases desta neoplasia.

PO303 LIPOMA PULMONAR PERIFÉRICO EM PACIENTE TABAGISTA

Galvão Barboza CE¹, Aldegheri Paschoal FH², Lopes EM³, Nascimbem MB⁴, De Araújo PHXN⁵, Medeiros Neto AH⁶, Takagaki TY⁷

1,2,3,6,7. *Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 4,5. Disciplina de Cirurgia Torácica HCFMUSP, S, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Lipoma; Tomografia; Ressecção

Introdução: Lipomas pulmonares periféricos são tumores bastante raros, com poucos casos relatados em literatura internacional. **Objetivos:** Relatar caso de lipoma pulmonar periférico em paciente tabagista. **Métodos:** Relato de caso de doente internado, com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e anatomopatológico, descrição cirúrgica e informação de seguimento. Ao relato, segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** D.B.F., 80 anos, branco, casado, natural de Mairi/BA e procedente de São Paulo/SP, aposentado (ex-lavrador e polidor). Tem antecedentes de hipotireoidismo, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência coronariana (três infartos do miocárdio, submetido a angioplastia com stent após o último). Ex-tabagista de 120 anos-maço (parou há 13 anos), há 4 anos iniciou quadro de dispnéia aos esforços e tosse produtiva diária. Radiografia do tórax: nódulo em base pulmonar direita. Tomografia de tórax: nódulo pulmonar solitário ovalado, de contornos regulares e cerca de 2,5cm de diâmetro. O paciente foi internado, em abril de 2006, para tratamento cirúrgico. À admissão, o exame físico era normal, exceto por redução difusa discreta a moderada do murmúrio vesicular. Saturação de oxigênio era de 96%. Não havia sinais de cardiopatia congestiva. Na avaliação pré-operatória: espirometria simples – quadro obstrutivo leve, com VEF1 de 1,42L (60% do predito); ecocardiografia transtorácica – fração de ejeção de 73%. Realizada nodulectomia em lobo inferior direito, com retirada de outro pequeno nódulo no segmento superior do lobo inferior direito (achado intra-operatório). Anatomopatológico mostrou nódulo de pouco menos de 3cm, com histologia correspondente a lipoma. Recebeu alta no sexto dia de pós-operatório, sem complicações. Decorridos 2 meses da operação, o paciente mantém-se assintomático. **Conclusão:** Lipomas intratorácicos são tumores benignos, e seu encontro no parênquima pulmonar é bastante raro. A probabilidade de um nódulo pulmonar corresponder a um lipoma é menor ainda em doentes com carga tabágica importante. Normalmente, lipomas pulmonares apresentam-se como nódulos achados acidentalmente em exames de imagem. Pode-se suspeitar da etiologia com base em características tomográficas, mas o diagnóstico é normalmente estabelecido com ressecção cirúrgica e exame histopatológico, em especial em doentes com história importante de tabagismo.

PO304 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CARCINOMA PULMONAR EM PACIENTE PORTADOR DE SIDA COM BAIXA CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+

Winter DH¹, Galvão Barboza CE², Braz AA³, Vicente RN⁴, Nascimbem MB⁵, De Araújo PHXN⁶, Medeiros Neto AH⁷, Takagaki TY⁸

1,2,3,4,7,8. *Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 5,6. Disciplina de Cirurgia Torácica HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Câncer; Pulmão; SIDA

Introdução: O risco de desenvolver neoplasias comuns, inclusive de carcinoma pulmonar, é maior em pacientes portadores de SIDA do que em pessoas não-infectados pelo HIV. A apresentação é mais precoce, e o prognóstico é pior naqueles pacientes. **Objetivos:** Relatar um caso de carcinoma pulmonar em doente com SIDA. **Métodos:** Relato de caso de doente internado, com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e anatomopatológico, e informação de seguimento. Ao relato, segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** C.A.C., 40 anos, masculino, solteiro, natural de São Caetano do Sul/SP e procedente de São Paulo/SP, auxiliar de cozinha (afastado). Paciente ex-presidário, ex-tabagista de cerca de 50 anos-maço (parou há 2 meses) e ex-usuário de drogas injetáveis. HIV-positivo desde 1997, quando foi diagnosticada tuberculose ganglionar (tratada com esquema 1). Desde então vem recebendo tratamento anti-retroviral. Em 2002 sorologia para hepatite C foi positiva, em acompanhamento. Em 2004 foi diagnosticada tuberculose pulmonar, tratada com esquema 2. Em março de 2006 iniciou quadro de febre baixa, tosse seca persistente e dispnéia. Após avaliação clínica e radiológica, foi diagnosticada pneumonia de lobo superior direito, tratada (em internação) com ceftriaxone e azitromicina, com boa resposta clínica mas com persistência da consolidação nos exames de imagem. Investigação por broncoscopia revelou lesão vegetante em brônquio do lobo superior direito, com oclusão dos segmentos apical e posterior e com óstio do segmento anterior em fenda. Anatomopatológico de biópsia transbrônquica revelou carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. O paciente foi internado em abril de 2006 para tratamento cirúrgico. Exames pré-operatórios: função pulmonar normal, linfócitos de 1400 céls/mL, contagem de linfócitos T CD4+ de 56 células/mL e carga viral de 10.000 cópias/mL. Realizada pneumonectomia direita, bem sucedida. Recebeu alta no 5º pós-operatório, após boa evolução, para seguimento ambulatorial. Após 2 meses de seguimento ambulatorial, o paciente mantém-se assintomático. **Conclusão:** Sabe-se que pacientes portadores de SIDA têm risco aumentado de desenvolvimento de determinadas neoplasias, entre elas os carcinomas de pulmão. Nos pacientes com SIDA, os carcinomas pulmonares têm aparecimento mais precoce e pior prognóstico. No entanto, a prevalência de tabagismo é maior nessa população, o que pode representar um fator de confusão. O tipo histológico mais frequente é adenocarcinoma.

PO305 LINFOMA PULMONAR PRIMÁRIO: EVOLUÇÃO EM 7 ANOS

Winter DH, Galvão Barboza CE, Guanabara DM, Apanavicius A, Hoette S, Prado GF, Medeiros Neto AH, Takagaki TY

Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Linfoma; Pulmão; Tomografia

Introdução: Linfomas primários de pulmão são neoplasias incomuns, e habitualmente têm curso lento e progressivo. **Objetivos:** Relatar caso de linfoma primário de pulmão em paciente livre de imunodeficiência. **Métodos:** Relato de caso clínico, com revisão de prontuário, exposição de exames de imagem e anatomopatológico e descrição de seguimento. Ao relato, segue revisão breve da literatura sobre o tema. **Resultados:** J.C.V., 48 anos, masculino, negro, casado, lavrador, natural de Crispim Castro/PI. Paciente sem história de tabagismo, hígido até 1999, quando surgiram episódios repetidos de febre, tosse e calafrios, descritos como “gripes”. Em 2002, com sintomas mais intensos, recebeu tratamento com antibiótico, com diagnóstico radiológico de abscesso pulmonar. O paciente manteve sintomas, e submeteu-se a sucessivas internações breves em hospitais secundários para antibioticoterapia parenteral, sob hipótese de pneumonia. Em janeiro de 2006, com dispnéia limitante, perda de peso progressiva e febre não aferida, foi internado no HC para investigação. À admissão, apresentava-se emagrecido (67kg, IMC de 17,1kg/m²). Sem febre. Ausculta pulmonar revelou redução de murmúrio vesicular nos 2/3 superiores à direita, com estertores e sopro tubário. À oximetria de pulso, saturação de oxigênio de 95%. Sem linfadenopatias periféricas. Exames gerais mostraram anemia discreta a moderada (normocítica e normocrômica), com diferencial de leucócitos normal, hipalbuminemia de 2,4g/dL e provas de atividade inflamatória elevadas. Anti-HIV não-reagente. Radiografia de tórax: consolidação no lobo superior direito, progressiva quando comparada aos exames anteriores. Tomografia computadorizada de tórax confirmou a presença de consolidação, permeada por broncogramas aéreos. Submetido a biópsia transbrônquica, estudo anatomopatológico evidenciou linfoma relacionado à mucosa brônquica (BALT). O paciente foi encaminhado ao serviço de Hematologia. No entanto, evoluiu com piora clínica, sendo internado com sepsis grave em UTI em março de 2006. A despeito de cobertura antimicrobiana de largo espectro, suporte ventilatório invasivo e uso de drogas vasoativas, faleceu no sétimo dia de internação, antes de ser submetido a tratamento quimioterápico. **Conclusão:** Linfomas primários de pulmão são neoplasias incomuns, de evolução variável: podem ser agressivos ou indolentes. A variante histológica mais frequente é a de linfoma B de baixo grau/tecido linfóide associado à mucosa brônquica (BALT). A gênese de tais tumores é incerta, mas há evidências de que possam originar-se como consequência de estímulos repetidos. O diagnóstico requer suspeição pelos exames de imagem, e confirmação histopatológica. Habitualmente, o tratamento consiste em quimioterapia, com ou sem radioterapia, e o prognóstico é influenciado pelo estágio da doença. Quadros com diagnóstico precoce frequentemente têm melhor resposta ao tratamento.

PO306 PREVALÊNCIA DE NEOPLASIAS DENTRE AS BIÓPSIAS PULMONARES NO PERÍODO DE 1995 A 2005 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFMA

Ferreira ES, Cavalcante AL, Ferreira SLC, Couto HBA, Pinheiro MVV, Melo RJL, Barros AJS, Lopes JAC

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasia; Câncer de pulmão; Biópsia pulmonar

Introdução: O câncer de pulmão continua a ser o câncer mais freqüente no mundo (12,3% de todos os casos novos de câncer) e também é a causa de morte por câncer mais freqüente. No Brasil, o câncer de pulmão é a primeira causa de morte por câncer em homens e a segunda em mulheres. Apesar da alta efetividade da prevenção primária, através da prevenção e do controle do tabagismo, a sua incidência também permanece elevada. Das neoplasias pulmonares, mais de 90% dos casos são carcinomas originados do epitélio das vias pulmonares, provavelmente a partir das células secretoras. Diferenciam-se em diversos tipos de carcinomas broncogênicos, dependendo do aspecto histológico. Dentre esses tipos histológicos temos o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de células não pequenas, que corresponde a um grupo heterogêneo composto de três tipos histológicos distintos: carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma de células grandes, ocorrendo em cerca de 75% dos pacientes diagnosticados com câncer de pulmão. Dentre os tipos celulares restantes, destaca-se o carcinoma indiferenciado de células pequenas, com os três subtipos celulares: o linfocitóide, o intermediário e o combinado. Assim, a biópsia é um método utilizado para obter-se um diagnóstico mais preciso, seja pela citologia ou patologia. Uma vez obtida a certeza da doença realiza-se o estadiamento, que consiste em saber o estágio de evolução, ou seja, se a doença está restrita ao pulmão ou disseminada por outros órgãos. **Objetivos:** Determinar a prevalência dos diferentes tipos de neoplasias pulmonares entre os exames histopatológicos realizados entre os anos de 1995 e 2005 no HU-UFMA. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo a partir da análise de livros-registro de exames histopatológicos realizados nos anos de 1995 a 2005 no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário-UFMA. Observaram-se 363 relatos de biópsias pulmonares realizadas nesse período, sendo estabelecido o número de neoplasias pulmonares e dentre elas identificou-se os principais tipos histológicos. **Resultados:** De 363 biópsias pulmonares realizadas entre os anos de 1995 a 2005, encontrou-se 114 (31,4%) neoplasias pulmonares. O tipo histológico broncogênico é o mais prevalente com um total de biópsia de 88%, seguido de outros tipos histológicos com 6,15%; 5,25% não tiveram classificações histológicas definidas e 0,87% era metástase. Dentre os carcinomas broncogênicos, 8,77% eram carcinomas broncogênicos não-classificados, 39,5% carcinomas epidermóides; 23,7% adenocarcinomas; 13,15% carcinomas de pequenas células; 1,74% carcinomas de grandes células e 0,87% carcinomas adenoescamosos. **Conclusão:** As Neoplasias confirmadas por biópsias pulmonares no HU-UFMA são compatíveis com os relatados na literatura, sendo, entre os carcinomas broncogênicos, o carcinoma epidermóide o mais freqüente, seguido do adenocarcinoma, o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de grandes células.

PO307 MESOTELIOMA MALIGNO – LONGA EVOLUÇÃO SEM TRATAMENTONunes de Aguiar VA¹, Leomil TF², Macedo AC³, Rodrigues JEG⁴, Alessio E⁵, Junior AN⁶, Cardoso MN⁷1. *Disciplina Sistema Respiratório UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 2. *Disciplina de Pneumologia UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 3,4,5,6. *Disciplina Pneumologia UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 7. *Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil.***Palavras-chave:** Câncer de pulmão; Pleura; Mesotelioma maligno

Introdução: O mesotelioma maligno é patologia pleural de difícil tratamento e evolução curta em geral. Ocasionalmente pode apresentar evolução lenta. **Objetivos:** Relatar, rever literatura e discutir mesotelioma maligno. **Métodos:** IME, 78 a, viúva, do lar, branca, de S. Paulo capital QP.: Dor em htx D e emagrecimento 1 a HDA.: Dor torácica de leve intensidade em htx D, persistente, melhorando c/ analgésicos, não ventilatório-dependente, c/ início há 5 anos (2000). Fez RX tórax (a ser apresentado). Após 2 a, p/ piora da dor e aparecimento perda de peso, retornou c/ DP à D, sendo submetida a 2 punções-biópsia pleurais, s/ diagnóstico. Biópsia pleural p/ toracotomia, em 05/2004, inconclusiva. Em 09/2004, dor torácica intensa e persistente, à D s/ melhora c/ analgésicos comuns e emagrecimento referido de 26kg em 1 a, sendo internada. A seguir nova biópsia pleural p/ toracotomia, c/ diagnóstico de mesotelioma maligno, após histoquímica EXAME FÍSICO: Emagrecida, descorada (+++/5+), facies de dor, eupnéica C e P: ndn Tórax.: MV dim 2/3 inferiores Htx D Abdômen ndn. Membros: ndn. **Resultados:** Exames complementares de rotina a serem apresentados TC tórax a ser apresentada Exame anatomopatológico, c/ histoquímica, a ser apresentado HISTOPATOLOGIA: MICROSCOPIA: Neoplasia maligna pouco diferenciada de padrão epitelioide, infiltrando tecido pleural. Possibilidades: Mesotelioma maligno padrão epitelioide e adenocarcinoma. Necessária imunohistoquímica complementar HISTOQUÍMICA: Antígenos Resultado Antígenos Resultado Ber-EPA NEG CEA Monoclonal negativo Vimentina POS Calretinina raras cels reat HBME-1 POS CD 31 negativo Citoquerat 7 INT Citoquerat 20 negativo Citoquerat 5 POS CD68 negativo DIAGNÓSTICO: MESOTELIOMA MALIGNO. **Conclusão:** O mesotelioma maligno pode apresentar evolução lenta, apresenta-se revisão da literatura e discussão.

PO308 CELL CYCLE REGULATOR AND GROWTH FACTOR RECEPTOR IN PRIMARY LUNG ADENOCARCINOMA AND ITS HEMATOGENIC METASTASESSuzuki Saito DM¹, Parra ER², Franco MR³, Ab'Saber AM⁴, Farhat C⁵, Soufen MA⁶, Rodrigues OR⁷, Capelozzi VL⁸1,6,7. *Department of Thoracic Surgery, University of Mogi das Cruzes, School of Medicine, São Paulo, SP, Brasil;* 2,3,4,5. *Department of Pathology, University of São Paulo, School of Medicine, São Paulo, SP, Brasil;* 8. *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.***Palavras-chave:** Lung cancer; Cyclin D1; Morphometry

Introduction: Recently, cell cycle regulator (Cyclin D1) and growth factor receptor (c-erbB-2) have shown to be promising as prognosticators in human cancer. **Objectives:** In this J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

study, we sought to examine the importance of Cyclin D1 and c-erbB-2 and to study the quantitative relationship among these factors and disease progression in primary lung adenocarcinomas and its hematogenic metastasis. **Methods:** We used immunohistochemistry and morphometric analysis to evaluate the amount of tumour staining for Cyclin D1 and c-erbB-2 in 62 patients with surgically excised adenocarcinoma of the lung, and the outcome for our study was survival time until death from hematogenic metastases. **Results:** Primary metastatic tumors presented higher cyclin D1 and lower c-erbB-2 than matching hematogenic metastasis (p = 0.01). Primary non-metastatic tumors presented significantly lower cyclin D1 expression than metastatic tumors (p = 0.0001). Equally significant was the difference between lower c-erbB-2 expression by primary non-metastatic than primary metastatic tumors (p = 0.02). Multivariate Cox model analysis demonstrated the risk ratio for mortality by tumors with Cyclin D1 overexpression increased from 1 to 14 times (p < 0.05). **Conclusion:** Cyclin D1 in resected primary adenocarcinoma and its metastases is strongly related to survival time. Financial Support: FAPESP CNPq, Lim 05-HCFMUSP.

PO309 USO DO ZD1839 NO TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE PULMÃO - RELATO DE CASO

Lima NM, Brandão IAR, Barbosa OA, Almeida RS, Tavares JC, Cronemberger EH, Alencar VHM Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Qualidade de vida; Quimioterapia

Introdução: O câncer de pulmão possui uma alta incidência e taxa de mortalidade elevada. O adenocarcinoma representa entre 30% e 40% dos cânceres de pulmão, sendo o subtipo histológico mais comum em mulheres e em não-fumantes. Recentemente, com o advento dos inibidores do receptor do fator de crescimento epitelial (EGFR), uma alternativa eficiente e menos tóxica surgiu para o tratamento desta patologia. O ZD1839 é um inibidor potente da porção tirosina-quinase do EGFR, o que interrompe sinais mitogênicos e anti-apoptóticos. Em ensaios clínicos, esta droga mostrou eficácia no tratamento do adenocarcinoma de pulmão, sendo os resultados mais animadores em pacientes mulheres, não fumantes e com adenocarcinoma com apresentação bronquioalveolar. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente com adenocarcinoma de pulmão metastático tratada, em protocolo de pesquisa, com o ZD1839. **Métodos:** Estudo retrospectivo com coleta de dados e análise do prontuário da paciente. **Resultados:** MCL, sexo feminino, 42 anos, foi admitida em março de 2004, no Hospital de Messejana – CE, com história de dispnéia há vários meses e perda ponderal importante não mensurada. Não havia passado de tabagismo, etilismo ou neoplasias na família. O estado geral era comprometido, hipocorada, emagrecida com fâscies de dor. Foi submetida à seguinte investigação diagnóstica: tomografia computadorizada (TC) de tórax, que revelou extenso derrame pleural associado a atelectasia do pulmão direito; toracocentese, com citologia de líquido pleural mostrando células descamadas de adenocarcinoma; e biópsia pleural, cujo laudo foi metastase de adenocarcinoma pouco diferenciado. Foi encaminhada ao Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) para tratamento paliativo. A paciente iniciou quimioterapia (QT) em abril de 2004 com o esquema Taxol + Carboplatina. Após dois ciclos de QT, evoluiu com perda ponderal de 3kg, anemia e leucopenia, sendo suspenso o tratamento. Em agosto de 2004, a paciente aceitou, após consentimento informado, participar de um estudo experimental aberto randomizado, avaliando o uso do ZD 1839 versus placebo no tratamento paliativo do câncer de pulmão metastático, após falha à primeira linha de quimioterapia. Paciente foi alocada no braço da droga em teste. Evoluiu com ganho de peso de 12,5kg em 7 meses. Apresentou um episódio de convulsão em novembro de 2004, mas TC de crânio não mostrou anormalidades. Em novembro de 2005, a paciente iniciou quadro de desorientação tempo-espacial. Em fevereiro de 2006, foi realizada ressonância magnética de crânio que revelou múltiplas imagens nodulares supra e infra tentoriais, compatíveis com metástases. Foi submetida a radioterapia sobre crânio em março de 2006, mas teve êxito letal um mês depois. **Conclusão:** Comprovando o benefício maior dos inibidores de tirosina-quinase em pacientes do sexo feminino e não fumantes melhorando a sobrevida e a qualidade de vida.

PO310 CARCINOMA BRONQUIOALVEOLAR – APRESENTAÇÃO POUCO COMUM COMO DOENÇA DIFUSA PULMONAR ASSINTOMÁTICANunes de Aguiar VA¹, Leomil TF², Macedo AC³, Rodrigues JEG⁴, Alessio E⁵, Cardoso MN⁶1. *Disciplina Sistema Respiratório UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 2. *Disciplina de Pneumologia UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 3,4,5. *Disciplina Pneumologia UNIMES, Santos, SP, Brasil;* 6. *Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil.***Palavras-chave:** Doença difusa pulmonar; Câncer de pulmão; Carcinoma bronquioalveolar

Introdução: O carcinoma bronquiolo alveolar pode apresentar-se como nódulos, massas, condensações e menos comumente como doença difusa pulmonar. **Objetivos:** Relatar caso de carcinoma-bronquiolo alveolar difuso, descoberto por RX de tórax de rotina em paciente oligossintomática. **Métodos:** Manuel Nunes, 64 a, branco, casado, metalúrgico (aposentado há 13 a), de S. Vicente, SP, natural de S. Paulo, SP QP.: Dor torácica à E, leve, há 3 meses, após acidente automobilístico. HAD.: Há 3 meses esteve envolvido em acidente automobilístico c/ perda total. Alguns dias após apresentou dor na região cervical e dor torácica à E, contínua, não-ventilatório dependente, de pequena intensidade, sem necessitar de analgésicos. Refere perda de peso desde o acidente, relacionando-o c/ falta de apetite p/ depressão p/ problemas c/ a seguradora. Hábitos: Ex-Fumante (parou há 30 anos); carga tabágica = 10 Em uso: Lanzoprazol 20mg/dia (tratamento de gastrite) EXAME FÍSICO: Geral: Eupnéico, em bom estado geral PA = 120/80 Peso: 58kg C e P: Cervicalgia moderada que piorava com qualquer movimentação do pescoço, levando a uso de colar cervical. S/ outras alterações EXAMES: Hmg: H: 4.100.000 Hb: 13 Ht:41 L 6.900 (diferencial normal) Colesterol total e frações: normal RX tórax: a ser apresentado (acometimento difuso pulmonar TCAR: a ser apresentada: acometimento pulmonar difuso com preenchimento alveolar. TC coluna cervical: Osteopenia, discopatia degenerativa C4-C7 Broncofibroscopia: Aspecto normal. Biópsia

transbrônquica realizada nos dois pulmões. **Resultados:** AP (nos dois pulmões) – Carcinoma bronquioalveolar. **Conclusão:** O carcinoma bronquiolo alveolar sempre deve ser considerado um diagnóstico diferencial das doenças pulmonares difusas mesmo em pacientes assintomáticos.

PO311 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO PULMONAR - RELATO DE CASO

Valois FM, Rosa LS, Faro S, Uehara C
UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pseudotumor inflamatório; Tumor miofibroblástico; Granuloma de células plasmáticas

Introdução: O pseudotumor, também conhecido como granuloma de células plasmáticas ou tumor miofibroblástico inflamatório é uma entidade clínica rara que simula malignidade em um exame de imagem. Ainda não está claro se o pseudotumor é um processo inflamatório descontrolado ou se pode ser considerado uma neoplasia verdadeira. **Objetivos:** Relatar caso de Pseudotumor inflamatório pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 60 anos, tabagista (70 anos-maço), com queixa de tosse seca, queda do estado geral, hiporexia e febre não mensurada há 2 semanas. Foi orientado uso de quinolona por dez dias, considerando-se uma infecção respiratória. Retorna 5 dias após completar esquema antibiótico, assintomático, com exame radiológico que revelou massa em lobo superior do pulmão direito sobrepondo a clavícula. Considerou-se a possibilidade de uma neoplasia. A biópsia por broncoscopia não foi diagnóstica. Foi realizada toracotomia com lobectomia e biópsia por congelamento; o anatomopatológico mostrou processo inflamatório, com infiltração de plasmócitos, linfócitos e macrófagos. **Conclusão:** O pseudotumor inflamatório tem características clínicas, radiológicas e tomográficas semelhantes às de uma neoplasia, devendo estar sempre no diagnóstico diferencial nos pacientes portadores de massas pulmonares. A ressecção cirúrgica é fundamental, como modalidades terapêutica e diagnóstica.

PO312 A POSITIVIDADE DA PROTEÍNA P53 PELO MÉTODO DE IMUNOHIQUÍMICA ESTA ASSOCIADA COM A REDUÇÃO DA SOBREVIVÊNCIA MAS CORRELACIONA-SE IMPERFEITAMENTE COM MUTAÇÕES GENÉTICAS EM CARCINOMA DE GRANDE CÉLULAS PULMONARES – RELATO PRELIMINAR

Massoni LM¹, Bianchi CP², Ab'Saber AM³, Parra ER⁴, Capelozzi VL⁵
1,2,3,4. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 5. Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma de grandes células; P53; Biologia molecular

Introdução: A malignidade dos carcinomas de grande células pulmonares aumenta de acordo com a seguinte ordem: carcinomas de grandes células variante clássica com o melhor prognóstico, carcinoma de grande células com morfologia neuroendócrina com prognóstico intermediário e finalmente o pior prognóstico com o carcinoma de grande células neuroendócrino. Devido a malignidade dos carcinomas de grande células pulmonares ser altamente dependente das proteínas de reparo de DNA e do processo de apoptose do ciclo celular, o gene p53 tem sido um alvo constante de pesquisas como um excelente e útil marcador biológico. Estudos prévios têm mostrado que somente um tipo de mutação no gene p53 resulta em expressão exacerbada da proteína p53. Além disto a expressão exacerbada tem sido descrita em tumores com ausência de mutações. **Objetivos:** Estudar tanto a expressão exacerbada da proteína p53 por imunohistoquímica e a mutação do gene através da análise de PCR em carcinoma de grandes células. **Métodos:** Neste estudo, optamos por estudar tanto a expressão exacerbada da proteína via imunohistoquímica como a mutação do gene através da análise de PCR (polymerase chain reaction) dos exons 5,6,7 e 8, estudando assim a correlação destes marcadores com aspectos clínicos e com a classificação histopatológica das lesões. Desta maneira nós investigamos as normalidades do p53 em 15 pacientes com carcinoma de grande células (5 CGCC, 5 CGCNE, 5 CGCMN) que tiveram ressecção cirúrgica curativa. **Resultados:** Os pacientes do estudo mostraram 33,5% de expressão exacerbada da proteína p53 porém nenhum (0%) apresentou seqüências mutadas no gene p53. Observou-se uma correlação negativa com a sobrevida e com a positividade da imunohistoquímica na expressão exacerbada da proteína p53 com ausência de mutações no gene p53 ($p = 0,05$). Quando ajustados para estágio, idade, sexo, e subtipo histológico na análise multivariada, observou-se um impacto independente da expressão exacerbada do p53 em relação a sobrevida. **Conclusão:** O presente estudo indica que a avaliação do p53 poderia se tornar um ponto importante e objetivo na avaliação de sobrevida dos carcinomas de grandes células independente do seu subtipo histológico. Este estudo também sugere que a expressão exacerbada de p53 com ausência de mutações pode ter uma correlação importante com o prognóstico em carcinoma de grandes células em estágios precoces.

PO313 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PULMÃO EM NÃO FUMANTES NOS PACIENTES OPERADOS NO SERVIÇO

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, De Souza DMP, Pena AB, Magalhães EJC

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Câncer; Pulmão; Fumantes

Introdução: O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial. É uma neoplasia com relação causa-efeito bem estabelecida, sendo considerada incomum em não fumantes. **Objetivos:** Conhecer a prevalência do câncer de pulmão relacionada ao tabagismo, no Serviço de Cirurgia Torácica, e descrever o perfil dos não fumantes através de características epidemiológicas associadas à ocorrência dessa neoplasia. **Métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo

através da análise dos prontuários de 351 pacientes portadores de neoplasia maligna de pulmão tratados no Serviço de Cirurgia no período de janeiro de 1986 a março de 2006. As variáveis analisadas foram sexo, idade, tipo histológico, sintomas iniciais, síndromes associadas e tratamento. **Resultados:** Do total de pacientes, 88,9% eram constituídos por fumantes e 11,1% nunca haviam fumado. No grupo dos não fumantes, observou-se que a maioria era composta por mulheres (56,4%) na faixa etária entre quarenta e cinquenta e nove anos (41%) com o tipo histológico adenocarcinoma (53,8%) com sintoma inicial de tosse (56,4%), sem síndromes associadas (89,7%) e foram submetidos a tratamento cirúrgico (43,6%). **Conclusão:** Os dados epidemiológicos obtidos assemelham-se aos dados de câncer de pulmão em não fumantes citados na literatura mundial e também mostram a grande prevalência dessa neoplasia em fumantes, tornando-se necessário implementação de estratégias de combate ao tabagismo.

PO314 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PULMÃO EM MULHERES OPERADAS NO SERVIÇO DE CIRURGIA DO TÓRAX

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Eleutério SJP, De Souza RLP, Magalhães EJC

Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Palavras-chave: Câncer; Pulmão; Mulheres

Introdução: O câncer de pulmão é uma doença extremamente prevalente em nosso meio, e a sua incidência em mulheres vem aumentando, principalmente devido às mudanças de hábitos de vida, como o aumento do tabagismo. O câncer de pulmão ocorre predominantemente em adultos entre 50 e 78 anos de idade, sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais comum entre os pacientes do sexo masculino e intimamente ligado ao tabagismo, enquanto o adenocarcinoma é comumente mais frequente no sexo feminino e tem menor ligação com o hábito de fumar. **Objetivos:** O presente estudo visa analisar os dados epidemiológicos das mulheres com câncer de pulmão tratadas no Serviço de Cirurgia Torácica no período de janeiro de 1986 a março de 2006. **Métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo através da análise dos prontuários de 394 pacientes portadores de neoplasia maligna de pulmão tratados no Serviço de Cirurgia no período de janeiro de 1986 a março de 2006. **Resultados:** Os resultados encontrados mostraram que a incidência de câncer de pulmão em mulheres foi de 1: 2,97 em relação aos homens, sendo que 60,4% das pacientes são fumantes, com maior incidência entre 60 e 70 anos, a maior parte possui carga tabágica entre 10 e 30 anos/maço e o tipo histológico prevalente foi o carcinoma epidermóide. Nos dados encontrados não foi possível diferenciar no grupo não fumante os casos de tabagismo passivo. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos apresentados mostram que a incidência de câncer pulmonar nas mulheres vem aumentando progressivamente devido e principalmente, à mudança de hábito de vida, corroborando com dados da literatura mundial; exceto no que se diz respeito à inversão da incidência do tipo histológico adenocarcinoma para o carcinoma epidermóide, referida no presente estudo. Para a prevenção do câncer de pulmão deve-se combater a epidemia tabágica. Esta estratégia deveria integrar as ações a nível de atenção primária nos programas de saúde.

PO315 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR (CBA) ACOMPANHADOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Borges EL, Jamnik S, Santoro IL, Uehara C, Silva VV
EPM-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma bronquioalveolar; Características clínicas; Diagnóstico

Introdução: O Carcinoma bronquioalveolar é um tipo de adenocarcinoma, com características patológicas próprias. Representa 2 a 3% dos tumores primários de pulmão, apresentando crescimento lento e geralmente associado com bom prognóstico quando comparado com carcinomas pulmonares outros. Há necessidade de novos trabalhos nesta área. **Objetivos:** Estudar as características clínicas deste tipo de adenocarcinoma. **Métodos:** Foram analisados os prontuários de pacientes portadores de CBA do Setor de Oncopneumologia da Universidade Federal de São Paulo, sendo colhidos dados acerca de sexo, idade, cor, hábito tabágico, sinais e sintomas clínicos, índice de Karnofsky, forma de diagnóstico, estadiamento, tratamento e sobrevida. **Resultados:** Dos 1617 pacientes portadores de Carcinoma Broncogênico 45 (2,8%) eram CBA. Predominou pacientes do sexo feminino (53,3%), cor branca (70%) e a idade média foi de 63 anos (semelhante em ambos os sexos). O hábito tabágico estava presente em 29 (64,4%) dos pacientes, a mediana do índice de Karnofsky foi de 80. OS principais sintomas clínicos foram tosse (80%), expectoração (68,7%) e dispnéia (60%). Os pacientes levaram em média 10,7 meses para procurar assistência médica. As imagens radiológicas localizadas prevaleceram em relação às difusas (53,3% e 46,7%, respectivamente). Em 71,1% dos pacientes o diagnóstico foi por biópsia via broncoscopia. A mediana para a taxa de sobrevida foi de 8,0 meses para os homens e 9,5 meses para as mulheres. **Conclusão:** No nosso meio a incidência de CBA é igual para homens e mulheres, tendo a mesma média de idade ao diagnóstico, o qual é feito via biópsia brônquica.

PO316 CARCINOMA ADENOCÍSTICO DE TRAQUEIA

Huttner MD, De Aguiar Lopes F, Martins de Castro Junior MA, Suárez Halty L, Bergamin JA
Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tumor de traquéia; Carcinoma adenocístico; Neoplasia

Introdução: A incidência de tumores traqueais é inferior a 0,2 por 100.000 por ano, considerando todas as mortes por câncer sua mortalidade corresponde apenas a 0,1%. No grupo de tumores traqueais, a incidência do carcinoma adenocístico varia de 18 a 59%, vindo logo após o carcinoma epidermóide, que compreende a metade de todas as neoplasias de traquéia. **Objetivos:** Relatar um caso de um carcinoma adenocístico de traquéia.

Métodos: Relato do caso: paciente masculino, 69 anos, branco, fumante, apresentando quadro agudo febril, com tosse seca, sibilância, dispnéia e hemoptise de pequeno volume. Exame físico normal e radiograma de tórax com sinais de hiperinsuflação pulmonar. A TC cervical e de tórax mostrou lesão tumescente de contornos irregulares, localizada junto à parede ântero-lateral direita da traquéia, logo abaixo da transição cérvico-torácica, medindo 2,5cm no maior eixo, sem linfonomegalias. A fibrobroncoscopia mostrou tumor vegetante, hipervascularizado, polilobulado, no terço superior da traquéia, ocupando 80% de sua luz. **Resultados:** Foi submetido a ressecção cirúrgica, com exérese completa do tumor, sem complicações e com boa evolução até o momento atual. O estudo anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de carcinoma adenocístico de traquéia. **Conclusão:** O caso relatado revela uma apresentação aguda atípica de carcinoma adenocístico da traquéia, neoplasia maligna muito rara que afeta adultos entre 45-60 anos, sem preferência de gênero, com crescimento lento e sintomas pouco específicos. É um tumor que habitualmente permite ampla ressecção com baixa morbimortalidade e de relativo bom prognóstico.

PO317 CARCINOMA BRONQUIÓLO ALVEOLAR COM EVOLUÇÃO DE TRÊS ANOS SEM TRATAMENTO - RELATO DE CASO

Rabello E, Ferreira Martins SE, Veras Correia GF, Souza e Lima FM
Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Carcinoma bronquioloalveolar; Infiltrado pulmonar difuso

Introdução: O carcinoma bronquiolo alveolar (BAC) é um subtipo do adenocarcinoma com diferenças clínicas e patológicas relevantes. Representam aproximadamente 2% dos tumores primários de pulmão. Apresenta crescimento lento e geralmente associado com bom prognóstico. É geralmente considerado tumor de não-fumantes, com predomínio em homens e com média de idade no momento do diagnóstico ao redor de 60 anos podem se apresentar radiologicamente em três padrões distintos: isolado ou nódulo periférico, pneumônico, multicêntrico ou nodular. Os tumores que evoluem para formas difusas bilaterais têm prognóstico pior, comparáveis com os carcinomas não-pequenas células tradicionais e geralmente apresentam-se sintomáticos com intensa dispnéia e broncorréia. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente masculino, 62 anos, com condensação em lobo superior direito e lobo médio, e linfonomegalias hilares e mediastinais, sem diagnóstico após realização de broncoscopia, que recusou-se a ser submetido a toracotomia e retornou após três anos com lesões pulmonares bilaterais difusas. Fazer uma breve revisão sobre carcinoma bronquiolo alveolar. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente foi submetido a toracotomia com biópsia pulmonar em lobo médio, cujo resultado histopatológico foi compatível com carcinoma bronquiolo alveolar. Foi iniciado tratamento quimioterápico com sucesso até o presente momento. **Conclusão:** Os autores relatam um caso de paciente com carcinoma bronquiolo alveolar bilateral, com 3 anos de evolução sem diagnóstico, e sobrevida de 2 anos após início do tratamento e apontam para a necessidade da busca do diagnóstico etiológico das lesões pulmonares difusas, lembrando a possibilidade do acometimento por este tipo de neoplasia em pacientes com quadro radiológico arrastado.

PO318 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO: DOIS CASOS EM MULHERES JOVENS APÓS TUMOR PRIMÁRIO

Kissmann G, Martins RC, Addor G, Nigri DH, Lima CET, Pereira ALB, Haddad R, Barros Franco CA

PUC-RIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pseudotumor inflamatório; Tumores benignos; Tumor pulmonar

Introdução: Pseudotumores Inflamatórios são lesões incomuns, de caráter benigno e que podem ocorrer junto a diversos tecidos, como o pulmonar. **Objetivos:** Apresentação de dois casos de Pseudotumor Inflamatório, ocorridos tardiamente após tratamento de tumor primário, além de revisão da literatura. **Métodos:** A) Feminino, 41 A. Há 3 anos, lobectomia dado nódulo em LM, com diagnóstico de tumor carcinóide. Assintomática no acompanhamento pós-tratamento, apresentou condensação arredondada, 12mm de diâmetro em LIE. Em 45 dias, expansão para 23mm, com broncograma aéreo. PET-CT evidenciou captação intensa na lesão. Broncoscopia sem alteração, coto brônquico normal. Exames laboratoriais negativos: culturas para bactérias, fungos e BK, BAAR, PCRMTB, citopatológico. PPD anérgico. Sorologia para histoplasma negativa. Optado por lobectomia. Análise histopatológica evidenciou pseudotumor inflamatório. B) Feminino, 21A, previamente hígida, em investigação de massa abdominal. USG e TC abdominais evidenciaram massa de origem ovariana e ascite. Alfa-feto proteína e Beta-HCG muito elevados. Biópsia da massa: carcinoma embrionário. Feito quimioterapia: blenoxane + platinar + vepesid com excelente resposta. Evoluiu com infiltrado pulmonar transitório, lavado broncoalveolar negativo. Feita pan-histerectomia e omentectomia, histopatológico evidenciando regressão de tumor. Linfonodos negativos. Quimioterapia de consolidação. Após 3 anos, infiltrado pulmonar que evoluiu a massa de limites precisos, em LIE. Indicada ressecção via VATS. Na análise: tumor miofibroblástico inflamatório (pseudotumor inflamatório). **Resultados:** Pseudotumor Inflamatório caracteriza-se por um agrupamento de células inflamatórias, fibroblastos e tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida. São lesões isoladas, arredondadas, bem circunscritas. Predominam nos lobos inferiores. Ocasionalmente calcificam e raramente cavitam. Captam contraste. Podem levar a tosse, dispnéia e hemoptóicos em 30 a 70% dos pacientes. Em pacientes sintomáticos, sua ressecção cirúrgica é indicada. Não havendo predileção por gênero, trata-se do tumor pulmonar mais comum em jovens com menos de 16 anos. **Conclusão:** Pseudotumor Inflamatório caracteriza-se por um agrupamento de células inflamatórias, fibroblastos e tecido conjuntivo, de etiologia ignorada, sendo o tumor pulmonar mais comum em jovens com menos de 16 anos. Seu tratamento é cirúrgico em pacientes sintomáticos.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO319 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS

Pereira M, Spilimbergo FB, Chaves MSS, Issa F, Pereira JD, Moreira JS
Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma Brônquico; Carcinoma de pequenas células; Apresentação atípica

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células ocorre quase que exclusivamente em tabagistas e representa 15 a 25% de todos os tipos histológicos encontrados. Ele apresenta um crescimento rápido com tempo de duplicação pequeno e com o desenvolvimento precoce de metástases. As síndromes paraneoplásicas endócrino-metabólicas e osteoarticulares são mais prevalentes nos portadores de carcinoma de pequenas células. Este é o tipo histológico de pior prognóstico. **Objetivos:** Descrever um caso de carcinoma de pequenas células que se apresentou de forma não usual. **Métodos:** Relato de Caso. **Resultados:** M.F.R.M, 48 anos, procedente de Porto Alegre, casado, pedreiro, tabagista há 30 anos (40 cigarros/dia). Paciente iniciou com quadro de tosse, expectoração e febre. Apresentava ao radiograma de tórax infiltrado em terço caudal do pulmão direito tendo recebido amoxicilina-sulbactam e posteriormente em vista da não resposta a essa droga, azitromicina e gatifloxacina. Apresentou melhora parcial dos sintomas mas uma semana após ter recebido alta hospitalar retornou a emergência com piora da dispnéia, comprometimento do estado geral, piora radiológica (as alterações regrediram parcialmente no terço inferior mas surgiram novas opacidades em terço médio do pulmão direito). O paciente foi novamente internado para investigação. Laboratório única alteração relevante na internação era um Sódio = 123mg/dl. TC Tórax áreas de atenuação em vidro fosco comprometendo a subtotalidade de pulmão direito. Presença de linfonomegalia subcarinal com 21mm, e hilares à esquerda com 25mm. Fibrobroncoscopia Compressão extrínseca do brônquio principal esquerdo. A biópsia, LBA e LB não foram diagnósticos. Mediastinoscopia Linfonodo mediastinal do nível 7 mostrou no anatomopatológico Carcinoma de pequenas células em linfonodo. Conduta O paciente foi estadiado e apresentava doença limitada. Foi avaliado pela oncologia que optou por iniciar em um primeiro momento apenas com quimioterapia pois a área a ser irradiada era extensa. **Conclusão:** Este paciente havia chegado ao hospital já em tratamento para uma pneumonia da comunidade com betalactâmico. Ele não respondeu clinicamente ao tratamento e apresentava um quadro atípico sendo pensado em legionelose devido a evolução radiológica e a hiponatremia. Mesmo com cobertura para esse patógeno a resposta era muito pequena o que nos motivou a intensificar a investigação quando diagnosticou-se um carcinoma de pequenas células.

PO320 ANGIOSSARCOMA METASTÁTICO PARA OS PULMÕES: UMA CAUSA RARA DE HEMOPTISE INCOERCÍVEL E FATAL

Araujo Teotônio VL¹, Andrade TL², Veloso TVB³, Coelho Filho JC⁴, Pereira-Silva JL⁵
1,3. Hospital Jorge Valente - Salvador-Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2,5. Hospital Jorge Valente - Salvador-Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, Salvador, BA, Brasil; 4. Fundação José Silveira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Angiossarcoma; Hemoptise; Insuficiência respiratória

Introdução: Hemorragia alveolar difusa pressupõe a presença de hemoptise, anemia e infiltrados pulmonares difusos. As doenças neoplásicas não são habitualmente consideradas no diagnóstico diferencial de hemorragia alveolar difusa. Todavia, esta pode ser uma forma rara de apresentação de angiossarcomas. Estes são tumores vasculares malignos raros, representando 1% a 2% de todos os sarcomas. A literatura registra apenas 11 casos isolados de angiossarcoma pulmonar primário, embora a forma metastática seja menos infrequente. O diagnóstico de angiossarcoma metastático para os pulmões, em indivíduos com hemorragia alveolar maciça e insuficiência respiratória grave costuma ser firmado, na maioria das vezes, somente em autópsia. **Objetivos:** Relatar um caso de hemorragia alveolar difusa, que culminou em óbito de um paciente jovem, em insuficiência respiratória grave, refratária às medidas para controle do sangramento e para manter a viabilidade da superfície de trocas gasosas. **Métodos:** É descrito um caso de angiossarcoma metastático para os pulmões, acompanhado de hemoptise maciça incoercível e insuficiência respiratória fatal. **Resultados:** Masculino, 30 anos. Não-tabagista. Previamente saudável. Há dois meses com tosse, escarros sanguíneos escassos, febre baixa e desconforto respiratório progressivo. Emagrecimento de 7Kg no período. À admissão, achava-se em regular estado geral, descorado, anictérico. PA: 120 x 80mmHg; FR: 22cpm; FC 105bpm; T 36,9°C. Estertores crepitantes nas bases pulmonares. ACV normal. TCAR: diminutos nódulos dispersos por ambos os pulmões. Áreas de consolidação multifocal, coalescentes, por vezes circundadas por halo em vidro-fosco. Presença de septos interlobulares espessados. A fibrobroncoscopia foi abreviada devido à dessaturação proibitiva, associada ao sangramento alveolar difuso. Com o agravamento da insuficiência respiratória, foi transferido para a UTI e submetido a ventilação mecânica. À vista da rápida deterioração do quadro e dificuldade para controle do sangramento, foi realizada toracotomia, com biópsia a céu aberto, à beira do leito. Constatou-se o óbito no dia seguinte. O estudo histopatológico de fragmento da lingula mostrou zonas de hemorragia, pequenos nódulos e células atípicas compatíveis com o diagnóstico de angiossarcoma. Embora não tivesse sido possível identificar sua origem; a apresentação difusa, bilateral e multifocal sugere doença metastática. Nos raros casos em que se consegue identificar o tumor primário, a veia cava inferior e o átrio direito são sítios frequentes. **Conclusão:** A possibilidade diagnóstica de angiossarcoma metastático para os pulmões deve ser considerada, na presença de insuficiência respiratória aguda rapidamente progressiva, associada a hemorragia alveolar difusa incoercível, em pacientes com pequenos nódulos pulmonares e áreas de consolidação multifocal, confluentes, circundadas por halo em vidro-fosco.

P0321 TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE PULMÃO

Macedo RF, Zambon L, De Rezende SM, Barbeiro AS, Yonezawa GN, Bragagnolo Junior LA, Araujo Guerra Grangeia T, Schweller M
 UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares; Carcinoma de células granulares; Broncoscopia

Introdução: Os tumores de células granulares, descritos inicialmente por Abrikossoff em 1926, são neoplasias benignas que raramente se manifestam na árvore traqueobrônquica, sendo os sítios mais comuns a pele e a língua. Têm origem neurogênica a partir das células de Schwann. São predominantemente endobrônquicos e únicos, com incidência similar em ambos os sexos. Não há relação comprovada com o tabagismo. Podem mais raramente ser multicêntricos e sincrônicos a outras neoplasias. **Objetivos:** Descrever um caso de tumor endobrônquico de células granulares. **Métodos:** Paciente feminina, 35 anos. **Resultados:** Paciente com antecedente de tabagismo ativo (20 anos-maço) e história de infecções pulmonares de repetição há 1 ano. Radiograma de tórax com atelectasia do segmento anterior do lobo superior esquerdo. Realizada broncoscopia, que evidenciou lesão em óstio do segmento anterior do lobo superior esquerdo. Lavado brônquico com pesquisas e culturas para fungos e micobactérias negativas. A biópsia da lesão demonstrou tumor de células granulares, com material escasso para realização de imunohistoquímica. Tomografia computadorizada de tórax mostrou apenas pequena área hipertransparente no segmento basal lateral de lobo inferior esquerdo, sem evidência de outras lesões. Como não foi observada lesão em tomografia, realizada nova broncoscopia que mostrou irregularidade de mucosa brônquica em ramificação do segmento anterior do lobo superior esquerdo. Biópsia da lesão foi compatível com tumor de células granulares, confirmado pela imunohistoquímica. Durante internação para estadiamento pré-operatório, nova broncoscopia (5 meses após a primeira) não apresentou lesões. Optado por acompanhamento clínico, radiológico e endoscópico. Após 7 anos de seguimento, não há evidência de manifestações da doença. **Conclusão:** O caso mostra o acompanhamento de um paciente com tumor de células granulares, submetido a tratamento conservador. O seguimento prolongado sem sinais de recidiva mostra o caráter benigno da doença.

P0322 ASPECTOS MORFOLÓGICOS E FATORES DE PROGNÓSTICOS DO MESOTELIOMA MALIGNO: ESTUDO DE 58 CASOS

Motta AB¹, Parra ER², Pinheiro G³, Antonangelo L⁴, Monteiro MM⁵, Das Neves Pereira JC⁶, Filho MT⁷, Capelozzi VL⁸

1,2,5,8. Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 3,4. Divisão de Doenças Respiratórias, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 6,7. Departamento de Cirurgia Torácica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tumores malignos pleurais; Imuno-histoquímica; Sobrevida

Introdução: Diversos marcadores têm se mostrados promissórios como preditores do diagnóstico e prognóstico do mesotelioma maligno (MM). **Objetivos:** O objetivo de nosso trabalho foi avaliar diversos marcadores imuno-histoquímicos como fatores de prognóstico de tumores malignos pleurais. **Métodos:** Mediante estudo morfométrico e imunomarcagem de componentes estromais (calretinina, CEA, Leu-M1 e trombomodulina) e nucleares (p53 e Ki-67), avaliamos a sobrevida após o diagnóstico de 58 pacientes com tumores malignos de pleura. **Resultados:** O padrão histológico típico do mesotelioma maligno foi encontrado em 50 casos e o padrão atípico em 8 casos. Imunohistoquimicamente foram confirmados 40 casos como sendo mesoteliomas, 11 como adenocarcinomas e 7 casos do padrão atípico não puderam ser classificados. A análise multivariável do Cox demonstrou a coexistência de um maior fator de risco de morte (476.2), nos pacientes com idade avançada, subtipo histológico bifásico e componentes de expressão nuclear. **Conclusão:** A calretinina foi o marcador imunohistoquímico (IHQ) mais útil para o diagnóstico do mesotelioma e o CEA para o de adenocarcinoma. A quantificação por IHQ da trombomodulina foi fundamental na diferenciação do mesotelioma quando este foi positivo tanto para calretinina e como para o CEA. A informação prognóstica mais valiosa foi a fornecida pela análise rotineira histopatológica do tipo histológico tumoral. Um ponto importante, divisor natural, foi a idade com uma média de 55 anos e 30.5% de componentes nucleares de marcação IHQ, separando os pacientes em dois grupos: pacientes com uma sobrevivência curta contra pacientes com uma sobrevivência mais longa que a esperada. Assim, a análise histopatológica oferece uma arma poderosa e de elevado potencial para guiar no tratamento adjuvante de quimioterápicos após a retirada cirúrgica do mesotelioma. Apoio financeiro: FAPESP, CNPq.

P0323 METÁSTASE ENDOBRÔNQUICA DE FEOCROMOCITOMA

Miliniaciús R

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Feocromocitoma; Metástase; Endobrônquica

Introdução: Manifestações torácicas do feocromocitoma são infrequentes e até hoje, não foram bem documentadas. **Objetivos:** Relatamos um caso de paciente com antecedente de feocromocitoma e metástase endobrônquica. **Métodos:** Feminina, 67 anos, casada, natural de SP, relata tosse seca intermitente há 9 meses com piora nos últimos 3 meses, associada a dispnéia aos grandes esforços, emagrecimento de 10kg e sudorese noturna. Antecedentes: HAS, DM tipo 2, Adrenalectomia direita devido a Feocromocitoma em 2001. Exame físico sem alterações importantes. Exames complementares: Hemograma sem alterações, Bioquímica normal, apenas por glicemia de 220. RX Tórax: opacidade homogênea para hilar E. TC Tórax: lesão endobrônquica e para hilar E e Lobos superior e inferior E. Broncoscopia: ABE – tumoração sésil de superfície irregular, eritematosa, friável ao toque, ocluindo 60% da luz brônquica ápico-posterior do LSE. Paralisia de corda vocal E devido a tumoração local. LBA e Aspirado negativo para células neoplásicas. Biópsia brônquica: neoplasia maligna sólida infiltrativa. Imunohistoquímica: forte positividade para cromogranina, sugestivo de tumor neuroendócrino. **Resultados:** Com esses resultados iniciado investigação de tumor primário de origem supra renal, onde foi encontrado: Metanefrinas urinárias: 20,3mg/l (aumentado), Catecolaminas urinárias: Nora – 52mg/24h (normal), Adrenalina – 30mg/24h (aumentado), Dopamina – 191mg/24h (normal). Cintilografia com Metaiodobenzilguanidina 131 (MIBG) mostrou captação torácica bilateral, em supra renal, coxa E e isquio E. Revisão de lâmina da adrenalectomia: neoplasia de histogênese neuroendócrina. Transferida para Endocrinologia, deu início a ciclos de QT paliativa com Ciclofosfamida, Oncovim e DITC, teve neurotoxicidade a Vincristina, conseguiu realizar apenas 3 ciclos de QT, foi mantida com Prazosin 1mg/dia. Tentativa de Metaiodo paliativa, sem sucesso devida a piora clínica da paciente. **Conclusão:** A incidência do feocromocitoma corresponde a 0.3 a 0.95% dos tumores neuroendócrinos. Podem ser esporádicos ou familiares e estão associados com as neoplasias endócrinas múltiplas. Sua localização extra adrenal é de 10% dos casos e 40% desses são malignos. O acometimento pulmonar é infrequente e o envolvimento endobrônquico isolado, foi descrito somente uma vez na literatura. Várias manifestações torácicas podem ocorrer, entre elas: paragangliomas mediastinais, edema pulmonar, hiperreatividade brônquica, sendo as nodulações em parênquima as mais encontradas. Em estudo histopatológico, podem ser confundidos com tumores carcinóides e carcinoma de pequenas células. Metástase para as vias aéreas superiores ocorre em menos que 5% dos casos. O diagnóstico é realizado através de biópsia endobrônquica e o tratamento quimioterápico, radiação externa e terapia com MIBG-1 (metiodobenzil guanidina-iodina) ainda estão em investigação.

P0324 INFLUÊNCIA DOS MARCADORES MOLECULARES VEGF, CICLINA D1, CERB B2 NO POTENCIAL METASTÁTICO DE CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

Parra ER¹, Pinheiro G², Antonangelo L³, Monteiro MM⁴, Das Neves Pereira JC⁵, Filho MT⁶, Capelozzi VL⁷

1,4,7. Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2,3. Divisão de Doenças Respiratórias, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 5,6. Departamento de Cirurgia Torácica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Imuno-histoquímica; Morfometria

Introdução: A incidência crescente e as altas taxas de mortalidade pelo potencial metastático do câncer de pulmão tem levado pesquisadores à constante busca por marcadores de prognóstico que possam alterar o curso agressivo da doença. **Objetivos:** A proposta deste trabalho foi estudar os carcinomas não pequenos células de pulmão (CNPC) para: 1) avaliar a taxa de crescimento celular através da expressão de marcadores biológicos 2) comparar os índices de expressão no tumor primário e metástases, 3) determinar o impacto de tais marcadores na sobrevida dos pacientes. **Métodos:** 27 pacientes com tumor primário e metástases hematogênicas e 25 pacientes com tumor primário, mas sem metástases hematogênicas, tratados cirurgicamente nos Hospitais Mogi das Cruzes, AC Camargo e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP foram incluídos no estudo. Tumor primário e metástases foram fixados em formol a 10%, corados pela H&E e classificados segundo a OMS de 2004. Pela imunohistoquímica investigou-se as expressões dos marcadores biológicos Ciclina D1, cerb-B2 e VEGF. Os índices de expressão dos diferentes marcadores imunohistoquímicos empregados, foram feitos pela técnica do point-counting. Os dados foram analisados pelo teste ANOVA one-way e comparações entre as curvas de sobrevida foram feitas pelo teste de Kaplan-Meier, estratificando os marcadores em valores alto e baixo. **Resultados:** Dezesesseis pacientes foram do sexo feminino e 36 do sexo masculino. A média de idade foi 63,37 anos. Na tabela são mostradas as médias e desvios padrões dos marcadores biológicos estratificados de acordo com tumor não metastático, tumor metastático e metástases *VEGF Tu não metast X Tumor metast p > 0.05; Tu não metast X Metástase p > 0.05; Metástase X Tumor metast p > 0.05 **Ciclina D1 Tu não metast X Tumor metast p = 0.01; Tu não metast X Metástase p = 0.05; Metástase X Tumor metast p > 0.05 ***Cerb-B2 Tu não metast X Tumor metast p > 0.05; Tu não metast X Metástase p > 0.05; Metástase X Tumor metast p > 0.05. **Conclusão:** Recomendamos um painel com VEGF, CICLINA D1, CERB B2 na rotina anatomopatológica dos CNPC ressecados e suas correspondentes metástases como base de suporte para instalação do tratamento adjuvante. FAPESP 04/07595-0, CNPq 301576/2004-1.

P0325 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PULMÃO ASSOCIADO A ASPERGILLOSA EM CAVIDADE PULMONAR SANEADA DE TUBERCULOSE

Balthazar AB, Macedo RF, Quagliato Junior R, Zambon L, Yonezawa GN, Bragagnolo Junior LA, Schweller M, Araujo Guerra Grangeia T
 UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares; Aspergillus; Tuberculose

Introdução: A tuberculose pulmonar é uma doença freqüente em nosso meio e em sua evolução pode alterar a arquitetura pulmonar com aparecimento de bronquiectasias, cavitações e fibrose. A redução da depuração mucociliar normal cria um ambiente propício para o desenvolvimento de infecções recorrentes (bactérias e fungos) gerando processo inflamatório local. A produção de citocinas inflamatórias, fatores de crescimento e radicais livres desencadeia mecanismos de reparação celular que podem contribuir para a gênese de células neoplásicas. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente diagnosticada inicialmente como aspergilose pulmonar intracavitária em que a investigação endoscópica demonstrou associação com carcinoma epidermóide de pulmão. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 52 anos. **Resultados:** Paciente com história de hemoptise e emagrecimento de 10kg em 4 meses. Tem antecedente de tuberculose pulmonar tratada na infância e tabagismo. Pesquisas e culturas de escarro para fungos e bacilos álcool ácido resistentes (BAAR) foram negativas. Radiograma e tomografia computadorizada de tórax evidenciaram redução volumétrica do hemitórax esquerdo, espessamento pleural apical e cavitação

com paredes espessas, bordas internas irregulares e conteúdo amorfo em lobo superior esquerdo que não se modificou com a mudança de decúbito. Realizou broncoscopia que demonstrou discreta lesão infiltrativa no terço distal do brônquio principal esquerdo e brônquio do lobo superior esquerdo. Lavado, escovado brônquico e biópsia foram negativas para BAAR e neoplasias, porém a cultura do lavado foi positiva para *Aspergillus fumigatus*. Por ter condições funcionais para realizar toracotomia (espirometria: VEF1: 0,99L (41%); CVF: 1,41L (48%) e VEF1/CVF: 70%) foi iniciada instilação endoscópica de anfotericina B. Nos exames endoscópicos subsequentes notou-se progressão das lesões infiltrativas até a carina traqueal e nova biópsia evidenciou carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado. **Conclusão:** O caso ilustra a necessidade de um correto diagnóstico do aspergiloma através do isolamento do fungo em culturas, bem como da cuidadosa investigação de outras possíveis doenças associadas. O fato de haver importante espessamento com irregularidade da parede da cavidade e o conteúdo intracavitário manter a posição com a mudança de decúbito podem ser pistas para uma abordagem mais agressiva desse tipo de lesão. Destacamos ainda a necessidade de acompanhamento dos pacientes com alterações arquiteturais pulmonares para diagnóstico precoce de neoplasias, especialmente quando houver modificações no quadro clínico (hemoptise, emagrecimento) ou radiológico.

PO326 RESPOSTA SURPREENDENTE À QUIMIOTERAPIA EM EXTENSA METÁSTASE PULMONAR DE RABDOMIOSSARCOMA

Câmara GF¹, Câmara LAS², Holanda VM³, De Lima DP⁴, Cavalcanti Fernandes AC⁵, Da Silva YKF⁶, Travassos Junior RR⁷

1,2,3,4,5,6. UFPP, João Pessoa, PB, Brasil; 7. Clínica Respirar, João Pessoa, PB, Brasil.

Palavras-chave: Metástase; Pulmão; Rbdomiossarcoma

Introdução: Rbdomiossarcoma é um tumor mesenquimal maligno com características histopatológicas de músculo estriado em vários estágios da embriogênese. Acomete preferencialmente crianças e adolescentes com predominância masculina. A média de idade no diagnóstico é de 11,8 anos. As principais características clínicas são aumento de volume geralmente indolor e de crescimento rápido, progressivo e firme. Metástases em linfonodos regionais são incomuns e afetam com maior frequência região de cabeça e pescoço, trato geniturinário e extremidades. São classificados histologicamente nos subtipos embrionário, alveolar, pleomórfico e indiferenciado. O tratamento inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O prognóstico depende principalmente do estadiamento clínico e subtipo do tumor. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é mostrar a evolução clínico-radiológica pulmonar surpreendentemente favorável do paciente. **Métodos:** O paciente R. A., 11 anos, procedente de Petrolina-PE, residente em João Pessoa-PB, teve diagnóstico firmado de Rbdomiossarcoma embrionário e volumosa formação expansiva heterogênea ocupando o hemitórax direito em Dez/2004. Segue em acompanhamento clínico. **Resultados:** Em Out/2004, o paciente apresentou dor em região posterior do hemitórax direito, dependente de esforço e ventilação, evoluindo para dor intensa e constante em 2 meses, período em que foi tratado como pneumonia. Em Dez/2004, começou a perceber tumoração indolor em região posterior da coxa esquerda. Submetido à ressonância magnética, revelou-se tumoração de 10 x 7 x 4 cm em terço medial da coxa. À biópsia, diagnosticou-se rbdmiossarcoma embrionário. Feito rastreamento com tomografia computadorizada, evidenciou-se que a pneumonia era na verdade uma volumosa formação expansiva heterogênea ocupando o hemitórax direito, com atelectasia do pulmão direito, desvio de mediastino e traqueia contralateralmente, pulmão esquerdo preservado e sem evidências de linfonodomegalias mediastinais. Neste período, houve perda de peso significativa e redução na qualidade de vida, estabelecendo-se prognóstico muito sombrio para o caso. Iniciou-se esquema terapêutico com 50 semanas de quimioterapia e 30 sessões de radioterapia em coxa esquerda. A evolução clínica e radiológica foi surpreendente, com desaparecimento total da imensa lesão pulmonar, em acompanhamentos tomográficos seriados num período de 18 meses do diagnóstico, com remissão total da lesão da perna. Atualmente, paciente recuperou os padrões nutricionais anteriores à doença e obteve significativa melhora da qualidade de vida, retomando suas atividades diárias. **Conclusão:** Diante deste caso pode-se concluir que quanto mais agressivas forem as lesões neoplásicas, melhor sua resposta à radioterapia e quimioterapia, mesmo em casos muito graves que poderiam desencorajar tratamento mais agressivo. Outra constatação é da importância de se insistir num diagnóstico definitivo nos casos de pneumonias sem clínica e resposta terapêutica adequadas.

PO327 MULTIVARIATE CLUSTER ANALYSIS IN CHARACTERIZATION OF NEUROENDOCRINE LUNG TUMORS

Capelozzi VL, Farath C, Parra ER, Ab'Saber AM

Departments of Pathology ** Mathematics and Statistics of University of São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Microscopy diagnosis; Classification of neuroendocrine; Prognosis of lung tumors

Introduction: Classification of neuroendocrine lung tumor is important to establish treatment and prognosis of the patients, but the differences among the several subtypes are so subtle as to cause diagnostic uncertainty with light microscopy diagnosis. **Objectives:** In view of this, the authors undertook to establish reproducible electron-microscopic criteria for the four major types of neuroendocrine tumors of the lung: Carcinoid, Atypical Carcinoid, Large Cell Neuroendocrine Carcinoma and Small Cell Carcinoma. **Methods:** Sixteen morphometry variables relating to tumor cell differentiation were assessed on 27 tumors, which were selected from 100 surgical lung specimens. All were considered by premorphometry examination to correspond to one of the above four tumors. These neuroendocrine lung tumors were subjected to a 16 variables morphometric and cluster analysis. Measurements were performed on electron micrographs using a digital image analyzer. Cluster anal-

ysis of the morphometry variables was used to group the tumours into three clusters which related to Kaplan Meier survival function. **Results:** The obtained three clusters of neuroendocrine carcinomas have associations with survival curves proving that electron microscopic features are of prognostic significance. The tumors fell into three well defined clusters which represent a spectrum of neuroendocrine differentiation. Cluster 2 with atypical carcinoids and large cell neuroendocrine carcinomas presents a spectrum midway between typical carcinoid and small cell carcinoma and represent an intermediate step in neuroendocrine carcinogenesis. **Conclusion:** This study confirms that electron microscopy is useful in the diagnosis and prognosis of lung tumors. [CNPq 300430/95-7]; [FAPESP 2000/14336-0].

PO328 ADENOCARCINOMA PULMONAR MIMETIZANDO TUBERCULOSE

Alves JR¹, Farinazzo A², Farinazzo BAB³, Alves SA⁴

1,4. Centro do pulmão, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2. CLAR, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3. FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Tuberculose; Nódulos

Introdução: O adenocarcinoma pulmonar e seus subtipos mistos e o carcinoma bronquioloalveolar apresentam manifestação radiológica variável. Podendo ser um nódulo periférico solitário, múltiplos nódulos e consolidação lobar. Quando existe um proeminente componente do carcinoma bronquioloalveolar na tomografia computadorizada (TC) o descrito é a opacidade em "vidro-fosco". O Adenocarcinoma com um componente invasivo tem uma tendência a ter uma aparência sólida na TC. Pode ocorrer um misto de opacidade em vidro fosco e aparência sólida se o adenocarcinoma apresentar componentes invasivos e bronquioloalveolares. Múltiplos nódulos podem ser evidenciados sendo unilateral ou bilateral. Eles podem consistir de massas dominantes com nódulos satélites dentro do mesmo lobo ou múltiplos nódulos em mais de um lobo. O padrão de consolidação lobar mostra infiltrado parenquimatoso difuso que radiologicamente é difícil de distinguir de pneumonia lobar. Já a tuberculose pulmonar primária tipicamente se manifesta radiologicamente como doença parenquimatosa, linfadenopatia, derrame pleural, doença miliar e atelectasia lobar e segmentar. O presente caso mostra um aspecto não usual do adenocarcinoma pulmonar que mimetizava o aspecto radiológico da tuberculose pulmonar. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** S.A.L.E., mulher, 35 anos, auxiliar de enfermagem, com história de tosse seca e emagrecimento há 2 meses com contactante bacilífero positivo. Em radiografia de tórax de 01/06/05 evidenciava-se opacidade grosseira ovalar. Associada a faixas lineares radiodensas que se estendem até o hilo pulmonar em lobo superior direito. Em 02/01/06 em tomografia de tórax foram descritas massas parenquimatosas hipopneumáticas espiculadas de contornos irregulares e apresentando escavação central localizadas no segmento anterior do lobo superior esquerdo. Uma massa mede 3,5 por 2,8cm nos seus maiores eixos com íntimo contato pleural. Outra massa com 1,8 por 1,2cm nos seus maiores eixos no segmento posterior do lobo superior direito. Ainda foram descritas lesões hiperatenuantes centrolobulares, nodulares e ramificadas com áreas de "vidro-fosco" ao redor, localizadas no lobo inferior direito e médio com aspecto que sugere representar lesão de pequenas vias aéreas com áreas de confluência. Linfonodomegalia subcarinal. Em 23/03/06 paciente foi submetida a punção biópsia sendo feito o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. **Conclusão:** O presente caso relatado evidenciou um padrão miliar em radiografia simples de tórax com opacidade grosseira ovalar com tomografia computadorizada com massas parenquimatosas pouco sugestivas. Pela refratariedade ao tratamento, a biópsia se fez importante para a continuidade terapêutica. A paciente faleceu dois meses após o diagnóstico.

PO329 METÁSTASE PULMONAR DE RABDOMIOSSARCOMA

Miliniacius R

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Rbdomiossarcoma; Metástase; Pulmonar

Introdução: O rbdmiossarcoma são neoplasias malignas oriundas da célula mesenquimal primitiva, excetuando-se os tumores ósseos, as leucemias e os linfomas. São tumores raros, Cabeça e pescoço (inclusive o globo ocular), são as regiões mais comumente afetadas, assim como a bexiga e os testículos. Pode também ocorrer na parede abdominal, nos músculos peitorais ou membros superiores e inferiores, podem levar a metástase para o pulmão. **Objetivos:** Descrevemos um caso de Rbdomiossarcoma com metástase para pulmão. **Métodos:** Feminina, branca, 71 anos, natural de São Paulo. Refere que cerca de 1 mês notou uma massa em região posterior de coxa esquerda, acompanhada de tosse seca que piorou nos últimos 15 dias, evoluindo com hemoptícos. Antecedente de prótese de cabeça de fêmur esquerdo há 5 anos. Ao exame: bom estado geral, descorada, acianótica, eupnéica com murmúrio vesicular diminuído em terço inferior de hemitórax direito e tumoração em região glútea esquerda **Resultados:** Exames complementares: RX tórax: TC Tórax: Broncoscopia: presença de tumoração pouco vascularizada com pedículo distal, moderadamente friável, ocultando lobo médio. TC coxofemoral E (04/08/05): massa com atenuação de partes moles localizada em planos musculares de região glútea E e outra com características semelhantes junto a musculatura da região pélvica E. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, foi solicitado RNM cerebral: múltiplas imagens nodulares parênquima cerebral e cerebelo bilateralmente. Imunopatológico de biópsia de pulmão: rbdmiossarcoma de alto grau. Resultado da massa tumoral coxofemoral E: sarcoma de alto grau. **Conclusão:** Há dois grupos principais de rbdmiossarcoma embrionário (cerca de 75% dos casos) e o alveolar. A incidência do tipo embrionário é maior em crianças de até 4 anos, enquanto que o tipo alveolar surge igualmente em todas as faixas etárias, desde bebês, crianças, adolescente, adulto e jovem. Trata-se de uma neoplasia muito agressiva e invasiva, com alta taxa de recidivas locais e de metástases disseminadas pela circulação sanguínea e/ou linfática, podendo alojar-se em órgãos como fígado, ossos, pulmões e cérebro.

PO330 TUBERCULOSE CONCOMITANTE A NEOPLASIA PULMONAR: RELATO DE CASO

Gazzana MB, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Sanchotene MLC, Schwarz P, Knorst MM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasia pulmonar; Tuberculose pulmonar; Diagnóstico

Introdução: A tuberculose é uma infecção altamente prevalente em nosso meio, e sua associação com neoplasia pulmonar já foi demonstrada na literatura. **Objetivos:** Relatar um caso de tuberculose associada a neoplasia pulmonar. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: Tuberculosis Lung Cancer). **Resultados:** Paciente feminina, 64 anos, tabagista pesada e história familiar positiva para câncer de pulmão (pai, 2 irmãs), vem a emergência com história de dispnéia, emagrecimento, tosse produtiva e dor torácica a direita há 1 mês, com piora progressiva. RX de tórax demonstrava grande lesão escavada em lobo superior direito; TC tórax com volumosa lesão escavada em lobo superior direito de paredes espessas e irregulares com extenso espessamento pleural adjacente e adenomegalias paratraqueais direita. Exame de escarro apresentou 3 amostras com BAAR positivo (2+). Iniciado tratamento com RHZ. Devido aos fatores de risco e características radiológicas da lesão, optou-se por prosseguir investigação para neoplasia através de biópsia transtorácica guiada por ecografia, AP demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado, e após exames, estadiamento clínico foi T3N2M0 (IIIA). Devido às condições clínicas da paciente contra-indicou-se tratamento cirúrgico e optou-se por rádio e quimioterapia concomitantes. Entretanto, paciente evoluiu com quadro séptico sem condições para iniciar o tratamento. Após tratar o quadro infeccioso, teve alta em uso de tuberculostáticos e cuidados paliativos para a neoplasia. **Conclusão:** Apesar da tuberculose e da neoplasia pulmonar serem doenças de diagnóstico diferencial, o médico deve em nosso meio.

PO331 CARCINOMA BRONQUIÓLO ALVEOLAR COM APRESENTAÇÃO MICRONODULAR DIFUSA E ACOMETIMENTO DE VÉRTEBRA CERVICAL. RELATO DE CASO

Batista LL¹, Prado MS², Campos BJ³, Dyonísio GC⁴, Do Nascimento ECT⁵, Costa CBS⁶, Sanyomy AH⁷, Da Costa Lima MRP⁸

1. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Carcinoma bronquioloalveolar; Infiltrado intersticial micronodular

Introdução: Apresentando um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial, o câncer de pulmão é uma das mais comuns neoplasias malignas. E com uma alta taxa de mortalidade, foi responsável no Brasil por 14.715 óbitos em 2000, sendo o maior responsável por óbitos causados pelas doenças neoplásicas. O carcinoma bronquioloalveolar (CBA) é um subtipo de adenocarcinoma de pulmão, representa 2 a 6% das neoplasias pulmonares e tipicamente apresenta três padrões radiológicos: nódulo pulmonar solitário, multinodular e consolidação parenquimatosa ou doença difusa. Porém com manifestações variadas, permanece como desafio diagnóstico. **Objetivos:** Apresentar o relato de um caso clínico atendido e acompanhado multidisciplinarmente no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, engenheiro, procurou atendimento com queixa de dor à movimentação e perda da força muscular em braço e ombro direitos que haviam iniciado há uma semana. Ao exame físico apresentava hipotrofia, diminuição da força em deltóide. Atendido pela neurologia foi feita hipótese de plexopatia braquial superior, tratado com antiinflamatório, porém evoluiu com piora, acometendo o membro superior esquerdo, apresentando dores locais intensas e diminuição do tônus muscular também em bíceps e cintura escapular. A princípio foi acompanhado ambulatorialmente realizando eletroneuromiografia para investigação compatível com neuropatia do plexo braquial (causa infecciosa, neoplásica, paraneoplásica?). Apresentou ainda RX tórax com infiltrado intersticial retículo-nodular e RNM coluna cervical sugestiva de processo infiltrativo ou processo específico. Com piora das dores, da fraqueza muscular, dispnéia e emagrecimento de 20kg, foi internado pela neurocirurgia para avaliação, possível exploração cirúrgica de corpos vertebrais e investigação diagnóstica. Após interconsulta pela pneumologia, para avaliação dos achados radiológicos, foi realizado Tomografia computadorizada de Tórax que demonstrou múltiplas pequenas opacidades nodulares difusamente distribuídas para ambos campos pulmonares medindo em média 0,5cm cada uma. Feito hipótese diagnósticas de Tuberculose miliar com acometimento ósseo, optou-se por iniciar prova terapêutica para Tuberculose com esquema triplice e adiar exploração cirúrgica. Após uma melhora inicial, o paciente retorna no segundo mês de tratamento na emergência em uso das medicações, com piora das queixas, além de hiporexia, delírios, febre e prostração. Re-internado para reavaliação diagnóstica e tratamento, evoluiu com insuficiência respiratória e óbito. **Resultados:** Necropsia demonstrando Neoplasia multinodular bilateral e imunohistoquímica de tecido pulmonar, carcinoma bronquioloalveolar metastático. **Conclusão:** O infiltrado micronodular é uma manifestação atípica de neoplasia, mesmo entre o carcinoma bronquioloalveolar que possui diversas apresentações. O CBA pode simular inúmeras patologias, dificultando assim o diagnóstico precoce.

PO332 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA

Lavor NP, Jeunon AS, Gonçalves ACG, Medeiros CCQ, Lima CHS, De Araújo IG, De Sousa RM, Trindade RPA

Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande, PB, Brasil.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Atípico; Biópsia

Introdução: As neoplasias pulmonares são um problema de saúde pública global. São os mais frequentes tipos de câncer em todo o mundo e sua incidência, especialmente em mulheres, tem aumentado. O adenocarcinoma broncogênico corresponde ao segundo lugar em frequência (20% dos casos), variando de bem a pouco diferenciado. Sua localização

mais freqüente é periférica, com padrão de crescimento estenosante ou vegetante em relação ao brônquio de origem e compressivo em relação ao tecido pulmonar. A velocidade de crescimento local é lenta e o indivíduo segue assintomático ou com sintomas tardios à despeito de seu desenvolvimento. A apresentação radiológica normalmente é caracterizada por um nódulo solitário acompanhada de linfadenomegalia mediastinal e massas hilares. **Objetivos:** Relato de Caso. **Métodos:** I.G.S., 69 anos, masculino, natural de Campina Grande, procedente de Queimadas-PB, admitido em 28/06/06 no Hospital Universitário Alcides Carneiro, relatando tosse seca há um ano, acompanhada de perda ponderal de sete kg em dois meses e febre há 30 dias. Não referia outras queixas. Negava tabagismo. No momento da admissão, apresentou RX com infiltrado alvéolo-intersticial em AHT sugestivo de TB ou infecção fúngica. À ausculta pulmonar, murmúrio vesicular rude, com estertores e sibilos em AHT. Sinais de dispnéia leve. Evoluiu sem intercorrências. Foram solicitados exames para investigação, que inicialmente sugeriam uma doença inflamatória pulmonar, porém a biópsia a céu aberto diagnosticou uma neoplasia. Paciente foi encaminhado para serviço especializado em oncologia para avaliação e tratamento, onde permaneceu internado por nove dias, evoluindo com piora clínica acentuada, dor epigástrica e desconforto respiratório dependente de O₂. Não houve indicação de quimioterapia por não apresentar condições clínicas. Evoluiu para óbito no nono dia de internação. **Resultados:** Leucograma (15400, 77, 12); VSH (40); fosfatase alcalina (179); DHL (964); baciloscopias (três amostras negativas); tomografia computadorizada (presença de extensas áreas de consolidação no parênquima pulmonar, esparsas e confluentes, predominando no lobo inferior direito, notadamente nos segmentos posteriores e centrais, com broncogramas aéreos de permeio, associados a tênues opacidades do tipo vidro fosco, nódulos com contornos espiculados na cortical de ambos os pulmões, predominando à esquerda. Imagens sugestivas de linfonomegalia em situação periaórtica e na janela aorto-pulmonar). Descrição sugerindo processo inflamatório. Realizou biópsia a céu aberto que revelou adenocarcinoma túbulo papilífero bem diferenciado, com áreas de diferenciação escamosa infiltrando difusamente o parênquima e a pleura. Neoplasia estendendo-se à margem cirúrgica de ressecção. **Conclusão:** A relevância desse caso consiste na apresentação atípica do quadro, adiando o diagnóstico definitivo e o tratamento adequado, o que talvez tenha corroborado para o óbito do paciente.

PO333 EXPERIÊNCIA DE 21 PACIENTES COM NÓDULO PULMONAR, AVALIADOS COM PET-CT

Kissmann G, Martins RC, Barbosa da Fonseca LM, Almeida SA, Nigri DH, Addor G, Barros Franco CA

PUC-RIO/Hospital Samaritano, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: PET-CT; Nódulo pulmonar; Câncer de pulmão

Introdução: O câncer de pulmão é uma das doenças neoplásicas de maior prevalência no mundo, com alto índice de mortalidade. O diagnóstico precoce de um nódulo pulmonar maligno está diretamente relacionado ao prognóstico. **Objetivos:** Avaliar a exatidão diagnóstica da tomografia por emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada (PET-CT) no diagnóstico do carcinoma de pulmão não pequenas células, em pacientes com nódulo pulmonar. **Métodos:** Estudo retrospectivo, monocêntrico, com análise de prontuários, entre março 2005 e julho de 2006. Incluídos os pacientes que apresentavam nódulo pulmonar, sem evidência de doença extratorácica, história pregressa de neoplasia e ainda sem confirmação diagnóstica com histopatologia, até o momento da realização do exame. Foram considerados resultados positivos os exames na qual o consumo estandarizado de glicose (SUV) marcada com flúor 18 (FDG[18F]) foi maior ou igual a 2,5. Considerados negativos os exames com SUV abaixo deste valor ou não captantes. Todos os exames foram analisados e interpretados levando em consideração a história clínica dos pacientes e o aspecto radiológico dos nódulos. **Resultados:** Incluídos 21 pacientes, sendo 12 homens e 9 mulheres, com idades entre 45 e 82 anos. Entre os 9 pacientes com exame positivo, todos realizaram biópsia, 5 tinham adenocarcinoma, 2 carcinoma bronquioloalveolar, 1 linfoma não Hodgkin e 1 histoplasmose. Doze pacientes tiveram exame com baixa captação ou sem captação, destes 2 realizaram biópsia, sendo um adenocarcinoma e o outro tuberculose, todos os outros completaram 1 ano de acompanhamento e não apresentaram alteração do nódulo na TC de tórax. A análise dos dados mostrou que o uso deste método na avaliação de nódulos pulmonares apresenta uma sensibilidade de 88,8%, especificidade de 83,3%, valor preditivo positivo de 80% e valor preditivo negativo de 90,9%, a exatidão diagnóstica foi de 85,7%. **Conclusão:** Os dados preliminares do estudo mostram que PET-CT é um método promissor, que apresenta uma boa exatidão diagnóstica para câncer de pulmão em pacientes com nódulo pulmonar.

PO334 SINERGISMO ENTRE GEFITINIBE E PEMETREXEDE NO TRATAMENTO QUÍMICO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tratamento; Inibidores de tirosina-quinase

Introdução: Atualmente, docetaxel, pemetrexede e erlotinibe são considerados para o tratamento sistêmico de segunda linha em portadores de CPCNP. Para o tratamento de terceira linha, apenas o erlotinibe está aprovado. Em recente estudo, envolvendo cultura de células previamente resistentes à ação de inibidor de tirosina-quinase do EGFR, Li et col.(1) demonstraram, in vitro, um significativo sinergismo no efeito citotóxico induzido pelo uso concomitante de erlotinibe e pemetrexede. A superação de resistência primária e secundária ao erlotinibe, pela provável manipulação das mutações de K-Ras e EGFR, em linhagens celulares de CPCNP após exposição ao pemetrexede, poderá ajudar a definir uma nova sequência de tratamento e adicionar esperança aos pacientes portadores de tumores resistentes a múltiplas drogas. **Objetivos:** Apresentamos dois casos de nossa experiência que enfocam esse problema. **Métodos:** Apresentação de Caso 1: AJS, 57 anos, médico, não fumante, PSK = 90%, portador de carcinoma bronquiolo-alveolar, estágio clínico IV, iniciou tratamento em 15/07/04. Recebeu quatro ciclos de CDDP 80mg/m² d1 plus gencitabina 1500mg/

m2 d1 plus vinorelbina 30mg/m2 d1 e dois ciclos de docetaxel 75mg/m2 d1. Teve progressão tumoral em 08/03/05. Iniciou terceira linha com 5-fluoruracila 1000mg/m2 d1, d8, epirubicina 60mg/m2 d1 e mitomicina C 6mg/m2 d1. Após dois ciclos identificada nova progressão passando a receber gefitinibe 250mg/dia/30 dias. Ao final desse período, como a imagem radiológica apresenta-se evidente piora, iniciou quinta linha com pemetrexede 500mg/m2 d1. Em avaliação radiológica do tórax, logo após o primeiro ciclo, observou-se inusitada resposta. O paciente recebeu 15 ciclos consecutivos de pemetrexede. **Resultados:** Apresentação de Caso 2: RB, 86 anos, corretor imobiliário, tabagista 20 cigarros/dia/60 anos, PSK = 80%, portador de adenocarcinoma de pulmão, estágio clínico 3B, iniciou tratamento a partir de 21/12/01, com carboplatina AUC 4 d1 plus vinorelbina 25mg/m2 d1, d15 durante quatro ciclos procedidos por radioterapia de consolidação. Identificada progressão em 28/04/04. Iniciou docetaxel 60mg/m2 d1 sendo o tratamento interrompido, após dois ciclos, por neurotoxicidade. Passou a usar gefitinibe 250mg/dia até 30/08/05 quando se identificou progressão. Iniciou pemetrexede a partir de 12/09/05. Após sete dias de iniciado o tratamento, foi realizado RX tórax que evidenciou expressiva resposta tumoral. **Conclusão:** As respostas tumorais observadas são inesperadas, tanto com relação à época em que foram observadas quanto à sua magnitude, para pacientes intensamente tratados e, principalmente, em quarta e quinta linhas. É possível que a exposição prévia a um inibidor da tirosina-quinase do EGFR possa modificar a resposta biológica das células tumorais quando posteriormente expostas ao pemetrexede, tornando-as extremamente sensíveis à ação deste antimetabólito.

PO335 TARCEVATM COMO UM EVENTUAL TRATAMENTO ADJUVANTE EM PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tratamento; Inibidores de tirosina-quinase

Introdução: O emprego dos inibidores da tirosina-quinase dos receptores do fator de crescimento epidérmico (EGFR) mostrou-se eficiente como tratamento de segunda e terceira linhas em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) localmente avançado ou disseminado. Inibindo a proliferação celular, se dependente da hiperexpressão de EGF, o erlotinibe tem a capacidade de reter as células tumorais na fase G1. É bem possível que, em futuro próximo, esse tratamento possa estar indicado como mais uma opção de tratamento adjuvante em portadores de CPCNP. **Objetivos:** Apresentação de Caso. **Métodos:** SFS, masculino, 66 anos, lavrador, admitido no ICAVC em 16/06/01 com diagnóstico prévio de adenocarcinoma de pulmão. Negava tabagismo. Radiologicamente apresentava massa em lobo superior esquerdo associada a atelectasia segmentar. Seu exame físico era normal. Tinha um KPS = 90%, PA = 130/70mmHg, FC = 72bpm e ausência de linfonomegalia periférica palpável. Após os exames de imagem rotineiros foi estadiado como IIB (T4 N2 M0). Iniciou seu tratamento em 16/06/01 com intenção neo-adjuvante recebendo quatro ciclos consecutivos do esquema cisplatina 80mg/m2 d1 plus gencitabina 800mg/m2 d1, d8 plus vinorelbina 25mg/m2 d1, d8 com acentuada resposta tumoral objetiva (RP). Em 31/10/2001, foi submetido a lobectomia superior esquerda com esvaziamento radical do mediastino. O estágio patológico foi IIIA (pT2 pN2 pMx). **Resultados:** Na época, optou-se por não realizar adjuvância pela debilidade física apresentada pelo paciente após a toracotomia. Em 13/03/02, em exame tomográfico de rotina, foram detectados múltiplos nódulos metastáticos pulmonares bilaterais e, posteriormente, em 10/06/02, metástases ósseas. O paciente iniciou erlotinibe, 150mg diários, a partir de 18/09/02 com excelente resultado, conforme atestaram as imagens radiológicas de seguimento. Como efeitos colaterais apresentou diarreia intermitente, lesões acneiformes em face e tronco, que tiveram melhora espontânea, e paroníquia. Não houve necessidade de se reduzir a dose da medicação durante todo o tratamento. O paciente recebeu 17 ciclos ininterruptos de erlotinibe até 19/01/2004 quando o tratamento foi interrompido por progressão tumoral. SFS veio a falecer em 25/05/04 devido a franca carcinomatose. **Conclusão:** O caso ilustra a impossibilidade de tratamento complementar adjuvante, por debilidade constitucional apresentada pelo paciente, além da precoce recidiva tumoral, apenas cinco meses após a lobectomia. Mesmo em vigência de doença macroscópica volumosa, o resultado do tratamento com TARCEVATM foi extremamente eficiente propiciando tempo de resposta tumoral de 15 meses e sobrevida de quase três anos. Levando em consideração os fatos acima, o resultado do tratamento poderia ter sido melhor caso o tratamento de alvo biológico fosse instituído mais cedo, como uma verdadeira adjuvância, em vigência de remanescente doença neoplásica microscópica.

PO336 ATIVIDADE DE UM NOVO INIBIDOR SELETIVO DE TK - EGFR HUMANO DENOMINADO TARCEVATM. EXPRESSIVO RESULTADO TERAPÊUTICO EM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO-PEQUENAS

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tratamento; Inibidores de tirosina-quinase

Introdução: TarcevaTM (erlotinibe) é um novo inibidor seletivo da tirosina - quinase (TK) do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) presente em alguns tumores sólidos com destaque para o câncer de pulmão de células não - pequenas (CPCNP). Sua indicação para o tratamento de CPCNP refratário a pelo menos uma linha de tratamento sistêmico foi aprovada nos Estados Unidos, em meados de 2005, com base nos dados de estudo BR.21. Apresentamos um caso do protocolo BR.21 que foi tratado em nossa instituição e que merece destaque por sua inusitada resposta. **Objetivos:** Apresentação de Caso: **Métodos:** S.T., masculino, 63 anos, japonês, lavrador, admitido no serviço de onco-pneumologia do ICAVC com o diagnóstico de carcinoma indiferenciado de pulmão após ter sido submetido a uma biópsia pleural. Na época referiu dor em hemitórax direito, dispnéia progressiva, na época em repouso, tosse seca, sibilância e anorexia sem perda de peso. Ao exame físico

apresentava KPS = 70%, murmúrio abolido em base direita, bulhas cardíacas rítmicas com FC = 80bpm, PA = 120/80mmHg e abdômen flácido sem particularidades. Negava tabagismo e tinha antecedentes de gastrite. Radiologicamente, apresentava uma massa de contornos indefinidos em lobo inferior direito e derrame pleural direito de grande porte. O estágio clínico ficou definido como IIB (T4 N0 M0) e iniciou tratamento sistêmico paliativo em 18/01/2002. Recebeu, inicialmente, seis ciclos de esquema CDDP 80mg/m2 d1 plus NVB 25mg/m2 d1, d8 com resposta objetiva considerada como estável. Apresentou progressão tumoral em 07/08/2002 e iniciou esquema de segunda linha com CDDP 80mg/m2 d1 plus gencitabina 1,5g/m2 d1, em um total de dois ciclos, evoluindo com progressão. Apresentou, na altura, metástases ósseas e hepáticas além de derrame pericárdico de médio porte sem sinais clínicos de tamponamento cardíaco. Iniciou erlotinibe em dezembro de 2002, 150mg diários, em um total de 11 ciclos, sem interrupções ou redução de dose. Apresentou rápida e acentuada resposta tumoral, bem evidenciada logo após as primeiras três semanas de terapia alvo-direcionada. Após esse período de tratamento bem sucedido, evoluiu com rápida progressão tumoral, a partir de 23/09/2003. **Resultados:** Veio a falecer, em 07/01/04, por insuficiência respiratória em consequência de progressivo encarceramento pulmonar direito e infiltrado alveolar difuso bilateral. **Conclusão:** A ocorrência de apoptose é um fenômeno esperado em pacientes tratados com inibidores de tirosina-quinase do EGFR. Sua frequência gira em torno de 8-11% e costuma se apresentar logo no início do tratamento com essas moléculas-alvo específicas. O paciente acima apresentou intervalo de tempo livre de progressão bastante longo e não habitual ao que é observado nos tratamentos com drogas citostáticas em doentes com a neoplasia francamente disseminada.

PO337 EFICÁCIA DA QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA NO CONTROLE DE METÁSTASES CEREBRAIS DURANTE O TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (CPCNP)

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Metástase cerebral; Quimioterapia

Introdução: O SNC é um importante sítio para metastatização em pacientes com câncer de pulmão. Metástases cerebrais constituem mais de 25% de todas as recorrências em CPCNP. Quando não tratadas, levam a um prognóstico sombrio e sobrevida mediana inferior a dois meses. Usualmente, pacientes com múltiplas lesões cerebrais são tratados com radioterapia total do cérebro. O papel da quimioterapia é limitado devido à crença de que a maioria dos agentes não ultrapassa a barreira hematoencefálica. Alguns estudos evidenciam que essa barreira é ineficaz em presença da lesão cerebral volumosa e a resposta da metástase cerebral não difere da observada na doença como um todo. **Objetivos:** Apresentamos, a seguir, três casos de nossa experiência que documentam a ação da quimioterapia sistêmica sobre a lesão cerebral. **Métodos:** CASO 1: ASS, 52 anos, branco, motorista, admitido em 05/04/06 com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão. Estádio clínico (EC) IV (T4 N3 M1cer, lin). TC de crânio, de 13/04/06, evidenciou nódulo hiperatenuante no lobo frontal direito. Ausência de sintomas neurológicos. Recebeu cisplatina 80mg/m2 d1 e gencitabina 1000mg/m2 d1, d8 a cada três semanas. Após o segundo ciclo, foi realizada nova tomografia do crânio que mostrou resposta completa da lesão cerebral. Radiologicamente, a lesão pulmonar teve resposta parcial. CASO 2: JSR, 70 anos, doméstica, admitida em 24/04/06 com diagnóstico de câncer de pulmão indiferenciado de células não pequenas. EC = IV (T4 N3 M1cer, pul). Em TC de crânio inicial ficou evidenciado nódulo cortical frontal esquerdo. Recebeu inicialmente cisplatina 80mg/m2 d1 e gencitabina 1000mg/m2 d1, d8 a cada três semanas. Após os dois primeiros ciclos, nova tomografia de crânio evidenciou resposta completa da lesão cerebral. A resposta do tumor intratorácico foi considerada parcial. **Resultados:** CASO 3: HP, 70 anos, tecelã, admitida em 05/12/05 com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão. EC: IV (T4 N0 M1pul, cer). Tomografia de crânio observou nódulo em lobo temporal direito compatível com lesão secundária. Recebeu cisplatina 80mg/m2 d1 e vinorelbina 25mg/m2 d1, d8 a cada três semanas. Após dois ciclos, novas tomografias foram realizadas evidenciando resposta completa da lesão cerebral enquanto a doença pulmonar manteve-se estável. **Conclusão:** Nos casos apresentados, as metástases cerebrais responderam ao tratamento sistêmico independentemente da resposta objetiva avaliada sobre o tumor primário. Esse comportamento evidencia que, de alguma forma, a barreira hematoencefálica foi quebrada e que os clones celulares das metástases podem não ter o mesmo comportamento biológico do tumor primário. Para o tratamento de CPCNP, o emprego de esquemas quimioterápicos com drogas de terceira geração deve ser considerado. Menor volume tumoral obtido pela ação da quimioterapia sobre a lesão cerebral deve propiciar melhor controle da doença após radioterapia holocraneana de consolidação.

PO338 LINFONODO SENTINELA EM CARCINOMA NÃO DE PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

Andrade CF¹, Geyer G², Camargo JJP³, Felicetti JC⁴

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4. Santa Casa Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma brônquico; Diagnóstico; Linfonodo sentinela

Introdução: O estadiamento baseado na identificação de linfonodo sentinela (LNS) já é formalmente aceito na literatura e vem sendo utilizado em inúmeros tipos de neoplasias como o melanoma, carcinoma de mama, estômago, cólon, assim como no carcinoma brônquico. A detecção do linfonodo sentinela, visa facilitar a identificação da via de drenagem linfática do tumor, com a intenção de realizar um esvaziamento ganglionar preciso, melhorando assim o prognóstico e reduzindo a recidiva tumoral e consequentemente aumentando a sobrevida dos pacientes portadores de neoplasia. **Objetivos:** Avaliar a acurácia do Azul Patente V na identificação de Linfonodo Sentinela em pacientes com carcinoma brônquico não de pequenas células (CBNPC). **Métodos:** Entre março de 2004 e março de 2006, foram analisados prospectivamente 32 pacientes com CBNPC com estágios clínicos IA a IIB. Todos

os pacientes foram submetidos a exames de rotina pré-operatórios para exclusão de doença disseminada. Logo após efetuada a toracotomia ântero-lateral e identificado o tumor, eram injetados 0,5 mililitros de Azul Patente V em cada um dos quatro quadrantes do tumor e depois de um intervalo entre 10 a 20 minutos identificava-se sob visão direta o linfonodo que estivesse tingido com corante, classificando o mesmo como "Linfonodo Sentinela", o qual era separado do resto dos linfonodos para posterior análise histológica e imunoistoquímica. **Resultados:** Foram identificados 15 pacientes com LNS (46,9%) no intra operatório. Deste total foram encontrados 19 linfonodos sentinelas já que quatro pacientes possuíam dois LNS. Em dois pacientes com estágio clínico IA e IB, quando o LNS foi positivo para metástases o mediastino também estava comprometido com metástases. **Conclusão:** A identificação de linfonodo sentinela em pacientes com carcinoma não de pequenas células através da utilização do Azul Patente V mostra-se como uma abordagem exequível, embora com baixo nível de acurácia e sem suficiente especificidade para ser utilizado isoladamente com método de estadiamento mediastinal.

PO339 ANÁLISE INTERINA DE PROMISSOR ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO NO TRATAMENTO SISTÊMICO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS PEQUENAS (CPCP)

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Carcinoma indiferenciado de pequenas células; Metástase cerebral

Introdução: O câncer de pulmão de células pequenas é doença notoriamente agressiva que se caracteriza por rápido crescimento e precoce aparecimento de metástases à distância. Atualmente, a associação etoposídeo plus cisplatina permanece como tratamento de escolha. A expectativa de vida para esses pacientes é de 9-12 meses, com uma resposta global de 61-78% e taxa de resposta completa de 10-14%. **Objetivos:** Mesmo com esses resultados, a sobrevida em 5 anos costuma ser menor que 5% justificando a busca por esquemas quimioterápicos mais eficientes. **Métodos:** Trinta pacientes admitidos no ICAVC entre janeiro/2005 e abril/2006, com diagnóstico de CPCP, foram avaliados. O estágio inicial foi realizado através de tomografias computadorizadas do tórax, crânio, abdômen superior e cintilografia óssea. Todos os pacientes receberam cisplatina 80mg/m² D1, gencitabina 1500mg/m² D1 e vinorelbina 30mg/m² D1, a cada três semanas, num total de quatro ciclos para doença localizada (DL) e seis ciclos para doença extensa (DE). Ao final da fase quimioterápica, os pacientes com DL receberam radioterapia seqüencial de consolidação. A resposta ao tratamento foi seguida através de radiografia de tórax após cada ciclo e novas tomografias torácicas foram obtidas após o terceiro ciclo e ao final do tratamento. **Resultados:** Dezesesseis pacientes (53%) eram do sexo masculino e 14 (47%) do feminino; a mediana de idade para os pacientes foi de 57 anos (extremos 40-75 anos); KPS variou de 70% a 90% (mediana 80%); vinte (67%) pacientes foram estadiados como DE e 10 (33%) como DL. Todos eram virgens de tratamento. Os com DL receberam em média 3,7 ciclos (extremos, 2-4 ciclos) e os com DE quatro ciclos em média (extremos, 2-6 ciclos). Vinte e dois pacientes obtiveram resposta objetiva (73%): cinco respostas completas (RC) (17%) e 17 respostas parciais (RP) (56%). Dos cinco pacientes com RC, dois tinham DL. Principais toxicidades G 3-4 foram: Não-hematológicas: náusea (26%), vômitos (40%), anorexia (43%), astenia (7%) e neurotoxicidade motora (7%); Hematológicas: anemia (7%), trombocitopenia (7%) e neutropenia (20%). Não ocorreu nenhum caso de neutropenia febril. **Conclusão:** Embasados nos resultados acima podemos dizer que o esquema avaliado apresenta excelente resposta tumoral tanto nos pacientes com DL quanto nos com DE e excepcional perfil de toxicidade clínica e hematológica. O período de acompanhamento desta população é insuficiente para se avaliar os benefícios quanto à sobrevida.

PO340 EXCESSIVA DEMORA NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DO CÂNCER DE PULMÃO. DEPENDE DO MÉDICO, DO PACIENTE OU DO SISTEMA?

Pereira JR

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Diagnóstico; Retardo

Introdução: O câncer de pulmão, no Brasil, é a maior causa de mortalidade por neoplasia. Geralmente a suspeita costuma ser formulada a partir de uma história clínica bem feita. A confirmação histopatológica costuma ser efetuada, em até 90% dos casos, através de broncoscopia. Se seu diagnóstico é protelado, o início do tratamento, em consequência, é inevitavelmente retardado. **Objetivos:** Procuramos identificar os fatores que levam ao diagnóstico tardio das neoplasias pulmonares. **Métodos:** Avaliação prospectiva de informações voluntariamente fornecidas por 372 pacientes portadores de câncer de pulmão admitidos no ICAVC. **Resultados:** Constatamos, cumulativamente, que 29% dos pacientes procuram assistência médica em até uma semana a partir do início dos sintomas; 61,5% em até 30 dias; 81,4% em até 90 dias; e 18,5% além de 90 dias. Inicialmente, 24,5% dos pacientes procuraram serviço privado, enquanto 75,5% procuraram algum serviço público. Nessa população de portadores de câncer de pulmão, o primeiro diagnóstico mais aventado foi pneumonia, em 28% dos casos. Neoplasia pulmonar foi cogitada em apenas 20,7% atendimentos. Para obter o diagnóstico clínico do câncer, 11,8% dos pacientes consultaram apenas um profissional; 24,5% procuraram dois diferentes médicos e; 45,4%, três ou mais médicos. A partir do início do primeiro sintoma: 6,8% dos pacientes levaram até 30 dias para o diagnóstico definitivo do câncer; 24%, de 30 a 90 dias; 32,6%, de 91 a 180 dias; 22,2%, de 181 a 365 dias e; 14,5% dos doentes, além de 365 dias. O câncer foi diagnosticado na primeira consulta pelos serviços privados em 33% dos casos, contra 16,7% nos serviços públicos (p = 0,00089). Os sintomas a seguir levaram os doentes ao médico em até 30 dias: tosse, em 51,6% ocasiões; dor torácica, em 62,7%; hemoptise, em 64,3% e; dispnéia, em 70,3% das vezes. Com hemoptise, 42,9% procuram assistência em até sete dias (p = 0,1061). Desde o início dos sintomas, pacientes com tosse, em 53,9% ocasiões, obtiveram diagnóstico em até

180 dias; 56,6% dos com dor torácica; e 81,6% e 82,2%, respectivamente, com dispnéia e hemoptise (p = 0,0108). Dos doentes que buscaram serviço particular, 10% receberam diagnóstico em até 30 dias. No serviço público, o número caiu para 3,9%. Em até 90 dias os números são semelhantes, 30% nos privados e 28,8% nos públicos. **Conclusão:** Em 80% dos casos não se suspeita de neoplasia no primeiro atendimento. Só 18,5% dos pacientes são diretamente responsáveis pela demora ao procurar assistência além de três meses. Até 36,7% dos diagnósticos são feitos após seis meses do início dos sintomas, evidenciando que, o médico ou o sistema de saúde exerce importante papel, para essa demora. Hemoptise é o sintoma que mais rápido leva o paciente ao médico. Hemoptise e dispnéia isoladamente levam o médico a realizar o diagnóstico da neoplasia de forma mais precoce (p < 0,05).

PO341 CARCINOMA BRONQUIÓLO-ALVEOLAR DE ASPECTO RADIOLÓGICO DIFUSO

Melo Matos I¹, Sampaio Viana CM², Penha Uchoa Sales M³, Jatai IO⁴

1,2,4. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma bronquiolo-alveolar; Adenocarcinoma; Câncer de pulmão

Introdução: O CBA é um subtipo de adenocarcinoma de pulmão, que representa em torno de 2-6% das neoplasias pulmonares. Os padrões radiológicos mais encontrados são: nódulo pulmonar solitário e consolidação parenquimatosa (73%), além de acometimento pulmonar difuso ou multicêntrico (27%). **Objetivos:** Relatar caso de CBA com acometimento radiológico difuso. **Métodos:** Relato do caso de paciente do sexo feminino, 56 anos, residente em Fortaleza. **Resultados:** Há três meses iniciou quadro de adinamia e anorexia com perda de peso involuntária de 15kg nesse período, sem outras queixas respiratórias ou sistêmicas. Procurou atendimento médico, sendo realizado exames complementares sem elucidação diagnóstica, recebeu prescrições de medicações para alívio dos sintomas e encaminhada ao hospital de Messejana. Negava tabagismo ou outras patologias. Ao exame físico, encontrava-se com estado geral regular, emagrecida, eupnéica; ausculta pulmonar revelou estertores crepitantes difusos e bilaterais; sem outras alterações. Avaliação radiológica (RXT e TCT) evidenciou nódulos difusos múltiplos, coalescentes, bilaterais, produzindo consolidações com broncograma aéreo. Realizada broncoscopia com biópsia transbrônquica, cujo diagnóstico histopatológico foi de carcinoma bronquioloalveolar. **Conclusão:** O CBA acomete ambos os sexos, na faixa etária entre 40 a 70 anos, os sintomas iniciais são inespecíficos, podendo em até metade dos casos, os pacientes serem assintomáticos. A expectoração abundante tipo "clara de ovo" é bastante sugestiva do diagnóstico, porém representa sintoma tardio e ocorre em menos de 10% dos pacientes. Como o presente caso, cerca de 50% não são tabagistas. As formas difusas possuem pior prognóstico e o retardo no diagnóstico ocorre em virtude da dificuldade de diferenciação com outras patologias como tuberculose, micose, embolia séptica entre outras. O diagnóstico definitivo é realizado através do exame histopatológico.

DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

PO342 EVOLUÇÃO TEMPORAL DA FUNÇÃO PULMONAR EM PORTADORES DE ESCLERODERMIA

Ladosky W¹, Marinho MEA², Botelho MAM³, Ladosky W⁴

1. Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, Brasil; 2. Hospital das Clínicas, Recife, PE, Brasil; 3,4. Hospital das Clínicas, Recife, PE, Caribe.

Palavras-chave: Esclerodermia; TCAR; Fisiopatologia

Introdução: A esclerose sistêmica é uma colagenose que se caracteriza por extensiva fibrose e anormalidades de pequenas artérias e micro vasculatura. As alterações cutâneas representam as manifestações clínicas mais predominantes, podendo acometer órgãos internos onde existe tecido conjuntivo, como o pulmão. A proliferação de fibrose no tecido intersticial é responsável pela maior parte das manifestações clínicas: fibrose dérmica (esclerodermia) e fibrose intersticial pulmonar. O somatório das diversas anormalidades pulmonares parece ser um dos mais importantes eventos precipitadores de óbitos. **Objetivos:** Em face da carência de dados na literatura referentes a variações temporais dos valores espirométricos, realizamos este estudo a fim de identificarmos as possíveis variações de parâmetros espirométricos, em função do tempo de doença, a partir dos primeiros sintomas, informados pelo paciente. **Métodos:** Estudamos 51 pacientes, de ambos os sexos, com diagnóstico de esclerodermia, firmado por especialistas. Os pacientes foram divididos em 3 grupos segundo a idade de doença: a) menos que cinco anos de evolução; b) entre seis e dez anos; e c) com mais que dez anos. Todos foram submetidos à espirometria com teste de bronco dilatador. Foram também submetidos à TCAR para identificação e estudo da fibrose intersticial pulmonar. Nos os pacientes com menos de 5 anos de doença, 80% apresentaram à TCAR áreas de "vidro fosco" e faveolamento. No grupo b) a incidência subiu para 96% e, todos os do grupo c) apresentavam a imagem de fibrose intersticial com subversão da estrutura. **Resultados:** Considerando, por faixa etária, observamos que, em qualquer uma delas, o percentual de resultados indicativos de processos restritivos são significativamente mais elevados que os resultados normais. Entre os espirogramas restritivos, os percentuais de restrição com fluxo supra normais são mais elevados que os puramente restritivos. Entre os parâmetros de fluxo, o FEF 25-75 apresentou diminuição constante com a evolução da enfermidade. A diferença da média obtida entre os pacientes com até 5 anos comparada com a encontrada em pacientes com mais que 10 anos de evolução, é estatisticamente significativa (P < 0,05). Nos demais parâmetros as médias de variação são não significativas (P > 0,05). **Conclusão:** São apresentadas evidências que as alterações pulmonares se instalam desde o início da abertura do quadro clínico da esclerodermia. A incidência de lesões pulmonares cresce com o passar do tempo de enfermidade e se caracterizam por aumento e complicação da fibrose intersticial e perda das relações de fluxo entre CVF; VEF1 e FEF 25-75.

PO343 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE MANIFESTADA COM BRONQUIOLITE – RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Gasparetto J, De Barros JA, Scussato DL
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade; Bronquiolite; Diagnóstico
Introdução: Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é a forma mais comum de doença intersticial pulmonar, geralmente acometendo, além do interstício pulmonar, também as vias aéreas terminais (bronquíolos), menos comumente envolvendo apenas esta última – bronquiolite. Quando se manifesta desta forma, o diagnóstico de PH torna-se mais difícil, vindo muitas vezes com a evolução do quadro clínico. **Objetivos:** Relatar um caso de PH manifestada apenas com bronquiolite, sendo o seu diagnóstico obtido apenas com a evolução do quadro. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relata-se o caso de um paciente masculino de 39 anos com tosse seca há 2 meses evoluindo com dispnéia progressiva há 2 semanas e emagrecimento de 6kg. À ausculta respiratória apresentava presença de estertores crepitantes difusos bilateralmente. Hemograma com 13.000 leucócitos (8% bastões), VHS = 19, Gasometria arterial com PH = 7,43, PO₂ = 53, PCO₂ = 31, HCO₃ = 22, SatO₂ = 89%. Rx de tórax com presença de lesões nodulares difusas mal definidas. Tomografia de tórax com presença de extensas áreas de perfusão em mosaico em ambos pulmões e aprisionamento aéreo. Prova de Função Pulmonar com distúrbio pulmonar obstrutivo grave, prova broncodilatadora positiva, presença de alçaamento de ar e distúrbio difusional leve. Fibrobroncoscopia com presença de secreção purulenta na luz, sem outras alterações. LBA com 100 leucócitos (46% linfócitos). Biópsia transbrônquica demonstrando fragmento de parede brônquica com presença de infiltrado linfoplasmocitário mural e área focal de tecido alveolar com septos pouco alargados por infiltrado linfoplasmocitário, fibroblastos e discreto aumento da matriz colágena. Diagnóstico firmado de bronquiolite de causa infecciosa, sendo iniciado tratamento por 14 dias com levofloxacina, recebendo alta com melhora clínica e bom estado. Após 1 semana em casa, reiniciou com os mesmos sintomas. Durante a reavaliação, o paciente referiu morar em casa com presença de grande quantidade de mofo, tendo nova melhora clínica apenas com o afastamento do ambiente domiciliar, desta forma fechamos o diagnóstico de Bronquiolite associada a PH. Iniciado tratamento com Corticóide oral (prednisona 60mg/dia) e mudança definitiva do ambiente domiciliar. **Conclusão:** Apesar de ser a forma mais comum de doença pulmonar intersticial, é incomum a apresentação de PH apenas com Bronquiolite. Quando manifestada desta forma, o diagnóstico etiológico torna-se mais complexo, vindo, como neste caso, com a evolução do quadro clínico.

PO344 NÓDULOS PULMONARES ESCAVADOS ASSOCIADOS À ARTRITE REUMATÓIDE – RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Czelusniak S, De Barros JA, Scussato DL
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Artrite reumatóide; Nódulos; Escavados
Introdução: O acometimento pleuropulmonar é comum na Artrite Reumatóide (AR), ocorrendo em cerca de 50% dos casos, porém, a presença de nódulos pulmonares é rara, em menos de 1% dos casos, sendo sua ocorrência mais comum em homens, associados a nódulos subcutâneos e manifestações extra-articulares. O diagnóstico, neste caso, é firmado com a biópsia do nódulo pulmonar. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com nódulos pulmonares escavados conseqüentes à artrite reumatóide. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de uma paciente feminina, 58 anos, com diagnóstico de AR há 15 anos (em tratamento com meloxicam, cloroquina e prednisona), que iniciou com tosse produtiva associada a hemoptise e emagrecimento com 6 meses de evolução. Apresentava-se taquicárdica, taquipnéica, com ausculta respiratória difusamente diminuída e deformidades articulares da artrite reumatóide, sem a presença de nódulos subcutâneos ou outra alteração extra-articular. Ao Rx tórax, presença de 3 nódulos pulmonares provavelmente escavados, e à tomografia de tórax foram identificados 4 nódulos, sendo 3 escavados, Rx seios da face sem alterações. FR = 277, FAN negativo, provas atividade inflamatória elevadas, perfil ANCA com c-ANCA negativo e p-ANCA com positividade de 1/80, PPD não reator, BAAR escarro (3 amostras) negativo. Prova de função pulmonar com distúrbio difusional moderado. Ecocardiograma sem alterações significativas. Na fibrobroncoscopia foi evidenciada lesão polipóide em prega vocal esquerda, sem outras alterações. No Lavado broncoalveolar foram identificados 200 leucócitos (72% neutrófilos), além de Gram, BAAR, Micológico negativos e culturas para germes bacterianos, fungos e BAAR negativos, citologia oncológica negativa para malignidade. Biópsia de pólipa prega vocal esquerda com inflamação crônica inespecífica. Biópsia transbrônquica com fragmento pulmonar e alveolar com hemorragia recente, grande número de macrófagos alveolares e histiócitos na luz, confirmando o diagnóstico de nódulos pulmonares escavados decorrentes de artrite reumatóide. Iniciado tratamento com imunossupressor (ciclofosfamida 100mg/dia). **Conclusão:** O acometimento pulmonar com nódulos escavados é raro na AR, geralmente associado a outras manifestações extra-articulares da AR. Quando há essa suspeita, é necessária a análise histopatológico para o diagnóstico definitivo desta condição. O tratamento, neste caso, deve ser realizado com corticoterapia ou agentes imunossupressores.

PO345 PNEUMONITE INTERSTICIAL LINFÓIDE ASSOCIADA A IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL – RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Scussato DL, Araújo JS, Sbalquero APN, De Stefani F
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonite intersticial linfóide; Imunodeficiência comum variável; Diagnóstico e tratamento
Introdução: A Pneumonite Intersticial Linfóide (LIP) é uma entidade rara, caracterizada pela infiltração de linfócitos e células plasmocitárias no tecido intersticial pulmonar e nos espa-
J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

ços alveolares. A infiltração pulmonar pelo tecido linfóide tem um amplo espectro de manifestações que variam desde hiperplasia benigna até processos neoplásicos. Diversas doenças podem estar associadas ao seu desenvolvimento, dentre elas encontra-se a imunodeficiência comum variável, sendo o tratamento, neste caso, baseado na correção dessa imunodeficiência. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com LIP associada a imunodeficiência comum variável, com melhora do quadro após tratamento com reposição de imunoglobulina humana. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de uma paciente feminina de 28 anos que há 3 anos apresenta episódios recorrentes de tosse, expectoração amarelada, hemoptise, associados à dor pleurítica e dispnéia. Há 2 anos com linfadenomegalia cervical, submandibular e aumento do volume abdominal. Ao exame físico apresentava linfonodos cervicais anteriores, posteriores e submandibulares, baço palpável a 10cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma sem alterações significativas, VHS = 20, HIV negativo, FAN negativo. Dosagem de imunoglobulinas: IgA = 22,1; IgG = 214,7; IgM = 16,8. Rx de tórax com infiltrado intersticial difuso, predominando em bases. Tomografia de tórax evidenciando nódulos de até 10mm de distribuição predominantemente centrolobular bilateralmente, principalmente nos dois terços inferiores dos pulmões, áreas de atenuação em vidro fosco no LSD; bronquiectasias de tração no segmento medial do lobo médio. Biópsia de linfonodo cervical mostrou hiperplasia folicular. Biópsia de medula óssea demonstrou formação de foliculo linfóide e eritroblastos. Prova de função pulmonar evidenciou restrição leve com distúrbio difusional grave. A biópsia pulmonar confirmou o quadro histológico compatível com Pneumonia Intersticial Linfóide. Iniciado tratamento com reposição de imunoglobulina humana 0,5g/kg mensal e prednisona 60mg/dia durante 6 meses. Houve melhora clínico-radiológica e funcional significativa, estando a paciente atualmente assintomática, mantendo apenas a reposição de imunoglobulina recombinante humana mensal. **Conclusão:** A LIP é um tipo de doença intersticial pulmonar associada a deficiência imunológica, a qual pode ser benigna ou maligna. Após o diagnóstico firmado de LIP é necessária uma investigação geral a procura de processo neoplásico. Sendo essa busca negativa, parte-se para a investigação de processos benignos relacionados à imunodeficiência, dentre eles, a dosagem de imunoglobulinas. A imunodeficiência comum variável apresenta-se com a dosagem de todas as imunoglobulinas abaixo do normal. O tratamento, neste caso, baseia-se na reposição mensal de imunoglobulina humana apresentando boa resposta terapêutica do quadro clínico, radiológico e funcional.

PO346 BRONQUIOLITE AGUDA NECROTIZANTE: RELATO DE CASO

D'Aquino LC¹, Ferreira JM², Cardoso D³, Junior AS⁴, Schwingell FL⁵, Junior HF⁶, Neto VDA⁷, Tonal CC⁸

1. Serviço de Pneumologia, Joinville SC, Brasil; 2. Serviço Pneumologia, Joinville, SC, Brasil; 3,4,5,6. Serviço Pneumologia, Joinville, SC, Brasil; 7. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil; 8. Universidade Pontifícia Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; Aguda; Necrotizante

Introdução: Bronquiolites celulares são lesões caracterizadas por um aumento no número de células inflamatórias no lumen ou na parede das vias aéreas. Um amplo espectro de alterações patológicas são observadas na bronquiolite celular. Dependendo do tipo celular presente pode ser classificado como bronquiolite aguda (neutrófilos polimorfonucleares) ou crônica (mononucleares). Necrose da mucosa brônquica ocorre nas bronquiolites necrotizantes. A título de exemplo iremos relatar um caso de bronquiolite aguda necrotizante do adulto caracterizado por exsudato neutrofilico na parede de vias aéreas com destruição e necrose das mesmas evidenciado na biópsia de pulmão à céu aberto. **Objetivos:** Demonstrar um caso de bronquiolite aguda necrotizante em adulto que foi inicialmente tratado com pneumonia atípica. **Métodos:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 48 anos, tabagista de 70 ano/maço procedente da região de Joinville-SC, que foi internado no Hospital Regional em meados de 2005, com o diagnóstico clínico de pneumonia comunitária atípica. Medicado com levofloxacina sem melhora do quadro. Realizado biópsia de pulmão à céu aberto que revelou, fragmentos de parênquima pulmonar com arquitetura acinar preservada com presença de bronquiolite necrosante, caracterizada por exsudato neutrofilico na parede de vias aéreas com destruição e necrose das mesmas, por vezes com extensão para espaços aéreos adjacentes com preenchimento alveolar. Associado havia fibrina e áreas de hemorragia recente. **Resultados:** Paciente previamente hígido admitido no Hospital Regional em meados de outubro de 2005 com sintomas de tosse com exp escassa, febre e dispnéia com 1 semana de evolução. Ao exame de internação o paciente apresentava roncospiratórios esparsos e os exames laboratoriais; hemograma com 13.500 leucócitos, 3 bastões, 69 segmentados, 21 linfócitos, 04 monócitos e 3 eosinófilos, com VHS 110mm. Gasometria arterial com pH 7.474, pO₂ de 56.30, pCO₂ de 29.90, HCO₃ de 21.50, SatO₂ de 91% com BE de -0.80. BAAR 3 amostras todas negativas no escarro. Cultura do escarro para germes comuns negativa. Crioaglutinina positiva (negativo: título até 1.43). Ao RX demonstrava um acometimento pulmonar bilateral heterogêneo sugerindo um padrão alvéolo-intersticial. A tomografia demonstrava nódulos centrolobulares e áreas de consolidação peribrônquica e subpleurais. **Conclusão:** O interesse deste relato de caso é a forma rara em adulto de bronquiolite aguda necrotizante, com boa reposta clínica e radiológica a corticoterapia.

PO347 HISTIOCITOSE X: RELATO DE CASO

D'Aquino LC¹, Schwingell FL², Cardoso D³, Junior AS⁴, Ferreira JM⁵, Junior HF⁶, Neto VDA⁷, Tonal CC⁸

1,2,3,4,5. Serviço de Pneumologia, Joinville, SC, Brasil; 6. Departamento de Patologia, Joinville, SC, Brasil; 7. UFPR, Curitiba, PR, Brasil; 8. PUC, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Doença; Pulmonar; Difusa

Introdução: A Histiocitose pulmonar de células de Langerhans, também conhecida como Granuloma eosinofílico ou Histiocitose X é uma doença pulmonar intersticial rara. Pode ocorrer como processo pulmonar local (usualmente em indivíduos jovens) ou como parte de uma doença multissistêmica (freqüentemente em crianças ou adolescentes) chamado doen-

ça de Lettere-Siwe, granuloma eosinofílico multifocal, Síndrome Hand-Schuller-Christian. O diagnóstico é feito pela demonstração dos granulomas de células de Langerhans no tecido pulmonar. Acomete normalmente indivíduos na sua terceira e quarta década da vida. Há confirmação, através de estudo de caso-controle, que o tabagismo é importante fator de risco para o desenvolvimento da doença e que existe relação com a carga tabágica. **Objetivos:** Os autores descrevem um caso de histiocitose pulmonar de células de Langerhans com melhora importante após cessação do tabagismo. **Métodos:** Trata-se de uma paciente de 34 anos, proveniente de São Francisco do Sul-SC, previamente hígida, tabagista de 30 cigarros por dia desde os 18 anos de idade, que foi atendida no ambulatório do Serviço de Pneumologia de Joinville, para investigação de infiltrado pulmonar difuso, acompanhado de tosse e dispnéia. **Resultados:** Sintomas de tosse e dispnéia, com aproximadamente 1 mês de evolução. Ao exame físico, a paciente estava em bom estado geral, com presença roncospiratórios esparsos audíveis à auscultação pulmonar. Exames laboratoriais todos normais. Espirometria, com valores previstos nacionais, demonstra CVF de 3.59L/sec (98% previsto), VEF1 de 2.87L/sec (92% do previsto), FEF25-75% de 2.56L/sec (74% previsto) com Tiffeneau de 80%. Realizada RX de tórax que revelou múltiplos nódulos pulmonares. A TCAR demonstrou múltiplas cavidades, predominado nos lobos superiores, poupando as bases. Realizado biópsia pulmonar à céu aberto que demonstrou à microscopia ótica, granulomas peribronquiolares compostos de histiócitos, linfócitos e eosinófilos. **Conclusão:** Este caso demonstrou existir uma forte relação com tabagismo no desenvolvimento desta doença. Bem como o efeito benéfico na cessação do mesmo com melhora clínica e radiológica evidenciada neste caso.

PO348 RELATO DE CASO: GRANULOMATOSE DE WEGENER

Goldenfum PR

Pavilhão Pereira Filho-Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener; Vasculite; Anca-C

Introdução: As síndromes hemorrágicas pulmonares caracterizam-se por infiltrado pulmonar bilateral, queda dos níveis de hemoglobina e hipoxemia. As infecções, vasculites, coagulopatias e doenças do colágeno caracterizam-se como causas de sangramento. Dentre as vasculites podemos destacar a Granulomatose de Wegener que se caracteriza por uma inflamação nas pequenas e médias artérias, sendo esta do tipo necrotizante podendo acometer o trato respiratório superior, inferior e o rim (glomerulonefrite necrotizante focal ou segmentar). **Objetivos:** Paciente masculino 63 anos evoluindo com 2 infecções respiratórias tratadas adequadamente com antibióticos não apresentando melhora clínica importante. Permanecendo com tosse produtiva associada a hemoptóicos, dispnéia, astenia e febre. História de úlcera nasal associada a episódios de epistaxe. Referia artralhas em grandes articulações intermitentes sem sinais inflamatórios recentes. Ex-tabagista de longa data. Parestesia em 1/3 distal do membro inferior esquerdo no momento da internação. **Métodos:** Os exames laboratoriais alterados mostravam leve anemia normocítica e normocrômica (Hb 11), FR 53 (reagente), creatinina 1,5, EQU (Hb ++, prot ++, eritrócitos 13/campo). Rx Tórax: normal, Rx seios da face: normal, Ecografia dos Msls: sem evidência de trombos, Tc Tórax pequenas opacidades predominando em LSD e opacidade de 2cm no LIE, Fibrobroncoscopia: normal e todos os exames coletados foram negativos para BAAR e fungos. Punção biópsia guiada por Tc Tórax. **Resultados:** O paciente apresentou piora do quadro clínico associado a piora radiológica. O resultado do Anatomopatológico da lesão pulmonar evidenciou vasculite primária. Nesse momento foi recebido o resultado do anca-c (reagente) e anca-p (não reagente) e iniciado tratamento através da pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias consecutivos e ciclofosfamida IV mensal. Paciente apresentou melhora clínica importante associado ao desaparecimento das lesões pulmonares. **Conclusão:** Trata-se de uma vasculite primária, Granulomatose de Wegener em um paciente que vinha evoluindo com piora clínica associada a piora radiológica, apresentando melhora importante após início de tratamento medicamentoso através da pulsoterapia com corticoide (metilprednisolona) por 3 dias consecutivos associado a pulsoterapia com o imunossupressor (ciclofosfamida) mensal.

PO349 EFEITOS DA CICLOFOSFAMIDA NA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Saraiva KD, Pitanga PZ, Pereira CAC

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Esclerose sistêmica; Ciclofosfamida; Capacidade vital forçada (CVF)

Introdução: Diversas séries de estudos retrospectivos e um estudo prospectivo demonstram que o uso de imunossupressores resulta em melhora ou estabilização na função pulmonar na Esclerose Sistêmica. **Objetivos:** Avaliamos, em uma série de casos, a medida da capacidade vital forçada inicial (CVFi) e 6-12 meses (CVF6-12) após o tratamento com ciclofosfamida. **Métodos:** Foram analisados dados de 22 pacientes de forma retrospectiva, mediante revisão dos prontuários. As medidas espirométricas foram obtidas no início e 6-12 meses do tratamento com ciclofosfamida. Os valores encontrados foram comparados utilizando o pacote estatístico SPSS através do teste t pareado. **Resultados:** Encontramos que dos 22 pacientes avaliados, 18 pertenciam ao sexo feminino com média de idade de 49 ± 10 anos e 77% tinham grau de dispnéia leve/moderada. Dentre os 22 pacientes, 9 apresentavam história passada de tabagismo. A frequência dos padrões de vidro fosco e faveolamento, na tomografia de alta resolução, foi de 64% e 36%, respectivamente. A média da CVFi foi de 79 ± 14% e do VEF1/CVF foi 86 ± 13%. Comparando a CVFi e a CVF6-12 meses encontramos CVFi (L) = 2,54 ± 0,67 e CVF6-12 (L) = 2,55 ± 0,59 (t = 0,21 p = 0,84). A variação média da CVF foi de 15mL (-730 a +400mL). Observamos queda na CVF > 10% em 4 pacientes, melhora funcional em 7 e em 11 a CVF permaneceu estável (R = 0,26 p = 0,25). **Conclusão:** A CVF se manteve em média inalterada, porém a análise individualizada demonstrou que 1/3 dos pacientes apresentaram melhora funcional após o tratamento com a ciclofosfamida. No entanto, não foi possível determinar qual subgrupo se beneficiaria de tal tratamento.

PO350 HEMOSSIDEROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: EXACERBAÇÃO ASSO-CIADA A GESTAÇÃO

Schwingell FL¹, D'Aquino LC², Cardoso D³, Junior HF⁴, Dalmonico AC⁵

1,2,4. Universidade Região de Joinville-UNIVILLE, Joinville, SC, Brasil; 3. Hospital Regional, Joinville, SC, Brasil; 5. Hospital São José, Joinville, SC, Brasil.

Palavras-chave: Hemossiderose; Hemoptise gestação; Hemorragia pulmonar

Introdução: A Hemossiderose Pulmonar Idiopática (HPI) constitui entidade de etiologia desconhecida e incidência rara, caracterizada por episódios repetidos de hemorragia alveolar, anemia, dispnéia e infiltrados alveolares difusos à radiografia de tórax. Constitui diagnóstico de exclusão, visto que vasculites sistêmicas, colagenoses, distúrbios de hemostasia, cardiopatias e uso de determinadas medicações devem ser afastados. Apresentamos relato de paciente 22 anos com HPI que exacerbou durante a gestação. **Objetivos:** Relato de caso de exacerbção de HPI durante a gestação. **Métodos:** Descrição de caso de gestante 22 anos que interna com queixa de dispnéia ao repouso associada hemoptise há 3 dias. História prévia de hemoptise recorrente há 2 anos, com internação por quadro pulmonar em sua última gestação, quando apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda grave. Ex-tabagista, 1 carteira/dia por 9 anos, cessado há 7 meses. Gesta 4/4. Ex-tabagista, 1 carteira/dia por 9 anos, cessado há 7 meses. Gesta 4/4. **Resultados:** Apresentava-se lúcida, hipocorada (+2/+4), hidratada, FC 80bpm, FR 40 mpm. Ausculta pulmonar revelava estertores crepitantes basais. Abdômen gravídico. Edema +1/+4. Laboratório: Ht 22,7% e Hb 7,2g/dl), função renal e eletrólitos normais, aumento de DHL, 791 Gasometria arterial: PaO2 68,5 PaCO2 24,1 HCO3 14,9. ANCA C, ANCA P, Anticorpo anti membrana basal, Anti DNA, FAN e anti HIV negativos. Radiografia tórax com infiltração bilateral predominando em bases e área cardíaca normal. Ecocardiograma normal. Tomografia de tórax infiltrado intersticial difuso com padrão de vidro fosco comprometendo praticamente todos os campos pulmonares. Na primeira internação havia sido realizada biópsia pulmonar a céu aberto revelou hemorragia intra-alveolar com presença de macrófagos fagocitando hemossiderina. Ausência de capilarite e necrose caseosa caracterizando diagnóstico de HPI. Iniciada corticoterapia. Após 6 semanas foi realizada cesariana de urgência. Prematuro de 610 g permaneceu em UTI neonatal recebendo alta posteriormente. **Conclusão:** HPI apresentar-se na 1a. década de vida. O não acometimento renal e ausência de critérios diagnósticos para colagenoses colocava como improváveis S. Goodpasture, G. de Wegener, Poliangeite microscópica, LES e Artrite reumatóide. Cardiopatia foi excluída por ecocardiografia. Não havia história de uso de medicação ou distúrbio de coagulação. A corticoterapia sistêmica tem sido utilizada como tratamento de primeira escolha. Neste caso, houve resposta favorável ao uso de corticosteróides após cerca de 15 dias. Na gestação os relatos são esporádicos sendo sugerido por alguns autores a piora do quadro. No presente caso devido complicações infecciosas após a cesariana a paciente veio a falecer por sepse nosocomial. Hemossiderose pulmonar idiopática é uma doença extremamente rara com aparente piora durante a gestação de resposta terapêutica variável e morbidade alta.

PO351 PNEUMONIA LIPÓDICA EXÓGENA: RELATO DE DOIS CASOS

Mendes S, Kill Leal Martins RC, Cavalcante KVA, Feitosa LM, Do Vale TNF

Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga, DF, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia lipóidica; Aspiração; Interstício

Introdução: A pneumonia lipóidica exógena é uma patologia rara decorrente da aspiração de substâncias oleosas causando reação tipo corpo estranho intrapulmonar. **Objetivos:** Relatar dois casos de pneumonia lipóidica em pacientes com a forma digestiva da doença de Chagas associada ao uso crônico de laxante tipo óleo mineral. **Métodos:** Relato dos casos: Caso 1: Mulher, 67 anos, portadora de megaesôfago grau IV e megacólon chagásico, com 'engasgo' frequente e vômitos pós-prandiais. Cursa também com períodos de constipação, sendo acostumada a utilizar laxantes, tipo óleo mineral, diariamente. Iniciou quadro de febre não aferida com sudorese e calafrios, tosse produtiva, dor torácica ventilatória - dependente e dispnéia. Na radiografia do tórax foram observadas opacidades mal definidas nos terços médio e inferior do pulmão esquerdo (Figura 1). Iniciada antibioticoterapia com melhora clínica, sem melhora radiológica. Foi submetida a uma tomografia computadorizada do tórax que evidenciou áreas de atenuação pulmonar caracterizando aspecto de vidro fosco com densidade de gordura (-35U de Hounsfield) com predomínio no pulmão esquerdo (Figura 2). Caso 2: Homem, 69 anos, megaesôfago grau II e megacólon chagásico com pneumonias de repetição nos últimos 04 meses que melhoravam clinicamente com uso de antibióticos. Relato de disfagia para sólidos e constipação crônica, com uso de óleo mineral. Admitido com tosse produtiva e dispnéia. O Raio X de tórax mostrou extensas opacidades nos terços médios de ambos os pulmões (Figura 3). A CT de tórax identificou opacidades na base do pulmão esquerdo com baixa densidade (-40U de Hounsfield) (Figura 3). O aspecto das lesões e a associação com a ingestão de óleo mineral, sugerem pneumonia lipóidica por aspiração. **Resultados:** Discussão: A causa mais comum de pneumonia lipóidica é aspiração crônica de óleo mineral, utilizado como laxante no tratamento da constipação. O óleo mineral inibe o reflexo da tosse e reduz o clearance mucociliar favorecendo sua deposição nos espaços aéreos distais gerando processo inflamatório alveolar e intersticial crônico. Os fatores predisponentes incluem situações clínicas e desordens que afetem a deglutição, o reflexo do vômito além de alterações estruturais da faringe e esôfago como megaesôfago. Metade dos pacientes é assintomática a apresentação e são identificados devido ao achado de alterações radiográficas sugestivas. O diagnóstico de pneumonia lipóidica é baseado na história de exposição a substâncias oleosas, exame radiológico compatível e/ou presença de lipídeos em macrófagos no escarro ou no LBA. O achado de lesões com baixa atenuação, de densidade negativa (entre -150 e -30 unidades de Hounsfield) é característico e altamente sugestivo de pneumonia lipóidica. **Conclusão:** Em nossos pacientes, o diagnóstico de pneumonia lipóidica exógena foi baseado nas características dos achados tomográficos e na evidência de exposição ao óleo mineral.

P0352 USUAL INTERSTITIAL PNEUMONIA PATTERN: AN EXPERIMENTAL MODEL IN MICE

Capelozzi VL, Barbas-Filho JV, Parra ER

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Usual interstitial pneumonia; Mice model; Histopathological patterns

Introdução: An emerging body of literature has accumulated in recent years to suggest that alveolar type II cell injury and apoptosis may be an important early feature in the pathogenesis of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF)/usual interstitial pneumonia (UIP). **Objetivos:** The present experimental model in mice was made to confront the histopathological features obtained here with that of the IPF/UIP, because both we suppose are caused by the injury and decrease of type II pneumocyte (TIIp) numbers. **Methods:** Nine male Balb/c mice are injected ip with 400 mg/kg of butylated hydroxytoluene (BHT) and after breathe for six days a 70% of oxygen atmosphere. The mice were killed after two weeks of the BHT injection. The lungs were inflated, fixed in formalin, sectioned in three microns and were stained by hematoxylin and eosin (H&E) and immunohistochemistry for surfactant protein A (SP-A). The same was made for two balb/c mice, also breathing in normal atmosphere as controls. **Results:** We observed three histopathological patterns included a complete, incomplete and mixed type of alveolar duct collapse. Fibroblastic foci and TIIp in alveolar duct collapse areas. The total density of TIIp was significantly decreased in the experimental model when compared to control groups. **Conclusion:** The same histopathological patterns of UIP were observed in experimental model. Thus this is good experimental model of UIP and reinforces an important early feature in the possible pathogenesis of IPF, the decrease of TIIp number after injury or apoptosis of these cells.

P0353 SARCOIDOSE ASSOCIADA PULMÃO HIPERLUCENTE UNILATERAL (SWYER-JAMES-MCLEOD)

Araujo Guerra Grangeia T, Schweller M, Quagliato Junior R, Zambon L, Camino AM, Pereira MC, Macedo RF, Bragagnolo Junior LA

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoidose; Pulmão hipertransparente; Associação

Introdução: Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de causa desconhecida. Mais de 90% dos pacientes apresentam comprometimento pulmonar, que caracteristicamente apresenta distribuição perilinfática. Acometimento de pequenas vias aéreas não é incomum, podendo haver áreas de aprisionamento aéreo, em geral lobulares. Não há, no entanto, relatos de casos confirmados de sarcoidose associados a pulmão hiperlucente unilateral. **Objetivos:** Relatar a associação de Sarcoidose com Síndrome de Swyer-James-McLeod. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 52 anos, branco. **Resultados:** Paciente com história de dispnéia progressiva aos esforços e tosse com expectoração esbranquiçada há 6 anos. Ex-tabagista (30 anos-maço), não relatava doenças pulmonares prévias. Apresentava-se eupnéico, com crepitações grosseiras bilaterais e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente (com queda para 90% no sexto minuto do teste da caminhada, no qual percorreu 548 metros). Não detectadas alterações em exames laboratoriais, incluindo dosagem de fatores antinuclear e reumatóide. Espirometria: CVF 2,96L (76%), VEF1 2,40L (75%) e VEF1/CVF 87%. Radiograma de tórax com opacidades retículo-nodulares bilaterais e redução volumétrica em hemitórax esquerdo. TC de tórax de alta resolução evidenciou bronquiectasias varicosas com impactação mucóide e hiperlucência do pulmão esquerdo, e à direita bronquiectasias cilíndricas, espessamento nodular e irregular dos interstícios peribroncovascular e interlobular, nódulos centrolobulares e subpleurais. Não detectadas áreas de compressão extrínseca ou lesões endobrônquicas na broncoscopia. Biópsia transbrônquica (pulmão direito) compatível com processo inflamatório granulomatoso não caseificante, com pesquisas e culturas para micobactérias e fungos negativas. Cintilografia com gálio mostrou processo inflamatório/infeccioso na região peri-hilar bilateralmente. Cintilografia de perfusão pulmonar mostrou captação relativa de 95,6% no pulmão direito e 4,4% no pulmão esquerdo. Submetido a corticoterapia com prednisona, inicialmente 60mg ao dia, com redução gradual em 18 meses. Apresenta-se atualmente com dispnéia ocasional aos esforços e saturação de oxigênio 96% em ar ambiente. **Conclusão:** No pulmão direito, o encontro de nódulos de distribuição perilinfática na TC de tórax, granulomas não caseosos em biópsia transbrônquica, captação de gálio em região peri-hilar e ausência de evidências de outra doença granulomatosa, permitiu o diagnóstico de Sarcoidose. No pulmão esquerdo, a hiperlucência, bronquiectasias e redução da perfusão relativa (4,4%), determinou o diagnóstico de Síndrome de Swyer-James-McLeod. Não foi possível determinar se as alterações tomográficas do pulmão esquerdo já estavam presentes antes do desenvolvimento da sarcoidose.

P0354 USO DE GM-CSF (MOLGRAMOSTIMA) POR VIA SUBCUTÂNEA EM PACIENTE COM PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR

Araujo Guerra Grangeia T, Schweller M, De Capitani EM, Paschoal IA, Camino AM, Barbeiro AS, Macedo RF, Bragagnolo Junior LA

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Proteínose alveolar pulmonar; Fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos; Insuficiência respiratória

Introdução: Proteínose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença intersticial rara caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteínico (surfactante) nos alvéolos. A forma adquirida primária corresponde a 90% dos casos. Estudos sobre sua patogênese destacam a disfunção dos macrófagos alveolares no clearance de surfactante, devido a neutralização de um fator endógeno, fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos - GM-CSF por anticorpos séricos. Embora o tratamento convencional seja a lavagem pulmonar total (LPT), trabalhos recentes destacam o uso da molgramostima, por via subcutânea ou inalatória, como opções terapêuticas para os pacientes que recusam a LPT ou que não respondam a este tratamento. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

branca, não tabagista, sem doenças pulmonares prévias. **Resultados:** A paciente apresentava história de 20 dias de dispnéia, tosse seca e dor torácica sem melhora com levofloxacina. Saturação de oxigênio (SpO₂) de 86% em ar ambiente. Radiograma de tórax mostrava opacidades retículo-nodulares bilaterais, difusas; Tomografia computadorizada de tórax com espessamento de septos interlobulares e áreas de vidro fosco difusas (pavimentação em mosaico). Sorologia negativa para HIV, marcadores de auto-imunidade negativos (fatores antinuclear e reumatóide), hemograma normal, desidrogenase lática 661 (140% do valor superior sérico). Espirometria evidenciou distúrbio ventilatório restritivo grave: CVF 1,25L (38%), VEF1 0,98L (34%) e VEF1/CVF 79%. Ecocardiograma normal. Lavado broncoalveolar com material amorfo, proteináceo, acelular e eosinofílico; biópsia transbrônquica compatível com proteinose alveolar (preenchimento alveolar com material PAS positivo e mínimo infiltrado inflamatório, preservando a arquitetura pulmonar). Submetida a lavagem pulmonar total, sem melhora clínica ou radiológica, mas com melhora espirométrica: CVF 1,51L (48%), VEF1 1,41L (49%) e VEF1/CVF 93%. Manteve SpO₂ 87%, sendo instituída oxigenioterapia domiciliar prolongada. Optado por tratamento com molgramostima na dose de 5mcg/kg/dia, por via subcutânea, por 12 semanas, realizado sem intercorrências. Ao término de tratamento, paciente refere melhora subjetiva da dispnéia, mas mantém SpO₂ 87% em ar ambiente, sem melhora radiológica ou espirométrica. Durante o tratamento não houve alterações no hemograma ou na função hepática. **Conclusão:** A paciente não apresentou resposta objetiva ao uso da molgramostima por via subcutânea, o que também ocorreu em diversos pacientes relatados na literatura. A taxa de sucesso com uso da molgramostima por via subcutânea é de 48%. Estudos recentes, com o uso da medicação por via inalatória, sugerem melhores resultados, sendo o próximo tratamento a ser instituído para a paciente em questão.

P0355 SARCOIDOSE PULMONAR E LESÃO TÍPICA ENDOBRÔNQUICATosta de Souza ES¹, De Pádua AF², Baddini Martinez JA³, Oliveira Júnior AD⁴, Ramos SG⁵ 1,2,3,5. HCRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 4. HCRP-USP, São Carlos, SP, Brasil.**Palavras-chave:** Sarcoidose; Nódulo; Lesão endobrônquica

Introdução: Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica que acomete com maior frequência pulmão e linfonodos. Acomete mais adultos jovens (menor que 40a). A etiologia é incerta, questiona-se relação infecciosa e genética (já que existem casos em uma mesma família). Seu diagnóstico deve ser feito através de quadro clínico, radiológico, broncoscopia (rendimento de biópsia transbrônquica de 40 a 90%) e evidência histológica de granuloma não caseoso. **Objetivos:** Relatar um caso de sarcoidose pulmonar com lesões endobrônquicas típicas. **Métodos:** G.C.P., M. 37 anos, metalúrgico, há 3 meses iniciou com tosse seca persistente, nega dispnéia, dor torácica ou outro sintoma respiratório. Nega sintomas gástricos. Paciente diabético em uso de Metformina, sem outra morbidade, previamente hígido. Sem alterações no exame físico, Mahler de 12. Ausculta de calcemia ou calciúria em exames laboratoriais. Espirometria com difusão e gasometria, sem alterações. Radiografia de Tórax com infiltrado difuso bilateral, Tomografia de Tórax com nódulos centrolobulares bilaterais, com predomínio em metades superiores. Múltiplos nódulos subpleurais difusos e linfonodos mediastinais com até 1cm no menor diâmetro. Broncoscopia com presença de nodulações esbranquiçadas em subglote, traquéia e brônquio direito. **Resultados:** Paciente submetido a Biópsia pulmonar a céu aberto com achados compatíveis com Sarcoidose (Pneumonite Crônica Granulomatosa e pleurite crônica). **Conclusão:** Sarcoidose pulmonar deve entrar no diagnóstico diferencial de doenças com manifestações endobrônquicas.

P0356 EXPRESSÃO DE COLÁGENO NA ARTÉRIA PULMONAR EM MODELO DE ESCLERODERMIA

Carrasco SC, Pereira Velosa AP, De Oliveira CC, Parra ER, Yoshinari NH, Teodoro WR, Capelozzi VL

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Colágeno do tipo V; Esclerose sistêmica; Modelo experimental

Introdução: A Esclerose Sistêmica (ES) é uma doença auto-imune caracterizada por fibrose da pele e de órgãos internos. Em modelos experimentais que reproduzem estas alterações, miofibroblastos possuem um papel decisivo no reparo tecidual, depositando proteínas da matriz extracelular em resposta ao processo de lesão vascular. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi determinar as alterações morfológicas em vasos e pulmão no modelo de esclerodermia induzido por colágeno tipo (V) procurando analisar o colágeno e verificar o papel das células miofibroblásticas na artéria pulmonar por meio de métodos histológicos e imunohistoquímicos para detecção dos colágenos dos tipos I, III e V. **Métodos:** Vinte coelhos Nova Zelândia foram sensibilizados com colágeno V humano e sacrificados aos 75 e 120 dias. A artéria pulmonar foi isolada em fluxo laminar banhada em álcool 70%, colocada em uma placa com DMEM e fracionada com a ajuda de lâminas cortantes. Os fragmentos foram colocados em laminulas de 12mm, com meio de cultura e incubados em estufa de CO₂ 5% a 37°C até a confluência. As laminulas foram lavadas com PBS e fixadas com paraformaldeído a 4% por 1 hora a 4°C, sendo parte tratada com ácido acético 0,15M para colágeno V. Após bloqueio com leite desnatado 5% em PBS, anticorpos anticolágeno dos tipos I e V policlonal, tipo III monoclonal e anti α -actina de músculo liso (α -SMA) foram incubados por uma noite à 4°C. **Resultados:** A expressão dos colágenos dos tipos I e III apresentou-se mais intensa e com padrão fibrilar homogêneo nos animais após 75 e 120 dias da primeira imunização. Em contraste, a expressão do colágeno do tipo V revelou-se igualmente intensa, mas com um padrão heterogêneo, formando agregados de colágeno V em relação aos respectivos controles. A expressão de α -SMA revelou-se positiva em todas as células miofibroblásticas em cultivo, confirmando o fenótipo celular. **Conclusão:** Os miofibroblastos provenientes de artéria pulmonar apresentam mudança na síntese e arquitetura fibrilar do colágeno do tipo V após a indução da esclerodermia.

PO357 MODELO EXPERIMENTAL DE ESCLEROSIS SISTÊMICA: EXPRESSÃO DO COLÁGENO V PULMONAR

Moutinho RF, Pereira Velosa AP, De Oliveira CC, Parra ER, Yoshinari NH, Teodoro WR, Capelozzi VL

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Colágeno do tipo V; Esclerose sistêmica; Modelo experimental

Introdução: A esclerose sistêmica se caracteriza pelo aumento do tecido conjuntivo fibroso na pele e órgãos viscerais. Os pulmões nesta enfermidade apresentam obliteração vascular e fibrose intersticial levando a doença difusa restritiva pulmonar. O colágeno V é o menor componente em massa nos tecidos, mas desempenha papel fundamental nos processos de proliferação, reparação e antigenicidade. **Objetivos:** O objetivo foi avaliar morfologicamente a distribuição do colágeno V nos interstícios pulmonares: bronco vascular, septal e periférico de coelhos após a indução de esclerodermia. **Métodos:** Foram utilizados coelhos Nova Zelândia, fêmeas (N = 20), inoculados via subcutânea, com 1mg/ml de colágeno V em 1ml de ácido acético 1mM, emulsificado com igual volume de adjuvante completo de Freund. Duas imunizações adicionais foram realizadas no intervalo de 15 dias cada, via intramuscular, com adjuvante incompleto de Freund. Como grupo controle foram utilizados animais inoculados com ácido acético 1mM e adjuvante completo de Freund. As amostras de pulmão foram coletadas após 75 e 120 dias da primeira imunização, fixadas em formol 10% e incluídas em parafina. Cortes de 4µ foram coradas em H&E, tricrômico de Masson e imunomarcadas para colágeno V e reveladas com FITC. **Resultados:** Foi observado a 75 e 120 dias após a primeira imunização, um intenso depósito de colágeno e infiltrado inflamatório celular rico em células mononucleares em distribuição radial periaxial, determinando obliteração subtotal do eixo broncovascular estendendo-se aos interstícios septal e periférico. Esse padrão histológico coincide com a distribuição da imunomarcagem para colágeno V. **Conclusão:** As alterações morfológicas no modelo experimental de esclerodermia reproduzem o padrão histológico encontrado nas doenças intersticiais pulmonares difusas idiopáticas ou decorrentes de colágenos.

PO358 TOLERÂNCIA NASAL COM COLÁGENO DO TIPO V EM MODELO DE ESCLERODERMIA: AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA DO PULMÃOCapelozzi VL¹, Anjos DM², Pereira Velosa AP³, De Oliveira CC⁴, Parra ER⁵, Yoshinari NH⁶, Dos Santos Filho A⁷, Teodoro WR⁸

1,2,3,4,5,6,7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 8. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Colágeno tipo V pulmonar; Modelo experimental; Esclerose sistêmica

Introdução: Foi desenvolvido, em nosso laboratório, um modelo experimental inédito de esclerodermia através da imunização de coelhos com colágeno V. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi investigar se o estabelecimento de tolerância ao colágeno V pode interferir no processo de remodelamento pulmonar no modelo experimental de esclerodermia através da avaliação morfológica e morfométrica do infiltrado inflamatório no pulmão em relação aos animais sem tratamento. **Métodos:** A doença foi induzida em coelhos fêmeas Nova Zelândia (n = 13), através de duas imunizações (v.s.) com colágeno V (1mg/ml) em adjuvante completo de Freund (ACF) e reforços (v.i.) com colágeno V em adjuvante incompleto de Freund (AIF). Um grupo de animais (n = 9) iniciou o tratamento após 150 dias da primeira imunização, através da administração nasal de 25mg/dia de colágeno V, durante 60 dias. O segundo grupo (n = 4) não recebeu o tratamento. O grupo controle (n = 6) foi imunizado com ACF e AIF em ácido acético 10mM e também foram tratados. Os animais foram sacrificados em 210 dias após a primeira imunização com colágeno V. As lâminas foram fixadas em formalina 10%, incluídas em parafina, coradas pelo H&E e analisadas morfometricamente. **Resultados:** A análise descritiva do pulmão dos animais após tolerância nasal com colágeno V demonstrou diminuição do depósito de colágeno e do infiltrado inflamatório no interstício pulmonar, principalmente ao redor dos pequenos vasos e brônquios. A análise morfométrica do infiltrado celular nos animais com esclerodermia expressa em média ± desvio padrão, após tolerância com colágeno V, mostrou: linfócitos (1,75 ± 0,77); macrófagos (0,55 ± 0,17) e monócitos (0,66 ± 0,18). Nos animais com esclerodermia e sem tratamento: linfócitos (4,6 ± 0,83); macrófagos (1,0 ± 0,25) monócitos (2,5 ± 0,52) e no grupo controle: linfócitos (1,69 ± 0,50); macrófagos (0,54 ± 0,36) monócitos (0,78 ± 0,15) com (p = 0,001). **Conclusão:** A tolerância nasal com colágeno V reduz o infiltrado inflamatório pulmonar no modelo experimental de esclerodermia, sugerindo uma nova perspectiva na terapêutica desta enfermidade. FAPESP 2004/15701-5 e 2005/56912-1.

PO359 TYPE V COLLAGEN INDUCED NASAL TOLERANCE IN AN EXPERIMENTAL MODEL OF DIFFUSE CONNECTIVE TISSUE DISEASES (DCTD)Capelozzi VL¹, Teodoro WR², De Oliveira CC³, Carrasco SC⁴, Parra ER⁵, Goldenstein-Schainberg C⁶, Yoshinari NH⁷

1,2,3,4,5,6. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Colágeno do tipo V; Modelo experimental; Esclerose sistêmica

Introduction: Several studies have demonstrated the effectiveness of mucosally administered antigens, including collagenous proteins to prevent or treat autoimmune diseases, and indeed, it has been shown that nasal administration of types II and XI collagen in experimental arthritis suppress this disease. Furthermore, oral administration of type II collagen in rheumatoid arthritis decreases articular inflammatory process. We have recently developed an experimental model of DCTD in rabbits immunized with type V collagen and preliminary data suggested that this novel model is scleroderma-like. We therefore postulated that autoimmunity in our experimental model of DCTD was due to particularities of type V collagen, becoming a self induced antigen. **Objectives:** Our goal was to induce nasal tolerance in experimental DCTD model by treating the animals with type V collagen. **Meth-**

ods: In order to induce immunologic tolerance, a group of rabbits was treated with nasal administration of 25 mg type V collagen during 30 days before inducing experimental DCTD and an untreated group with DCTD served as control. ELISA and Linfoproliferative assays were performed to verify immunologic tolerance to type V collagen. Histologic alterations were evaluated in slides of lungs by H&E and Masson trichome staining. **Results:** Qualitative analysis revealed severe inflammatory response in parenchyma of lungs from immunized rabbits with collagen type V and extracellular matrix remodelling phenomena included prominent bronchiole and vascular permeation by pseudoeosinophils and lymphocytes. Interestingly all animals submitted to nasal tolerance maintained the parenchymal architecture, without inflammatory infiltrated or repair tissue responses in bronchioles arteries and alveoli. Our results demonstrated absence of type V antibodies in animals treated with type V collagen and a decrease in linfoproliferative response to type V collagen. **Conclusion:** Our results suggests that collagen V can induce nasal tolerance in experimental DCTD model and thus may serve as a candidate for treatment of there condition. Apoio Financeiro: FUNDAP, FMUSP, HCFMUSP.

PO360 FIBROSE BRONQUIOLOCÊNTRICA: ACHADOS CLÍNICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS E COMPARAÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS INTERSTICIAIS FIBROSANTESSousa Rodrigues SC, Rocha NA, Lima MS, Pereira CAC, Coletta EN
HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.**Palavras-chave:** Fibrose bronquiocêntrica; Achados clínicos e anatomopatológicos; Doença pulmonar intersticial

Introdução: Os achados anatomopatológicos da fibrose bronquiocêntrica (FBC) foram descritos por alguns autores de maneira divergente. A etiologia e os dados clínicos, tomográficos e funcionais não foram bem definidos. **Objetivos:** Descrever os achados da FBC e os dados diferenciais com outras doenças pulmonares intersticiais fibrosantes (DPIF). **Métodos:** 27 pacientes com FBC (17 mulheres, idade = 59 ± 9 anos) foram comparados a 26 casos de DPIF (13 mulheres, idade = 60 ± 12 anos). Nas DPIF havia os seguintes diagnósticos anatomopatológicos: 12 PH, 5 PINE, 5 PIU, 2 PIA, 1 DAD + PINE, 1 DAD + PIU e 1 caso de pneumonia por metal duro. **Resultados:** Os achados anatomopatológicos da FBC incluíram inflamação leve e moderada (n = 23), plugs de tecido conjuntivo jovem (n = 20), tecido de granulação parietal (n = 21), hiperplasia de musculatura lisa (n = 24), ulcerações epiteliais (n = 20), mucoestase (n = 19), metaplasia peribronquiolar (n = 22), pneumonia em organização (n = 17), xantomização (n = 24), áreas de enfisema ou hiperinsuflação (n = 24), faveolamento (n = 9), envolvimento subpleural (n = 23) e agregados linfóides (n = 6). O tempo de história clínica foi maior na FBC (28 meses x 12 meses, p = 0,004). Não diferiram o grau de dispnéia, sibilância, baqueteamento, estertores em "velcro", tabagismo, associação com uso de drogas, colagenose e exposição ocupacional. Exposição a pássaros, mofo e outros antígenos ambientais foi freqüente nos dois grupos (FBC = 81%, DPIF = 77%). Sintomas de RGE foram relatados em 17 de 26 casos de FBC (65%) x 5 de 26 casos de DPIF (19%), p = 0,001. A média da CVF foi: FBC = 78 ± 15% x DPIF = 69 ± 18%, p = 0,09. Em apenas um caso de FBC, havia obstrução ao fluxo aéreo. Maior número de pacientes com FBC tinha CVF normal (13/24 x 4/21, p = 0,05). Na tomografia de alta resolução, a presença de aprisionamento de ar foi mais freqüente na FBC (11/26 x 2/21, p = 0,013); os demais achados tomográficos não diferiram entre os grupos. A maioria dos pacientes em ambos os grupos foi tratada com corticóide e imunossupressor. A sobrevida não diferiu entre os grupos. **Conclusão:** Pacientes com FBC têm mais freqüentemente sintomas de RGE, tempo longo de história, achados de aprisionamento de ar na TCAR e CVF normal em comparação a outros pacientes com DPIF. A sobrevida parece ser semelhante.

PO361 BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA PÓS-TRANSPLANTE RENAL - RELATO DE CASO

Gomes M, Russo MR, Onodera DE, Barreiros R, Monteiro JTC, Kim KD, Figueiredo GO, Da Silva TL

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite obliterante; Padrão constritivo; Transplante renal

Introdução: Bronquiolite obliterante com padrão constritivo é um processo inflamatório e fibrogênico dos bronquíolos respiratórios, levando à obstrução irreversível das vias aéreas. Ocorre principalmente após transplante pulmonar, porém também é observado após transplante de medula óssea e em situações como exposição ao dióxido de nitrogênio, fumo, cocaína e infecções virais, doenças do colágeno, drogas, como penicilamina, e radiação. **Objetivos:** Relatar caso de Bronquiolite constritiva pós-transplante renal. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 48a, asmático desde a infância e transplantado renal há 13 anos, em uso crônico de azatioprina e meticorten 10mg/dia. Há 3 anos apresentava dispnéia aos grandes esforços, com piora há 1 ano. Os exames laboratoriais mostravam creatinina = 1,2mg/dL e uréia = 40mg/dL. Radiografia de tórax evidenciava infiltrado intersticial difuso e tomografia de tórax opacidades em vidro fosco bilaterais no interstício axial, principalmente em lobos superiores, associado a discreto espessamento difuso de paredes brônquicas. À espirometria havia distúrbio ventilatório obstrutivo leve (VEF1: 2,24L - 64% previsto, CVF: 3,2L - 75% previsto, VEF1/CVF: 0,70), sem resposta ao broncodilatador, com difusão do monóxido de carbono normal e hiperinsuflação pulmonar. Biópsia transbrônquica e lavado broncoalveolar não esclareceram diagnóstico nem evidência de infecções oportunistas. Biópsia pulmonar a céu aberto evidenciou bronquiolite obliterante, padrão constritivo. **Conclusão:** Bronquiolite constritiva está relacionada a transplante pulmonar e medula óssea. Não há relato descrito após transplante renal como o observado no paciente em questão, exceto em infecções oportunistas causadas pela imunossupressão, o que não ocorreu no nosso caso.

PO362 COMPROMETIMENTO PULMONAR PELA DOENÇA DE BEHÇET – RELATO DE CASO

Gomes M, Onodera DE, Monteiro JTC, Barreiros R, Botter M, Figueiredo GO, Kim KD, Russo MR

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença de Behçet; Comprometimento pulmonar; Hemoptise

Introdução: A doença de Behçet é uma vasculite sistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada clinicamente por ulcerações orais, genitais, lesões de pele, manifestações oculares, artrite, vasculite e, em alguns casos, alterações neurológicas. O diagnóstico é feito através de critérios clínicos, com a presença de úlceras orais recorrentes e duas ou mais das seguintes manifestações: lesões oculares e de pele, lesões genitais, e teste de patergia positivo. O acometimento pulmonar é raro, apresentando frequência variável entre 1 e 18% e consiste em derrame pleural, embolia, aneurismas arteriais, fibrose e alterações parenquimatosas e das vias aéreas. **Objetivos:** Relatar caso de comprometimento pulmonar na doença de Behçet. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 28 a, com antecedente de aneurisma micótico de artéria femoral direita e trombose venosa profunda no mesmo local há 1 ano e 8 meses. Há 3 meses iniciou hemoptoicos, com progressão para hemoptise em poucas semanas, motivo da internação. Ao exame físico apresentava úlcera em lábio inferior e em vulva e lesão pustulosa acneiforme em tronco. Radiografia e tomografia de tórax evidenciavam grande opacidade de hilar esquerda compatível com alteração vascular. A paciente foi submetida à broncoscopia, sendo observado sangramento originado no lobo inferior esquerdo. Seguiu-se toracotomia de urgência após episódio de hemoptise em grande volume, na qual observou-se hematomas pulmonares à esquerda, hilo pulmonar esquerdo hipervascularizado, com vasos de aspecto tortuoso, enovelados, acometendo todos os lobos pulmonares, sendo necessária pneumectomia total esquerda. O anatomopatológico revelou vasculite, trombos, dilatações aneurismáticas e hemorragia parenquimatosa, preenchendo critérios para o diagnóstico de doença de Behçet, sendo iniciado tratamento com ciclofosfamida. **Conclusão:** No caso em questão, a paciente preenchia os seguintes critérios para o diagnóstico da doença de Behçet: úlceras orais e genitais recorrentes, lesões cutâneas e fenômeno de patergia positivo. Além disso, apresentava alterações vasculares pulmonares, que constituem a principal manifestação pulmonar e são os preditores de maior morbimortalidade.

PO363 INFLUÊNCIA DA VACINA DNA HSP65 EM UM MODELO DE FIBROSE PULMONAR EXPERIMENTAL

De Pádua AI¹, Ramos SG², Silva CL³, Baddini Martinez JA⁴

1. Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2.4. FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 3. FCFRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; Bleomicina; Vacina

Introdução: Estudos sobre a patogênese da FPI mostram um desequilíbrio entre as respostas imune Th1 e Th2, com predomínio da Th2 e aumento da expressão do TGF- β , levando a produção e deposição de matriz extracelular e colágeno. Recentemente foi desenvolvida em nosso meio, uma vacina baseada na tecnologia do DNA recombinante, que utiliza como antígeno a proteína de choque térmico (hsp) 65 do *Mycobacterium leprae* para prevenção e tratamento da tuberculose. Foi demonstrado que a aplicação desta vacina seguida pela infecção com *Mycobacterium tuberculosis* cursa com uma redução de germes ao nível tecidual e um desvio da resposta imune Th2 para Th1. A partir desses dados, acreditamos que a imunização com a vacina DNA hsp 65 possa vir a ser uma nova arma terapêutica a ser investigada no tratamento de pacientes com FPI. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da administração da vacina DNA hsp 65, diluída em salina e administrada por via intramuscular, no desenvolvimento da fibrose pulmonar induzida por bleomicina. **Métodos:** Foram estudados 211 camundongos C57BL6, com idade entre 8 a 10 semanas. O estudo foi dividido em 4 grupos: Grupo SS: animais vacinados com salina e injetados com salina intratraqueal (IT). Grupo SB: animais vacinados com salina e injetados com bleomicina IT. Grupo PB: animais vacinados com vacina DNA hsp 65 sem gene bacteriano (plasmídeo) e injetados com bleomicina IT. Grupo VB: animais vacinados com vacina DNA hsp 65 e injetados com bleomicina IT. Os animais foram vacinados por via intramuscular na dose de 100 μ g em 4 ocasiões com intervalos de 15 dias entre cada uma. Para o desenvolvimento da fibrose pulmonar foi administrado sulfato de bleomicina por via IT 15 dias após a data da última imunização. Uma parte dos animais foram sacrificados com uma semana, sendo ambos os pulmões reservados para dosagem de citocinas (INF- γ e TGF- β). O restante dos animais foram sacrificados com seis semanas, sendo os pulmões esquerdos fixados em formalina para análise histológica e os pulmões direitos congelados para dosagem de hidroxiprolina. **Resultados:** A mortalidade do grupo SS foi significativamente(*) menor em relação aos demais grupos (SS *: 11,11%; SB: 53,06%; PB: 53,57%; VB: 26,08%). O valor médio percentual de matriz tecidual pulmonar do grupo VB foi menor do que nos grupos SB (VB *: 34,32% x SB: 53,06%) e PB (VB *: 34,32% x PB: 53,57%). Os valores do percentual da matriz tecidual pulmonar corada pelo picrosírius foi menor no grupo SS em relação aos outros grupos estudados (SS *: 2,02%; SB: 8,23%; PB: 7,19% e VB: 6,64%). O conteúdo pulmonar total de hidroxiprolina para os grupos estudados foi menor no grupo SS em relação aos outros grupos estudados (SS *: 104,86 μ g/pulmão; SB: 160,42 μ g/pulmão; PB: 170,00 μ g/pulmão e VB: 162,54 μ g/pulmão). Não houve diferença estatística entre os grupos avaliados no estudo das citocinas teciduais. **Conclusão:** Os dados disponíveis não indicam um papel inibitório significativo da vacina DNA hsp65 sobre o estabelecimento da fibrose pulmonar induzida por bleomicina.

PO364 SUPORTE VENTILATÓRIO COM PAV NA TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM PACIENTES COM FPI

Carvalho CRR¹, Moderno EV², Yamaguti WPS³, Salge JM⁴, Kairalla RA⁵, Schettino GPP⁶, Carvalho CRF⁷

1,4,5,6. Disciplina de Pneumologia – Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,7. Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: FPI; PAV; Exercício

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) ocasiona um aumento da elastância pulmonar que leva à redução da ventilação alveolar e da troca gasosa e aumento da resistência vascular pulmonar. Em consequência, os pacientes apresentam hipoxemia, limitação ao esforço e dispnéia. **Objetivos:** Avaliar o efeito da ventilação assistida proporcional (PAV) na capacidade ao exercício em pacientes com FPI. **Métodos:** Foram avaliados 10 pacientes (61 \pm 9 anos; 4H/6M) com FPI clinicamente estáveis (sem crises nos últimos 30 dias), em seguimento ambulatorial, com diagnóstico feito através de biópsia pulmonar. Foram excluídos pacientes de oxigênio. A função pulmonar foi avaliada em pletismógrafo de corpo inteiro e a capacidade aeróbica máxima (VO₂max) por ergoespirometria em cicloergômetro. Foram realizados 3 provas submáximas de esforço (60% VO₂max) aleatoriamente: sem suporte ventilatório, CPAP (4cmH₂O) e PAV (60% "run-away" + CPAP). Durante o exercício, foram monitorados: saturação periférica O₂ (SpO₂), frequências cardíaca (FC) e respiratória (f), pressão expiratória final de CO₂ (ETCO₂), as pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e percepção subjetiva de esforço. **Resultados:** Os pacientes apresentaram maior limitação difusional que volumétrica CPT = 77% predito, DLCO = 45% predito, VO₂ = 38% do predito e pulso de O₂ = 5,71 \pm 3,7mL O₂/bat. Os valores de elastância (E) e resistência (R) obtidas nos pacientes avaliados foi 12,8 \pm 1,0cmH₂O/L e 3,4 \pm 0,5cmH₂O/L/seg, respectivamente. Os valores da PAV foram de 7,7 \pm 0,6cmH₂O/L e 2,0 \pm 0,3cmH₂O/L/seg de assistência em volume e de assistência em fluxo, respectivamente. Os pacientes submetidos ao exercício com PAV apresentaram aumento do tempo de endurance quando comparado com a CPAP e sem suporte ventilatório (respectivamente, 11,1 \pm 8,8 min, 5,6 \pm 4,7 min e 4,5 \pm 3,8 min). A PAV ocasionou menor demanda cardiovascular com redução da PAS, PAD e duplo-produto bem como maior SpO₂ e redução da percepção do esforço. **Conclusão:** Nossos resultados sugerem que o suporte ventilatório com PAV aumenta a tolerância ao exercício submáximo e reduz a dispnéia e a demanda cardiopulmonar em pacientes com fibrose pulmonar idiopática.

PO365 PROLIFERAÇÃO DIFUSA DE MÚSCULO LISO PULMONAR – RELATO DE CASO

Galvão Barboza CE¹, Winter DH², Medeiros Neto AH³, Dolhnikoff M⁴, Bernardi FDC⁵, Takagaki TY⁶, Kairalla RA⁷, Carvalho CRR⁸

1,2,3,6,7,8. Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 4,5. Departamento de Patologia FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Músculo liso; Diagnóstico; Transplante pulmonar

Introdução: A presença de proliferação de músculo liso no parênquima pulmonar é uma situação rara e, quando observada, associada à linfangioleiomiomatose ou à esclerose tuberosa. Descrevemos um caso de proliferação muscular não associada estas condições. **Objetivos:** Relatar caso de uma entidade clínica rara, destacando seu diagnóstico diferencial. **Métodos:** Avaliação prospectiva de diagnóstico diferencial e revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 34 anos, natural e procedente de Minas Gerais, agricultora, previamente hígida, refere dispnéia aos médios esforços há 2 anos e meio e perda de 20kg no período. Referia exposição domiciliar a pássaros; negava tabagismo. Vinha em uso de prednisona, 20mg/dia há cerca de 6 meses por hipótese de sarcoidose, realizada em outro serviço, sem melhora do quadro. Ao exame: estado geral bom, emagrecida, dispnéica 2+/4+, acianótica; AR: MV presente e simétrico, sibilos inspiratórios em bases, FR: 36irpm, SatO₂: 93% em repouso, 73% ao esforço (ar ambiente); ACV: ritmo regular em 2 tempos, hiperfonesse de 2a. bulha, sem sopro, FC: 90bpm, PA: 120 x 80mmHg. Exames laboratoriais: Hb: 14,6 g% Ht: 45,5% leucócitos: 11.070 (sem desvio) PLT: 413.000; função renal normal; HIV negativo; FAN e FR negativos, ANCA-c: 1/40; radiografia e tomografia de tórax: pulmões diminuídos de tamanho, alargamento e desvio da traquéia para a direita, opacidades nodulares e mal delimitadas predominantes em campos superiores; alargamento do tronco da artéria pulmonar e câmaras direitas. Prova de função pulmonar: VEF1: 0,93L (35%). CVF: 0,94L (28%), VEF1/CVF: 0,99, CPT: 2,51 (53%), difusão: 20%. Realizou biópsia pulmonar por toracotomia que evidenciou proliferação difusa de musculatura lisa e sinais de hipertensão pulmonar. Paciente persistiu com estabilidade do quadro, sendo encaminhada para transplante de pulmão. **Conclusão:** Proliferação difusa de músculo liso pulmonar e hipertensão pulmonar é uma síndrome rara, com apenas dois casos relatados em literatura, e de origem incerta. As lesões não parecem ter caráter neoplásico ou reacional, são diferentes das da linfangioleiomiomatose e da esclerose tuberosa e correspondem, provavelmente, a hamartomas leiomiomatose. Os dois casos anteriores tinham antecedente de tabagismo e apresentaram progressão o quadro. O primeiro evoluiu para óbito e o segundo foi incluído em lista para transplante pulmonar, mas após um ano de espera decidiu retirar-se. Apresentou progressão do quadro e desenvolvimento de falência ventricular direita. Não há referência à resposta desta condição à corticoterapia ou registro da realização de transplante pulmonar nestes casos.

PO366 AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR POR MEIO DO TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM PACIENTES COM ESCLERODERMIA

Paschoal IA, Villalba WO, Pereira MC, Sampaio-Barros P, De Cerqueira EMFP, Leme Jr CA, Marques-Neto JF

Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Esclerose sistêmica; Hipoxemia; Exercício

Introdução: O envolvimento pulmonar é a principal causa de morte relacionada a Esclerose Sistêmica (ES). Um teste simples para avaliar a capacidade de exercício é o teste da cami-

nhada de 6 minutos (TC6), e a distância percorrida é usada como um parâmetro primário em estudos clínicos. A variação da saturação da hemoglobina (Δ Sat) durante o TC6 prediz adequadamente a mortalidade nos pacientes com Hipertensão Pulmonar Primária e está relacionado com prognóstico em pacientes com Fibrose Pulmonar Idiopática. **Objetivos:** Avaliar a distância percorrida e o Δ Sat no TC6 em pacientes com ES e estabelecer correlações entre os resultados do TC6 com outras variáveis clínicas. **Métodos:** 110 pacientes com ES foram submetidos a um TC6, foi medida a distância percorrida e o Δ Sat foi determinado pela diferença entre a saturação de repouso e a saturação ao final dos 6 minutos. Foram consideradas significativas variações iguais ou maiores que 4 pontos percentuais. Os dados clínicos e demográficos foram coletados. Todos os pacientes foram submetidos a radiograma de tórax (RX), tomografia computadorizada de alta resolução, teste de função pulmonar, ecocardiograma e a pesquisa da presença de marcadores imunológicos (Scl70 e FAN). **Resultados:** As variáveis que se associaram com uma distância percorrida < 400m ($p < 0,05$) foram: idade, índice de dispnéia, evidência de fibrose ao RX, pressão arterial pulmonar sistólica ≥ 30 mmHg e Δ Sat $\geq 4\%$; as variáveis associadas com Δ Sat $\geq 4\%$ ($p < 0,05$) foram a idade, anti Scl 70 positivo, índice de dispnéia, presença de fibrose ao RX, capacidade vital forçada (CVF) < 80% do previsto, pressão sistólica da artéria pulmonar ≥ 30 mm Hg e o escore ≥ 6 de opacidade reticular e vidro fosco na tomografia computadorizada. Na análise de regressão logística multivariada, 3 variáveis foram significativas quando testadas com a distância percorrida: idade, raça e dispnéia; e 4 variáveis foram significativas quando testadas com Δ Sat: idade, índice de dispnéia, anti Scl 70 positivo e CVF < 80%. **Conclusão:** A ocorrência de dessaturação durante o TC6 fornece informação adicional a respeito da gravidade da doença em pacientes portadores de Esclerose Sistêmica e manifestações pulmonares.

PO367 PNEUMONIA NÃO ESPECÍFICA NA DISQUERATOSE CONGÊNITA: DESCRIÇÃO DE UM NOVO PADRÃO HISTOLÓGICO

Dias BA, Hovnanian ALD, Costa AN, Braz AA, Medeiros Neto AH, Takagaki TY, Kairalla RA, Carvalho CRR

Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia não específica; Disqueratose congênita; Aplasia medula óssea
Introdução: A Disqueratose Congênita (DC) é uma doença hereditária rara que na sua forma clássica se caracteriza por alteração da pigmentação cutânea, distrofia ungueal, leucoplasia de mucosa e aplasia de medula óssea. A herança principal é recessiva ligada ao X, sendo então 90% dos pacientes do sexo masculino, mas existem casos autossômicos dominantes e autossômicos recessivos, que respondem pelos poucos casos femininos. Os fenótipos são bastante variados, sendo as complicações pulmonares encontrada em 20% dos pacientes, mas respondendo com a 2ª causa de óbito. **Objetivos:** Descrição de paciente com pneumopatia secundária a disqueratose congênita. A relevância do caso está na raridade da manifestação com poucos casos relatados na literatura médica. **Métodos:** Revisão do prontuário, de exames de imagem e da anatomia patológica, relativa à paciente, além de revisão da literatura. **Resultados:** Paciente de 21ª, sexo feminino, com abertura do quadro aos 7 anos com aplasia de medula e posterior aparecimento das alterações cutâneas e de fâneros típicos, configurando quadro de DC clássica. Há 3 meses início de dispnéia rapidamente progressiva até os mínimos esforços e tosse seca. Sem história de tabagismo, exposição ambiental, ocupacional, medicamentosa ou doenças reumáticas associadas com pneumopatia. Tomografia de tórax: consolidações focais bilaterais em lobos superiores, vidro fosco difuso e espessamento septal interlobular predominando em lobos inferiores. Espirometria: distúrbio restritivo grave (CVF 0,69L - 21%, 82%). Reumatograma, sorologias HIV negativos. Foi submetida à Broncoscopia com Lavado e Biópsia (sem condições clínicas para Biópsia cirúrgica) com pesquisas e culturas para bactérias, fungos, P. carinii e micobactérias negativas. Ao exame histopatológico, tecido alveolar peribrônquico com processo inflamatório reativo, às custas de hiperplasia de pneumócitos e tampões fibroblásticos intra-alveolares. O diagnóstico clínico-radiológico-histopatológico foi de Pneumopatia Intersticial Não Específica Fibrosante. Apesar do tratamento proposto (pulsoterapia com metilprednisolona 30mg/kg seguido de prednisona 1mg/kg) a paciente evoluiu para óbito 6 meses após o diagnóstico VEF1 0,68L - 20% e VEF1/CVF 0,99. Teste de caminhada de 6 minutos: comprometimento funcional grave e dessaturação acentuada ao exercício (112m e queda SatO2 93%. **Conclusão:** O acometimento pulmonar na DC é bastante diverso, mas invariavelmente grave, evoluindo com fibrose pulmonar progressiva e óbito em um prazo médio de 6 a 38 meses. Existem poucos casos com histopatologia descritos na literatura, sendo 50% com padrão de Pneumopatia Intersticial Usual (UIP) - todos descritos em homens. A apresentação de nossa paciente parece ressaltar outros padrões radiológicos e histopatológicos para a Pneumopatia Intersticial relacionada à DC, mas com prognóstico igualmente reservado, sem tratamento efetivo descrito na literatura.

PO368 GRANULOMATOSE DE WEGENER: DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO - INTERFACE COM PARACOCCIDIOMICOSE

Marchesi LD¹, Arnaldo BP², Macedo AG³, Junior AN⁴, Nunes de Aguiar VA⁵

1,2,4. Hospital Guilherme Alvaro, Santos, SP, Brasil; 3,5. Centro Universitário Lusida, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Estenose subglótica; Paracoccidiodomicose; Granulomatose de Wegener
Introdução: O diagnóstico das vasculites pulmonares é difícil e o conhecimento detalhado das manifestações clínicas ajuda. A diferenciação de doenças infecciosas por vezes é difícil. **Objetivos:** Relato de caso evidencia dificuldades diagnósticas do acometimento respiratório da G. de Wegener e sua interface c/ paracoccidiodomicose. **Métodos:** RMS, 22 a, solt, bca, estudante, do Piauí - Em dez 2004 foi atendida por rouquidão, estridor, dispnéia leve a esforços e "úlceras vaginais" há \pm 4 m, sendo medicada c/ fluconazol (F) pelo acometimento ginecológico, c/ melhora da rouquidão. Medicação mantida, c/ 40mg de prednisona (P). Após 2 semanas, quadro infeccioso vias aéreas superiores, c/ tosse, expectoração e piora

dispnéia e rouquidão. necessitando traqueostomia. Realizada laringoscopia c/ biópsia, que mostrou dismotilidade de cordas vocais c/ fusão comissural anterior e estenose subglótica de 80% da luz traqueal. À histopatologia, processo granulomatoso inespecífico, sugerindo etiologia infecciosa fúngica. Sorologia p/ paracoccidiodomicose positiva, s/ título relatado. Tratada c/ F e P. Persistiu quadro obstrutivo alto, sendo colocada prótese traqueal em T de Montgomery e mantidos F e P p/ 6 meses. Após 1 a tratamento (2005) indicada traqueoplastia, não realizada, p/ pneumonia (Febre, tosse produtiva e opacidade nodular ao RX, c/ normalização após antibioticoterapia). Completou 2 a c/ F e P. Em maio 2006 hemoptise maciça (Hb = 4 g%), evoluindo com insuficiência renal aguda, sugerindo vasculite. Exame vias aéreas superiores não mostrou alterações comparativas ao inicial (2004). Feita pulsoterapia, evoluindo c/ insuficiência renal dialítica e infecção respiratória grave e óbito. Pesquisa de ANCA-c foi positiva em 2 amostras e sorologia p/ paracoccidiodomicose negativa. **Resultados:** A G. Wegener deve ser lembrada nas estenoses subglóticas - deve-se questionar diagnóstico de paracoccidiodomicose em mulher s/ história epidemiológica - as vasculites podem ser mascaradas p/ uso corticosteróides a longo prazo - a paracoccidiodomicose raramente leva a processos obstrutivos de vias aéreas superiores em espaços curtos de tempo. Serão apresentados os exames radiológicos, endoscópicos, de laboratório, bibliografia e discussão. **Conclusão:** Comentários: - a Granulomatose de Wegener deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das estenoses subglóticas - deve-se sempre questionar o diagnóstico de paracoccidiodomicose em mulher sem história epidemiológica - a sorologia para paracoccidiodomicose pode ser positiva, em área endêmica, sem significar doença - as vasculites podem ser mascaradas pelo uso de corticosteróides a longo prazo - a paracoccidiodomicose raramente leva a processos obstrutivos de vias aéreas superiores em espaços curtos de tempo. Serão apresentados os exames radiológicos, endoscópicos, de laboratório e a bibliografia, pertinentes ao caso.

PO369 CRIPTOCOCOMA PULMONAR EM PORTADOR DE PROTEINOSE ALVEOLAR

Baldi BG¹, Carvalho CRR², Winter DH³, Kairalla RA⁴, Galvão Barboza CE⁵, Bernardi FDC⁶, Takagaki TY⁷

1,2,3,4,5,7. Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 6. Departamento de Patologia FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Proteínose alveolar; Criptococose; Tratamento

Introdução: Proteínose alveolar é uma doença pulmonar difusa causada pelo acúmulo de material lipoproteínico, principalmente surfactante, em vias aéreas distais. Pode ser congênita ou adquirida (primária ou secundária). Predispõe a infecções pulmonares em função da disfunção macrofágica evidenciada. **Objetivos:** Descrição de raro acometimento infeccioso pulmonar em portador de proteínose alveolar. **Métodos:** Revisão do prontuário, de exames de imagem e da anatomia patológica relativos ao paciente, além de revisão da literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 17 anos, natural e procedente de Jacareí - SP, estudante. Apresentava história de dispnéia progressiva e cianose de extremidades aos esforços há quatro anos, sendo diagnosticado proteínose alveolar em 2002. Submetido a três lavagens pulmonares entre 2002 e 2004, com melhora parcial e transitória do quadro. Em outubro de 2004, identificou-se nódulo pulmonar em base direita, cuja avaliação histopatológica após biópsia transtorácica evidenciou presença de *Cryptococcus neoformans*. Não havia evidência de acometimento fúngico extrapulmonar. Tratado com anfotericina B por dez dias, permanecendo a seguir em uso contínuo de fluconazol, porém sem evidência de resolução do nódulo nos controles radiológicos. Há vinte dias apresentando piora da dispnéia (aos mínimos esforços) e hipoxemia ao repouso (a saturação periférica de O2 era de 88% em ar ambiente). Tomografia computadorizada de tórax demonstrou áreas de pavimentação em mosaico difusamente em ambos pulmões e persistência do nódulo em base direita. Submetido a lavagem pulmonar terapêutica à esquerda por intubação orotraqueal seletiva, com avaliação radiológica de controle demonstrando melhora predominando à esquerda. Após vinte dias, realizada nodulectomia direita, com análise histopatológica confirmando presença do fungo. Recebeu alta após dez dias com melhora importante da dispnéia e saturação de O2 de 92% em ar ambiente. **Conclusão:** Existem poucos relatos da associação criptococose pulmonar e proteínose alveolar e não se tem estabelecida a melhor conduta nessa situação. Sugere-se tratamento inicial com anfotericina B, seguida de consolidação com fluconazol. Procedimento cirúrgico está indicado se a lesão determinar efeito de massa ou se houver persistência do quadro após tratamento medicamentoso.

PO370 UM MODELO SIGMÓIDE MELHOR DESCREVE CURVAS PRESSÃO-VOLUME DE PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Carvalho CRR¹, Ferreira JC², Rocha MJ³, Kairalla RA⁴, Harris RS⁵, Salge JM⁶, Malhotra A⁷, Kacmarek R⁸

1,2,3,4,6. Disciplina de Pneumologia - Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 5,7,8. Massachusetts General Hospital, Boston, Estados Unidos.

Palavras-chave: Curvas PV; Equação sigmóide; Fibrose pulmonar idiopática

Introdução: Curvas Pressão-Volume (PV) do sistema respiratório podem ser usadas como uma ferramenta para quantificar gravidade de doença pulmonar e prognóstico. Em Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), o método clássico de utilizar uma equação exponencial para descrever o ramo expiratório da curva PV demonstrou-se útil apenas quando pontos iniciais da curva, próximos a Capacidade Residual Funcional (CRF), são excluídos da análise. Equações sigmóides já foram usadas para descrever curvas PV do sistema respiratório em outras doenças, mas não em FPI. **Objetivos:** Comparar o uso de uma equação sigmóide com a clássica equação exponencial para descrever a curva PV do sistema respiratório de pacientes com Fibrose Pulmonar Idiopática. **Métodos:** Doze pacientes consecutivos com suspeita de FIP e encaminhados para biópsia pulmonar a céu aberto foram submetidos a realização de uma curva PV inspiratória quase-estática no centro cirúrgico, sob anestesia geral, imediatamente antes do início da cirurgia. Após uma manobra de homogeneização da história pulmonar, um fluxômetro de alta precisão gerou um fluxo de 1-2L/min de oxigênio, partindo

da CRF até a pressão de via aérea atingir 40cmH₂O. Pressão e fluxo na via aérea foram gravados continuamente. Após a biópsia, seis pacientes foram excluídos por terem um diagnóstico diferente de FIP, e as curvas PV dos outros 6 foram analisadas com a equação exponencial e com a equação sigmóide. **Resultados:** O modelo exponencial na forma $V = A \cdot Be^{-kP}$ descreve muito bem as curvas PV apenas quando os pontos abaixo de 50% da capacidade inspiratória são excluídos da análise, gerando um $R^2 = 0,996 \pm 0,003$ (média \pm desvio padrão). Entretanto, dados da porção inicial da curva não são bem descritos nesse modelo. Em contraste, a equação sigmóide, expressa como $V = a + b/(1 + e^{(P-c/d)})$, teve um melhor desempenho e incluiu todos os pontos da curva PV, gerando um $R^2 = 0,999 \pm 0,001$. **Conclusão:** Concluímos que o modelo sigmóide descreve quase perfeitamente a curva PV de pacientes com FIP e é superior ao modelo exponencial, que não representa bem os pontos iniciais da curva. Além de descrever melhor a curva PV, modelo sigmóide permitiu melhor análise da porção inicial da curva PV, evidenciando uma região de menor complacência inicial, seguida de aumento da complacência, fenômeno tipicamente associado a recrutamento alveolar. Baseados em dados de curvas PV de pacientes com SARA, esses achados sugerem que colapso alveolar e/ou de pequenas vias aéreas pode estar presente em pacientes com FIP. Apoio: LIM HC-FMUSP; CAPES & FAPESP.

PO371 BRONQUIOLITE OBLITERANTE APÓS EXPOSIÇÃO EM AMBIENTE DOMICILIAR

Alves LR¹, Antunes JEB², Nagao RK³, Capelozzi VL⁴, Ramos SC⁵, Baddini Martínez JA⁶
1,6. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3. UNIMED, Bauri, SP, Brasil; 4. Departamento de Patologia Hospital das Clínicas USP, São Paulo, SP, Brasil; 5. Departamento de Patologia Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; Cloro; Gases tóxicos

Introdução: Bronquiolite é um termo que abrange doenças com alterações histopatológicas dos bronquíolos e áreas adjacentes, responsáveis pelas manifestações clínicas e laboratoriais do paciente. Na bronquiolite obliterante ou constritiva há um processo inflamatório fibrosante peribronquiolar, levando ao estreitamento progressivo de pequenas vias aéreas. Este acometimento decorre de uma série de causas: inalação de gases tóxicos, uso de drogas e medicamentos, pós-infecção, doenças colágeno-vasculares, transplantes e idiopáticas. Clinicamente pode manifestar com dispnéia progressiva, tosse seca e geralmente história de exposição a fator de risco. Nos casos de exposição ambiental, geralmente é secundária a acidentes ocupacionais. **Objetivos:** Relatar caso de bronquiolite constritiva cuja etiologia foi atribuída a inalação tóxica em ambiente doméstico. **Métodos:** R.F.B., F, 42 a, auxiliar de enfermagem, há 4 m com dispnéia progressiva (ao chegar índice de Mahler: 2), associada a tosse seca. Sem outras queixas respiratórias. Relatava em sua história clínica apenas contato constante com produtos de limpeza doméstica. Relatava episódio de exposição aguda a cloro há 3 anos, o qual foi indevidamente empregado na limpeza de casa. Ao exame físico foi evidenciado redução do murmúrio vesicular e estertores finos em bases. Gasometria arterial = pH: 7,42; PaO₂: 69mmHg; PaCO₂: 40,4mmHg; HCO₃: 26mEq/L, BE: + 2; SaO₂: 94,1%. Espirometria: VEF1: 0,771 (23%), CVF: 1,87 (43%); VEF1/CVF: 53%, CPT: 3,951 (65%), CRF: 2,251 (68%), VR: 2,01 (116%), Difusão 36%. TC de Tórax: áreas de perfusão em mosaico, alguns nódulos centrolobulares e bronquiectasias. **Resultados:** Submetida a biópsia a céu aberto com alterações compatíveis com bronquiolite constritiva. Iniciado Prednisona (40mg/dia), com melhora parcial da dispnéia. **Conclusão:** A paciente encontra-se atualmente em acompanhamento clínico e em uso de imunossuppressores. O presente caso ilustra a necessidade, em pacientes com bronquiolite constritiva, da pesquisa de antecedentes de exposição a gases tóxicos mesmo no ambiente doméstico.

PO372 ACTIVE REMODELING IN ORGANIZING PNEUMONIAS: FIBROMYXOID CONNECTIVE TISSUE STUDY

Capelozzi VL, Ranzani O, Parra ER
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Organizing pneumonia; Fibromyxoid connective tissue; Morphometry

Introduction: Organizing pneumonia (OP) is an inflammatory lung disease characterized histologically by intraluminal fibromyxoid polyps involving alveolar ducts and alveoli. Most patients have idiopathic OP, but there is secondary OP that has several known causes. **Objectives:** The aim of this study was to determine whether vascular density and activity and myofibroblastic cells density in fibromyxoid polyps in the different evolutionary adapted responses to injury in two different etiologic of OP: idiopathic OP and secondary OP. **Methods:** We measured the vascular density and activity as well as myofibroblast cells and collagen fibers density in fibromyxoid polyps. Lung specimens that were obtained by open-lung biopsy of 11 patients with idiopathic OP and 10 patients with secondary OP, were immunostained for anti endothelial cells (CD-34), VCAM-1, E-selectin and anti-human smooth muscle actin (AML) and picrorissur red for collagen fibers. **Results:** The endothelial density, endothelial activity and miofibroblast cells in fibromyxoid polyps were higher in secondary OP than in the idiopathic OP. The collagen fibers showed higher density in idiopathic OP when compared with secondary OP, these results are shown in the table below. **Conclusion:**

Variables	Idiopathic OP (mean \pm SEM)	Secondary OP (mean \pm SEM)
CD 34 a	1.69 \pm 0.80	2.57 \pm 0.60
VCAM-1 b	0.55 \pm 0.30	1.30 \pm 0.51
E-selectin c	0.95 \pm 0.34	1.45 \pm 0.39
AML d	16.38 \pm 5.78	24.41 \pm 7.83
Collagen Fibers e	0.20 \pm 0.06	0.07 \pm 0.04

idiopathic OP x secondary OP (p = 0.008); idiopathic OP x secondary OP (p < 0.001); idiopathic OP x secondary OP (p = 0.004); idiopathic OP x secondary OP (p = 0.010);

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

idiopathic OP x secondary OP (p < 0.001) We concluded that the different forms of remodeling between in idiopathic OP and secondary OP are non-specific, representing evolutionary adapted responses to injury, which depend at least in part on the increased or decreased of endothelial density, endothelial activity, myofibroblastic cells density or collagen fibers. Financial Support: FAPESP CNPq, Lim 05-HCFMUSP.

PO373 BOOP IDIOPÁTICO - CASO CONFIRMADO POR BIÓPSIA TRANSRÔNQUICA E COM BOA RESPOSTA À CORTICOTERAPIA

Nunes de Aguiar VA¹, Salgado MRC², Macedo AG³, Rodrigues JEG⁴, Junior AN⁵
1,3,4. Centro Universitário Lusida, Santos, SP, Brasil; 2,5. Hospital Guilherme Alvaro, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; Idiopática; Biópsia transbrônquica

Introdução: A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização está ligada a múltiplos fatores como doenças subjacentes, infecções, uso de medicamentos, exposição ambiental e outros. Sua forma idiopática frequentemente confundida com outras patologias e necessita exame histopatológico para confirmação. **Objetivos:** Relatar caso de boop idiopático, com boa evolução com corticoterapia e confirmação por biópsia broncoscópica. **Métodos:** Identificação - ABC 61ª Viúva Italiana Procedente de Santos QD - Falta de ar e cansaço há 30 dias. HPMA -Cansaço e discreta dispnéia a esforços há \pm 30 dias (jan 2004). Submetida a exame rotina (Rx simples tx) e TC após que mostrou focos de consolidação alveolar em ambos htx. ISDA - Emagrecimento de 2kg. AP e Hábitos - HAS há 10 anos. Uso de amlodipina 5mg/dia. Episódio de depressão há 3 anos. Antecedentes: IIIIG IIP IA Partos normais. Menopausa há 6 anos. Reposição hormonal p/ 2 meses. Exame Físico - sem alterações TC de Tórax (02-02-04) - Focos de consolidação c/ extensão alveolar e broncogramas aéreos de permeio localizados nos LLI e bases lobos superiores e região apical esquerda. Função Pulmonar: Espirometria: Normal Laboratório: Hmg: normal VHS = 35mmHg; Proteína C reativa < 6 FAN = não reagente; Anticorpos anti-DNA não reagente; Anti-SM não reagente. FR < 8 Anti-SSA não reag; anti-SSB não reagente; c-Anca não reag; p-Anca não reag TCAR (Fleury- 08-04-04) - incluindo exame em expiração Consolidado envolvendo os LLI e opacidades em vidro fosco acometendo principalmente os LSS e inferior direito. Em comparação c/ 02/04 nota-se mudança na distribuição das alterações, c/ aparecimento de consolidação no LIE e transformação das consolidações dos LSS opacidade em vidro fosco. Achados compatíveis c/ BOOP. Aspecto freqüente na forma idiopática Diagnóstico diferencial c/ PH e pneumonia eosinofílica Broncoscopia (01-03-04) Aspecto endoscópico normal Biópsia em LSD + LSE Lavado brônquico/"brush" LSD Citologia oncológica neg Histopatologia: 1- Diminuto fragmento pulmonar c/ discreto infiltrado linfocitário permeando a parede brônquica, associado a edema e fibrose discreta 2- Discreta expansão intersticial em septos alveolares, com edema e escasso infiltrado linfomononuclear. Discreta reatividade de pneumócitos e alguns espaços alveolares (06) parcialmente preenchidos p/ tecido conectivo frouxo revestidos de células alongadas, sem atípicas, c/ macrófagos em outros alvéolos. **Resultados:** TRATAMENTO: Esquema de corticóide - Prednisona 1mg/kg a partir 20/04/04 c/ redução progressiva até 20mg/dia (23/10/04) e duração de 12 meses a partir do início do tratamento Evolução RX Tórax (28/05/04) Campos Pleuropulmonares normais Evolução TC de Tórax 25/10/2004 - NORMAL. **Conclusão:** Diagnóstico confirmado por biópsia broncoscópica excelente evolução com corticoterapia.

PO374 POLIANGÍTE MICROSCÓPICA E HEMORRAGIA ALVEOLAR EM PACIENTE PORTADORA DE TROMBASTENIA DE GLANZMANN

Galvão Barboza CE, Winter DH, Da Cruz Santana AN, Antunes T, Barros JM, Takagaki TY, Carvalho CRR, Valente Barbás CS

Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Poliangiite microscópica; Trombastenia de Glanzmann; Hemorragia alveolar

Introdução: A hemorragia alveolar é uma síndrome clínica caracterizada pelo extravasamento de sangue para os alvéolos pulmonares. Pode dever-se a capilarite pulmonar (vasculites), dano alveolar difuso (lúpus), congestão pulmonar ou coagulopatia. Relatamos um caso secundário a uma vasculite sistêmica em uma paciente com distúrbio de função plaquetária (trombastenia de Glanzmann). **Objetivos:** Relatar associação rara entre vasculite sistêmica com acometimento pulmonar e distúrbio de função plaquetária. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 55 anos, procedente de São Paulo, portadora de trombastenia de Glanzmann, procurou o serviço com dispnéia leve em repouso, tosse seca e dor torácica difusa por 3 dias. Queixava-se ainda de hematúria macroscópica há 18 meses. Ao exame físico, a paciente apresentava dispnéia e lesões purpúricas palpáveis em pele. Os exames laboratoriais revelaram Hb 8,8 g%, Creatinina 3mg/dL, Urina I com proteína > 1g/L e eritrócitos > 100/campo e ANCA-p: 1/40. A radiografia de tórax mostrava múltiplas consolidações alveolares bilaterais. A TC de tórax confirmou múltiplas consolidações alveolares difusas compatíveis com hemorragia alveolar. No segundo dia de internação, a Hb caiu para 7,5 g%. Foi, então, tratada com pulsoterapia com metilprednisolona 500mg/dia por 3 dias e ciclofosfamida. Evoluiu com melhora clínica, laboratorial e radiológica. Foi realizada ainda biópsia de lesão cutânea, que evidenciou dermatite com inflamação perivascular. No seguimento ambulatorial, 4 meses após a alta, apresentava-se assintomática, com Hb 12 g%, Cr 1,35mg/dL e Urina I normal; a TC de tórax apresentava-se sem alteração. **Conclusão:** A trombastenia de Glanzmann é uma doença autossômica recessiva caracterizada por deficiência de agregação das plaquetas, com contagens normais. Hemorragias viscerais não fazem parte de suas manifestações clínicas habituais e sua associação com hemorragia alveolar e vasculite ANCA-p + não havia ainda sido descrita. Assim, descrevemos o primeiro caso de poliangiite microscópica manifestando-se com lesões cutâneas, glomerulonefrite e hemorragia alveolar em uma paciente com trombastenia de Glanzmann.

PO375 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO COM BRONQUIOLITE OBLITERANTE (BOOP) EM PACIENTE PORTADORA DE PÊNFIGO VULGAR - RELATO DE CASO

Galvão Barboza CE, Lopes EM, Winter DH, Da Cruz Santana AN, Barros JM, Antunes T, Valente Barbás CS

Disciplina de Pneumologia HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia em organização com bronquiolite obliterante; Penfigo vulgar; Corticoterapia

Introdução: A BOOP é uma reação pulmonar aos mais diversos estímulos caracterizada por pelo acúmulo de 'massas polipóides' de tecido conjuntivo em nível bronquiolar e alveolar. Vários são os desencadeantes desta resposta, embora muitos continuem a ser descritos. **Objetivos:** Descrever um caso de BOOP secundária ao pênfigo vulgar. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 44 anos, procedente de São Paulo, previamente hígida iniciou quadro de lesões orais bolhosas e tosse seca por 2 meses antes da apresentação ao serviço. Tomografia computadorizada do tórax mostrava áreas de consolidação alveolar com broncogramas aéreos esparsos pelos pulmões. Foi submetida a broncoscopia com lavado broncoalveolar, cuja pesquisas diretas e culturas para gerentes infecciosos resultaram negativas. Foi realizada, então, biópsia de lesão de mucosa oral, resultando em diagnóstico de pênfigo vulgar. A investigação para doenças do tecido conjuntivo foi negativa. Levantou-se a hipótese de BOOP secundária ao pênfigo vulgar e iniciado prednisona 1mg/kg/dia. Após 40 dias de tratamento, havia apresentado regressão completa das lesões orais e das alterações tomográficas, iniciando-se o desmame da prednisona. Aos 6 meses de evolução, já sem corticoterapia, a paciente mantinha-se totalmente assintomática. **Conclusão:** A BOOP representa uma reação tecidual a diversos estímulos, sendo que em 70 a 90% dos casos tais estímulos podem não ser identificados. Entre as condições desencadeantes mais frequentes, estão fármacos, estados pós-infecciosos, doenças do tecido conjuntivo e agentes ambientais. O quadro clínico compõe-se de sintomas sistêmicos como febre, astenia, anorexia de evolução subaguda, além de dispnéia e tosse não produtiva. Os exames radiológicos mostram consolidações alveolares difusas e mal definidas. O diagnóstico presuntivo pode ser estabelecido pelas manifestações clínicas e radiológicas. O tratamento é feito com corticóides sistêmicos em doses imunossupressoras. Em relação ao prognóstico, este é bom, com até 80% dos casos evoluindo com resolução e sem seqüelas. Foram relatados alguns casos de BOOP e pênfigo coexistindo, porém como manifestações paraneoplásicas. Entretanto, a descrição de BOOP secundária a pênfigo vulgar isoladamente, ainda não havia sido descrita na literatura internacional; sendo o nosso caso, o primeiro.

PO376 FIBROSE CENTROLOBULAR (FCL): UM PADRÃO HISTOLÓGICO PULMONAR DISTINTO EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA E DOENÇA INTERSTICIAL PULMONARKairalla RA¹, Borges CTL², Capelozzi VL³, Parra ER⁴, Bonfá E⁵

1,2,5. Disciplina de Reumatologia FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 3,4. Departamento de Patologia FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença intersticial pulmonar; Escleroderma; Broncoaspiração

Introdução: A patogênese doença intersticial pulmonar (DIP) na Esclerose Sistêmica (ES) permanece controversa. As principais hipóteses são a atividade inflamatória da doença e a broncoaspiração, secundária à frequente presença de alterações esofágicas, até o momento o papel de cada uma permanece indefinido. **Objetivos:** Avaliar prospectivamente o padrão histológico da DIP em pacientes com ES, especialmente a presença do padrão de fibrose centrolobular (FCL), recentemente descrito, possivelmente relacionado à broncoaspiração. **Métodos:** 28 pacientes consecutivos com ES e DIP avaliada pela tomografia computadorizada de tórax (TCAR), foram selecionados para realizar biópsia pulmonar a céu aberto. Todas eram mulheres e preenchiam os critérios diagnósticos para a doença. Foram submetidos a prova de função pulmonar (volumes, fluxos e DCO), TCAR, exames laboratoriais e esofágicos (estudo contrastado e/ou endoscopia). **Resultados:** FCL foi encontrada em 75% dos casos, sendo que em 14 (50%) estava associada à Pneumonia Intersticial não Específica (NSIP + FCL), lesão mista. Sete foram identificados como FCL isolada (25%), 5 como NSIP isolada (17,8%), 1 caso de dano vascular grave (3,6%) e outro caso (3,6%) de bronquiolite respiratória associada à DIP, secundária ao tabagismo. Como esperado, a histologia mostrou broncocentricidade das lesões na grande maioria (95%) dos pacientes com FCL seja isolada ou mista. Além disso, todos os pacientes com FCL isolada apresentavam um intenso conteúdo basofílico intraluminal contrastando com a completa ausência do mesmo nos casos de NSIP (p = 0,02). Na TCAR, os pacientes com FCL apresentavam um escore tomográfico mais elevado (9,21 vs. 4,58 vs. 5,50; p = 0,02) e uma centralização das alterações (57,14% vs. 7,14% vs. 25%; p = 0,03), nos grupos FCL, NSIP + FCL e NSIP respectivamente. Na análise tomográfica isolada dos pacientes com FCL, dos 4 pacientes com vidro-fosco como padrão tomográfico predominante, todos tinham uma distribuição pulmonar segmentar e 3 deles (75%), apresentavam uma centralização desta lesão. Nenhuma característica clínica, funcional ou de função esofágica foi diferente entre os três principais grupos. **Conclusão:** Demonstramos pela primeira vez um novo padrão de intersticiopatia na ES, a fibrose centrolobular. Este padrão é caracterizado por lesão tomográfica mais intensa, distribuição bronco-cêntrica e segmentar, possivelmente causada por microaspirações. A presença de padrões histológicos, tomográficos e, provavelmente, patogenias distintos, talvez, justifique os resultados pouco expressivos da terapêutica antiinflamatória e imunossupressora nesses pacientes. "IM" Jorge Kawakama.

PO377 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA

Rodrigues MF, Bezerra FC, Buzaglo LCP, Ferreira TA, Fonseca MS

Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Eosinofilia; Crônica

Introdução: A pneumonia eosinofílica crônica (PEC) é uma entidade clínica rara, de causa desconhecida, e evolução lenta, apresenta-se com febre, tosse seca, dispnéia progressiva,

fadiga e perda de peso; infiltrado pulmonar na radiografia de tórax com eosinofilia periférica e evolução não esperada para processo pneumônico. Mais frequente em mulheres na quinta década de vida. O diagnóstico é dado por biópsia pulmonar ou indiretamente por quadro clínico compatível associado ao lavado broncoalveolar (LBA) com intensa eosinofilia. A corticoterapia é o tratamento de escolha. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia eosinofílica crônica em paciente jovem sem antecedentes de atopia. **Métodos:** Relato de caso de uma paciente do ambulatório de pneumologia das unidades integradas Hospital Universitário Getúlio Vargas/Hospital Universitário Dona Francisca Mendes. **Resultados:** M.M.S., feminino, 37 anos, sem antecedentes de asma, tabagismo, história ocupacional ou medicamentosa. Em Dezembro de 2004, quadro de febre moderada, vespertina, que cedia ao uso de analgésicos, acompanhada de cefaléia frontotemporal esporádica, dor torácica ventilatório-dependente e tosse seca. No serviço de urgência foi prescrito levofloxacino e prednisona 20mg por sete dias, sem melhora. Substituiu-se a terapêutica por azitromicina e ceftriaxona, com persistência do quadro. Após um mês, perda ponderal de quatro quilos, diarreia e dispnéia aos médios esforços. Ao exame clínico, dispnéia, acianótica, sem hipo-ratismo digital com ausculta cardíaca e respiratória normal. Exames laboratoriais: BAAR no escarro negativo (duas amostras), hemograma com eosinofilia absoluta de 5008 células e relativa de 38%. Radiografia de Tórax condensações não homogêneas esparsas no terço médio de ambos os pulmões. Tomografia de Tórax: opacidades subpleurais com áreas de consolidação, tipo vidro fosco predominando nas periferias das regiões superiores e médias. Broncoscopia: Bronquite enantemática de brônquio fonte esquerdo. Lavado broncoalveolar de aspecto turvo, citometria de 180 células/mm³, citologia com 44% de segmentados, 18% de linfócitos e 38% de eosinófilos. Presença de células agrupadas e isoladas com citoplasma de basofilia acentuada, núcleo condensado de contorno irregular com binucleação e multinucleação e presença de macrófagos. Bloco de células histopatológico do lavado broncoalveolar com ausência de malignidade. Realizado tratamento com prednisona 40mg/dia com regressão gradual da dose tratada por seis meses. Evoluindo com remissão do quadro clínico e melhora radiológica após um mês. **Conclusão:** A pneumonia eosinofílica crônica é uma doença de bom prognóstico, baixa mortalidade, porém necessita de um período prolongado de corticoterapia, acompanhamento ambulatorial por evoluir com recidivas frequentes.

PO378 PNEUMOPATIA AGUDA INDUZIDA POR NITROFURANTOÍNA

Huttner MD, Zille AI, Bergamin JA, Suárez Halty L

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pneumopatia aguda; Nitrofurantoína; Doença intersticial

Introdução: As pneumopatias induzidas por fármacos consistem em uma série de apresentações clínico-radiológicas estabelecidas através da reação pulmonar à utilização de algum fármaco. A nitrofurantoína apresenta dois tipos de toxicidade pulmonar: reação de hipersensibilidade e fibrose pulmonar. O diagnóstico é difícil, uma vez que o quadro clínico não é específico e várias doenças coexistentes podem também determinar comprometimento pulmonar. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente em tratamento para infecção do trato urinário que desenvolveu toxicidade pulmonar aguda pelo uso de nitrofurantoína. **Métodos:** Relato de caso: Paciente feminina, 61 anos, branca, não tabagista com queixa de tosse seca e dispnéia grau 1 MRC há 2 semanas, acompanhada de astenia, adinamia e anorexia. Episódio único de febre no início do quadro. Referia ter usado por 30 dias nitrofurantoína para tratamento de infecção do trato urinário por conta própria. Em bom estado geral, ausculta pulmonar com estertores finos em bases pulmonares. Hemoglobina: 13,4; leucócitos: 8700 com contagem diferencial de distribuição usual (sem eosinofilia); VSG: 20; FAN e fator reumatóide negativos. Radiografia torácica com moderado grau de comprometimento intersticial difuso. Tomografia computadorizada de tórax de alta resolução mostrando espessamento de feixes broncovasculares, septos interlobares e cissuras, com maior comprometimento do lobo inferior direito, além disso existem áreas focais de infiltrado com padrão "vidro fosco", caracterizando alveolite. Espirometria simples dentro dos limites da normalidade. No decorrer da investigação houve piora da dispnéia sendo iniciado prednisona via oral por 30 dias. Após esse período a paciente encontra-se assintomática com tomografia de controle demonstrando apreciável redução no infiltrado alveolar, bem como no comprometimento intersticial peribroncovascular e interlobar. Retirada a corticoterapia com boa evolução clínica. **Resultados:** O quadro agudo da toxicidade por nitrofurantoína se manifesta através de tosse, febre, dispnéia, eosinofilia e infiltrados pulmonares transitórios. Apresenta um curso de 1 a 4 semanas com bom prognóstico e resolução total após suspensão do tratamento. **Conclusão:** Os autores relataram um quadro de toxicidade pulmonar aguda pelo uso de nitrofurantoína, o qual apresentou melhora clínica após corticoterapia.

PO379 BRONQUIOLITE ORGANIZANTE CRIPTOGÊNICA EM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA ASSOCIADA A BRONQUIOLITE FOLICULAR

Balthazar AB, Balthazar ABS, Bragagnolo Junior LA, De Rezende SM, Barbeiro AS, Macedo RF, Araujo Guerra Grangeia T, Schweller M

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; Pneumonia intersticial; Broncoscopia

Introdução: A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização é um dos padrões de resposta histológica do pulmão a uma variedade de injúrias que afetam as pequenas vias aéreas não-cartilaginosas e as estruturas alveolares. A forma idiopática da doença chamada de pneumonite organizante criptogênica é a apresentação clínica mais frequente e é definida por cinco critérios maiores: 1. fibrose intraluminal nos espaços aéreos distais (bronquiólos, ductos alveolares e alvéolos), 2. distribuição multifocal, 3. preservação da arquitetura pulmonar, 4. homogeneidade temporal e 5. por uma leve inflamação intersticial crônica. O quadro clínico e radiológico é semelhante ao das pneumonias e é também conhecida como a pneumonia que não melhora com uso de antibióticos. A bronquiolite folicular está frequentemente associada a colagenose em particular à Síndrome de Sjögren. O diagnóstico definitivo geralmente é firmado por exame histopatológico de fragmento de pulmão obtido atra-

vés de biópsia a céu aberto. **Objetivos:** Descrever caso clínico de bronquiolite cujo diagnóstico foi firmado através de biópsia transbrônquica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, não tabagista com queixa de pneumonias de repetição há 5 anos, já tendo apresentado 3 episódios nesse ano. Atualmente com queixa de tosse produtiva com expectoração ora clara ora purulenta dor torácica e em região lombar febre não medida e dispnéia aos esforços. Ao radiograma de tórax (Rx), observou-se discreta opacidade em região lingular, melhor evidenciada à tomografia de tórax como consolidação de espaço aéreo em situação peribroncovascular subpleural nos segmentos lingular inferior, medial e lateral do lobo médio e em segmentos posterior, basal-lateral e basal-anterior do LIE. Submetida a broncofibroscopia que evidenciou hiperemia de mucosa traqueobrônquica. Realizado lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica (BTB). As pesquisas e culturas para germes comuns, micobactérias, fungos foram negativas assim como a pesquisa de células neoplásicas. Realizada PCR para micobactérias, mycoplasma e clamídia todas negativas. A celularidade do LBA mostrava Linfócitos 53%, Neutrófilos 43%, Macrófagos Alveolares 3% e células epiteliais 1%. O Hemograma era normal, sem eosinofilia e eram negativos os marcadores para doenças do colágeno. A biópsia transbrônquica firmou o diagnóstico de bronquiolite organizante criptogênica associada a bronquiolite folicular. Iniciado tratamento com prednisona com importante melhora da tosse e expectoração, febre e dispnéia. Atualmente encontra-se no 3º mês de tratamento. **Conclusão:** Trata-se de caso de bronquiolite organizante criptogênica associada a bronquiolite folicular, cujo diagnóstico anatomopatológico foi obtido através de biópsia transbrônquica, um procedimento ambulatorial muito seguro e minimamente invasivo, demonstrando que essa técnica pode ser importante na elucidação diagnóstica desse tipo de patologia.

PO380 SARCOIDOSE - RELATO DE UM CASO TÍPICO

Studart Leitão Filho FS, Dias Júnior SA, Souza Leão Andrade MJ, Buratti DC, Barbosa Botelho LF, Lopes de Andrade DM, Barros RK

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Sarcoidose; Doença granulomatosa; Lesão ocular

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistêmica de causa desconhecida marcada pela presença de granulomas não caseosos em diversos órgãos, levando a desarranjos em suas estruturas teciduais. Possui apresentação que varia de casos assintomáticos até falência progressiva de múltiplos órgãos na minoria dos pacientes. Clinicamente, o pulmão é o órgão mais frequentemente afetado mas qualquer parte do corpo pode ser atingida, principalmente pele, olhos e gânglios. Alguns pacientes podem ainda apresentar-se de forma aguda com um quadro associado de febre, aumento da parótida, uveíte anterior e paralisia facial periférica, constituindo a síndrome de Heerfordt-Waldenström. **Objetivos:** Relatar um caso típico de uma patologia não frequente que se apresentou com múltiplas alterações sistêmicas e discutir sobre os aspectos clínicos da doença. **Métodos:** Relatamos o caso um paciente do sexo masculino, 48 anos, pardo, agente penitenciário, natural e procedente de São Paulo, com história de astenia e perda de peso importante iniciadas há cerca de seis meses que se associaram a desconforto torácico, tosse seca e dispnéia progressiva, chegando a dispnéia aos moderados esforços. Relatava ainda episódio prévio diagnosticado como paralisia facial periférica com remissão espontânea há cerca de 2 anos. Ao exame, notava-se discreta cianose labial, pápulas eritemato-infiltrativas em dorso e hepatomegalia leve. Na ausculta pulmonar havia sibilos em ambas as bases pulmonares. **Resultados:** Do ponto de vista laboratorial, apresentava alteração leve da função renal e hipercalemia importante. Ao exame oftalmológico observou-se ainda a presença de lesões sugestivas de uveítes prévias. A radiografia do tórax mostra infiltrado retículo-nodular acometendo predominantemente os campos pulmonares inferiores. Na TCAR observou-se infiltrado micronodular difuso bilateralmente envolvendo superfícies pleurais e fissuras; espessamento nodular do interstício peribroncovascular; e linfonodos maiores que 1cm paratraqueais, subcarinais e pré-vasculares. Foi então realizada uma broncoscopia com biópsia transbrônquica além de biópsia das lesões cutâneas, cujo anatomopatológico de ambas revelou processo inflamatório crônico granulomatoso sem necrose e com pesquisa de BAAR pela coloração de Zielh-Neelsen negativa, sendo então, fechado o diagnóstico de sarcoidose estágio II. **Conclusão:** Os autores chamam a atenção para a diversidade de comemorativos clínicos apresentados no caso com o acometimento de vários órgãos (pulmões, pele, gânglios, olhos e rins), demonstrando notadamente o caráter multisistêmico da doença. Acrescente-se ainda, a hipótese diagnóstica retrospectiva compatível com a síndrome de Heerfordt-Waldenström sugerida pela história de paralisia facial periférica associada aos achados do exame oftalmológico.

PO381 PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA EM IRMÃOS

Azevedo Sias SM¹, Bezerra de Menezes NM², Cardoso Felix AA³, Comarella JD⁴, Silami Lopes VG⁵, Quirico-Santos T⁶, Couto Martins MCA⁷

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 2,3,4,7. Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF, Niterói, RJ, Brasil; 5,6. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial em irmãos; Pneumonia intersticial linfocítica; DPI em criança

Introdução: A Doença Pulmonar Intersticial (DPI) em crianças compreende um grupo heterogêneo e amplo de pneumonias crônicas raras caracterizadas por doença pulmonar restritiva e alterações gasométricas com hipoxemia. Apesar de se conhecer mais sobre DPI em adultos, o espectro, a distribuição, o prognóstico e a resposta terapêutica são peculiares na criança. A apresentação clínica da DPI nessa faixa etária é inespecífica e variável. A maioria apresenta sinais e sintomas de doença restritiva pulmonar, mas, pode haver uma instalação insidiosa. Alguns raros relatos internacionais foram descritos da doença numa mesma família, mas o padrão genético permanece desconhecido. Sabe-se que a DPI familiar tem alta mortalidade na população pediátrica. **Objetivos:** Relatar dois casos de pneumonia intersticial linfocítica em irmãos. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos prontuários com descrição do J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

diagnóstico, evolução e terapêutica. **Resultados:** EFP, 8 anos, feminina internada aos 3 meses com diagnóstico de bronquiolite grave evoluindo após alta com taquipnéia e hipoxemia. Indicada biópsia pulmonar a céu aberto aos 4 meses com diagnóstico de pneumonia intersticial linfocítica (PIL). Fez uso de corticóide oral por 2 anos com controle da doença, mas por decisão materna houve suspensão do tratamento com uso da medicação apenas nas fases de descompensação aguda. Aos 4 anos de idade apresentou encefalomielite disseminada aguda (ADEM) sendo medicada com imunoglobulina endovenosa e pulsoterapia. Houve remissão completa após 6 meses. NFP, 6 anos, masculino apresentou dermatite atópica desde 2 meses de vida, otites supuradas e sinusites de repetição. Foi internado aos 9 meses com pneumonia grave por Mycoplasma, quando já apresentava baquetamento digital. Realizada broncoscopia cujo lavado broncoalveolar mostrou alveolite linfocítica. Rastreamento para imunodeficiência foi negativo. Submetido à biópsia pulmonar a céu aberto aos 2 anos confirmando PIL. Medicado com corticóide oral mantendo-se estável. Os 2 casos apresentaram FAN positivo. Ambos foram tratados com corticóide oral, mas sem resposta satisfatória e estão atualmente medicados com pulsoterapia com metilprednisolona e hidroxiquinolona. **Conclusão:** Alguns agentes infecciosos estão associados à PIL, como vírus e Mycoplasma. Um dos casos teve infecção viral como provável desencadeante, mas o outro já apresentava sinais de hipoxemia crônica quando teve a pneumonia por Mycoplasma. Apesar de não haver estudos comprovando a participação direta do sistema imune na PIL, os casos apresentados sugerem que haja um provável envolvimento desse, corroborado pela manifestação da ADEM (doença auto-imune rara), a dermatite atópica e a positividade do FAN. Peculiaridades desses casos, bem como seu vínculo genético auxiliam na elucidação de um provável mecanismo auto-imune de doença.

PO382 GRANULOMATOSE DE WEGENER: FORMA LIMITADA

Balthazar AB¹, Balthazar ABS², Macedo RF³, Quagliato Junior R⁴, Bragagnolo Junior LA⁵, Araujo Guerra Grangeira T⁶, Schweller M⁷, Bonilha Junior JPM⁸

1,2,3,4,5,6,7. UNICAMP, Campinas, SP, Brasil; 8. Sociedade Beneficente Centro Médico de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener; Vasculite; Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos

Introdução: A granulomatose de Wegener é uma doença rara, caracterizada pelo acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores e o acometimento renal, podendo ainda afetar olhos, pele, articulações e sistema nervoso. Histologicamente é uma vasculite granulomatosa necrosante de pequenos vasos e laboratorialmente está associada ao padrão citoplasmático de anticorpos antineutrófilos (c-ANCA) sendo que este pode ser negativo em aproximadamente 30% dos casos confirmados da doença. Uma forma limitada foi inicialmente descrita por Carrington e Leibow (1996). Nessa forma da doença não há envolvimento renal e parece ter um melhor prognóstico. **Objetivos:** Relatar um caso de granulomatose de Wegener com acometimento pulmonar exclusivo. **Métodos:** Paciente masculino de 53 anos. **Resultados:** Paciente com quadro de febre não medida, dor torácica há 1 mês. Antecedentes de tabagismo (70 anos-maço). Atendido no pronto socorro onde realizou radiograma de tórax que evidenciou múltiplas lesões nodulares bilateralmente. Iniciado antibioticoterapia empírica sem melhora. Realizou tomografia computadorizada de tórax (TC) que demonstrou lesões nodulares bilateralmente algumas com hiperlucência em seu interior localizadas nos segmentos apical do lobo superior direito (LSD), lateral do lobo médio, basal-anterior e basal-posterior do lobo inferior esquerdo. Apresentava leucocitose com importante desvio a esquerda, VHS de 124mm, hemoculturas negativas, exames de escarro com pesquisas e culturas para fungos e micobactérias negativas, função renal e sedimento urinário normal. Submetido a broncofibroscopia que evidenciou diminuição da luz do segmento apical do LSD. Lavado brônquico com pesquisas e culturas para micobactérias e fungos negativas. A biópsia transbrônquica foi inconclusiva, sendo então indicada biópsia percutânea guiada por tomografia. Realizou ainda pesquisa de antígeno para Legionella na urina, sorologia para paracoccidiodomicose e histoplasmoses, e antigenemia para criptococos todos negativas. PCR no lavado para BAAR, Mycoplasma e Chlamydia negativas. E finalmente c-ANCA e p-ANCA não reagentes. Biópsia percutânea foi compatível com vasculite necrotizante e pneumonia organizante. Introduzida prednisona 65mg por dia, bactrimR e avalexR com importante melhora clínica e após desaparecimento da febre iniciou ciclofosfamida 150mg por dia. Houve melhora expressiva do quadro clínico e radiológico com desaparecimento quase de todas as lesões descritas exceto por lesão cicatricial no LSD em tomografia de controle após 6 meses do início do tratamento. **Conclusão:** O caso demonstra a importância de se pensar no diagnóstico de granulomatose de Wegener em pacientes com lesões nodulares múltiplas principalmente se a cavitação está presente, após descartar doenças infecciosas como fungos e micobactérias. Finalmente, ressaltar a importância de biópsias minimamente invasivas que podem ser suficientes para definição diagnóstica.

PO383 AUTOPSY-PROVEN CAUSES OF DEATH IN LUNGS OF PATIENTS IMMUNOCOMPROMISED BY SECONDARY INTERSTITIAL PNEUMONIA

Terrabuo Jr A, Parra ER, Capelozzi VL

Department of Pathology, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Interstitial pneumonia; Autopsias; Imunocompromise

Introduction: Acute pulmonary complications in immunocompromised host are an important cause of death in this group of patients. The complexity of the clinical presentations makes the diagnosis by the clinician a constant challenge. In spite of the recent advances, most kind of diagnostic support is still expensive. The clinician not infrequently initiates treatment trying to avoid rapid progression of the disease or more invasive procedures. For this reason is important to know the principal causes of death in this population to establish correct prophylactic actions, that are cheaper and more intelligent way to prevent SIP or eventually indicates lung biopsy. **Objectives:** To present the more frequent associations

found in autopsies of immunocompromised patients who developed a secondary interstitial pneumonia (SIP) as well as the risk of death (odds ratio) in having specific SIP according to the cause of immunocompromise. **Methods:** From January 1994 to March 2004, 17.000 autopsies were performed at Clinical Hospital School of Medicine, Sao Paulo University. From these autopsies were selected 558 cases from patients aged 15 years or more with primary underlying diseases. Immunocompromise were classified into neoplasia, transplantation, sepsis, diabetes mellitus, steroid therapy, chemotherapy and malnutrition. They developed radiological diffuse infiltrates and died after SIP. Histological slides were reviewed by skilful pathologists to confirm or not the presence of SIP. Statistical analysis included Fisher's exact test to verify an association between histopathology and immunocompromise causes; and Logistic regression to predict the risk of death for specific histological findings for each of the independent variables in the model. **Results:** SIP was histological represented by diffuse interstitial pneumonitis ranging from mild non specific findings (n = 213) to a pattern of Diffuse Alveolar Damage (DAD) (n = 273). Bronchopneumonia was present in 72 cases. The principal causes of immunocompromise in patients with DAD were sepsis (136 cases) and neoplasia (113 cases). Among the underlying disease, the significant were: pancreatic cancer (OR = 5.24), hepatic cancer (OR = 3.9), hematological cancer (OR = 1.82), bone marrow transplantation (OR = 2.62) and steroid therapy (OR = 2.50). Cytomegalovirus infection showed the highest risk (OR = 18.84). **Conclusion:** In immunocompromised patients with primary underlying disease, Cytomegalovirus infection might lead to death from a SIP DAD pattern. Financial Support: FAPESP CNPq, Lim 05-HCFMUSP.

PO384 CORRELATION BETWEEN SURGICAL LUNG BIOPSY, AUTOPSY FINDINGS AND CLINICAL DATA IN PATIENTS WITH DIFFUSE PULMONARY INFILTRATES AND ACUTE RESPIRATORY FAILURE

Canzian M¹, Parra ER², De Matos Soeiro A³, De Lima Taga MF⁴, Valente Barbás CS⁵, Capelozzi VL⁶

1. Divisions of Respiratory Diseases and Pathology, Heart Institute (INCOR), São Paulo, SP, Brasil; 2. Department of Pathology, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 3,4,5,6. Department of Pathology, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Surgical lung biopsy; Acute respiratory failure; Autopsies

Introduction: Surgical lung biopsy (SLB) is an invasive procedure performed when other procedures failed to provide an urgent and specific diagnosis, but there may be reluctance to perform SLB in critically ill patients with diffuse pulmonary infiltrates. **Objectives:** This study aims evaluate diagnostic accuracy, changes in therapy and survival of patients with diffuse lung infiltrates, mostly presenting acute respiratory failure (ARF), who underwent SLB. **Methods:** We examined retrospectively medical records and SLB of 63 patients older than 18 years, with diffuse infiltrates, from 1982 to 2003. Clinical diagnoses were compared to histopathological ones, from biopsies and autopsies. Laboratorial and epidemiological data were evaluated and their relationship to hospital survival were analyzed. **Results:** All SLB specimens exhibited abnormalities, mostly presenting benign/inflammatory etiologies. Fifteen patients had etiologic factor determined in biopsy, most commonly M. tuberculosis. The preoperative diagnosis was changed in 37 patients. Autopsies were obtained in 25 patients and confirmed biopsy results in 72%. Therapy was changed 65% of patients based on biopsy results. Forty-nine percent of patients survived to be discharged from the hospital. Characteristics that differed significantly between survivors and nonsurvivors included sex (p = 0.05), presence of comorbidity (p = 0.05), SpO2 (p = 0.05), and presence of Diffuse Alveolar Damage in biopsy (p = 0.004). **Conclusion:** SLB provided a specific, accurate etiologic diagnosis in many patients with diffuse pulmonary infiltrates when clinical improvement does not occur after standard treatment. SLB may show specific diagnosis that require distinct treatment, and probably have an impact in lowering the mortality of these patients.

PO385 SEMIQUANTITATIVE ASSESSMENT OF SURGICAL LUNG BIOPSY: PREDICTIVE VALUE AND IMPACT ON SURVIVAL OF PATIENTS WITH DIFFUSE PULMONARY INFILTRATES

Capelozzi VL¹, Parra ER², De Matos Soeiro A³, De Lima Taga MF⁴, Valente Barbás CS⁵

1. Divisions of Respiratory Diseases and Pathology, Heart Institute (INCOR), São Paulo, SP, Brasil; 2. Department of Pathology, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 3,4,5. Department of Pathology, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Histological analysis; Surgical lung biopsy; Prognosis

Introduction: Surgical lung biopsy (SLB) has been studied in distinct populations, mostly concerning only histopathological diagnostic information in diffuse infiltrates, beyond clinical data. However, detailed tissue analyses in this situation have barely been exploited. **Objectives:** The present study was delineated to provide detailed tissue analysis in diffuse infiltrates. **Methods:** We examined retrospectively medical records and SLB of 63 patients older than 18 years, with diffuse infiltrates, from 1982 to 2003. The lung parenchyma was histologically divided into 4 anatomical compartments: interstitium, airways, vessels and alveolar spaces. Histological changes throughout these anatomical compartments were then evaluated according to their acute or chronic evolutionary character. A semiquantitative score system was applied to a histologic SLB findings in order to evaluate intensity and extension of pathological process. Logistic regression was applied to predict the risk of death for acute and chronic histological changes and to estimate odds ratios for each of the independent variables in the model. **Results:** impact on survival was found for male sex (p = 0.03), presence of underlying disease (p = 0.03) diffuse alveolar damage (p = 0.001) and chronic histological changes (p = 0.004) on biopsy. Thus, men have more chance to die than women. Death risk is increased 31.5 times in the presence of acute histological changes such as diffuse alveolar damage, 2.9 times in the presence of, chronic histological changes

and 25 times in the occurrence of comorbidities. **Conclusion:** Detailed histological analysis of histological specimens can provide more than nosological diagnosis. This approach can bring valuable information concerning prognosis.

PO386 QUANTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES VASCULARES NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES NO PROGNÓSTICO

Kairalla RA¹, Capelozzi VL², Parra ER³, Souza R⁴, Carvalho CRR⁵

1,4,5. Disciplina de Pneumologia HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3. Departamento de Patologia São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; Microcirculação pulmonar; Patogenia

Introdução: Na patogênese da Fibrose Pulmonar Idiopática (FIP/UIP), doença fibroproliferativa crônica, ocorre um processo de reparação anormal com acentuada deposição de matriz extracelular. Nesse contexto, a importância das alterações vasculares na evolução da FIP permanece controversa. **Objetivos:** Quantificar as alterações vasculares (arterial e capilar) na FIP/UIP e avaliar suas implicações prognósticas. **Métodos:** Foram avaliadas as biópsias pulmonares e a sobrevida de 36 pacientes com diagnóstico de FIP/UIP. As artérias pré-acinares foram analisadas, semi-quantitativamente, quanto a: grau de lesão vascular (classificação de Heath-Edwards), grau de oclusão e alteração da espessura vascular, quantificação de fibras elásticas e de colágeno na parede do vaso. Os capilares foram analisados quanto a: densidade capilar, através de imunomarcadores endoteliais (CD34), e disfunção endotelial, através de marcadores de molécula de adesão (ICAM1+). Cada caso foi classificado quanto a intensidade de remodelamento (leve, moderado e acentuado) e também a análise foi feita isoladamente nas áreas normais, colapsadas e fibrose mural. **Resultados:** Macrocirculação: observou-se aumento da espessura vascular (p < 0,05), quantificação do colágeno (p = 0,001) e elastina (p = 0,002) vasculares e uma tendência de aumento do grau de HE (p = 0,069), conforme maior foi o grau de remodelamento nas 3 áreas analisadas (ANOVA). Microcirculação: a densidade capilar alveolar (porcentagem corrigida de CD34) foi semelhante nas áreas normal e de colapso, e reduzida nas áreas de fibrose mural. A maior densidade microvascular nas áreas não fibróticas correlacionou-se com sobrevida maior (p = 0,04, Teste Log Rank), enquanto a maior intensidade de ICAM1+ nas áreas de remodelamento correlacionou-se com menor sobrevida (p = 0,027, Teste Log Rank). **Conclusão:** As alterações dos vasos pré-acinares ocorreram paralelamente ao grau de lesão do parênquima pulmonar e, isoladamente, não interferiram significativamente na sobrevida dos pacientes com FIP/UIP. A redução da densidade capilar nas áreas mais preservadas correlacionou-se com pior prognóstico, enquanto um aumento da disfunção endotelial nas áreas remodeladas com pior sobrevida, levantando a hipótese de uma participação da microcirculação pulmonar na patogênese da FIP.

PO387 REAÇÃO SARCÓIDE RELACIONADO AO USO DE INTERFERON UTILIZADO NO TRATAMENTO DE MELANOMA: RELATO DE CASO

Gazzana MB, Lewgoy J

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Interferon; Doença pulmonar intersticial; Melanoma

Introdução: O interferon tem muito efeitos adversos. Entre eles a possibilidade de causas reação imunológicas, tipo sarcoidose, que tem sido descritas sobretudo em pacientes tratados para hepatites virais crônicas. Na literatura, há poucos casos descritos de reação sarcóide associada ao uso antineoplásico do interferon. **Objetivos:** Relatar um caso de paciente que desenvolveu reação sarcóide após ter utilizado interferon em altas doses no tratamento de melanoma. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Sarcoidosis, Melanoma, Interferon, Drug-induced Lung Disease) e site Pneumotox (www.pneumotox.com). **Resultados:** Paciente masculino, adulto, com história de melanoma detectado em biópsia excisional de linfonodo axilar. Fez uso de interferon em altas doses. PET scan no seguimento demonstrou hiper captação em mediastino, que não havia em PET scan anterior. Foi submetido a mediastinoscopia por suspeita de metástase mediastinal, cujo exame anatomopatológico da peça demonstrou granulomas sarcóides com pesquisas de BAAR e fungos negativas e ausência de neoplasia. Provas funcionais pulmonares foram normais. Não houve detecção de recidiva neoplásica. Paciente permanece em acompanhamento, assintomático do ponto de vista respiratório e sem evidência de sarcoidose em atividade. Foi optado por somente observação clínica. **Conclusão:** O uso de interferon para tratamento de melanoma pode induzir o aparecimento de granulomas sarcóides, simulando a sarcoidose.

PO388 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR NO CLIMATÉRIO EM USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Alves JR¹, Farinazzo A², Farinazzo BAB³, Alves SA⁴

1,4. Centro do Pulmão, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2. CLAIR, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3. FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; Terapia de reposição hormonal; Climatério

Introdução: Linfangioleiomiomatose é uma doença rara de etiologia desconhecida que afeta mulheres jovens no período fértil. Caracteriza-se por uma proliferação hamartomatosa do músculo liso nos pulmões, mediastino e abdome. Nos pulmões a Linfangioleiomiomatose pulmonar apresenta uma progressiva proliferação do músculo liso pulmonar nos vasos linfáticos, vasos sanguíneos e vias aéreas. Se estendendo pelo interstício alveolar causando alterações císticas e nas veias pulmonares com conseqüente hemorragia pulmonar. O envolvimento linfático pode desenvolver derrame quiloso. Clinicamente apresenta dispnéia, pneumotórax recorrente, quilotórax e hemoptise. A radiografia de tórax mostra um infiltrado intersticial difuso e cistos de tamanhos uniformes. Os testes de função pulmonar geralmente mostram limitação ao fluxo de ar com aumento do volume residual. A Linfangioleiomiomatose pulmonar ocorre isolada ou associada com esclerose tuberculosa. Progredie geralmente para a morte por insuficiência respiratória. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** D.F.S.S., 57 anos, menopausada há cinco anos, fazia uso de

terapia de reposição hormonal, nega tabagismo. Apresentou pneumotórax espontâneo acentuado à esquerda registrado em radiografia de tórax em 02/03/06. Submetida à toracoscopia com significativa melhora clínica e registro radiográfico de 04/06/06 com expansão pulmonar quase total à esquerda. Em 06/03/06 em tomografia computadorizada de tórax evidenciou-se pequeno pneumotórax no lado esquerdo com dreno tubular adjacente. Assim como múltiplas imagens hipoatenuantes de paredes finas com distribuição randômica em ambos os campos pulmonares com aspecto de cistos. Submetida a segmentectomia com pleurodese no dia 8 de março de 2006. Após o procedimento cirúrgico até a presente data não houve recorrência do pneumotórax. **Conclusão:** A Linfangioleiomiomatose é uma doença cística pulmonar incomum que afeta predominantemente mulheres jovens, causando dispnéia progressiva e falência respiratória. A apresentação histopatológica da doença são espaços aéreos dilatados e infiltração difusa do interstício pulmonar com atípicas células musculares lisas. A paciente aqui relatada apresentava múltiplos cistos pulmonares. O pneumotórax é uma complicação freqüente dessa doença, evidenciada nessa paciente, que ocasiona morbidade significativa. Dois terços das pacientes apresentam pneumotórax e 70% dessas mulheres terão pneumotórax recorrente, seja ipsilateral ou contralateral. A conduta para o tratamento e prevenção da recorrência do pneumotórax é controversa. Intervenções na pleura como pleurodese, ablação pleural e pleurectomia parcial são freqüentemente empregadas na condução do pneumotórax recorrente na Linfangioleiomiomatose. Nossa paciente foi submetida à segmentectomia com pleurodese obtendo boa resposta clínica.

PO389 PNEUMOPATIA DIFUSA ASSOCIADA AO USO CRÔNICO DE ATENOLOL

Gazzana MB, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Atenolol; Doença pulmonar intersticial; Infiltrado pulmonar

Introdução: As doenças pulmonares associadas ao uso de fármacos são freqüentes. Entretanto, ocorrem geralmente após as primeiras semanas de uso da medicação. Os betabloqueadores estão associados sobretudo a broncoespasmo, e mais raramente a pneumopatias intersticiais. **Objetivos:** Relatar um caso de um paciente que desenvolveu infiltrado pulmonar difuso por uso crônico de atenolol. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Lung Disease, Intersticial; Atenolol) e site Pneumotox (www.pneumotox.com). **Resultados:** Paciente masculino, adulto, hipertenso de longa data, em uso de atenolol há muitos anos, iniciou com dispnéia progressiva e tosse seca. Trazia Rx de tórax com infiltrado pulmonar difuso. Negava febre ou sintomas constitucionais. Havia usado antibiótico com cobertura para germes atípicos sem melhora. Também tinha RX tórax do ano anterior normal. Provas de função pulmonar demonstraram capacidade de difusão pulmonar reduzida. TC de tórax revelou infiltrado pulmonar em vidro despolido bilateral. Paciente negou-se a qualquer procedimento invasivo (fibrobronoscopia, biópsia pulmonar cirúrgica). Foi suspenso atenolol, com melhora clínica, radiológica e das provas funcionais pulmonares em poucas semanas. Não houve necessidade do uso de corticóide sistêmico. Optou-se por não reintroduzir a medicação como contra-prova. **Conclusão:** O uso crônico de beta-bloqueadores (atenolol) pode estar associado ao desenvolvimento de pneumopatia difusa, sendo que a suspensão do mesmo é o tratamento de escolha.

PO390 GRANULOMA PULMONAR HIALINIZANTE

Alves JR¹, Farinazzo A², Farinazzo BAB³, Alves SA⁴

1,4. Centro do Pulmão, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2. CLIA, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 3. FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Granuloma pulmonar hialinizante; Nódulos; Colágeno

Introdução: O granuloma pulmonar hialinizante (GPH) tem etiologia desconhecida. Sua primeira descrição foi em 1977 por Engleman e colaboradores. Desde então não mais que 70 casos foram relatados na literatura mundial e brasileira. Sua apresentação clínica é benigna com pacientes assintomáticos (25% dos casos) ou com sintomas não específicos como tosse, fadiga, febre e dor pleurítica. Radiologicamente revela nódulos múltiplos, bilaterais e bem circunscritos acometendo qualquer lobo podendo aumentar em tamanho e número que são interpretados erroneamente como carcinoma metastático ou tuberculose. Histologicamente a doença se caracteriza por depósitos e amadurecimento do colágeno em formas nodulares com reação inflamatória crônica inespecífica de intensidade variável, podendo ser falsamente atribuídos à Amiloidose. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** C.N.M., sexo masculino, 55anos, trabalhou em mina ametista por 6 anos. Referia há 6 meses tosse seca e dispnéia aos médios esforços. Na tomografia computadorizada de tórax de 14/12/2005 é relatada a presença de massas acometendo os lobos superiores, inferiores e médio cursando com broncogramas aéreos e redução volumétrica. Existem opacidades em vidro fosco adjacentes às lesões e nos lobos inferiores. Relatório de exame anatomopatológico de 14/07/2005: Presença de granulomas formados por raros histiócitos epitelióides e linfócitos na periferia, com porção central exuberante, exibindo colágeno hialinizado, esclerótico, disposto em faixas largas de coloração fortemente eosinofílica. Por entre esse colágeno observa-se material granular, eosinofílico, de aspecto necrótico. Diagnóstico: Granuloma Hialinizante Pulmonar. **Conclusão:** O granuloma pulmonar hialinizante (GPH) consiste de nódulos de crescimento lento. O diagnóstico diferencial inclui principalmente neoplasia, nódulos reumatóides, tuberculose, amiloidose, sarcoidose, granulomatose de Wegener e histoplasmose. Todas essas doenças podem ser consideradas pelas suas características clínicas, biológicas, bacteriológicas, radiológicas e anatomopatológicas. Os casos relatados são em adultos jovens e de meia-idade. Os pacientes são assintomáticos ou se apresentam com sintomas inespecíficos como tosse, fadiga, dor torácica vaga e febre. Aparentemente não tem predileção por sexo ou raça. A radiografia de tórax revela freqüentemente nódulos pulmonares múltiplos e bilaterais, lesões solitárias são raras. As lesões tendem a crescer gradativamente. Possuem margens bem definidas, podendo ocorrer cavitação em alguns casos raros. Os achados patológicos são de nódulos com margens bem definidas com centros consistindo de colágeno hialino lamelar denso rodeados e separados

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

por células do plasma, linfócitos e histiócitos. Focos de necrose isquêmica e calcificação são descritos. Na periferia células gigante do tipo corpo estranho estão presentes. No caso relatado, foram descritos granulomas formados por histiócitos e linfócitos na periferia, com porção central contendo colágeno hialinizado, esclerótico. Por entre esse colágeno observou-se material granular, eosinofílico, de aspecto necrótico. O GPH aparentemente tem uma evolução benigna e nenhuma morte foi relatada. Ressecção das lesões solitárias tem excelente prognóstico, e nos casos de nódulos múltiplos aproximadamente metade aumentam progressivamente e os demais regredem ou permanecem estáticos. Os pacientes obtêm resposta clínica com o uso de corticóides. Por apresentar tal resposta, a etiologia e patogênese dessa doença poderiam estar relacionadas com a imunidade. Alguns casos relatados na literatura mostraram testes imunológicos alterados sugerindo um estado hiperimune.

PO391 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR: DOR TORÁCICA COMO SINTOMA PRINCIPAL

Gazzana MB, Silveira MM, Garcia SB, Perin C, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Proteínose alveolar; Infiltrado pulmonar; Dor torácica

Introdução: A proteínose alveolar pulmonar é uma doença pouco freqüente, de sintomatologia inespecífica e caracterizada pelo preenchimento dos espaços alveolares por material lipoproteínico. **Objetivos:** Relatar um caso de proteínose alveolar pulmonar em que a queixa principal caracterizou-se por dor torácica. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Pulmonary alveolar proteinosis, intersticial lung disease, lipoproteinaceous material). **Resultados:** Paciente masculino, 26 anos, comerciante, interna para investigação de quadro de dor torácica pré-cordial e retroesternal em aperto, sem relação com esforço físico, associado à tosse seca e dispnéia leve com dois meses de evolução. Exame físico na baixa sem anormalidades. ECG sem alterações. Raio X tórax inicial demonstrava infiltrado alveolar difuso e tomografia com técnica de alta resolução a presença de áreas em vidro despolido superpostas a septos interlobulares espessos, esparsos, predominando na metade inferior dos pulmões (padrão de pavimentação maluca). Realizado fibrobronoscopia com presença de material amorfo, insolúvel e proteínico no lavado broncoalveolar, compatível com o diagnóstico de proteínose alveolar. Exame anatomopatológico por biópsia transbrônquica confirmou achados. Resultado do teste anti-HIV negativo. Provas de função pulmonar (capacidade de difusão, volumes pulmonares e espirometria) foram normais. Após realização dos exames, recebeu alta para seguir acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A proteínose alveolar pulmonar apresenta sintomatologia clínica inespecífica, sendo a dispnéia e tosse seca os sintomas mais prevalentes. A presença de dor torácica, apesar de rara, pode ocorrer nesta doença.

PO392 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE APÓS TRATAMENTO PARA INFERTILIDADE. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Macedo AG, Nunes de Aguiar VA, Rodrigues JEG, Iglesias AM, Eclissato PR, Siqueira MA

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; Hormonioterapia; Indução hormonal

Introdução: A linfangioleiomiomatose é uma doença de etiologia desconhecida, porém com sabida relação hormonal. Esta relação se torna evidente qdo biópsia demonstrando receptores hormonais +. **Objetivos:** Descrever caso de paciente de 40 anos que abriu quadro clínico de LAM após tratamento de infertilidade com revisão literária quanto a sua incidência e opções terapêuticas para mesma. **Métodos:** Relato de caso e revisão sistemática da literatura. **Resultados:** A literatura em relação a LAM no é muito extensa. Sua manifestação é realmente em mulheres de idade fértil e os relatos de exacerbação ou abertura de quadro após indução hormonal são apenas isolados não tendo grandes séries na literatura. As opções terapêuticas resumem-se a castração hormonal e ooforectomia bilateral sendo a última preferível pois a castração hormonal pode ter efeito rebote. **Conclusão:** Concluímos ser um fator de risco importante a indução hormonal para infertilidade sendo que deve ser um cuidado a ser tomado nesta situações. As opções terapêuticas reservam-se a bloqueio hormonal.

PO393 GRANULOMATOSE DE WEGENER-RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO FATAL

Macedo AG, Nunes de Aguiar VA, Rodrigues JEG, Iglesias AM, Eclissato PR, Fernandes JL

Da Silva GG, Lajarin VS

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener; Evolução fatal; Insuficiência renal

Introdução: Em 1963 foi descrita uma doença em poucos pacientes e foi caracterizada por uma vasculite necrotizante granulomatosa de vias aéreas superiores e inferiores assim como uma glomerulonefrite. Esta descrição foi subsequentemente confirmada acometendo homens e mulheres em mesma incidência. Por ser uma doença de descrição recente, muitas dúvidas ainda não forma elucidadas quanto a sua etiopatogenia. **Objetivos:** Descreveremos um caso e discutiremos de acordo com a literatura revisada em relação a casos fatais. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** OCL, 55^o, masculino, empresário, casado, natural e procedente de Santos-SP Refere quadro de dispnéia aos esforços com 4 meses de evolução, que no início era aos grandes esforços, estando agora aos médios com tosse seca ocasional. A dispnéia não impediu suas atividades habituais. Portador de HAS em uso de hidroclorotiazida 50mg/dia Exame físico normal Trouxe RX Tórax com discreto padrão intersticial bilateral e ECG normal Solicitado HMG + Bioquímica + TC tórax + Ecocardiograma 2- Retorna 3 semanas após HMG com anemia microcítica e hipocromica, Bioquímica normal, Ecocardiograma normal TC Tórax com opacidades em vidro fosco e alguns nódulos centrolobulares. Queixava-se de dores articulares em punhos, ombros e tornozelos bilaterais. Internado pela piora do quadro clínico com piora da anemia, Creatinina 8,8 e Uréia 245mg/dl K: 5,9mEq/l. Iniciada hemodialise, corticote-

rapia e antibioticoterapia de largo espectro e colhido escarro para pesquisa de BAAR, cultura de escarro, hemoculturas, e recebido AntiRo Negativo e C Anca positivo com 1/1280. Optamos por pulsoterapia com Ciclofosfamida (1,0g IV em 4 horas) e mantido corticóide endovenoso. Paciente evoluiu com padrão clínico, radiológico e gasométrico de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo sendo colocado em Ventilação Mecânica. Neste momento o padrão radiológico era de preenchimento alveolar com saída de secreção sanguinolenta pelo TOT. Iniciamos Plasmáfereze pela não resposta ao tratamento proposto com má evolução do paciente e o mesmo evoluiu para o óbito 12 dias após início da ventilação mecânica pós-falência de múltiplos órgãos. **Conclusão:** A GW é uma patologia com boa evolução porém alguns casos podem evoluir de forma fatal comprometendo as funções vitais e a vida do paciente. Alguns autores tentaram classificar índices prognóstico para estes pacientes porém sem sucesso.

PO394 SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E INFILTRADOS MIGRATÓRIOS

Macedo AG, Nunes de Aguiar VA, Rodrigues JEG, Iglesias AM, Eclissato PR, Fernandes JL, Da Silva GG, Lajarin VS

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Churg Strauss; Opacidades pulmonares migratórias; Insuficiência respiratória

Introdução: Já considerada como variante da Granulomatose de Wegener ou como variante da Poriarterite Nodosa (Overlap syndrome), pode p/ vezes apresentar características de condições não-vasculares como a síndrome hipereosinofílica e a pneumonia eosinofílica. Acomete pulmão, pele, nervos periféricos, TGI e coração. **Objetivos:** Relatar caso grave de SCS com infiltrados migratórios e boa evolução. **Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** QP: Piora de dispnéia crônica + hemoptóicos HDA: Paciente refere piora de dispnéia, acompanhada de dor torácica ventilatório-dependente à E, hemoptóicos, expectoração esverdeada e "sensação de febre" há 2 semanas. Refere congestão e prurido nasal há 12 anos sem tratamento de manutenção e não associados a outros sintomas de vias aéreas inferiores. Há mais ou menos 2 anos os sintomas nasais ficaram mais frequentes. Há um ± ano (fevereiro de 2004), além dos sintomas nasais, passou apresentar crises de chiado no peito e falta de ar diárias, sem ter notado fatores desencadeantes. Nega dispnéia fora das crises. Passou a procurar pronto-socorros, em várias ocasiões, sempre recebendo o diagnóstico de "bronquite e pneumonia". RX tórax: Condensação em lobo superior esquerdo. Recebeu 14 dias de gatifloxacina, com melhora clínica e alta. Evoluiu com parestesias/dor em membros superiores, dor abdominal difusa e episódios de diarreia não sanguinolenta, sendo novamente internado 15 dias após a 1ª. Internação, devido ao quadro abdominal. Estava em uso de prednisona 40mg/dia. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sendo intubado no 3o. dia de internação. Durante o procedimento apresentou saída de sangue em grande quantidade pelo tubo traqueal. Necessitou de FiO2 e níveis de PEEP altos, durante ventilação mecânica. Apresentou TVP em MIE (confirmada pela USG Doppler), sendo colocado filtro de veia cava inferior, pois apresentava hemorragia alveolar ativa, que contraindicava anticoagulação. Iniciada pulsoterapia com prednisona, com melhora clínica e radiológica. Após alta da UTI foi submetido a biópsia pulmonar. **Conclusão:** As evoluções de SCS podem ser benignas, sendo que alguns casos tem evolução ruim como o caso em questão. Deve ser ressaltado as características primárias de eosinofilia e infiltrados migratórios a assim que seja feita a HD iniciar terapêutica o que pode evitar complicações mais graves.

PO395 SÍNDROME DE GOODPASTURE: RESPOSTA DIFERENTE DO QUADRO PULMONAR E DO RENAL A IMUNOSSUPRESSÃO COMBINADA A PLASMAFÉRESE

Gazzana MB, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Tarso Roth Dalcin P, Menna Barreto SS, Knorst MM, Svartman FM

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome de Goodpasture; Hemorragia alveolar; Plasmáfereze

Introdução: A síndrome de Goodpasture é uma doença rara, caracterizada pela ligação de anticorpo anti-membrana basal (antiGBM) às membranas basais alveolares e glomerulares, causando quadro de hemorragia alveolar e glomerulonefrite rapidamente progressiva. **Objetivos:** Relatar um caso onde houve hemorragia alveolar e insuficiência renal com necessidade de hemodiálise secundária a Síndrome de Goodpasture. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Goodpasture's syndrome, diffuse alveolar hemorrhage, glomerulonephritis). **Resultados:** Paciente masculino, 28 anos, tabagista, previamente hígido procurou a emergência com quadro de febre (38°C), astenia, inapetência, dispnéia, hemoptise e hematuria macroscópica com sete dias de evolução. Raio X de tórax apresentava infiltrado alveolar bilateral. EQU com hematuria e proteinúria marcadas, hemograma com anemia importante (Hb = 6,9) e alteração função renal (uréia = 53, creatinina = 1,7). Realizou fibrobroncosopia evidenciando-se sangue vivo difuso. Evoluiu com piora progressiva da função renal, piora radiológica e queda de hematócrito, sendo instituída pulsoterapia com metilprednisona 1g/dia, por três dias, seguido por prednisona 1mg/kg/dia e ciclofosfamida 2mg/kg/dia. Biópsia renal (imunofluorescência: IgG +++ linear na membrana basal capilar AP: glomerulonefrite necrotizante crescêntrica compatível com glomerulonefrite anti-membrana basal glomerular). Após instituída plasmáfereze houve melhora do quadro radiológico, sem novo sangramento. Apesar do tratamento proposto, ocorreu piora progressiva da função renal, com necessidade de hemodiálise, mesmo após completadas duas semanas de plasmáfereze terapêutica. Anticorpos IgG anti-membrana basal glomerular 1/640. Teve alta para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O uso de imunossupressão combinada a plasmáfereze pode oferecer boa resposta do quadro pulmonar na Síndrome de Goodpasture, mas não garante resultados similares em relação a função renal.

PO396 PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA IDIOPÁTICA: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Maciel G¹, Chaves WL², Cezar LC³, Vieira CF⁴, Da Cunha AB⁵, Figueira PB⁶, Nogueira TN⁷, Holanda MA⁸

1,2,3,4,5,7,8. Universidade Federal do Ceará - HUWC, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: LIP; Tratamento; Segmento

Introdução: A Pneumonia Intersticial Linfocítica (LIP) é um distúrbio infiltrativo benigno usualmente relacionado a Sd de Sjögren, Doença de Castleman, SIDA, outras imunodeficiências e a outras doenças auto-imunes acometendo principalmente mulheres acima de 50 anos. A forma idiopática é rara havendo poucos dados da literatura sobre seu diagnóstico, tratamento e seguimento. Apresentamos duas pacientes com LIP em que a investigação diagnóstica de doenças associadas foi negativa. **Objetivos:** Descrever a apresentação clínica, radiológica, histopatológica da doença em duas pacientes, a evolução e a resposta ao tratamento de cada uma delas. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de duas pacientes e registrados todos os dados relacionados ao objetivo proposto, fazendo-se uma concomitante revisão na literatura. **Resultados:** AAB 65, ex-fumante leve (1 cg/d por 45a) admitida em 01/1999. Parou há 2 anos. Apresentava tosse com expectoração mucóide e sibilância ocasional há 1 ano; Ex. físico normal; Rx com opacidades intersticiais bibasais com preservação dos volumes pulmonares; espirometria: CVF: 1,7L (84%); VEF1: 0,9L (63%); VEF1/CVF: 0,53 (75%); SpO2 Antes: 93% e Depois: 84%. TCAR com opacidades intersticiais reticulares, nódulos centrolobulares, espessamento de parede brônquica e bronquiectasias; histopatológico com infiltrado intersticial por células linfocitárias com centros germinativos e folículos linfóides peribronquiolares (bronquiolite folicular); Imunohistoquímica mostrando ativação policlonal. Em corticoterapia de 15 a 30mg/dia. Estável há 7anos. MEFA 60, ex-fumante leve (2 cg/d por 45a) admitida em 06/2005. Parou durante investigação. Apresentava tosse seca e dispnéia progressiva há 5 meses; Ex. físico com taquipnéia + MVBD com crépitos em ambas as bases, maior à direita. Rx com opacidades intersticiais bilaterais periféricas predominando em bases com discreta redução dos volumes pulmonares; espirometria: CVF: 1,36L (54%); VEF1: 1,32L (64%); VEF1/CVF: 97,1 (116%). SpO2 Antes: 94% e Depois: 90%. TCAR com lesão em vidro despolido difusamente nos pulmões e sinal do brônquio preto. Consolidações de pequenas dimensões, principalmente na cortical pulmonar, com confluências nas bases; histopatológico com interstícios septal, intralobular e subpleural espessados na cortical dos lobos inferiores. Septos interlobulares alargados com exsudato leucocitário mononuclear moderado. Linfócitos destituídos de centros germinativos e trechos com colágeno. Em corticoterapia 30mg/dia. Estável há 1 ano e 2 meses. Ambas negavam exposições ambientais e ocupacionais. Exames negativos: FAN, FR, Anti-DNA, Ro, La, HIV, PPD, LBA, imunoelctroforese, auto-anticorpos. A.A.B negava doenças outras enquanto M.E.F.A é portadora de estenose aórtica grave, DM, HAS e nódulo tireoideano, além de parente com neoplasia de pulmão. **Conclusão:** Os casos ilustram a importância de se reconhecer o diagnóstico LIP idiopática que pode se apresentar de forma variada e demonstram a natureza benigna desta condição e sua resposta à corticoterapia.

PO397 RELATO DE CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR

Cardoso RV¹, Rocha TL², Oliveira JP³, De Arruda KG⁴, De Souza RT⁵, Veras HH⁶, Oliveira GP⁷ 1,2,3,4. FMJ, Juazeiro do Norte, CE, Brasil; 5. UFC - Cariri, Barbalha, CE, Brasil; 6. UFC - Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil; 7. Hospital das Clínicas, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial; Aspergilose; Tuberculose

Introdução: Aspergiloma constitui uma massa fúngica que se forma nas cavidades preexistentes do pulmão, o que também pode causar novas cavidades. A doença se apresenta de três maneiras: uma reação alérgica em pessoas asmáticas, ou infecção invasiva com pneumonia, ou ainda uma colonização em uma antiga cicatriz de cavidade pulmonar em consequências de abscesso pulmonar ou tuberculose com produção de bola fúngica (aspergiloma). O aspergiloma é complicação em até 11% das antigas cavernas tuberculosas. O quadro clínico consiste em uma bola de fungos (*Aspergillus*), e o paciente apresenta: tosse, hemoptise, dispnéia, perda de peso, fadiga, dor torácica ou febre. A cultura de escarro é positiva na maioria dos casos. Os níveis de imunoglobulina G e imunoglobulina A são elevados. **Objetivos:** Relatar caso do paciente com diagnóstico tardio de aspergiloma pulmonar, após tuberculose. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** J.H.S., masculino, 36a, electricista, natural e procedente de Juazeiro, não fumante, não elitista. Foi admitido no HEMSVP, com hemoptise moderada, intensa dispnéia, tosse, relatando perda de peso. Ao exame físico apresentou sibilos, broncoespasmos importantes e sem febre. Paciente relata tuberculose à 12 anos com BK positivo, Rx de tórax e clínica sugestiva, foi tratado com esquema tipo I, resultando cura. Nestes 12 anos, evoluiu com episódios hemoptóicos e radiologia sugestiva, fazendo tratamento inclusive com esquema de multirresistência porém com BK negativo. Foi solicitado uma TC, que identificou consolidação à direita, com áreas de necrose. Realizado lobectomia superior direita, evoluindo bem. O estudo histopatológico revelou fragmento irregular de tecido, branco acastanhado, amolecido e opaco, medindo 6,5x5,4x5cm em seus maiores eixos, que caracterizou bola fúngica. **Conclusão:** Após lobectomia paciente não apresentou mais sintomas e diante do caso concluímos a importância de uma investigação detalhada para o diagnóstico diferencial entre tuberculose de longa data e aspergiloma.

PO398 RELATO DE UM CASO DE BOOP DE EVOLUÇÃO FATAL

Benthien F¹, José SFA², Kreibich MS³, Gomes LOS⁴, Da Rosa DT⁵, Fenili R⁶, Rodrigues RP⁷ 1. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 2,3,4,5,7. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil; 6. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: BOOP; Insuficiência respiratória; Pneumonia organizante

Introdução: Bronquiolite obliterante com pneumonia organizante (BOOP) é uma síndrome patológica presente em inúmeras desordens inflamatórias pulmonares. Pode ser classificada em secundária ou idiopática quando não se distingue uma causa definida. A evolução e

resposta terapêutica geralmente é favorável, raramente evoluindo para um quadro de insuficiência respiratória aguda. **Objetivos:** Relatar um caso de BOOP de evolução para insuficiência respiratória aguda grave em paciente sem comorbidades. **Métodos:** Revisão de prontuário e na literatura através da base de dados do pubmed. **Resultados:** Masculino de 83 anos, ex-tabagista de 10 anos/maço, sem comorbidades prévias, negando uso de medicações, iniciou com quadro de dispnéia aos esforços evolutiva e tosse seca. Iniciou tratamento para pneumonia em cidade de origem sem resolução. Encaminhado à emergência do hospital com insuficiência respiratória aguda grave e é levado a UTI. Ecocardiograma e avaliação cardiológica na unidade de dor torácica foi negativa sendo também afastada a suspeita de tromboembolia pulmonar. Chega com alteração da função renal de componente pré-renal, transaminases normais, leucocitose de 19 mil sem desvio e LDH de 1811mg/dl. Iniciado SMX/TMP e suspensão após resultado de anti-HIV negativo. Manteve-se com Ceftriaxone e Azitromicina durante toda a internação associado a 800mg de hidrocortisona. Realizado LBA que mostrou pesquisa e cultura de fungos, BAAR e gram negativos. Provas reumatológicas, sorologia para Legionella, Micoplasma e paracoccidiodomicose negativos. A biópsia transbrônquica mostrou padrão compatível com BOOP e pesquisa de fungos e BAAR negativos. Este laudo foi confirmado após biópsia pulmonar a céu aberto. O paciente manteve-se sem outros sinais de infecção, mas com piora radiológica e nos parâmetros ventilatórios durante toda a internação. Iniciado pulsoterapia com metilprednisolona indo a óbito no primeiro dia de início e no sétimo dia internação na UTI. **Conclusão:** A BOOP costuma apresentar uma evolução insidiosa e favorável resposta terapêutica. A apresentação grave é mostrada na literatura como relato de casos e algumas séries mostrando uma minoria de pacientes com este quadro. A dúvida de que ou trata-se de uma causa secundária não identificada ou uma doença idiopática parece mistificar esta entidade, principalmente quando deparamo-nos com um caso de evolução fatal.

PO399 AUTOPSY-PROVEN CAUSES OF DEATH IN LUNGS OF PATIENTS IN ACUTE RESPIRATORY FAILURE WHO DEVELOP SECONDARY INTERSTITIAL PNEUMONIA

De Matos Soeiro A, Parra ER, Capelozzi VL

Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Secondary interstitial pneumonia; Acute respiratory failure; Risk

Introduction: Causes of death in patients with acute respiratory failure is very important for treatment. **Objectives:** To present the more frequent associations found in autopsies of patients in acute respiratory failure who develop secondary interstitial pneumonia (SIP) as well as the risk of death (odds ratio) in having specific SIP according to the primary underlying disease and comorbidities. **Methods:** From 1990 to 2000, 18.899 pathological reports were reviewed at Department of Pathology of School of Medicine, Sao Paulo University. From these reports were selected 3034 cases (16%) from patients aged 15 years or more with primary underlying diseases. They developed acute respiratory failure (ARF), defined as PaO₂ of less than 50 mmHg while breathing room air, or increase of respiratory frequency, and died due to SIP. **Results:** The principal underlying diseases were AIDS in 952 (31%) cases, sepsis in 355 (12%) cases, cirrhosis in 350 (11%) cases, pulmonary thromboembolism in 173 cases (6%), acute myocardial infarct in 169 (5%) cases, brain stroke in 142 (5%) cases, tuberculosis in 110 (3%) cases, neoplasia in 70 (2%) cases, chronic kidney failure in 58 (2%) cases and leukemia in 9 (0.3%) cases. The main comorbidities were age > 50 years old in 1411 (46%) cases, systemic arterial hypertension in 152 (5%) cases, cardiac failure in 58 (1%) cases, chronic obstructive pulmonary disease in 50 (1%) cases and diabetes in 46 (1%) cases. Patients with age > 50 years old, with systemic arterial hypertension, cardiac failure, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes have more chance to die by DAD if they develop sepsis or cirrhosis (OR = 4). A significant risk of death by pulmonary edema was found for patients with the same comorbidities who develop acute myocardial infarct (OR = 14). Pulmonary thromboembolism in patients with those comorbidities have significant risk to die from pulmonary hemorrhage (OR = 2). A risk of death to die from pneumonia was found for patients with comorbidities who develop AIDS (OR = 1). **Conclusion:** We concluded that patients with underlying disease and comorbidities, such as age > 50 years old, systemic arterial hypertension, cardiac failure, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes who developed acute respiratory failure and SIP during treatment in hospital, should be evaluated to avoid final event by diffuse alveolar damage, pulmonary edema, pneumonia and lung hemorrhage. The high risk patients are those with age > 50 years old, with systemic arterial hypertension, cardiac failure, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes, who have sepsis, cirrhosis, acute myocardial infarct and pulmonary thromboembolism. **Agências de Fomento Científico:** CNPq, FAPESP.

PO400 PNEUMONIA INTERSTITIAL IDIOPÁTICA COM ACHADOS MORFOLÓGICOS DIVERSOS

Mesquita CL¹, Coelho Filho JC², Matos MA³, Fortunato Pereira STL⁴, Matos ED⁵, Oliveira MM⁶, De Almeida Cunha BA⁷, Lemos ACM⁸

1,3,4,5,6,8. Hospital Especializado Octavio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil; 2. Fundação José Silveira/Laboratório de Patologia, Salvador, BA, Brasil; 7. Serviço de Pneumologia do Hospital Professor Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Intersticial; Pneumonia intersticial idiopática; DIP

Introdução: As doenças intersticiais pulmonares (DIPs) englobam processos com graus variáveis de inflamação, com evolução aguda, subaguda ou crônica, os quais se não tratados podem evoluir para insuficiência respiratória grave e fibrose pulmonar. **Objetivos:** Descrever um caso de um paciente portador de Pneumonia Intersticial Idiopática. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Masculino, 35 anos, lavrador, há 20 dias tosse, febre, dispnéia, rapidamente progressiva, evoluindo para dispnéia em repouso e dor torácica. Admitido com quadro de insuficiência respiratória. Hemogasometria arterial: FiO₂ - 0,21; pH: 7,47; PCO₂: 27,4mmHg; PO₂: 43,6mmHg em ar ambiente e SatO₂: 82,8%; Tabagista desde os 12 anos, J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

10 cigarros/dia. Perda ponderal de 6Kg. Três sorologias para HIV negativas. Internado na UTI, mantido sob máscara de Venturi 50%, introduzido corticóide. Após melhora das trocas gasosas e clínicas foi submetido à biópsia a céu aberto. O diagnóstico histopatológico mostrou pneumonia intersticial com predominância de fibrose e áreas de faveolamento, com focos de pneumonia descamativa e bronquiolite. Evoluiu com melhora clínica e funcional com uso de corticóide. No presente está assintomático, a radiografia de tórax não apresenta alteração, abandonou o tabagismo e as trocas gasosas estão normais. **Conclusão:** Portanto, trata-se de um paciente com Pneumonia Intersticial Idiopática, com achados morfológicos diversos. Evoluiu com regressão de toda sintomatologia e aos exames de imagem e de trocas gasosas apresenta resultados normais. Este caso merece seu relato pelo resultado inesperado da sua evolução.

PO401 ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS NOS PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: RESULTADOS PRELIMINARES

Fegyveres RA, Nitri R, Carvalho CRR

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; Alterações cognitivas; Hipoxemia

Introdução: Doenças do interstício pulmonar envolvem hipoxemia crônica, que pode ser responsável por declínio neuropsicológico. **Objetivos:** Verificar se existe alteração cognitiva em pacientes com fibrose pulmonar idiopática (FPI) e determinar o perfil neuropsicológico dessas alterações. **Métodos:** Vinte pacientes com FPI de acordo com os critérios da American Thoracic Society e da European Respiratory Society foram selecionados do ambulatório de Doenças Intersticiais Pulmonares e submetidos à avaliação neurológica convencional, neuropsicológica e funcional, além de exames de sangue e neuroimagem. O grupo controle consistiu de indivíduos saudáveis não dementes e pareados para gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico. **Resultados:** Vinte e quatro pacientes e oito controles foram avaliados. Onze homens e treze mulheres com idades variando entre 42 e 75 anos (média 63,9 DP 8,1), escolaridade entre 1 e 16 anos (média 7,2 DP 5,2) e Mini-exame do estado mental com pontuações entre 23 e 30 (média 27,6 DP 1,7). Onze pacientes foram diagnosticados com FIP e outros 3 com outras doenças do interstício pulmonar. O diagnóstico foi estabelecido com biópsia pulmonar em 10 pacientes, biópsia transbrônquica em 1 e com dados clínico-radiológicos em 3 pacientes. O teste de trilhas B teve média de 170 e 110,25 segundos, respectivamente nos pacientes e controles. E a fluência verbal (categoria animais) teve médias de 15,5 e 16,8 para pacientes e controles, respectivamente. **Conclusão:** Os protocolos estruturados de triagem e de avaliação, tanto para pacientes, quanto para controles foram facilmente aplicados e compreendidos. O tempo médio de avaliação é de 1,5h. Os resultados preliminares podem sugerir dificuldade nas tarefas atencionais e de velocidade de processamento.

PO402 PNEUMONIA LIPOÍDICA

Dias Lopes FA, Grava S, Pimenta AM, Lima PV

Hospital Paraná, Maringá, PR, Brasil.

Palavras-chave: Lipoídica; Pneumonite; Óleo mineral

Introdução: A pneumonia lipídica foi descrita inicialmente em 1925 por Laughen, ocorrida por aspiração de partículas oleosas. Tais partículas não são depuradas pelo pulmão e causam pneumonite e graus variáveis de fibrose. A associação com doença do refluxo gastroesofágico é comum, haja vista a grande prevalência desta doença. **Objetivos:** Descrever um caso clínico de pneumonia lipídica associada ao uso crônico de óleo mineral para tratamento de constipação intestinal crônica e propedéutica clínica para DRGE, a dificuldade diagnóstica, os diagnósticos diferenciais e chamar a atenção para a existência desta patologia na prática clínica. **Métodos:** Paciente TEFCO, fem, 64 anos, branca, natural de SP, apresentou inicialmente com quadro de tosse seca, febrícula, dispnéia e cansaço em nov de 2005. Procurou atendimento médico sendo tratada com ATB por 14 dias amoxicilina/clav. Evoluiu com melhora clínica parcial e foi encaminhada ao pneumologista que solicitou tomografia de tórax que mostrava infiltrado intersticial no LIE e L.M. Foi submetida a biópsia transbrônquica cujo laudo anatomopatológico foi de pneumonite crônica fev/2006. Em maio de 2006 procurou nosso serviço com queixa de tosse crônica e dispnéia aos grandes esforços. Realizada nova tomografia de tórax que mostrava infiltrado intersticial difuso no lobo inferior eq, lobo médio, vidro despolido. Foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto cujo laudo anatomopatológico foi de pneumonia lipídica. **Resultados:** Após o laudo anatomopatológico indagamos a paciente sobre sintomas de DRGE e uso de óleo mineral. A mesma relatou fazer uso de óleo mineral no período noturno há 2 anos para tratamento de constipação intestinal crônica, prescrito pela sua geriatra. Após a cessação do uso de óleo mineral a paciente apresentou melhora clínica importante com cessação completa dos sintomas respiratórios. Está em tratamento clínico para DRGE com o serviço de gastroenterologia. **Conclusão:** Embora incomum, a pneumonia lipídica faz parte do grupo de doenças que se apresentam com comprometimento intersticial, principalmente nos pacientes portadores de DRGE e uso de óleo mineral para tratamento de constipação intestinal crônica.

PO403 ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS NA PNEUMONIA INTERSTITIAL IDIOPÁTICA (PI), PNEUMONIA INTERSTITIAL NÃO-ESPECÍFICA (PINE), PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE (PH) E BRONQUIOLITE CRÔNICA (BC)

Mello GCF¹, Dolnikoff M², Kairalla RA³, Carvalho CRR⁴, Saldiva PHN⁵, Mauad T⁶

1,2,5,6. Departamento de Patologia FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 3,4. Disciplina de Pneumologia HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; Pequenas vias aéreas; Biópsia pulmonar

Introdução: Pneumonia de Hipersensibilidade (PH) e Bronquiolite Crônica (BC) são exemplos de doenças pulmonares difusas com clássico envolvimento das pequenas vias aéreas (PVA). Previamente demonstramos (ATS 2006, A105) que na PH e PINE, PVA são estrutural-

mente alteradas quando comparadas com amostras de pulmão normal/controle (C). Todavia não existem comparações entre a extensão das alterações das PVA nas doenças pulmonares intersticiais e PH e BC. **Objetivos:** Estudar morfológica e morfometricamente componentes das PVA na PII, PINE, PH, BC e C. **Métodos:** Comparamos histologicamente as PVA em 26 casos de PII, 6 de PINE, 7 de PH, 9 de BC (biópsias pulmonares a céu aberto) e 10 pulmões normais procedentes de autópsias (C). Foram estudadas as áreas (ajustadas pelo perímetro da membrana basal) do lúmen, epitélio, lâmina própria, músculo liso, adventícia e aspectos arquiteturais das PVA. Considerou-se válido $p < 0,05$. **Resultados:** 1- A média de idade dos pacientes estudados foi de 56,8 anos (25-80) havendo diferença significativa entre o grupo com PII (65 anos) e o C (54,5 anos). 2- A área luminal média dos grupos PII, PINE, PH, BC e C foi, em $\mu\text{m}^2/\mu\text{m}$, de $39,7^* \pm 33,5$, $21,8^* \pm 5,3$, $22,4^* \pm 6,3$, $21,3^* \pm 6,3$ e $80,2 \pm 28,4$, respectivamente. 3- A área média do epitélio nos grupos PII, PINE, PH, BC e C foi, em $\mu\text{m}^2/\mu\text{m}$, de $22,9^* \pm 8,0$, $26,2^* \pm 6,7$, $24,8^* \pm 4,2$, $21,7 \pm 6,4$ e $14,8 \pm 5,8$. 4- A área média da lâmina própria nos grupos PII, PINE, PH, BC e C, em $\mu\text{m}^2/\mu\text{m}$, foi de $22,9^* \pm 11,9$, $21,7 \pm 13,1$, $19,0 \pm 8,9$, $14,7 \pm 6,4$ e $10,7 \pm 5,7$. 5- A camada muscular apresentou as seguintes médias em $\mu\text{m}^2/\mu\text{m}$: $27,1 \pm 14,2$, $30,9 \pm 18,9$, $25,0 \pm 10,1$, $19,6 \pm 7,6$ e $19,4 \pm 7,9$ nos casos de PII, PINE, PH, BC e N, respectivamente. 6- O percentual de alteração do epitélio foi de $46,6^* \pm 22,3$, $41,0^* \pm 16,0$, $44,4^* \pm 14,3$, $42,8^* \pm 19,6$ e $0,1 \pm 0,2$, respectivamente nos grupos estudados. 7- Em relação ao grau de inflamação das PVA (escala de 0-3) constatamos: $1,3^* \pm 0,4$, $1,4^* \pm 0,6$, $1,2^* \pm 0,6$, $1,5^* \pm 0,4$ e $0,04 \pm 0,09$ nos grupos analisados. * $p < 0,05$ em relação ao C. **Conclusão:** Estes dados demonstram que alterações estruturais das PVA estão presentes de forma similar na PII, PINE, PH e BC. Reforçam ainda a idéia que PVA são estruturalmente acometidas nas doenças intersticiais pulmonares.

PO404 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR GRAVE ASSOCIADA A ANEURISMAS PULMONARES E ÚLCERAS CUTÂNEAS: UMA NOVA PATOLOGIA OU MANIFESTAÇÃO INCARACTERÍSTICA DA DOENÇA DE BEHÇET?

Da Cruz Santana AN, Baldi BG, Monteiro J, Antunes T, Galvão Barboza CE, Valente Barbás CS

Disciplina Pneumologia-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Behçet; Aneurisma; Sildenafil

Introdução: Varias são as causas de hipertensão arterial pulmonar (HAP). Dentre estas, destacam-se as collagenoses e vasculites, como esclerodermia e Behçet. **Objetivos:** Descrever um caso de HAP grave associada a aneurismas pulmonares e úlceras cutâneas, que apresentou uma boa evolução com o uso de micofenolato de mofetil (MMF) e sildenafil. Bem como, discutir se tal manifestação representa uma nova patologia ou uma manifestação única da doença de Behçet. **Métodos:** Relato de um caso acompanhado no serviço de Pneumologia de um hospital universitário. **Resultados:** Paciente feminina, 30 anos, apresentava úlceras cutâneas, dispnéia progressiva e hipoxemia. O ecocardiograma apresentou PSAP 95mmHg, e a angioTC, vários aneurismas de artérias pulmonares. A biópsia de pele demonstrou uma vasculite inespecífica. A pesquisa de anticorpos para collagenose e vasculite resultou negativa. Assim, foi decidido tratar como uma vasculite (não pode ser chamada de Behçet, pois não tinha ulcera oral ou genital) com corticóide e MMF. Usou-se também sildenafil para o controle da HAP. Com o tratamento, as úlceras e aneurismas reduziram, bem como a PSAP. **Conclusão:** Descrevemos o sucesso terapêutico do uso de sildenafil para HAP secundária à vasculite e de MMF para controle de aneurismas pulmonares e úlceras cutâneas. Não podemos categoricamente definir se tal caso representa uma manifestação até então não descrita de Behçet ou trata-se de uma nova entidade patológica.

PO405 PNEUMONITE QUÍMICA POR HIPERMEABILIZANTE DE ESTOFADOS

Ventura MA

H. Quinta Dor / FRB, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonite; Hipermeabilizante; Polifluorcarbono

Introdução: As pneumonites químicas têm uma grande quantidade de agentes causais, e este número vem aumentando diariamente. Neste relato de caso a exposição a um hipermeabilizante de estofados (polifluorcarbono), por curto período de tempo, teve consequências rápidas, levando este paciente ao risco de falecimento. Todos os cuidados devem ser tomados para evitar danos lesivos, principalmente danos respiratórios, por estes agentes. **Objetivos:** Apresentar relato de caso de pneumonite química por hipermeabilizante de estofados (polifluorcarbono). **Métodos:** Paciente de 49 anos, masculino, previamente hígido, internado com relato de dispnéia moderada e lipotímia, após algumas horas do contato com produto químico presente em material de impermeabilização de estofados (polifluorcarbono). Apresentava-se com esforço respiratório moderado e hipoxemia leve - após utilização de VNI. Sinais vitais estáveis, mvua, com estertores grosseiros difusos, RCR2T, exame neurológico sem alterações. Permaneceu dependente de oxigênio nos primeiros dias da internação. Rx de tórax - infiltrado reticular difuso, sem alterações de mediastino ou pleura. Não havia redução volumétrica. TC de tórax - extensas áreas difusas de pavimentação em mosaico, além de vidro despolido, poupando a periferia pulmonar. **Resultados:** Internado com diagnóstico de pneumonite química por hipersensibilidade. Iniciado corticoterapia venosa com normalização da saturação arterial, boa evolução clínica e radiológica, recebendo alta após 6º dia de internação. **Conclusão:** Inúmeros compostos químicos podem causar lesão pulmonar após inalação. Algumas séries denominam este acontecimento de pneumonite química, outras incluem no grupo das pneumonias de hipersensibilidade. De qualquer forma a injúria pulmonar tende a se manifestar de forma aguda, e em algumas vezes devastadora. A apresentação radiológica inicial pode se dar como pavimentação em mosaico, vidro despolido, aspecto de edema agudo pulmonar, ou ainda como dano alveolar agudo - em caso de acometimento predominante das vias aéreas. Este caso relata um hipermeabilizante de tecidos (polifluorcarbono) como causador da injúria, bem como a boa evolução do paciente ao tratamento com corticóide venoso.

PO406 BOOP SIMULANDO PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR

Garcia Pereda FE¹, Barbosa MLG², Barbosa FP³, Fonseca TB⁴, Cardoso DTF⁵, Nunes AS⁶, Cipriano FG⁷

1,2. Instituto do Pulmão, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 3,4,5,6,7. Instituto do Pulmão, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: BOOP; Paracoccidiodomicose; Radiologia

Introdução: Bronquiolite Obliterante com Pneumonia em Organização (BOOP) é uma patologia com apresentação clínica e radiológica ainda pouco definida. Devido às inúmeras apresentações radiológicas, o diagnóstico diferencial se faz necessário para um adequado tratamento. A sua taxa de mortalidade alcança de 3 a 13% nos diferentes trabalhos. O presente relato mostra um caso com quadro radiológico sugestivo de paracoccidiodomicose pulmonar, tendo sido necessário o diagnóstico por biópsia pulmonar a céu aberto. **Objetivos:** Chamar a atenção sobre a BOOP mimetizando paracoccidiodomicose pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** RELATO DE CASO: Homem branco, 51 anos, casado, há 5 dias quadro de dispnéia progressiva, acompanhado de febre alta (39,8°C), com acessos de tosse seca, astenia, inapetência e perda de 5kg em uma semana. Tabagista há 21 anos (2 maços/dia) e etilista há 15 anos. Exame físico: regular estado geral, descorado +/-4, anictérico, acianótico, murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com presença de estertores crepitantes em terço médio e bases pulmonares, FR 36ipm. Abdome: hepatoesplenomegalia moderada. EXAMES REALIZADOS: Hb 11,60g%; Ht 34,60%; leucócitos 16.700/mm³; neutrófilos 86%; metamielócitos 1%; bastonetes 5%; segmentados 84%; eosinófilo 8%; linfócitos 11%, plaquetas 335.000 m³. Gasometria arterial: pH 7,5; PaCO₂ 28; PaO₂ 54; HCO₃ 22; BE +2; sat. O₂90%. Anti-HIV não reagente. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax: velamento nodular, difuso, bilateral, apresentando áreas de confluência com broncogramas aéreos e bronquioloectasias esparsas com predomínio em base direita e região centrilobular, compatível com paracoccidiodomicose pulmonar e/ou tuberculose pulmonar. Foi solicitado hemoculturas negativas, BAAR no escarro negativo e contra-imunofluorescência para fungos negativa. Paciente evoluiu com quadro febril arrastado e insuficiência respiratória, sem condição clínica de realizar broncofibroscopia, sendo indicado BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO diagnóstica. Anatomopatológico: pulmão com pneumonia em organização com áreas de bronquiolite obliterante com pólipos intraluminais de tecido fibroblástico em bronquíolos terminais. TRATAMENTO: prednisona 60mg/dia. Após 30 dias de tratamento desaparecimento dos infiltrados pulmonares à radiografia de tórax. **Conclusão/discussão:** As apresentações radiológicas mais comuns na BOOP são áreas de consolidação uni ou bilateralmente. Pequenas opacidades nodulares podem ser encontradas em 10% a 50% dos casos. À tomografia do tórax observa-se consolidação do espaço aéreo em 90% dos casos, com predomínio em áreas inferiores. A atenuação em vidro fosco pode ser encontrada em 60% dos casos e em 15% dos pacientes pode-se encontrar múltiplos nódulos. Os achados radiológicos da Paracoccidiodomicose também revelam áreas de opacidade, presença de infiltrados retículo-nodulares e alveolares com áreas de confluência nos campos médios bilaterais. Neste paciente, o padrão radiológico, sugeriu, inicialmente, o diagnóstico de Pb Micoses. Após a contra-imunofluorescência negativa, que apresenta sensibilidade de 92%6, foi afastada a possibilidade de micose pulmonar, sendo realizada a biópsia a céu aberto. Não foi encontrado referência na literatura médica quanto à prevalência do padrão radiológico da BOOP mimetizando a Paracoccidiodomicose pulmonar, pelo qual encontramos importante o presente relato. Na literatura médica não foi encontrado referência a este tipo de apresentação clínico radiológico da BOOP, sendo necessário entrar no diagnóstico diferencial de micoses pulmonares.

PO407 CARCINOMA BRONQUIOLO-ALVEOLAR ASSOCIADO A PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL

Feitosa RC¹, Bonner FL², Gaio E³, Ferreira RG⁴, Amado VM⁵

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,5. Hospital Brasília, Brasília, DF, Brasil; 4. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença intersticial; Pneumonia intersticial usual; Carcinoma bronquiolo-alveolar

Introdução: Infiltrados intersticiais de início agudo relacionados ao diagnóstico de câncer de pulmão são raros e correspondem mais frequentemente a pneumonia intersticial não específica. **Objetivos:** Descrever caso clínico de uma apresentação incomum da associação de carcinoma bronquiolo-alveolar com doença intersticial com padrão de pneumonia intersticial usual pela histopatologia. **Métodos:** Descrição de caso clínico a partir da análise retrospectiva de prontuário, de paciente acompanhado pela equipe de pneumologia do Hospital Brasília. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 78 anos, japonesa, sem doença pulmonar prévia, que iniciou tosse com expectoração clara, febre alta, hipoxemia e perda ponderal de 3kg, três meses antes da internação. Foi tratada por duas vezes como pneumonia, com melhora clínica parcial, porém com recidiva dos sintomas. A radiografia de tórax inicial mostrava consolidações no LIE. Evolutivamente as radiografias mostraram consolidações no LIE, com expansão para lingula e LSD. Nos três dias que precederam a internação, evoluiu com rápida piora da dispnéia, sendo internada na UTI por insuficiência respiratória aguda. Realizada nova radiografia de tórax que mostrava as antigas áreas de consolidação, porém agora associadas a infiltrado intersticial difuso. Na TC de tórax, além das consolidações, observava-se infiltrado intersticial com predomínio de vidro fosco. Tinha citologia oncológica do escarro mostrando células neoplásicas. A broncoscopia foi inconclusiva. Foi submetida à biópsia pulmonar a céu aberto que definiu o diagnóstico como: carcinoma bronquiolo-alveolar associado a padrão histopatológico de pneumonia intersticial usual. **Conclusão:** Trata-se da descrição de uma associação incomum entre carcinoma bronquiolo-alveolar e pneumonia intersticial usual.

PO408 PREVALÊNCIA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA - RESULTADOS PRELIMINARES

Guerreiro Cardoso PF¹, Pilla ES², Machado MM³, Vendrame GS⁴, Pellegrin L⁵, Forgiarini Junior LA⁶, Foermees RB⁷, Fortunato GA⁸
 1.8. Pós-Graduação Pneumologia-UFRGS; Pavilhão Pereira Filho, Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Laborat. Cirurgia Experimental-Pós-Graduação-FFCMPA, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Laboratório de Função Esofágica-Pavilhão Pereira Filho-Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 4.7. Laboratório de Cirurgia Experimental-FFCMPA, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 6. Laboratório de Fisiologia Digestiva-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; Refluxo gastroesofágico; pHmetria de 24 horas

Introdução: Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma pneumonia intersticial idiopática caracterizada por dispnéia progressiva, distúrbio ventilatório restritivo na espirometria e infiltrado reticular subpleural a tomografia de tórax de alta resolução, cujo padrão histológico é o de Pneumonia Intersticial Usual na biópsia pulmonar. A doença tem curso progressivo, não havendo evidência clara de que as opções terapêuticas disponíveis modifiquem substancialmente a sua evolução. A etiologia da FPI é desconhecida, sendo que várias hipóteses tem sido investigadas, tais como fatores ambientais, genéticos, infecções virais e aspiração crônica secundária a refluxo gastroesofágico. A associação de FPI e refluxo e tem é aventada há muito tempo e estudos recentes tem demonstrado prevalência elevada de refluxo gastroesofágico nesses pacientes. **Objetivos:** Determinar prospectivamente a prevalência de refluxo gastroesofágico em pacientes com FPI e sua associação com sintomas de refluxo, bem como os padrões de refluxo e motilidade esofágicas encontradas na pHmetria esofágica de 24 horas e na esofagomanometria desta população. **Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 21 pacientes referidos ao serviço de pneumologia com diagnóstico de FPI confirmado por biópsia em 11 e em 10 conforme critérios da ATS. Os pacientes foram submetidos a esofagomanometria estacionária e pHmetria ambulatorial de 24 horas de dois eletrodos. Foram analisados também a função pulmonar e aplicado um questionário de sintomas de refluxo. **Resultados:** Dentre os 12 pacientes avaliados, 8 (38%) apresentaram pHmetria positiva para refluxo gastroesofágico ácido patológico e 13 (62%), pHmetria negativa. Entre os pacientes com refluxo, apenas 5 (62,5%) apresentavam sintomas típicos de refluxo (pirose e regurgitação). O refluxo durante o decúbito (posição supina, período noturno) ocorreu em 3 (37,5%) pacientes, 4 (50%) apresentaram refluxo na posição supina e ortostática e 1 paciente (12,5%) apresentou refluxo somente na posição ortostática. Hipotonia do esfíncter esofágico inferior, hipomotilidade do corpo, e hipotonia do esfíncter esofágico superior foram encontradas em 6 (75%), 5 (62,5%) e 2 (25%), respectivamente. A média da CVF foi 67,39 l e da DL(CO) 49,2ml/min/mmHg no grupo com refluxo e no grupo sem refluxo a média da CVF foi 69,45 l e da DL(CO) foi 46,77ml/min/mmHg. **Conclusão:** Neste estudo preliminar com número ainda limitado de pacientes, o refluxo gastroesofágico apresentou prevalência elevada entre os paciente com FIP e, tal achado frequentemente ocorreu sem a presença de sintomas típicos de refluxo. O papel dessa associação ainda é desconhecido. Não obstante, estes achados sugerem a necessidade de estudos futuros para avaliar-se se o tratamento clínico do refluxo gastroesofágico modifica a história natural da FPI.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PO409 PREVALÊNCIA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM UMA SÉRIE DE PACIENTES TABAGISTAS DO RIO DE JANEIRO

Kaisermann MC

Escola de Medicina Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Tabagismo; Epidemiologia

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma consequência comum do tabagismo. A prevalência da DPOC em tabagistas é usualmente estimada em 10 a 15%. No entanto, um estudo recente encontrou uma prevalência de 50% de DPOC em fumantes suecos. (Lundbäck et al. *Respir Med* 2003;97:115-22). No Brasil, há pouca informação sobre a prevalência de DPOC em tabagistas. **Objetivos:** Verificar a prevalência de DPOC em uma série de pacientes tabagistas atendidos em um consultório de pneumologia no Rio de Janeiro. **Métodos:** Como parte de um amplo levantamento realizado entre maio de 2005 e janeiro de 2006, um questionário auto-aplicável para avaliação de risco de DPOC foi oferecido a todos os pacientes com 40 anos ou mais, atendidos em um consultório de pneumologia, para ser preenchido antes do atendimento (Price DB et al. *Respiration* 2006; 73(3):285-95). O autor não teve acesso às respostas durante a consulta médica. O diagnóstico de DPOC seguiu os critérios GOLD. As respostas fornecidas, acrescidas do diagnóstico clínico e dos resultados de provas de função pulmonar (PFR, quando disponíveis) foram transferidos para uma planilha Excel e analisados com o programa EPI-info 6.0d. **Resultados:** No período do estudo, 223 pacientes com 40 anos ou mais foram avaliados, 117 (52,5%) dos quais eram tabagistas. DPOC foi diagnosticada clinicamente em 54 (46%) desses pacientes. PFR foram realizadas em 35 (65%) dos pacientes, dos quais em 22 (63%) havia distúrbio obstrutivo. Esses pacientes foram classificados como se segue: GOLD 0 = 13 (37%); GOLD 1 = 11 (32%); GOLD 2 = 5 (14%); GOLD 3 = 5 (14%); GOLD 4 = 1 (3%). Quatro (31%) pacientes GOLD 0 (PFR normal ou com o volume expiratório no primeiro segundo (VEF1) entre 70 e 80%) responderam sim a uma pergunta do questionário fornecido, que versava sobre a presença de sibilos e, apesar de negarem sintomas respiratórios, em três deles o exame físico revelou sibilos. **Conclusão:** A prevalência de DPOC nesta série foi de 46%, semelhante ao índice obtido por Lundbäck et al. Este *J Bras Pneumol.* 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

resultado pode ser, em parte, explicado por um viés de seleção, pois indivíduos que procuram atendimento em um consultório de pneumologia têm maior chance de apresentarem doenças respiratórias que os que não procuram. No entanto, uma parcela dos pacientes diagnosticados com DPOC só referiu sintomas no questionário auto-aplicável, e havia comparecido à consulta para uma avaliação de rotina, por serem tabagistas. O uso do critério VEF1 < 70% da iniciativa GOLD para definir casos de DPOC em estudos de prevalência pode deixar de considerar como portadores de DPOC um subgrupo de pacientes sintomáticos que apresentam alterações mínimas na PFR e, conseqüentemente, substituir a taxa de prevalência real de DPOC em indivíduos tabagistas.

PO410 EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR SOBRE OS ÍNDICES DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

De Godoy RF, De Godoy DV, Michelli MM, Camassola AP, Stedile NR, Lazzari AL
 Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Qualidade de vida; Reabilitação pulmonar

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por uma obstrução crônica do fluxo aéreo que não é totalmente reversível, apesar de ser prevenível e tratável. O índice de pacientes que sofrem com esta doença tem aumentado gradativamente nos últimos anos. Estudos prospectivos colocam a DPOC como a terceira causa de morte em 2020. Trata-se de uma doença altamente incapacitante, capaz de prejudicar o indivíduo em vários aspectos de sua vida. O impacto da doença não se dá só na limitação física. Além das dificuldades físicas observadas como decorrência da intensa dispnéia, as limitações são percebidas também nas atividades de lazer, nas relações afetivas, sexuais e profissionais. Todos esses fatores repercutem imensamente na qualidade de vida dessas pessoas. **Objetivos:** Verificar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC. **Métodos:** Participaram deste estudo 20 pacientes portadores de DPOC grave, avaliados com pré e pós-teste com dois instrumentos de medida: "The Saint George's Respiratory Questionnaire" (SGRQ), questionário específico de qualidade de vida para pacientes com doenças respiratórias, e o Short-Form 36 (SF-36), questionário genérico de qualidade de vida. Ambos traduzidos e validados no Brasil. No SGRQ quanto mais elevados os escores maior é o impacto da doença na vida do indivíduo. Uma mudança de 4 pontos percentuais já indica melhora clínica neste instrumento. Já no SF-36 quanto mais os escores se aproximarem de 100, melhores os níveis de qualidade de vida. **Resultados:** Dos 20 pacientes incluídos no estudo, 55% são do sexo masculino. O Vef1 médio foi de 38,8 + 15,4. Os resultados serão apresentados na ordem pré e pós-teste, seguido do nível de significância obtido. O SGRQ apresenta os seguintes resultados: Sintomas: 60,3 + 20,6 e 51,2 + 23,8 (p = 0,204), Atividades: 58 + 21,8 e 45,8 + 19,8 (p = 0,004); Impacto: 37,5 + 20,6 e 20 + 23,3 (p = 0,06) e Total: 47,5 + 19,1 e 37,7 + 18,9 (p = 0,008). O SF-36 apresenta os seguintes resultados: Capacidade Funcional: 42,5 + 20,7 e 50,7 + 23,4 (p = 0,01); Aspecto Físico: 61,2 + 34,8 e 71,5 + 35,2 (p = 0,138); Dor: 74,8 + 25,8 e 84,2 + 21,5 (p = 0,04); Estado Geral de Saúde: 68,3 + 23,6 e 74,8 + 20,9 (p = 0,234); Vitalidade: 62,5 + 20 e 64 + 16 (p = 0,748); Aspecto Social: 71,2 + 30,6 e 82,5 + 17,8 (p = 0,145); Aspecto Emocional: 64,0 + 41,1 e 88,3 + 27,1 (p = 0,05) e, Saúde Mental: 73,8 + 23,8 e 86 + 14 (p = 0,007). **Conclusão:** DPOC apresenta um impacto importante sobre os índices de qualidade de vida dos pacientes. Os resultados mostram que após a reabilitação pulmonar os pacientes apresentaram uma melhora total nos domínios avaliados pelo SGRQ. No SF-36 foi constatada melhora nos índices de capacidade funcional, dor, aspecto emocional e saúde mental. O questionário específico de qualidade de vida, SGRQ, mostrou-se mais sensível às modificações obtidas com a participação num programa de reabilitação pulmonar do que o questionário genérico.

PO411 SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM DPOC

Tanni SE, Sanchez FF, Faganello MM, Pelegrino NRG, Hasegawa SR, Lucheta PA, Godoy I
 Disciplina de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Síndrome metabólica; IMC

Introdução: A síndrome metabólica é caracterizada pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: circunferência abdominal > 102cm, homens, e > 88cm, mulheres, triglicérides > 150mg/dl, HDL < 50mg/dL, homens, e < 40mg/dL, mulheres, PA > 130/85mmHg e resistência à insulina caracterizada por glicemia de jejum ≥ 110mg/dL. Dados da literatura indicam que estas alterações estão presentes em portadores de DPOC e aumentam em até duas vezes o risco cardiovascular destes pacientes. No entanto, a prevalência da síndrome metabólica em paciente com DPOC não é bem conhecida. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de síndrome metabólica em pacientes com DPOC clinicamente estáveis e sem uso de corticóides sistêmicos. **Métodos:** Metodologia: foram avaliados 66 pacientes com diagnóstico de DPOC atendidos no ambulatório de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. O estadiamento da doença foi realizado de acordo com os critérios do GOLD 2004 e a caracterização de síndrome metabólica de acordo com o National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III). **Resultados:** Os pacientes apresentavam idade média de 64,7 ± 8,9 anos e 69,7% eram do gênero masculino. Os valores médios de VEF1 (%) e VEF1/CVF (%) foram de 57,7 ± 25,2% e 50,5 ± 12,9% respectivamente. Onze pacientes tinham doença leve, 24 doença moderada, 11 doença grave e em 20 pacientes a doença era muito grave. O valor médio de índice de massa do corpo (IMC) foi de 25,7 ± 5,4kg/m², 19,7% apresentavam IMC ≥ 30, 31,8% entre > 30IMC ≤ 25 e 15,2% apresentavam IMC ≤ 21. O valor médio da glicemia de jejum foi de 95,6 ± 15,6mg/dL, sete pacientes apresentaram valores acima de 110mg/dl e 13 apresentavam valores entre ≥ 100 glicose < 110mg/dl. HDL reduzido foi encontrado em 25,8% dos pacientes e triglicérides acima do valor de referência em 36,4%. Vinte e quatro pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica. A média da circunferência abdominal foi de 93,2 ± 14,3cm sendo que 33,3% dos pacientes apresentaram valores acima da referência. Em 21,2%

dos pacientes os resultados permitiram estabelecer o diagnóstico de síndrome metabólica. **Conclusão:** A síndrome metabólica é freqüente em pacientes portadores de DPOC indicando a necessidade de investigação de sua presença e realizar tratamento adequado para diminuir o risco cardiovascular.

PO412 INFLAMAÇÃO SISTÊMICA, GRAVIDADE DA DOENÇA E ESTADO FUNCIONAL EM TABAGISTAS E PACIENTES COM DPOC

Tanni SE, Angeleli AYO, Pelegrino NRG, Correa-Camacho CR, Correa CJ, Godoy I
Disciplina de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Inflamação; PCR

Introdução: Vários mediadores inflamatórios incluindo o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), interleucinas (IL), proteína C-reativa (PCR) e leucócitos estão aumentados em pacientes com DPOC. A PCR é um marcador de inflamação sistêmica consistentemente aumentado nestes pacientes; entretanto, os marcadores pulmonares e sistêmicos da doença relacionados ao aumento da PCR não estão esclarecidos. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar o estado inflamatório sistêmico em pacientes com DPOC e compará-los ao verificado em tabagistas, sem alteração da função pulmonar, e controles saudáveis. **Métodos:** Metodologia: foram avaliados 34 pacientes não tabagistas saudáveis (idade: 49.1 ± 8.3 a e VEF1: $111.2 \pm 15.2\%$), 20 tabagistas (idade: 49.5 ± 6.7 a e VEF1: $106.6 \pm 15.9\%$) e 68 pacientes com DPOC divididos em dois grupos de acordo com o estadiamento da doença, DPOC I-II = 31 pacientes (idade: 62.1 ± 9.1 a e VEF1: $78.8 \pm 20.8\%$) e DPOC III-IV = 37 pacientes (idade: 65.2 ± 8.8 a e VEF1: $38.8 \pm 9.4\%$). O número de leucócitos e neutrófilos, as concentrações séricas de PCR, IL-6, IL-8 e TNF-alfa foram avaliadas e todos os indivíduos realizaram o teste de caminhada em 6 minutos. **Resultados:**

	Saudável	Tabagista	DPOC I-II	DPOC III-IV
Neutrófilos, n	3421±943.4a*	4784±1966.5b	4650±1229.6b	5005±988.4b
PCR, mg/dL	1.5±1.4a	2.7±2.5a	5.97±2.9b	5.5±3.5b
IL-6 soro, pg/dL	0.37±0.24a	0.68±0.74ab	1.02±0.85b	1.11±0.93b
IL-8 soro, pg/dL	6.2±3.1	6.0±2.9	6.4±5.4	13.0 ±19.0
TNF-alfa soro, pg/dl	3.8±0.6a	5.4±1.3c	4.6±0.5bc	4.2±0.6ab
TC6, m	566 ±73ac	515±159 c	461±88bc	407±84b

* letras diferentes indicam diferença estatística. Obteve-se correlação significativa negativa entre os valores de PCR e TC6 ($r: -0.44$ $p < 0.001$), SpO2 ($r: -0.39$ $p < 0.001$), VEF1 ($r: -0.49$ $p < 0.001$) e VEF1/CVF ($r: -0.50$ $p < 0.001$). Os valores de IL-6 no soro também apresentaram correlação significativa negativa com TC6 ($r: -0.53$ $p < 0.001$), SpO2 ($r: -0.36$ $p < 0.001$), VEF1 ($r: -0.30$ $p < 0.001$) e VEF1/CVF ($r: -0.43$ $p < 0.001$). Os mesmos ocorreram com o número de neutrófilos e TC6 ($r: -0.32$ $p < 0.001$), SpO2 ($r: -0.30$ $p < 0.001$), VEF1 ($r: -0.40$ $p < 0.001$) e VEF1/CVF ($r: -0.46$ $p < 0.001$). **Conclusão:** Os resultados mostram evidências de inflamação nos tabagistas que se acentuam quando a DPOC se estabelece. Os marcadores do processo inflamatório estão associados com os indicadores de gravidade da doença e do estado funcional do paciente.

PO413 EFEITOS IMEDIATOS DO CANTO SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR, CARDIOVASCULAR E SINTOMAS EM PACIENTES COM DPOC

Baddini Martínez JA¹, Bonilha AG², Teixeira CA³, Onofre F⁴, Prado MYA⁵, Vieira ML⁶
1,2,3,6. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 4,5. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Canto; Função pulmonar; Função cardiovascular

Introdução: Durante o canto, a entonação das notas é feita num volume pulmonar intermediário entre a capacidade pulmonar total e a capacidade residual funcional. Essa posição tende a facilitar a expiração pelo aumento do recolhimento elástico pulmonar. Assim, a prática regular do canto por pacientes com DPOC pode ter efeitos benéficos. **Objetivos:** Investigar em pacientes DPOC estáveis os efeitos imediatos da realização de exercícios da voz e canto sobre parâmetros cardiovasculares e funcionais respiratórios. **Métodos:** Foram selecionados 33 indivíduos de ambos os sexos com DPOC definida por quadro clínico e relação VEF1/CVF abaixo do previsto. Todos os pacientes estavam estáveis e sob controle clínico. Eles foram randomizados em dois grupos: Grupo Estudo (GE) e Grupo Controle (GC), sendo que o GE participou de aulas de canto enquanto o GC praticou atividades manuais. Após freqüentar três aulas em seu grupo de atividade cada indivíduo foi submetido a uma avaliação que visava investigar as respostas espirométricas, cardiovasculares, de trocas gasosas e sintomas, de um paciente com DPOC, ainda não completamente treinado, mas familiarizado com os exercícios de voz, durante, imediatamente e trinta minutos após o esforço relacionado ao canto. O GE realizou os seguintes procedimentos: 1. Espirometria completa. 2. Dez minutos de exercícios preestabelecidos de vocalização e canto. 3. Dois minutos após os exercícios, espirometria simples. 4. Meia hora após o término dos exercícios, nova espirometria simples. Também foram realizadas avaliações da dispnéia, pressão arterial, freqüência cardíaca, freqüência respiratória, saturação de oxigênio e presença de outros sintomas. Os pacientes do GC foram submetidos à mesma seqüência de exames, mas, durante o período correspondente ao canto, somente permaneceram em pé. **Resultados:** Para análise dos dados calculamos os deltas (Δ), sendo o " $\Delta 2$ " a diferença entre os dados obtidos após 2 minutos do término da intervenção e os dados basais; o " $\Delta 30$ " a diferença entre os dados obtidos após 30 minutos do término da intervenção e os dados iniciais; e para alguns parâmetros o " Δ durante" que representa a diferença entre dados colhidos num ponto ao longo da intervenção e os dados iniciais. O GE ($n = 18$; idade: $67,9 \pm 7,9$ anos) diferiu significativamente do GC ($n = 15$; idade: $72,9 \pm 7,1$ anos) nas seguintes variáveis: " Δ durante": dispnéia ($GE = 0,9 \pm 1,1$ X $GC = 0 \pm 1$), SaO2 ($GE = 2,8 \pm 1,4\%$ X $GC = 0,5 \pm 2,5\%$); " $\Delta 2$ ": Capacidade Inspiratória ($GE = 0,06 \pm 0,21$ L X $GC = -0,13 \pm 0,24$ L), Volume de

Reserva Expiratória ($GE = -0,05 \pm 0,17$ L X $GC = 0,08 \pm 0,17$ L), dispnéia ($GE = 1,3 \pm 1,5$ X $GC = 0 \pm 1$), SaO2 ($GE = 1,1 \pm 2,1\%$ X $GC = -0,3 \pm 1,1\%$); " $\Delta 30$ ": SaO2 ($GE = 1,5 \pm 1,7\%$ X $GC = -0,07 \pm 1,79\%$). **Conclusão:** A análise dos dados permite notar que há uma discreta e transitória desinsuflação após o canto em indivíduos que ainda não tenham feito um treinamento prolongado. Também notamos que o canto não apresenta efeitos deletérios para pacientes portadores de DPOC.

PO414 IMPLANTAÇÃO E CAUSAS DE EVASÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR PARA PORTADORES DE DPOC

Zimmermann Teixeira PJ, Vettorazi SF, Costa CC, Canterle DB, Winter CD, Langoni ML, Silva LS, Bertolotti O

Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação; Custos

Introdução: A reabilitação pulmonar é uma estratégia de tratamento multidisciplinar, que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, reintegrando-o à sociedade. **Objetivos:** Descrever o processo e os custos de implantação na forma de um projeto de extensão universitária, os motivos da evasão e os resultados obtidos com um programa de reabilitação pulmonar. **Métodos:** Após formar um grupo multidisciplinar e estabelecer uma parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Novo Hamburgo, os pacientes portadores de DPOC são encaminhados ao programa de reabilitação pulmonar (PRP). São avaliados pelos diferentes profissionais e formados grupos de até 16 pacientes que permanecem por um período de 4 meses, com três sessões semanais de treinamento físico, orientações nutricionais, encontros educativos e grupos de apoio psicológico. Foram avaliados o perfil destes pacientes, custos para a implantação, causas de evasão após o início do programa, bem como os resultados obtidos após o período de tratamento, medidos através do teste de caminhada dos seis minutos, do trabalho de caminhada através do produto distância-peso corporal e do questionário Saint George de qualidade de vida. Para a análise dos resultados foi utilizada a estatística descritiva, para comparação das médias o Teste t de Student. **Resultados:** O PRP foi implantado na forma de um projeto de extensão universitária, com um custo total de R\$ 64 224,60. Foram avaliados 134 pacientes encaminhados dos postos de saúde do município de Novo Hamburgo e municípios vizinhos. Do total, 38 (28,4%) pacientes foram excluídos e 7 (5,2%) foram a óbito antes de completar a avaliação. Desses, 89 (66,5%) portadores de DPOC de moderado a grave foram incluídos no PRP. A média de idade dos pacientes foi de $63,5 \pm 9,9$ anos, predominou o sexo masculino 62 (69%), com índice de massa corporal (IMC) médio de $23,5 \pm 5,3$ kg/m², com média de Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de 1,16L (42,8 ± 23,4% do previsto). Dos incluídos no PRP, 40 (44,9%) abandonaram, principalmente por problemas socioeconômicos e 49 (55,1%) concluíram a reabilitação. Os dados para análise antes e depois do PRP estavam disponíveis para 37 pacientes que formaram o grupo para analisar os resultados do PRP. No teste de caminhada dos seis minutos, ocorreu uma variação significativa de 34,12 m na distância ($367,15 \pm 101,93$ m vs. $401,27 \pm 95,55$ m; $p < 0,001$). Ocorreu melhora significativa de 2,65kg.kg⁻¹ ($24,36 \pm 9,62$ kg.kg⁻¹ vs. $27,01 \pm 10,0$ kg.kg⁻¹) no trabalho de caminhada medido pelo produto distância-peso e uma melhora significativa com redução de 11% (46 vs. 35; $p < 0,001$) no total do questionário Saint George de qualidade de vida. **Conclusão:** O PRP pode ser implantado na forma de um projeto de extensão universitária, com custo relativamente baixo pela sua abrangência e benefícios. A condição social dos pacientes foi o maior determinante da evasão, mas os pacientes que concluíram o PRP apresentaram uma melhora significativa na sua capacidade de exercício e na qualidade de vida.

PO415 IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NAS TAXAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Zimmermann Teixeira PJ¹, Costa CC², Canterle DB³, Silva LS⁴, Langoni ML⁵, Winter CD⁶
1,2,3,4,5. Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil; 6. Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação; Taxas de internação

Introdução: Estudos que tenham avaliado o impacto da reabilitação pulmonar nas taxas de internação de pacientes portadores de DPOC ainda permanecem escassos. **Objetivos:** Avaliar se a reabilitação pulmonar interfere nas taxas de internação por exacerbação da doença em portadores de DPOC. **Métodos:** Noventa e um pacientes com DPOC encaminhados para o Programa de Reabilitação Pulmonar do Centro Universitário Feevale de Novo Hamburgo, foram acompanhados durante dois anos consecutivos no período de 2004 a 2006. Destes, 43 (47,3%) pacientes completaram os três meses de reabilitação e 33 (36,3%) pacientes constituíram o grupo controle, que não reabilitou, não somente devido à presença de comorbidades osteoarticulares que os impediam de realizar o treinamento físico, mas principalmente por dificuldades financeiras de acesso ao local do programa. Dentre os pacientes, 68(74,7%) eram homens, com média de idade de 66,6 anos, e nas mulheres 23(25,3%), a média de idade foi de 61,5 anos. A média do VEF1 foi de 1,36L entre os homens e de 0,70L entre as mulheres classificando a maioria dos pacientes de moderado a grave intensidade. Durante dois anos foi feito acompanhamento desses pacientes através de contatos bimensais por telefone, buscando saber se havia ocorrido alguma hospitalização, o motivo e por quantos dias permaneceram internados. Ocorreram 15 (16,5%) perdas no estudo por não conseguirmos manter contato durante os dois anos de seguimento. **Resultados:** No grupo controle (N = 33) ocorreram 31(34,3%) internações por exacerbação da doença e a média de dias internados foi de 3,5 dias. No grupo que reabilitou (N = 43) ocorreram 12 (24,4%) internações por piora da doença, com média 2,5 dias. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tanto nas taxas ($p = 0,98$), quanto no dias de internação ($p = 0,53$). **Conclusão:** Nos pacientes estudados, a reabilitação pulmonar não foi capaz de reduzir de maneira significativa o número e os dias de internação hospitalar dos portadores de DPOC que internaram por exacerbação aguda da doença.

PO416 UTILIDADE DE UM QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL PARA AVALIAR O RISCO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Kaisermann MC

Escola de Medicina Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Questionários; Epidemiologia

Introdução: A identificação precoce de indivíduos com risco de desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) poderia contribuir para a redução das complicações associadas a esta doença. Um questionário auto-aplicável desenvolvido recentemente, foi considerado útil para a identificação de indivíduos com mais de 40 anos sob risco de DPOC e que não se queixam de sintomas respiratórios, em ambiente de cuidados primários à saúde (Price DB et al. *Respiration* 2006; 73(3):285-95). **Objetivos:** Verificar a utilidade de um questionário auto-aplicável criado para avaliar o risco de DPOC em indivíduos a partir dos 40 anos em uma série de indivíduos que procuraram auxílio em um consultório de pneumologia do Rio de Janeiro. **Métodos:** Entre maio de 2005 e janeiro de 2006, o questionário foi oferecido a todo paciente com mais de 40 anos atendido no consultório de MCK, e foi respondido voluntariamente antes do início da consulta, durante o processo de registro. O autor não teve acesso às respostas do questionário durante o atendimento. Após cada consulta, MCK acrescentava o diagnóstico clínico e resultados de provas de função respiratória (PFR, quando disponíveis) ao formulário que continha as perguntas. O risco de DPOC (alto, moderado e baixo) foi obtido segundo a escala definida pelo questionário. O diagnóstico de DPOC seguiu as definições da iniciativa GOLD. Os dados foram transferidos para uma planilha Microsoft Excel e analisados com auxílio do programa EPI-Info 6.0d. As sensibilidades e especificidades do questionário foram obtidas comparando-se as pontuações de risco dos pacientes com o diagnóstico clínico e os resultados das PFR. **Resultados:** Dentre 241 questionários respondidos, 223 (92,5%) estavam completos. O diagnóstico clínico de DPOC foi obtido em 54 (24,2%) pacientes. A sensibilidade e a especificidade do questionário para identificar indivíduos com risco alto/moderado para DPOC foram de 92,7% e 57,7%, respectivamente, de acordo com o diagnóstico clínico, e de 86,4% e 65,1%, respectivamente, de acordo com os resultados das PFR. A baixa especificidade do questionário em ambas as comparações foi influenciada pelo número de pacientes com outras doenças respiratórias que obtiveram risco alto/moderado para DPOC pelo escore de pontos (70/169, 41,4%). **Conclusão:** O questionário de Price et al. é útil para identificar indivíduos sob risco de DPOC, o que pode auxiliar o médico generalista na implementação de condutas para o diagnóstico de DPOC. Os resultados desta série devem ser interpretados levando-se em consideração que indivíduos que procuram um serviço de pneumologia apresentam maior probabilidade de portar doenças respiratórias do que aqueles que procuram atendimento em outras especialidades. Desta forma, o questionário não deveria ser oferecido para pacientes com sintomas respiratórios que ativamente procuram auxílio médico para suas queixas.

PO417 RESULTADOS DA APLICAÇÃO CLÍNICA DO BYPASS DAS VIAS AÉREAS: UM NOVO TRATAMENTO BRONCOSCÓPICO PARA O ENFISEMA PULMONAR

Guerreiro Cardoso PF¹, Rubin AS², Snell G³, Hopkins P⁴, Sybrecht G⁵, Stamatis G⁶, Ng A⁷, Eng P⁸
 1. Depto. Cirurgia Torácica, Pavilhão Pereira Filho, Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Depto. Pneumologia, Santa Casa de Porto Alegre, Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Alfred Hospital and Monash University, Monash, Austrália; 4. The Prince Charles Hospital, Brisbane, Austrália; 5. Meizinische Universitätsklinik, Saarland, Alemanha; 6. Ruhlrandklinik, Essen, Alemanha; 7. Tan Tock Seng Hospital, Cingapura, Cingapura; 8. Singapore General Hospital, Cingapura, Cingapura.

Palavras-chave: Enfisema pulmonar; Broncoscopia; Tratamento

Introdução: O tratamento clínico do enfisema pulmonar limita-se a medidas paliativas e, em casos selecionados, procedimentos cirúrgicos de grande envergadura, tais como cirurgia redutora de volume pulmonar e transplante. Recentemente, novas alternativas terapêuticas estão em investigação. O bypass das vias aéreas é um procedimento endoscópico através do qual criam-se passagens extra-anatómicas entre os brônquios e o parênquima pulmonar destruído, reduzindo-se assim a hiperinsuflação e melhorando a mecânica ventilatória. **Objetivos:** Este estudo multicêntrico teve como objetivo avaliar os resultados funcionais, segurança e exequibilidade do bypass das vias aéreas nos pacientes com enfisema pulmonar severo. **Métodos:** Pacientes com enfisema severo bilateral foram selecionados para o procedimento, o qual foi realizado com broncofibroscopia sob anestesia geral utilizando-se o sistema Exhale® (Broncus Technologies, Mountain View, Califórnia, EUA) de bypass das vias aéreas. Este inclui a localização de vasos da parede brônquica através de uma sonda Doppler, seguindo-se a criação de passagens na parede dos brônquios segmentares através de punção transbroncoscópica com agulha. As passagens criadas são dilatadas com balão, sendo mantidas permeáveis com a colocação de stents eluidores de paclitaxel. Foram avaliados os efeitos adversos, parâmetros espirométricos, escore de dispnéia (Medical Research Council modificado), qualidade de vida (St. Georges Respiratory Questionnaire), antes e até 6 meses após o procedimento. **Resultados:** Um total de 28 pacientes com idade média de 60 anos foram tratados em 7 centros entre Julho/2004 e Março/2005. No momento, 19 pacientes possuem 6 meses de acompanhamento, 15 dos quais possuem enfisema homogêneo. O VEF1, VR, CPT basais foram 27%, 257% e 131% do previsto, respectivamente. Entre 4 e 12 (média = 9) passagens extra-anatómicas com stents foram criadas em cada paciente. A redução média do VR após 6 meses foi 478ml. A redução média no escore de dispnéia foi 0,6 pontos. Quinze dos pacientes apresentavam enfisema homogêneo. Este subgrupo (n = 15) apresentou uma redução média de 630ml no VR e uma redução média do escore de dispnéia de 0,7 pontos. Os melhores resultados foram observados nos pacientes (n = 8) com a combinação de enfisema homogêneo e hiperinsuflação severa (CPT > 133% do previsto). Nestes, a redução média do VR foi superior a 1200ml, a redução do escore de dispnéia foi de 1 ponto. Houve 1 morte relacionada ao procedimento por sangramento durante o procedi-

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

mento. Após este evento, todas as passagens criadas são submetidas a novo rastreamento com doppler previamente a inserção definitiva dos stents. **Conclusão:** Os resultados preliminares deste estudo clínico sugerem que o bypass das vias aéreas pode beneficiar pacientes selecionados com enfisema pulmonar, sobretudo aqueles nos quais haja uma combinação de hiperinsuflação e enfisema homogêneo.

PO418 IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR PARA USUÁRIOS DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

Godoy I, Martin RS, Pagliaci BE, Lima M, Rampinelli EA, Godoy I

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Oxigenioterapia; Visita domiciliar; DPOC

Introdução: É muito importante verificar se as orientações referentes ao uso OPD fornecidas no ambulatório de ODP são realizadas de forma adequada e seguidas corretamente pelos usuários. Portanto, a equipe multiprofissional do Ambulatório de ODP do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP optou por realizar visitas domiciliares para os pacientes que recebem essa terapia subsidiada pela Faculdade de Medicina ou pela prefeitura de Botucatu, a partir de abril de 2006, portanto, trata de um serviço em fase de implantação. **Objetivos:** Avaliar o uso da ODP e conhecer o cotidiano e as necessidades dos usuários. **Métodos:** As visitas foram realizadas uma vez por semana por enfermeira, alunos da graduação em enfermagem e assistente social, seguindo protocolo, elaborado pela equipe de atendimento do Ambulatório de ODP. No período de abril a junho de 2006, foram visitados 21 pacientes, 12 (57%) do sexo feminino. A idade média foi de 66,8 + 12,6 anos, máxima de 94 e mínima de 32 anos. **Resultados:** Quatorze pacientes (66,7%) faziam uso correto do fluxo de O2 prescrito. DPOC foi o diagnóstico principal em 11 (52,4%). A SpO2 máxima foi de 97% e a mínima 84%, sendo a média de 92,8 + 3,3%. A conservação do equipamento (concentrador, cateter e intermediário) foi considerada adequada em 19 (90%) dos casos. O comprimento do intermediário variou entre 1,5m a 15m, média de 5,5 + 3,9 metros. Seis (28,6%) usuários continuavam fumando e nove (42,8%) tinham familiares tabagistas, destes cinco (55,5%) fumavam dentro de casa; além disso, nove deles recebiam visitas que fumavam, em quatro casos dentro de casa. Treze pacientes (62%) usavam medicação para doença respiratória; em três (23%) casos o uso era irregular. Onze (52,3%) usam outras medicações, destacando-se que oito usavam antidepressivo. Dezesesseis (76,2%) referiram dormir bem. Apenas sete (33,3%) usuários realizavam alguma atividade de lazer, identificada como: andar, fazer faxina e ir à casa dos filhos ou a igreja. A fala dos usuários de ODP mostra vontade de realizar atividades simples, isto é, realizar ações do cotidiano que demonstrem independência e autonomia. Os usuários de OPD estudados permanenciam restritos ao quarto em média 11,5 ± 5,3h, máximo de 24h e o mínimo 7h. **Conclusão:** Orientações sobre uso correto do fluxo de O2 prescrito, sobre o tempo de uso e sobre o prejuízo da terapia de ODP concomitante com tabagismo tanto da parte dos usuários como dos familiares precisam ser reforçadas pelo profissionais de saúde. A visita domiciliar mostrou ser uma ferramenta eficaz e adequada para conhecimento das necessidades de pacientes em uso de ODP e para avaliação do uso correto do mesmo.

PO419 IMPACTO DO USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NO ORÇAMENTO DOMÉSTICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP

Pagliaci BE, Lima M, Godoy I, Martin RS, Rampinelli EA, Godoy I

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Paciente; Oxigenioterapia domiciliar; Socioeconômico

Introdução: A oxigenioterapia domiciliar prolongada tem alto custo financeiro para os serviços de saúde e para a família dos pacientes incluídos no programa. Por esta razão, o Serviço Social passou a integrar o quadro de profissionais do Serviço de Oxigenioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp a partir de julho de 2005. É responsável pelo acompanhamento social, informando os usuários sobre seus direitos e recursos existentes na comunidade, bem como a utilização dos mesmos. **Objetivos:** Levantar o perfil socioeconômico dos pacientes atendidos no ambulatório oxigenioterapia domiciliar, visando conhecer o impacto econômico no cotidiano dos mesmos, bem como identificar dificuldades que podem interferir na efetividade do tratamento. **Métodos:** Durante consulta ambulatorial o assistente social aplicou questionário que permitiu a coleta de informações sobre dados referentes à identificação, à composição familiar, à condição socioeconômica e situação habitacional, entre outros. Este levantamento foi realizado durante as entrevistas quinzenais, no período de 13 de julho de 2005 a 19 de julho de 2006, totalizando 42 usuários atendidos. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que 88% dos usuários de oxigênio são procedentes da região de Botucatu (DIR XI), com predomínio do sexo masculino (52%). Cerca de 64% dos pacientes são casados e 33% encontram-se na faixa etária de 71 a 80 anos, com idade média de 64 anos. Constatou-se que 36% concluíram o ensino básico, 7% o ensino fundamental, 10% o ensino médio e 14% não frequentaram a escola. Vinte e seis pacientes (62%) residem em casa própria, 57% são aposentados com renda familiar de aproximadamente 1 a 2 salários mínimos vigentes. Dentre os pacientes atendidos, 74% utilizam aparelho concentrador de oxigênio para tratamento e para 71% deles o gasto médio mensal com energia elétrica é em torno de R\$100,00 à R\$200,00, o que equivale a 18% da renda familiar dos mesmos. **Conclusão:** Ressaltamos a importância do conhecimento do perfil socioeconômico dos pacientes acompanhados no ambulatório de oxigenioterapia domiciliar, pois os resultados revelam à equipe e ao assistente social problemas não médicos que interferem na continuidade e sucesso do tratamento. Entre eles, destaca-se o alto custo com consumo de energia elétrica conseqüente ao uso do aparelho concentrador de oxigênio. Além disso, oferece aos profissionais, em particular ao de Serviço Social, subsídios para uma intervenção mais adequada e replanejamento das atividades conforme demanda apresentada.

PO420 CORRELAÇÃO ENTRE O QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA DE VIDA DIÁRIA DE BAECKE MODIFICADO PARA IDOSOS (QAFBM) E FUNÇÃO PULMONAR EM AMOSTRA DE DPOC LEVE/MODERADOS EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA

Tarso Guerrero Muller P¹, Viegas CAA²

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil; 2. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Atividade física; Função pulmonar

Introdução: O nível de atividade física de vida diária (AFVD) nos portadores de DPOC é um parâmetro importante de se conhecer em pacientes com disfunção leve/moderado (GOLD), especialmente para compreender os efeitos da reabilitação pulmonar. Menores níveis de AFVD estão associados a maior risco de readmissão hospitalar e menor sobrevida. **Objetivos:** Desejamos conhecer a relação entre parâmetros de função pulmonar habituais e o escore fornecido pelo questionário. **Métodos:** Prospectivamente, treze (13) pacientes com DPOC leve/moderado (VEF1/CVF < 0,7 e VEF1 > 50% pred./pós-BD) sem comorbidades importantes, estáveis por mais de 4 semanas, responderam a uma entrevista com os itens do QAFBM e realizaram provas de função pulmonar e gasometria arterial. Escore total < 6 indicam pessoas sedentárias e escore total > 16 indicam pessoas muito ativas fisicamente (não sedentárias). **Resultados:** Nesta amostragem com 13 pacientes (10 masc/3 fem), com média de idade 60,3 anos e acima de 20 anos-maço de tabagismo, os resultados expressos como média ± desvio padrão foram: VEF1 (% pred) = 80,9 ± 18,2, CI (% pred.) = 92,3 ± 19,1, PaO2 = 75,5 ± 9,8 e Escore Baecke = 5,3 ± 4,9. Não encontramos correlação significativa entre VEF1/QAFBM (r = -0,047/p = 0,439), CI/QAFBM (r = 0,108/p = 0,363) e PaO2/QAFBM (r = 0,238/p = 0,217). Apenas 1 (um) paciente apresentou escore > 16 e os outros foram classificados como sedentários. **Conclusão:** A ausência de correlação pode dever-se a amostragem muito limitada (predominantemente DPOC leves), podendo ter seu perfil de atividade física de vida diária muito próxima de pessoas saudas da mesma idade. Como já foi demonstrado, ausência de correlação entre força muscular (quadríceps) e atividade física de vida diária medido por podômetros, deve ser uma variável complexa que depende de componentes comportamentais, sociais e geográficos importantes. O questionário provavelmente poderá ser mais útil para definir pacientes sedentários.

PO421 DPOC, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PACIENTES EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA E SUA CORRELAÇÃO COM O ÍNDICE DE EXACERBAÇÕES

Beneti R¹, De Azevedo LA², Zambon L³

1.2. Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, Brasil; 3. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Exacerbação; Internação

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia inflamatória de caráter irreversível, cujo índice de agudizações está intimamente correlacionado com a progressão da obstrução do fluxo aéreo. A correta prevenção e tratamento destes episódios tem comprovado impacto na qualidade de vida e sobrevida destes pacientes. **Objetivos:** Determinar o perfil dos pacientes com DPOC atendidos em um ambulatório de referência em Pneumologia, avaliando possíveis variáveis clínicas correlacionadas com o índice de exacerbações, medido pelo número de atendimentos emergenciais e internações no período de doze meses. **Métodos:** O estudo foi realizado no Hospital Universitário, em Presidente Prudente/SP, no período de outubro de 2005 a junho de 2006. Foram incluídos 81 pacientes, diagnosticados como DPOC estável, estádios II, III e IV. Foi realizada uma entrevista no Ambulatório de Pneumologia, com o preenchimento de um questionário padronizado. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino (55,56%), com predomínio no índice de internações (1,23 a 0,78 dias, p < 0,05) e atendimentos na Emergência (8,69 a 5,11 episódios, p < 0,05). 72,84% eram caucasianos. A faixa etária predominante foi de 50 a 70 anos (62,96%), com maior número de atendimentos na Emergência nos maiores de 60 anos (8,63, p > 0,05). A maioria dos pacientes fumavam entre 20-60 maços-ano (62,96%). Ex-tabagistas (53,09%) e tabagistas ativos (40,74%), tiveram respectivamente, 1,26 e 0,79 em média de internações e 8,49 e 5,85 atendimentos na Emergência (p > 0,05). Pacientes com VEF1 < 40% (55,41%) tiveram 1,22 internações e 6,90 atendimentos na emergência, maior média de internações em comparação aos demais (p > 0,05). Pacientes sem uso de medicações adequadas, dificuldade para conseguir as medicações e SatO2 < 88% apresentaram maior média internações (1,02, 1,24 e 1,33 respectivamente, p > 0,05). Pacientes com patologias associadas apresentam maior média internações (1,32, p < 0,05). A complicação mais comum foi o cor pulmonale (10,13%), com significativo impacto na média de internações e nos atendimentos de Emergência (p < 0,05). **Conclusão:** Observamos um predomínio de pacientes do sexo masculino e caucasianos, entre 50 a 70 anos de idade. Os maiores índices de internação e atendimentos emergenciais estão associados aos pacientes que apresentam queixa de dispnéia em repouso. Pacientes com VEF1 < 40% apresentam maior índice de internações, enquanto VEF1 > 40% apresentam maior índice de atendimentos na emergência. Ainda, o não uso de medicações preconizadas, a dificuldade de acesso a tais medicações e a presença de outros indicadores de gravidade, como hipoxemia ou cor pulmonale, se correlacionam com um aumento de ambos os índices. O critério de inclusão imposto, associado ao curto tempo de coleta de dados, limitou o número de pacientes incluídos neste estudo, sendo uma possível causa da não-comprovação do teste de hipótese estatístico.

PO422 EFEITOS AGUDOS DO MAGNÉSIO (MG) NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM DPOC

Teixeira CA¹, Amaral AF², Kozuki RT³, Gallo Júnior L⁴, Terra Filho J⁵, Baddini Martinez JA⁶

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Magnésio; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Função pulmonar

Introdução: O Mg possui efeitos farmacológicos potencialmente úteis na DPOC, tais como, broncodilatação, vasodilatação periférica e influência na contratilidade muscular. **Objeti-**

vos: Avaliar a ação de Mg "em bolus", em parâmetros funcionais respiratórios de DPOCs estáveis. **Métodos:** Foram estudados 22 homens DPOCs (idade: 64,1 ± 6,0 anos; CVF: 91,6 ± 27,1%; VEF1: 49,2 ± 20,0%, VEF1/CVF: 41,8 ± 10,8%), duas vezes, com intervalo médio de 2,3 dias. Inicialmente eram realizadas espirometrias e medidas da pressão expiratória (PEM) e inspiratória máximas (PIM). Depois, de maneira duplo-cega, injetava-se 2gr de sulfato de Mg a 10% ou soro fisiológico (SF), por via endovenosa. Meia hora após, eram medidas a função pulmonar e gasometria arterial. **Resultados:** Os valores espirométricos e hemodinâmicos não diferiram significativamente no momento pré-infusão. O uso de Mg esteve associado a quedas significantes da CRF (480ml), pH (0,01), PaO2 (2,0mmHg), FC 10min - pré (11,6bpm) e da PAM 10min - pré (9,9mmHg); e aumentos significantes da CI (200ml), PIM (10,0cmH2O), PEM (10,7cmH2O), PaCO2 (2,3mmHg), FC 45 - 10 min (9,2bpm), e da PAM 45 - 10 min (6,1mmHg). Não houve diferença estatística nas demais comparações. **Conclusão:** O uso agudo de Mg em DPOCs estáveis, cursou com discreta redução do grau de hiperinsuflação pulmonar, aumento da força muscular respiratória, e evidências de hipoventilação alveolar.

PO423 O PAPEL DA ASSOCIAÇÃO CORTICÓIDE INALADO/B2 DE LONGA NO DPOC MODERADO E GRAVE

Araújo JS¹, Rabelo LM², Gasparetto J³, Dimartini Jr WM⁴, Padilha JL⁵

1,2. UFPR-Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil; 3,4. UFPR-Acadêmico Medicina Décimo Período, Curitiba, PR, Brasil; 5. UFPR-Acad. Terceiro ano Estatística, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Corticóide inalado; Beta 2 de longa

Introdução: Dados da Literatura mostram que o tratamento medicamentoso da DPOC consegue apenas reduzir a velocidade de perda funcional e não melhorar a função pulmonar do paciente. Em nossos pacientes com DPOC Grave, começamos a notar melhora funcional com a associação CI/B de Longa, o que nos motivou a desenvolver um estudo observacional e longitudinal com pacientes seguidos por no mínimo um ano. **Objetivos:** Avaliar a resposta ao tratamento com a Associação CI/B2 de longa em Pacientes com DPOC moderado e Grave após um período mínimo de um ano. Desfechos principais foram melhora do FEV1 pós-Broncodilatador e Exacerbações Graves. **Métodos:** Os pacientes foram selecionados por ordem de chegada ao ambulatório de Pneumologia do Hospital de Clínicas da UFPR, sendo que os indivíduos portadores de Doença Moderada e Grave foram em primeiro lugar estabilizados de suas co-morbidades e após foram submetidos a uma espirometria. Após um período de pelo menos um ano de tratamento, usando a associação Budesonida 400mcg/Formoterol 12mcg (cápsulas de pó para inalação) os dados espirométricos e número de exacerbações graves foram comparados. **Resultados:** Foram analisados 32 pacientes (14 M e 18 F), com idades entre 42 e 83 anos (m = 64,31 anos e DP = 9,63). Os resultados mostram um aumento significativo (P < 0,01) nos valores do VEF1 pós-BD comparando seus valores após um ano de uso da medicação, sendo que a média dessa melhora foi de 0,1272 litros (IC de 95% para a DM entre 0,0448 e 0,2096 l). Continuando a avaliação de outros parâmetros espirométricos, foi verificado a melhora nos valores do VEF1 pré-BD em média de 0,1825 litros (P < 0,001) com IC entre 0,1377 e 0,2273 l. Quanto a avaliação da CVF, temos uma melhora média de 0,2353 litros (P < 0,001) com IC de 95% entre 0,1344 e 0,3362 l. Reforçando os resultados anteriores, foi encontrado um aumento médio na sat. de O2 de 3,23% (P < 0,001) com IC de 95% entre 2,1869 e 4,2756. Além disso pode-se constatar uma diminuição altamente significativa (P < 0,001) no número de exacerbações (Ano 0 = 19% sem exac., 22% 1 ou 2 exac./ano e 59% 3 ou + exac./ano; Ano1 = 50% sem exac. e 50% 1 ou 2 exac./ano). Por último cabe ressaltar que a resposta ao broncodilatador inalado, o grau de hipoxemia, a maior gravidade da Doença ou a análise do número de exacerbações prévias não mostrou ser preditor de resposta na análise multivariada. **Conclusão:** A avaliação da melhora dos dados de sat. de O2, FVC, FEV1 pré e pós mostraram significância estatística com p < 0,001. Embora este trabalho não seja no formato duplo-cego ou placebo controlado, acreditamos que os trabalhos tem tido um viés de seleção ao excluir os pacientes com co-morbidades, resposta ao B2 inalado, de tal modo que talvez as populações estudadas não representem nossos pacientes reais. Por outro lado talvez estes números despertem a oportunidade de estudarmos melhor a resposta ao tratamento de DPOC em nosso meio.

PO424 TREINAMENTO MUSCULAR AERÓBIO EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DPOC

Martins MA, Pacheco N, Debatin C, Carpes M, Fernandes M

Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Musculatura periférica; DPOC; Conservação de energia

Introdução: A dpoC é caracterizada por limitação ao fluxo aéreo associada a uma resposta inflamatória das vias aéreas às partículas nocivas, não sendo totalmente reversível. A dpoC vem sendo considerada uma doença multissistêmica e não apenas pulmonar, sendo o comprometimento da musculatura periférica alvo de inúmeras pesquisas, em especial devido ao ciclo vicioso dispnéia-descondicionamento-dispnéia e aos benefícios que o treinamento aeróbio têm causado a estes pacientes. **Objetivos:** Investigar se o treinamento muscular aeróbio está sendo utilizado em porta dores de DPOC na cidade de Blumenau. **Métodos:** Foram enviados 195 questionários auto-aplicáveis aos médicos atuantes nas especialidades de clínica médica, Pneumologia e cardiologia, contendo questões relacionadas ao tema após randomização. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade. **Resultados:** Dos questionários enviados, obteve-se 22 respondidos, totalizando 11% da amostra considerada baixa. Quando questionado se os médicos orientam os portadores de DPOC sobre os aspectos gerais da doença durante as consultas, 91% dos especialistas também responderam positivamente. Em relação ao ensinamento das técnicas de conservação de energia, 64% dos especialistas o fazem durante as consultas por meio de explicações ou encaminhamento ao Fisioterapeuta. Foi questionado também, se é feita a avaliação da capacidade funcional dos portadores de DPOC, sendo que 73% dos médicos disseram fazê-la através de espirometria, e anamnese. **Conclusão:** Com

base nestes resultados pode-se concluir que o treinamento aeróbio da musculatura periférica está parcialmente envolvido nas condutas terapêutica dos portadores de DPOC; pacientes são orientados sobre os aspectos gerais da doença, porém isto não é feito por todos os especialistas e as técnicas de conservação de energia não são aplicadas por todos os médicos, configurando um vasto campo a ser explorado. Porém ressaltamos que as conclusões baseadas nesta taxa de resposta do questionário não seja a ideal, pois teríamos que atingir mais do que 85%.

PO425 TC6 PARA O DPOC, UMA ANÁLISE ATRAVÉS DO LACTATO SANGUÍNEO

Galhardo ML, Nakato DM, Faganello MM, Sauro EE
UNISALESIANO, Lins, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; TC6; Lactato sanguíneo

Introdução: O teste de caminhada de 6 minutos (TC6) é muito utilizado em programas de reabilitação pulmonar devido a sua simplicidade de realização, boa tolerância do paciente e baixo custo. **Objetivos:** O objetivo do trabalho foi verificar o comportamento do lactato sanguíneo após a realização do TC6 com a curiosidade de que esse teste possa apresentar variáveis fisiológicas para mensuração aeróbia do indivíduo. **Métodos:** A amostra foi composta por nove indivíduos com DPOC, conveniados pela UNIMED-Lins, participantes do programa de reabilitação pulmonar do curso de fisioterapia do UNISALESIANO de Lins, sendo seis do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade média de 71 ± 6 anos, $53,0 \pm 11,6\%$ e $VEF1$ de $63,0 \pm 19,5\%$. O TC6 foi aplicado em uma quadra poliesportiva coberta, na forma de vai-e-vem percorrendo uma demarcação de trinta metros, a amostra de sangue para analisar o lactato foi obtida do lobo da orelha, em repouso, trinta segundos antes e logo após o TC6 para posteriormente ser analisado em um analisador eletroquímico YSI 1500 sport. Para o tratamento estatístico foi utilizado teste t-student sendo aceito como significante um valor de $P < 0,05$. **Resultados:** As concentrações sanguíneas de lactato pré-teste foram de $1,35 \pm 0,36$ mmol/L e pós-teste de $1,63 \pm 0,47$ mmol/L com valor de $P = 0,08$ demonstrando que não houve uma diferença estatisticamente significante entre os pré e pós-teste. Em nenhum momento se atingiu o limiar anaeróbio através de concentrações fixas. **Conclusão:** O TC6 é um teste de capacidade física funcional que visa mensurar o grau de inabilidade física na realização de atividades cotidianas, no caso a caminhada. Também serve como preditor de morbidade e mortalidade, sendo capaz de verificar se houve uma redução de risco após um programa de reabilitação pulmonar. Porém, como demonstrado nesse estudo, se faz necessário à realização de novos trabalhos para atestar a validade deste teste na mensuração da capacidade aeróbia e a consequente utilização desta para uma eficiente prescrição de exercícios dentro de um programa de treinamento para esse tipo de população.

PO426 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE DPOC ACOMPANHADOS AMBULATORIALMENTE, EM SÃO LUÍS, MA, 2006

Pinheiro AN, Araújo LRV, Sá LLC, Memória EV, Oliveira TC, Costa ACFBB
Hospital Universitário Presidente Dutra - HUUFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Clínica; Epidemiologia

Introdução: Pacientes com DPOC possuem um distúrbio ventilatório obstrutivo progressivo, o que está associado a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a gases nocivos, proveniente, principalmente, do tabagismo, causando repercussões clínicas como bronquite crônica e enfisema pulmonar. Atualmente é a 4ª causa mais importante de internações no Brasil segundo o DATASUS. **Objetivos:** Avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de DPOC em seguimento ambulatorial em São Luís, estabelecendo correlação com dados espirométricos e fatores associados. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, no qual foram incluídos 273 pacientes cadastrados e acompanhados no Programa de DPOC. Coletaram-se dados clínicos e epidemiológicos através da ficha protocolo de atendimento. Os valores de referência foram baseados em Consensos brasileiros. O processamento dos dados foi realizado no programa Epiinfo 2.2. Foram utilizados cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança. Teste qui-quadrado foi usado para comparar 2 ou mais proporções. **Resultados:** Da amostra: 68,1% homens e 31,9% mulheres. A média de idade foi de 65,9 anos, sendo 66,3 entre homens e 65,2 entre mulheres. Segundo IMC, 10,4% estavam abaixo do peso ideal, com 12,4% entre homens; 24,4% com sobrepeso; 6,8% obesidade, sendo 5,3% entre homens e 11,1% entre mulheres ($p < 0,05$). Quanto ao tabagismo: 18,6% fumantes atuais, sendo 20% homens e 15,7% mulheres; 79,1% ex-fumantes e 2,4% nunca fumaram. A média da carga tabágica foi 46,7 maços-ano. A minoria apresentou uma ou mais co-morbidades (38,5%), sendo HAS a mais prevalente (22,3%), seguida de TB (5,5%) e asma (4,7%). Apresentaram exame físico alterado 72,5%, sendo MV diminuído (33,7%) e sibilos (14,7%) os achados mais frequentes. Na espirometria, o padrão obstrutivo moderado foi mais prevalente (28,6%) em geral, sendo que o padrão obstrutivo grave prevaleceu entre homens (29,2%); 51,3% responderam ao broncodilatador. Quanto aos sintomas de agudização, dispnéia foi o mais frequente (67,8%), seguida de tosse produtiva (45,1%). Tosse seca, tosse produtiva e dispnéia foram mais frequentes entre os mais idosos (> 70 anos) que entre os mais jovens (< 50 anos), com prevalências de 25,5%, 50% e 71,4%, respectivamente. Dentre os que apresentavam tosse produtiva, 4,1% tinham espirometria normal e 18,7% tinham padrão obstrutivo moderado ($p = 0,05$). A maioria dos pacientes estava em monoterapia (45,1%); 83,5% em uso regular e 24,2% sem nenhuma droga. As xantinas (48%) e os corticosteróides (22,7%) foram os mais usados. **Conclusão:** Observou-se maior prevalência de pacientes homens, na 5ª e 6ª décadas de vida, com padrão espirométrico grave, hipertensos e tabagistas em comparação a mulheres. Dispnéia foi mais relevante entre mulheres e mais idosos. Sobrepeso e obesidade tiveram destaque entre as mulheres e desnutrição entre os homens, sugerindo relação com padrão espirométrico grave, apontando necessidade de adoção de medidas preventivas.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO427 EXACERBAÇÃO DE DPOC POR ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

De Oliveira JM, De Oliveira FB, Campanella FA, Nunes CP, De Oliveira PC
Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; Pneumopatias obstrutivas; Corpo estranho

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por uma obstrução ou limitação crônica do fluxo aéreo, irreversível ou parcialmente reversível, geralmente de caráter progressivo e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas e gases nocivos, decorrente principalmente do tabagismo. A inflamação crônica promove alterações nos brônquios, bronquíolos e parênquima pulmonar ocasionando respectivamente bronquite crônica, bronquiolite obstrutiva e enfisema pulmonar. Estas alterações podem estar isoladas ou associadas, variando quanto à predominância em cada indivíduo. A exacerbação da DPOC se caracteriza pela piora dos sintomas habituais do paciente, instalando-se de forma aguda. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de exacerbação de DPOC por aspiração de corpo estranho, tendo em vista a pouca disponibilidade de outros trabalhos sobre este tema. **Métodos:** O trabalho consiste em um relato de caso com revisão bibliográfica sobre o tema. **Resultados:** Identificação: JNT, 63 anos, branco, casado, empresário, nascido no Rio de Janeiro e residente em Teresópolis há 20 anos. Queixa principal: Muita tosse História da doença atual: Há duas semanas iniciou com tosse seca frequente, associada a dispnéia leve. Evoluiu com tosse produtiva com expectoração purulenta. Procurou atendimento sendo medicado com N-acetilcisteína. Com piora posterior da dispnéia e surgimento de febre alta, retornou ao serviço sendo medicado com amoxicilina. Após cinco dias, havendo melhora parcial, persistindo com tosse seca e leve dispnéia, procurou serviço de pneumologia, sendo realizado radiografia de tórax que evidenciou síndrome de DPOC (hiperinsuflação) e presença de corpo estranho com densidade metálica em topografia de brônquio fonte esquerdo. História patológica pregressa: Hipertensão há 20 anos com tratamento regular. História patológica familiar: Pai hipertenso e mãe diabética. História social: Tabagista com carga tabágica de 50 maços/ano, etilista social. Exame físico: Ectoscopia: Paciente lúcido, orientado, em bom estado geral, normocorado, anictérico acianótico, hidratado, febril (Tax = 38°C), dispnéico +/4+. Ausculta cardíaca: sem alterações. Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular universalmente diminuído, com roncos e sibilos difusos. Abdomen: sem alterações. Membros inferiores: ausência de edema ou quaisquer alterações. **Conclusão:** Conduta: Encaminhado para a realização de tomografia computadorizada e broncoscopia. Evolução: Tomografia confirmou a presença de corpo estranho em brônquio fonte esquerdo. Realizada broncoscopia para retirada do corpo estranho, que foi identificado como uma prótese dentária (pivô). O paciente então informou que sentiu falta da prótese após ingestão de grande quantidade de bebida destilada, iniciando logo depois o quadro de tosse seca.

PO428 ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE OBSTRUÇÕES CRÔNICAS [PAPOC] DA UFAM

Siqueira Briglia MF, Briglia FS, Carvalho RS, Silva CEA, Ferreira TA, Schettini RA, Coelho MARC, João GAP

UFAM, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Tabagismo; Assistência

Introdução: O programa de assistência aos pacientes portadores de obstrução crônica [PAPOC] da UFAM é parte de um projeto de extensão instituído no Ambulatório Araújo Lima da UFAM desde março de 2006 que visa dar ao paciente com DPOC um local específico para o seu atendimento. DPOC é reconhecida uma das principais causas de adoecer do ser humano. A epidemia tabágica, associada com a poluição ambiental decorrente de um processo de urbanização descontrolado faz com as doenças respiratórias adquiram uma importância cada vez maior em nossa sociedade. **Objetivos:** Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes atendidos no PAPOC-UFAM. **Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo e observacional que visa estudar os pacientes atendidos no PAPOC-UFAM. Foi usada a estatística descritiva na tabulação dos dados. **Resultados:** No período de março a junho de 2006 foram atendidos 57 pacientes portadores de DPOC, sendo 37 [65%] homens e 20 [35%] mulheres. A média de idade foi de 61,86 e 64,35 anos para os homens e mulheres respectivamente. As atividades ocupacionais mais prevalentes foram as de trabalhadores da juta; lenha; agricultura e pedreiros. Todos os pacientes, a exceção de um que era fumante passivo, eram tabagistas, alguns em mais de uma modalidade do vício. 63% dos pacientes fumam há mais de 30 anos, com uma carga tabágica de mais de 20 maços/anos em 73,6% dos casos. 39[68%] dos pacientes decidiram parar de fumar após entrar no PAPOC. 24 [42%] pacientes de ambos os sexos apresentam concomitantemente hipertensão arterial sistêmica. Em relação ao grau de dispnéia, 29 [51%] pacientes apresentavam dispnéia de grau 3 ou superior na escala de MRC. **Conclusão:** Apesar do curto espaço de tempo de funcionamento, o PAPOC demonstra ser um projeto útil, já contando com um número de pacientes expressivo, aos quais se agregam mensalmente cerca 15 novos pacientes. Os pacientes estudados possuem forte vínculo com o tabagismo, embora a abordagem do programa tenha desencadeado neles uma vontade de parar com o vício.

PO429 HIPOXEMIA E FUNÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Viegas CAA¹, Silva CAME², Ribeiro FA³, Rodrigues SL⁴, Amorim CF⁵

1,2,3,4. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 5. Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hipoxemia; Função muscular periférica; DPOC

Introdução: A disfunção muscular esquelética, enquanto manifestação sistêmica da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), contribui consideravelmente para intolerância ao exercício físico. Modificações estruturais e funcionais dos músculos esqueléticos evidenciadas

por redução da força e baixa resistência à fadiga muscular têm sido documentadas nessa população. A mudança na proporção de fibras de contração lenta resistentes à fadiga e no metabolismo aeróbico muscular são fatores envolvidos na disfunção muscular esquelética e podem ser agravados pela hipoxemia crônica. **Objetivos:** Descrever alterações funcionais dos músculos deltóide anterior e vasto lateral, de acordo com a pressão arterial de O₂ (PaO₂), em portadores de DPOC que não fazem uso de oxigenioterapia prolongada. **Métodos:** Foram estudados 16 pacientes portadores de DPOC, de grau leve a muito grave, na admissão para o programa de reabilitação pulmonar do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Dois grupos foram formados de acordo com a PaO₂. A função pulmonar foi avaliada por espirometria e gasometria arterial e a função dos músculos deltóide anterior e vasto lateral, pela força e frequência mediana do sinal eletromiográfico de superfície (EMGf) durante a contração voluntária máxima. A comparação das médias para os grupos foi realizada por teste t independente. **Resultados:** 60mmHg e 5 com PaO₂ Foram incluídos 11 pacientes com PaO₂ < 60mmHg. A EMGf média do vasto lateral foi significativamente maior no grupo de pacientes com PaO₂ < 17,8, respectivamente, p = 0,004. As médias das demais variáveis da função muscular esquelética (força de vasto lateral e de deltóide e EMGf de deltóide) não diferiram significativamente entre os grupos com PaO₂ 10,2 e 122,7 60mmHg (98,9Hz 60mmHg em relação aos que apresentaram PaO₂ < 60mmHg, 60mmHg e PaO₂. **Conclusão:** Em pacientes portadores de DPOC, a hipoxemia apresenta-se como fator de influência sobre a fadiga muscular do vasto lateral, medida pela EMGf. No entanto, a ocorrência da PaO₂ abaixo de 60mmHg não influenciou as demais variáveis de função muscular mensuradas: força muscular do vasto lateral e fadiga e força muscular do deltóide.

PO430 SOBREVIVENTE DE EXPLOÇÃO DE FÁBRICA DE GELO NA AMAZÔNIA

Socorro de Lucena Cardoso MD, Buzaglo LCP, Ferreira TA, Bezerra FC, Rodrigues MF
Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Bulgária.

Palavras-chave: Amônia; Inalação; Bronquiectasias

Introdução: A amônia anidra, um gás ou líquido transparente e irritante comumente usado no mundo todo em refrigeração e fertilizantes, foi associado a lesões pulmonares após exposição maciça como explosões de fábricas de gelo. A patologia pulmonar pode se apresentar de forma aguda ou crônica. Dentre as agudas estariam o edema agudo de pulmão associado a enfiema pulmonar e as crônicas, infecções, bronquiectasias e fibrose pulmonar. A morbimortalidade é diretamente proporcional à quantidade de gás inalado por metro cúbico (m³). **Objetivos:** Descrever a evolução de um paciente, após 32 anos da explosão de uma fábrica de gelo com exposição aguda e única ao gás amônio. **Métodos:** Relato de caso do paciente F. C. B. L., 51 anos, acompanhado por 32 anos no Ambulatório Araújo Lima/Hospital Universitário Getúlio Vargas. **Resultados:** Paciente vítima de explosão em fábrica de gelo em 08/1974 evoluiu com insuficiência respiratória aguda apresentando sintomas de hipersecreção brônquica. Internou várias vezes por infecção respiratória de repetição e fazia acompanhamento ambulatorial. Após quinze anos apresentou dispnéia progressiva chegando até dispnéia ao repouso. Atualmente está em tratamento clínico, com oxigenioterapia domiciliar. Ao exame físico paciente pleurítico, cianose em extremidades, baquetamento digital, expansibilidade diminuída com estertores crepitantes difusos. Negava HAS, DM, Asma, Tuberculose, tabagismo, pneumopatias na família ou exposição a poeiras ocupacionais. Exames Complementares: tomografia de tórax de 2003 revelava bronquiectasias císticas e cilíndricas bilaterais infectadas. Em 2004, houve piora clínica: à gasometria pH 7,39, pCO₂ 66mmHg, pO₂ 58mmHg, Sat. O₂ 89%, HCO₃ 39mmol/L, nesta ocasião foi instituída oxigenioterapia domiciliar e antibioticoterapia. ECG com alteração da repolarização em parede septal, média e baixa, bloqueio de ramo direito incompleto. ECO Transtorácico - Insuficiência tricúspide e Hipertensão da Arteria Pulmonar - PSAP - 63mmHg. Atualmente: ECO Transtorácico evidencia aumento de cavidades direitas, regurgitação tricúspide moderada, hipertensão pulmonar importante (PSAP - 77mmHg), FE = 53%, déficit de relaxamento de VE, Veia Cava Inferior dilatada. A gasometria atual em ar ambiente mostra pH 7,35, pCO₂ 55mmHg, pO₂ 40mmHg, Sat. O₂ 71% HCO₃ 29mmol/L. A espirometria: CVF = 45,27%, VEF 1.0 = 40,90%, VEF 1.0/CVF = 90,95%. **Conclusão:** O caso mostra os efeitos deletérios da amônia sobre o trato respiratório, sendo erosivo leva a queimaduras imediatas e broncoespasmo. O paciente sobreviveu às lesões agudas evoluindo cronicamente com bronquiectasias e cor pulmonale. A incapacidade funcional de grau elevado não o impediu de adaptar-se a este nova condição como observado nos baixos níveis de oxigênio e reserva funcional descrito. Reiteramos a importância das medidas de segurança que devem ser tomadas a fim de se evitar acidentes de tais proporções com alta morbimortalidade.

PO431 BOLHA PULMONAR GIGANTE: AVALIAÇÕES PRÉ E PÓS-TRATAMENTO CIRÚRGICO

Aldegheri Paschoal FH, Medeiros Neto AH, Guanabara DM, Medeiros IL, Cukier A
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP - Disciplina de Pneumologia, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Bolha gigante; Bulectomia

Introdução: As bolhas gigantes (aquelas que ocupam mais de um terço do hemitórax) caracterizam uma condição bem particular nos pacientes pneumopatas, em especial naqueles com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A indicação cirúrgica pode ser considerada em pacientes selecionados com auxílio de adequada avaliação funcional e imagiológica. O caso descrito relata um paciente com DPOC e uma bolha gigante num parênquima difusamente doente. Descrevemos a sua avaliação antes e após o tratamento cirúrgico (bulectomia). **Objetivos:** Descrever a evolução clínica e funcional de um paciente com DPOC e bolha gigante submetido a bulectomia. **Métodos:** Revisão de prontuário, exposição de exames de imagem (radiografia, tomografias computadorizadas, cintilografia de perfusão), provas de função pulmonar e ergoespirometria. Aplicação de questionário clínico de dispnéia. Revisão sistemática da literatura. **Resultados:** APS, masculino, 56 anos, natural de Salto do

Pirapora-SP, comerciante. História de dispnéia progressiva há três anos, na ocasião aos pequenos esforços, além de tosse improdutivo. Ex-tabagista há 8 meses, 45 anos-maço. Usando formoterol 12ug de 12/12 horas. Ao exame físico, eufêmico, com saturação de oxigênio 94% à oximetria de pulso. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular globalmente diminuído, principalmente nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Radiografia e tomografia do tórax: volumosa bolha no lobo inferior esquerdo, com aparente compressão do parênquima pulmonar circunjacente; enfisema centrolobular difuso à tomografia. Prova de função pulmonar: CVF 2,54L (66%), VEF1 1,06L (37%), VEF1/CVF 0,42, capacidade pulmonar total 7,28L (126%), volume residual 4,93L (259%), difusão 22,7ml/min/mmHg (87%). Ergoespirometria: VO₂ máximo 658ml/min (33%). Cintilografia pulmonar de perfusão: quadrante superior direito (QSD) 31%, QID 57%, QSE 2%, QIE 10%. O paciente respondeu ao questionário de dispnéia no pré-operatório. Foi submetido a bulectomia em junho de 2006. Dois meses após o procedimento, reaplicação do questionário de dispnéia evidencia melhora clínica do paciente. Pouca alteração das provas de função pulmonar. **Conclusão:** De acordo com a literatura, o tratamento cirúrgico das bolhas gigantes, em pacientes selecionados, tem bons resultados em relação à dispnéia, apesar da discreta melhora nas provas de função pulmonar. Os princípios fisiológicos são semelhantes àqueles que orientam as cirurgias redutoras nos pacientes com DPOC, principalmente a melhor mobilidade da caixa torácica e do diafragma. Os melhores preditores de sucesso da terapia cirúrgica são: bolhas maiores do que um terço do hemitórax; limitação funcional moderada a grave (VEF1 em geral menor do que 50% do predito); difusão de monóxido de carbono adequada (indicando o restante do parênquima preservado); uma compressão importante do restante do parênquima à tomografia; e ausências de hipoxemia ou hipercapnia e hipertensão pulmonar.

PO432 CAPACIDADE INSPIRATÓRIA, TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS E GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR

Freitas CG¹, Pereira CAC², Viegas CAA³

1. Hospital de Base de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2. Hospital do Servidor Público, São Paulo, SP, Brasil; 3. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Capacidade inspiratória; Teste de caminhada; Doença pulmonar obstrutiva

Introdução: A correlação entre os parâmetros indicativos de obstrução ao fluxo aéreo com o desempenho de atividades diárias e limitação de esforço em pacientes com DPOC é baixa. Recentemente, a capacidade inspiratória que expressa a hiperinsuflação em DPOC tem sido identificada, como importante marcador de limitação de exercício em DPOC. **Objetivos:** Avaliar a correlação da CI pós-broncodilatador (% predito), com outras variáveis de gravidade e prognóstico na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Métodos:** 80 pacientes portadores de DPOC estáveis foram submetidos a espirometria com manobras de capacidade vital forçada (CVF) e capacidade vital lenta (CVL) e teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) antes e após salbutamol spray (400mcg). Eles foram divididos em quatro grupos segundo o VEF1 pós-BD como proposto pelo consenso GOLD (1) e também quanto ao índice BODE (2), que prediz risco de morte. Diversas variáveis foram testadas por análise univariada (teste de Spearman) e multivariada com a distância caminhada pós-BD, expressa como percentual do predito (DCAM6MIN%). A Capacidade inspiratória pós-BD (CI%) foi correlacionada com o estadiamento GOLD e o índice BODE. **Resultados:** 46 pacientes (57%) situavam-se nos estágios GOLD 3 e 4 (grave e muito grave) e 23 eram classe BODEq 3 e 4 (28%). As Correlações com a DCAM6MIN % observadas foram: CVF% (r = 0,42 p < 0,25) VEF1% (r = 0,49 p < 0,001), VEF1/CVF % (r = 0,48, p < 0,001), IC% (r = 0,61, p < 0,001), Borg pós 6 minutos (r = -0,41, p < 0,001), SpO₂ (r = 0,21, p = 0,06) ao término do teste. Por análise de regressão multivariada a CI % (p = 0,001), o uso em longo prazo de O₂ (p = 0,014) e número de medicamentos usados no tratamento (p = 0,044) mantiveram associação significativa com a DCAM6MIN %. CI menor ou igual a 70% foi observada em 76% dos pacientes em estágios GOLD 3 ou 4 comparado a 30% em estágios GOLD 1 or 2 (p < 0,001). CI menor ou igual a 70% foi observada em 68% dos pacientes com score BODE 3 ou 4 comparados a 39% dos pacientes BODE 1 or 2 (p = 0,02). **Conclusão:** A CI % pós-BD é o melhor preditor funcional da distância caminhada de 6 minutos e se correlaciona significativamente com o score GOLD e o índice BODE. Propomos que a análise da Capacidade Inspiratória deva ser realizada de rotina na avaliação dos portadores de DPOC.

PO433 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E AVALIAÇÃO CLÍNICO-NUTRICIONAL DE UMA POPULAÇÃO COM DPOC EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL, EM SÃO LUÍS, MA, 2006

Pinheiro AN, Pereira CS, Castro WC, Segunda ZA, Pinto JM, Coelho SJ, Braga SA, Leite AA
Hospital Universitário Presidente Dutra - HUUFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Desnutrição; Tabagismo

Introdução: A DPOC é um problema de saúde pública no Brasil e segundo dados da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, mais de 3 milhões de brasileiros têm DPOC e cerca de 90% destes indivíduos fumam ou fumaram por longo tempo. No Maranhão, estima-se que 30% da população seja fumante. Estudos indicam que a prevalência de desnutrição no paciente com DPOC varia entre 26% e 47%. Sexo, peso e episódios de agudização correlacionam-se com a gravidade da doença. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de tabagismo e o perfil clínico-nutricional de uma população com DPOC na cidade de São Luís, MA. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 273 pacientes atendidos no ambulatório de DPOC do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA. Os dados foram obtidos a partir de prontuários e incluíram: sexo, idade, índice de massa corpórea (IMC), tabagismo e perfil clínico e funcional. Sua análise foi feita no programa Epiinfo 2.2. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 68,1% eram homens e 31,9% mulheres. A média de idade geral foi 65,9 anos. Entre os homens foi de 66,3 e entre as mulheres de 65,2. Segundo IMC, 10,4% estavam abaixo do peso ideal, sendo 12,4% entre homens e 6,3% entre mulheres; 24,4% com sobrepeso, sendo 22,4% entre homens e 27,1% entre mulheres; 6,8% com obesidade, sendo 5,3% entre homens e 11,1% entre mulheres (p > 0,05). Entre os sintomas de agudi-

zação, a tosse seca foi mais prevalente entre os idosos (25,5%) que entre os mais jovens (9,5%); tosse produtiva atingiu 50% entre os idosos e 38% nos jovens; dispnéia foi mais prevalente no geral (67,8%) e entre os mais idosos também (71,4%). Na espirometria, o padrão obstrutivo moderado foi o mais prevalente (28,6%) no geral e o padrão grave foi mais prevalente entre os homens (29,2%). Quanto ao tabagismo, 18,6% eram fumantes atuais, sendo 20% homens e 15,7% mulheres; ex-fumantes eram 79,1%, sendo 77,1% homens e 83,1% mulheres; 2,4% nunca fumaram, sendo 2,9% homens e 1,2% mulheres. Entre os pacientes maiores de 70 anos, apenas 8,9% são fumantes, contra 33,3% nos pacientes menores de 50 anos. Pacientes maiores de 70 anos atingiram maior prevalência de ex-fumantes (88,9%), contra 61,9% para os menores de 50 anos, com $p < 0.05$. A maior prevalência de pacientes que nunca fumaram, foi entre os mais novos (4,8%), contra 2,2% nos mais idosos. Quanto à carga tabágica, a faixa de 20 a 40 maços-ano foi a mais prevalente com 29,8%, sendo a média geral 46,7 maços-ano, com 51,2 entre os homens e 34 entre mulheres. **Conclusão:** Notou-se maior prevalência de fumo, desnutrição e padrão obstrutivo grave entre os homens, sugerindo correlação entre DPOC grave e baixo peso. Sobre peso, obesidade e ex-fumantes foram mais prevalentes entre as mulheres. Pacientes mais "novos" (< 50 anos) atingiram maiores prevalências de fumantes, indicando que os mais idosos estão parando de fumar e os pacientes mais novos e homens continuam fumando, sugerindo fator de risco para aumento da morbimortalidade em consequência da DPOC.

PO434 OSTEOMIELEITE VERTEBRAL POR *CANDIDA SPP.* COMO COMPLICAÇÃO DE CORTICOTERAPIA EM PACIENTE COM DPOC

De Lima DP, Da Silva YKF, Pereira Dias Chaves MA, Câmara GF, Martins ER, Fernandes FO, Travassos Junior RR

Hospital UNIMED, João Pessoa, PB, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Infecção fúngica; Corticoterapia

Introdução: As espécies de *Candida* são patógenos de baixa virulência que colonizam a pele e mucosas da maioria dos indivíduos. Contudo, a incidência de infecções por esses microrganismos tem crescido devido ao aumento do número de pessoas expostas aos fatores de risco para fungemia, como utilização de cateteres centrais, antibioticoterapia de amplo espectro, imunossupressão e uso de drogas endovenosas. Apesar disso, as espécies de *Candida* ainda são uma causa rara de osteomielite vertebral, cujo quadro clínico é caracterizado por dor vertebral de longa evolução, febre e leucocitose. Quando causada por *Candida spp.*, a coluna dorsal baixa e lombossacra são as regiões implicadas em 95% dos casos, já o déficit neurológico está presente em 19% deles. O diagnóstico é baseado no quadro clínico e nos exames de imagem e é confirmado pela cultura da amostra, obtida por punção aspirativa por agulha fina ou durante drenagem cirúrgica. **Objetivos:** Alertar quanto à possibilidade de infecção fúngica em pacientes cujos fatores de risco para fungemia não são tão evidentes. **Métodos:** MR, 63 anos, masculino, branco, natural e procedente de João Pessoa - PB. Foi admitido no Hospital Unimed João Pessoa em maio de 2004 e teve diagnóstico de osteomielite vertebral por *Candida spp.* firmado em 10/06/04. **Resultados:** Relato de caso: Paciente com diagnóstico de DPOC há 5 anos, foi internado por exacerbação aguda, sendo tratado com hidrocortisona 300mg EV por 6 dias e ampicilina/sulbactam com boa resposta. Teve alta e voltou a ser internado em 48 horas com quadro de dor lombar e parestesia em membros inferiores. A ressonância magnética foi realizada e evidenciou osteomielite vertebral, discite e abscesso epidural. O paciente foi submetido à drenagem/debridamento cirúrgico com colheita de material para cultura, sendo iniciada antibioticoterapia com cobertura para *Staphylococcus aureus*, o agente mais frequentemente implicado na osteomielite e que não tinha sido coberto pelo esquema antibiótico anterior. Houve uma melhora inicial, devido à descompressão, porém, após 4 dias, o quadro tornou a se agravar. Neste momento, o resultado da cultura foi obtido, revelando *Candida spp.*, só havendo melhora significativa com a instituição do tratamento antifúngico agressivo. **Conclusão/discussão:** Pacientes francamente imunossuprimidos recebem atenção especial em relação ao risco de infecções fúngicas. O paciente do caso aqui relatado, entretanto, apresentou como fatores de risco para fungemia apenas a antibioticoterapia de largo espectro e a corticoterapia para exacerbação de DPOC como possível causa de imunossupressão. A evolução mostrou uma surpreendente infecção fúngica em coluna vertebral, a qual não fazia parte das hipóteses diagnósticas iniciais. Portanto, pretende-se ressaltar que as infecções fúngicas devem ser lembradas, pois são cada vez mais frequentes, mesmo em pacientes cuja imunossupressão não seja tão evidente, como na corticoterapia empregada na exacerbação da DPOC.

PO435 CONTROLE DA DPOC, PREVALÊNCIA DE CO-MORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES SOB ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, EM SÃO LUÍS, MA

Pinheiro AN, Pereira CS, Castro WC, Segunda ZA, Pinto JM, Coelho SJ, Braga SA, Leite AA Hospital Universitário Presidente Dutra-HUUFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Co-morbidades; Terapia

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por desenvolvimento progressivo de limitação ao fluxo aéreo não totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo está associada à inalação de gases e partículas nocivas, sua principal causa é o fumo. A terapêutica baseia-se no uso de drogas beta adrenérgicas, anticolinérgicas, metilxantinas e corticosteróides. **Objetivos:** Avaliar o controle da DPOC, terapêutica medicamentosa e prevalência de co-morbidades e fatores associados em pacientes sob acompanhamento ambulatorial em São Luís. **Métodos:** Realizou-se estudo longitudinal retrospectivo. Os dados foram coletados a partir de ficha protocolo e prontuários de 273 pacientes atendidos no serviço de DPOC do Hospital Universitário Presidente Dutra. O processamento dos dados foi realizado no programa Epiinfo 2.2. Foram utilizados cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança. Teste qui-quadrado foi usado para comparar 2 ou mais proporções. **Resultados:** Dos 273 pacientes pesquisados, 68,1% eram homens e observou-se uma maior prevalência na faixa etária de 50-69 anos (50,2%). Do total, 73,3% eram ex-

fumantes; 17% foi a prevalência de fumantes atuais, sendo mais prevalente (72,3%) entre homens. Na espirometria, o padrão obstrutivo moderado foi o mais prevalente (28,6%) em geral, sendo que o padrão obstrutivo grave foi o mais prevalente entre homens (29,2%). Quanto ao controle medicamentoso da DPOC, 24,2% dos pacientes não usavam medicação. Dos que usam medicação, 45,1% são tratados com monoterapia, 20,5% com duas drogas e 10,2% com três ou mais drogas. Dessas associações, houve um predomínio do uso de corticóide e xantina (14,9%). 83,5% faziam uso irregular da medicação. Quanto às comorbidades, 38,5% referiram uma ou mais co-morbidades. Entre as mulheres, 66,7% não possuíam nenhuma comorbidade, contra 59,1% entre os homens. A prevalência de HAS como comorbidade isolada foi 16,1%, sendo 17,2% entre os homens e 13,8% entre as mulheres ($p < 0.05$). Já a prevalência geral de HAS (incluindo associações) foi 22,3%. A prevalência geral de TB foi 5,5%, sendo 100% homens. A prevalência geral de ASMA foi 4,3%, sendo 4% entre as mulheres e 0,3% entre os homens ($p < 0.05$). Pneumonia e Diabetes foram mais prevalentes entre as mulheres, com 3,4% e 2,3%, respectivamente ($p < 0.05$). Outras doenças e/ou associações tiveram prevalência de 12%. **Conclusão:** A maioria dos pacientes faz uso irregular das medicações e não possui co-morbidades associadas. HAS foi a mais prevalente, com destaque para os homens, os quais também alcançaram maior prevalência de fumantes e padrão espirométrico grave. Apesar de não ter se mostrado muito prevalente no estudo, a presença de co-morbidades, quando associada ao fumo e alto índice de irregularidade no tratamento, pode dificultar a adesão ao tratamento e controle da DPOC, além de ser fator de risco para o aumento da morbimortalidade nesses doentes.

PO436 AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ESPIROMÉTRICO DOS PACIENTES COM DPOC EXPOSTOS A FOGÃO DE LENHA EM COMPARAÇÃO AOS EXPOSTOS AO TABACO

Neto JB, Do Vale OF, Pinheiro Santos MF, Franca Sobrinho JCR

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Fogão a lenha; Epidemiologia

Introdução: A DPOC é uma enfermidade de grande importância no Brasil. Sua prevalência na cidade de São Paulo varia entre 6 e 15,8% da população com idade superior a 40 anos. Em 2003 foi a 5ª causa de internamento no sistema público em maiores de 40 anos. O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento desta doença, no entanto, a Organização Mundial de Saúde vem chamando a atenção da comunidade médica para uma segunda causa também importante, a exposição à fumaça de lenha. Estima-se que metade da população mundial e mais de 90% da população rural dos países subdesenvolvidos estejam expostas a este fator de risco. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivos avaliar o perfil epidemiológico e espirométrico de dois grupos de pacientes com DPOC: expostos ao fogão de lenha (grupo I) e tabagistas (grupo II), para posteriormente compará-los. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo desenvolvido nos ambulatórios de pneumologia do Hospital Universitário de Sergipe no período de julho de 2005 a fevereiro de 2006. Os pacientes, que atendiam aos critérios de inclusão e não apresentavam qualquer critério de exclusão, eram submetidos a um questionário, desenvolvido pelo pesquisador, com perguntas direcionadas aos objetivos do trabalho. **Resultados:** Obtivemos 15 pacientes em cada grupo com os seguintes resultados: no grupo I o sexo feminino representou 73%, 66,67% dos pacientes procediam de zona urbana, a faixa etária predominante foi entre 51-60 anos (40%), em 73,3% dos casos o fogão ficava dentro de casa e em 53% deles a chaminé estava ausente; como queixas 86,6% referiam dispnéia, 53,3% sibilos e 60% relatavam expectoração, o estágio mais prevalente neste grupo foi o III. No grupo II o sexo feminino representou 53%, todos eram procedentes de área urbana, 80% dos participantes tinham idade superior a 51 anos e 67% apresentavam carga tabágica de até 20 maços/ano; como queixas 93,33% relatavam dispnéia, 86,66% sibilos e 86,66% referiam expectoração, o estágio mais prevalente neste grupo foi o II. **Conclusão:** Estes dados diferem com a literatura em relação ao sexo predominante no grupo II, porém sabe-se que cada vez mais as mulheres estão tornando-se tabagistas, o que justificaria o achado; em relação às queixas, os estudos são discordantes quanto a mais prevalente, porém tendem a considerar a tosse crônica com expectoração. O estágio mais avançado nos dois grupos é explicado pelo fato da doença ser insidiosa, o que faz com que os pacientes posterguem a procura de auxílio médico.

PO437 FIBROSE CÍSTICA EM IDADE AVANÇADA

De Vasconcelos CC, Sampaio DA, De Araujo FGB, Portela MC, De Almeida MF, Tavares PEB, Martins GR, Lins HC

Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; DPOC; Iontoforese

Introdução: A fibrose cística ou mucoviscidose é uma doença sistêmica, hereditária, de evolução crônica e progressiva, caracterizada por uma disfunção generalizada das glândulas exócrinas. Calcula-se que 5% da população em geral carrega o gene anormal. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que, no Brasil, 1,5 mil pessoas sofrem de fibrose cística. A proporção é de uma criança doente para cada 10 mil nascidas vivas. Na sua forma típica, a doença se traduz pela tríade: doença pulmonar obstrutiva crônica, quadro de má absorção e alterações eletrolíticas no suor. É uma doença autossômica recessiva, que se apresenta praticamente em crianças. O gene alterado localiza-se no braço longo do cromossoma 7 e codifica uma proteína anormal: CFTR, sendo esta expressa na camada bilipídica da membrana apical das células epiteliais, constituindo o canal de cloro. **Objetivos:** Relatar caso da paciente com diagnóstico tardio de fibrose cística. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** F.S., sexo feminino, 23 anos, solteira, parda, estudante universitária, natural e procedente de Jardim-CE. Foi admitida no HMSVP com dispnéia aos pequenos esforços há seis dias, tosse produtiva com secreção amarelada, associada a febre contínua e não mensurada. Relata um episódio de hemoptise moderada, de sangue vivo, nas últimas 24 horas. Não fez uso de medicamentos referentes a sintomatologia. Afirma perda de peso, mas não quantifi-

ca. Nega dor torácica. Refere esteatórréia e dor abdominal. Ao exame apresentou FR: 25irpm, baquetamento digital, na inspeção torácica diâmetro ântero-posterior 1:1 ("tórax em baril") e a ausculta MV presente, mas diminuído em AHT e estertores crepitantes difusos. Radiologia sugestiva de DPOC e cultura positiva para *P. Cepacea*. Foi solicitado três iontoforeses, sendo todas positivas, fechando o diagnóstico. **Conclusão:** A paciente apresentava distúrbio no funcionamento das enzimas pancreáticas, infecções pulmonares de repetição e alteração na produção do suor. No entanto o quadro referido apresentou peculiaridades como a infecção por *P. cepacea* e início tardio das manifestações clínicas da doença. Conclui-se, portanto, que, na vigência de um paciente com quadro de DPOC na idade adulta, faz-se necessário um diagnóstico diferencial com fibrose cística.

PO438 PACIENTES COM ENFISEMA DIFEREM DOS PACIENTES COM BRONQUITE CRÔNICA NO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS?

Valença LM¹, Sales P², Neves MAM³, Zembrzski MMS⁴, Glass H⁵

1.4. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,5. Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Dessaturação arterial; Exercício

Introdução: O teste de caminhada de 6 minutos (TC) é habitualmente usado em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) onde o total caminhado e o grau de dessaturação mostram correlação com a gravidade da doença. Sua correlação com o teste de difusão do monóxido de carbono (DLCO) já foi estudado previamente. O paciente enfisematoso tem alterações estruturais do parênquima pulmonar que diminuem a área de troca gasosa diferentemente do paciente somente com bronquite crônica onde não ocorrem estas alterações. O distúrbio de difusão é potencializado pelo exercício. **Objetivos:** Avaliar se existe diferença no desempenho do teste de caminhada de 6 minutos entre pacientes com DPOC predominantemente enfisematosos e predominantemente bronquíticos. **Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram avaliados todos pacientes com diagnóstico de DPOC que realizaram TC no período de janeiro de 1995 a junho de 2006. Foram analisados o total caminhado, saturação de oxigênio em repouso (SpO_{2R}), saturação de oxigênio ao final da caminhada (SpO_{2F}), o grau de queda na saturação durante o exame, espirometria, radiografia de tórax, tomografia de tórax (TC) e medida da DLCO. Os casos em que não foi possível excluir a presença de enfisema foram retirados. 66 pacientes, idade média 69 anos (52-86), 53 M e 13 F, 52 predominantemente enfisematosos e 14 predominantemente bronquíticos. **Resultados:** Nos pacientes com enfisema a média total caminhado, média saturação prévia ao exame, média de queda na saturação de oxigênio, foram respectivamente: 334,2 ± 22,13m; 91,1 ± 0,4%; 9,4 ± 0,73%. Na bronquite crônica foram: 368,7 ± 44,912m; 90,5 ± 0,89%; 5,7 ± 1,06%. Apresentavam obstrução moderada ou severa na espirometria 82% dos pacientes com enfisema e 71% dos com bronquite crônica. Os valores de SatO₂ antes do teste e o total caminhado não foram significativamente diferentes, mas há queda significativamente maior da saturação de oxigênio nos enfisematosos que nos bronquíticos (teste t, t = 2,427, p = 0,018). **Conclusão:** Houve queda da SpO₂ após o TC 6 min significativamente maior nos pacientes com enfisema pulmonar. O teste de caminhada é um exame acessível, de fácil execução e de baixo custo e pode ajudar a diferenciar os paciente com DPOC portadores de enfisema pulmonar.

PO439 VARIAÇÕES DA SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE O₂ NA MENSURAÇÃO DOS TESTES NEUROMOTORES E DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Stedile NRA¹, De Godoy DV², Michelli M³, Camassola AP⁴, Lazzari A⁵, Perroni MC⁶, De Godoy RF⁷ 1,3,4,5,6,7. UCS, Caxias do Sul, RS, Brasil; 2. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação pulmonar; Teste de função pulmonar

Introdução: O Programa de Reabilitação Pneumofuncional (PRP) provém da necessidade em estender os cuidados aos pacientes pneumopatas. É imprescindível, segundo dados literais, realizar atividades que trabalhem o desempenho aeróbico e neuromuscular específico, através de exercícios direcionados às Atividades de Vida Diárias (AVDs). O paciente pneumopata deve estar constantemente monitorizado, sendo a saturação periférica de O₂ (SpO₂) uma variável importante tanto na avaliação como no treinamento realizado. **Objetivos:** Analisar as variações da SpO₂ durante os testes da avaliação inicial dos pacientes pneumopatas que participam do programa de reabilitação pulmonar da Universidade de Caxias do Sul. **Métodos:** Foram analisadas as variações da SpO₂ dos testes iniciais de oito pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que ingressaram no PRP. Os testes aplicados e descritos na sua maioria por RIKLI e JONES (1999) e ratificados pela escola de São Caetano do Sul (CELAFISC), são utilizados também para avaliação da população idosa. Os testes escolhidos foram: AVDs - levantar da cadeira em 30 segundos (sem o uso dos MsSs), equilíbrio estático unipodal (3 tentativas), levantar do solo no menor tempo (2 tentativas) e teste de subir escadas (quinze degraus); Neuromusculares - dinamometria de MsSs e 10 RMs (teste de resistência máxima adaptada para os pacientes com limitações (DPOC)). A avaliação da SpO₂ foi avaliada antes e após a aplicação dos testes iniciais. Portanto realizou-se uma análise intragrupo com avaliação das médias através da ferramenta estatística Excel. **Resultados:** As variações da SpO₂ na avaliação dos dois testes neuromusculares foram: Dinamometria de MsSs antes do teste, 0,93 ± 0,03 e após 0,93 ± 0,03 e testes de 10RMs: mesa extensora, sendo 0,92 ± 0,03 e 0,91 ± 0,03 após, remada 0,92 ± 0,01 e 0,91 ± 0,03 após, leg press na primeira mensuração foi de 0,91 ± 0,03 e após 0,89 ± 0,06, mesa flexora 0,92 ± 0,02 inicial e 0,91 ± 0,02 após. Para finalizar avaliou-se a voadora, sendo 0,91 ± 0,03 antes e 0,91 ± 0,03 após. Nessas avaliações foi excluída uma paciente devido à presença de limitações osteomusculares. Na mensuração dos testes de AVDs, o qual todos os pacientes participaram, foram encontrados no teste de levantar da cadeira em 30 segundos: 0,93 ± 0,03, antes e após 0,90 ± 0,03, no teste do equilíbrio estático encontrou-se inicialmente 0,90 ± 0,04 e após 0,91 ± 0,03. Nos testes de levantar do solo e subir escadas encontramos respectivamente: 0,92 ± 0,04 antes do teste e 0,89 ± 0,04 após, e

0,90 ± 0,04 na primeira mensuração e 0,89 ± 0,03 após a aplicação do teste. **Conclusão:** Conclui-se, através da análise das variações da SpO₂, que os testes escolhidos para a avaliação inicial, AVDs e força muscular, estão adequados para esse grupo de pacientes com DPOC, pois não provocaram uma queda brusca da saturação de oxigênio durante sua execução.

PO440 COMPARAÇÃO DO CONSUMO DE OXIGÊNIO POR ANÁLISE DIRETA DE GASES E TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM PACIENTES DE PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

Camassola AP¹, De Godoy DV², Lazzari A³, De Godoy RF⁴, Stedile NRA⁵, Michelli M⁶

1. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil; 2,3,4,5,6. UCS, Caxias do Sul, RS, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação pulmonar; Teste de função pulmonar

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos é um teste simples de fácil realização. Pode ser feito por qualquer profissional treinado, seja médico, educador físico, enfermeiro ou fisioterapeuta. Não requer equipamento de alta tecnologia, é simples e de baixo custo. A supervisão médica é necessária, dependendo da gravidade da doença de base e risco de intercorrências. Já o teste de esforço cardiopulmonar requer equipamento de análise direta de gases, ergômetro específico (esteira ou cicloergômetro), equipamento de monitorização eletrocardiográfica e de saturação de oxigênio (oximetria). É necessária equipe treinada e qualificada tornando-se um exame de alto custo. Uma equivalência entre um teste de consumo de oxigênio com análise direta de gases (TECR) com um teste que analise de forma indireta o consumo de oxigênio através da distância percorrida, favorece a avaliação e evolução de pacientes em reabilitação outros processos terapêuticos. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo comparar o consumo de oxigênio medido pela avaliação direta no TECR com a medida indireta do consumo de oxigênio realizada pelo TC6, em um grupo de pacientes de portadores de doença pulmonar crônica que ingressaram em um grupo de reabilitação pulmonar. **Métodos:** Foram avaliados 35 pacientes de um programa de reabilitação pulmonar no Instituto de Medicina do Esporte da Universidade de Caxias do Sul, no período de janeiro a outubro de 2004. Todos os pacientes do grupo eram submetidos a avaliação com Teste de Esforço Cardiopulmonar e no período de dois dias à uma semana eram submetidos ao Teste de Caminhada de 6 minutos. O TECP foi realizado em cicloergômetro Cateye[®] com um protocolo de 10W inicial, aumentando 5W a cada minuto até o término do teste O VO₂ máximo foi definido como o maior VO₂ obtido durante o teste. O teste de caminhada de seis minutos foi realizado em uma sala com superfície plana com 28 metros de comprimento, onde os pacientes caminhavam sobre uma pista definida de 20m de forma contínua. Foram seguidos os métodos de Guyatt et al para aplicação do teste. A equação utilizada para estimar o consumo de oxigênio a partir do teste de caminhada de seis minutos foi a sugerida por Cahalin: VO₂máx = 0,006 x distância (pés) + 3,38. Os dados sofreram análise através de correlação linear. **Resultados:** A correlação dos dois métodos revelou r² = 0,98. **Conclusão:** Houve importante correlação entre o consumo de oxigênio obtido pelo método de análise direta e pelo TC6min, em pacientes portadores de DPOC ingressantes em um programa de reabilitação pulmonar. Desta forma por ser um teste simples, o TC6min pode substituir a análise direta do consumo de oxigênio.

PO441 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM SALVADOR, BA

Camelier AA¹, Rosa FW², Santana RCS³, Neves MC⁴, Lemos ACM⁵

1,3,4,5. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 2. Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; Perfil epidemiológico; Tabaco

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela obstrução das vias aéreas que não é totalmente reversível e geralmente está associada ao tabagismo. Devido a sua alta prevalência, mortalidade e morbidade, a DPOC é considerada um problema de saúde pública mundial. Diversos estudos na literatura tem ressaltado a importância da descrição de aspectos clínicos e epidemiológicos de portadores de DPOC, devido à interferência com desfechos relevantes como mortalidade, alteração de função pulmonar, capacidade de exercício e também qualidade de vida relacionada à saúde. A caracterização dos portadores de DPOC em acompanhamento permite um melhor delineamento das prioridades de ações assistenciais de prevenção e tratamento, bem como para uma melhor orientação futura na condução de pesquisa clínica. **Objetivos:** Descrever perfil clínico-epidemiológico de pacientes com DPOC, atendidos no ambulatório de Pneumologia de um hospital público universitário da cidade de Salvador, Bahia. **Métodos:** Estudo descritivo, realizado de janeiro a julho de 2006, com uma amostra consecutiva, de conveniência, de pacientes com DPOC atendidos, no ambulatório de Pneumologia do Hospital Prof. Edgar Santos (HUPES)/ Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foram coletados dados secundários (prontuários). As variáveis analisadas foram: idade; gênero; profissão; altura; peso; índice de massa corpórea (IMC); poluição intra-extra-domiciliar; história tabágica; tipo de cigarro utilizado; estadiação da doença (VEF1, CVF, VEF1/CVF pós-BD); presença de co-morbidades. **Resultados:** 25,8%). 3,8% nunca fumaram e 81% eram ex-tabagistas. A carga tabágica média foi de 40,4 ± 29,5 anos/maço. Dos tabagistas e ex-tabagistas, 97% fumaram cigarro industrializado, 2% cachimbo e 1% cigarro de palha. Sete pacientes foram expostos a algum tipo de poluição, sendo, destes, 42,9% expostos a fôgão a lenha. 1,1L (89,8 0,7L (60,4 ± 24,2%) e a CVF 2,8 0,1. O VEF1 médio do grupo foi 1,5. Dos 119 pacientes atendidos no período, 65,5% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 66 ± 10,3 anos; e o IMC médio, de 23,5 ± 4,1kg/m². A VEF1/CVF em média foi de 0,5. **Conclusão:** Os pacientes com DPOC em acompanhamento neste ambulatório são moderados ou graves, eutróficos, e a maioria destes exposta ao tabaco. As características clínicas desta amostra se assemelham a de outros estudos ambulatoriais encontrados na literatura.

PO442 DOES THE ST GEORGE RESPIRATORY QUESTIONNAIRE PREDICT COPD HOSPITALIZATIONS

Arbex MA¹, Braga AF², Martins LC³, Pereira LAA⁴, Santos, LCO⁵, Ribeiro VV⁶, Gonçalves GC⁷
 1. Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2. Faculdade de Medicina Santo Amaro, UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 3. Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil; 4. Unisantos, Santos, SP, Brasil; 5,6,7. UNIP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; St. George Questionnaire; Hospitalização; Fatores de risco

Introdução: Patients with COPD may suffer recurrent exacerbations, with worsening of symptoms and reduction in lung function. Moreover, COPD exacerbations are associated with impaired quality of life, reduced survival, and high healthcare costs. The final and more severe step after an exacerbation is the patient hospitalization. Thus, preventing exacerbations is an important goal in the management of stable COPD. The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) has become one of the most widely used instruments for assessing health-related quality of life in respiratory patients and has been used extensively in descriptive and therapeutic evaluation studies. This questionnaire is a disease-specific instrument that contains 76 items in three subscales (symptoms, activity, and impact). **Objetivos:** Taking into account the limited knowledge on factors that can be used to predict COPD exacerbation we proposed the application of the questionnaire to identify risk factors for COPD patients that can lead to hospitalization. **Methods:** We developed a cross sectional interview-based study enrolling 50 patients with diagnosis of COPD according to the guidelines. Twenty-five of them were admitted in hospital wards due to acute COPD exacerbation and the other 25 patients presented stable COPD and were under ambulatory treatment. We used logistic single and multiple-variables regression models to identify the most relevant factors to predict hospitalization of COPD patients. Each item of the three domains of the questionnaire was assumed as an independent variable in the regression models, controlling for tobacco smoke. **Results:** The more relevant COPD hospital admissions predictors were the incapacity to move far from the bed or chair (OR 30.53, 95% CI: 3.31, 281.16), difficult to walk in the house (OR 9.3, 95% CI: 2.01, 43.15), impossibility to do household chores (OR 5.1, 95% CI: 1.02, 25.45), incapacity to go out for entertainment or recreation (OR 4.04, 95% CI: 1.05, 15.47), lung/respiratory medication does not help the patient very much (OR 3.87, 95% CI: 1.04, 14.39), and incapacity to go out of the house to do grocery shopping (OR 3.77, 95% CI: 1.03, 13.84). **Conclusion:** This study suggests that SGRQ may help to predict COPD hospital admissions, particularly in relation to activities and impact domains.

PO443 RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS

Sampaio Viana CM, Araújo Pinto RM, Morano MTAP, Cortez PC, Passos ET, Severino FG
 Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Programa de Reabilitação Pulmonar; Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória; Teste de caminhada de seis minutos

Introdução: Vários estudos conseguiram demonstrar a eficácia da reabilitação pulmonar em pacientes com doenças pulmonares crônicas, especialmente doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), melhorando a qualidade de vida desses e sua independência funcional. **Objetivos:** Demonstrar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em 13 pacientes com doenças pulmonares crônicas em relação à qualidade de vida, teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) e parâmetros funcionais (VEF1). **Métodos:** O programa de reabilitação pulmonar (PRP), tem duração de doze semanas, com três sessões semanais, envolvendo treinamento ergométrico supervisionado (bicicleta e esteira), exercícios para membros superiores e inferiores, atividades educacionais e de terapia ocupacional com tempo de 120 minutos por sessão. Os pacientes foram avaliados, antes e após o PRP, com espirometria, teste de caminhada de seis minutos (TC6M) e aplicação do questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) para avaliação de qualidade de vida. Na análise estatística foi utilizado o teste T de Student para comparação dos valores da espirometria, TC6M e escores do SGRQ. **Resultados:** Treze pacientes do PRP foram analisados, sendo a maioria do sexo masculino (69,3%), com idade média de 62 anos ($\pm 8,1$). O diagnóstico de DPOC foi o mais frequente (69,3%), seguidos por Fibrose Pulmonar Idiopática (7,6%), Bronquiectasia (7,6%), Sequela de Tuberculose Pulmonar (7,6%) e Bronquiolite Obliterante (7,6%). A média do TC6M foi de 390,23 ($\pm 156,45$) metros antes do PRP e de 489,3 ($\pm 198,46$) metros após o PRP ($p = 0,056$). O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) em litros obteve como média 0,89 ($\pm 0,38$) e 1 ($\pm 0,48$) e em percentual 31,1 e 42,58, antes e após o PRP, respectivamente. A média da capacidade vital forçada (CVF) em litros foi de 1,64 ($\pm 0,57$) e 1,74 ($\pm 0,57$) e em percentual de 50,07 ($\pm 14,31$) e 58,51 ($\pm 21,08$), antes e após o PRP, respectivamente. A média nos escores entre o SGRQ pré e pós o PRP, respectivamente, foi de: 67,05 ($\pm 8,91$) e de 57,71 ($\pm 16,95$) no Total ($p = 0,018$); 71,61 ($\pm 17,43$) e 53,47 ($\pm 25,74$) no escore Sintomas ($p = 0,003$); 78,20 ($\pm 9,61$) e 69,67 ($\pm 19,03$) no escore Atividades ($p = 0,082$); 59,63 (9) e 52,21 ($\pm 16,55$) no escore Impacto ($p = 0,085$). **Conclusão:** O PRP, nesta população analisada, contribuiu para melhoria da qualidade de vida, representada pela análise do SGRQ, especialmente nos escore total e de sintomas, com significância estatística. Em relação ao TC6M, houve aumento na distância percorrida, com tendência a significância estatística ($p = 0,056$). Os parâmetros espirométricos não obtiveram alterações significativas.

PO444 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DPOC E SUA SAUDE FÍSICA, MENTAL E FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Araújo Pinto RM¹, Holanda MA², Medeiros MMC³, Salani Mota RM⁴, Sampaio Viana CM⁵, Morano MTAP⁶, Pereira EDB⁷

1,2,3,4,7. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 5,6. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Qualidade de vida; Saúde física e mental

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença crônica e incapacitante que interfere na qualidade de vida dos pacientes. Uma das escalas bastante usadas J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

para medir qualidade de vida em DPOC é a escala de Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ). **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DPOC e correlacionar com SF-36 e quadro funcional. **Métodos:** Para avaliar a qualidade de vida foi aplicado o SGRQ, a saúde física e mental foi avaliada pelo SF-36 utilizando o componente físico e mental sumarizado dos oito domínios e o quadro funcional pela espirometria, gasometria e teste da caminhada dos 6 minutos. **Resultados:** Foram estudados 42 pacientes com média de idade 65,45 anos (71,4% masculino, 28,6% feminino). O escore global médio do SGRQ foi de 54% (DP = 22,7). Em todos os domínios, os escores mantiveram-se elevados, sendo os mais afetados Impacto, seguido de Sintomas e Atividades, com valores médios de 63,45% (DP = 24,51), 50,28% (DP = 25,6), 49,77% (DP = 25,08) respectivamente. O SGRQ mostrou-se negativamente e bem melhor correlacionado com o coeficiente físico do SF-36. Esta correlação foi estatisticamente significante ($r = -0,69$ $p < 0,001$). Também com o coeficiente mental houve uma correlação estatisticamente significante ($r = -0,37$ $p = 0,013$) A melhor correlação do SGRQ com parâmetros funcionais ocorreu com o VEF1, tanto em litros por segundo quanto pelo percentual do predito ($r = -0,500$ e $p = 0,001$; $r = -0,491$ e $p = 0,001$, respectivamente). **Conclusão:** A qualidade de vida dos pacientes com DPOC está comprometida e é influenciada pela saúde física e mental de seus pacientes e por uma espirometria alterada.

ASMA NO ADULTO

PO445 TIOTRÓPIO NO TRATAMENTO DA EXACERBAÇÃO DA ASMA PERENE MODERADA

Gomes FA

Clinica Privada, Varginha, MG, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Tiotrópio; Espirometria

Introdução: O Tiotrópio tem sido utilizado como broncodilatador no tratamento da DPOC. Poucas informações existem a respeito de seu uso na asma. **Objetivos:** Avaliar o efeito do tiotrópio em parâmetros espirométricos durante o tratamento da exacerbação da asma perene moderada. **Métodos:** 10 pacientes com exacerbação aguda de asma, entre os meses de Maio e Julho de 2006, foram tratados por 14 dias inicialmente com antibioticoterapia (40% quinolona e 10% macrolídeo), broncodilatador de longa duração associado ao corticoide inalatório (60% formoterol/budesonida e 10% salmeterol/fluticasona), corticoide sistêmico (prednisona 70%), antileucotrieno (Montelukast 50%), anti-histamínico (10%) e bloqueadores de bomba de prótons (esomeprazol 20%) em regime ambulatorial. Os pacientes tinham como características: \pm média de idade 57,4 \pm 16,8 anos, sexo masculino 30,0%, IgE total 487,9 \pm 540,4UI/ml. O tempo médio de exacerbação antes da realização da espirometria foi de 17,4 \pm 11,8 dias. Nenhum paciente tinha antecedentes de tabagismo. Foram então submetidos a provas de função pulmonar antes e após 15 minutos da utilização do tiotrópio como broncodilatador. A análise estatística dos resultados foi feita pelo teste T student. **Resultados:** A CVF foi de 85,8 \pm 7,9% p/ 90,0 \pm 11,2% com melhora de 4,8 \pm 7,2% ou 157 \pm 259ml ($p = 0,088$). O VEF1 foi de 74,3 \pm 12,1% para 81,1 \pm 15,8% com melhora de 8,9 \pm 12,1% ou 195 \pm 266ml ($p = 0,046$). O VEF1/CVF foi de 70,1 \pm 9,5% para 72,7 \pm 10,5% ($p = 0,216$). O FEF25-75% foi de 53,8 \pm 17,0% para 65,1 \pm 28,8% com melhora de 21,8 \pm 42,2% ($p = 0,176$). **Conclusão:** O Tiotrópio mostrou-se eficaz em aumentar o VEF1 durante exacerbação da asma perene moderada. Mais estudos deveriam ser realizados para verificar a importância clínica desta observação.

PO446 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ASMÁTICOS DO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Coutinho HM, Neto JB, Da Silva MC

Hospital Universitário - Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, SE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Epidemiologia; Perfil

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiper-reatividade brônquica e por limitação do fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma das doenças mais prevalentes, chegando a atingir cerca de 10% da população geral e a quarta causa de hospitalizações do SUS, correspondendo a 5 a 10% das mortes por causa respiratória nos países em desenvolvimento. **Objetivos:** Foi conhecer a epidemiologia dos pacientes asmáticos do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário de Sergipe, observar os fatores mais comuns desencadeantes das crises asmáticas, as comorbidades mais associadas, a gravidade da doença e o número de internamentos, e também relacionar as frequências das crises com o período do ano e a influência da asma na qualidade de vida dos pacientes e a adesão ao tratamento. **Métodos:** Fizemos um estudo transversal e prospectivo de 70 pacientes maiores de 13 anos portadores de doença asmática que passaram pelo ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário no período de 01/09/04 a 30/11/04. Foram excluídos os pacientes tabagistas, ex-tabagistas e os que não apresentavam prova de função pulmonar. Utilizamos um questionário com perguntas fechadas que abrangia diversas variáveis para atingir os nossos objetivos. **Resultados:** Do presente estudo, determinou-se que a maioria dos pacientes, 26% (18), encontrava-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos; sendo a maior parte do gênero feminino, 79% (55). De todos os pacientes, 37% (26) teve o início dos sintomas de asma na infância e 64% (45) relatou antecedente familiar de asma. A maioria tinha mais crises de asma no inverno, 56% (39) e relatou a fumaça de cigarro e a poeira como principais fatores desencadeantes dos sintomas de asma, 93% (65). A classe dos asmáticos persistentes graves foi a mais frequente, sendo registrada em 46% (32), seguido dos asmáticos persistentes moderados, 38% (27), dos asmáticos persistentes leves, 9% (06) e dos asmáticos intermitentes, 7% (5). A rinite foi a doença alérgica mais presente em nossos pacientes, 80% (56) e dentre as comorbidades encontradas, a hipertensão arterial foi a principal, 39% (27). A maioria relatou limitação das atividades, 72% (50), e internação prévia, 54% (38). Em relação à adesão ao tratamento, a

maior parte dos asmáticos usava regularmente a medicação, 67% (47), e 53% (37) usava corticóide inalatório. **Conclusão:** O gênero feminino foi o mais prevalente, a maioria dos pacientes teve o início dos sintomas na infância e a rinite foi a doença alérgica mais frequente associada à asma, concordando com a literatura brasileira. Por ser o nosso ambulatório referência no Estado, a maior parte dos pacientes pertenceu a classe dos persistentes graves e moderados, com grande limitações nas suas atividades, influenciando na qualidade de vida. Quase metade dos pacientes que tinha indicação de uso de corticóide inalatório regularmente não o utilizava.

PO447 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA BRÔNQUICA E MIASTENIA GRAVIS

Souza Machado A¹, Ponte EV², Cruz Filho AAS³

1. Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia (PROAR). FAMEB-UFBA, Salvador, BA, Brasil; 2.3. Programa de Controle de Asma e Rinite na Bahia. FAMEB-UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Miastenia gravis; Asfixia

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por produção de IL4 e IgE. Miastenia gravis (MG) é uma doença auto-imune incomum caracterizada por períodos de exacerbação e remissão de fraqueza muscular causada por anticorpos anti-receptor pós-sinápticos de acetilcolina na junção neuromuscular. O receptor de baixa afinidade de IgE (CD23) pode ser encontrado em doenças alérgicas e MG. Adicionalmente, tem sido relatada a associação entre doenças auto-imunes tais como mielite alérgica e doença intestinal inflamatória com doenças alérgicas e sintomas respiratórios. **Objetivos:** Relatar a associação entre asma persistente grave e miastenia gravis. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente 35 anos, feminina, negra com história de asma e rinite desde os 5 anos de idade. Há 7 anos apresentou infecção respiratória e exacerbação grave de asma necessitando de hospitalização, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Algumas semanas depois da alta hospitalar apresentou estridor laringeo e diagnóstico de estenose de traquéia. Há Manifestações clínicas de miastenia gravis (MG) surgiram 3 anos depois do episódio de asma quase fatal há 4 anos. Espirometria: exibiu obstrução grave aos fluxos sem resposta ao salbutamol 400mcg; parâmetros (% previsto): CVF 3,13L (105%), VEF1 2,69L (41%), FEF 25-75% 0,81L/min (26%). Curvas fluxo-volume mostraram achatamento das alças ins- e expiratórias consistentes com obstrução extratorácica fixa das vias aéreas. TC de tórax mostrou redução concêntrica do diâmetro da traquéia torácica superior. **Conclusão:** Embora rara, a associação entre Asma e MG pode coexistir em um mesmo paciente. Ambas, asma e MG podem exacerbar e em determinadas circunstâncias aumentar o risco de hospitalização, asfixia e morte nesta paciente.

PO448 ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE POR ETIOLOGIA PSICOGÊNICA - RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Araújo JS, Comelsen TC
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Asma grave; Dificil controle; Psicogênica

Introdução: Asma grave de difícil controle é definida como a falta de controle da doença apesar de usadas doses máximas dos fármacos inalatórios prescritos. Dentre as causas, encontra-se a asma psicogênica, sendo o seu diagnóstico de exclusão. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente portadora de asma grave de difícil controle de causa psicogênica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de uma paciente feminina de 29 anos, com quadro de asma grave de difícil controle com 7 anos de evolução, apresentando dispnéia aos pequenos esforços, tosse seca, sibilância e dispnéia paroxística noturna diária. Estava em uso de beclometasona inalatória 250µg (6X/dia), Fenoterol 200µg e nebulização com fenoterol e ipratrópio várias vezes ao dia, aminofilina 100mg 3X/dia e prednisona 40mg 3X/dia. Ao exame físico apresentava sibilância difusa, sem outras alterações. Prova de função pulmonar com distúrbio obstrutivo moderado, hiperinsuflação e alargamento de ar e estudo difusional sem alterações. Hemograma sem alterações significativas, IGE = 127, VHS = 11, Gasometria arterial (PH = 7,38, PO2 = 77, PCO2 = 27, HCO3 = 18, SatO2 = 95%). Rx tórax sem alterações. Tomografia de tórax com presença de bandas parenquimatosas em LSE sugestivas de fibrose. ECG e Ecocardiograma sem alterações. EDA sem alterações. Laringoscopia indireta normal. Avaliação da psiquiatria com diagnóstico de distúrbio de ansiedade grave, sendo iniciada medicação ansiolítica associada a psicoterapia, fechando-se, dessa forma o diagnóstico de asma psicogênica. Foram retirados: aminofilina, nebulizações, reduzida a dose de beclometasona para 500µg 2X/dia, mantido fenoterol 200µg de demanda e programada redução progressiva do corticóide oral, com plano de retirada completa do mesmo, com boa aceitação pela paciente e melhora do quadro clínico. **Conclusão:** Asma de causa psicogênica é uma das etiologias a serem investigadas em pacientes portadores de asma grave de difícil controle. Para se chegar ao diagnóstico desta condição, é necessário excluir todas as demais causas de asma grave de difícil controle. O tratamento deve ser realizado com a menor dose possível de corticóide inalatório, além de acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

PO449 ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE ASSOCIADA A SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS - RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, De Barros JA, Scussato DL, Hertz A
Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Asma grave; Dificil controle; Churg-Strauss

Introdução: A Síndrome de Churg-Strauss é uma vasculite de ocorrência rara, incidindo em 64/milhão de asmáticos/ano. Caracteriza-se por asma de difícil controle, eosinofilia tecidual e sérica, aumento IGE e acometimento extrapulmonar. O diagnóstico é baseado na presença de 4 dos 6 critérios do American College of Rheumatology (ACR) e o tratamento pautado sobretudo na terapia imunossupressora. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com asma grave de difícil controle, cuja etiologia é decorrente da síndrome de Churg-Strauss. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de uma paciente feminina de 38

anos com asma de difícil controle, rinite alérgica e doença do refluxo gastroesofágico (em uso de doses máximas de corticóide inalatório e β2-agonista de longa ação, pantoprazol 40mg e budesonida nasal 64µg), evoluindo 2 anos após com vasculite cutânea. Ao hemograma apresentava eosinofilia (26% - 2660), IgE = 2.020. Provas de atividade inflamatória aumentadas, provas de atividade reumática sem alterações. Perfil ANCA negativo. EDA com hérnia de hiato e esofagite distal grau I. Laringoscopia direta com sinais de laringite posterior. Prova de função pulmonar com distúrbio pulmonar obstrutivo leve e prova broncodilatadora positiva. Tomografia de tórax com opacidades e granularidades em lobos médio e inferior esquerdo de característica inflamatória, brônquios com paredes espessadas nas porções centrais dos pulmões com impactação mucóide no seu interior. Tomografia de seios da face com desvio de septo nasal para esquerda e pansinusopatia. Fibrobroncoscopia sem alterações. LBA com 600 leucócitos (70% polimorfonucleares). Biópsia transbrônquica com fragmentos de mucosa brônquica com metaplasia escamosa e áreas ulceradas contendo no córion proliferação celular atípica rica em eosinófilos. Imunohistoquímica compatível com inflamação aguda ulcerada com eosinófilos. Com a presença de 4 dos 6 critérios do ACR, firmamos o diagnóstico de Síndrome de Churg-Strauss e iniciou-se tratamento com imunossupressor (metotrexate 7,5mg/semana) apresentando, após 4 meses, melhora clínica do quadro respiratório e cutâneo. **Conclusão:** A Síndrome de Churg-Strauss é uma vasculite de ocorrência rara, relacionada a asma grave de difícil controle, sendo o seu diagnóstico baseado em critérios clínicos, radiológicos e histológicos, com necessidade de se preencher pelo menos 4 dos 6 critérios do ACR. O tratamento baseia-se na terapia imunossupressora, sendo a ciclofosfamida a droga de escolha, havendo a possibilidade de se utilizar outras drogas imunossupressoras.

PO450 INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE, DO SEXO E DA IDADE NAS INTERNAÇÕES POR CRISE ASMÁTICA

Neto AC¹, Talhari MAB², Bueno T³, Ferreira Filho OF⁴

1,3. Autarquia Municipal de Saúde, Londrina, PR, Brasil; 2,4. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Sazonalidade; Internações

Introdução: Os ciclos sazonais das crises de asma estão relatados em muitos países. As exacerbações ocorrem, principalmente, no outono e inverno, tal ocorrência, mais observada em crianças e mulheres. **Objetivos:** Determinar a influência das estações do ano, da idade e do sexo sobre as internações hospitalares por crise asmática na cidade de Londrina-PR. **Métodos:** Foi realizado um estudo de base populacional em que se avaliaram os prontuários de todos os pacientes internados, por crise asmática, no período de 2002 a 2005, cujos dados foram levantados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) na rede pública da cidade. Dessas, foram excluídos os moradores da zona rural. **Resultados:** Foram internados no período 1397 pacientes. A taxa de internação para os anos de 2002, 2003, 2004 e 2005 foi, respectivamente: 81, 96, 75 e 44/100.000 habitantes. Houve predomínio de internações de crianças menores de 12 anos (71,4%). De acordo com as estações do ano, a frequência de internações foi: outono = 39,2%, inverno = 26,3%, verão = 18,5% e primavera = 16,0%. Crianças e adolescentes foram internados, com maior frequência, no outono e inverno (OR = 1,45; IC95% = 1,11 - 1,88). Essa tendência diminuiu entre adultos e idosos. De maneira geral, não ocorreu diferença entre os sexos. Entretanto, quando estratificados por idade, houve predomínio do sexo masculino entre os jovens (p = 0,0000). **Conclusão:** A diminuição de internações por crise asmática, nos últimos anos, deve-se a uma melhor atuação das unidades de atenção primária na cidade de Londrina. Vários relatos na literatura mostram a influência do clima e da umidade do ar nas exacerbações do broncoespasmo, o que ocorre, principalmente no outono e no inverno. Mas, não se explica muito bem porque os jovens sofrem mais por essa influência. Alguns relatos apontam que, na idade adulta, as mulheres, quando comparadas aos homens, têm o dobro de chance de serem internadas. Tal fato é atribuído às influências hormonais, contudo seus mecanismos ainda não foram especificados.

PO451 IDENTIFICAÇÃO DE ABPA EM PACIENTE COM ASMA E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PREDISPONENTE

Siqueira Briglia MF¹, Briglia FS², Bezerra FC³, Fachinello C⁴, Andrade EO⁵, Carvalho RS⁶, Coelho MARC⁷, João GAP⁸

1,2,3,4,6,7,8. UFAM, Manaus, AM, Brasil; 5. FCECON/UEA, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma; ABPA; Aspergillus

Introdução: O *Aspergillus* é um fungo sapróbio, de distribuição geográfica universal, filamentosos, que produz esporos carreados no ar ambiente em todas as estações do ano. É comensal do trato respiratório superior humano, mas pode ser encontrado no solo, em detritos orgânicos em decomposição ou vegetais, sendo fácil a sua propagação. A ABPA é uma reação de hipersensibilidade aos antígenos do *Aspergillus* que afeta predominantemente doentes com asma ou fibrose cística (FC). Raramente é encontrada na ausência de asma, devendo ser investigada em todos os tipos de asma, de leve intermitente a grave. Sem predileção por sexo ou idade, tem na asma sua principal manifestação clínica. Tosse, expectoração espessa (tampão mucoso) e acastanhada, febre, anorexia, emagrecimento e dor torácica são queixas que podem estar associadas. O diagnóstico da ABPA é baseado na clínica, alterações laboratoriais e imagenológicas. **Objetivos:** Relato de caso de ABPA em portador de asma grave refratária ao tratamento e risco ocupacional (gari/podador de árvores). **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Identificação: M.E.S., 27 anos, Natural e Procedente Manaus - AM; QP: "Dor no coração e falta de ar"; HDA: Há 13 anos com dispnéia esporádica acompanhada de sibilância, que piorava com exercício, e melhorava com nebulização. Acompanhava o quadro tosse com expectoração espessa, relatando ainda cinco episódios de hemoptóicos, há 3 meses intensificação do quadro. HPP: Asma na infância; Bronquiectasias há 13 anos; Sinusopatia; Gastrite. HFA: Asma: Irmã, mãe. HEP: Gari; Podador de árvores há 2 anos; Ajudante de pedreiro esporadicamente. HPS: Tabagismo (16 maços/ano); Etilismo social; Não possui animais domésticos. Exame Físico: Sem baquetear-

mento digital; Acianótico; AR: MV com sibilos inspiratórios e expiratórios. TOMOGRAFIA DE TÓRAX Bronquiectasias císticas interessando lobo superior e segmento superior do lobo inferior do pulmão direito e região peri lobo esquerda, com espessamento pleural bilateral. Hemograma: Hct = 46,4 Eosinófilos 7% Linf = 37% Mono = 8% Dosagem de eletrólitos no suor = normal Dosagem de IgE Total 867KU/l Valor de referência = 140KU/l Eosinófilos + no escarro - Coloração Giemsa 7% Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo moderado/grave Conduta Prednisona: 60mg/dia na exacerbação Ciprofloxacina: 500mg de 12/12 horas. Broncodilatadores B2 de longa duração/corticóides tópicos de manutenção. Paciente evolui com melhora parcial do quadro respiratório, em follow up até a presente data. **Conclusão:** A gravidade da doença está relacionada com o desenvolvimento de asma corticóide dependente, aparecimento de bronquiectasias e progressão para fibrose pulmonar. O diagnóstico de ABPA e o início da terapêutica deve ser o mais precoce possível, uma vez que o atraso da sua instituição pode levar à instalação de lesões pulmonares irreversíveis. O tratamento é baseado na corticoterapia em fase aguda/exacerbação e o itraconazole é utilizado para prevenção das exacerbações.

PO452 TERMOPLASTIA BRÔNQUICA: PRIMEIRO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ASMA NA AMÉRICA LATINA

Rubin AS¹, Zelmanovitz S², Soares P³, Spanemberg L⁴, Pellegrin L⁵, Sánchez LB⁶, Guerreiro Cardoso PF⁷

1. Pavilhão Pereira Filho - Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,5. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil; 4,6,7. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Termoplastia brônquica; Fibrobroncoscopia

Introdução: Portadores de asma com episódios de broncoespasmo severo, mesmo em vigência de tratamento adequado, constituem-se em desafio terapêutico. A Termoplastia Brônquica (TB) é um procedimento broncoscópico que, através da geração e transmissão de calor, reduz a massa muscular das vias aéreas em asmáticos com o intuito de reduzir o broncoespasmo mediado pela contração da musculatura lisa. **Objetivos:** Examinar a segurança e eficácia da TB em paciente asmático durante o primeiro ano de acompanhamento após o tratamento. **Métodos:** Paciente masculino de 46 anos, portador de Asma Persistente Moderada, em tratamento com broncodilatador de longa duração e corticóide inalatório (CI) em doses padronizadas foi encaminhado para inclusão em protocolo multicêntrico de TB (ALAIR - Asthmactx Co). Apresentava VEF1 de 2,53 (69%) e cp20 de 0,57mg/ml e mesmo com a medicação adequada ainda persistia sintomático e com crises frequentes. **Resultados:** O paciente foi submetido a TB com o sistema ALAIR (cateter liberador de energia através de fibrobroncoscopia) em três sessões (lobo inferior direito, lobo inferior esquerdo e lobos superiores) com intervalo de 3 semanas entre cada aplicação. O tratamento ocorreu sem intercorrências, tendo alta após 4 horas de observação e com função pulmonar preservada. Em avaliação de 4,6 e 12 meses após a TB, quando o paciente estava utilizando apenas CI, o paciente apresentou os respectivos valores de VEF1: 2,85 (78%); 3,00 (82%) e 3,04 (83,5%). Não houve mudança significativa no cp 20. O paciente apresentou significativa melhora de sintomas, redução do uso de beta-2 de resgate e melhora no escore do questionário de Juniper de qualidade de vida. **Conclusão:** A Termoplastia Brônquica foi um procedimento seguro e bem tolerado pelo paciente, com significativa melhora clínica e funcional do decorrer do primeiro ano de seguimento após o tratamento. Este é o primeiro paciente tratado com Termoplastia Brônquica na América Latina e os resultados demonstram tratar-se de uma modalidade terapêutica promissora no controle e tratamento de sintomas em asmáticos severos.

PO453 AVALIAÇÃO DA TERAPÊUTICA DA ASMA ATRAVÉS DO ATAQ

Socorro de Lucena Cardoso MD, Espírito Santo, MVE, Arruda SLB, Mota FA, Mendonça LS, Amorim CPS, Melo TNB, Rodrigues RTL

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma e ATAQ; Terapêutica e controle; Comportamento do paciente

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada pela hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e limitação ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. Ocorrem cerca de 350 000 internações por ano no Brasil sendo causa importante de gastos com saúde, absenteísmo escolar, baixo rendimento físico e impacto psicossocial. E, por isso, a necessidade de um estudo avaliando vários indicadores que devem ser atentos na asma através do ATAQ - Asthma Therapy Assessment Questionnaire, em pacientes tratados em ambulatório. O acesso a informações e bom relacionamento com os pacientes podem contribuir para melhor controle da asma e atitudes em relação a doença. **Objetivos:** Analisar com base nos dados obtidos através do ATAQ os indicadores dos problemas potenciais nos cuidados da asma nas seguintes categorias: controle, barreiras ao conhecimento, comportamento e atitudes do paciente e restrições da comunicação médico-paciente. **Métodos:** Através do preenchimento do Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ) pelos próprios pacientes ou responsáveis sorteados - com idades entre 5-65 anos - foi realizado um estudo prospectivo, descritivo e qualitativo, entre os 314 pacientes incluídos no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) e tratados há pelo menos 6 (seis) meses no Ambulatório Araújo Lima, situado em Manaus - Amazonas. **Resultados:** O questionário serviu para demonstrar bom controle da asma sendo que 27 e 30% dos pacientes não havia utilizado medicamentos de alívio no último mês entre adultos e crianças, respectivamente; 84,7% tinham acesso as informações sobre a asma brônquica e se mantinham bastante esclarecidos a respeito da doença; 86% referiram bom comportamento e atitudes frente a própria doença e a relação médico-paciente era positiva em 79,6% dos pacientes entrevistados. Os resultados no questionário pediátrico revelaram melhores índices. **Conclusão:** Os resultados do questionário de avaliação terapêutica da asma serviram pra demonstrar que o bom comportamento e atitudes em relação a doença estavam diretamente relacionados a melhoria no acesso as informações e relação médico-paciente, levando ao controle mais eficaz da asma.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 322

PO454 PREVALÊNCIA DE RINITE ALÉRGICA EM PORTADORES DE ASMA GRAVE

Brandão HV¹, Junior IS², Alves LA³, Sarkis RA⁴, Machado AS⁵, Da Cruz AAS⁶

1,2,3,4. Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana, BA, Brasil; 5. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 6. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Rinite alérgica; Asma; Programa de controle da asma e rinite alérgica

Introdução: A asma e rinite alérgica constituem importantes problemas de saúde pública e estão frequentemente associadas, sugerindo o conceito de via aérea única e uma só doença, podendo manifestar-se de forma sincrônica ou sequencial. **Objetivos:** Determinar a prevalência de rinite alérgica em portadores de asma grave, acompanhados no centro de referência do Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica em Feira de Santana (ProAR-FS). **Métodos:** Análise dos dados obtidos de questionário padrão de 901 prontuários analisados e adultos com diagnóstico de asma, acompanhados no período de setembro de 2004 a outubro de 2005 e a verificação do diagnóstico de rinite alérgica caracterizada por dois ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, prurido, coriza e espirros, associada a asma em todas as suas formas e na forma grave. **Resultados:** Dos 901 prontuários analisados com diagnóstico de asma 576 (64%) foram crianças e 325(36%) adultos. A rinite alérgica esteve associada a asma em 612 (58%) pacientes. A asma grave correspondeu a 184 (20,42%) sendo (33,6%) crianças e 122 (66,3%) adultos; associada a rinite em 139 (76%) com 61(98%) na criança e 63 (51,6%) no adulto. **Conclusão:** A rinite alérgica tem alta prevalência nos portadores de asma com maior percentual na asma grave em crianças, evidenciando a importância do tratamento.

PO455 UTILIZAÇÃO E CUSTO DO ATENDIMENTO MÉDICO ANTES E APÓS UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA

De Oliveira MA¹, David YRN², Rodrigues de Almeida Santos SR³, Mutti A⁴, Soares SJ⁵, Fausto PR⁶, Furlan V⁷

1,2,3,4,5. TOTAL CARE-AMIL, São Paulo, SP, Brasil; 6. Hospital Paulistano, São Paulo, SP, Brasil; 7. TOTAL CARE, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Educação; Custos

Introdução: A educação é um dos tópicos fundamentais para o tratamento adequado da asma. Porém, sua implementação de forma rotineira, exige a formação e o treinamento de uma equipe que deve manter um modelo de atendimento que possa transmitir o conhecimento de forma clara e dinâmica. Avaliação da intervenção educacional deve ser feita para mensurar o sucesso do programa. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um programa de educação na frequência de visitas ao Pronto-socorro e hospitalizações e nos custos decorrentes antes e após 6 meses do programa. **Métodos:** 47 pacientes asmáticos (15 do sexo masculino) com idade média de 47 anos, participaram de um programa de educação composto de 3 sessões mensais onde era abordado o ABC da asma A) Fatores desencadeantes B) A correta associação de medicamentos e como utiliza-los e C) Como reconhecer que a asma não está controlada. A exposição era feita de com auxílio de diapositivos e folhetos e cada paciente era estimulado a relatar sua experiência para cada tema exposto. Em cada sessão era avaliado o PFE e o uso do dispositivo inalatório que o paciente fazia uso. Foram comparados a frequência de visitas ao PS e hospitalizações antes e seis meses após o programa, através do teste de wilcoxon. O custo foi mensurado através do custo médio de pacientes atendidos em um hospital privado durante 3 meses. O custo médio da visita ao PS e da hospitalização foi de R\$ 76,00 e R\$ 1.404,00, respectivamente. **Resultados:** O número médio de sessões de educação frequentadas pelos paciente foi de 2,09 sessões. O número de visitas ao PS e de hospitalizações antes e após seis meses foram de 2,66 versus 0,47; p = 0,000 e 0,77 versus 0,15; p = 0,000, respectivamente. O custo médio de visitas ao PS e hospitalizações antes e após 6 meses foi de R\$ 206,8 versus R\$ 34,16 e R\$ 1773,00 versus R\$ 315,00, respectivamente. **Conclusão:** Programas de educação aplicados de forma rotineira leva a redução da utilização dos serviços de emergência e das hospitalizações com redução dos custos médicos relacionados a asma.

PO456 RELAÇÃO ENTRE CONTROLE DA ASMA E ADESAO A PROGRAMA DE EDUCAÇÃO

De Oliveira MA¹, David YRN², Rodrigues de Almeida Santos SR³, Mutti A⁴, Soares SJ⁵, Fausto PR⁶, Furlan V⁷

1,2,3,4,5. TOTAL CARE-AMIL, São Paulo, SP, Brasil; 6. Hospital Paulistano, São Paulo, SP, Brasil; 7. TOTAL CARE, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Educação; Adesão

Introdução: A educação é um dos tópicos fundamentais para o tratamento adequado da asma. Entretanto, o sucesso destes programas depende de vários fatores incluindo adesão as sessões do programa de educação. **Objetivos:** Avaliar a associação entre questões sobre manejo e controle da asma e adesão as sessões do programa de educação. **Métodos:** 53 pacientes asmáticos (15 do sexo masculino) com idade média de 39 anos, que foram atendidos em um pronto-socorro foram entrevistados dentro de um mês após a alta. Os pacientes foram convidados a participar de sessões de um programa de educação em asma e responderam a um questionário padronizado com 6 questões: Hospitalizações prévias, seguimento com especialista, uso de corticóide inalatório, despertar noturno, sintomas diurnos interferindo em atividades sociais e falta no trabalho ou escola. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a adesão ao programa de educação e as respostas obtidas foram comparadas através do teste χ^2 . **Resultados:** 22 asmáticos participaram do programa de educação e 31 recusaram o convite. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação a número de hospitalizações, uso de corticóide inalatório, seguimento com especialista, sintomas diurnos e ausência no trabalho e na escola. Houve uma associação significante entre (p = 0,01) entre despertar noturno e adesão ao programa de educação. **Conclusão:** Pacientes com asma não controlada são mais aderentes a intervenções educacionais.

PO457 COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO ESPECÍFICO PARA ASMA (QL-EPM) E O QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM ASMA (AQLQ), RELAÇÃO COM CONTROLE DA ASMA

Godoy Fernandes AL, Santos LA, De Oliveira MA, Santoro IL
Pneumologia - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Qualidade de vida; Controle

Introdução: Instrumentos de avaliação da qualidade de vida são úteis na asma. **Objetivos:** 13 responderam ao Questionário Simplificado Específico para Asma (QL-EPM) e o Questionário de Qualidade de Vida em Asma (AQLQ). O controle da asma foi avaliado através do Questionário de Controle da Asma (ACQ). A relação entre os escores dos questionários foi comparada através da correlação de Pearson. **Objetivo:** Comparar o Questionário de Qualidade de Vida em Asma - AQLQ - descrito por Juniper e o Questionário Simplificado Específico da Asma (QL-EPM) e sua relação com o Questionário de Controle da Asma (ACQ) em uma amostra de pacientes com asma. 46 pacientes (idade = 48. **Métodos:** Em uma amostra de pacientes com asma foi aplicado o AQLQ e QL-EPM. O controle da asma foi avaliado através do Questionário de Controle da Asma (ACQ). A relação entre os escores dos questionários foi comparada através da correlação de Pearson. **Resultados:** 46 pacientes (idade = 48 ± 13) responderam ao Questionário Simplificado Específico para Asma (QL-EPM) e o Questionário de Qualidade de Vida em Asma (AQLQ). As correlações entre o escore global do AQLQ e do escore global do QV-EPM (QVG), limitação física (QVLF), frequência de sintomas (QVFS), limitação socioeconômica (QLSE) e psicossocial (QVPS). QVG QVLF QVFS QVSE QVPS AQLQ - .72 -.71 -.47 -.56 -.77 Os escores do ACQ mostraram correlação com ambos os questionários: AQLQ (r de -0.5 a -0.86) e QV-EPM (r de +0.36 to +0.65). **Conclusão:** Houve uma boa correlação entre os questionários AQLQ e QV-EPM. O AQLQ apresentou melhor correlação com os escores do ACQ do que o QV-EPM.

PO458 CONTROLE DA ASMA: COMPARAÇÃO ENTRE O QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA GENÉRICO (SF-36) E O QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO ESPECÍFICO PARA ASMA (QV-EPM)

De Oliveira MA¹, Godoy Fernandes AL², Faresin SM³, Santos MAC⁴

1,2. *Pneumologia-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil;* 3. *Pneumologia - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Asma; Qualidade de vida; Validação

Introdução: Instrumentos para avaliação da qualidade de vida são ferramentas necessárias para avaliação do impacto da asma na qualidade de vida. O emprego de questionários genéricos e específicos é necessário para avaliação das propriedades de cada ferramenta utilizada. **Objetivos:** Comparar as propriedades discriminativas do SF-36 em relação ao QV-EPM em pacientes com asma moderada estável em relação a não estável. **Métodos:** 63 pacientes completaram o questionário genérico (SF-36) e o específico (QV-EPM). O controle da doença foi definido pelos critérios do GINA através da frequência de sintomas, PFE e uso da medicação de resgate, nos últimos 7 dias. Número de hospitalizações, visitas ao PS e VEF1 foram comparados entre os dois grupos. O teste T foi aplicado para comparar pacientes estáveis em relação a pacientes com asma não estável. Correlação de Spearman foi aplicado para avaliar a relação entre os escores do SF-36 em relação ao QV-EPM. **Resultados:** Pacientes com asma não controlada apresentavam mais sintomas noturnos e diurnos e menor VEF1 (p = 0.000 e 0.03 respectivamente). Uma correlação moderada foi observada entre o QVG do QV-EPM e o domínio limitação física do SF-36 (r = -.532). O QV-EPM foi capaz de discriminar asma estável de não estável em todos os domínios (p = 0.000). O SF-36 foi capaz de discriminar em três de sete domínios (p = 0.009). O QV-EPM e os domínios do SF-36 que avaliam limitação física foram capazes de detectar alterações no controle da asma. O QV-EPM apresentou propriedades discriminativas superiores quando comparado ao SF-36.

PO459 VALIDAÇÃO DE ESCALA DE DISPNEIA DE 0 A 3 PONTOS PELA VARIABILIDADE DE VEF1 EM CRIANÇAS ASMÁTICAS

Caetano LB¹, Lima PB², Cabral ALB³, Santoro IL⁴, Godoy Fernandes AL⁵

1,2,4,5. *Pneumologia-UNIFESP, São Paulo, SP, Bélgica;* 3. *Hospital Darcy Vargas, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Asma; Dispneia; VEF1

Introdução: Escalas de dispneia são muito utilizadas para avaliação e monitorização do nível de broncoespasmo, entretanto o grau de percepção da obstrução pode variar. A escala de dispneia de 0-3 pontos é simples e comumente utilizada para medir os sintomas diários de asma em avaliação sistemática. **Objetivos:** Para avaliar a sensibilidade e especificidade da escala de dispneia de 0-3 pontos em predir a alteração do VEF1 durante teste bronco-provocativo pelo exercício (TBE). **Métodos:** crianças portadoras de asma moderada e grave, treinadas a preencher diário de sintomas de asma, foram submetidas ao TBE; o VEF1 foi medido antes e 5, 10 e 20 minutos após o exercício em cicloergômetro a 80% da frequência cardíaca máxima (protocolo padrão). Para cada VEF1 obtido a criança respondia o grau de dispneia de 0-3 baseado em escala visual relacionada a atividades de vida diária: 0 = sem sintomas de asma; 1 = leves; 2 = moderados e 3 = sintomas intensos. A escala de dispneia foi relacionada à % de variação do VEF1. O tempo em que se observou a maior queda do VEF1 foi selecionado e utilizado para variável de estratificação entre 10 e 15% de queda, para identificação do melhor ponto de corte na escala de dispneia de 0-3 pontos. **Resultados:** 142 crianças asmáticas forneceram 142 pares de VEF1 e Escore de dispneia para comparação. A tabela mostra o cálculo de sensibilidade e especificidade para cada corte de % de queda de VEF1 observada. A área sob a curva calculada através da ROC foi de 0,63 (IC 0.50-0.76) p = 0,04. % variação VEF1 Sensibilidade Especificidade 10% 0,63 0,67 11% 0,56 0,68 12% 0,56 0,70 13% 0,55 0,70 14% 0,52 0,72 15% 0,48 0,77. **Conclusão:** a escala de dispneia visual de 0-3 pontos tem boa sensibilidade e especificidade para detectar o broncoespasmo em crianças asmáticas durante TBE.

PO460 PNEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICAÇÃO DE ASMA AGUDA GRAVE

E Silva JF, Mendonça DL, Britto AC, Assis MM, Viegas CL
Hospital de Base - DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma grave; Pneumomediastino não-traumático; Complicações da crise asmática

Introdução: Pneumomediastino ocasionado por fatores não traumáticos, é uma situação clínica rara tendo incidência menor do que 0,5% quando associada à crise asmática. **Objetivos:** Descrever dois casos de pneumomediastino vivenciados nos últimos doze meses, em pacientes portadoras de asma. **Métodos:** Revisão de prontuários. Revisão de literatura. Discussão dos casos. **Resultados:** Caso 1 - Mulher de 21 anos, asmática há cinco anos, com tosse, chiado no peito e dispnéia há uma semana, apresentou dor torácica súbita que se estendeu para região cervical, ombros e braços, mostrando posteriormente edema cervical e de parede anterior do tórax, com crepitações à palpação. Radiografia de tórax evidenciando linhas radiotransparentes no subcutâneo e mediastino. Foi tratada com β_2 -agonista e oxigênio complementar em cateter nasal, com alta após 5 dias de internação. Caso 2 - Mulher de 24 anos, asmática desde criança, com tosse intensa há 5 dias, evoluindo para dor torácica retroesternal irradiando-se para região cervical em poucas horas e enfisema subcutâneo. Radiografia de tórax em perfil com presença de ar subesternal anteriormente ao coração. O tratamento consistiu de β_2 -agonista e oxigênio sob cateter nasal em baixo volume, com alta após 6 dias de internação. **Conclusão:** No curso de uma crise asmática aguda, o pneumomediastino é uma complicação possível, principalmente em jovens, conseqüente à distensão e ruptura alveolar e dissecação do interstício perivascular e peribrônquico, acompanhando-se muitas vezes de um severo enfisema subcutâneo, sendo recomendado um tratamento conservador com broncodilatadores para combater a doença básica e uso de oxigênio complementar.

PO461 PROVÁVEL DIAGNÓSTICO DE ASMA ATRAVÉS DE UM QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO REALIZADO NUM SHOPPING NA CIDADE DE MANAUS

Socorro de Lucena Cardoso MD, Karam MN, Karam RN, Espírito Santo, MVE, Rodrigues RTL, Tavares RB, Mota FA, Mendonça LS

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Diagnóstico; Asma; Sintomas

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade da árvore traqueobrônquica a uma variedade de estímulos, cujos principais sintomas são paroxismos de sibilância, dispnéia, desconforto torácico e tosse, limitando o fluxo aéreo. A população, carente de informações, muitas vezes, não suspeita que seus sintomas sejam decorrentes da asma o que torna a doença causa de inestimável sofrimento individual e familiar. **Objetivos:** Diagnosticar asma em população aleatória, sem o conhecimento prévio do diagnóstico da doença em um shopping center da cidade de Manaus. **Métodos:** Através do preenchimento do questionário "tenho asma" numa amostra não probabilística de conveniência (n = 50) na cidade de Manaus no dia nacional da asma, foi realizado um estudo de corte transversal. O questionário consistia de 8 perguntas referentes a sinais e sintomas, como tosse, chiara, falta de ar, aperto no peito associados a determinados fatores: ambientes empoeirados, sono e atividades físicas prejudicados, IVAS e mudança de clima. Após a entrevista, foi verificado o peak flow (pico de fluxo expiratório) em cada entrevistado. **Resultados:** Da população estudada, 90% (45) apresentaram alguma resposta afirmativa referentes às questões formuladas. Destes 24% tiveram peak flow alterado com variação de 35 a 78%, 38% já acordou subitamente à noite ou teve sono prejudicado pelos sintomas. 30% deles apresentaram os sintomas ao acordar. **Conclusão:** A implementação do questionário "tenho asma" na população demonstrou o quanto a asma é prevalente assim como, a desinformação da população referente ao reconhecimento dos sinais e sintomas da asma. Justifica-se portanto a aplicação de questionários semelhantes para um maior incremento no diagnóstico de pacientes.

PO462 PERDA FUNCIONAL ACENTUADA EM PACIENTE COM ASMA GRAVE E DISFUNÇÃO DE PREGAS VOCAIS DURANTE MANOBRAS ESPIROMÉTRICAS REPETIDAS

Aldegheri Paschoal FH, Medeiros Neto AH, Guanabara DM, Cukier A

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP - Disciplina de Pneumologia, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Esforço; Disfunção de pregas vocais

Introdução: Pacientes asmáticos freqüentemente apresentam algum grau de distúrbio ventilatório obstrutivo que se instala ou se agrava durante esforços espirométricos repetidos. O caso a seguir ilustra uma perda funcional acentuada e reprodutível (em torno de 1000ml em VEF1 e CVF) em paciente com asma grave e disfunção de pregas vocais entre esforços espirométricos seriados. **Objetivos:** Ilustrar piora funcional acentuada em paciente com asma grave e disfunção de pregas vocais durante esforços espirométricos repetidos. **Métodos:** Relato de caso a partir de revisão de prontuário. Exposição, por meio de tabelas e curvas fluxo-volume e volume-tempo, além de espirometrias seriadas, realizadas em diferentes oportunidades. Revisão da literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 44 anos, branca. História de sintomas obstrutivos (crises de dispnéia e sibilância) desde 10 anos de idade. Rinite alérgica moderada. Sintomas obstrutivos presentes aos moderados esforços a despeito do uso de formoterol 48mcg/dia e budesonida 1600mcg/dia em pó inalatório, além de budesonida nasal. Uso diário de salbutamol de demanda nos eventos desencadeados pelos esforços; uso freqüente de corticóide sistêmico. Ao exame físico inicial, paciente eupnéica, com ausculta pulmonar normal. Espirometria: perda de 1000ml tanto em VEF1 (variação de 40%) quanto em CVF (variação de 20%) entre as manobras inicial e final, mesmo com o uso de broncodilatador entre as medidas. Espirometrias seriadas, realizados em diferentes ocasiões, com ou sem uso de broncodilatador inalatório, confirmaram o achado inicial: registro

inicial normal tanto em valores absolutos e relativos quanto em morfologia de curvas, seguida, nas manobras seguintes, de prova com um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado e perda muito importante em volumes relativos e absolutos. **Conclusão:** Algum grau de perda funcional entre os esforços espirométricos é comum em pacientes com asma, em especial naqueles com asma induzida pelo esforço, mas em geral em intensidade menor do que a observada nesse caso. O distúrbio obstrutivo ocorre por uma hiperresponsividade das vias aéreas intermediárias e distais, desencadeada por resfriamento e desidratação dessas vias graças ao influxo de grandes volumes de ar seco e frio. Tal desidratação leva a uma hiperosmolaridade das células presentes na superfície das vias aéreas e a uma liberação de mediadores inflamatórios (prostaglandinas, leucotrienos e histamina) e conseqüente degranulação mastocitária, o que promove broncoconstrição e edema de vias aéreas. Nesse caso em particular, ressaltamos a intensidade da resposta ao esforço (perda de 1000ml - 40% em VEF1, em três manobras). A disfunção de pregas vocais presente pode ter acentuado essa perda funcional apesar da falta da morfologia típica de obstruções nessa situação, principalmente porque parte das manifestações dessa alteração ocorre principalmente durante manobras de hiperventilação.

PO463 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA EM UM AMBULATÓRIO ESCOLAR

Socorro de Lucena Cardoso MD, Martins RO, Karam RN, Carvalho VR, Martins HO, Karam MN, Espírito Santo, MVE, Arruda SLB
Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Asma; Educação

Introdução: A asma é uma doença de relevância mundial com taxas significativas de morbimortalidade. Mesmo com toda evolução na terapêutica, o controle da doença e melhor qualidade de vida são alcançados pela associação da educação continuada ao tratamento farmacológico. **Objetivos:** Esse estudo foi realizado com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com asma registrados no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) no Ambulatório Araújo Lima da Universidade Federal do Amazonas na cidade de Manaus - AM. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal por sorteio aleatório, o qual 30 indivíduos foram avaliados de um total de 314 pacientes do PACA com diagnóstico estabelecido de asma durante um ano de programa. Os instrumentos de investigação utilizados foram: questionário de qualidade de vida em asma (ACQ) com 32 questões que abrangem 4 domínios (limitação de atividades, sintomas, função emocional e estímulo ambiental), sendo que cada questão é respondida por meio de uma escala de 7 pontos. Não foi estabelecido teste-teste, uma vez que o conceito de qualidade de vida é mutável, dependendo das condições do momento de sua aplicação. **Resultados:** Dos 30 pacientes entrevistados, 36,67% eram do sexo masculino e 63,33% do sexo feminino. Distribuíram-se entre 6 e 60 anos. A avaliação da qualidade de vida revelou que os indivíduos apresentaram os seguintes valores para os domínios: 4,66 + 1,23 para limitação de atividades, 5,35 + 1,29 para sintomas, 5,12 + 1,28 para função emocional e 5,12 + 1,23 para estímulo ambiental. O escore total foi de 5,06 + 1,26. Esses resultados indicam qualidade de vida bastante favoráveis nos pacientes do PACA em relação a estudos com indivíduos com asma. **Conclusão:** A qualidade de vida foi satisfatória para os indivíduos com asma avaliados nesse estudo. O que demonstra que educação, controle e tratamento farmacológico são os pilares para uma boa terapêutica em asma.

PO464 PREVALÊNCIA DOS VÍRUS RESPIRATÓRIOS NA ASMA AGUDA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Tarso Roth Dalcin P¹, Garcia SB², Da Rocha ITM³, Menegotto DM⁴, Menna Barreto SS⁵, Zanonato A⁶, Soliman F⁷, Patrício MC⁸

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3, 6, 7, 8. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma aguda; Emergência; Vírus respiratórios

Introdução: As infecções virais do trato respiratório (IVTR) têm sido frequentemente identificadas em associação com asma aguda (AA) em crianças, porém poucos estudos têm mostrado resultados similares em adultos com asma. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de infecção viral na asma aguda em pacientes atendidos no setor de adultos do serviço de emergência (SE), comparando as características entre os grupos com amostras positivas e negativas para vírus respiratórios. **Métodos:** Estudo transversal de pacientes que se apresentaram com AA no setor de adultos do SE (idade igual ou maior que 12 anos) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um aspirado nasofaríngeo foi obtido para detecção de antígeno com a técnica de coloração de imunofluorescência indireta (vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza e parainfluenza tipo 1, 2, 3 e 4). Foram coletados dados referentes a características demográficas, medicações regulares, história médica progressiva, crise que levou à atual visita ao SE e desfechos da crise. **Resultados:** No período de março de 2004 a novembro de 2005, 111 pacientes foram examinados para IVTR. Foram identificados vírus respiratórios em 15 pacientes (8 com Adenovírus, 1 com RSV, 2 com Influenza A, e 4 com Parainfluenza tipo 1). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para índice de massa corporal (IMC) e febre no domicílio. 66% dos pacientes com IVTR apresentaram febre no domicílio, enquanto 27% dos pacientes sem infecção viral apresentaram febre no domicílio (p = 0,006). Não houve outra diferença significativa nas características clínicas, tempo de permanência e desfechos. **Conclusão:** Este estudo mostra uma prevalência de 13,5% de IVTR na AA em pacientes com idade igual ou maior que 12 anos atendidos na sala de emergência, confirmando a infecção viral como importante desencadeante nesta faixa etária. Dentre as características clínicas estudadas, febre no domicílio e IMC elevado, apresentam maior chance de identificação viral positiva.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO465 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DESENVOLVIDO NO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Socorro de Lucena Cardoso MD¹, Tavares RB², Karam RN³, Karam MN⁴, Arruda SLB⁵, Mota FA⁶, Espírito Santo MVE⁷, Mendonça LS⁸

1, 2. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 3, 4, 5, 6, 7, 8. Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Controle; Programa

Introdução: A asma é uma doença crônica que por sua evolução arrastada está sujeita a exacerbações imprevisíveis, podendo tornar-se fonte de angústia e sofrimento ao paciente e seus familiares. Sabe-se que o tratamento adequado é fundamental para que a doença não progrida, embora em muitos casos isto não seja possível devido a má aderência dos pacientes a medicação ou ao seu uso incorreto levando a uma piora da qualidade de vida. Em vista disso criou-se um programa de assistência e controle da asma (PACA) no ambulatório universitário Araújo Lima. **Objetivos:** Controlar e educar os pacientes asmáticos, bem como auxiliá-los a reconhecer seus sintomas, os fatores desencadeantes, saber evitá-los e garantir o melhor tratamento. **Métodos:** São incluídos no programa todos os asmáticos. Durante a sua avaliação serão realizados os seguintes procedimentos: exame clínico, mensuração do PFE e espirometria a fim de avaliar o grau de obstrução brônquica. Todos os dados serão coletados e armazenados em uma ficha de atendimento clínico. São elaboradas palestras educativas, vídeos e folders que visam esclarecer ao paciente o uso adequado da "bombinha", os fatores desencadeantes da crise, como evitá-las e agir durante sua vigência. **Resultados:** O PACA já comporta mais de 100 pacientes. Estes aderiram muito bem ao programa, freqüentando assiduamente os ambulatórios e as reuniões quinzenais destinadas a apresentação das medidas de controle, prevenção e cura da asma. Verificou-se também, a partir de um levantamento realizado, que o número de crises e internações hospitalares reduziu significativamente associado a uma melhora da qualidade de vida dos pacientes. **Conclusão:** O PACA é fundamental para o controle da asma, auxiliando em seu diagnóstico, controle, prevenção e tratamento, reduzindo a morbimortalidade desses pacientes. Além disso, contribui de forma significativa para o aprendizado e a realização de atividades destinadas a assistência da população.

PO466 IMPLEMENTAÇÃO DO TESTE DE CONTROLE DA ASMA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Socorro de Lucena Cardoso MD, Tavares RB, Melo TNB, Amorim CPS, Carvalho VR, Martins HO, Martins RO, Rodrigues RTL

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Controle; ACT

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores caracterizada pela hiperresponsividade das mesmas e pela limitação variável ao fluxo aéreo, sendo geralmente reversível, afetando até 10% da população. O tratamento inclui medidas educacionais sobre a exposição a alérgenos e outros desencadeantes específicos, fisioterapia respiratória e terapia medicamentosa. **Objetivos:** Implementar o teste de controle da asma (TCA) a fim de determinar o nível de controle da asma nos pacientes atendidos pelo programa de assistência e controle da asma (PACA). **Métodos:** Durante as consultas aos pacientes portadores de asma atendidos no PACA eram aplicados os TCA, sendo estes realizados somente naqueles pacientes acima de 12 anos com diagnóstico confirmado e em tratamento há pelo menos seis meses. Foram considerados fora do alvo de controle aqueles que obtinham uma pontuação < 20, controlados aqueles entre 20-24 pontos e excelentes, totalmente assintomáticos, os com 25 pontos. **Resultados:** Foram um total de 65 pacientes. Desse, 39 (60%) foram considerados controlados, enquanto 26 (40%) foram tidos como fora do alvo de controle. Dos 39 pacientes considerados controlados, 71,7% (28) foram considerados dentro do controle da doença e 28,2% (11) estavam muito bem controlados, totalmente assintomáticos. **Conclusão:** O teste de controle da asma é um teste simples, claro, muito fácil de ser aplicado e eficaz na determinação do nível de controle da asma. O resultado dos testes mostrou que a maioria dos pacientes do PACA (60%) estão com a doença sob controle, fora das crises e indiretamente reflete o excelente nível de aproveitamento dos pacientes no programa já que asma, embora seja uma doença com difíceis possibilidades de cura, o seu controle é possível com um correto esquema terapêutico associado à muita disciplina.

PO467 ELEVAÇÃO DA IGE SÉRICA E REATIVIDADE AO TESTE CUTÂNEO

Moreira MF¹, Perin C², Pereira RN³, Rizzatti MO⁴

1, 3. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2, 4. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; IGE; Teste cutâneo

Introdução: A asma muitas vezes está associada com IgE elevada e sensibilização a aeroalérgenos. A exposição continuada a fatores de risco provoca a elevação da IgE, sendo que altos níveis de antígenos no ambiente aumentam o risco de sensibilização. O prick test é uma técnica que dispomos para detectar sensibilização e parece ter boa correlação com a elevação da IgE. **Objetivos:** Determinar se pacientes com elevação marcada da IgE sérica total apresentam comportamento diferente na resposta laboratorial e nas manifestações clínicas em relação a pacientes com IgE menos elevadas. **Métodos:** Analisamos um grupo de pacientes submetidos ao prickteste utilizando alérgenos da FDA Allergen, no Serviço de Pneumologia do HCPA. Todos os pacientes foram testados para o dermatophagoides farinae, pteronyssinus e poeira doméstica. A reação à histamina foi considerada +++ e graduamos a reação aos alérgenos de negativa a +++++. O teste foi considerado positivo fraco de 1 a 3 cruzes, positivo forte 4 a 5 cruzes. A concentração da IgE sérica foi dividida em 2 níveis: abaixo de 1000UI (Grupo I) e acima de 1000UI (Grupo II). **Resultados:** O grupo total ficou formado por 168 pacientes asmáticos, com uma média de idade de 16 anos. O GI, constituído de 125 pacientes (69% acima dos 18 anos), apresentou uma IgE média de

724UI/ml. Neste grupo, 90% referiam sintomas nasais e 45% sintomas cutâneos. Os eosinófilos estavam elevados em 46% e 38% eram reatores fortes ao teste cutâneo. O GII, constituído de 43 pacientes (88% abaixo dos 18 anos), apresentou uma IgE média de 2173UI/ml. Neste grupo, 83% referiam sintomas nasais e 33% sintomas cutâneos. Os eosinófilos estavam elevados em 65% e 65% eram reatores fortes ao teste cutâneo. **Conclusão:** O Grupo com IgE acima de 1000UI/ml ficou constituído basicamente de crianças, apresentou maior reatividade ao teste cutâneo e maior elevação dos eosinófilos. Os aspectos clínicos não diferenciaram os grupos.

PO468 ATOPIA EM CRIANÇAS E ADULTOS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Moreira MF¹, Perin C², Pereira RN³, Rizzatti MO⁴

1,3. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,4. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Teste cutâneo; Atopia

Introdução: A presença de atopia é sempre investigada em pacientes com sintomas respiratórios. O teste cutâneo (TC) é um dos parâmetros utilizados na avaliação deste perfil. As crianças e adultos encaminhadas para o teste geralmente apresentam características diferentes. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico e laboratorial dos pacientes pediátricos e adultos, sintomáticos respiratórios, encaminhados para realização de testes cutâneos a antígenos inalatórios. **Métodos:** Analisamos uma amostra de pacientes submetidos ao TC no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A técnica utilizada foi do prick-teste, utilizando alérgenos da IPIASAC Brasil. Em todos os pacientes, testamos o dermatophagoides farinae, pteronyssinus e a poeira doméstica. A reação à histamina foi considerada +++ e graduamos a reação aos alérgenos de negativa a +++++. No momento do teste os pacientes foram submetidos a uma entrevista sobre queixas nasais, cutâneas, oculares e história familiar. A concentração da IgE sérica e a eosinofilia também foram avaliadas. **Resultados:** O grupo estudado ficou constituído de 173 pacientes, 121 abaixo de 17 anos (média de idade: 9 anos) e 52 acima (média de idade: 42 anos). No grupo I (crianças) encontramos asma em 98 pacientes (81%) e no grupo II (adultos) em 34 (65%). A história familiar foi similar nos dois grupos 86% no GI e 81% no GII. As queixas nasais, cutâneas e oculares foram 84%, 42% e 52% em GI e 69%, 31% e 61% em GII, respectivamente. A média da IgE no GI foi 1413UI e no GII 542UI ($p < 0,05$). O valor médio dos eosinófilos foi 663 no GI e 345 no GII ($p < 0,05$). O teste cutâneo foi positivo em 73% dos pacientes do GI e em 56% do GII ($p < 0,05$). **Conclusão:** Na amostra estudada, o perfil atópico mais acentuado do grupo infantil evidenciou-se no resultado dos exames laboratoriais. Na história clínica, apenas a presença de queixas nasais apresentou diferença significativa.

PO469 ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO VENTILATÓRIA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Moreira MF¹, Lucho MD², Valmorbidia MP³, Meotti CD⁴, Sehn L⁵, Benedetto IC⁶, Barcellos PT⁷, Vieira VG⁸

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Obesidade; Função pulmonar

Introdução: A prevalência de asma e obesidade está aumentando. Não há consenso quanto à relação causal entre essas duas doenças crônicas. Um índice de massa corporal (IMC) acima de 30 pode provocar redução da Capacidade Vital (CV). Alguns estudos sugerem que a asma seja incorretamente diagnosticada em muitos obesos, sendo que muitas vezes a dispnéia é decorrente do excesso de peso e não da hiperreatividade brônquica e obstrução ao fluxo aéreo. **Objetivos:** Avaliar a interferência da elevação do IMC na função ventilatória de pacientes do PEAA (Programa de Educação em Asma do Hospital de Clínicas de Porto Alegre). Analisar a influência do IMC na capacidade vital (CV) e no volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), em vários graus de distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO). **Métodos:** Estudo transversal em que analisamos pacientes adultos participantes do PEAA. Todos os pacientes realizaram espirometrias em equipamento da marca Jaeger. O peso e altura foram aferidos no momento da realização do exame. Classificamos como obesos os pacientes com IMC $> 30\text{Kg}/\text{m}^2$, sobrepeso com IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2 e peso normal ou baixo peso com IMC $< 25\text{kg}/\text{m}^2$. O grau de DVO foi classificado em leve, moderado e grave de acordo com as Diretrizes de Função Pulmonar de 2002. **Resultados:** Os 122 pacientes incluídos tinham uma média de idade de 45 anos, sendo 75% do sexo feminino, peso médio de 71kg, altura média de 1,59m, IMC médio de 28 Kg/m^2 , VEF1 de 2025ml, CV de 2978ml. Observamos que 66% dos pacientes tinham IMC maior do que 25 (39 obesos e 42 com sobrepeso). Apenas 18% dos pacientes com IMC acima 30 tinham DVO grave. Entre os pacientes obesos, 40% eram mulheres e 7% homens. O coeficiente da correlação IMC e CV foi: -0,18, indicando correlação negativa. Fraca ($p = 0,05$), havendo redução da CV com o aumento do IMC. O coeficiente da correlação entre IMC e VEF1 não foi significativo. **Conclusão:** Em nossa amostra de pacientes asmáticos, observamos alta prevalência de sobrepeso e obesidade, mas a gravidade do DVO nos pacientes com IMC elevado não diferiu dos pacientes com peso normal ou baixo. O parâmetro espirométrico mais influenciado pela elevação do IMC foi a Capacidade Vital.

PO470 ANÁLISE DO FLUXO AÉREO NA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA PARA ADULTOS DO HCPA (PEAA)

Moreira MF¹, Lucho MD², Valmorbidia MP³, Benedetto IC⁴, Silva DL⁵, Meotti CD⁶, Sehn L⁷, Vieira VG⁸

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Programa de Educação; Função pulmonar

Introdução: Os Programas de Educação em Asma tem como objetivo otimizar a qualidade de vida dos pacientes e a compreensão da doença. A melhora das condições ventilatórias nem sempre acompanha a melhora clínica. O PEAA, ativo desde 1999, tem como meta educar adultos asmáticos em relação ao entendimento e manejo de sua doença. **Objetivos:** Avaliar as

alterações das condições ventilatórias em um grupo de pacientes do PEAA. **Métodos:** Em uma amostra de pacientes, avaliamos: o VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo), o VEF1/CVF e a variação de VEF1 com o broncodilatador (BD) retirados de espirometrias realizadas antes do ingresso no programa, e após 12 meses de acompanhamento no PEAA, que inclui a participação em palestras e consultas. A intensidade do DVO (distúrbio ventilatório obstrutivo) foi classificada de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Função Pulmonar de 2002 em leve (DVOL), moderada (DVOM) e grave (DVOG). **Resultados:** O grupo de 42 pacientes (37 homens e 5 mulheres), com média de idade de 50 anos (± 14), apresentava 8 exames normais e 34 com DVO (17 leves, 9 moderados e 8 graves), na avaliação inicial. Na avaliação final tínhamos 14 exames normais e 28 com DVO (12 leves, 13 moderados e 3 graves). Na primeira espirometria: O valor médio do VEF1 foi 1711ml (+730) 63% do previsto, do VEF1/CVF foi 0,68 e a variação com o BD foi 255ml (± 200). Na espirometria final: o valor médio do VEF1 foi 1842ml (+681), 76% do previsto, o VEF1/CVF foi 0,69 e a variação com o BD foi 172ml (+206). Comparando os dois exames, observamos que o aumento do VEF1 e a redução da variação com o BD foram significativos ($p < 0,05$). **Conclusão:** Observamos melhora da função ventilatória nos pacientes do PEAA com aumento do VEF1 e redução da responsividade do BD. Mesmo nos casos com persistência da obstrução houve melhora no grau do DVO.

PO471 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ADULTOS EM ACOMPANHAMENTO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA DO HCPA

Moreira MF¹, Pires DO², Manfroi CB³, Pereira RN⁴, Rizzatti MO⁵, Barcellos PT⁶, Silva DL⁷, Vieira VG⁸

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Educação; Qualidade de vida

Introdução: Os Programas de Educação em Asma incluem a avaliação da qualidade de vida (QV) dos pacientes. Sendo este um parâmetro difícil de medir, diversos instrumentos foram propostos. O AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire-Juniper e Guyatt) é um questionário com 32 perguntas divididas em 4 áreas: Limitação das atividades (LA), Sintomas (S), Emocional (E) e Exposição a estímulos ambientais (A). Cada pergunta possui uma escala de 1 a 7, definindo-se como 1 a presença de limitações graves e 7 a ausência de impedimento. **Objetivos:** Estimar a variação na qualidade de vida dos pacientes que participaram do PEAA (programa de Educação e Assistência em Asma do Adulto) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O programa visa educar os pacientes no manejo da asma, através de acompanhamento ambulatorial e reuniões de grupo mensais. **Métodos:** Aplicamos o questionário aos pacientes que participaram do PEAA nos anos de 2002 a 2004, no momento da entrada no programa e após 6 a 8 meses de acompanhamento. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 31 pacientes, 4 homens e 27 mulheres, com idade média de 48 anos, que responderam as perguntas antes de iniciar o PEAA e após 6 a 8 meses. As classificações da asma foram divididas da seguinte forma: 1 paciente com asma intermitente, 15 com asma persistente leve, 7 com asma persistente moderada e 8 pacientes com asma persistente grave (Consenso Brasileiro de Asma 2002). Observamos que o escore geral médio da QV era 3,37 no início e 4,96 no final ($p < 0,001$), com uma variação média de 1,59. Em relação aos sintomas a média inicial foi 3,61 e final 5,20 ($p < 0,001$), com uma variação de 1,59. Na limitação das atividades, a média inicial foi 3,26 e final 4,77 ($p < 0,001$), com uma variação de - 1,50. Na área emocional a média inicial foi de 2,96 e final 5,16 ($p < 0,001$), com uma variação de 2,20. Na área ambiental, a média inicial foi de 3,45 e final 4,53 ($p < 0,001$), com uma variação de 1,08. Observou-se elevação significativa dos escores, empregando-se o teste t para amostras pareadas. **Conclusão:** Observamos uma melhora significativa dos escores em todas as áreas, o que indica uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, sugerindo uma absorção dos ensinamentos transmitidos no Programa, com maiores conhecimento e habilidade no manejo da sua doença.

PO472 REDUÇÃO DAS TAXAS DE HOSPITALIZAÇÃO POR ASMA EM SALVADOR (1998 A 2005) E O PROGRAMA PARA O CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA DA BAHIA (PROAR)

Souza Machado A¹, Souza-Machado C², Ponte EV³, Franco RNA⁴, Cruz Filho AAS⁵

1. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil; 2. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Professora da Faculdade de Enfermagem - UCSAL, Salvador, BA, Brasil; 3. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Doutorando do PPGMS - UFBA, Salvador, BA, Brasil; 4.5. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Hospitalização; Prevenção

Introdução: A asma é uma doença de elevada prevalência mundial. No Brasil, estima-se que 20% dos adolescentes apresentam sibilância. De acordo com o DATASUS (2005) a asma representa a quarta causa de hospitalização e terceiro maior custo do SUS dentre todas as doenças. O acompanhamento da evolução dos indicadores de saúde é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. A implantação de um programa local de controle de asma pode gerar impactos no sistema público de saúde. **Objetivos:** Identificar as taxas de hospitalizações devidas à asma no sistema de saúde público de Salvador registradas entre 1998 e 2005 e comparar com os mesmos indicadores em Recife que é outra região metropolitana de características populacionais, sociais e econômicas e de suporte à saúde semelhantes. **Métodos:** Estudo, observacional, de tendência temporal, retrospectivo. Foram coletadas na base de dados do DATASUS, a frequência de internações e calculadas as taxas de hospitalização por asma por 10.000 habitantes nos anos de 1998 a 2005, por local de residência, sexo e faixa etária em Salvador e em Recife. Após descrição dos dados, foi realizada análise de tendência de variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes valores com $p < 0,05$. **Resultados:** As taxas de hospitalização observadas foram 9,3/10.000 e 25,2/10.000 para Salvador e Recife, respectivamente, no período de 1998 a 2005. Observou-se redução das taxas de hospitalização em 5,5/10.000 (58%) em Salvador em comparação a 8,1/

10.000 (32,1%) em Recife de 1998 para 2005. A maior parcela da redução desta taxa: 4,9/10.000 (56%), foi observada em Salvador a partir de 2003, ocasião em que foi implantado um programa de controle da asma grave com dispensação gratuita de medicamentos (ProAR), enquanto que a redução em Recife foi de 4,8/10.000 (21,8%) no mesmo período. Houve decréscimo das taxas de hospitalização nas faixas etárias pediátricas e em adultos no município de Salvador. Esta tendência não foi observada na faixa etária maior do que 10 anos de idade na cidade do Recife. **Conclusão:** As taxas de hospitalizações por asma em Salvador e em Recife têm decrescido desde 1998, no entanto, esta tendência é mais acentuada em Salvador após 2003, quando foi observado declínio 3 vezes maior para a faixa etária superior a 10 anos de idade, em que há maior volume de atendimento no ProAR.

PO473 BÓCIO INTRATORÁCICO SIMULANDO ASMA

Braz AA, Carraro RM, Dias BA, Medeiros Neto AH, Ribeiro M, Stelmach R
HC-INCOR FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Bócio; Dispneia

Introdução: Bócio intratorácico é condição pouco freqüente, com incidência de 1:5000 pessoas, predomínio em mulheres após 45 anos. Sintomas incluem dispnéia (diâmetro traquéia < 8mm), tosse, disfagia e hipertireoidismo subclínico. **Objetivos:** Relatar um caso de bócio intratorácico como diagnóstico diferencial de asma. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e cirurgia de paciente acompanhado no ambulatório de Pneumologia; revisão da literatura. **Resultados:** Paciente M.C.A., 41 anos, feminino, auxiliar de limpeza; quadro de dispnéia, sibilância e tosse há 4 anos, sem relação com esforços, exposições ou temperatura ambiente. Em tratamento há 2 anos com Alenia 400/12ug 2x/dia e Clenil nasal 400ug/dia, sem melhora dos sintomas. Antecedentes: rinite alérgica e bócio atóxico há 7 anos, nunca fumou. Exames complementares: Radiografia do tórax: opacidade mediastinal superior. Função pulmonar com amputação final do fluxo expiratório. Broncoscopia: Subglote livre, porém na transição para a traquéia observa-se compressão extrínseca da parede anterior e abaulamento da parede posterior que impede a passagem do aparelho infantil (2,9mm). Submetida a tireoidectomia total por bócio mergulhante, evoluindo assintomática respiratória e com normalização da prova de função pulmonar. **Conclusão:** Lesões mediastinais podem levar a compressão de vias aéreas. O bócio intratorácico é responsável por 5-25% das massas mediastinais. O tratamento cirúrgico é de escolha, principalmente com sintomas obstrutivos; porém é indicado pois o bócio sub-esternal apresenta aumento progressivo, com progressiva dificuldade técnica cirúrgica, além do componente sub-esternal pode conter câncer e também devido ao risco de hemorragia e obstrução aguda vias aéreas.

PO474 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA) E DEFICIÊNCIA DE ALFA1-ANTITRIPSINA: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

Dias BA, Hovnanian ALD, Costa AN, Mendes DM, Fernandes CJC, Ribeiro M, Stelmach R, Cukier A

Disciplina de Pneumologia do INCOR/HC FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Aspergilose broncopulmonar alérgica; Asma; Deficiência de alfa-1 antitripsina

Introdução: A ABPA é uma doença de hipersensibilidade, subdiagnosticada, causada pela colonização das vias aéreas por um fungo, o *Aspergillus fumigatus*. Percentual razoável (7 a 14%) de asmáticos dependentes de corticosteróides sistêmicos atende aos critérios diagnósticos de ABPA, particularmente aqueles com bronquiectasias ou outras alterações estruturais de vias aéreas. A deficiência de Alfa1-antitripsina, uma causa rara de bronquiectasia, até o presente não foi descrita em associação com ABPA. **Objetivos:** Descrição de paciente portadora de asma de difícil controle, que teve diagnóstico de bronquiectasias, deficiência de Alfa1-antitripsina e ABPA. **Métodos:** Revisão de prontuário, exames de imagem e laboratoriais e revisão da literatura. **Resultados:** Relatamos o caso de paciente feminina, 42 anos, com história de asma desde a infância, com broncoespasmo recorrente e difícil controle a despeito do uso de broncodilatadores, corticosteróides inalatórios e sistêmicos. A investigação demonstrou deficiência de Alfa-1 antitripsina (56mg/dl - nl: 90 e 200), bronquiectasias císticas difusas predominantemente centrais, o que motivou a pesquisa de ABPA. Os exames iniciais, de 2002, mostraram prick-test positivo para *Aspergillus fumigatus*, escarro positivo para o mesmo, imunodifusão dupla e contraímunoelctroforese positivos para o agente, além eosinofilia de 800 células e imunoglobulina E (IgE) entre 571 e 4600UI/ml. No decorrer de 4 anos, e os títulos de IgE oscilaram em concordância com a estabilidade ou exacerbações do quadro obstrutivo. Embora fazendo uso persistente de corticosteróide sistêmico em doses variáveis, a paciente não obtinha bom controle clínico, mantendo dispnéia para moderados a pequenos esforços, tosse produtiva e hipoxemia perene (SpO2 89%). Dois meses após introdução de itraconazol 200mg/dia, houve importante melhora da dispnéia, redução da tosse e elevação da SpO2 para 98%, além de queda da IgE para 1430 (redução maior que 25%) e redução em 50% da dose de prednisona (20 para 10mg). A prova de função pulmonar manteve distúrbio ventilatório obstrutivo moderado. **Conclusão:** O caso ilustra: (i) a importância do diagnóstico diferencial de asma de difícil controle; (ii) o desenvolvimento de ABPA em paciente portadora de doença genética e estrutural das vias aéreas, associação esta sem descrição na literatura médica em língua inglesa; e (iii) a potencial eficácia de um agente antimicótico no tratamento de uma doença alérgica.

PO475 DURAÇÃO DO PERÍODO REFRACTÁRIO APÓS BRONCOPROVOCAÇÃO POR SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA NA ASMA

Ferraz E, Romão Pontes SM, Borges MC, Menezes MB, Terra Filho J, Vianna EO
Divisão de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Broncoprovocação; NaCl; Função pulmonar

Introdução: A hiperreatividade é uma das principais características da asma, sendo um estreitamento exagerado das vias aéreas em resposta a estímulos inespecíficos, que não causariam essa resposta em indivíduos normais. Dentre os métodos usualmente empregados J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

para avaliar a hiperreatividade, temos a broncoprovocação por solução salina hipertônica (SSH). Após um teste de broncoprovocação, segue-se um período refratário, durante o qual o paciente deixa de ser reativo ou passa a ser menos reativo. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é definir a duração de 48 horas do período refratário que se segue ao broncoespasmo induzido por soluções hipertônicas. **Métodos:** Quatorze pacientes (12 mulheres) com diagnóstico de asma, idade (média ± D.P.) de 35 ± 10 anos e VEF1 (%) 75,00 ± 8,83% foram submetidos a duas broncoprovocações com SSH com intervalo de 48 horas. O teste de broncoprovocação consistiu de inalações de NaCl 4,5% com durações crescentes, sendo cada uma o dobro da anterior (0,5, 1, 2, 4 e 8 min) até obter-se uma queda de 20% do VEF1 ou atingir-se o tempo total de inalação de 15,5 min. O aerosol foi gerado em temperatura ambiente por um nebulizador ultra-sônico DeVilbiss Ultraneb 2000 e inalado através de válvula unidirecional de 2 vias (Hans Rudolph 2700). **Resultados:** Não houve diferença entre o VEF1 basal das 2 broncoprovocações (2,27 ± 0,65 e 2,27 ± 0,69L, respectivamente, p = 0,90). Na primeira broncoprovocação, a mediana da dose de NaCl que provocou queda de 20% do VEF1 (PD20) foi de 5,31 (0,39-31,22)mL comparado com 8,33 (0,70-77,81)mL da segunda broncoprovocação, havendo uma diferença significativa entre os valores de PD20 (p = 0,0134). **Conclusão:** A resposta brônquica a soluções hipertônicas apresenta período refratário que dura 48 horas. O uso deste método em pesquisa ou avaliação diagnóstica deve levar em consideração esta característica, principalmente, quando testes repetidos são empregados.

PO476 ESTUDO CLÍNICO COMPARATIVO DO EFEITO ANTIINFLAMATÓRIO DO DEFLAZACORT E DA PREDNISONA EM EXACERBAÇÕES GRAVES DE ASMA

Jaques Steidle LJ, Hansen DAP, Kleveston T, Rocha CC, Ferreira S, Moritz P, Pizzichini MMM, Pizzichini E

UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Deflazacort; Prednisona

Introdução: Corticosteróides sistêmicos (CO) como a Prednisona (PDN) e a Prednisolona são recomendados no tratamento das exacerbações de asma. O deflazacort (DFZ), vem sendo utilizado em outras doenças inflamatórias como corticosteroide de eficácia clínica semelhante à da prednisona. **Objetivos:** Comparar os efeitos clínicos e antiinflamatórios do DFZ com aqueles da PDN, utilizados em doses equipotentes por uma semana, no tratamento de pacientes portadores de exacerbações graves de asma (EGA). **Métodos:** Ensaio clínico duplo cego, randomizado, de grupos paralelos onde os pacientes foram aleatoriamente alocados para receber doses de 45mg/dia/7dias de DFZ ou 30mg/dia por 7 dias de PDN. EGA foram definidas por: piora dos sintomas de asma com presença de despertares noturnos, e/ou aumento da necessidade do uso de broncodilatador de ação rápida (BDAR) e por um volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pós-broncodilatador inferior a 60% do previsto. Os desfechos foram avaliados antes e depois da intervenção terapêutica e incluíram: necessidade de BDAR (jatos/dia), escore do questionário de controle de asma (QCA), prova de função pulmonar (VEF1 em litros e percentual do previsto pós-BD) além da medida da atividade antiinflamatória através da eosinofilia do escarro induzido (EI) em 50 episódios de EGA. **Resultados:** Vinte e sete pacientes receberam DFZ e 23 receberam PDN. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de DFZ e da PDN, respectivamente, antes da intervenção (Dia 0) para: BDAR (6.6 versus 7.8 jatos/dia), escore do QCA (3.7 versus 3.3), VEF1 pós-BD litros (1.55 versus 1.80 litros) e percentual (50.2 versus 53.6% do previsto) além dos valores medianos de eosinófilos no EI (12.5 versus 27.0%). Houve melhora significativa em ambas as intervenções para os desfechos investigados no dia 7 respectivamente: uso de BDAR (3.65 versus 4.1 jatos/dia), escore do QCA (2.24 versus 1.91), VEF1 pós-BD litros (2.20 versus 2.38), VEF1 pós-BD % (69.5 versus 69.8) e eosinofilia no EI % (0.5 versus 1.0). Não houve diferenças significantes entre os efeitos dos tratamentos com DFZ ou com PDN respectivamente com relação ao uso de BDAR jatos/dia (-3.08 versus -3.62), escore do QCA (-1.47 versus -1.36), VEF1 pós-BD litros (0.64 versus 0.56), VEF1 pós-BD % (19.3 versus 16.26) e percentual de eosinófilos no EI (-25.3 versus -27.9%). **Conclusão:** DFZ e PDN são igualmente eficazes no tratamento das exacerbações graves de asma apresentando atividade antiinflamatória similar quando medida por seu efeito sobre a eosinofilia do escarro.

PO477 PERCEPÇÃO DA DISPNEIA EM PACIENTES COM ASMA

Reck CL¹, Kroth DAP², Fiterman J³

1,2. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Hospital da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Dispneia; Asma; Broncoprovocação

Introdução: A percepção da dispnéia em asmáticos tem uma origem multifatorial, embora o mais importante efeito pareça estar relacionado com a musculatura inspiratória e a hiperinsuflação pulmonar. A pobre percepção dos sintomas de asma causa um aumento do risco de exacerbação grave e asma fatal ou quase fatal. Portanto, é fundamental a identificação desses pacientes para que possam ser manejados com especial atenção. **Objetivos:** Determinar a frequência de percepção inadequada da obstrução de vias aéreas em pacientes com asma. **Métodos:** Foram estudados pacientes com história de asma e que se submeteram a broncoprovocação com metacolina no Laboratório de Função Pulmonar do Hospital da PUCRS. Os pacientes reportaram sua percepção da dispnéia antes e imediatamente após cada dose de metacolina (0.0625mg/ml, 0.25mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml e 16mg/ml) no teste de broncoprovocação, utilizando a Escala de Borg. Os pacientes que apresentavam o VEF1 basal menor do que 80% do previsto, foram questionados sobre a dispnéia, não sendo submetidos a broncoprovocação. Foi realizada análise descritiva dos dados e comparação de frequências. **Resultados:** Foram estudados 40 pacientes com asma (18-65 anos), masculinos (31%) e femininos (69%). A maioria dos pacientes (54%) percebeu imediatamente a obstrução da via aérea, mas 26% desses indivíduos não conseguiram identificar a broncoconstrição induzida pela metacolina (p 0.001). Estes achados não foram relacionados com o VEF1 basal. Não houve correlação significativa entre a % do previsto do VEF1 e

dispnéia (NS). Não houve correlação significativa entre a queda do VEF1 em relação ao basal e a dispnéia (NS). **Conclusão:** A maioria dos pacientes com asma consegue identificar mudanças na sua função pulmonar. Entretanto, uma grande proporção dos sujeitos apresenta baixa percepção da dispnéia. Estes dados reforçam a necessidade de medida objetiva da obstrução da via aérea em asmáticos moderados e graves.

PO478 FATORES RELACIONADOS A MAIOR GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO) EM SÃO LUÍS-MA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Ferreira ES, Coelho SJ, Leite AA, Lima ER, Reis JC, Bentivi JO, Vale CF

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Satisfação; Controle

Introdução: A asma é um distúrbio inflamatório crônico das vias aéreas, caracterizada por chiado, falta de ar, opressão torácica e tosse. Estima-se que mais de 10% da população brasileira tenha asma e que sua prevalência esteja aumentando cada vez mais. Por ter uma doença crônica, o indivíduo asmático necessita de acompanhamento médico regular e constante, e foi com este fim que o Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) foi criado há dez anos. Estudos revelam que a maioria dos pacientes asmáticos se diz satisfeita com o tratamento preconizado pelo seu médico, e que esta satisfação está intimamente relacionada ao melhor grau de controle da asma deste paciente. **Objetivos:** Avaliar os fatores que estão relacionados com o maior grau de satisfação do paciente atendido no PAPA. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Dos 214 pacientes avaliados, houve predomínio de asmáticos grau leve (51,4%), seguidos de moderada (27,1%) e grave (14%). A maioria dos pacientes tem menos de 3 anos de adesão ao programa (72%). Em relação ao controle, 55,1% dos pacientes acreditam que sua asma está bem controlada. Quanto à satisfação, 46,3% consideram sua situação excelente após início do tratamento no PAPA. Quando relacionados estes dados entre si, observa-se que dos pacientes com mais de 3 anos de adesão ao programa, 55,5% consideram excelente sua situação no PAPA contra 42,2% dos pacientes com menos de 3 anos. Analisando a gravidade da asma, 56,3%, 49,1%, 41,4% e 40,0% dos pacientes portadores de asma intermitente, leve, moderada e grave, respectivamente, consideram excelente a sua satisfação em relação ao tratamento. Em relação ao controle de asma, 75%, 48,3% e 37,5% dos pacientes com asma totalmente controlada, bem controlada e mal controlada (score ACT < 20), respectivamente, possuem grau de satisfação excelente. **Conclusão:** Um maior grau de satisfação dos pacientes asmáticos está diretamente ligado ao tempo de adesão ao programa, ao controle dos sintomas e inversamente relacionado à gravidade de sua doença.

PO479 TRATAMENTO DE ASMA AGUDA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE MANAUS-AM

Socorro de Lucena Cardoso MD¹, De Souza MLVD², Boechat AL³, Lima MAP⁴

1,2,3. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 4. Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Salbutamol; Emergência

Introdução: A crise de asma aguda é uma freqüente causa de consultas em serviços de emergência, com uma maior necessidade de atenção médica a adolescentes e adultos jovens. Sua prevalência tem aumentado nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, sendo a doença pulmonar crônica de maior impacto na saúde pública. **Objetivos:** Verificar a eficácia do uso de broncodilatadores inalatórios em pacientes com crise de asma aguda, através de sua evolução clínica e variação da taxa de pico de fluxo expiratório (PEF). **Métodos:** Baseou-se no atendimento de 60 pacientes em crise de asma aguda, atendidos em prontos-socorros de referência, divididos em dois grupos por faixa etária (15 a 35 anos e 36 a 55 anos), que tivessem o PEF no valor de < 60% do previsto. Foram excluídos: portadores de doenças pulmonares intersticiais crônicas ou outras doenças crônicas associadas. Todos os pacientes foram submetidos a doses repetidas de salbutamol (4 puffs), com intervalo de 30 minutos entre elas, com acoplamento de espaçador valvulado. O PEF foi mensurado pelo uso do aparelho de peak flow, em intervalos de 30 minutos, com início antes da primeira dose terapêutica. **Resultados:** Obteve-se uma prevalência do sexo feminino sobre o masculino, com 23/34 (67,7%) no grupo A e 16/26 (61,6%) no B, com significância estatística do sexo por grupo faixa etária, de acordo com o teste qui-quadrado, com correção de Yates ($p = 0,0020$). Quanto à evolução clínica, do total de pacientes 45/60 (75%) evoluíram de crise grave ou moderada para crise leve e 14/60 (23%) para assintomáticos, sendo que o grupo A apresentou mais assintomáticos que o B. Através do teste do qui-quadrado com a estratificação da evolução clínica antes x após, em ambos os grupos, encontrou-se uma significância de $X = 16,6259$ ($p = 0,0023$) e $X = 12,4442$ ($p = 0,0020$). Já a análise da taxa de variação do PEF mostrou que antes da medicação 30/60 (50%) pacientes tinham o valor do PEF < 30% do previsto, evoluindo para > 50% do previsto em 46/60 (76,6%) dos pacientes. O grupo A obteve melhor resposta que o grupo B, visto que este último teve uma maior taxa de prevalência no intervalo de 31% a 50% do PEF previsto. Estratificando-se os valores do PEF (em %) antes x após (PK1:PK2) a medicação, pôde-se visibilizar uma significância estatística em ambos os grupos, pelo teste do qui-quadrado (X , $X = 21,0435$ ($p = 0,0003$) e $X = 21,4561$ ($p = 0,0002$), respectivamente. **Conclusão:** Os resultados nos permitem concluir que houve uma melhora significativa da limitação do fluxo aéreo após o uso de broncodilatador por via inalatória em ambos os grupos, interagindo comprovadamente com dados da literatura que relatam a eficácia deste tipo de medicação no tratamento inicial da crise de asma aguda.

PO480 AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS E FUNCIONAIS NO DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA ASMA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO) EM SÃO LUÍS-MA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Freitas NS, Borges MC, Costa NM, Neiva RF, Reis JC, Bentivi JO, Costa AB

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Sintomas; Prova funcional

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hipersensibilidade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo. O diagnóstico e a classificação adequados da expressão clínica da asma permitem estabelecer planos de manejo mais efetivos a serem aplicados o mais precocemente possível com vistas em diminuir a morbimortalidade pela asma. **Objetivos:** Correlacionar o diagnóstico de asma brônquica com as manifestações clínicas e perfil espirométrico dos pacientes, na tentativa de identificar o valor de cada uma das variáveis no diagnóstico e classificação da asma. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento ao Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se critérios clínicos, uso de broncodilatador (BD) de alívio e parâmetros funcionais. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos, sendo o grupo 1 composto por pacientes com diagnóstico de asma intermitente ou persistente leve e o grupo 2 por pacientes com asma persistente moderada ou grave. **Resultados:** Havia 126 pacientes no grupo 1 e 88 no grupo 2. No grupo 1, 74,5% apresentavam sintomas uma vez ou menos na semana ou mais de uma vez por semana e menos de uma vez no dia, enquanto 71,6% dos pacientes do grupo 2 apresentavam sintomas diários contínuos ou não. As atividades habituais de 64,3% do grupo 1 eram, em geral, normais ou com faltas ocasionais ao trabalho ou à escola ou com limitação para grandes esforços, enquanto 83% do grupo 2 tinham atividades prejudicadas (sintomas ao exercício moderado) ou limitadas diariamente (faltas freqüentes ao trabalho ou à escola e sintomas com exercícios leves). No grupo 1, 56,8% dos pacientes tinham sintomas noturnos raros (2 vezes ou menos no mês) ou ocasionais (mais que 1 vez no mês e até 1 vez ou menos na semana), enquanto que, no grupo 2, 87,5% tinham sintomas noturnos mais de 1 vez na semana. O uso de BD de alívio era feito em 63,5% do grupo 1 menos de 2 vezes na semana e mais que 2 vezes na semana em 72,9% do grupo 2. No grupo 1, 59,5% tinham o PFE/VEF1 pré-BD maior ou igual a 80% do previsto contra 87,5% com PFE/VEF1 pré-BD entre 60% e 80% do previsto no grupo 2. **Conclusão:** De acordo com os dados obtidos nessa amostra, foi possível diagnosticar e classificar corretamente a asma com base em critérios clínicos isoladamente, na grande maioria dos casos. Isso diminuiria custos no diagnóstico da asma e proporcionaria mais rápido início de tratamento clínico eficaz. Apesar disso, o parâmetro funcional mostra adequadamente a situação clínica do paciente, não devendo portanto ser descartado na avaliação e seguimento do paciente asmático.

PO481 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA NOS PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Queiroz MA, Barbosa FG, Costa NM, Neiva RF, Feitosa MH, Souza DC, Gomes RE

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Controle; Tempo de adesão

Introdução: A asma é uma doença crônica altamente prevalente e com expressivos índices de morbidade. Apesar de todos os avanços científicos e do surgimento de medicamentos altamente eficazes, a doença continua aumentando sua prevalência e mortalidade, tendo em vista a inexistência de um programa assistencial efetivo. Visando organizar o atendimento a esses pacientes o Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD-UFMA) criou o Programa de Assistência do Paciente Asmático (PAPA), que atende atualmente todo estado do Maranhão com objetivo de melhorar o controle da asma e conseqüentemente a qualidade de vida de seus integrantes. **Objetivos:** Avaliar o controle da asma dos pacientes atendidos pelo PAPA relacionando com a classificação da asma, a medicação de uso atual e o tempo de permanência no programa. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro de Manejo da Asma, avaliando-se os sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** A maioria dos pacientes avaliados apresentou asma classificada como persistente leve (51,4%) seguida de moderada (27,1%) e grave (14%). 115 pacientes (55,1%) faziam uso de corticóide inalatório (CI) associado com BD de longa duração, 90 (42,1%) usavam CI isolado e 6 (2,8%) usavam apenas BD de alívio. Quanto ao tempo de permanência no programa, todos o integravam há mais de um ano sendo que 72% se encontravam na faixa de 1 a 3 anos de permanência e 7% há mais de 6 anos. Apenas 1 paciente (0,5%) não apresentou algum grau de controle. 134 pacientes (62,6%) apresentaram um bom controle da asma, estando 118 (55,1%) inclusos na categoria bem controlada e 16 (7,5%) na de total controle da asma. Relacionando o tempo de permanência no PAPA com o controle da doença verificou-se que a asma estava bem ou totalmente controlada em 61,7% dos pacientes que integravam o programa até 3 anos, 62,3% entre 3 e 6 anos e 73% há mais de 6 anos. A asma estava bem ou totalmente controlada em 84% dos pacientes que usavam apenas BD de alívio, 68,9% dos que usavam CI isolado e em apenas 56,8% dos usuários de CI mais BD de longa. **Conclusão:** Os pacientes integrantes do PAPA apresentam bom controle da asma e me-

lhoram o controle com o aumento do tempo de permanência no programa. Pacientes que fazem uso de CI mais BD longa duração apresentam menor taxa de controle, já que são pacientes com asma mais grave. Pacientes que apresentam asma intermitente ou persistente leve apresentam melhor controle da doença.

P0482 INFLUÊNCIA DO SEXO E IDADE NA GRAVIDADE DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO), SÃO LUÍS, MA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Barbosa FG, Freitas NS, Feitosa MH, Aranha EG, Ferreira ES, Souza DC, Coelho SJ
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Sexo; Idade

Introdução: A asma é uma patologia inflamatória crônica, na qual as vias aéreas inferiores sofrem limitação ao fluxo aéreo devido à hiperresponsividade brônquica. A prevalência de mulheres asmáticas é ligeiramente maior e com o aumento da idade observa-se um pior controle da doença. **Objetivos:** Avaliar a influência do sexo e tempo de participação de uma parcela dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra de São Luís-MA. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Analisando os dados obtidos, verificou-se que a maior parcela dos pacientes participantes do estudo possui asma persistente leve (51%), seguido de asma persistente moderada (27.1%) e persistente grave (14%). Ao estratificarmos os pacientes por idade, verificou-se que 64,5% dos pacientes acima de 60 anos (idosos) são portadores de asma moderada ou grave, enquanto os não-idosos (< 60 anos) apenas 37,2% o são. Quando se relaciona sexo e gravidade da asma, observa-se que há, no sexo feminino, um maior percentual de pacientes com asma persistente grave (15.9%), em relação ao sexo masculino, cujo percentual chega a apenas 8%. **Conclusão:** Na amostra estudada, a gravidade da asma esteve diretamente relacionada à idade mais avançada e ao sexo feminino.

P0483 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO) EM SÃO LUÍS-MA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Queiroz MA, Miranda ER, Cabral UV, Diógenes AC, Pinheiro MF, Viana AM, Souza VH
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Epidemiologia; PAPA

Introdução: A asma é considerada como uma das mais importantes doenças respiratórias. De características crônicas e reversíveis, atinge aproximadamente 10% da população brasileira constituindo-se a quarta causa de hospitalização pelo SUS. **Objetivos:** Geral: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes asmáticos com tratamento regular atendidos no PAPA de 1996 a 2006. Específico: a) identificar a prevalência quanto ao sexo e faixa etária; b) estratificar a asma quanto a classificação; c) verificar o tempo de tratamento, procedência e renda dos pacientes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 214 prontuários, com predomínio da doença no sexo feminino (76,6%). A idade média foi de 42,6 anos, variando de 13 a 92 anos. Houve um predomínio de asma leve (51,4%), seguido de moderada (27,1%), grave (14%) e intermitente (7,5%). A maior parte dos pacientes (72%) tem apenas 3 anos de tratamento. Pacientes oriundos da capital do Estado representam 79,4%, seguidos de 20,1% vindos do interior do Estado e apenas 0,5% de outros estados. A grande maioria 94,9% tem renda menor que 3 salários. **Conclusão:** A maioria dos pacientes que participa do PAPA são mulheres de meia-idade, procedentes da capital do Estado, de baixa renda, portadores de asma leve.

P0484 RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DO CONTROLE DOS PACIENTES ASMÁTICOS E CONTROLE CLÍNICO NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO), SÃO LUÍS-MA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Lima ER, Miranda ER, Cabral UV, Ribeiro IG, Barros AJ, Viana AM, Souza VH
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Percepção; Controle

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias respiratórias que se caracteriza pela hiperreatividade da árvore traqueobrônquica a inúmeros estímulos. O acompanhamento dos pacientes asmáticos deve ser feito com base nos sintomas (dispnéia, tosse e sibilância) e através dos testes de função pulmonar. Porém, medidas subjetivas e objetivas do controle da asma nem sempre se correlacionam. O questionário ACT (Asthma Control Test) é um método válido que pode ser usado para realizar o screening de pacientes portadores de asma com o objetivo de determinar se sua asma está sob controle. O ACT foi desenvolvido e validado pela Quality Metrics. As versões para pacientes adultos e pediátricos possuem 5 e 7 questões, respectivamente. O paciente responde as questões subjetivamente. Se o score for de 19 ou menos, existe aproximadamente 70% de chance de que sua asma não esteja sob controle, e uma investigação mais profunda deve ser realizada. **Objeti-**

vos: Avaliar a percepção do controle da asma dos pacientes atendidos no Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA) relacionando com sua classificação clínica. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Dos pacientes que se auto-avaliaram como não controlados ou mal controlados 61,5% apresentam score inferior à 15; aqueles que acham sua asma um pouco controlada 59% têm o somatório entre 16 e 20; pacientes que classificaram sua asma como bem controlada 60,6% apresentam score entre 21 e 24; no entanto, 39,4% dos pacientes que acham sua asma bem controlada estão na verdade mal controlados (score < 20). E os que relataram uma asma totalmente controlada apenas 53,3% mostraram somatório igual a 25. **Conclusão:** A relação entre a percepção pelos pacientes do controle da asma, e sua classificação clínica é, na maior parte das vezes equivalente. Contudo os dados também mostram que parcela considerável desses pacientes acham que sua asma está mais ou menos controlada que a realidade (hipoperceptores e hiperperceptores, respectivamente), principalmente os que relatam sua asma como totalmente controlada, em que quase a metade dos pacientes têm, na verdade, score inferior a 25 (neste caso hipoperceptores).

P0485 A ANÁLISE DO AR EXALADO CONDENSADO POR ESPECTOMETRIA DE MASSA E COMPARAÇÃO COM O ESCARRO INDUZIDO EM ASMÁTICOS LEVES E CONTROLES

Rodrigues MT¹, Gutierrez CA², Speck M³, Post M⁴, McClean P⁵, Silverman F⁶, Chapman KR⁷, Zamel N⁸, Balter M⁹

1,2,7,8. University of Toronto, Toronto, Canadá; 3,6. Gage Occupational and Environmental Health Unit, Toronto, Canadá; 4. Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá; 5. University Health Network, Toronto, Canadá; 9. Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá.

Palavras-chave: Ar condensado exalado; Monitorização não-invasiva; Escarro induzido

Introdução: O ar exalado condensado (EBC) é um método não-invasivo com potencial para coletar material das vias aéreas e pulmão. O escarro induzido (IS) tem sido utilizado para avaliar inflamação vias aéreas. Realizamos um estudo para testar a análise de marcadores inflamatórios lipídicos no EBC por espectometria de massa *multiple pass* (MS) e compararmos a facilidade de coleta e rendimento com o do escarro induzido. **Objetivos:** (a) Testar a análise de marcadores inflamatórios lipídicos no EBC por espectometria de massa *multiple pass* (MS); e (b) comparar a facilidade de coleta e rendimento com o do escarro induzido. **Métodos:** Estudamos 11 asmáticos leves, clinicamente estáveis e sem estarem utilizando corticosteróides, inalados ou não, por pelo menos três meses, e 9 controles. O preenchimento de um questionário médico foi seguido da coleta do ar condensado exalado através da ventilação em volume de ar corrente durante quinze minutos num tubo para coleta de EBC disponível comercialmente (Rtube), que foi imediatamente congelado após a coleta. Uma amostra de escarro induzido foi então coletada e processada imediatamente. **Resultados:** Foram estudados 9 homens e 11 mulheres. A idade variou entre 17 e 49 anos, com média de 29,5. Sete dos 11 asmáticos produziram uma amostra de escarro, enquanto 3/9 dos controles o fizeram. Uma amostra de EBC > 1ml foi coletada em 14 pacientes (asma 8, controle 6). Análise por MS detectou níveis de 6_Keto, TXB2, 8iso, PGF2, PGE2, PGD2, LXA4, 11_DHyTXB2, TRXA3, LTB4, PGJ2, TRXB3_cis, 5HETE, 8HETE, 9HETE, 11HETE, 12HETE, 15HETE, 5_6EET, 8_9EET, 11_12EET, 14_15EET, e AA, a maioria deles ligeiramente acima dos níveis de detecção. LXA4, 11HETE, 12HETE foram encontrados em maiores concentrações. Uma amostra de IS não foi produzida (em uma sessão) pela maioria dos controles e, entre os asmáticos, 7/11 produziram uma amostra analisável, cuja celularidade diferencial foi extremamente variável. **Conclusão:** Análise do EBC por MS pode ser utilizada para gerar perfis de marcadores inflamatórios lipídicos em pacientes com doenças respiratórias crônicas. EBC é fácil de coletar e o rendimento de amostragem é maior do que com o escarro induzido. Além disso, o EBC pode ser congelado e armazenado para posterior análise.

P0486 AVALIAÇÃO PSICOSSOMÁTICA DE UMA AMOSTRA POPULACIONAL DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PAPA

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Paiva JX, Oliveira AN, Lima ER, Freitas NS, Vale CF, Bentivi JO, Gomes RE
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Psicossomático; Avaliação

Introdução: Conviver com uma doença crônica é uma fonte de angústia e preocupação tanto para o paciente quanto para os seus familiares. A asma brônquica por se tratar de uma das doenças crônicas que mais afetam a vida de pacientes em todo o mundo, é um dos quadros que aparece quase sempre associada à doença psicossomática. **Objetivos:** Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes psiquiátricos da amostra; Identificar a presença de antecedentes psiquiátricos, pessoais e/ou familiares; Observar a incidência de transtornos mentais dos pacientes asmáticos; Comparar se há diferença significativa no número de pacientes asmáticos com comorbidades psicossomáticas sem programa de educação com pacientes já integrantes de um programa. **Métodos:** Dos 800 pacientes inscritos no PAPA, sorteou-se aleatoriamente 22% com n = 180 pacientes. Dividiram-se então os 180 pacientes em dois grupos, o primeiro grupo (G I) formado de 80 pacientes provenientes da comunidade com pelo menos seis meses de história clínica de asma, e que nunca tenham participado de um programa de educação, ou seja, aqueles pacientes considerados como de primeira vez no PAPA. E o segundo grupo (G II), sendo composto por 100 pacientes que já tinham participado no mínimo por seis meses do Programa. **Resultados:** Encontramos 14

(17,5%) pacientes com alguma comorbidade psiquiátrica no GI, e 11 (11%) no GTI. Não havendo, portanto significância estatística (qui-quadrado, $p = 0, 1$). Dos 180 pacientes estudados encontramos transtornos psiquiátricos em 25 pacientes com frequência de 14% aproximadamente. Sendo assim distribuídos: transtorno de humor (depressão) em 15 pacientes, transtorno de ansiedade em 11 pacientes e transtorno de pânico em cinco. Nos 25 pacientes com transtornos psiquiátricos têm-se a seguinte relação de diagnósticos específicos. Transtorno de ansiedade generalizado e depressão com seis (24%) pacientes, transtorno depressivo com quatro (16%) pacientes, transtorno de ansiedade generalizado com três (12%) pacientes, distúrbio do pânico com três (12%) pacientes, transtorno de humor afetivo orgânico com dois (8%) pacientes, distúrbio do pânico e depressão com dois (8%) pacientes, transtorno misto ansioso depressivo com dois (8%) pacientes, transtorno pós-traumático e episódio depressivo com dois (8%) pacientes e um (4%) paciente com transtorno de personalidade com instabilidade emocional. No presente estudo mais de 50% dos pacientes com transtornos psiquiátricos apresentou antecedentes pessoais e ou familiares de doenças psiquiátricas. **Conclusão:** Observou-se uma incidência semelhante de transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de Asma quando comparados à população em geral.

PO487 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INFLAMATÓRIAS DE ASMÁTICOS COM E SEM CRITÉRIO DE GRAVIDADE PELO SME

Santos, M.A.C, Amorim MM, Santoro IL, Faresin SM, Godoy Fernandes AL
Pneumologia-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; SME; Citologia

Introdução: Asmáticos com critérios de gravidade pelo SME, caracterizados por sintomas contínuos de asma, não fumantes, função pulmonar com VEF1 < 60% ou PFE 60% do previsto antes do broncodilatador, podem receber medicamentos pelo SME (distribuído gratuitamente pelo governo). **Objetivos:** Observar as características clínicas, funcionais e inflamatórias de asmáticos com e sem critério de gravidade pelo SME. **Métodos:** Asmáticos com critérios de gravidade pelo SME, foram comparados com pacientes sem critério para receber medicamento, quanto a idade, sexo, idade de aparecimento doença (id asma), número de visitas ao PS (vis Ps), hospitalização (hosp) e internação em UTI (uti), número de visitas ao ambulatório, número de exacerbações no último ano e duração da última exacerbação, presença de tosse, rinite, percepção de fatores desencadeantes, refluxo gastroesofágico, HAS e citologia de escarro, comparados através de teste t e qui-quadrado. **Resultados:** 45 pacientes, 27 com critério de asma grave (AG) e 18 com asma não grave (ANG). idade id asma n com vis Ps hosp dureza uti AG 40,8 + 12,7 12,4 + 10,2 5,3 + 2,1 6 + 4,3 1,6 + 2,3 4,9 + 6,5 1,4 + 3,3 ANG 42,7 + 14,3 16,0 + 14,5 4,4 + 1,4 0,2 + 0,5 1,6 + 2,7 2,1 + 2,9 0,3 + 1,2 sexo atopia rinite fat des rge HAS AG % 63 F 22,0 88,9 100 15 11 ANG % 68 F 27,8 83,3 100 11 39 n tot cel macrof neutrof linfoc eosinof AG mediana 275x103 20% 57% 54% 14% ANG mediana 750 x103 33% 60% 2% 3%. **Conclusão:** os parâmetros clínicos e de inflamação observados nos pacientes não diferiram entre os com e sem critério de gravidade pelo SME.

PO488 EFEITO DA POSIÇÃO CORPORAL SOBRE O FLUXO AÉREO EXPIRATÓRIO NA ASMA

Valença LM¹, Zembrzuski MMS², Junqueira RP³, Glass H⁴

1,2,3. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 4. Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Resistência de vias aéreas; Posição supina

Introdução: Um dos autores (LMV) observou que, no exame clínico, alguns pacientes com asma leve apresentam sibilos na posição deitada que desaparecem ao ser adotada a posição sentada. **Objetivos:** Testar a hipótese de que esse achado seria devido ao aumento da resistência das vias aéreas (Raw) que ocorre na posição supina, como foi verificado por outros autores em voluntários normais e em pacientes com insuficiência ventricular esquerda. **Métodos:** Pacientes que foram encaminhados para teste de função pulmonar com a indicação clínica de asma e que apresentaram VEF1 \geq 60% e FEF25-75 \leq 80% dos valores previstos realizaram espirometria em posições sentada e deitada antes da administração do broncodilatador. Estes pacientes foram divididos em dois grupos. O Grupo I incluiu os pacientes com VEF1 \geq 80% e o Grupo II pacientes com VEF1 igual a 60-79% dos valores de referência. O Grupo Controle foi constituído de estudantes de medicina e funcionários da Clínica Pneumológica que apresentavam espirometria basal normal. **Resultados:** Foi empregado o teste T pareado para análise de todos os dados. No Grupo Controle (n = 21) foi observado um FEF75 significativamente menor na posição deitada (sentado = 2,14 \pm 0,184; media \pm SE; deitado = 1,77 \pm 0,155, $p < 0,001$). Todos os outros valores medidos também foram menores na posição deitada, mas a diferença não atingiu significância estatística. No Grupo I (n = 19), todos os valores espirométricos foram significativamente menores na posição deitada: VEF1: 2,52 \pm 0,190 x 2,20 \pm 0,177 ($p < 0,001$); CVF: 3,16 \pm 0,229 x 2,96 \pm 0,219 ($p = 0,003$); pico de fluxo expiratório: 384,05 \pm 33,61 x 332,33 \pm 32,864 ($p < 0,001$); VEF11/CVF: 78,2 \pm 1,038 x 74,53 \pm 1,336 ($p = 0,001$); FEF25-75: 2,22 \pm 0,249 x 1,72 \pm 0,172 ($p = 0,001$); FEF50: 2,62 \pm 0,238 x 2,14 \pm 0,215 ($p = 0,001$) e FEF75: 0,912 \pm 0,986 x 0,695 \pm 0,0796 ($p < 0,001$). No Grupo II (n = 10) só o pico de fluxo expiratório (267,6 \pm 21,04 x 241,2 \pm 17,85; $p = 0,004$) e FEF25-75 (0,45 \pm 0,086 x 0,426 \pm 0,074; $p = 0,046$) foram significativamente menores na posição supina, ainda que todos os valores em supino fossem menores que os na posição sentada. **Conclusão:** Embora tanto os indivíduos normais como os pacientes com asma tenham revelado uma queda nos valores espirométricos na posição deitada, somente nos pacientes com asma leve (VEF1 \geq 80% e FEF 25-75 < 80%) a diferença foi estatisticamente significativa para todos os valores espirométricos medidos. Não está claro porque pacientes asmáticos com obstrução ventilatória leve aumentam significativamente a resistência de vias aéreas em posição supina. Estudos adicionais são necessários para melhor compreensão desses achados.

PO489 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ASMA ANTES E APÓS TRATAMENTO REGULAR

Maranhão AA¹, Carvalho SRS²

1. Prefeitura Municipal de Rio das Ostras, Rio das Ostras, RJ, Brasil; 2. Hospital Universitário Gafree e Guinle, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Função pulmonar; Tratamento

Introdução: A Asma é uma doença caracterizada por obstrução das vias aéreas decorrente de processo inflamatório crônico. O tratamento utilizando drogas antiinflamatórias associadas a broncodilatadores é atualmente o de escolha por sua alta eficácia. **Objetivos:** Avaliar a eficácia do tratamento de pacientes com asma com a associação formoterol 6mcg e budesonida 200mcg bid. **Métodos:** Método foram realizados exames de espirometria com determinação das curvas VT e FV nas fases pré e após início do tratamento com a associação formoterol e budesonida em um intervalo não inferior a 5 meses nem superior a 10 meses em um ambulatório de referência em Rio das Ostras - RJ. **Resultados:** Foram obtidas as médias das variáveis analisadas e em razão da natureza destas, para comparações utilizamos o teste T de student. Resultados a amostra foi composta de 26 pacientes (16F e 10M) com média de idade de 62,15 (26-76 anos). A tabela abaixo mostra os valores expressos pela média para as principais variáveis estudadas: Pre tto (x) Pos tto (x) p CVF% 66,9 75,5 0,00657206 S CVF 2,01 2,22 0,01553836 S VEF1% 50,7 58,45 0,00073316 S VEF1 1,18 1,32 0,00318683 S VEF1/CVF 57,3 58,4 0,00950867 S. **Conclusão:** Concluímos que a utilização regular da associação entre formoterol e budesonida mostrou-se altamente eficaz no tratamento da Asma, com melhora significativa da função pulmonar e de seus sintomas respiratórios associados a patologia.

PO490 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES DESENCADEANTES DE MANIFESTAÇÕES ASMÁTICAS EM UM AMBULATÓRIO DO PROGRAMA DE ASMA DO DISTRITO FEDERAL

Valença LM¹, Benevenuto G², Osterne TEC³, Vasconcelos AVP⁴, Coelho RS⁵, Aguiar JC⁶

1,2,3,4,5. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 6. Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Programa de atendimento ao paciente asmático; Fatores desencadeantes

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que afeta cerca de 7% da população do Distrito Federal. O custo social e financeiro da asma é alto, caracterizando-se pela necessidade de uso freqüente de medicações e por falta a aulas e ao trabalho, visitas a serviços de pronto socorro, internações hospitalares e, eventualmente, morte. O Programa de Atendimento ao Paciente Asmático no Distrito Federal foi instituído em março de 2000 com a finalidade de diminuir a morbidade causada pela asma, sendo criados ambulatórios de referência em diversas regionais de saúde. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi o de conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos em um desses ambulatórios, localizado no Centro de Saúde número 9, do Cruzeiro, no período de 1999 a 2005 e identificar os fatores desencadeantes da doença. **Métodos:** As informações contidas nas fichas de primeira consulta foram digitadas em um programa Epi Info™ versão 3.3 para posterior análise. De um total de 355 pacientes registrados com o diagnóstico de asma, estabelecido por meio de dados clínicos e medida do pico de fluxo expiratório, 280 (78,9%) encontravam-se com os prontuários acessíveis para consulta. **Resultados:** A maioria dos pacientes atendidos era do sexo feminino (53,9%). A idade variou de 2 a 86 anos, sendo que 35,9% eram crianças com até 14 anos. No tocante à ocupação, 46,8% declararam ser estudantes. Os fatores desencadeantes de asma mais freqüentes, por indicação dos próprios pacientes, foram: poeira (66,9%), clima (65,1%), gripe (61,5%), mofo (54,2%), fumo (47,3%), odores fortes (43,6%) e exercícios (33,2%). **Conclusão:** Como os agentes desencadeantes são sabidamente importantes na patogenia da asma, a instituição de medidas de controle para vários dos fatores identificados poderá reduzir a quantidade de medicamentos necessários para o controle da asma, tornando o tratamento mais eficaz e diminuindo a morbidade da doença.

PO491 PERFIL CLÍNICO E ESPIROMÉTRICO DE PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE ASMA BRÔNQUICA ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Silva MN, Reis JC, Chaves NV, Aranha EG, Cabral AP, Pinheiro MF, Leite AA

UFMA, São Luis, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Espirometria; Idoso

Introdução: A dificuldade de diagnóstico da asma no idoso tem levado cada vez mais ao tratamento inadequado da doença, diminuindo a qualidade de vida e piorando cada vez mais a função pulmonar desses pacientes. **Objetivos:** Demonstrar características epidemiológicas e espirométricas de pacientes idosos atendidos nos Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo que analisou 374 fichas de classificação e caracterização clínica utilizada durante a primeira consulta dos pacientes no PAPA para separação e identificação dos pacientes com idade superior a 65 anos. Como critério de inclusão foram necessárias 3 consultas e diagnóstico de asma confirmado por médico pneumologista. Foram analisados: frequência de sintomas diurnos e noturnos, duração das crises, necessidade de hospitalização nos 6 meses anteriores ao primeiro atendimento e ainda a frequência de ida ao Pronto Socorro no mês anterior à consulta. Além disso, observou-se a presença de sintomas rinosinusais. Foram ainda analisados VEF1, PFE e índice de Tiffeneau para classificação da obstrução pulmonar. **Resultados:** 69 pacientes eram idosos (18%). O índice de Tiffeneau confirmou distúrbio ventilatório obstrutivo em 100% dos pacientes. 43% dos pacientes possuíam obstrução grave pelo PFE e 52% também foram considerados graves pelo VEF1. A maioria dos pacientes apresentava sintomas noturnos mais que 2 vezes por semana (66%). 62,5% dos pacientes apresentava sintomas diários

e 37,5% mais que duas vezes por semana. A duração das crises relatada foi que 49,5% duravam dias e 37,5% meses e apenas 13% horas. 58% dos pacientes necessitaram ir ao Pronto Socorro e 59% deles tinham história de hospitalização prévia. A maioria dos pacientes apresentava sintomas rinosinusais habituais, 56,5%. **Conclusão:** A maioria dos pacientes idosos asmáticos é grave, daí a importância de um diagnóstico preciso para manejo adequado da doença, melhorando assim a qualidade de vida desses pacientes.

PO492 AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES ASMÁTICOS COM ATENDIMENTO REGULAR MENSAL X ATENDIMENTO TRIMESTRAL

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Souza MT, Santos, A.B.S, Ferreira ES, Coelho SJ, Feitosa MSC, Gomes RE, Cabral UV
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Atendimento regular; Atendimento trimestral

Introdução: A avaliação e monitorização dos pacientes asmáticos deve ser feita clinicamente - observando-se sinais e sintomas, qualidade de vida, história e exacerbação da asma, farmacoterapia utilizada - e, também, funcionalmente, através da prova de função pulmonar. **Objetivos:** Analisar as diferenças clínicas entre os pacientes atendidos mensalmente e àqueles atendidos trimestralmente no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Foi realizado entre julho de 2003 e abril de 2004 um estudo prospectivo do tipo coorte. Foram selecionados 85 pacientes sem uso prévio de corticóide inalatório para cada grupo (G1 mensal; G2 - trimestral). Pacientes que faltaram as consultas marcadas foram automaticamente excluídos do trabalho. **Resultados:** Ao final, tivemos 81 (95,29%) pacientes no G1 e 76 (89,41%) no G2, perfazendo um total de 157 pacientes. Destes, 117 (74,52%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 45,68 ± 15,65 anos. Os grupos G1 e G2 foram divididos em 4 subgrupos de acordo com a expressão clínica inicial (GA - intermitente; GB persistente leve; Gc - persistente moderado; GD - persistente grave) e, então, comparados no 3° e no 6° mês de seguimento. Nos subgrupos Gs observamos que no 3° mês houve diferença significativa entre eles ($p < 0,05$), nas variáveis referentes ao uso correto da medicação ($p < 0,001$) e frequência dos sintomas noturnos ($p = 0,002$), sendo que esta última permaneceu no 6° mês ($p = 0,017$). Nos subgrupos Gc, no 3° mês houve diferença apenas no uso correto da medicação ($p < 0,001$) e no 6° mês os subgrupos foram equivalentes estatisticamente. Nos subgrupos GD não houve diferença significativa em nenhuma das variáveis estudadas. **Conclusão:** O conhecimento das diferenças clínicas nestes pacientes é importante para traçarmos estratégias no manejo da asma.

PO493 ENFISEMA SUBCUTÂNEO DECORRENTE DE CRISE AGUDA DE ASMA: RELATO DE CASO DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Sousa Silva N, Abreu AP, Dal Ri AJ, Da Gama RF, Lima AH, Sousa ALGB, Araújo JV
Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Enfisema subcutâneo; Complicações

Introdução: O escape de ar para o tecido subcutâneo é uma ocorrência frequente após injúria severa, especialmente aquelas da parede torácicas. As causas não traumáticas como tosse incessante, asma e ruptura traqueal espontânea são menos comuns. Em ambos os casos a conduta é em geral expectante por ser uma condição autolimitada e de rápida resolução. **Objetivos:** Revisar a literatura sobre as complicações menos comuns da asma tendo em vista que afeta um grande número de pessoas, e tem apresentado, nas últimas décadas, um acréscimo de 50% em sua prevalência. **Métodos:** Levantamento bibliográfico nos bancos de dados eletrônicos. Realizou-se também pesquisa manual, entre as referências bibliográficas dos trabalhos selecionados. **Resultados:** Relata-se um caso de asma, em paciente de 24 anos, que após quadro gripal iniciou crise de broncoespasmo acompanhada de tosse produtiva persistente, incapacitante, culminando com dor torácica. Após nebulização com broncodilatador em posto de saúde recebeu alta com melhora clínica. No dia seguinte evoluiu com sensação de aperto ao engolir e crepitações em regiões cervical e torácica. Encaminhada ao pronto atendimento do Hospital Geral de Roraima, aonde foi admitida em bom estado geral, eupnéica, com enfisema subcutâneo em regiões cervical e torácica, apresentando auscultação pulmonar com sibilos difusos. Foi adotada tratamento para crise aguda de asma e conduta expectante para o enfisema subcutâneo, tendo o mesmo regredido durante a internação. **Conclusão:** O Enfisema Subcutâneo é resultado de qualquer processo que permita a entrada de ar para o tecido subcutâneo. As causas mais comuns são decorrentes de processos traumáticos, sobretudo aqueles que ocasionam pneumotórax e pneumomediastino. Dentre as causas não traumáticas, encontra-se a tosse incessante, podendo esta surgir na crise asmática. Uma das teorias sobre o mecanismo de formação do enfisema subcutâneo é o de que a tosse excessiva e prolongada resulta em um aumento da pressão intrapulmonar, causando ruptura de alvéolos cujas paredes apresentam-se afinadas em consequência da asma, com subsequente escape de ar para o tecido subpleural. A conduta no Enfisema Subcutâneo é expectante, uma vez que é um processo autolimitado e regride em poucas semanas. Raramente causa compressão da traquéia pelo ar no tecido mole adjacente, requerendo nestes casos intervenção cirúrgica.

PO494 PREVALÊNCIA DE BRONQUIECTASIA EM PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Abrantes FC, Barros AJ, Costa AB, Costa NM, Aranha EG, Feitosa MH, Ribeiro IG
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiectasia; Asma; Hiperresponsividade

Introdução: A bronquiectasia é uma doença rara nos países desenvolvidos e apresenta incidência elevada nos países em desenvolvimento, pois está relacionada com infecções na infância e na fase adulta, tendo grande destaque a tuberculose. **Objetivos:** O presente estudo pretende determinar a prevalência de bronquiectasia em pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

Dutra. Métodos: A pesquisa inclui 23 (vinte e três) prontuários-fichas de pacientes com diagnóstico de bronquiectasia de um total de 800 (oitocentos) atendidos no PAPA. Foram coletados dados sobre sexo, idade, estado nutricional, hábitos de vida, presença de comorbidades; sintomatologia, método de diagnóstico, terapêutica e etiologia da doença. **Resultados:** Foi verificada uma prevalência de 2,8% de bronquiectasia na amostra utilizada. O grupo estudado foi constituído de 18 (dezoito) mulheres (78,2%) e 5 (cinco) homens (21,7%), com uma idade predominante acima de 50 (cinquenta) anos. Constatou-se que a principal etiologia da doença foi a tuberculose pulmonar, encontrada em 20, (vinte) pacientes, o que equivale a 86,9%. Os principais sintomas encontrados foram tosse com expectoração, dispnéia e chiado (100% dos casos), hemoptise (em 69,5%), infecção respiratória de repetição (43,4% dos casos) e dor torácica (em 34,7%). O principal método de diagnóstico foi a tomografia computadorizada do tórax. A principal comorbidade foi asma, encontrada em 14 (catorze) pacientes, o equivalente a 60,8% da amostra estudada. O principal distúrbio respiratório verificado foi o padrão obstrutivo. **Conclusão:** A bronquiectasia mostrou-se mais frequente em homens de idade acima de 50 anos que tiveram. Tuberculose pulmonar constituiu a etiologia mais prevalente. O padrão respiratório mais verificado foi o obstrutivo, sugerindo surgimento de hiperresponsividade brônquica após instalada bronquiectasia.

PO495 CASO CLÍNICO: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE OU RESISTÊNCIA A CORTICÓIDE

Costa AN¹, De Carvalho Ferreira Bussamra MH², Ribeiro M³, Cukier A⁴, Stelmach R⁵

1. HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. ICR-HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 3,4,5. INCOR-HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma refratária; Resistência corticóide; Asma grave

Introdução: Asma Refratária é uma doença incomum (menos que 5% casos) e ainda pouco compreendida que possui grande impacto econômico (50% gastos em asma) e na qualidade de vida dos doentes. Entre os diagnósticos diferenciais estão a fibrose cística, aspergilose broncopulmonar alérgica, disfunção de corda vocal e resistência aos corticosteróides. **Objetivos:** Relatar um caso de asma refratária aos esteróides. **Métodos:** Descrição de caso clínico de paciente ambulatorial da Disciplina de Pneumologia e Pneumopediatria - InCor/ Instituto da Criança-HC-FMUSP. **Resultados:** ACRO, 12anos, sexo feminino, com história de dispnéia e sibilância de início há 11 anos. Tratada desde a infância como portadora de asma, nunca apresentou bom controle clínico dos sintomas diários a despeito do uso adequado de corticóides inalatórios em associação a B2 agonista de longa duração, além de inibidor leucotrieno. Investigada, apresenta radiografia de tórax normal e tomografia com espessamento brônquico sem aprisionamento aéreo, prova de função pulmonar completa com distúrbio ventilatório moderado com resposta a broncodilatador e broncoprovocação com hiperreatividade grave. Índice pondero-estatural normal, sem sinais clínicos de Sd. Cushing. Laboratorialmente, Na/Cl suor e pilocarpina normais, alfa1 antitripsina e hemograma normais com IgE 823 (PPF negativo) e presença de 25% eosinófilos no escarro. Cortisol plasmático normal e sequenciamento genético de receptor de glicocorticóide sem alteração. Feita hipótese diagnóstica de asma resistente aos corticosteróides, iniciado tratamento com doses altas de prednisona (2mg/kg/d) e salmeterol/fluticasona (200/1000mcg/d) com melhora parcial dos sintomas e diminuição das exacerbações, porém sem normalizar a prova de função pulmonar. **Conclusão:** Pacientes com asma refratária geralmente falham ao normalizar a função pulmonar com uso de corticóides. Hipóteses para a fisiopatologia da asma refratária incluem resposta Th2 exacerbada, infiltração neutrofilica pouco responsiva a corticóides, remodelamento por alteração na musculatura lisa das vias aéreas, extensão do acometimento inflamatório para pequenas vias aéreas e asma resistente aos esteróides. Resistência completa é rara e teste terapêutico com altas doses de prednisona (20 a 40mg/d por até 14 dias) define essa condição. O esteio do tratamento da asma refratária é o uso de altas doses de corticóides inalatórios em associação a B2 agonistas de longa duração, com alguns estudos autorizando o uso de inibidores de leucotrieno nesta população. Mais recentemente, parece promissor o uso de anticorpo monoclonal anti-IgE.

PO496 PARADOXO NO CUSTO DO ATENDIMENTO DA CRISE DE ASMA

Godoy Fernandes AL, Godoy Fernandes AL, Santos, M.A.C, Caetano LB, Amorim MM, De Oliveira MA, Faresin SM, Santoro IL
Pneumologia-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Custo; Crise

Introdução: Os custos de atendimento de asma na emergência representam importante parcela do custo total dispendido pelos seguradoras e serviços públicos de saúde. A análise dos custos pode nos fazer entender, se a população tem sido tratada de maneira adequada. **Objetivos:** Analisar o custo de atendimento da crise de asma em pacientes com e sem uso regular de medicação antiinflamatória para asma. **Métodos:** Pacientes atendidos no PS de Hospital de convênio com diagnóstico de crise de asma foram entrevistados sobre o uso de medicação para asma no mês anterior e obtido o custo do atendimento na sala de emergência que incluía: custo da consulta médica, medicação utilizada no atendimento e exames complementares. **Resultados:** Incluímos 45 pacientes com crise de asma, atendidos na emergência, com idade média de 34 ± 17 anos; sendo 28 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Destes pacientes, 29 (64,4%) usavam medicação de forma irregular e 16 (35,6%) usavam medicação de manutenção regularmente. A mediana de custo de atendimento foi de R\$ 59,96 para os pacientes que não usavam medicação regular, R\$ 65,39 para os que usavam somente broncodilatador inalatório, R\$ 192,50 para os que usavam broncodilatador associado à corticóide inalatório e R\$ 123,23 para os que usavam corticóide oral. **Conclusão:** Os pacientes que usavam medicação de forma regular tinham paradoxalmente custos mais elevados na crise. A única explicação possível é que uma parte dos pacientes incluídos como crise de asma, não tinham o diagnóstico correto melhorando rapidamente após uma inalação, enquanto que usavam tratamento regular eram asmáticos mais graves e que exigiram um tratamento mais prolongado da crise.

PO497 REFRATARIEDADE À SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA REDUZ A PIORA FUNCIONAL NA ASMA NOTURNA

Borges MC, Ferraz E, Terra Filho J, Vianna EO

Divisão de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Broncoprovocação; Salina hipertônica; Asma noturna

Introdução: Estímulos broncoconstritores, como solução salina hipertônica (SSH), são frequentemente utilizados para avaliação da responsividade brônquica. A inalação seqüencial de SSH reduz a resposta broncoconstritora, sendo este fenômeno denominado refratariedade. Previamente, demonstramos que o período refratário à SSH dura, pelo menos, 10 horas. **Objetivos:** Neste estudo, avaliamos o efeito do período refratário à SSH na asma noturna. **Métodos:** Treze voluntários com asma noturna foram submetidos à broncoprovocação com SSH às 16:00h e 5:00h e à avaliação do VEF1 às 4:00h, na mesma noite (dia estudo). Com intervalo de uma semana, foram submetidos à inalação com solução salina isotônica às 16:00h e à avaliação do VEF1 às 4:00h, na mesma noite (dia controle). Os dias estudo e controle foram randomizados. A fim de avaliar a refratariedade, foi determinada e comparada a dose provocadora de uma queda de 20% (PD20SSH) do VEF1 às 16:00h e 18:00h no dia estudo. Para avaliar o efeito da refratariedade na asma noturna, foi determinada e comparada a variação do VEF1 entre 16:00h e 4:00h nos dias controle e estudo. **Resultados:** A média da PD20SSH às 18:00h foi significativamente maior que às 16:00h, $10,86 \pm 14,30\text{mg}$ e $5,56 \pm 6,86\text{mg}$, respectivamente ($p = 0,0024$). Nos voluntários que apresentaram refratariedade, a média de queda do VEF1 no dia estudo foi $137 \pm 369\text{mL}$ ou $7,33 \pm 16,15\%$ e no dia controle, $506 \pm 332\text{mL}$ ou $21,55 \pm 15,82\%$. A piora noturna foi significativamente maior no dia controle do que no dia estudo ($p = 0,017$). **Conclusão:** Este estudo demonstra que o broncoespasmo induzido por solução hipertônica à tarde reduz a asma noturna, provavelmente, devido ao efeito do período refratário.

PO498 MANEJO NO AMBIENTE DOMICILIAR DOS PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO)

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Andrade DB, Queiroz MA, Diógenes AC, Barbosa FG, Borges MC, Miranda ER, Souza DC

UFMA, São Luis, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Controle; Ambiente

Introdução: A asma é uma patologia inflamatória crônica, na qual as vias aéreas inferiores sofrem limitação ao fluxo aéreo devido à hiperresponsividade brônquica. A prevalência de mulheres asmáticas é ligeiramente maior e com o aumento da idade observa-se um pior controle da doença. **Objetivos:** Avaliar a influência do sexo e tempo de participação de uma parcela dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra de São Luís – MA. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 214 pacientes participantes do Programa de Acompanhamento do Paciente Asmático (PAPA). Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pelo III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, avaliando-se sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Analisando os dados obtidos, verificou-se que a maior parcela dos pacientes participantes do estudo possui asma persistente leve (51%), seguido de asma persistente moderada (27.1%) e persistente grave (14%). Ao estratificarmos os pacientes por idade, verificou-se que 64,5% dos pacientes acima de 60 anos (idosos) são portadores de asma moderada ou grave, enquanto os não-idosos (< 60 anos) apenas 37,2% o são. Quando se relaciona sexo e gravidade da asma, observa-se que há, no sexo feminino, um maior percentual de pacientes com asma persistente grave (15.9%), em relação ao sexo masculino, cujo percentual chega a apenas 8%. **Conclusão:** Na amostra estudada, a gravidade da asma esteve diretamente relacionada à idade mais avançada e ao sexo feminino.

PO499 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA PARA ADULTOS (PEAA) - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGREMoreira MF¹, Pereira RN², Rizzatti MO³, Manfroi CB⁴, Barcellos PT⁵, Sehn L⁶, Pires D0⁷, Vieira VG⁸

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Educação; Asma; Ensino

Introdução: A asma, uma doença inflamatória das vias aéreas, não tem apresentado redução em sua morbimortalidade, apesar dos avanços no conhecimento da doença e terapêutica. Os pacientes geralmente tratam seus sintomas na fase aguda da doença e manejam de forma incorreta o período intercrise, levando-os a buscar repetidamente os serviços de emergência. O Programa de Educação em Asma para Adultos (PEAA) surgiu em 1999 como um programa de atendimento multidisciplinar, de assistência e educação para adultos asmáticos. **Objetivos:** O PEAA tem o objetivo de educar os pacientes asmáticos em relação ao automanejo de sua doença, uso das medicações, controle dos sintomas, objetivando minimizar a necessidade de serviços de emergência e hospitalizações, melhorando a qualidade de vida dos participantes. **Métodos:** Há uma equipe multidisciplinar composta por: 2 médicos, 1 enfermeira e estudantes da FAMED. A educação se processa nas consultas médicas e de enfermagem e nas reuniões de grupo periódicas, onde são distribuídos materiais didáticos, e abordados tópicos relacionados aos sintomas, fatores desencadeantes e tratamento. Na primeira consulta é aplicado um questionário de qualidade de vida (QV) (baseado em Juniper e col) e é realizada anamnese e exame físico completos. A avaliação laboratorial baseia-se no perfil atópico (hemograma, IgE sérica e teste cutâneo), funcional (espirometria e pico de fluxo) e infeccioso (RX de tórax e seios da face). As consultas são periódicas a cada quatro ou seis semanas. São realizados em torno de 50 atendimentos/mês ambulatório.

Resultados: Observamos redução do número de crises, melhor conhecimento da doença, redução das idas à emergência e um aumento da capacidade física as atividades diárias. O PEAA, ativo desde 1999, já foi frequentado por 152 pacientes de forma regular, com média de idade de 43 anos. No grupo, 82% dos pacientes são do sexo feminino, 55% só tinham 1º grau, 55% estavam desempregados e 58% recebiam menos de dois salários mínimos. Em 62% a asma iniciou antes dos 18 anos e 54% já estiveram hospitalizados. A avaliação da QV pré e pós-programa mostrou um aumento significativo nos escores indicando melhora da QV dos pacientes (o escore geral médio passou de 3,37 no início para 4,96, uma variação média de 1,59). Houve também melhora ventilação avaliada pela espirometria. **Conclusão:** O PEAA, com sua equipe multidisciplinar, fornece ao paciente uma melhor compreensão da doença e de seu manejo, melhorando sua qualidade de vida. Proporciona a integração do aluno em uma equipe de atenção a pacientes do SUS, oferece excelente campo de ensino-aprendizado que contempla o paciente, de uma forma global e permite ao aluno vivenciar os resultados de uma interferência médica, num atendimento continuado.

PO500 O TESTE DE CONTROLE DA ASMA (ACT) COMPARADO COM A ESPIROMETRIA NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM ASMAValença LM¹, Benevenuto G², Vasconcelos AVP³, Osterne TEC⁴, Coelho RS⁵, Aguiar JC⁶

1,2,3,4,5. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 6. Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Teste de controle da asma; Espirometria

Introdução: A prevalência crescente da asma é uma das causas de demanda para o atendimento e de sobrecarga econômica para os serviços públicos de saúde no País. A disponibilidade de métodos simplificados para avaliação de asmáticos seria de grande interesse. Em 2004 foi introduzido o Teste de Controle da Asma (ACT – Asthma Control Test), um questionário constando de cinco perguntas, cada uma com cinco opções de resposta valendo de um a cinco pontos. A pontuação mínima do ACT é 5 e a máxima 25 pontos. **Objetivos:** A introdução desse método clínico simples para avaliar o controle da asma nos levou a estudar seu uso, comparando-o com a espirometria em pacientes atendidos em um ambulatório do Programa Atendimento ao Paciente Asmático no Distrito Federal. **Métodos:** O ACT foi aplicado a pacientes com 12 ou mais anos de idade. Na sala de espera do ambulatório, antes da consulta, um médico explicava cada uma das cinco questões do ACT e então um grupo de até 10 pacientes preenchia o questionário simultaneamente. Um total de 25 pontos indica controle completo, de 20 a 24 pontos um bom controle e menos de 20 pontos asma fora de controle. **Resultados:** Participaram do estudo um total de 51 pacientes com idade média de 47 anos (DP $\pm 21,4$), havendo predomínio do sexo feminino (72,5%). O inquérito com o ACT mostrou um total de pontos de $16,1 \pm 5,0$, em média. Os testes de função pulmonar mostraram os seguintes resultados (percentual dos valores previstos \pm DP): VEF1 $74,5 \pm 22,1$, CVF $85,3 \pm 16,7$, PFE $75,8\% \pm 27,9$, VEF25-75 $37,4\% \pm 26,4$. Um VEF1 menor que 80% do previsto foi observado em 51% dos pacientes mas uma proporção maior de 72,5% do grupo total teve um ACT com menos de 20 pontos (asma fora de controle). Todos os 12 pacientes com VEF1 inferior a 60% tinha asma fora de controle. Contudo, dos 37 pacientes com asma fora de controle, 43,2% tinham um VEF1 igual ou acima de 80% do valor de referência. **Conclusão:** Os achados mostram que mais de um terço dos pacientes com asma fora de controle, de acordo com o questionário do ACT, apresentam um VEF1 nos limites da normalidade. Portanto, o uso isolado de índices espirométricos pode ser enganador na avaliação do controle da asma.

PO501 NEBULIZAÇÃO ASSOCIADA À VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA COM DIFERENTES NÍVEIS PRESSÓRICOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM CRISE ASMÁTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Evangelista Gonçalves AC, Brandão DC, Lima VM, Santos Silva TN, Andrade AD

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Nebulização; Ventilação não-invasiva

Introdução: A associação da nebulização a jato (NJ) a ventilação não-invasiva (VNI) com dois níveis pressóricos tem sido utilizada nos Serviços de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva. Apesar do seu uso clínico, são poucos os estudos reportados na literatura sobre a associação destas duas modalidades terapêuticas. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da associação da NJ com a VNI, variando os níveis de pressão, no tratamento da crise aguda de asma em um serviço de emergência. **Métodos:** Participaram do estudo 36 pacientes, randomizados em três grupos com 12 pacientes cada. O grupo controle (C) realizou NJ convencional, enquanto que o grupo experimental 1 (G1) realizou NJ associada a VNI (IPAP = 15cmH2O e EPAP = 5cmH2O) e o grupo experimental 2 (G2) também realizou NJ associada a VNI (IPAP = 15cmH2O e EPAP = 10cmH2O), em todos os grupos foram usados um NJ com drogas broncodilatadoras. Os parâmetros analisados antes da nebulização e 30 min após foram: frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), saturação arterial de oxigênio (SaO2), pico de fluxo expiratório (PFE), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), capacidade vital forçada (CVF) e fluxo expiratório forçado entre 25-75% da CVF (FEF25-75%). **Resultados:** No G1 o PFE ($43,82 \pm 5,08$) ($p = 0,001$), CVF ($48,21 \pm 5,10$) ($p = 0,01$), VEF1 ($47,28 \pm 5,48$) ($p = 0,004$), FEF25-75% ($35,63 \pm 5,24$) ($p = 0,001$) e no G2 o PFE ($42,01 \pm 5,08$) ($p = 0,004$), CVF ($59,37 \pm 5,10$) ($p = 0,0001$), VEF1 ($52,16 \pm 5,48$) ($p = 0,0001$), FEF25-75% ($51,65 \pm 5,24$) ($p = 0,0001$) apresentaram um aumento significativo quando comparados o início com 30min. Houve uma diminuição da FR antes e após o tratamento ($18,00 \pm 1,77$) ($p = 0,04$) apenas no G1. Quando se compara entre grupos, há um aumento do PFE ($43,82 \pm 5,08$) no G1 ($p = 0,013$) e G2 ($42,01 \pm 5,08$) ($p = 0,024$) em relação ao C ($32,42 \pm 4,59$) e um aumento do FEF25-75% ($51,65 \pm 5,24$) no G2 ($p = 0,006$) comparado ao C ($26,04 \pm 4,54$). **Conclusão:** A nebulização associada a VNI com dois níveis de pressão mostrou ser mais eficaz na reversão da obstrução brônquica, visto que diminuiu a frequência respiratória e aumentou os volumes e capacidades pulmonares analisados, quando comparada a NBJ convencional.

PO502 ASSOCIAÇÃO ENTRE REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE TARDIA A ANTÍGENOS DE CRIPTOCOCOS EM PACIENTES ASMÁTICOS, SÃO LUÍS-MA

Pereira Neto JA, Sá LLC, Silva TB, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Fungos; Criptococcus

Introdução: Os fungos do gênero *Cryptococcus* são sapróbios de distribuição universal, filamentosos e produzem esporos encontrados na atmosfera durante todas as estações do ano. O *Cryptococcus* pode ser encontrado com grande facilidade no solo, em vegetais ou qualquer outra matéria orgânica em decomposição aeróbia, o que explica a fácil propagação de seus conídios pelas correntes aéreas. **Objetivos:** Avaliar a reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do fungo *Cryptococcus* por meio de teste cutâneo e determinar os fatores associados à reatividade ao teste. **Métodos:** 2 de partição e o teste T. No modelo final, considerou-se como significante um valor de $p < 0,05$. Estudo analítico prospectivo realizado no período de março a junho de 2004 no programa de Assistência ao paciente Asmático (PAPA) em São Luís-MA do Hospital Universitário Presidente Dutra, objetivando avaliar a reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do fungo *Cryptococcus* por meio de teste cutâneo e determinar os fatores associados à reatividade ao teste. A amostra foi composta de 47 pacientes asmáticos. Utilizou-se como na análise univariada o teste exato de Fisher, teste $< 0,05$, intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o software SPSS 10.0 for windows na análise estatística. **Resultados:** A faixa etária predominante foi dos 31 aos 40 anos (36,2%), com média de idade de 44,61 anos. O sexo predominante foi o feminino (70,2%). O início da sintomatologia asmática foi iniciado predominantemente na faixa etária de 0 a 6 anos na maioria dos indivíduos (57,4%). A história de atopia familiar foi observada em 63,8% dos pacientes. Quanto à classificação da asma, observou-se que 48,9% dos indivíduos apresentaram asma moderada e 10,6% asma grave. A frequência de positividade ao teste cutâneo foi de 23,4%. As variáveis que apresentaram significância na análise univariada foram o sexo masculino ($p = 0,04$), fator desencadeante frio/umidade ($p = 0,07$), época chuvosa ($p = 0,10$) e história de atopia familiar ($p = 0,14$) e sintomas rinosinusais periódicos ($p = 0,16$). Na análise multivariada, foi considerado fator de risco associado a reatividade ao teste cutâneo o sexo masculino (OR-4,2 IC-1,15-27,9). **Conclusão:** O fato do paciente não apresentar como fator agravante o frio e umidade foi um fator protetor para não reatividade ao teste cutâneo (OR-0,26 IC-0,06-0,71). A classificação da asma não mostrou significância estatística no modelo final.

PO503 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ASMA DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA

Socorro de Lucena Cardoso MD, Martins RO, Tavares RB, Rodrigues RTL, Melo TNB, Mota FA, Espírito Santo MVE, Arruda SLB

Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Educação; Asma; Qualidade de vida

Introdução: Mesmo dispondo de um grande e avançado arsenal terapêutico, o controle da asma se torna eficiente quando associado a educação continuada. Através desta, o paciente obtém conhecimentos sobre a sua doença, compreende os fatores que agravam e aliviam os sintomas, além de manipular corretamente sua medicação. Por isso, é que se faz necessário o surgimento de programas de educação em asma que possam ajudar os pacientes a manter uma melhor qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliar os conhecimentos gerais em asma, dos pacientes e/ou responsáveis no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA), através de um questionário dirigido, verificando a eficácia do programa de educação continuada. **Métodos:** Foram avaliados 34 pacientes do Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA), num total de 314, através de um estudo transversal por sorteio aleatório no período de agosto de 2005 a agosto de 2006 no Ambulatório Araújo Lima da Universidade Federal do Amazonas. Através de um questionário dirigido, avaliou-se: gênero, idade, conhecimento sobre asma, influência do programa e a qualidade de atendimento do PACA. **Resultados:** Dos 34 pacientes avaliados no Programa de Assistência e Controle da Asma, 22 (66,7%) eram do gênero masculino e 12 (33,3%) do gênero feminino. Distribuíram-se entre 2 a 76 anos, com média de idade de 31 ± 22 anos. Segundo o conhecimento sobre a asma, avaliada através de um questionário, 5,55 \pm 1,50 sabem o que piora a asma; 7,68 \pm 2,10 têm conhecimento do que piora a asma; 4,47 \pm 0,79 conhecem os sintomas da asma; 3,18 \pm 1,22 têm conhecimento sobre a bombinha; 3,68 \pm 0,73 têm convicção do remédio que impede a piora da doença; 3,56 \pm 0,89 usam adequadamente a bombinha; 3,82 \pm 0,52 sabem o que fazer quando a falta de ar não passa com o uso da bombinha; 2,91 \pm 0,51 podem ficar totalmente curado da asma; 1,94 \pm 0,34 têm conhecimento correto sobre a asma. Com isso, nota-se que, de acordo com valores de referência, os pacientes do PACA apresentam-se mais esclarecidos sobre as crises asmáticas e creem, de forma errônea, na cura da asma. De acordo com 24 (70,6%) pacientes, o programa é ótimo, 8 (23,5%) consideram bom e 2 (5,9%) não apresentam opinião formada. A influência do PACA na qualidade de vida foi considerada excelente por 23 (67,6%) pacientes e boa por 11 (32,4%) dos pacientes. **Conclusão:** O Programa de Assistência e Controle da Asma tem proporcionado uma melhor qualidade de vida aos pacientes. A identificação destes com o PACA, facilita a transmissão e aquisição de informações sobre a asma, tornando-os mais capacitados a conviver com a doença e menos dependentes de pronto-socorro.

PO504 ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO POR 18 MESES DE PACIENTES COM ASMA PERSISTENTE MODERADA SEGUNDO O PERFIL FINANCEIRO E INTELECTUAL

Ramos Feitosa PH, Feitosa RC, Dos Santos AA

Hospital Regional do Gama/Clinica de Doenças Respiratórias e Reabilitação Pulmonar, Brasília, DF, Brasil

Palavras-chave: Asma; Tratamento; Abandono

Introdução: A continuidade do tratamento da asma é pouco estudada, muitos pacientes abandonam o tratamento correto por vários motivos. A persistência do tratamento é neces-

sária numa doença crônica como a asma e os pacientes precisam ter esta percepção, talvez seja necessário um maior investimento de educação em asma. **Objetivos:** Verificar a taxa de abandono de tratamento correto de asma moderada e correlacionar com escolaridade e condição financeira. **Métodos:** Foram selecionados pacientes com asma persistente moderada (moradores do plano piloto com nível superior e moradores de cidades satélites com nível médio ou fundamental) e acompanhados por um período de 18 meses. Era feito contato telefônico no período de 6, 12 e 18 meses. No contato era perguntado sobre que tipo de medicação o paciente estava usando regularmente. Era considerado tratamento correto quando existia alguma medicação antiinflamatória (corticóide ou inaleucotrieno) no seu uso regular. **Resultados:** Foram selecionados 360 pacientes, sendo 160 do plano piloto e 200 de cidades satélites. Pacientes do plano piloto: todos tinham mais de 18 anos, com idade média de 29,3 anos, sendo 82 (51,2%) do sexo feminino. Nos primeiros 6 meses persistiam fazendo tratamento 102 (63,7%) pacientes. Nos 12 meses seguintes, persistiam 86 (53,7%) e aos 18 meses persistiam 52 (32,5%). Pacientes das cidades satélites: todos os pacientes tinham mais de 18 anos, com média de idade foi de 34,5 anos, sendo 92 (46%) do sexo feminino. Nos primeiros 6 meses persistiam 91 (45,5%), aos 12 meses 64 (32%) e aos 18 meses 37 (18,5%). **Conclusão:** É comum o paciente asmático abandonar o tratamento correto da asma e o maior abandono acontece nas classes financeiras e intelectuais mais baixas.

TABAGISMO**PO505 VARIÁVEIS RELACIONADAS À INICIAÇÃO DO TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR NA CIDADE DE BELÉM-PA, 2005**

Ribeiro SA, Pinto DS

UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Adolescentes; Iniciação

Introdução: A maioria dos trabalhos mostram que é na adolescência que se inicia o tabagismo. A adição à nicotina ocorre com o uso regular de tabaco e adolescentes fumantes têm alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes. **Objetivos:** Analisar as variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre adolescentes estudantes de nível médio de duas instituições de ensino, uma da rede particular e outra da rede pública estadual, estabelecidas na mesma área metropolitana de Belém-PA, 2005. **Métodos:** Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado individual, não identificado, de auto-preenchimento, com 27 questões fechadas, perguntando sobre experimentação de cigarro, fumo habitual, acesso à compra de cigarros, por qual motivo começou a fumar, percepção dos estudantes sobre o seu rendimento escolar, diálogo sobre tabagismo no ambiente familiar e nível socioeconômico. Participaram do estudo um total de 1520 estudantes do ensino médio de duas instituições de ensino, sendo 724 (47,6%) da rede particular e 796 (52,4%) da rede pública estadual. **Resultados:** A proporção de estudantes que fizeram uso experimental de cigarro foi de 44,0% e uso habitual de cigarros de 11,0%. A proporção de experimentadores de cigarro na escola pública foi de 51,2% e na particular de 36,7% ($p < 0,001$). A proporção de uso habitual foi de 14,6% na escola pública e de 7,0% na particular ($p < 0,001$). As associações encontradas para o uso experimental que permaneceram presentes entre aqueles que fazem uso atual de cigarro, foram: curiosidade, a facilidade na aquisição de cigarros, possuir mãe, irmão e amigos tabagistas, não terem sido elogiados por não fumar e se considerarem alunos regulares ou ruins. **Conclusão:** Os achados mostram que a variável mais relacionada à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio, tanto na escola particular quanto na pública, em Belém, foi a curiosidade. Estes achados podem instruir ações regionalizadas de prevenção e combate ao tabagismo direcionadas à comunidade, à escola e à família, tendo como alvo os adolescentes.

PO506 IMPACTO DO CÂNCER DE PULMÃO SOBRE O TABAGISMO

Gambero NM, Izbicki M, Uehara C, Santoro IL, Silva VV, Jamnik S

UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Tabagismo; Epidemiologia

Introdução: No Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres com uma prevalência de 20%. Quase 50% de todos os adultos que já fumaram conseguem parar de fumar com sucesso, porém a maior parte necessita de cinco a sete tentativas até que pare de fumar definitivamente. **Objetivos:** Avaliar o comportamento tabágico de pacientes após o desenvolvimento de câncer de pulmão. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 679 pacientes tabagistas ou ex-tabagistas que desenvolveram câncer de pulmão. Esses pacientes faziam parte de um grupo em acompanhamento no ambulatório de onco-pneumologia da Disciplina de Pneumologia da Unifesp entre os anos de 1986 até 2004. Os pacientes foram alocados em três grupos, de acordo com o abandono do tabagismo, ou seja: Grupo 1: abandono do tabagismo 6 meses antes do início dos sintomas, Grupo 2: abandono do tabagismo a partir de 6 meses antes do início dos sintomas e Grupo 3: sem abandono do tabagismo. O abandono do tabagismo foi definido como abstinência do tabagismo até o óbito ou até perda do seguimento. Os sintomas levados em consideração foram aqueles que culminaram com o diagnóstico da neoplasia. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para avaliar possíveis diferenças na proporção entre homens e mulheres nos diferentes grupos. Os grupos 2 e 3 foram comparados entre si por meio da análise de 0,05. **Resultados:** Foi considerado significativo um valor de $p < 0,05$. A amostra foi composta por 143 (21%) mulheres e 536 homens (79%). Os tipos histológicos foram: 319 (47%) carcinoma espinocelular, 206 (31%) adenocarcinoma, 88 (13%) carcinoma indiferenciado de pequenas células, 8 (1%) carcinoma indiferenciado de grandes células e 58 (8%) outros tipos histológicos (tumor misto, tumor carcinóide e carcinoma indiferenciado sem tipo histológico definido). Após análise,

observou-se que 203 (29,8%) dos pacientes pertenciam ao Grupo 1, 281 (41,4%) ao Grupo 2 e 195 (28,8%) ao Grupo 3. Dos 476 pacientes que desenvolveram os sintomas fumando, 195 (41%) continuaram fumando após o diagnóstico de câncer. A proporção de mulheres no grupo 1 (15%) foi significativamente menor que a esperada (21%). Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as proporções obtidas e as esperadas de homens e mulheres comparando-se os grupos 2 e 3. Resultados constam na tabela 1. Tabela 1. Distribuição dos Pacientes entre os Grupos Analisados Conforme o Gênero. _____ Mulheres Homens Total Grupo 1 31 (15%)*172 (85%)* 203 Grupo 2 69 (25%) 212 (75%) 281 Grupo 3 43 (22%) 152 (78%) 195 Total 143 536 679 *P = 0,015. **Conclusão:** Um número expressivo de pacientes manteve o tabagismo, apesar dos sintomas. Não se pode demonstrar diferença na proporção entre homens e mulheres que abandonam o tabagismo após o início dos sintomas. Antes dos sintomas, menos mulheres do que homens pararam de fumar.

PO507 PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO NOS ESTUDANTES DO SEXTO ANO DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS (FESO)

De Oliveira JM¹, Ferreira AC², Tolentino LF³, Ferreira AS⁴
1,2,3. FESO, Teresópolis, RJ, Canadá; 4. UFF, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Prevalência; Estudantes de medicina

Introdução: O tabagismo é considerado uma pandemia, uma vez que, atualmente, morrem, no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. Muitas pesquisas internacionais têm avaliado o hábito tabágico, crenças e atitudes dos estudantes de medicina, mas há poucas informações disponíveis sobre os estudantes brasileiros. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e características do tabagismo nos estudantes do sexto ano de medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO). **Métodos:** Estudo transversal, em sala de aula, utilizando questionário auto-aplicável, de caráter individual e sigiloso, com perguntas dirigidas a fumantes, ex-fumantes e não fumantes foi realizado entre os estudantes do sexto ano, no primeiro trimestre de 2006. **Resultados:** Dos 153 estudantes, 134 responderam o questionário, 84(62,7%) eram do sexo masculino e 50 (37,3%) do sexo feminino, com média de idade de 24,96 ± 2,45 anos. Com relação ao hábito tabágico, 92 (68,7%) eram não fumantes, 18 (13,4%) eram ex-fumantes e 24 (17,9%) eram fumantes. Não houve diferença na prevalência entre os sexos. Quando se comparou o grupo de fumantes associado ao de ex-fumantes com o de não fumantes, observou-se diferença significativa em relação a história de tabagismo dos familiares. Não houve diferença entre os grupos com relação ao consumo de álcool. O fato de morar sozinho não contribuiu para que os estudantes começassem a fumar, no entanto, a metade dos fumantes fuma mais agora do que quando entrou na faculdade. A maioria dos fumantes apresentava baixo grau de dependência e fumava em média 9 cigarros/dia. A maioria dos estudantes respondeu que o fumo não deveria ser permitido em nenhum local do hospital, no entanto, 14,2% deles disseram que não se incomodariam diante de pessoas fumando na unidade, evidenciando desconhecimento ou negligência aos malefícios do tabagismo passivo. **Conclusão:** A prevalência de tabagismo entre os estudantes de medicina ainda é maior do que o esperado, o que demanda das escolas médicas uma maior reflexão sobre os conhecimentos transmitidos aos seus alunos no controle desta doença.

PO508 PROGRAMA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

Ferreira AS¹, Silva RCS², Nani E³, Coelho CS⁴, Aguiar RV⁵, Coutinho RS⁶, Rodrigues CC⁷, Azevedo Sias SM⁸

1,3,4,5,6,7,8. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 2. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Controle; Tabagismo; Unidade de saúde

Introdução: O tabagismo é considerado uma pandemia, uma vez que, atualmente, morrem, no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. No Brasil são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a conseqüente mortalidade por doenças tabaco relacionadas. De acordo com o Programa, para que as unidades de saúde sejam credenciadas na abordagem e tratamento do tabagismo, é necessário que cumpram alguns requisitos, dentre eles, não ser permitido fumar no seu interior. **Objetivos:** O Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Universitário Antônio Pedro tem como objetivo tornar a unidade de saúde livre do tabaco. **Métodos:** O método seguido foi o padronizado pelo Ministério da Saúde/INCA da Implantação de Programa de Controle de Tabagismo nas Unidades de Saúde. Criou-se uma comissão executiva multidisciplinar com a aprovação da direção do hospital. Houve envolvimento das chefias, sensibilização de pessoas e grupos-chaves. Criou-se um sistema de informação para construção de indicadores (contagem de guimbas e pessoas fumando nos diversos setores do hospital). Realizada intervenção na estrutura física com a delimitação de áreas para fumantes (fumódromos) e sinalização da instituição como livre do cigarro. O treinamento de seguranças e recepcionistas para orientarem os fumantes fez parte da intervenção educativa, assim como, inserção do tema em eventos científicos locais e ampla divulgação do programa entre funcionários e a comunidade que a unidade assiste. **Resultados:** Após sete meses de implantação do programa constatou-se uma redução do número de guimbas e pessoas fumando dentro do hospital, além da maior procura ambulatorial pelo tratamento do tabagismo. **Conclusão:** É necessária a conscientização de todos os profissionais que trabalham na unidade de saúde, da importância de se manter o hospital livre do tabaco, evitando, desta forma, os malefícios do tabagismo passivo e dando exemplo aos pacientes que procuram o ambulatório para tratamento desta doença.

PO509 PREVALÊNCIA E PERFIL DO FUMANTE NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

Torres Carvalho LM¹, Vasconcelos ALS², Carvalho JB³, Páscoa AV⁴, Neto GS⁵, Morais MEM⁶
1. Comitê Coordenador de Controle do Tabagismo, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3,4,5,6. Comitê Coordenador de Controle do Tabagismo no Brasil Capitulo Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Prevalência de tabagismo; Tabagismo hospitalar

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde, sendo um dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e DPOC. Em estudos da OPAS (2002), mostra que o fumo causa cerca de 5 milhões de mortes por ano no mundo e 200.000 mortes/ano no Brasil. Sabe-se que os profissionais de saúde são modelo de comportamento para a população, portanto, é necessário traçar medidas preventivas de controle do tabagismo junto a estes profissionais da área hospitalar. Dentre as restrições ao uso de cigarros, a proibição em hospitais deve ser prioritária, por ser um ambiente de trabalho voltado para preservação da saúde. **Objetivos:** Conhecer a prevalência de tabagismo dentre os servidores do Hospital Geral de Fortaleza. **Métodos:** Realizamos um estudo transversal através de um questionário com respostas fechadas, no período de agosto de 2005 a março de 2006, elaborado pelo Comitê de Tabagismo - Capitulo Ceará. Os dados foram obtidos no HGF, através de 593 profissionais pesquisados aleatoriamente de um total de 2.325, sendo 70,8% mulheres e 29,2% homens. **Resultados:** Constatou-se que a prevalência de tabagismo atual no HGF é de 14,5%. A prevalência de tabagismo regular quanto ao gênero foi de 16,2% entre homens e 13,8% entre mulheres. Verificou-se que do total de fumantes o tempo médio do hábito é de 18,1 anos. Desses fumantes a grande maioria fuma em média, menos de 10 cigarros por dia. Um percentual de 11,6 fuma dentro do Hospital. Desses, 61,6% estão cientes dos males do cigarro, e 77,9% desejam deixar de fumar. Com relação ao grau de dependência química à nicotina, avaliada pelo Teste de Fagerstrom, verificou-se que esta se apresenta entre o grau 0 a 3, variando de muito baixa à baixa dependência. **Conclusão:** Apesar de se tratar de profissionais da saúde na área hospitalar, com acesso a informação, o número de fumantes nesse Hospital é bastante elevado, praticamente se igualando à prevalência geral de fumantes no Brasil, de acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, onde a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Diante do exposto constata-se a necessidade de uma ação de controle do tabagismo no HGF.

PO510 TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Guazzelli AC, Campos AS, Nazato DM, Hatakeyama TT, Afrouni VE, Fiss E, Junior RR
Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Estudantes; Ciências da saúde

Introdução: O profissional de saúde tem papel fundamental no combate ao tabagismo. É responsável pela orientação, esclarecimento, tratamento medicamentoso e acompanhamento dos fumantes que desejam parar de fumar. Entretanto, deve também servir de exemplo, não fumando. Existem algumas publicações brasileiras entre estudantes de Medicina, porém são mais escassas em outras áreas da saúde. **Objetivos:** Verificar a prevalência de tabagistas entre estudantes dos cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 520 estudantes de Medicina, 152 alunos de Farmácia e 90 de Enfermagem, através de questionários auto-aplicáveis, voluntários e confidenciais, que abordavam o tema tabagismo. **Resultados:** A prevalência de fumantes entre os estudantes de Medicina foi de 9,42%, 7,20% entre os estudantes de Farmácia e 14,40% entre os de Enfermagem, sem diferenças estatísticas significantes entre os diferentes cursos. **Conclusão:** Este estudo encontrou prevalências de tabagismo entre os acadêmicos de áreas de saúde, menores que o da população geral brasileira (17,4%). Entretanto, são números ainda muito altos, exigindo uma atuação ainda maior desta entidade, no sentido de diminuir a prevalência de profissionais de saúde fumantes.

PO511 TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Guazzelli AC, Campos AS, Nazato DM, Hatakeyama TT, Afrouni VE, Fiss E, Junior RR
Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Estudantes de medicina; Epidemiologia

Introdução: Há 1,26 bilhões de fumantes no mundo. No Brasil, 17,4% da população fuma. A prevalência de tabagismo entre estudantes de medicina vem diminuindo e tem variado de 10 a 20%. Há poucos trabalhos na literatura a este respeito. **Objetivos:** Avaliar a prevalência do tabagismo entre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC, caracterizar o perfil dos fumantes e ex-fumantes, avaliar o conhecimento dos alunos sobre as consequências do tabagismo e suas opiniões sobre a abordagem do tema no curso médico. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 520 alunos de medicina, através de questionário auto-aplicável e confidencial que abordava o tema "Tabagismo". Estudo transversal realizado com 520 alunos do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC, no período de março de 2005 a março de 2006. O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário auto-aplicável e confidencial respondido espontaneamente. **Resultados:** A prevalência de tabagismo encontrada foi de 9,42% (20,60% no gênero masculino e 3,53% no feminino). A maioria iniciou o hábito antes de ingressar na faculdade. O principal fator para o início do vício foi a curiosidade (68,55%) e para a parada, a conscientização (45,00%). Não foram encontradas associações estatísticas significantes entre tabagismo e ano cursado. Os momentos de maior desejo pelo fumo foram diversão e ansiedade (48,57%). Houve significância estatística entre cursar os últimos anos da faculdade e saber que o fumo predispõe a certas doenças tabaco-relacionadas, como câncer de bexiga (p < 0,05). 91,92% concordam com a proibição do tabagismo na faculdade. 62,98% acham que o tema é pouco abordado. **Conclusão:** A prevalência encontrada é semelhante a de outros trabalhos brasileiros recen-

tes. O conhecimento dos alunos sobre as doenças tabaco-relacionadas aumentou com o decorrer dos anos da faculdade, porém, não se correlacionou com a diminuição do tabagismo. A maioria dos alunos considera o tema pouco abordado. É necessário melhor informar os alunos na tentativa de estimulá-los a deixar o fumo.

PO512 COMPORTAMENTO DE FUMAR TABACO EM MULHERES INTERNAS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO OESTE PAULISTA

Perondi AM¹, Colombo M², Rondina RC³, Botelho C⁴

1,2,3. Faculdade de Psicologia/FASU, Marília, SP, Brasil; 4. UFMT, Cuiabá, MT, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Drogas; Transtornos psiquiátricos

Introdução: A natureza das associações entre tabagismo e transtornos psiquiátricos ainda não está completamente esclarecida. Há relatos que vários fatores podem mediar a interface entre doenças mentais e consumo e/ou dependência do tabaco. Alguns estudos mostram que o tabagismo se reveste de dimensão existencial para muitos pacientes hospitalizados, constituindo-se em recurso utilizado no enfrentamento do cotidiano. Em outros, o tabagismo alivia os efeitos do estigma da internação e também o cigarro é utilizado como mecanismo de barganha ou como um prêmio ao bom comportamento do paciente. Assim, é possível supor que a internação favoreça a adoção da dependência ou acentue o seu consumo. **Objetivos:** Avaliar os principais fatores que predisõem à iniciação e que dificultam o abandono do tabagismo em internas de um hospital psiquiátrico. **Métodos:** Foi efetuado levantamento junto aos prontuários das pacientes, para coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico, diagnóstico e comorbidades psiquiátricas das internas. À seguir, aplicou-se questionário, especificamente elaborado para este estudo, para levantamento de dados sobre o padrão de consumo de tabaco, histórico de tabagismo e sobre os fatores que levaram à iniciação do tabagismo, bem como os principais obstáculos que impedem a cessação do consumo. **Resultados:** Foram encontradas 35 internas fumantes. Dentre estas 53,3% relataram ter consumo maconha, 53,3% álcool (53,3%) e 40%, relataram ter utilizado crack, antes do ingresso no hospital. O principal fator que levou à iniciação do tabagismo foi a influência de familiares e amigos. Fatores como o prazer e a distração proporcionados pelo tabaco, bem como nervosismo e ansiedade, foram citados como os principais obstáculos para o abandono do hábito. **Conclusão:** Supõe-se que a internação em hospital psiquiátrico possa levar a substituição do consumo de outros tipos de drogas por tabaco. É importante desenvolver novos estudos sobre o tema, pois há uma relativa escassez de trabalhos envolvendo populações sul-americanas até o presente momento.

PO513 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Silva RMVG, Botelho C

UFMT, Cuiabá, MT, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Prevalência

Introdução: O tabagismo está associado, da iniciação à sua manutenção, a um complexo e variado número de fatores, que vai desde a carga genética e características de personalidade do indivíduo e os aspectos sociais do ambiente onde está inserido. Neste estudo destaca-se a relação da prevalência do tabagismo com algumas variáveis sociodemográficas. **Objetivos:** Determinar a prevalência de tabagismo em uma população adulta de Cuiabá/MT e caracterizar a população quanto aos aspectos sociodemográficos. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com os pais e mães de crianças menores de 5 anos que freqüentaram os postos de saúde para vacinação, os quais foram sorteados aleatoriamente, sendo coletados aproximadamente 200 crianças em cada posto. Os pais responderam a um questionário contendo questões relativas ao tabagismo e às características sociodemográficas das famílias. O nível socioeconômico foi classificado pelos critérios da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado. Foram utilizados testes estatísticos para a comparação entre as médias das variáveis contínuas e entre as proporções das variáveis categóricas estudadas, sendo fixado em 5% o nível de significância dos testes. **Resultados:** Foram estudados 3688 indivíduos, sendo 45,2% do sexo masculino e 54,8% do sexo feminino. A prevalência de tabagismo foi de 17,3%, sendo 11,4% para as mulheres e 24,5% para os homens. A idade média para o início do tabagismo foi de 12 (ep = 0,17) e 16 anos (ep = 0,15), respectivamente para mulheres e homens. As mulheres fumavam em média 9 cigarros por dia (ep = 0,41), enquanto os homens fumavam 14 cigarros (ep = 0,45). Observou-se que 88% das mulheres e 87,5% dos homens começaram a fumar antes dos 20 anos. Independentemente do sexo, foi detectada tendência linear significativa e direta entre a prevalência do tabagismo e o nível socioeconômico, a renda familiar per capita e a escolaridade. **Conclusão:** Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de se investir em políticas de prevenção do tabagismo, entre indivíduos de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, com menor renda per capita e, principalmente, entre os jovens, já que esta é a fase mais susceptível para a iniciação do tabagismo.

PO514 EXPERIMENTAÇÃO DO TABAGISMO EM ADOLESCENTES DE ESCOLA PÚBLICA E PRIVADA DE CUIABÁ-MT

E Silva MP, Silva RMVG, Muraro AP, Botelho C

UFMT, Cuiabá, MT, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Escolares; Iniciação

Introdução: A adolescência é o período de maior risco para a iniciação às drogas, existindo uma gama de fatores complexos e inter-relacionados para sua iniciação, os quais variam entre os indivíduos e entre as populações. Citam-se alguns: o elevado nível de aceitação social, a vulnerabilidade do adolescente exposto em demasia à propaganda de tabaco, o acesso fácil aos seus derivados, a pressão dos amigos e a influência dos pais. Dentre as instituições importantes na parceria da luta contra o tabagismo, está a escola, pois é no ambiente escolar que se realiza a construção do saber de forma interativa. **Objetivos:** Identificar os principais determinantes para a fase de experimentação do tabaco entre os adolescentes. **Métodos:** Estudo transversal, utilizando questionário não identificado e auto-aplicado, entrevistou-se 2883 estudantes, no período de maio a junho de 2006. Para a classe social utilizou-se a classifica-

ção da ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Os dados foram digitados duplamente no EPI INFO (2000) e para as análises descritivas iniciais foram calculadas as freqüência dos eventos ocorridos. Foram utilizados os seguintes testes estatísticos: o qui-quadrado para comparação entre as proporções e o teste t de Student para comparação de médias. **Resultados:** A média de idade da escola pública foi de 16,3 anos e 14,4% da escola privada, sendo que a faixa etária mais freqüente da experimentação foi de 10 a 13 anos com 46,2% (403/872) e 40,8% dos alunos que experimentaram o cigarro estão na classe D e E. Dos adolescentes pesquisados que já experimentaram o cigarro 48,4% (451/872) já reprovaram na escola. Aqueles que estudam em escola pública, comparando com a escola privada, tem 1,97 vezes mais chance de experimentar o cigarro; e aqueles que trabalham tem 2,3 vezes mais chance de experimentar o cigarro, comparando com aqueles que não recebem nenhum tipo de remuneração financeira (1,64 < RR < de chance mais vezes 2,13 tem fumantes irmãos que adolescentes os sendo cigarro, experimentar 3 fumam amigos Dentre cigarro. 1.35 separados pais alunos. **Conclusão:** Nesta amostra foi encontrada uma alta incidência dos adolescentes que experimentaram o tabaco e que este ato está associado aos amigos fumantes, ter trabalho remunerado e ser de escola pública.

PO515 TABAGISMO EM ADOLESCENTES: COMPARAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE ESTILO DE VIDA DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA E DE UMA ESCOLA PRIVADA

E Silva MP, Vieira MLC, Silva RMVG, Botelho C

UFMT, Cuiabá, MT, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Adolescentes; Epidemiologia

Introdução: A adolescência é o período de maior risco para a iniciação às drogas lícitas ou ilícitas, existindo uma gama de fatores complexos e inter-relacionados para sua iniciação. As características sociodemográficas e o estilo de vida deste grupo são importantes determinantes nesta relação, e o seu conhecimento torna-se importante para subsidiar futuros projetos educacionais no ambiente escolar. **Objetivos:** Comparar as características sociodemográficas e de estilo de vida de adolescentes matriculados entre uma escola privada e uma escola pública de Cuiabá/MT. **Métodos:** Estudo transversal com adolescentes matriculados nas duas maiores escolas de Cuiabá/MT, sendo uma da rede pública e outra da rede privada, no período compreendido entre maio e junho de 2006. Os alunos responderam a um questionário auto-aplicado e não identificado, contendo questões relacionadas aos dados sociodemográficos, informações gerais e de iniciação ao tabagismo. Para a classificação do nível socioeconômico utilizou-se a da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A1; A2; B1; B2; C; D; E), sendo posteriormente agrupadas, para efeito de análise, em A, B, C, D. Para análise dos dados utilizou-se o Programa EPI INFO (2000), sendo utilizado o teste do qui-quadrado para comparação entre as proporções e o teste t de Student para comparação de médias. **Resultados:** Foram estudados 2.883 adolescentes, sendo 56,6% (1632/2883) da escola pública e 43,4% (1251/2883) da escola privada. Dentre os alunos da escola pública 45,6% (744/1632) eram do sexo masculino e 54,4% (888/1632) do sexo feminino, enquanto que os da escola privada, 48,6% eram do sexo masculino e 51,4% do sexo feminino. Os alunos da escola pública e privada tinham em média 15,2 e 13,5 anos de idade, respectivamente (p < 0,05). A maioria das mães (42,7%) e dos pais (33,2%) dos alunos da escola pública tinha 2º grau completo, enquanto que a maioria das mães (61,7%) e dos pais (63,1%) dos alunos da escola privada tinha nível superior. Em relação ao nível socioeconômico, a maioria dos alunos da escola pública pertencia à classe C (51,3%), enquanto que a maioria dos alunos da escola privada pertencia à classe B (56,7%). A faixa etária de maior prevalência para a experimentação foi a de 10 a 13 anos (46,2%). Dentre os alunos que já experimentaram cigarro, 72,0% eram da escola pública e 28,0% da escola privada (p < 0,05). Quanto à prática de atividade física, 54,8% dos alunos que praticam são da escola pública e 45,2% da escola privada (p < 0,05). Quando perguntados se trabalham, 79,2% dos alunos da escola pública responderam afirmativamente. Em relação à vida conjugal dos pais, 66,6% dos pais dos alunos da escola pública são separados. **Conclusão:** Os alunos da escola pública apresentaram maior risco para a iniciação do tabagismo do que os da escola privada.

PO516 PERFIL DA POPULAÇÃO QUE PROCURA UM PROGRAMA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM CURITIBA - PARANÁ

Da Silva Cunha Abe AM, Miranda Sandoval PR

Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Anti-tabaco

Introdução: O tabagismo é considerado uma pandemia, um terço da população adulta mundial é fumante. A dificuldade na cessação do tabagismo se deve à complexidade com que este vício cerca o indivíduo no seu contexto social, hábitos e dependência física. Dos 5000 diferentes componentes identificados na fumaça do cigarro, a nicotina é o principal componente psicoativo. Ela tem a propriedade de modificar a neurofisiologia cerebral após seu uso continuado. Há a necessidade de procura por programas anti-tabaco onde se disponha de todas as armas contra este vício: abordagem cognitivo-comportamental e tratamento medicamentoso com drogas nicotínicas e não nicotínicas. **Objetivos:** Avaliar o perfil das pessoas que procuram o tratamento anti-tabaco e a eficácia de um programa para tratamento do tabagismo. **Métodos:** Foi realizada revisão de 155 prontuários do período de junho de 2004 a outubro de 2005 das pessoas que foram atendidas no ambulatório de tabagismo. Era realizada entrevista inicial com psicóloga e preenchimento de questionário, sendo então convidado a participar do programa. As reuniões eram realizadas em grupos de 10 a 12 componentes, com freqüência semanal e duração de 1 mês. O tratamento era realizado por equipe multidisciplinar. **Resultados:** A população que procurou tratamento para tabagismo é composta principalmente por mulheres: 68%. A idade média foi de 47,6 anos e a ocupação predominante foi "do lar". O nível de instrução da população foi, em sua maioria, 2º grau, e o motivo da consulta foi por orientação médica em 47,9%. Oitenta e nove por cento dos participantes fumam em casa, 93 indivíduos (67,8%) tiveram pai fu-

mante. A ansiedade e a depressão foram constatadas em 65,8% e 54,8% respectivamente. Os sintomas respiratórios foram bastante prevalentes, 49,7% referindo dispnéia e 31,9% sibilância. Fumaram em média 3 décadas, com início aos 18 anos. A maioria (51,2%) fumava entre 16 a 25 cigarros ao dia. O teste de dependência de Fagerström foi 6,2. A situação dos participantes no último contato foi de 75 fumantes contra 80 não fumantes. **Conclusão:** Observou-se a influência do médico no encaminhamento ao programa de tabagismo, confirmando a importância da abordagem breve/mínima (de 3 a 5 minutos), que deve ser realizada na consulta médica de rotina. A herança tabágica é indicada quando 67,8% dos participantes tinham pai fumante, o que mostra a influência familiar social e o componente hereditário da dependência à nicotina. A procura pelo tratamento anti-tabaco em nosso serviço ocorreu principalmente por pessoas que fumavam há 3 décadas, grande quantidade de cigarros e muitos apresentavam um grau de dependência moderada a grave, com algum sintoma respiratório como dispnéia ou chio. Foi verificada em nossa amostra uma alta taxa de abandono: 51,6% de não fumantes em 1 mês de tratamento. Investir em programas para tratamento do tabagismo é extremamente custo-efetivo. Produz ganho na saúde populacional e evita gasto na saúde pública e desgaste individual.

PO517 TRABALHO NOTURNO: UM FATOR QUE CONTRIBUI PARA AUMENTAR A PREVALÊNCIA DE TABAGISMO

Oliveira ME

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Prevalência; Trabalho noturno

Introdução: O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública, requerendo ações efetivas para o seu controle. **Objetivos:** Verificar a prevalência do tabagismo entre os funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC) e Serviço de Saúde Comunitária (SSC). **Métodos:** O método de estudo foi de delineamento transversal, sendo a população avaliada a de funcionários vinculados ao HNSC, HCC e ao SSC, através de um questionário padrão desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Resultados:** A idade média de fumantes foi 42 anos com desvio padrão de 8,22 e dos não fumantes a idade média foi 46 anos com desvio padrão de 9,89, havendo uma diferença significativa ($p = 0,047$). A prevalência de tabagismo de toda a amostra foi 52%, onde 34% eram fumantes regulares e 18% fumantes ocasionais. Na análise bivariada, os profissionais com menos de 40 anos, não médicos, com escolaridade média ou abaixo, turno de trabalho noturno e renda menor que 10 salários mínimos apresentaram uma maior chance de fumar. No entanto, quando realizada a análise multivariada a única variável que manteve a diferença estatística foi relacionada ao turno de trabalho. Os trabalhadores do turno noturno apresentaram uma chance de 2,4 vezes maior de fumar em relação àqueles que trabalham no turno diurno ($OR = 2,4$ $IC95\% = 1,3-4,6$), controlado por potenciais fatores de confusão. **Conclusão:** A prevalência de tabagismo entre profissionais do Hospital foi elevada, e houve uma associação entre fumar com mais frequência e o trabalho noturno. Os resultados obtidos permitem que sejam realizadas intervenções direcionadas de acordo com o perfil dos profissionais.

PO518 PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM UMA INSTITUIÇÃO DO SUS: RESULTADOS PRELIMINARES

Oliveira ME

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tratamento; Tabagismo; Resultados

Introdução: A efetividade do programa de tratamento, que inclui o uso de medicamento, para dependentes da nicotina é fundamental, considerando que o Tabagismo é um importante problema de saúde pública. O sucesso terapêutico tem como meta o abandono tabágico. **Objetivos:** Verificar a efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). **Métodos:** No período de setembro de 2004 a dezembro de 2005 foram analisados 269 pacientes que freqüentaram o programa de tabagismo do HNSC. O critério de inclusão foi pacientes que acompanharam o programa por pelo menos 4 semanas em terapia cognitivo-comportamental de grupo e realizaram consultas individuais de avaliação e de prescrição de medicação. Os critérios de exclusão foram: pacientes que já chegaram para a primeira avaliação em abstinência do cigarro. O desfecho do estudo foi o sucesso mensurado por abstinência por no mínimo de 72 horas. A falha foi identificada ao não parar de fumar ou quando houve recaída. Foi realizada análise multivariada de Cox para identificar a contribuição independente de cada fator. O valor do $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativa. **Resultados:** Dos 269 pacientes que freqüentaram o programa de tratamento do Tabagismo 184 (84%) pertenciam ao sexo feminino. O índice de abstinência foi de 56,9% (153 pacientes). Permaneceram fumando 50 pacientes (18,6%) e houve recaída em 66 pacientes (24,5%). Em relação ao uso de medicamentos, 123 pacientes (45%) fizeram uso de reposição de nicotina (adesivo) 113 pacientes (42%) utilizaram bupropiona e 33 (12%) não utilizaram medicação. A análise multivariada de Cox mostrou os seguintes fatores em relação a recaída: sexo feminino 1,1 IC 95% (0,7-1,6), com adesivo 0,47 IC 95% (0,26-0,83), Bupropiona 0,58 IC 95% (0,33 a 1,04), Fagerström ≥ 6 1,49 IC 95% (0,94-2,36). **Conclusão:** O estudo mostrou que houve diferença em relação a usar ou não medicamentos mas esta diferença não se demonstrou em relação ao tipo de fármaco (adesivo ou bupropiona). A análise do grau de dependência física mostrou que nos pacientes que apresentavam Teste de Fagerstrom acima de 6 o risco de recair era de 49%.

PO519 ANÁLISE DA EXPOSIÇÃO AO TABAGISMO DURANTE A GRAVIDEZ NA GESTANTE E NO FETO

Viegas CAA¹, Vieira M², Freire G³, Taveira P⁴, Gaio E⁵, Gouvea I⁶, Ferreira CM⁷

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,4,6,7. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 5. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Gestação; Recém-nascido

Introdução: Estimativas indicam que aproximadamente 23% das mulheres e 30% daquelas entre 15 a 30 anos de idade fumam e, apesar do conhecido dano causado pelo cigarro

durante a gestação para a mãe e o feto, grande parte das gestantes continua fumando durante a gravidez. A relação entre tabagismo materno e baixo peso do recém-nascido tem sido investigada. Evidências levam a concluir que o tabagismo materno retarda o crescimento fetal, causando redução média de 200 gramas e dobrando o risco de ter um bebê de baixo peso. **Objetivos:** Verificar a presença ou não de cotinina, metabólito da nicotina, na urina das mães e dos recém-nascidos, indicando ou não a exposição ao tabaco e suas consequências. **Métodos:** O estudo foi realizado com 26 grávidas divididas em dois grupos pela dosagem de cotinina urinária: 10 grávidas não fumantes (controle), e 16 grávidas que fumaram durante a gravidez. Grávidas portadoras de enfermidades que poderiam comprometer o desenvolvimento placentário ou do feto foram excluídas. Foi preenchido questionário sobre história tabágica de cada grávida e cada mãe e criança foi colhida a urina para a dosagem de cotinina. A medida da cotinina é semi-quantitativa por método de ensaio imunocromatográfico (NicAlert). A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS. O grau de significância foi de 5%. **Resultados:** No grupo das mães que se declaram fumantes foram encontrados níveis de cotinina compatíveis com tabagismo ativo em 100% dos casos. Das que se declaram não fumantes 28,6% apresentaram níveis de cotinina na urina compatíveis com exposição à fumaça do tabaco. Dos filhos de mulheres que se declaram expostas a fumaça do tabaco, 100% apresentaram níveis de cotinina na urina compatíveis com o tabagismo ativo apresentando correlação estatisticamente significativa com $p < 0,001$. Os filhos das mulheres que se declaram não expostas a fumaça do tabaco, mas tiveram níveis de cotinina detectáveis na urina, apresentaram níveis de cotinina detectáveis e semelhantes aos das mães. **Conclusão:** A auto-declaração da exposição à fumaça do tabaco não se mostrou confiável no grupo que se declarou não exposto. No grupo das mães expostas ao tabaco durante a gestação observou-se nos recém-nascidos a exposição intra-uterina indireta à fumaça do tabaco em níveis semelhantes ao da mãe.

PO520 ANÁLISE DOS EFEITOS DO TABAGISMO DURANTE A GRAVIDEZ SOBRE A PLACENTA E A CRIANÇA

Viegas CAA¹, Vieira M², Freire G³, Taveira P⁴, Gaio E⁵, Gouvea I⁶, Ferreira CM⁷

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,4,6,7. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 5. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Gestação; Recém-nascido

Introdução: Estimativas indicam que cerca de 23% das mulheres e 30% daquelas entre 15 a 30 anos de idade fumam e, apesar do dano causado pelo cigarro durante a gestação para a mãe e o feto, grande parte das gestantes continua fumando durante a gravidez. A relação entre tabagismo materno e baixo peso do neonato tem sido investigada. Evidências levam a concluir que o tabagismo materno retarda o crescimento fetal, causando redução média de 200 gramas e dobrando o risco de ter um bebê de baixo peso. **Objetivos:** Verificar a influência da exposição à fumaça do tabaco sobre a placenta e a criança comparando placentas de grávidas fumantes e não fumantes bem como características físicas dos neonatos. **Métodos:** O estudo foi realizado com 26 grávidas, entre 18 e 40 anos, divididas em dois grupos de acordo com a exposição ao tabaco: 10 grávidas não fumantes (controle) e 16 grávidas que fumaram durante a gravidez. Fator de exclusão: comorbidade da gestante. Foi preenchido questionário sobre história tabágica de cada grávida. De cada grávida e criança foi colhida a urina para a dosagem de cotinina. A medida da cotinina é semi-quantitativa por método de ensaio imunocromatográfico (NicAlert). As variáveis estudadas foram obtidas por registro de dados antropométricos dos neonatos e análise anatomopatológica das placentas. Estatística: software SPSS 13, com grau de significância de 5%. **Resultados:** Todas as variáveis analisadas foram comparadas com a exposição qualitativa ao tabaco pela mãe. As variáveis estatisticamente significativas foram: o peso do neonato ($p = 0,046$); a presença ou não de falsos nós ($p = 0,423$); a presença ou ausência de calcificação ($p = 0,001$); e a cor da placenta ($p = 0,034$). Além disso, foi observada tendência a significância estatística com relação à tortuosidade do cordão umbilical ($p = 0,502$). Com relação ao peso dos recém-nascidos, observou-se que filhos de mães com cotinina positiva na urina obtiveram média de peso de 2796,9 \pm 556,9 gramas, enquanto os filhos de mães com resultado negativo alcançaram média de peso de 3176,3 \pm 298,7 gramas, indicando que o peso médio dos filhos de não fumantes foi 379,4 gramas maior ($p < 0,05$). **Conclusão:** No presente estudo foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a exposição ao tabaco da mãe e alterações que confirmam o comprometimento no desenvolvimento da placenta e do feto.

PO521 CONHECIMENTO DOS PEDIATRAS SOBRE TABAGISMO

Becker Lotufo JP

Departamento de Pneumologia da SPSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Pediatras; Tabagismo passivo

Introdução: O pediatra precisa entrar na luta anti-tabágica. 23,8% das crianças de zero a 5 anos no pronto socorro do Hospital Universitário apresenta cotinina urinária positiva. A idade de início do tabagismo é na adolescência, ainda na área de ação do pediatra. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é verificar a opinião e o conhecimento dos pediatras sobre o tabagismo. **Métodos:** Avaliamos 90 pediatras sobre questões pertinentes ao tabagismo e sua estrutura para combater esta doença em vários serviços. **Resultados:** Dos 90 pediatras entrevistados 8,9% são fumantes. 42,2% dos pediatras não falam com seus pacientes sobre o cigarro. (3,3% dos pediatras fala com os pais de seus pacientes sobre o cigarro. 58% gastam menos de 2 minutos para isso. 94,4% dos pediatras acha necessário falar do cigarro na consulta, mas 8,2% acham isto impossível acontecer. 86,6% dos pediatras não tem nenhum material em seu local de trabalho para ajudar neste diálogo. 40% dos serviços tem algum movimento contra o cigarro. Sobre o conhecimento do pediatra sobre o tabagismo, 95,5% erraram ou não sabiam a porcentagem de fumantes na população brasileira; sobre a porcentagem de fracos dependentes da nicotina, erraram ou não sabiam 88,8% dos pediatras; 100% dos pediatras desconheciam a miligramagem da reposição de nicotina para tratamento anti-tabágico, mas 58,8% sabia que a bupropiona é dada via oral; apenas 5,5% dos pediatras conhece a escala de Fagerstrom para classificar a dependência do fumante.

Conclusão: O pediatra tem interesse em trabalhar com seu paciente e com seus pais fumantes, mas seguramente precisa aumentar seus conhecimentos sobre a doença dependência da nicotina.

PO522 CONHECIMENTO DOS PNEUMOPEDIATRAS SOBRE TABAGISMO

Becker Lotufo JP¹, Pilla ES²

1. Departamento de Pneumologia da SPSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. Sociedade de Pneumologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Tabagismo passivo; Pneumopediatria

Introdução: O pneumologista pediatra precisa entrar na luta anti-tabágica. 23,8% das crianças de zero a 5 anos no pronto socorro do Hospital Universitário apresenta cotinina urinária positiva. A idade de início do tabagismo é na adolescência, ainda na área de ação do pediatra. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento e a estrutura dos serviços em relação ao tabagismo. **Métodos:** Avaliamos 38 pneumologistas pediatras sobre questões pertinentes ao tabagismo e sua estrutura para combater esta doença em vários serviços. **Resultados:** 21% dos pneumopediatras não falam com seus pacientes sobre o cigarro. (97% dos pneumopediatras fala com os pais de seus pacientes sobre o cigarro. 97,3% gastam 2 minutos ou mais para isso. Apenas 1 dos pneumopediatras não acha necessário falar do cigarro na consulta, mas todos acham possível isto acontecer. 21% não tem nenhum material em seu local de trabalho para ajudar neste diálogo. 29% dos serviços não tem algum movimento contra o cigarro. Sobre o conhecimento do pediatra sobre o tabagismo. Apenas 7,8% acertou a questão sobre a porcentagem de fumantes na população brasileira; sobre a porcentagem de fracos dependentes da nicotina, erraram ou não sabiam 82% dos pneumopediatras; 100% dos pneumopediatras desconheciam a miligramagem da reposição de nicotina para tratamento anti-tabágico, mas 60% sabia que a bupropiona é dada por via oral; apenas 13% dos pneumopediatras conhece a escala de Fargstron para classificar a dependência do fumante. **Conclusão:** O pneumopediatra tem interesse em trabalhar com seu paciente e com seus pais fumantes, mas também precisa aumentar seus conhecimentos sobre a doença dependência da nicotina.

PO523 ADOLESCENTES: QUANTOS E PORQUE FUMAM? - ESTUDO PRELIMINAR

Messias Sales LH, Lima DL, Silva de Souza FC, Pupio Reis Júnior JA
Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Adolescente; Fatores de risco

Introdução: Apesar do atual conhecimento dos malefícios causados pelo tabagismo, ainda se vê hoje grande prevalência de tabagistas, inclusive na população adolescente. **Objetivos:** Conhecer fatores de risco associados ao tabagismo na adolescência. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com adolescentes de 10 a 19 anos matriculados em uma escola pública e outra particular no mês de agosto de 2005 na cidade de Belém. Foi aplicado o Teste de Fagerstrom e um questionário onde solicitavam-se informações sobre: dados demográficos, dados socioeconômicos, convivência com fumantes, dados escolares, conhecimento dos malefícios causados pelo cigarro, avaliação pessoal sobre dependência do fumo. Foram considerados tabagistas os adolescentes que fumaram qualquer quantidade de cigarros nos últimos 30 dias. A análise da significância foi realizada com o teste Qui-Quadrado, com nível $\alpha = 0,05$. **Resultados:** Dos 733 adolescentes que responderam ao teste, 52,5% eram do sexo feminino e 73,7% estudavam em escola particular. A prevalência de tabagistas foi de 7,6%, no sexo masculino a prevalência foi de 8,7% e no feminino, 5,7% ($p > 0,05$); foi observado aumento da prevalência de acordo com o aumento da idade dos adolescentes ($p < 0,01$). A prevalência dos alunos tabagistas na escola pública foi de 16,1% e na particular, 4,6% ($p < 0,01$). Houve 17,7% de fumantes entre os alunos que já haviam repetido série e 5,1% em alunos que nunca haviam repetido ($p < 0,01$). Dentre os que exerciam atividades extra-curriculares 4,5% fumavam, percentual que foi de 9,9% dentre os que não exerciam ($p < 0,05$). A prevalência foi significativamente maior nos alunos de renda familiar abaixo de R\$800,00. Dentre os que conviviam com tabagistas, 10,3% fumavam; entre os que não conviviam, 1,3% eram fumantes ($p < 0,01$). 97,6% dos adolescentes tinham conhecimento de algum dos males causados pelo cigarro, sendo que este conhecimento era significativamente maior nos da escola particular. 14,3% dos adolescentes tabagistas consideraram-se dependentes do cigarro; pelo Teste de Fagerstrom, a prevalência de dependência à nicotina foi de 12,2%. **Conclusão:** A prevalência de adolescentes tabagistas foi de 7,6%. Não houve diferença significativa do fumo em relação ao sexo. A prevalência do tabagismo aumentou quanto maior a faixa etária ($p < 0,01$). O percentual de tabagistas encontrado entre os alunos da rede pública (16,1%) foi significativamente maior que o encontrado entre os alunos da rede privada (4,6%). Adicionalmente, foram considerados fatores de risco para tabagismo: repetência escolar, ausência de atividade extra-curricular, baixa renda familiar, convívio com fumantes. A maioria dos adolescentes (95,6%) tinham conhecimento de pelo menos um dos malefícios para a saúde que o tabagismo pode causar; os alunos da rede particular de ensino mostraram-se mais informados ($p < 0,01$). A prevalência de adolescentes tabagistas dependentes da nicotina pelo Teste de Fagerstrom foi de 12,2%; levada em conta a sensação individual de dependência do fumo, a taxa admitida foi de 14,3%.

PO524 PERFIL DO PACIENTE DO CENTRO DE TRATAMENTO DO FUMANTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

Huttner MD, Suárez Halty L, Zille AI, Bergamin JA, Pardo DO, Machado V

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Perfil fumante

Introdução: A crescente demanda de fumantes procurando ajuda para parar de fumar conduziu a criação de um programa de tratamento do tabagismo no HU da FURG. **Objetivos:** Determinar o perfil do paciente que procura o Centro de Tratamento do Fumante do HU-FURG. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os pacientes adultos (≥ 15 anos) fumantes, J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

de ambos os sexos, inscritos no programa. **Resultados:** No período de junho de 2002 a maio de 2006 foram triados 1378 pacientes, dos quais 1010 (73,8%) pertenciam ao gênero feminino, com média de idade de 45,6 anos ($DS_{\pm 11}$), início do tabagismo aos 15,5 anos ($DS_{\pm 4,7}$), fumantes de 40 maços/ano ($DS_{\pm 24,6}$), com grau de dependência medido pelo questionário de tolerância de Fagerström de 6 pontos ($DS_{\pm 2,2}$). O teste de Richmond foi utilizado para avaliar motivação tendo média de 8 pontos ($DS_{\pm 1,5}$), e 86,7% dos pacientes estavam no estágio de Preparação de Prochaska e Di Clementi. 71,4% já tinham feito tentativas anteriores de cessação, com média de 2,3 vezes ($DS_{\pm 1,5}$). A motivação principal para a tentativa foi preocupação com a saúde (96,2%) e, a menos importante, a preocupação financeira (32,8%). 42% dos pacientes não tinham recebido conselho médico para parar de fumar. As associações mais frequentes foram chimarrão em 70% e cafezinho em 60%. Relataram sintomas respiratórios 71,7% dos pacientes, porém com radiograma torácico normal em 86,3% e espirometria em 70,2%. **Conclusão:** Nossa clientela caracterizou-se como uma população predominantemente feminina, de meia idade, com elevada dependência nicotínica, porém, com forte motivação, com várias tentativas anteriores de cessação de fumar, preocupada com a sua saúde e já apresentando sintomas respiratórios.

PO525 RESULTADO AOS 12 MESES DO TRATAMENTO GRUPAL COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO CENTRO DE TRATAMENTO DO FUMANTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG) - RS

Huttner MD, Suárez Halty L, Zille AI, Bergamin JA, Pardo DO, Machado V

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil

Palavras-chave: Tabagismo; Cognitivo-comportamental; Controle

Introdução: O Centro de tratamento do tabagismo da FURG tem como finalidade atender a elevada demanda de fumantes que procuram ajuda para parar de fumar, contribuindo para a redução da morbimortalidade tabaco relacionada da comunidade na qual está inserida a Universidade. **Objetivos:** Avaliar o tratamento grupal cognitivo comportamental modelo INCA. **Métodos:** Após triagem e avaliação inicial a fim de determinar o perfil do fumante, grau de dependência e motivação, os pacientes foram encaminhados para tratamento preferencialmente grupal com abordagem estruturada cognitivo comportamental segundo modelo do INCA, associada à farmacoterapia, em situações determinadas, e com seguimento periódico. **Resultados:** 12 meses e 32 (31,4%) recaíram antes deste período. Depois de 12 meses de abstinência somente três (7%) pacientes recaíram. Sessenta pacientes (37%) não puderam ser contactados, ou seja, que houve uma perda muito significativa no seguimento ou falha na manutenção de contacto a fim de avaliar o tratamento, como acontece com outras dependências químicas, pelo que existe a possibilidade de que nossos resultados sejam diferentes. Nos primeiros 12 meses (junho 2002-maio 2003) foram triados 281 pacientes, sendo que 162 participaram do tratamento grupal. Destes, 129 (79,6%) pertenciam ao gênero feminino, com média de idade de 49 anos ($DS \pm 9$), fumantes de 45 maços/ano ($DS \pm 26$), grau de dependência medido pelo questionário de tolerância de Fagerström com pontuação média de 6,4 ($DS \pm 1,6$). Ao final de 12 meses foram contactados 102 pacientes (63%) dos quais, segundo informe verbal, pararam de fumar 75 (73,5%), sendo que 43 (42,2%) por. **Conclusão:** A metodologia de abordagem grupal da cessação de fumar modelo INCA mostrou-se de aplicação adequada e altamente eficaz, quando realizada por profissionais especificamente capacitados, considerando a taxa de abstinência aos 12 meses de 42,2%.

PO526 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE OS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, EM SÃO LUÍS, MA, 2003

Pinheiro AN, Araújo LRV, Sá LLC, Memória EV, Oliveira TC, Costa ACFBB

Hospital Universitário Presidente Dutra - HUUFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Dependência à nicotina

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública responsável por elevada morbimortalidade, sendo considerada uma epidemia e, portanto, deve ser combatida. É fator de risco a diversas doenças, principalmente câncer de pulmão. **Objetivos:** Analisar a prevalência do tabagismo, o perfil dos fumantes e o grau de dependência à nicotina. **Métodos:** Trata-se de um levantamento descritivo realizado através de um questionário aplicado a uma amostra aleatória de 562 funcionários do Hospital Universitário Presidente Dutra obtida através de sorteio. Os dados coletados, em 2001, foram analisados, utilizando como recurso o programa de computador Epi-Info 2000. **Resultados:** A prevalência do tabagismo foi de 9,43%. Observou-se que a frequência quanto ao sexo foi de 43,8% para o sexo feminino e 56,3% para o masculino. Houve uma maior proporção dos fumantes entre a faixa etária de 41 a 50 anos (41,7%). Com relação ao início do hábito de fumar 81,3% começaram entre 12 a 20 anos. Quanto à carga tabágica, 62,5% consomem menos de 10 cigarros e 79,91% dos fumantes inquiridos apresentam uma dependência leve à nicotina. **Conclusão:** Observou-se uma baixa prevalência do tabagismo e uma elevada proporção de fumantes na 4ª e 5ª décadas de vida. Apesar da maioria dos fumantes apresentar uma dependência leve à nicotina, eles tiveram um início precoce do hábito de fumar. Assim, faz-se necessário uma luta incessante anti-tabagista com ênfase na prevenção do início do hábito de fumar, principalmente, nos profissionais de saúde que são exemplos para a sociedade.

PO527 TABAGISMO EM DOENTES INTERNADOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA SANTA CASA DE RIO GRANDE

Huttner MD, Suárez Halty L, Bergamin JA, Bess G, Real GG, Menegatti PK

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário, Rio Grande, RS, Brasil

Palavras-chave: Tabagismo; Doenças mentais; Epidemiologia

Introdução: A literatura especializada mostra que a prevalência de tabagismo é significativamente maior em pessoas com problemas de saúde mental. **Objetivos:** Avaliar a prevalência do

tabagismo, perfil do fumante, grau de dependência nicotínica e, correlacionar tabagismo com doenças mentais. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, mediante questionário elaborado para tal fim, aplicado em todos pacientes adultos internados no Hospital Psiquiátrico da A.C.S.C. de Rio Grande, nos meses de dezembro de 2004 e outubro de 2005. **Resultados:** Foram avaliados 198 pacientes sendo 77 (38,9%) do gênero feminino e 121 (61,1%) do masculino, com média de idade 43,7 anos (DS \pm 12,4). A prevalência do tabagismo atual na amostra foi de 66,2% (131 pacientes): 115 fumantes diários mais 16 ocasionais, com consumo médio de 29 maços/ano (DS \pm 34,5) nos fumantes diários. A média de dependência nicotínica medida pelo Questionário de Tolerância de Fagerström foi de 4,8 pontos (DS \pm 2,5) e a associação entre tabagismo e consumo de álcool mostrou-se significativa ($p < 0,001$). Nos fumantes diários os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram esquizofrenia em 55 pacientes (47,8%), alcoolismo em 38 (33,0%) e, depressão em 15 (13,0%). **Conclusão:** A prevalência de tabagismo (66,2%) é elevada, a média de dependência nicotínica avaliada pelo teste de Fagerström é de grau intermediário e, como a maioria dos pacientes (60,6%) é contrária à proibição de fumo na unidade, a conversão do Hospital Psiquiátrico da A.C.S.C. de Rio Grande em um ambiente livre de fumaça de tabaco fica dificultada.

PO528 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, PERFIL DO FUMANTE E GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA EM INDIVÍDUOS DE IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS EM SÃO LUÍS-MA

Pinheiro AN, Rocha AA, Nunes RS, Sá JBC, Melo JM

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Prevalência de tabagismo; Nicotina

Introdução: O tabagismo é uma epidemia que assola a humanidade. Os números que envolvem sua prevalência e os males causados pelo cigarro impressionam. O tabagismo é a maior causa evitável de doenças e mortes no mundo. Morrem, cerca de 10 mil pessoas por enfermidades causadas pelo uso do tabaco no mundo, o equivalente a aproximadamente 3,5 milhões de mortes por ano. Os países desenvolvidos vêm reduzindo seu percentual de fumantes, em contrapartida nos países em desenvolvimento o número de fumantes ainda é muito alto, como é o caso do Brasil. Possuímos poucos dados a respeito do tabagismo nas cidades brasileiras entre elas São Luís. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo descrever o panorama do tabagismo em São Luís, através de um estudo descritivo sobre a prevalência de tabagistas na população com idade igual ou superior a 18 anos, qual o seu perfil e qual o seu nível de dependência à nicotina. **Métodos:** A pesquisa constituiu-se de um estudo transversal descritivo realizado com a população adulta de São Luís com idade igual ou superior a 18 anos através de uma amostra representativa por conglomerados. Foi aplicado um questionário padrão para 841 moradores-objetos em um universo de 924 indivíduos-objeto da pesquisa, totalizando 83 perdas (8,98%). Os fumantes regulares responderam a questões pertinentes ao hábito tabágico, incluindo o Teste de Fagerstrom para Dependência à Nicotina, que consiste em seis perguntas a respeito do hábito tabágico do indivíduo e atribui pontos às respostas. Variando de 0 a 10 pontos, ele classifica a dependência em leve (< 4 pontos), moderada (4 a 6 pontos) e grave (> 6 pontos). **Resultados:** Os resultados encontrados em uma amostra de 841 pessoas revelou que 114 são fumantes, ou seja, uma prevalência de 13,5% de tabagismo em São Luís, com média de 1,62 fumantes por setor. Sendo que 110 eram fumantes regulares e 4 eram fumantes ocasionais. Ex-fumantes e não-fumantes totalizaram 727 indivíduos. Obtivemos uma prevalência de 18,7% de tabagismo entre os homens e de 9,9% entre as mulheres. **Conclusão:** Tendo em vista tais dados, percebemos que a maioria dos fumantes no estudo tem o seguinte perfil: sexo masculino, faixa etária de 30 a 39 anos; pardo solteiro, com escolaridade de ensino médio (2º grau); renda familiar de 1 a 2 salários ou mais de 5 salários mínimos mensais, estilista. O nível de dependência à nicotina dos tabagistas de São Luís- MA é leve segundo teste de Fagerstrom para Dependência à Nicotina.

PO529 TABAGISMO FATOR DE CONFUSÃO NA DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE

Cassia Santa Cruz R, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Torres BS, Padilha Freitas CD, Loureiro PAC

UFPE, Recife, PE, Brasil

Palavras-chave: Tabagismo; Tuberculose; Disfunção respiratória

Introdução: Existem poucos estudos avaliando as consequências da TB pulmonar, após o tratamento, demonstrável pela radiografia do tórax, e que possa inferir algum distúrbio na função pulmonar. Existem autores que consideravam o mais significativo fator influenciando a função pulmonar pós-tratamento, era o escore radiográfico pré e pós tratamento, que atua como um marcador da extensão do envolvimento da TB no parênquima pulmonar, contudo o tabagismo entra como um fator de confusão nestes casos. **Objetivos:** Verificar se o fator TABAGISMO influenciou na alteração espirométrica após o tratamento de TB pulmonar. **Métodos:** 96 pacientes, com 15 anos ou mais anos de idade, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em Recife no período de janeiro de 2003 a agosto de 2005, que possuíam radiografia do tórax, no início e final do tratamento. Os pacientes responderam questionário, no início da pesquisa, e foram submetidos à prova de função pulmonar, após o término do tratamento. **Resultados:** O percentual de pacientes com CVF $< 80\%$ foi mais elevado, no grupo de fumantes do que no grupo de não fumantes (67,4% x 59,3%), porém sem significância estatística ($p = 0,4167$). Analisando a relação entre o VEF1 e a presença de tabagismo foi observado que, entre os fumantes, o VEF1 foi diminuído em 75,7% contra 56,5% dos não fumantes, porém não foi, estatisticamente, significativa ($p = 0,0513$). Entre os tabagistas, 29,7% tiveram redução do Tiffenau contra, apenas, 5,1%, entre os não fumantes, sendo este valor, estatisticamente, significativo ($p = 0,0009$). **Conclusão:** Em nosso estudo, o tabagismo é um fator que tem associação significativa com disfunção respiratória, e cujo risco é 1,3 vez de desenvolvê-la. Ao analisarmos as variáveis da espirometria, a única que mostra associação significativa ao nível de 5% é o VEF1/CVF

(Tiffenau). O Tiffenau, abaixo de 80%, foi mais elevado entre os fumantes do que entre os não fumantes (29,7% x 5,1%) e comprova associação significativa a 5,0% ($p < 0,05$). O fumo torna-se um fator de confusão quando se questiona se, os casos de obstrução, vêm da seqüela radiográfica ou são secundários aos efeitos do fumo. Alcaide et al, 1996, encontraram, em seu estudo, que o fumo é um fator de risco para TB em pessoas jovens, com uma dose-resposta relacionada com o número de cigarros consumidos por dia. Contudo, Long et al. (1998), analisando achados da patologia e radiografias do tórax de pacientes com tuberculose pulmonar, encontraram vários mecanismos etiopatogênicos que poderiam justificar o quadro obstrutivo secundário à própria doença (TB).

PO530 PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DO MARANHÃO

Guterres Costa ML, Pereira Neto JA, Nobrega EM, Sá LLC, Cutrim ES, Alves Segundo JB, Alves GT, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Medicina ocupacional; Epidemiologia

Introdução: O tabagismo é um grave problema de saúde pública. A luta antitabágica está em grande parte alicerçada nos trabalhos educativos implantados nos ambientes de trabalho, pois tem sido apontado como um local favorável para modificar hábitos, já que nestes, os funcionários passam a maior parte do dia, proporcionando excelentes oportunidades para ações preventivas. **Objetivos:** Descrever a prevalência do tabagismo e o perfil dos tabagistas no Tribunal Regional do Trabalho do Maranhão. **Métodos:** Estudo descritivo de amostra simples de 320 funcionários, através de questionário auto-respondido no ambiente de trabalho com perguntas sobre variáveis como sexo, idade, cor, função e cargo, nível de escolaridade, renda familiar, estado civil. Em relação ao hábito tabágico, foi questionado sobre tabagismo atual ou passado, idade de início, tipo de cigarro, frequência do hábito, vontade de abandonar o tabagismo, tabagismo entre familiares. A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado, para um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência de tabagistas entre magistrados e servidores do TRT-MA foi de 9%, com 10% de ex-tabagistas e 81% de não tabagistas. Entre os tabagistas, o início do hábito ocorreu em média, entre os 15 aos 30 anos, correspondendo a 77% dos fumantes. A frequência de tabagismo foi maior entre casados (40%) e 60% tem renda familiar entre 10 e 20 salários mínimos. Com relação à escolaridade 70% dos indivíduos fumantes tem nível superior, 53% possuem familiares que também fumam e 93% ingerem café diariamente, sendo que destes 36% ingerem mais de seis xícaras de café ao dia. **Conclusão:** Apesar da prevalência do tabagismo no TRT-MA estar abaixo dos números observados na população brasileira em geral, é preocupante uma vez que é maior entre pessoas de alta escolaridade, grupo de maior acesso à informação e formadores de opinião.

PO531 GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA ENTRE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DO MARANHÃO

Guterres Costa ML, Pereira Neto JA, Nobrega EM, Sá LLC, Cutrim ES, Alves Segundo JB, Alves GT, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Nicotina; Medicina ocupacional

Introdução: O tabagismo é considerado a maior causa isolada evitável de doença e morte, sendo responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão dentre outras morbidades. Grande número de fumantes, apesar da intenção de abandonar o fumo, não conseguem fazê-lo, o que pode justificar-se, em parte, por serem dependentes da nicotina. A nicotina é considerada uma droga psicotrópica ou psicoativa desempenhando um importante papel na determinação da dependência ao tabaco. **Objetivos:** Avaliar o grau de dependência à nicotina entre os magistrados e servidores do TRT-MA. **Métodos:** Estudo descritivo de amostra simples de 29 funcionários fumantes do TRT-MA, através da aplicação do questionário de Fagerström para mensurar a intensidade da dependência a nicotina. Investigou-se também a data de início do hábito de fumar e as tentativas de cessação do tabagismo. A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado, para um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Entre os 29 magistrados e servidores fumantes do TRT, que responderam o teste de Fagerström encontramos quanto ao grau de dependência, que 80% eram considerados não dependentes, 17% apresentavam dependência baixa e 3% dependência média, sendo que nenhum deles apresentou grau de dependência alta. Com relação ao início do hábito de fumar, 50% responderam ter iniciado o hábito entre os 19 e 30 anos de idade, 27% entre 15 e 18 anos de idade, 10% antes dos 15 anos de idade, 7% após os 30 anos e 7% não souberam responder com exatidão; questionados quanto a tentativas anteriores de parar o hábito, 52% responderam que nunca tentaram, já dos 48% que responderam que sim, 17% tentaram duas vezes, 10% cinco vezes, 7% uma vez, 7% três vezes e 7% não souberam quantificar; questionado também quanto a vontade de parar de fumar, 57% responderam de forma positiva, já 43% responderam que não tinham vontade de parar com o hábito. **Conclusão:** Quando avaliamos o grau de dependência dos fumantes segundo Fagerström, observamos que embora 20% dos entrevistados apresentaram dependência baixa ou moderada à nicotina, menos da metade da população tabagista referiu já ter tentado abandonar o hábito e pouco mais da metade referiu ter vontade de abandonar o hábito.

PO532 PERFIL DOS TABAGISTAS ENTRE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DO MARANHÃO

Guterres Costa ML, Pereira Neto JA, Nobrega EM, Sá LLC, Cutrim ES, Alves Segundo JB, Alves GT, Lima JHL

UFMA, São Luís, MA, Brasil

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Medicina ocupacional

Introdução: Atualmente existem 1 bilhão e 200 milhões de pessoas fumantes no mundo, com estimativa de que aproximadamente 47% dos homens e 12% das mulheres do mundo

fumem. Mantidas as tendências atuais de expansão do uso do tabaco nos países em desenvolvimento, esses números chegarão a 8,4 milhões em 2020 e a 10 milhões de mortes anuais no ano de 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos). Em nosso país, 30 milhões de indivíduos com mais de 15 anos de idade são fumantes e ocorrem 200.000 mortes/ano (10,9% da mortalidade geral) associadas ao tabagismo. **Objetivos:** Determinar o perfil de fumantes entre magistrados e servidores do TRT-MA, quanto ao tipo de cigarro utilizado, hábito de tragar e convívio com familiares fumantes. **Métodos:** Estudo descritivo de amostra simples de 320 funcionários, através de questionário auto-respondido no ambiente de trabalho com perguntas sobre o hábito tabágico. A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado, para um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** De um total de 320 questionários respondidos por magistrados e servidores do TRT-MA, houve uma prevalência de 9% de fumantes (29 funcionários). Destes, encontrou-se que todos os fumantes fazem uso de cigarro de filtro, sendo que nenhum deles faz uso de outro tipo de fumo, como charutos, cachimbos e cigarro de palha. Quando se perguntou quanto ao hábito de tragar a fumaça do cigarro, 90% responderam que sim, enquanto 10% responderam que não tragam a fumaça; 53% dos fumantes relatavam familiares também fumantes. **Conclusão:** Os magistrados e servidores fumantes do TRT utilizam exclusivamente cigarro de filtro sendo que a maioria traga a fumaça e convive com familiares também fumantes, aumentando o grau de exposição a fumaça do tabaco e conseqüentemente o risco do desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabaco.

PO533 CARACTERÍSTICAS E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS FUMANTES, ENTRE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DO MARANHÃO

Guterres Costa ML, Alves GT, Sá LLC, Cutrim ES, Pereira Neto JA, Alves Segundo JB, Nobrega EM, Lima JHL
UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Medicina ocupacional

Introdução: O tabagismo é a principal causa prevenível de mortalidade e morbidade no mundo, relacionando-se a diversas patologias, como câncer (boca, cavidade oral, laringe, esôfago, pulmão, bexiga e rim), doenças cardiovasculares e respiratórias. Estudos do perfil epidemiológico de risco é comum, já que a vigilância epidemiológica não está centrada apenas em desfechos (morbidade e mortalidade). Essas características são importantes por monitorar o comportamento associado ao risco de doenças associadas ao tabagismo, o que permite auxiliar o desenvolvimento de intervenções mais eficientes. **Objetivos:** Caracterizar o perfil dos fumantes entre os funcionários do TRT-MA, quanto a variáveis como sexo, estado civil, cor, renda familiar e escolaridade. **Métodos:** Estudo descritivo de amostra simples de 320 funcionários do TRT-MA, através de questionário auto-respondido no ambiente de trabalho, com perguntas sobre variáveis como sexo, cor, nível de escolaridade, renda familiar e ingestão de café associado ao hábito do tabagismo. A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado, para um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Dos entrevistados, 11,4% dos homens e 7,2% das mulheres afirmaram ser fumantes. A raça onde prevalece maior número de indivíduos fumantes foi entre os pardos (50%), sendo os brancos 36%, são negros (7%), outras (7%) e nenhum dos fumantes são amarelos; de acordo com a renda familiar foi maior entre os funcionários com renda entre 10 e 20 salários mínimos, chegando a 60%, já 20% tem renda superior a 20 salários mínimos, 10% renda familiar entre 5 e 10 salários mínimos e 10% renda entre 3 e 5 salários mínimos; 70% dos indivíduos que responderam o questionário como fumantes tem escolaridade de nível superior, enquanto 17% possuem pós-graduação e 13% possuem ensino médio. A prevalência de fumantes que ingerem café diariamente foi de 93%, sendo que 39% responderam que ingerem 6 ou mais xícaras de café ao dia; 27% afirmaram que ingerem até 2 xícaras ao dia; 27% ingerem de 3 a 5 xícaras de café ao dia; 7% responderam não fazer uso diário de café. **Conclusão:** Observa-se um maior número de homens fumantes em relação às mulheres, a raça predominante são os pardos, isso pode ser atribuído à maior prevalência destes no próprio local da pesquisa. Em relação à renda, a maioria dos fumantes recebem entre 10 e 20 salários mínimos e possuem nível superior, o que preocupa, já que pessoas apesar de bem informadas não possuem a consciência dos malefícios do tabagismo. Uma alta ingestão de café foi encontrado como fator associado ao tabagismo.

PO534 CARACTERÍSTICAS DOS FUMANTES QUE PROCURAM AMBULATÓRIO DE TRATAMENTO DO TABAGISTA DA SANTA CASA, CAMPO GRANDE, MS

Campos Marques AM

UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; Cessação; Fumantes

Introdução: O tabagismo, constitui doença incluída no CID 10, sigla F17.2, grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a dependência a nicotina e a sua abstinência, um dos óbices à cessação do tabagismo. Apesar da maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, só 3% conseguem, portanto deve-se disponibilizar o aporte terapêutico ao tabagista, consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (INCA 2001). O Ambulatório de Tratamento do Tabagista da Santa Casa, em Campo Grande presta atendimento aos fumantes desde abril de 2004. **Objetivos:** Caracterizar os fumantes que procuraram o Ambulatório de Tratamento do Tabagista da Santa Casa, Campo Grande, MS para o aporte terapêutico de cessação do tabagismo, no período de abril de 2004 a março de 2006. **Métodos:** Trabalho retrospectivo de revisão de prontuários dos pacientes do Ambulatório de Tratamento do Tabagismo da Santa Casa de Campo Grande no período de abril de 2004 a março de 2006. **Resultados:** Foram avaliados 158 prontuários, 107 (67%) do sexo feminino e 51 (33%) do sexo masculino. A média de idade de 48,2 anos, o mais jovem com 21 anos e o mais idoso com 76 anos. 42% declararam-se casados, 27% solteiros e 20% separados ou divorciados. Escolaridade: 46% cursaram nível fundamental, 40% ensino médio, 11% ensino superior e 13% eram analfabetos ou semianalfabetos. Em

relação as variáveis comportamentais, 60% referiram vontade de fumar após as refeições, 88% relaciona com ansiedade e 81,1% com a ingestão de café. Quanto ao uso de bebida alcoólica, 25% referiram uso regular todos os dias ou final de semana e 41% usaram ou usam medicação para dormir, 59% não referem tratamento psiquiátrico prévio. **Conclusão:** As características dos pacientes que procuram o tratamento para a cessação do tabagismo, neste ambulatório é em sua maioria mulher, relação 2:1, na faixa etária de 48 anos, casada, com escolaridade variando do ensino fundamental ao médio. A maioria iniciou o tabagismo durante a adolescência e negam tratamento psiquiátrico prévio. Dos pacientes que referiram uso de medicação para dormir, a maioria fez uso de benzodiazepínicos. O hábito de fumar foi mais relacionado com ansiedade, uso de café e após as refeições.

PO535 HISTÓRIA TABÁGICA, GRAU DE DEPENDÊNCIA E CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO AMBULATÓRIO DE TRATAMENTO DO TABAGISTA DA SANTA CASA, CAMPO GRANDE, MS

Campos Marques AM

UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Dependência; Nicotina; Tabagismo

Introdução: No mundo, há 1,1 bilhão de fumantes e ocorrem 4 milhões de mortes anuais devido ao tabagismo, considerado a maior causa evitável e tratável de morte, segundo a OMS, além de ser fator de risco para várias doenças e um grave problema de saúde pública. Devido esta realidade surgiram alternativas terapêuticas para o controle do tabagismo. No Ambulatório de Tratamento do Tabagista da Santa Casa, os fumantes são avaliados segundo a história tabágica e grau de dependência antes de receberem o apoio terapêutico para a cessação do tabagismo. **Objetivos:** Conhecer a história tabágica, o grau de dependência e a cessação do tabagismo dos fumantes tratados no Ambulatório de Tratamento do Tabagismo da Santa Casa de Campo Grande. **Métodos:** Trabalho retrospectivo de revisão de prontuários dos pacientes do Ambulatório de Tratamento do Tabagista da Santa Casa no período de abril de 2004 a abril de 2006. **Resultados:** Analisados 158 prontuários com os seguintes resultados de cessação do tabagismo segundo a história tabágica assim distribuídos: 24% fumavam menos de 10 cigarros/dia e 52,3% mais de 30 cigarros/dia, 38,9% moram com fumantes e 40,8% não moram com fumantes. A maioria procurou voluntariamente ou/e por aconselhamento médico o ambulatório. Desses 36,7% não pararam de fumar e 30,4% pararam. Referente a idade de início do hábito, verificou-se que antes dos 15 anos a taxa de foi 35%, dos 15 aos 20 anos 41,8% e nos maiores que 20 anos 43,8%. Pacientes que fumaram 35 anos ou menos tiveram 37,5% de sucesso e com mais de 36 anos de hábito a taxa foi de 43,5%. Segundo o escore do Teste de Fagerston, verificou-se que 16,6% dos que tiveram grau de dependência muito baixa conseguiram sucesso. Pacientes com elevado grau de dependência obtiveram taxa de sucesso de 50%. **Conclusão:** O fato de morar com fumantes não interferiu no sucesso da cessação porém a idade de início foi um marcador para o insucesso. A origem do encaminhamento não teve relação com o resultado do tratamento. Pacientes que fumavam maior quantidade de cigarros diariamente obtiveram maior sucesso sem relação com o tempo do hábito. O escore alto do Teste de Fagerston não diminuiu o sucesso do tratamento nesse grupo de pacientes.

PO536 AVALIAÇÃO DO PERFIL DE FUMANTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE APOIO AO TABAGISTA DO HOSPITAL DE MESSEJANA NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 2002 A DEZEMBRO DE 2005

Penha Uchoa Sales M¹, Oliveira MP², Jatái IO³, Melo Matos I⁴, Figueiredo MRF⁵

1,2,5. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil; 3,4. UECE, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Perfil; Fumantes; Ambulatório apoio

Introdução: O tratamento do fumante engloba aspectos físicos e psicológicos. Para tanto, requer terapia medicamentosa e equipe treinada em abordagem cognitivo-comportamental. **Objetivos:** Avaliar o perfil do tabagista que buscou tratamento para abandono do fumo e a taxa de sucesso do programa. **Métodos:** Realizado estudo retrospectivo em clientes do ambulatório de apoio ao tabagista do Hospital de Messejana, durante o período de outubro de 2002 a dezembro de 2005. O tratamento foi dividido em duas fases, sendo a primeira com duração de cinco semanas e voltada para atingir a abstinência com emprego de dinâmicas de grupo variadas visando às mudanças no comportamento; a segunda se estendeu até completar um ano e caracterizou o período de manutenção da abstinência, em que se valorizou o crescimento pessoal com as conquistas. Os dados sociodemográficos; grau de dependência nicotínica medida pelo teste de Fagerstrom; história tabágica; tratamento e evolução, foram colhidos a partir de prontuários. Considerou-se abstinência, aqueles que pararam de fumar há pelo menos seis meses (sucesso); recaída, os casos que voltaram a fumar rotineiramente após abstinência; abandono, aqueles que deixaram o programa na primeira fase e, por último, insucesso, os que não conseguiram parar de fumar, mesmo com a medicação. **Resultados:** Foram avaliados 427 clientes atendidos no programa, com predomínio de mulheres em 65%; sendo observado tendência de maior procura por parte dos homens, ao longo dos anos. A variação da medida do grau de dependência foi inferior no sexo feminino (6,07) do que no masculino (6,55). Quanto ao número de cigarros fumados durante o dia, 149 (35%) usavam menos de 10; 22 (5%) usavam mais de 30; sendo 32% e 27% valores intermediários, 11 a 20 e 21 a 30, respectivamente. Em média, a idade do cliente que procurou o ambulatório foi 49 anos, o tempo de tabagismo durou 34 anos e a iniciação tabágica foi mais freqüente por volta dos 15 anos. Acima de 50% apresentaram mais de uma tentativa frustrada para parar de fumar. Quanto ao desfecho, 238 (56,8%) atingiram o sucesso; 66 (15,8%) apresentaram recaída; 72 (17,2%) não conseguiram parar de fumar e 43 (10,3%) abandonaram o tratamento. **Conclusão:** Quanto ao perfil do fumante, observou-se que mulheres procuraram mais o ambulatório, o que proporcionou menor grau de dependência, uma vez que elas fumam menos. O tabagismo foi iniciado na adolescência e o tempo médio de uso do fumo foi de 34 anos. A taxa de abstinência (56,8%) se deveu a mudanças estruturais no programa de atendimento ao fumante, em particular nas sessões

de abordagem cognitivo-comportamental, na tentativa de se buscar recursos para estimular a aderência ao tratamento e aumentar o vínculo do grupo, além da disponibilidade do tratamento medicamentoso padrão.

PO537 EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE CONDICIONAMENTO FÍSICO PARA GRUPOS DE INDIVÍDUOS QUE PARTICIPAM DE PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO DO HOSPITAL DE MESSEJANA-CE

Penha Uchoa Sales M, Morano MTAP, Silveira JM, Aquino DN, Araújo Pinto RM, Viana CMS *Centro de Qualidade de Vida em Pneumologia do Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.*

Palavras-chave: Condicionamento físico; Controle; Tabagismo

Introdução: Tendência dominante no campo da Educação Física estabelece uma relação entre a prática da atividade física e a conduta saudável, resultando em melhores padrões de qualidade de vida e fator de motivação para abandono do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar os efeitos de um protocolo de condicionamento físico em clientes que participam do Programa de Controle ao Tabagismo do Hospital de Messejana. **Métodos:** Estudo de intervenção utilizando protocolo de condicionamento físico associado ao tratamento padronizado para a cessação do tabagismo (abordagem cognitivo-comportamental e terapia medicamentosa com bupropiona e adesivo de nicotina) realizado no período de maio a julho de 2006. A amostra foi dividida em dois grupos: grupo I recebeu somente tratamento padrão e o grupo II participou do protocolo de condicionamento físico e tratamento padrão. Este protocolo constou de exercícios de resistência (teste da cadeira); teste incremental (carga de membros superiores e inferiores); teste de caminhada de seis minutos (TC6min) e atividade aeróbica em bicicleta, durante três vezes por semana e realizados a cada dia, respectivamente. Ambos grupos foram submetidos à avaliação inicial e final: medidas de pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima; TC6min; Peak Flow, testes de resistência e incremental, além de aplicação do Questionário Geral de Qualidade de Vida (SF-36). Análise estatística: utilizado o teste t de Student, com probabilidade alfa fixada em 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital de Messejana. **Resultados:** No total, 7 clientes participaram do estudo, sendo 3 no grupo I e 4 no grupo II. Todos conseguiram parar de fumar. Os indivíduos do grupo II apresentaram melhora nos valores de medida do Peak Flow, aumento na distância percorrida no TC6min e no teste incremental de membros superiores e inferiores ao final do protocolo, apresentando, estes resultados, significância estatística. **Conclusão:** No grupo submetido ao protocolo, observou-se melhora dos parâmetros utilizados para avaliar o condicionamento físico.

PO538 SUCESSO DO USO DA BUPROPIONA EM PROGRAMA PARA CESSAÇÃO DE TABAGISMO COMPARADO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ISOLADA

Ramos Feitosa PH¹, Pereira MRM², Resende RO³

1. *Hospital Regional do Gama-Coordenação de Pneumologia da SES-DF, Brasília, DF, Brasil;* 2,3. *Hospital Regional do Gama, Brasília, DF, Brasil.*

Palavras-chave: Tabagismo; Dependência; Bupropiona

Introdução: A bupropiona tem sido prescrita mundialmente para o tratamento do tabagismo e muitas vezes de forma indiscriminada. O sucesso da droga tem relação com o momento preciso da prescrição, tendo o paciente que estar preparado para tal. **Objetivos:** Comparar o sucesso da bupropiona prescrita em programa de cessação de tabagismo, com a prescrição médica, isolada, fora de programa de cessação de tabagismo. **Métodos:** Foram selecionados 160 pacientes que usaram bupropiona no programa de tabagismo da Secretaria de Saúde do DF (grupo A) e 160 pacientes que usaram a droga sem pertencer ao programa (grupo B). A medicação foi prescrita por 3 meses para os dois grupos. Foi verificado o grau de dependência segundo a escala de Fagerström e verificado a cessação do tabagismo em 3, 6 e 12 meses, em cada grupo. **Resultados:** Grupo A: 160 pacientes sendo 110 do sexo feminino com - MB (muito baixa dependência) 6 (3.75%) pacientes, B (baixa dependência) 15 (9.4%), M (média dependência) 20 (12.5%), E (elevada dependência) 58 (36.2%) e ME (muito elevada dependência) 59 (36.8%). Grupo B: 160 pacientes sendo 100 (62,5%) do sexo feminino - MB 8 (5%), B 13 (8,1%), M 21 (13,1%), E 55 (34,3%) e ME 63 (39,3%). Os resultados abaixo se referem, na seqüência, aos 3, 6 e 12 meses de tratamento. A primeira coluna de se refere aos dados do grupo A e a segunda coluna aos do grupo B. MB: 3 (50%) - 6 (75%)/3 (50%) - 4 (50%)/3 (50%) - 4 (50%) Baixa: 9 (60%) - 8 (53,3%)/7 (46,6%) - 5 (38,4%)/5 (33,3%) - 3(23%) Média: 11 (55%) - 9 (42,8%)/10 (50%) - 7 (33,3%)/10 (50%) - 5 (24%) Elevada: 25 (43,1%) - 19 (34,5%)/21 (36,2%) - 15 (27,2%)/21 (36,2%) - 12(22%) Muito elevada: 23 (38,9%) - 16 (25,3%)/20 (33,8%) - 10 (15,8%)/20 (33,3%) - 7 (11%). **Conclusão:** A bupropiona tem maior sucesso na cessação do tabagismo em pacientes que pertencem a um programa de cessação do tabagismo, em relação à prescrição isolada.

POLÍTICAS PÚBLICAS

PO539 RESPIRA NITERÓI – PLANO DE CONTROLE DA ASMA – NITERÓI-RJ

Da Rocha Caldeira ZM¹, Tenório LR², Da Silva Campos H³

1. *Fundação Municipal e Saúde de Niterói, Niterói, RJ, Brasil;* 2. *Fundação Municipal de Saúde de Niterói, Niterói, RJ, Brasil;* 3. *Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

Palavras-chave: Asma; Controle da asma; Programa de Controle da Asma

Introdução: A asma afeta uma parcela considerável da população em todas as faixas etárias, havendo indícios de que sua prevalência esteja aumentando. Niterói possui uma população de 460.000 habitantes, apresentando cerca de 40.000 internações mensais pelo SUS. Entre essas, 10% correspondem a doenças do aparelho respiratório. A asma é responsável por 1,3% do total de internações e 12% das internações por doenças respiratórias. Sabe-se que muitos asmáticos são atendidos nos serviços de emergência, não havendo notificação desses atendimentos. Esses pacientes, em geral, são medicados para a fase aguda, não

havendo o controle da doença, acarretando repetidas idas às emergências, internações hospitalares, até mesmo, óbitos que poderiam ser evitados. **Objetivos:** Oferecer um plano de diagnóstico e terapêutico para o manejo do paciente asmático e implementá-lo na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes, reduzir as internações e os demais custos causados pela asma. **Métodos:** Foi proposta, em Niterói, rotina de atendimento hierarquizado, na qual os pacientes portadores de asma leve e moderada são atendidos nas unidades básicas e Programa de Médico de Família, enquanto os asmáticos graves e de difícil controle, nas unidades de referência, onde contam com especialistas. No primeiro atendimento é preenchida uma ficha cadastral contendo dados de anamnese, clínicos e de classificação da asma de acordo com o Consenso Brasileiro de Asma. A medicação utilizada tem sido salbutamol e beclometasona, dispensada pela farmácia central do município. **Resultados:** O projeto iniciou em 2004, contendo, até maio de 2005, 500 pacientes cadastrados, diagnosticados como portadores de asma grave (31%), moderada (33%) ou leve (36%). Quanto ao gênero, 60% eram do sexo feminino e 40%, masculino, não sendo observada diferença quanto à gravidade da asma entre eles. Em relação à faixa etária, as crianças (< 15 anos) corresponderam a 45% (n = 225) dos cadastros, sendo a asma leve (37%) e moderada (38%) mais freqüente entre elas, enquanto, a forma grave apresentou percentual mais elevado (58%) na faixa etária entre 50 a 69 anos. Há relato de internação prévia por asma em 42% dos pacientes e 68% apresentam rinite concomitante. Em 2005, houve redução de 25% das internações por asma na faixa pediátrica, em municípios de Niterói. **Conclusão:** Esforços devem ser realizados para a manutenção e implementação de um programa de assistência ao asmático, hierarquizado e regionalizado, de acordo com os princípios do SUS, enfatizando o atendimento nas unidades públicas de atenção básica e programa de saúde da família, o que permite atingir maior proporção da população e controle da doença, com redução da morbidade e mortalidade por asma.

PO540 A ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE CURTA DURAÇÃO DIRETAMENTE OBSERVADO (DOTS) NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

D'Aquino LC, Ferreira JM, Monteiro ML, Correia SL, Martins ML, Vieira JR, Zoboli CM *Secretaria Municipal de Saúde, Joinville, SC, Brasil.*

Palavras-chave: Tratamento; Diretamente; Observado

Introdução: O tratamento de curta duração diretamente observado (DOTS) é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde referenciada como o melhor método de descobrir e curar pacientes com tuberculose, sendo considerada não apenas como um tratamento, mas como um compromisso público. A instituição desta estratégia prevê a observação de tomada diária da medicação pelo paciente na Unidade de Saúde ou no município (BRASIL? MS,2002). A protocolação das ações fez-se necessário para a uniformização das atividades desta estratégia, visando o auxílio dos profissionais no desenvolvimento das ações nas Unidades de Saúde, desta forma, garantindo o acesso do DOTS a todos os pacientes inscritos no Programa de controle da tuberculose e o alcance dos objetivos da terapêutica proposta. **Objetivos:** Protocolar as ações para uniformizar as atividades desta estratégia, no auxílio dos profissionais no desenvolvimento das ações nas Unidades de Saúde. **Métodos:** Inicialmente todos os profissionais das equipes de saúde receberam treinamento prévio referente ao DOTS, porém a realização deste nas Unidades de Saúde, de forma não sistematizada, produziu a resistência de alguns profissionais quanto ao desenvolvimento desta estratégia. Após a análise da situação, decidiu-se pela elaboração de um protocolo, utilizando do seguinte método: participação interdisciplinar; seleção do conteúdo; discussão e avaliação pelo profissionais das equipes de saúde; correção e reformulação do protocolo; aprovação do protocolo e treinamento dos profissionais. **Resultados:** A implantação do DOTS de forma sistematizada uniformizou as ações, permitindo a cada profissional reconhecer a importância de seu papel no tratamento dos pacientes com Tuberculose. A protocolação desta estratégia mudou o perfil epidemiológico da Tuberculose no Município, pois o entendimento das necessidades e eficiência na realização do DOTS, propiciou o engajamento dos profissionais no processo de busca ativa, controle, tratamento e cura da doença. A realização do DOTS estreitou as relações entre a comunidade e as equipes de saúde, aumentando a confiabilidade dos pacientes e, conseqüentemente, a aderência ao tratamento. **Conclusão:** O DOTS mostrou-se eficaz e essencial na luta contra a Tuberculose no maior Município de Santa Catarina (em população e em número de casos de TB). Acreditamos ser possível a instituição do DOTS sistematizado no tratamento de todos os casos de Tuberculose, desde que cada equipe identifique suas necessidades, respeitando-as na confecção de seus protocolos.

PO541 ANÁLISE DAS DIFERENÇAS NA PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM HOSPITAL PÚBLICO VERSUS PRIVADO

De Luca FA¹, Gun C², Baruzzi ACDA³, Pavanello R⁴, Guidoni M⁵

1. *UNISA, São Paulo, SP, Brasil;* 2. *Hospital Dante Pazzanese, São Paulo, SP, Brasil;* 3. *Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil;* 4. *Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil;* 5. *Prefeitura de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Profilaxia; Tromboembolismo; Saúde pública

Introdução: O registro internacional IMPROVE (International Medical Prevention Registry of Venous Thromboembolism) com amostra de 12.515 pacientes, 11 países em 56 centros, proporciona o detalhamento epidemiológico, clínico e terapêutico dos diversos centros. Entre as possíveis variáveis para indicação de profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) no Brasil, encontra-se o perfil do hospital podendo ser de cunho público ou privado. Faz-se então a hipótese de que supostas diferenças econômicas e de formação de corpo clínico, poderiam atuar de forma determinante na indicação da profilaxia para TEV. **Objetivos:** Avaliar o perfil demográfico, clínico e terapêutico de dois centros brasileiros envolvidos na inclusão de pacientes no registro IMPROVE. **Métodos:** Foram avaliados 520 pacientes do total de 605 incluídos no Brasil, do total de 12.515 pacientes incluídos no registro IMPRO-

VE no período de fevereiro de 2003 à fevereiro de 2006. Critérios de inclusão: maiores 18 anos, doença clínica aguda e imobilização igual ou superior a 3 dias; critérios de exclusão: terapia anticoagulante/trombolítica, cirurgia de grande porte ou trauma, participação concomitante em outro estudo e tratamento de TEV. Foram subdivididos em 2 grupos: Grupo I (GI) 258 pacientes incluídos em hospital privado (Hosp. Israelita Albert Einstein) e Grupo II (GII) 262 em hospital público (Hosp. Geral Grajaú). **Resultados:** GI e GII apresentaram respectivamente, amostra demográfica da população de 50 e 49% dos registros do sexo feminino, idade média de 69 e 53 anos; patologia pulmonar, cardíaca e neurológica de 26, 12 e 15% versus 29,22 e 12%. Os fatores de risco mais prevalentes foram: imobilização por mais de 3 dias (46 e 10%), obesidade (6 e 10%), internação na unidade de terapia intensiva (23 e 3%) e utilização de cateter venoso central (15 e 0%). Estratificados através do número de fatores de risco: Grupo A - nenhum (9 e 19%), Grupo B - 1/2 (62 e 67%), Grupo C - 3/4 (28 e 13%) e Grupo D - 5 ou mais (2 e 1%). Para ($p < 0,001$), o Grupo I com proporção de pacientes com 3/4 fatores (28%) significativamente maior do que no Grupo II (13%); Grupo I foi encontrada proporção de pacientes com nenhum fator de risco (9%) significativamente menor do que no Grupo II (19%). A utilização de profilaxia farmacológica ($p = 0,003$), no Grupo I proporção de pacientes com uso de profilaxia (37%) significativamente maior do que no Grupo II (25%). Taxa de sangramento ($p = 0,003$), no Grupo I encontrada proporção de pacientes com sangramento (3%) significativamente maior que Grupo II (0%). **Conclusão:** As diferenças estruturais entre instituições públicas e privadas são amplamente discutidas e registros internacionais de ampla amostragem como o estudo IMPROVE permite a análise. Os dados demonstram variações importantes com repercussão na prática clínica. Perfil demográfico distinto entre os centros com maior aplicação de profilaxia para trombose venosa na instituição privada GI em relação à pública GII.

PO542 HOSPITALIZAÇÕES POR ASMA E DPOC: UM INDICADOR DA NECESSIDADE DE PROGRAMAS DE MANEJO PARA DOENÇAS CRÔNICAS

De Oliveira MA¹, David YRN², Rodrigues de Almeida Santos SR³, Mutti A⁴, Fausto PR⁵, Araújo MD⁶, Furlan V⁷

1,2,3,4,6,7. Total CARE-AMIL, São Paulo, SP, Brasil; 5. Hospital Paulistano, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Custos; Hospitalizações; Doenças crônicas

Introdução: Os custos diretos decorrentes de hospitalizações por doenças crônicas como asma e DPOC consomem grande parte dos recursos do sistema de saúde. Hospitalizações por certas doenças crônicas são consideradas em grande parte, evitáveis, já que poderiam não ter ocorrido se o paciente participasse de um programa de manejo adequado. **Objetivos:** Avaliar a frequência de hospitalizações dos pacientes com asma e DPOC no período de julho de 2004 a setembro de 2005, em um serviço privado de pneumologia. **Métodos:** De forma prospectiva foram seguidos 365 pacientes responsáveis por 480 hospitalizações acompanhados pela equipe de pneumologia. No período analisado, foram comparados, através do teste de Mann-Whitney, o número de hospitalizações dos pacientes com asma e DPOC em relação ao portadores de outras doenças. **Resultados:** Dos pacientes acompanhados, 195 eram do sexo masculino, com idade de 14 a 98 anos, com $X \pm DP$ (59 \pm 18). 138 (38%) pacientes foram internados com diagnóstico de asma ou DPOC e 227 (62%) foram internados com outras doenças. Os pacientes com asma e DPOC foram responsáveis por 42% das internações, sendo que 38 pacientes internaram 2 ou mais vezes. A média de internação do grupo com asma e DPOC foi significativamente maior em relação aos pacientes sem asma e DPOC (1,4 \pm 1,0 versus 1,2 \pm 0,8; $p < 0,000$). **Conclusão:** Pacientes com asma ou DPOC apresentam um alto índice de internações gerando um alto custo para o sistema de saúde. A inclusão destes pacientes em programas de manejo podem reduzir as internações consideradas evitáveis com conseqüente redução dos custos.

PO543 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DE JOINVILLE-SC

Schwingell FL, D'Aquino LC, Weber SLP, Moro A

Universidade Região de Joinville - UNIVILLE, Joinville, SC, Brasil.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; Doenças obstrutivas; Medicina ambulatorial

Introdução: De acordo com o II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a prevalência de DPOC no Brasil é de 12% da população em adultos com mais de 40 anos. É sabido também que 10% da população têm o diagnóstico de asma, sendo esta doença tratada ou não. **Objetivos:** Traçar o perfil do paciente atendido no ambulatório de pneumologia com base em seus dados epidemiológicos, doença e fatores predisponentes. **Métodos:** Foram analisados todos os pacientes atendidos em ambulatório de pneumologia de nossa instituição no período de fevereiro de 2002 a julho de 2006. As variáveis consideradas foram: idade, sexo, profissão, tabagismo (maço/ano), queixa principal que os levou a procurar o serviço, diagnóstico da doença e suas comorbidades. **Resultados:** O número total de pacientes foi 615, sendo 329(53,4%) do sexo feminino e 286(46,6%) do sexo masculino. A idade variou de 08 a 103 anos, tendo como média 51,4 anos. Quanto às profissões, 156 eram aposentados, 156 do lar, 52 estudantes, 16 trabalhavam em construção civil e o restante possuía outras ocupações (36%). Com relação ao tabagismo, 303 (51,2%) não fumavam e 300 (48,8%) fumavam. Dentre os fumantes, a média de maços fumados considerando-se o número de anos foi de 38,5 maço/ano. As queixas que levaram os pacientes a procurar assistência médica foram: dispnéia (58,2%), tosse produtiva (7,3%), tosse seca (6,5%), e outras como avaliação pré-operatória, dor torácica, sibilos, roncocal e emagrecimento (26,8%). Os diagnósticos mais prevalentes foram: asma 28,1%, doença pulmonar obstrutiva crônica 30,6%, tuberculose 3,7%, pneumonia 3,7%, neoplasias de pulmão 2,9%, nódulos pulmonares 1,5%, tosse crônica 1,9%, pneumonite 0,3%, pneumoconiose 0,8%, bronquiectasia 1,3%, tromboembolismo pulmonar 0,2%, sarcoidose 0,6% e outros como insuficiência cardíaca congestiva, diagnóstico não esclarecido, hemoptise e fibrose pulmonar idiopática (19,3%). As comorbidades encontradas foram: hipertensão arterial sistêmica 28,1%, diabetes mellitus 10%, insuficiência

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

cardíaca congestiva 3,5%, acidente vascular encefálico 2,3%, rinite alérgica 5,7%, osteoporose 1,3%, neoplasias 2,1%, história de atopia 2,8%, dispepsia 0,8%, doença arterial coronariana e cardiopatia 3,9%, tuberculose prévia 2,9% e outras como dislipidemia, sinusite, obesidade, tabagismo e dor osteomuscular (14,6%). **Conclusão:** Nosso ambulatório apresentou uma prevalência de doenças pulmonares de caráter obstrutivo (58,7%), sendo DPOC e asma os mais citados. A principal queixa foi dispnéia, seguida de tosse produtiva e tosse seca. Aproximadamente metade dos pacientes estudados são tabagistas, comprovando uma relação entre o tabagismo e a doença pulmonar, independente do diagnóstico. A maioria apresenta comorbidades associadas à doença pulmonar base.

PO544 IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASMA E RINITE ALÉRGICA NAS HOSPITALIZAÇÕES POR ASMA EM FEIRA DE SANTANA-BA

Brandão HV¹, Junior IS², Santos EM³, Paiva CC⁴, Souza Machado A⁵, Da Cruz AAS⁶

1,2,3,4. Secretaria Municipal de Saúde, Feira de Santana, BA, Brasil; 5. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 6. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (ProAR); Asma; Rinite

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica de elevada morbidade no Brasil. O estudo ISAAC realizado em Feira de Santana, no ano de 2002, detectou prevalência de sintomas de asma em escolares e adolescentes de 20,4% e 21,6% respectivamente. O Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (ProAR) foi implantado em 2004 com o objetivo de reduzir hospitalizações, atendimentos de emergência e mortalidade por asma no Município com fornecimento regular de medicações e realização do Programa de Educação em Asma e Rinite. **Objetivos:** Avaliar o impacto da implantação do Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (ProAR) na redução das hospitalizações por asma no Município de Feira de Santana. **Métodos:** Obtenção de dados de internações por asma de residentes em Feira de Santana nos anos anteriores a implantação (2002, 2003, 2004) e 01 ano após a implantação (2005), através do acesso as informações disponíveis no DATASUS-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde. **Resultados:** Verificou-se 863 internações por asma em 2002;602 em 2003; 418 em 2004 e 239 em 2005. A faixa etária de maior ocorrência foi de 0 a 5 anos, com predominância do sexo masculino nos anos de 2002 e 2003 e de igual proporção em 2004 e 2005. Houve maior número de hospitalizações nos meses de abril a agosto e em novembro e dezembro, demonstrando sazonalidade dos sintomas. **Conclusão:** As hospitalizações por asma reduziram em 42,8% após 01 ano de funcionamento do Programa. A implantação do Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica ocasionou diminuição do sofrimento humano e economia para o serviço público.

PO545 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM ASMA DE FORTALEZA/CE – PROAICA

Holanda MA¹, Braga AD², Farias Santiago Araujo SH³, Almeida PC⁴, Pereira EDB⁵, De Sousa CR⁶, Eduardo Bezerra de Castro PM⁷, Madeiro Leite AJ⁸

1. Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3. Prefeitura Municipal de Fortaleza - CAC Lucia de Fatima, Fortaleza, CE, Brasil; 4. Universidade Estadual do Ceará-Mestrado de Saúde Pública, Fortaleza, CE, Brasil; 5,7,8. Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Prefeitura Municipal de Fortaleza - Secretaria de Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Controle; Prevenção

Introdução: Há evidências de que a asma é hereditária. Pela complexidade clínica da apresentação da doença, suas bases genéticas são freqüentemente estudadas através de fenótipos que podem ser medidos objetivamente por meio de provas de função pulmonar, medidas dos graus de alergia por testes cutâneos de leitura imediata ou dosagens de IGE específica, estudo dos marcadores da inflamação e medidas da hiperreatividade brônquica. Na impossibilidade dessas medidas, pode-se determinar o fenótipo de pacientes segundo o GINA, de modo indireto, com bases clínicas, considerando: 1. a determinação da presença de sintomas pontuados quanto aos graus de dispnéia e sibilância e frequência das crises; 2. a avaliação da frequência quanto ao sexo; 3. a associação de asma com outras doenças alérgicas como rinite e eczema; 4. a presença de alergia na família, especialmente em parentes próximos. **Objetivos:** Avaliar clinicamente algumas características fenotípicas que norteiam os critérios de admissão dos pacientes ao PROAICA. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo em que os dados foram obtidos dos prontuários de 1359 crianças/adolescentes, de zero a 16 anos de idade, admitidas ao PROAICA. Tomou-se dessa amostra a distribuição dos asmáticos com relação ao sexo, a classificação da asma, a associação com rinite e eczema e a presença de alergia nos parentes dessas crianças. O paciente para ingressar no PROAICA deve apresentar pelo menos três crises asmáticas no período de um ano e/ou uma internação por crise asmática no mesmo período. **Resultados:** Quanto ao sexo, 796 (58,6%) eram do masculino e 563 (41,4%) do feminino. Todos foram classificados quanto à gravidade da asma em asmáticos intermitentes 470 (34,7%); persistentes leves 419 (44,7%); persistentes moderados 170 (18,7%) e persistentes graves 167 (17,8%). Considerando a associação com outras alergias, obteve-se que 938 (69,0%) eram também portadores de rinite e que 202 (14,9%) tinham eczema. Com relação à presença de doença alérgica na família, 1237 (91,0%) afirmaram que tinham parentes alérgicos. Entre os parentes alérgicos, encontrou-se que 524 (38,6%) eram mães alérgicas, 377 (27,7%) referiram que os pais tinham alergia e 390 (28,7%) disseram que tinham irmãos alérgicos. **Conclusão:** Os pacientes do PROAICA apresentam como características fenotípicas indiretas: 1. serem predominantemente do sexo masculino; 2. possuírem elevada percentagem de associação com rinite e eczema; 3. terem a grande maioria (noventa e um por cento) dos parentes com alergia; 3. serem esses parentes alérgicos predominantemente os mais próximos como mãe, pai e irmãos. Esses dados valorizam os critérios de admissão de pacientes ao PROAICA, uma vez que preenchem as características fenotípicas clínicas indiretas para pacientes asmáticos, principalmente alérgicos.

PO546 A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM ASMA DE FORTALEZA/CE – PROAICA NO CONTROLE DA ASMA

Holanda MA¹, Braga AD², Farias Santiago Araujo SH³, Almeida PC⁴, Pereira EDB⁵, De Sousa CR⁶, Eduardo Bezerra de Castro PM⁷, Madeiro Leite AJ⁸

1. Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3. Prefeitura Municipal de Fortaleza - CAC Lucia de Fatima, Fortaleza, CE, Brasil; 4. Universidade Estadual do Ceará-Mestrado de Saúde Pública, Fortaleza, CE, Brasil; 5,7,8. Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Prefeitura Municipal de Fortaleza - Secretaria de Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Programa; Controle

Introdução: Como doença crônica e, portanto, problema de saúde pública, a asma deve ser controlada. Conforme o estudo AIRLA (Asthma Insight Reality in Latin América) somente 2,6% dos asmáticos da América Latina estão controlados, inclusive no Brasil. O GINA recomenda como objetivos do manejo da asma, que se obtenha: ausência de sintomas diurnos e noturnos; nenhuma visita emergência; pouco ou nenhum uso de medicação de resgate; bem como, nenhum impedimento na realização de atividades físicas e variações do PEF em menos de 20%. **Objetivos:** Apresentar o impacto sobre o controle da asma nos pacientes acompanhados no Programa da Atenção Integral à Criança e Adolescente com Asma (PROAICA), na rede de saúde de Fortaleza/Ce, através das frequências das crises diurnas e noturnas, limitação da atividade física, faltas à escola, e, visitas à emergência e internações. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, em que foram avaliados 610 crianças/adolescentes entre zero e 16 anos, através de análise de prontuário, que compareceram à primeira consulta e a 3 retornos, perfazendo um total de 4 consultas. Estudaram-se a distribuição dos pacientes quanto à frequência das crises diurnas e noturnas, idas à emergência, internações, impedimento das atividades físicas e faltas à escola antes e ao final da quarta consulta. Relacionaram-se os achados de antes e depois da quarta consulta para a avaliação do impacto no controle da asma. **Resultados:** Houve substancial diferença em todas as variáveis de antes para depois da quarta consulta. Encontrou-se que: 80,3% dos pacientes diminuíram a frequência de suas crises de asma, e, apenas 6,9% dos pacientes tiveram suas crises inalteradas depois do acompanhamento no programa; a limitação da atividade física diminuiu em 47,5%, passando de 371 (60,8%) antes, para 81 (13,3%) depois; a frequência de sintomas noturnos uma ou mais vezes por semana, diminuiu de 320 (52,5%) para 112 (18,4%) com melhora importante de 498 (81,6%) dos pacientes; as faltas à escolas foram reduzidas em 361 (59,2%); dos 559 (91,6%) pacientes que iam à emergência e de 274 (44,9%) que se internaram, houve redução para 163 (26,7%) e 143 (23,4%), respectivamente. **Conclusão:** Para esse grupo de pacientes estudados, as ações do PROAICA desempenharam a contento o seu papel no controle da doença atendendo às principais recomendações do GINA e do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma para o controle da doença: diminuíram substancialmente os sintomas diurnos e noturnos dos seus pacientes; reduziram suas visitas à emergência e hospitalizações; permitiram maior prática de atividade física e reduziram o absenteísmo escolar.

PO547 SILICOSE EM CAVADORES DE POÇOS DA REGIÃO DA IBIAPABA/CEARÁ: DEZ ANOS DEPOIS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PREVENTIVA

Holanda MA¹, Maia Holanda MZ², Cunha VV³, Gondim IT⁴, De Souza MR⁵, Sobrinho MN⁶

1. Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, Fortaleza, CE, Brasil; 2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3,4,5,6. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Silicose; Cavador de poço; Controle

Introdução: A silicose é uma doença pulmonar causada pela inalação da poeira de sílica. Comumente, a silicose surge, em média, após dez anos de exposição à sílica, tem evolução lenta e insidiosa. Em 1988, foi evidenciada a existência de um foco da doença na Região da Ibiapaba-CE (Holanda, MA et al.). Os cavadores de poços exerciam essa atividade por falta de fontes naturais de água na Região e de trabalho. As formas de silicose apresentadas por esses homens eram do tipo acelerada. A população de cavadores de poços em 1988 era de 1200 homens. Entre 1988 e 1998 aplicaram-se intervenções educativas preventivas para o controle da doença. Em 1998, realizou-se uma pesquisa em uma amostra de 283 cavadores para avaliar o impacto dessa intervenção na atividade de cavar poços. **Objetivos:** Apresentar a atual situação sobre a atividade de cavar poços na Ibiapaba no que se refere ao conhecimento dos cavadores sobre o que é silicose, o que causa a doença e se cavam poços na Região. **Métodos:** Aplicou-se um questionário com perguntas fechadas e abertas a todos os cavadores que atenderam ao chamamento através de busca ativa realizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Questionou-se com pergunta fechada a todos os que compareceram se eles sabiam o que era silicose e se ainda cavavam poços; perguntou-se de modo aberto se sabiam o que a doença provocava e quais razões os levavam a cavarem poços. **Resultados:** Setenta e sete homens compareceram ao local da pesquisa. A idade dos entrevistados variou dos 21 aos 79 anos, com média de 50,4 e desvio padrão de 11,1. O estado civil predominante foi o de casado 66 (85%). Quanto ao grau de instrução, a maioria era analfabeta 58 (75,3%). A ocupação principal desses homens era a de agricultor 48 (62,3%) e 13 (16,9%) estavam desempregados. Ao serem indagados sobre sua credibilidade no fato de que cavar poços trazia doença, 76 (98,7%) disseram que sim, destes, 76 (100%) sabiam o nome da doença e 75 (97,4%) acreditavam que o pó da pedreira causava a doença. Sobre se ainda cavavam poços, 70 (90,9%) negaram a atividade e 49 (70,0%) disseram que o principal motivo para não mais cavar foi o conhecimento de que a referida atividade profissional causava a silicose. **Conclusão:** Apesar de ainda haver algumas áreas da Ibiapaba que não têm acesso à água e do desemprego ser elevado entre os cavadores de poços, poucos são os que continuam a exercer a profissão. Constatou-se que há conhecimento acentuado sobre a doença, suas causas e conseqüências, provavelmente fruto da intervenção educativa

aplicada no decorrer dos anos em que se combateu a silicose nos cavadores da Ibiapaba. Ainda há muito o que se fazer como, por exemplo, amparar legalmente esses cavadores doentes e o acesso à água em áreas não agraciadas com a adutora lá existente e oferecer alternativas de trabalho para esses homens que cavam poços porque precisam e não porque querem.

PO548 O PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE UMA EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Macedo TS

ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Planejamento de ações; Equipe multiprofissional; Tuberculose

Introdução: Sabemos que a tuberculose, conhecidamente como um problema de saúde pública, vem ocupando uma posição de destaque. Esta se relaciona com o desenvolvimento social do país, levando-se em conta o determinante do estado de pobreza e a vulnerabilidade da população. Há necessidade de ser dada uma atenção especial a populações de maior risco de adoecimento, representada por indivíduos que residem em comunidades fechadas, usuários de drogas, moradores de rua, alcoolistas, entre outros. A inserção de uma equipe multiprofissional proveniente do curso de especialização em saúde da família nos moldes de residência da ENSP/Fiocruz, em atividades práticas de campo em uma comunidade do Rio de Janeiro coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilitou como trabalho inicial a elaboração do diagnóstico de saúde. A partir deste, identificamos que havia uma baixa captação de paciente com tuberculose pulmonar, ou seja, entre aproximadamente 3.800 moradores cadastrados, apenas três com diagnósticos confirmados. **Objetivos:** Portanto, este estudo pretende articular o planejamento das ações de saúde na Unidade de Saúde da Família, com as práticas de saúde desenvolvidas para a população. **Métodos:** A coleta de dados foi feita por meio de visitas domiciliares e consultas agendadas com médica, enfermeira ou médica residente. Posteriormente foram feitas transcrições deste material. Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) também foram utilizados para este fim. O período de coleta dos dados compreendeu-se entre Junho e Julho de 2006. **Resultados:** Identificamos que se faz necessário um planejamento de ações voltado para aumentar a captação de pacientes com tuberculose pulmonar, aliado a prática de educação permanente de toda a equipe de saúde da família, incluindo os agentes comunitários. É importante estimular a presença da comunidade na participação de grupos. Levando-se em conta uma atenção em saúde que vise aproximar-se da integralidade e da participação da população, acredita-se que o diálogo e o conhecimento da comunidade sejam fatores primordiais para não se incorrer no erro de se realizar práticas colonizadoras. **Conclusão:** Identificamos que se faz necessário um planejamento de ações voltado para aumentar a captação de pacientes com tuberculose pulmonar, aliado a prática de educação permanente de toda a equipe de saúde da família, incluindo os agentes comunitários. É importante estimular a presença da comunidade na participação de grupos. Levando-se em conta uma atenção em saúde que vise aproximar-se da integralidade e da participação da população, acredita-se que o diálogo e o conhecimento da comunidade sejam fatores primordiais para não se incorrer no erro de se realizar práticas colonizadoras.

PO549 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE TUBERCULOSE NO MARANHÃO NOS ANOS DE 2000 A 2006

Said GL, Cavalcante MC, Lima TJ, Santos KS, Caldas GLS, Campos Sousa FA, Polary CMM, Borges CL

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Maranhão; Epidemiologia

Introdução: A tuberculose também chamada de 'tísica pulmonar' ou 'doença do peito' é uma das doenças infecciosas documentadas desde mais longa data e que continua a afligir a humanidade, sendo considerada umas das mais importantes doenças infecciosas atuais. Aproximadamente um terço da população mundial, ou seja, dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo que ocasiona a tuberculose. No Brasil calcula-se uma incidência de 129.000 casos notificados por ano. **Objetivos:** O presente trabalho objetivou conhecer os aspectos epidemiológicos para a tuberculose no estado do Maranhão. **Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico retrospectivo sobre os casos de tuberculose no Maranhão, no período de 2000 a junho de 2006 a partir dos dados cedidos pela Secretaria de Estado do Maranhão junto ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Avaliou-se a incidência da tuberculose segundo algumas cidades, sexo, escolaridade e a realização da baciloscopia de escarro. **Resultados:** No período de janeiro de 2000 a 2005, a maior incidência de tuberculose no Maranhão foi no ano de 2000 (56,98). Dentre alguns municípios, vale ressaltar que no período de 2000 a 2005 Caxias teve maior incidência no ano de 2004 (56,98), Codó em 2000 (138,56); Bacabal em 2001 (18,83) e São Luís em 2000 (99,42). Considerando-se a faixa etária, a incidência foi de 115,43 em vítimas de tuberculose maiores de 50 anos. Quanto ao grau de escolaridade e sexo das pessoas acometidas pela tuberculose no período de 2000 a 2006, temos: 47,08% de pessoas apenas com o nível fundamental e 2,43% com nível superior. Considerando-se o sexo, temos uma maior incidência no sexo masculino com 57,12. Nesse mesmo período, os casos de tuberculose notificados quanto a baciloscopia de escarro mostraram que dos 20261 casos, somente 16034 realizaram a baciloscopia de escarro, 4205 não a realizaram e em 22 o exame foi ignorado. Dos que fizeram a baciloscopia, 10058 casos foram registrados como positivo e 5976 como negativo. **Conclusão:** A partir dos dados, foi verificado que a maior incidência de tuberculose no Maranhão no período de 2000 a 2005 ocorreu no ano de 2000, tendo maior incidência nas pessoas com apenas o grau de ensino fundamental, seguido pelas sem educação formal. A faixa etária mais acometida foi a população com mais de 50 anos e o sexo mais afetado foi o masculino, quanto a baciloscopia de escarro foi registrado o maior número de casos como sendo positivo.

FISIOPATOLOGIA RESPIRATÓRIA

PO550 ESTUDO DA COMPLACÊNCIA DE PULMÃO ISOLADO EM RATOS ETILISTAS

Cataneo DC¹, Pereira RSC², Cataneo AJM³

1,3. *Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil;* 2. *Curso de Pós-Graduação em Bases Gerais da Cirurgia - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Alcoólismo; Intoxicação alcoólica; Complacência pulmonar

Introdução: Os mecanismos agressores que levam ao comprometimento pulmonar, atribuível à ingestão crônica de etanol, ainda não estão claros. Estudos iniciados entre as décadas de 70 e 80 são totalmente controversos, provavelmente devido ao fato de avaliarem pequenos grupos de pacientes, sendo muitos deles também tabagistas crônicos. Na década de 90 estudos epidemiológicos revelaram que o abuso de álcool aumentava o risco da Síndrome do Estresse Respiratório Agudo, por uma disfunção pulmonar na resposta ao estresse inflamatório. Somente no início deste século, com os estudos bioquímicos e dos antioxidantes como a glutatona, foi possível atribuir ao álcool a função de agressor da membrana celular alveolar e medir o verdadeiro dano dessa substância para a função pulmonar. Revendo a literatura e os efeitos deletérios já estudados do etanol na membrana alvéolo-capilar, decidimos realizar um trabalho que estudasse os aspectos mecânicos da agressão do etanol nos pulmões. **Objetivos:** Investigar o efeito do alcoólismo na mecânica pulmonar de ratos submetidos à ingestão de etanol por um período de 6 meses, através do cálculo da complacência do pulmão isolado. **Métodos:** Foram utilizados 64 ratos adultos de peso aproximado de 180 gramas. Os ratos foram mantidos em ambiente controlado, recebendo ração comercial à vontade. Após um período de adaptação de sete dias os animais foram distribuídos por sorteio em dois grupos, Controle e Etilista, que receberam por 6 meses em livre demanda, respectivamente água e etanol a 30%. Decorridos 6 meses, os animais foram sacrificados e os pulmões retirados, em bloco, unidos pela traquéia. Foram aferidas as massas pulmonares (m) em balança analítica, e seus volumes (VR) obtidos através de imersão em solução de formol e, após a instilação da mesma solução através da traquéia, a uma pressão constante de 20cm de água, foram novamente aferidos seus volumes (CPT). Calculou-se a complacência do pulmão isolado (C) através da fórmula: $C = CPT - VR/20$. Também foram calculadas a complacência específica através da fórmula: $Cesp = C/VR$ e densidade: $d = m/VR$. A análise estatística foi feita através do teste T de Student e para as variáveis que rejeitaram a hipótese de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, foi aplicado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. **Resultados:** Para o grupo controle, a C variou de 0,40 à 0,85 ($x = 0,65 \pm 0,11$), a Cesp de 0,20 à 0,42 ($x = 0,29 \pm 0,07$) e a d de 0,47 à 1,02 ($x = 0,79 \pm 0,14$). Para o grupo etilista, a C variou de 0,30 à 0,60 ($x = 0,45 \pm 0,90$), a Cesp de 0,12 à 0,30 ($x = 0,18 \pm 0,47$) e a d de 0,48 à 0,96 ($x = 0,64 \pm 0,13$). Houve diferença significativa entre os dois grupos, tanto para a complacência, como para a complacência específica ($p < 0,001$). **Conclusão:** A complacência do pulmão isolado do rato etilista é menor que a do pulmão do rato normal.

PO551 CROMOGLICATO VS ZARFILUKLAST NA PREVENÇÃO DO BRONCOESPASMO INDUZIDO PELO ESFORÇO

Ladosky W¹, Botelho MAM²

1. *Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, Canadá;* 2. *Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, Brasil.*

Palavras-chave: BIE; Cromoglicato; Zarfiluklast

Introdução: O Broncoespasmo Induzido por Esforço (BIE) é um teste de bronco provocação, de grande especificidade e reprodutibilidade. É mais preciso que os testes com drogas e está hoje largamente difundido na prática médica. A resposta de broncoespasmo ao esforço é mediada por agentes inflamatórios como a histamina e leucotrienos, entre outras. **Objetivos:** O objetivo desse estudo é comparar o efeito de inibidores desses dois mediadores na prevenção da asma induzida por esforço em crianças. **Métodos:** Foram estudadas 18 crianças com idade entre 7 e 16 anos, com diagnóstico clínico de "asma" estabelecido por Pneumologista Pediátrico de fora do serviço. Na primeira consulta, além de assintomáticas apresentaram exame espirométrico "normal" (CVF, VEF1 e VEF1/CVF > 80% do Valor Teórico). Foram submetidas então a agendamento semanal para realização de 3 testes de BIE em esteira. Na primeira semana foi realizado, às 14h., um teste com carga de esforço a 80% do máximo teórico, que serviu para avaliação das condições basais do paciente. O resultado foi quantificado segundo um modelo por nos proposto (Respiratory Medicine - submetido à publicação). Uma semana após, o paciente recebeu às 10 h tratamento com cromoglicato (CG) ou zarfiluklast (Zarfi). A droga foi randomicamente selecionada e o teste realizado em duplo cego; e às 14h repetiu-se o teste de esforço. Na terceira semana foi executado o mesmo protocolo sendo utilizada a outra droga. Os resultados do teste foram quantificados e comparados ao da primeira semana. **Resultados:** Todos 18 pacientes estudados apresentaram decremento do VEF1 após 8 minutos de teste em esteira. Em 3 deles o valor da redução do VEF1 após esforço foi idêntico para as duas drogas. Em 11 pacientes o CG foi mais eficiente que o Zarfi em evitar o BIE, e em outros 4 o Zarfi foi a droga mais ativa. **Conclusão:** Nesse estudo a resposta a um inibidor seletivo da liberação da histamina foi significativamente mais eficiente para evitar o bronco espasmo que a inibição de receptores ao leucotrieno. Pelos resultados obtidos podemos pensar que a resposta ao teste de esforço de expressa as mais das vezes pela liberação de histamina e que pode ser prevenida pelo cromoglicato.

PO552 ESTUDO DOS RECEPTORES HORMONAIS NO MÚSCULO DIAFRAGMA DE CAMUNDONGOS COM Distrofia Muscular

Feder D¹, Pereira MLG², Godoy IRB³, Silva CS⁴, Silvestre DN⁵, Santos RA⁶, Carvalho MHC⁷, Zyngier SB⁸

1,2,3,4,5,8. *Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, São Paulo, SP, Brasil;* 6,7. *ICB - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Distrofia muscular; Diafragma; Receptores hormonais

Introdução: A distrofia muscular de Duchenne é uma doença genética, ligada ao cromossomo X. Na doença existe ausência da distrofina, uma proteína que faz parte da estrutura da mem- J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

brana celular; a ausência desta proteína acarreta uma série de eventos que irão culminar com a degeneração muscular progressiva e fibrose dos músculos. Em geral ocorre a parada de deambulação entre 7 e 12 anos, sendo que na adolescência e nos adultos jovens as manifestações respiratórias e cardíacas ocorrem. A falência respiratória ainda é a maior causa de óbito; A utilização do BIPAP aumenta a sobrevida mas a falência respiratória continua sendo a principal causa de óbito. O modelo experimental mais utilizado para estudar a doença é o camundongo mdx. Este animal apresenta uma mutação de ponto no gene da distrofina. Em condições normais os camundongos mdx apresentam muito poucos sintomas e somente sob exercícios intensivos irão apresentar algum grau de fraqueza muscular. O uso dos corticóides na distrofia muscular de Duchenne se consolidou como o melhor tratamento havendo melhora da força muscular e da capacidade respiratória. O mecanismo de ação dos corticóides na distrofia é desconhecido, apesar de existirem muitas teorias para seu efeito. Não existem estudos dos receptores dos corticóides e de outros hormônios esteróides no músculo diafragma de camundongos com distrofia muscular. **Objetivos:** Avaliar a expressão dos receptores hormonais no músculo diafragma. **Métodos:** Estudamos 5 camundongos mdx e 5 camundongos C57BL/6 (grupo controle) com quatro meses de idade. Os animais foram mantidos em atividade espontânea, com água e alimentação ad libitum. Os animais foram sacrificados em câmara de CO₂. O músculo diafragma foi dissecado, retirado e imediatamente congelado em nitrogênio líquido a -80 C. A expressão dos receptores hormonais nos músculos foi realizada pela técnica do PCR. Os resultados foram submetidos a análise estatística pelo teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Não há diferença significativa na expressão dos receptores de corticóide, andrógeno, estrógeno alfa e beta no diafragma de camundongos com distrofia muscular. Há uma redução significativa dos receptores da progesterona no diafragma de camundongos mdx em relação aos animais do grupo controle.

Glicocorticóide	Glicocorticóide	Andrógeno	Andrógeno	Estrógeno alfa	Estrógeno alfa	Estrógeno beta	Estrógeno beta	Progesterona	Progesterona
C57BL/6	mdx	C57BL/6	mdx	C57BL/6	mdx	C57BL/6	mdx	C57BL/6	mdx
1,47 +/- 0,16	1,25 +/- 0,24	0,80 +/- 0,33	0,91 +/- 0,33	1,82 +/- 0,49	1,25 +/- 0,18	5,72 +/- 1,60	4,11 +/- 0,58	0,58 +/- 0,16	0,34 +/- 0,07

* $p < 0,05$

Conclusão: A expressão dos receptores de corticóide no diafragma de camundongos distróficos é semelhante à observada no diafragma de camundongos normais, não explicando o seu efeito benéfico no tratamento da distrofia muscular. Estrógeno e andrógeno tem um importante papel na fisiologia dos músculos mas a expressão dos receptores destes hormônios no diafragma não difere nos músculos distróficos e normais. A redução da expressão dos receptores da progesterona nunca foi relatada no diafragma de camundongos mdx sendo que a importância desta alteração necessita ser melhor pesquisada.

PO553 CO-INFECÇÃO TB/HIV/AIDS EM SANTA CATARINA

Gomes C, Tell EA

Secretaria da Saúde, Florianópolis, SC, Brasil

Palavras-chave: Tuberculose; Co-infecção; HIV/AIDS

Introdução: A co-infecção Tuberculose/HIV/AIDS contribui para manutenção da incidência de ambas as patologias em níveis altos. **Objetivos:** Conhecer o perfil da co-infecção em Santa Catarina para tomar medidas de controle. **Métodos:** Análise de 10.490 casos novos de tbc no período de 1999-2005 e sua relação com infecção HIV/AIDS, constantes dos bancos de dados do Sistema de Informação da Secretaria Estadual de Saúde (Sinan). **Resultados:** No período estudado, 17,2% dos casos novos de Tbc eram portadores da co-infecção e dentre estes 34,6% são formas extra pulmonares e 65,4% formas pulmonares. Dos casos de co-infecção extrapulmonares estavam distribuídos da seguinte forma: 32,1% ganglionares (linfáticas), 24,5% pleurais, 12,7% meningite tbc e 14,4% miliares. Dos casos novos sem co-infecção, 80,6% eram pulmonares e 19,4%, extra pulmonares. Destes 17,3% são formas ganglionares, 43,7% pleurais, 7,5% meningites tbc, e 9,2 miliares. Nas co-infecções as formas ganglionares predominam e sem co-infecção as formas pleurais. **Conclusão:** Dado a frequência da co-infecção Tbc/HIV/AIDS em Santa Catarina, para o controle, foi introduzida na rotina dos serviços de Saúde da rede pública, a investigação desta co-infecção em todos os casos novos de Tuberculose.

PO554 ANÁLISE DO USO DE DESCRITORES DE DISPNEIA TRADUZIDOS EM PACIENTES COM DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS E OBESIDADE

Teixeira CA¹, Straccia L², Rodrigues Junior AL³, Terra Filho J⁴, Baddini Martinez JA⁵

1. *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil;* 2,3,4,5. *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Descritores de dispnéia; Doenças cardiorrespiratórias; Obesidade

Introdução: Observa-se interesse crescente nos aspectos qualitativos da dispnéia. **Objetivos:** Investigar a aplicabilidade de descritores de dispnéia desenvolvidos nos EUA, traduzidos e adaptados para o português, em pacientes com doenças cardiorrespiratórias e obesidade. **Métodos:** Foram estudados pacientes com DPOC (50), Asma (50), ICC (30) e obesidade graus 2 e 3 (50), sem comorbidades. Foram realizados testes de função pulmonar e aplicação de questionário com 15 descritores traduzidos do trabalho de Mahler et al (Am J Respir Crit Care Med, 1996, 154:1357). Os pacientes escolheram frases que melhor descreviam a sua sensação e selecionaram as 3 melhores opções. Os termos descritores escolhidos foram analisados e agrupados empregando-se análise multivariada de agrupamento. **Resultados:** Foram definidos 9 clusters: "expiração", "fome de ar", "sufoco", "superficial", "rápido", "aperto", "falta de ar", "inspiração", "trabalho". Todos os grupos selecionaram entre as suas 3 primeiras opções questões de mais de um cluster. Alguns clusters foram compartilhados por mais de um grupo de pacientes. Uma forte relação com o cluster "inspiração" foi observada em asma, DPOC e ICC. **Conclusão:** A associação de diferentes clusters com os grupos, sugere que os pacientes podem estar descrevendo experiências de dispnéia distintas, mas a relação não é suficientemente grande, para permitir diagnóstico diferencial entre essas condições.

PO555 ANÁLISE DO USO DE DESCRITORES DE DISPNEIA NACIONAIS EM PACIENTES COM DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS E OBESIDADETeixeira CA¹, Straccia L², Rodrigues Junior AL³, Terra Filho J⁴, Baddini Martinez JA⁵

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Descritores nacionais de dispnéia; Doenças cardiorrespiratórias; Obesidade

Introdução: A literatura em língua inglesa refere utilidade clínica no uso de termos qualitativos de dispnéia. **Objetivos:** Investigar a aplicabilidade de descritores de dispnéia localmente desenvolvidos em pacientes com doenças cardiorrespiratórias e obesidade. **Métodos:** Foram estudados 50 pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 50 com Asma, 30 com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e 50 com Obesidade, sem comorbidades. Foram realizados testes de função pulmonar e aplicação de questionário com 15 descritores, previamente desenvolvidos pelo nosso grupo. Os pacientes escolheram as frases que melhor descreviam a sua sensação e selecionaram as 3 melhores opções. Os termos descritores escolhidos foram analisados e agrupados, empregando-se análise multivariada de agrupamento. **Resultados:** Foram definidos 7 clusters: "sufoco", "aperto", "taquipnéia", "fadiga", "abafado", "trabalho/inspiração" e falta de ar. Todos os grupos selecionaram entre as suas 3 primeiras opções questões de mais de um cluster. Alguns clusters foram compartilhados por mais de um grupo de pacientes. Uma forte relação com os clusters "sufoco" e "trabalho/inspiração" foi observada em asma, DPOC e ICC. Obesidade relacionou-se melhor com "falta de ar". **Conclusão:** O número de clusters fortemente relacionados com as diferentes condições foi maior empregando-se descritores nacionais. Entretanto, o seu emprego também não contribuiu significativamente para diagnóstico diferencial entre as condições.

PO556 A APLICAÇÃO DO VEF6 NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS OBSTRUTIVAS

Moreira MF, Lazzarotto GB, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Obstrução; VEF6

Introdução: O diagnóstico funcional da doença obstrutiva é baseado essencialmente nos valores do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) e na relação VEF1/CVF (Capacidade Vital Forçada) obtidos de curvas fluxo-volume e volume-tempo. Alguns estudos tem proposto a utilização do VEF6 (Volume Expiratório Forçado no 6º segundo) em substituição à CVF no cálculo da relação. **Objetivos:** Avaliar o papel da relação VEF1/VEF6 no diagnóstico da doença obstrutiva, comparando-a com o método baseado na relação VEF1/CVF. **Métodos:** Analisamos curvas fluxo-volume e volume-tempo realizadas em pacientes adultos na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA. As espirometrias foram obtidas utilizando equipamentos Jaeger, seguindo as Diretrizes Brasileiras para Teste de Função Pulmonar de 2002, classificando-se os pacientes como normais (N) ou obstrutivos (DVO) leves, moderados ou graves. As relações VEF1/CVF, VEF1/VEF6, (CVF-VEF6)/CVF e (VEF6-VEF1)/VEF6 foram calculadas em cada espirometria. Avaliamos também a sensibilidade (S) e especificidade (E) de cada uma na detecção da obstrução. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 114 pacientes (19 normais e 95 obstrutivos), sendo 62 mulheres e 52 homens. A média de idade foi 59 ± 12 anos. O valor médio da VEF1/CVF foi 0,70 ± 0,04 no N, 0,62 ± 0,17 no DVOL, 0,58 ± 0,06 no DVOM e 0,42 ± 0,09 no DVOG. O valor médio da VEF1/VEF6 foi 0,74 ± 0,08 no N, 0,65 ± 0,16 no DVOL, 0,61 ± 0,07 no DVOM e 0,47 ± 0,07 no DVOG. O coeficiente de correlação (r) entre as duas relações foi 0,93. Utilizando para a relação VEF1/CVF < que 0,77 como critério de obstrução, encontramos 99% de S e 100% de E. O mesmo grau de S e E foram obtidos com o valor 0,78 para a relação VEF1/VEF6. A análise do subgrupo DVOG mostrou uma S = 97% e uma E = 85% para detectar os graves se for utilizada o valor < 0,55 na relação VEF1/CVF e < 0,59 utilizando-se a relação VEF1/VEF6. A resultante do cálculo (CVF-VEF6)/CVF em cada grupo foi 0,001 no N, 0,002 no DVOL, 0,03 no DVOM e 0,11 no DVOG, observando-se uma diferença significativa entre o grupo G e os demais (p < 0,05). Considerando 0,10 como ponto de corte, obteremos S = 47% e E = 93%, na detecção da obstrução grave. A resultante do cálculo (VEF6-VEF1)/VEF6 em cada grupo foi 0,13 no N, 0,27 no DVOL, 0,39 no DVOM e 0,52 no DVOG (p < 0,05 entre todos os grupos). Considerando 0,10 como ponto de corte, obteremos S = 60% e E = 99% na detecção da obstrução grave. **Conclusão:** A relação VEF1/CVF e VEF1/VEF6 mostraram-se equivalentes no diagnóstico da doença obstrutiva, sendo sua sensibilidade e especificidade semelhantes. A análise da relação (CVF-VEF6)/CVF e (VEF6-VEF1)/VEF6 pode auxiliar no diagnóstico das obstruções graves.

PO557 O COMPROMETIMENTO DAS PEQUENAS VIAS AÉREAS NOS PACIENTES OBSTRUTIVOS

Moreira MF, Manfroi CB, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Obstrução; Espirometria; Vias aéreas periféricas

Introdução: A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são doenças obstrutivas que comprometem de uma forma difusa as vias aéreas. O início do processo obstrutivo ocorre inicialmente nas vias aéreas periféricas. **Objetivos:** Avaliar o grau de comprometimento das vias aéreas de pequeno calibre em pacientes com doenças obstrutivas, através da análise do fluxo aéreo a baixos volumes pulmonares. **Métodos:** Avaliamos as curvas fluxo-volume de pacientes com asma e DPOC classificados de acordo com o grau de distúrbio ventilatório obstrutivo: leve (DVOL), moderado (DVOM) e grave (DVOG), seguindo as Diretrizes Brasileiras para TFP de 2002. Calculamos as médias do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) e do Vmáx75% (Fluxo Expiratório Forçado após eliminação de 75% da capacidade vital) corrigido para a Capacidade Vital Forçada (CVF) dos pacientes de cada grupo. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 257 pacientes, com média de idade de 60

± 12 anos. Os distúrbios ventilatórios obstrutivos ficaram divididos em: 73 DVOL, 85 DVOM e 99 DVOG. O VEF1 médio em cada grupo foi: 2,16 ± 0,65L, 1,25 ± 0,34L e 0,81 ± 0,23L, respectivamente. O valor médio da relação Vmáx75%/CVF em cada grupo foi de 0,13 ± 0,05, 0,08 ± 0,05 e 0,05 ± 0,05 respectivamente. A redução do fluxo a baixos volumes pulmonares foi mais acentuada no grupo DVOG. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa (p < 0,01). **Conclusão:** O comprometimento do fluxo a baixos volumes pulmonares está presente em todos os distúrbios ventilatórios obstrutivos e indica redução no fluxo periférico, agravando-se à medida que a obstrução progride.

PO558 COMPARAÇÃO ENTRE OS PARÂMETROS DA ESPIROMETRIA E OSCILOMETRIA DE IMPULSO EM INDIVÍDUOS TABAGISTAS E NÃO TABAGISTAS

Moreira MF, Sanches P, Prates BH, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Oscilometria de impulso; Tabagismo; Função pulmonar

Introdução: A Oscilometria de Impulso (IOS) é uma nova versão da técnica das oscilações forçadas (FOT), segundo os trabalhos de Müller e Voguel em 1981. A FOT avalia a mecânica respiratória superimpondo pequenos sinais externos à respiração espontânea do indivíduo, sendo realizada sem fechamento da válvula conectada à peça bucal e sem manobras respiratórias forçadas. Isso permite a sua aplicação em indivíduos com dificuldade em realizar as manobras necessárias à espirometria, em crianças e idosos. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo comparar as variáveis da mecânica respiratória medidas pela oscilometria de impulso, com os valores obtidos na espirometria, em indivíduos tabagistas e não tabagistas. **Métodos:** O grupo de estudo foi constituído de voluntários adultos (acima de 18 anos) tabagistas assintomáticos e não tabagistas (sem queixas respiratórias ou história de doença pulmonar, com espirometria normal). As curvas fluxo-volume foram realizadas no espirômetro Master Screen IOS (Erich Jaeger, Germany), sempre pela manhã, seguindo normas técnicas padronizadas. Foram avaliados: o VEF1, o Vmáx50 e o Vmáx75. A oscilometria de impulso foi realizada com o mesmo equipamento (software versão 4.34). Foram avaliados: R5, R20, X5, X20 e Fres. **Resultados:** O grupo de estudo ficou constituído de 67 indivíduos (42 não-tabagistas e 25 tabagistas) com média de idade de 46 anos. A análise dos dados não mostrou diferença estatisticamente significativa, entre tabagistas e não-tabagistas, nos parâmetros da IOS e da espirometria. As correlações de Pearson entre os parâmetros da espirometria e a IOS foram, na maioria, fracas. As melhores correlações foram entre o VEF1 e a Fres (-0,545) e entre o VEF1 e X20 (0,514). Avaliou-se também o ajuste das distribuições a modelos quadráticos, cúbicos ou exponenciais, porém os resultados foram inferiores à correlação linear. **Conclusão:** Não observamos diferenças significativas entre os grupos estudados. As associações entre os parâmetros oscilométricos e espirométricos foram fracas ou moderadas. Os resultados sugerem que os dois métodos podem estar analisando aspectos diferentes do aparelho respiratório, necessitando de novos trabalhos para definição.

PO559 UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERALViegas CAA¹, Rodrigues SL², Carvalho S³, Araújo V⁴, Silva CAME⁵

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,4,5. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Ventilação mecânica não invasiva; Insuficiência respiratória; Hospitais

Introdução: A ventilação mecânica não-invasiva (VNI) tem sido utilizada, com sucesso, na última década no tratamento de diversas formas da insuficiência respiratória crônica e aguda. Contudo, há pouca informação acerca da utilização da VNI nos hospitais públicos (HPu) e hospitais privados (HPr) no Brasil. **Objetivos:** Descrever o perfil de utilização da VNI nos hospitais públicos e privados no Distrito Federal. **Métodos:** Estudo realizado por meio da aplicação de questionário com 13 itens, distribuído nos 22 hospitais do DF. Os questionários foram analisados por estatística descritiva simples. **Resultados:** Nos hospitais estudados, foi observado que 50% dos HPu e 70% dos HPr utilizam VNI. Destes apenas 10% utilizam no setor de emergência e pronto-socorro hospitalar e as principais causas da não utilização da VNI são a falta de equipamentos específicos (94%) e a pouca experiência da equipe de assistência com o método (38%). A monitoração da VNI é realizada por meio da frequência respiratória (100%), saturação periférica da hemoglobina (92%), gasometria arterial (84%) e frequência cardíaca (62%). **Conclusão:** A utilização da VNI varia entre HPr e HPu, e é pouco utilizada nos setores de pronto-atendimento dos hospitais. Independente da área hospitalar, os motivos para a pouca aplicação são a indisponibilidade de equipamentos e a falta de treinamento da equipe com a VNI.

PO560 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA RESISTÊNCIA DAS VIAS ÁREAS NOS DIFERENTES GRAUS DE DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS OBSTRUTIVOS

Perin C, Silveira MM, Garcia SB, Moreira MF, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Resistência; Condutância; Distúrbios obstrutivos

Introdução: A resistência das vias aéreas (Rva) é obtida por pletismografia e não necessita de manobras forçadas. Na avaliação da resistência pode-se medir a resistência absoluta (Rtot) e a resistência específica (SRtot). Ademais, a medida da recíproca da resistência, a condutância, quando relacionada ao volume - condutância específica (Sgaw) oferece informações significativas sobre a permeabilidade das vias aéreas. Pelo fato de a Rva não ser obtida em espirômetros comuns e por ainda não estar completamente inserida dentro da prática clínica, existem poucos estudos avaliando na prática o comportamento da Rva nos distúrbios ventilatórios obstrutivos e sua relação com os demais parâmetros da espirometria. **Objetivos:** Estudar o comportamento da resistência e da condutância específica das vias aéreas nos diferentes graus de obstrução ao fluxo aéreo. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo. Foram analisadas todas as provas de função pulmonar de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) obtidas por pletismografia no Laboratório de Função Pulmonar do HCPA durante o período de junho a dezembro de 2005. O estadiamento da DPOC foi feito baseado nos crité-

rios do GOLD. **Resultados:** Foram incluídos 192 pacientes sendo 93 deles com doença grave, 84 com doença moderada e 15 com doença leve. Os valores médios do VEF1 pós-broncodilatador (expresso em litros), Rtot (cmH₂O/L/s), SR tot (cmH₂O/L/s) e Sgaw (L/s/cmH₂O) nos três estádios de gravidade estudados foram, respectivamente: grave (0,95/10,22/58,2/0,02); moderado (1,82/5,88/25,4/0,05) e leve (2,46/5,09/20,8/0,06). Observou-se uma correlação negativa entre os valores do VEF1 e as resistências ($r = -0,61$ para Rtot e $r = -0,64$ para SRtot) e uma correlação positiva entre VEF1 e Sgaw ($r = 0,64$). **Conclusão:** Há uma correlação negativa entre a resistência das vias aéreas e o grau de obstrução avaliado pelo VEF1. A obstrução de vias aéreas observada em manobras forçadas pode ser corroborada pela Rva e Sgaw obtidas em volume corrente. O potencial uso da Rva e Sgaw na detecção de anormalidades precoces nos distúrbios ventilatórios necessita ulterior análise.

PNEUMOPATIAS INFECCIOSAS

PO561 EXPERIÊNCIA COM INFUSÃO ENDOVENOSA CONTÍNUA DE HIDROCORTISONA EM PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE - RELATO DE CASOS

Alves Valle Dornas AP, Soares Reis MA, Corrêa RA, Lopes RM
Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Hidrocortisona; Contínua

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) mantém-se como causadora de importante morbidade e alta mortalidade quando se apresenta na forma grave. Dentre os pacientes hospitalizados com PAC cerca de 10% requerem admissão em UTI, sendo que, destes, cerca de 58 a 87% desenvolvem insuficiência respiratória e requerem ventilação mecânica. A taxa de mortalidade permanece alta (22 a 54%) apesar dos avanços na terapia antimicrobiana e medidas suportivas. Em estudo recente¹, demonstrou-se que a administração de hidrocortisona endovenosa contínua e precoce nestes pacientes pode atenuar a expressão da inflamação, com consequente redução de complicações relacionadas a sepsis, na permanência hospitalar e, possivelmente, na taxa de mortalidade. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho consiste na apresentação de cinco casos de PAC grave (definida segundo os critérios da ATS) conduzidos no Hospital Madre Teresa de Belo Horizonte, MG, os quais foram submetidos a hidrocortisona endovenosa em bomba de infusão contínua (BIC) como parte do tratamento. São relatadas complicações secundárias ao tratamento. **Métodos:** Foram incluídos cinco pacientes (dois do sexo masculino), média de idade de 66,6 anos (38 a 84 anos), no período de fevereiro a julho de 2006. A hidrocortisona endovenosa em BIC foi administrada por um período de $7,60 \pm 1,02$ dias e a duração da antibioticoterapia foi de $20,40 \pm 2,8$ dias. **Resultados:** Nenhum paciente necessitou de intubação orotraqueal e quatro foram submetidos à ventilação mecânica não invasiva intermitente durante $4,6 \pm 3,55$ dias. Uma das pacientes foi tratada fora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o restante apresentou uma permanência em UTI de $5,40 \pm 4,63$ dias e internação hospitalar de 20,5 dias (cálculo efetuado com quatro pacientes, pois um dos pacientes encontra-se hospitalizado, finalizando o tratamento). Quanto às complicações do tratamento, todos os pacientes apresentaram retenção hídrica, necessitando terapia com diurético. Apenas um paciente apresentou candidíase oral e outra, hiperglicemia transitória sem necessidade de insulino terapia contínua. Não houve óbitos. **Conclusão:** A infusão de hidrocortisona endovenosa com BIC nos pacientes com PAC grave acompanhados ocorreu de forma segura e sem complicações significativas para inviabilizar a conduta. Referência: ¹ - Confalonieri M, Urbino R, Alfredo P, et al. Hydrocortisone Infusion for Severe Community-acquired Pneumonia. A Preliminary Randomized Study. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:242-24.

PO562 RESISTÊNCIA DA PSEUDOMONAS AERUGINOSA AOS CARBAPENÊMICOS, IN VITRO

Souza Machado A, Senna AB, Torres AS, Carneiro ASB, De Oliveira JFV, Correia NS, Ferreira TL

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Resistência; Pseudomonas

Introdução: A pneumonia nosocomial é uma das principais complicações observadas em unidades de terapia intensiva. Acomete tanto pacientes submetidos a procedimentos invasivos quanto imunoincompetentes. Pneumonia representou a primeira causa de hospitalizações (46,2%) na rede pública, por doença respiratória em Salvador (Datusus, 2005). A *Pseudomonas aeruginosa* é o patógeno mais freqüentemente identificado nas amostras coletadas dos pacientes com pneumonia nosocomial, correspondendo a 30% em algumas UTIs. O tratamento adequado das infecções respiratórias hospitalares ainda é um desafio médico, já que, devido às crescentes taxas de resistência bacteriana, é necessário um amplo esquema inicial antimicrobiano. A introdução de carbapenêmicos (imipenem e meropenem) precocemente no tratamento pode levar à multiresistência dessas bactérias, que não responderão à terapêutica disponível. **Objetivos:** Revisar a freqüência de resistência da *Pseudomonas aeruginosa* aos carbapenêmicos, *in vitro*. **Métodos:** Revisão sistemática em base de dados PUBMED, SCIELO e LILACS. Foram selecionados artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, publicados entre 1994 e 2005. Os artigos selecionados deveriam discutir sobre resistência bacteriana a *Pseudomonas, in vitro*. Todos os artigos pré-selecionados foram submetidos à avaliação por escala de qualidade metodológica de acordo com cada desenho de estudo. **Resultados:** A maior parte das amostras com cepas resistentes foi proveniente de aspirados endotraqueais e lavados brônquicos e broncoalveolares; em todos os artigos, a partir da concentração inibitória mínima (MIC) dos antimicrobianos, contra cepas de *Pseudomonas aeruginosa*, o meropenem (MIC50 de 1mg/ml) apresentou atividade superior ao do imipenem (MIC50 de 2mg/ml); as bactérias apresentaram menor sensibilidade ao imipenem (58,7%) quando comparado ao meropenem (64%), devido a seletivos mecanismos de resistência, como a hiperprodução de β -lactamases e alterações na permeabilidade da membrana. Já a resistência cruzada foi semelhante a ambos antimicrobianos (60%), quando comparados ao doripenem em um dos artigos. **Conclusão:** O uso de antimicrobiano de J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

espectro ampliado concorrerá para o aparecimento de cepas resistentes de *Pseudomonas aeruginosa*, em particular ao imipenem e meropenem. Adicionalmente, tem sido observada a resistência cruzada entre os carbapenêmicos.

PO563 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE: HÁ CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL GERAL RUBENS DE SOUSA BENTO?

Sousa Silva N¹, Benedetti MSG², Pereira CA³, Araújo JV⁴

1,2,3. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil; 4. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia adquirida na comunidade; CURP-65; Internação

Introdução: A Pneumonia Adquirida na comunidade (PAC) é uma das mais importantes doenças infecciosas do mundo. Estima-se que cerca de 2 a 15/1000 pessoas adquiram pneumonia por ano, e cerca de 20 a 40% requerem internação. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, pneumonia foi a 4ª principal causa de morte no ano 2000, principalmente em pacientes menores que um ano, e maiores que 70 anos. Em Roraima, entre os anos de 2000 a 2005, as internações hospitalares por PAC corresponderam a uma proporção de 6,8%, com uma taxa de mortalidade de 2,21. Entretanto, nem todos os pacientes com PAC requerem admissão hospitalar; a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda o escore de gravidade CURP-65, que guia a decisão de se internar tais pacientes. **Objetivos:** Determinar se os pacientes admitidos no Hospital Geral "Rubens de Sousa Bento", com diagnóstico de PAC, obedecem a critérios de internação sugeridos pela SBPT. **Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo com uma amostra de 45 pacientes, representando 1,3% do total de internações no Hospital Geral Rubens de Sousa Bento, no período de janeiro a junho de 2006. Foram incluídos os pacientes que, na admissão, tinham quadro clínico compatível com pneumonia, apresentando pelo menos um dos seguintes itens: tosse, dor torácica, febre, alteração da ausculta pulmonar e dispnéia, associados à presença de novo infiltrado na radiografia de tórax. **Resultados:** A faixa-etária predominante foi a de pacientes com idade ≥ 65 anos (51,1%), com maior incidência no sexo masculino (53,3%). Cerca de 97,8% dos pacientes tinham residência fixa. Co-morbidades foram encontradas em 75,6% dos pacientes. A radiografia torácica apresentava infiltrado em 48,9% dos casos. Tosse foi o achado mais freqüente (88,8%), em seguida febre (68,9%), dor torácica (66,7%), dispnéia (53,3%), estertores (44,4%) e cianose de extremidades (2,2%). Em 64,4% dos casos os pacientes apresentavam CURP-65 igual a zero ou um. Dentre tais pacientes, uma proporção de 68,9% apresentava co-morbidades, sendo o Diabetes melitus e a asma as mais freqüentes. Em 55,6% dos casos houve mudança da antibioticoterapia inicial. A mortalidade foi de 15,6%. **Conclusão:** Em grande percentagem dos casos não havia critérios para a internação dos pacientes; entretanto, tais indivíduos apresentavam co-morbidades, as quais podem ter sido o motivo das admissões; não houve consenso na escolha da antibioticoterapia, havendo mudança do esquema inicial em mais da metade dos casos. A mortalidade foi alta para a amostra estudada, mas é semelhante à encontrada na literatura, para pacientes hospitalizados.

PO564 PERFIL DE INTERNAMENTOS POR PNEUMONIA NO ESTADO DO CEARÁ EM 2005

Machado MO, Soares CB, De Albuquerque LM, De Oliveira MIP, Passos SC
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Fatores de risco; Internamento

Introdução: É importante que existam estudos sobre a pneumonia, visto que se trata de uma doença com um grande impacto mundial. Tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as doenças respiratórias representam grande proporção da morbidade nos extremos de idade, exercendo pressão sobre os serviços de saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, a pneumonia permanece entre as cinco causas mais freqüentes de morte em pessoas acima de 65 anos. Nos países em desenvolvimento, são responsáveis por elevadas taxas de hospitalização e óbito, especialmente em crianças menores de 5 anos. As doenças respiratórias agudas chegam a totalizar cerca de um quinto das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS). A pneumonia, que é amplamente definida como uma infecção do parênquima pulmonar, pode ser dividida em pneumonia comunitária e nosocomial. O estudo abordará o primeiro tipo, que corresponde à pneumonia constatada no ato de admissão do paciente ou em processo de incubação, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital. **Objetivos:** Descrever o perfil de internamento por pneumonias em hospitais conveniados ao SUS no ano de 2005 no Estado do Ceará. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal que utilizou dados referentes aos internamentos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS do Estado do Ceará. O banco de dados secundário é proveniente das AIHs, as quais são enviadas para a Secretaria de Saúde para formação do banco de dados do SIH-SUS. A população alvo deste estudo foi constituída de pacientes conveniados ao SUS admitidos por pneumonias. Foram estudados todos os internamentos por pneumonias ocorridos no Ceará em 2005. O n deste estudo foi de 34380 internamentos. As variáveis consideradas foram: idade, sexo e procedência. **Resultados:** A maioria dos casos de internamento por pneumonia corresponde a pessoas do sexo masculino (52,7%). 75,80% dos internamentos por pneumonia no Ceará correspondem a pacientes provenientes do interior. A imensa desigualdade socioeconômica influi no grande número de internação de pessoas do interior. Por exemplo, dentre os fatores de risco relacionados com a pobreza para a internação de crianças por pneumonia, destacam-se o comprometimento do estado nutricional, falta de aleitamento materno, baixo nível educacional dos pais, baixo peso ao nascer, baixa idade materna, pouco ganho de peso na gestação, paridade e aglomerados de pessoas na casa. 12,70% dos internados pertenciam a faixa etária de 0 a 1 ano; 23,47%, 2 a 5 anos; 16,63%, 6 a 12 anos; 25,50%, 13 a 59 anos; e 21,70%, 60 a 99 anos. As maiores percentagens de internamento de todas as pneumonias encontram-se entre 2 a 5 anos e entre 13 a 59 anos. Entretanto, um dos fatores de risco é ser etéreo de idade. Isso se deve ao maior número absoluto de pessoas nas outras faixas etárias. **Conclusão:** Homens, dentro de faixas etárias extremas, provenientes do interior foram os mais susceptíveis a internamentos por pneumonia no Ceará em 2005.

PO565 INFEÇÃO POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE A IMPENEM: RELATO DE CASO

Souza Machado A¹, Senna AB², Durães L³, Carvalho RS⁴, Espinho J⁵
1,2,3. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil; 4,5. Núcleo de Estudos SOS Vida, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Infecção respiratória; Imipenem; Pseudomonas

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica é a segunda maior causa de infecção nosocomial, chegando a constituir 18% das infecções hospitalares. A bactéria *Pseudomonas aeruginosa* é a maior responsável pelos casos de infecções nosocomiais no Brasil. Nas últimas décadas, essa bactéria vem desenvolvendo grande resistência aos antibióticos usados no seu combate. O fator que mais concorre para que isso aconteça é o uso indiscriminado desses antibióticos, que acaba comprometendo o tratamento do paciente, tornando-o mais difícil. Os carbapenêmicos ainda constituem-se em um grupo de antibióticos que pode ser empregado em última escolha para o combate a *Pseudomonas aeruginosa*, por possuírem uma sensibilidade satisfatória a essas bactérias. Apesar disso, vem notando-se, recentemente, o aparecimento de cepas resistentes a esse grupo nos diversos hospitais do país. **Objetivos:** Relatar um caso de infecção respiratória por *Pseudomonas aeruginosa*, que apresentou resistência ao imipenem. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente feminina, 86 anos, com diagnóstico de infecção respiratória, escaras de decúbito, depressão maior e imobilidade crônica ao leito; obteve alta hospitalar em uso de ceftriaxona. Indicada internação em regime domiciliar para tratamento da infecção respiratória. Encontra-se internada no serviço de internação domiciliar, há 3 meses e meio. Ao exame físico, apresentava-se normotensa 120/70mmHg, FC de 100bpm, FR de 20 icm, temperatura de 36,5°C. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular diminuído e com roncus difusos. Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e normofonéticas, em 2 tempos e sem sopros. Abdome com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, distendido e indolor. Extremidades bem perfundidas e sem edemas. Desde que foi admitida na internação domiciliar, evoluiu com persistência da tosse com expectoração mucopurulenta e de grande volume, além de picos febris esporádicos, sendo suspenso ceftriaxona e introduzido o piperacilina/tazobactam. Dias depois, o quadro se complicou com uma infecção do trato urinário crônica, que sugeria bacteremia do trato respiratório para o urinário. Após nova urocultura, foi administrado meronem. Após um mês e meio, ainda cursando com a infecção não controlada, realizou uma gastrostomia e mudou de antibioticoterapia, mantendo o piperacilina/tazobactam e iniciando o uso de sulfametoxazol/trimetoprim e cefepime. Um mês e meio depois da gastrostomia, a infecção respiratória evoluiu, e uma nova cultura de secreção traqueal acusou presença de *Pseudomonas aeruginosa*. Baseando-se nessa cultura, foi substituído o uso do cefepime e introduzido o aztreonam. Dias depois, uma nova cultura de secreção traqueal acusou *Pseudomonas aeruginosa* resistente ao imipenem. **Conclusão:** Tem sido significativo o crescimento da resistência da *Pseudomonas aeruginosa* ao imipenem, principalmente devido à antibioticoterapia variada que os pacientes são submetidos.

PO566 PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE COM DERRAME PLEURAL MULTIFOCAL EVOLUINDO PARA DECORTICAÇÃO PULMONAR

Campos FC, Rodrigues Marques RE, Souza GC, Guedes MAB, Lemos HM
Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia comunitária; Derrame pleural encistado; Toracotomia com decorticação

Introdução: A maioria dos casos de pneumonia adquirida na comunidade em adultos previamente saudáveis não exige internação. A possibilidade de um derrame pleural parapneumônico deve ser sempre contemplada na avaliação inicial de um paciente com pneumonia bacteriana e é o tipo mais comum de derrame pleural exsudativo. Um derrame parapneumônico de fluxo livre pode tornar-se loculado em questão de horas e para destruir essas aderências deve-se realizar uma toracotomia com decorticação. **Objetivos:** Apresentar um caso de paciente com pneumonia comunitária que complicou com derrame pleural encistado e evoluiu para decorticação pulmonar cirúrgica. **Métodos:** C) e tosse seca fazendo uso de anti-térmicos e xarope caseiro sem sucesso. Evoluiu com tosse produtiva de secreção amarelada, dor pleurítica em hemitórax direito, taquidispnéia, prostração e queda do estado geral. Deu entrada no hospital apresentando murmúrio vesicular abolido e maciez à percussão em terço inferior do hemitórax direito, frequência respiratória 44irpm, pulso 100bpm, pressão arterial de 130x80mmHg, radiografia de tórax revelou opacidade heterogênea alveolar extensa com aerobroncogramas em metade inferior do campo pleuropulmonar direito, hemograma com leucocitose desviada para esquerda, gasometria arterial com discreta hipoxemia e pesquisa de BAAR, fungos e células neoplásicas negativas no escarro. Nesse contexto além das medidas de suporte, começou-se antibioticoterapia com amoxicilina/clavulanato de potássio. Após 4 dias de internação realizou tomografia computadorizada de tórax que revelou múltiplos focos de consolidação com aerobroncogramas e derrame pleural multifocal em terço médio e inferior do hemitórax direito. Devido a piora do quadro clínico e laboratorial, apesar de não haver sinais de porta de entrada, optou-se por associar oxacilina e claritromicina ao esquema de antibióticos. Nesse momento a avaliação da cirurgia torácica indicou procedimento cirúrgico de toracotomia com decorticação pulmonar e 10 dias após internação realizou a cirurgia. Obteve melhora clínica, laboratorial, radiológica e no 15 dia de pós-operatório recebeu alta hospitalar. J.F.S., 35 anos, casado, ambulante, natural do Rio de Janeiro, sem antecedentes prévios importantes, relata que há 10 dias iniciou quadro de febre alta (39). **Resultados:** Paciente iniciou antibioticoterapia com amoxicilina/clavulanato de potássio em seguida associou-se ao esquema oxacilina e claritromicina, sendo submetido posteriormente a toracotomia com decorticação pulmonar. **Conclusão:** Neste caso clínico podemos demonstrar que uma pneumonia bacteriana aparentemente inofensiva apresenta complicações graves necessitando para sua resolução de antibioticoterapia com largo espectro e intervenção cirúrgica precoce.

PO567 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: RELATO DE CASO

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Queiroz MA, Freitas NS, Barbosa FG, Miranda ER, Lima ER, Diógenes AC, Reis JC

UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Palavras-chave: Aspergilose; Asma; Bronquiectasia

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) ocorre em apenas uma minoria (< 1%) dos pacientes que apresentam asma atópica. Estes pacientes desenvolveram hipersensibilidade mediada por IgE contra os esporos dos fungos *Aspergillus fumigatus*. **Objetivos:** Relatar um caso de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica em paciente com diagnóstico prévio de asma. **Métodos:** Realizou-se um relato de caso através de coleta de dados de prontuário médico e seguimento ambulatorial com resultado de exames. **Resultados:** Aqui, relata-se o caso de um paciente de 38 anos, agricultor, com história de asma brônquica desde a infância que vem evoluindo com episódios esporádicos de febre, tosse com hemoptise, dor torácica, dispnéia aos pequenos esforços, além de dermatite de contato em mãos. O paciente apresenta história de exposição ao fungo, através do contato com o solo contaminado. Ao exame físico, apresentava roncus e sibilos intensos difusos por todo tórax. O paciente apresentou eosinofilia sanguínea (> 500/mm³) e dosagem de IgE sérica de 1290ng/mL (> 100ng/mL) O raio-x de tórax mostrou um nódulo denso residual em lobo superior direito. Uma Tomografia computadorizada (CT) de tórax evidenciou bronquiectasias císticas predominantemente centrais. **Conclusão:** Como o paciente é portador de asma brônquica, e apresenta bronquiectasias centrais, eosinofilia no sangue, dosagem de IgE sérica elevada, e pela impossibilidade da realização de hipersensibilidade cutânea, considera-se o diagnóstico de aspergilose broncopulmonar alérgica em tratamento com doses de manutenção de corticóide oral (prednisona) com boa resposta clínica e em acompanhamento trimestral.

PO568 CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Apolinário DB¹, Cavalcanti Lundgren FL², Athaide MPG³, Santana Baracho JD⁴, Costa AMDN⁵, Gandara JMB⁶, Luz MCC⁷, Coelho MAL⁸

1,2,3,4,5,6,8. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil; 7. Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Criptococose; Micose pulmonar; Imunocompetente

Introdução: A criptococose é uma infecção fúngica que pode se apresentar de forma aguda, subaguda ou crônica. Sua apresentação clínica varia com o estado imunológico do paciente. A forma assintomática mais comumente encontrada é a presença de nódulos pulmonares, vistos em radiografia de rotina, podendo simular neoplasia pulmonar. **Objetivos:** Relatar caso de criptococose pulmonar em paciente imunocompetente. **Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Mulher de 48 anos, grande tabagista (30 anos/maço), com história de tosse produtiva com expectoração mucóide há 1 mês. Exame físico normal. Radiografia de tórax mostrava condensação em 1/3 superior de HTD. Foi iniciado antibioticoterapia por 7 dias sem melhora clínica e radiológica. Por se tratar de paciente tabagista, foi decidido realizar tomografia de tórax, que evidenciou massa de contornos regulares e localização periférica em LSD. Punção biópsia transtorácica guiada por Tomografia sugeriu presença de fungo na amostra, ausência de células neoplásicas. A paciente foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto (segmentectomia) para melhor estudo etiológico. Laudo histopatológico e cultura do fragmento confirmaram presença de *Criptococos neoformans*. **Conclusão:** Criptococose pulmonar é mais freqüente em pacientes imunocomprometidos. No imunocompetente, a infecção geralmente é assintomática, se apresentando como nódulo pulmonar solitário ou múltiplo, sendo achado incidental em exames de rotina. Em pacientes tabagistas podem ser confundidos com nódulos neoplásicos. A confirmação etiológica só é possível através de exame anatomopatológico e cultura da lesão.

PO569 CORRELAÇÃO CLÍNICO-TOMOGRÁFICO-PATOLÓGICA EM UM CASO DE PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA, EM PACIENTE COM A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Araujo Teotonio VL¹, Fonseca EM², Nunes CL³, Coelho Filho JC⁴, Pereira-Silva JL⁵

1,3. Hospital Jorge Vafente - Salvador - Bahia., Salvador, BA, Brasil; 2,5. Hospital Jorge Vafente - Salvador - Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, Salvador, BA, Brasil; 4. Fundação José Silveira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: AIDS; Pneumocitose; Atípica

Introdução: O advento de novas opções profiláticas e terapêuticas tem permitido maior sobrevida a pacientes com AIDS/SIDA. As complicações pulmonares são as principais causas de morbimortalidade. O diagnóstico precoce e a terapia específica reduzem a mortalidade. O risco de complicações pulmonares específicas depende do nível de imunossupressão. Quando o CD4 é < 200 células/mm³, cresce o risco de infecções oportunistas graves, dentre elas, a pneumocitose. Sua forma mais comum de apresentação tomográfica consiste na presença de opacidades multifocais ou confluentes, do tipo vidro-fosco, habitualmente bilaterais e simétricas. Menos freqüentemente, podem ocorrer áreas de consolidação bilateral, septos interlobulares espessos, opacidades lineares intralobulares, lesões císticas e nódulos. A superposição de septos intralobulares de permeio a áreas em vidro-fosco configura a pavimentação em mosaico. Em casos de pneumocitose, a atenuação em vidro fosco decorre da repleção parcial de espaços aéreos por um exsudato espumoso, constituído por surfactante, fibrina e células degeneradas, onde os microorganismos costumam estar presentes. Raramente pode haver necrose, cavitação ou fibrose difusa. Na presença de alterações radiográficas, invariavelmente costuma ocorrer dessaturação e redução da difusão (DLCO). Quando não tratada precocemente, a insuficiência respiratória pode ser fatal. **Objetivos:** Descrever um caso inusitado de pneumocitose com apresentação tomográfica atípica, cuja conduta intervencionista permitiu o diagnóstico específico e a terapia adequada, suficientes para a resolução do caso. **Métodos:** Descrição de caso e correlação clínico-tomográfico-patológica. **Resultados:** Feminino, 33 anos. Em 1995, tuberculose pulmonar, com HIV positivo. Ao concluir o tratamento, foram ministrados agentes anti-retrovirais. Em 1998, me-

ningoencefalite criptocócica. Há dois meses, tosse seca, febre e dispnéia progressiva. SpO₂ 86% em ar ambiente. Radiografias do tórax e TCAR: áreas focais de consolidação, distribuídas ao longo de feixes broncovasculares. Fibrobroncoscopia com LBA e BTB inconclusiva. Agravou-se o quadro na vigência de antibioterapia de largo espectro e Anfotericina. Realizada biópsia a céu aberto que confirmou o diagnóstico de pneumocistose. Interrompido o esquema vigente e introduzidos suporte ventilatório não-invasivo, trimetoprim/sulfametoxazol e prednisona, com resolução completa dos sintomas e das lesões pulmonares. **Conclusão:** Lesões pulmonares em portadores de SIDA/AIDS podem ter distintas etiologias e formas de apresentação multifacetadas. A despeito dos diversos padrões estabelecidos pela TCAR, que costumam guardar boa correlação com a histopatologia e, eventualmente, com a etiologia, não raramente ocorrem formas atípicas de apresentação. Considerando-se o valor prognóstico da terapia específica precocemente instituída, secreções respiratórias e amostras de tecido devem ser obtidas antes que ocorra deterioração do quadro clínico.

PO570 HIPOGLICEMIA GRAVE E REFRAATÁRIA, ASSOCIADA AO USO DE GATIFLOXACINA, EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA PARENQUIMATOSA DO FÍGADO E DIABETES MELLITUS

Araujo Teotônio VL¹, Andrade TL², Pamplona Neto L³, Marinho MMAE⁴, Pereira-Silva JL⁵ 1,3,4. Hospital Aliança – Salvador – Bahia., Salvador, BA, Brasil; 2,5. Hospital Aliança – Salvador – Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Disglucemia; Gatifloxacina; Cirrose hepática

Introdução: Gatifloxacina é uma 8-metoxi-fluoroquinolona com amplo espectro de ação e propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que lhe conferiram grande popularidade. Mais de 80% da droga sofrem eliminação renal, de forma inalterada. Após uma dose oral de 400mg, a C_{max} e a AUC são modestamente mais elevadas (32% e 23%, respectivamente), em indivíduos hepatopatas, Child-Pugh B, quando comparados à população geral. Naqueles com insuficiência hepática moderada, não há a necessidade de ajustes posológicos. Apesar de ser considerada uma droga segura, casos de hipoglicemia (entre o 1º e o 3º dia) e de hiperglicemia graves (entre o 4º e o 10º dia) têm sido descritos, sobretudo, mas não exclusivamente, em indivíduos diabéticos, em uso de hipoglicemiantes orais, bem como, em pacientes idosos e/ou com disfunção renal. Em um estudo envolvendo 15.000 pacientes, a incidência de hipoglicemia grave foi de 0,3/1.000 e 6,4/1.000 entre indivíduos não-diabéticos e diabéticos, respectivamente. A incidência de hiperglicemia também foi maior entre os diabéticos (13/1.000 vs. 0,07/1.000). No conhecimento dos autores, não há registros da ocorrência de hipoglicemia grave e refratária ao tratamento, em pacientes portadores de doença crônica parenquimatosa do fígado (DCPF), diabéticos, em uso de hipoglicemiantes orais, que receberam gatifloxacina. **Objetivos:** Relatar dois casos de hipoglicemia grave, em pacientes diabéticos e com DCPF, que usaram gatifloxacina, alertando para o diagnóstico diferencial com encefalopatia hepática. **Métodos:** Registro de casos. **Resultados:** Masculino, 72 anos. Diabético e com DPOC. Sofreu revascularização miocárdica no passado. Portador de DCPF (Child-Plugh B) e hepatocarcinoma, em programa de transplante de fígado. Função renal normal. Vinha em uso de glibenclâmida, losartan, espirolactona e trinitrato de glicerol, quando foi admitido com pneumonia. Após a primeira dose de gatifloxacina, tornou-se sonolento, pálido, com tremores e sudorese. A glicemia caiu para 46mg/dL (refratária às aplicações de glicose hipertônica intravenosa). Feminino, 68 anos. Diabética e com DCPF (Child-Plugh B). Função renal normal. Vinha em uso de glimepirida, espirolactona, furosemida e lactulona. Acometida por pneumonia. Na segunda dose de gatifloxacina, a glicemia caiu de 135mg/dL para 28mg/dL (refratária). Admitida em casa. Apesar da gravidade, houve o controle adequado do distúrbio metabólico. **Conclusão:** Embora hipoglicemia e hiperglicemia ocorram raramente em pacientes tratados com gatifloxacina, costumam ser graves e potencialmente fatais. Ainda que a gatifloxacina seja eliminada em mais de 80% por via renal, sob a forma inalterada, pacientes hepatopatas crônicos também estão sujeitos a essas complicações. A despeito da maior probabilidade de ocorrência de encefalopatia hepática, para justificar a queda do sensorio na vigência de infecção, em pacientes com DCPF, a possibilidade de disglucemia induzida por gatifloxacina deve ser sempre considerada, sobretudo por sua simplicidade diagnóstica.

PO571 HISTOPLASMOSE PULMONAR CRÔNICA ASSOCIADA A COLONIZAÇÃO INTRACAVITÁRIA POR ASPERGILLUS

Balthazar AB, Braganholo Junior LA, Quagliato Junior R, De Rezende SM, Yonezawa GN, Macedo RF, Schweller M, Araújo Guerra Grangeia T UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Histoplasmoze; Aspergillus; Broncoscopia

Introdução: A Histoplasmoze pulmonar crônica é uma infecção micótica causada pelo *Histoplasma capsulatum*, raramente diagnosticada em nosso meio. É adquirida por via inalatória com características clínicas e radiológicas muito semelhantes à tuberculose. **Objetivos:** Relatar um caso de paciente com Histoplasmoze pulmonar crônica associada ao *Aspergillus fumigatus*. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, do lar, tabagista, apresentou quadro de tosse produtiva com expectoração amarelada. Tratada com antibiótico com melhora clínica parcial. Radiograma de tórax (RX) demonstrou opacidade heterogênea com áreas de hiperlucência localizada em ambos os lobos superiores. Realizou diversas pesquisas e culturas, no escarro e na broncofibroscopia (BFC), para BAAR e fungos, sendo todas negativas. Tomografia computadorizada de tórax visualizou consolidação com dilatação brônquica de permeio, no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo, com cavidades periféricas. Iniciado tratamento empírico para tuberculose por seis meses sem melhora clínica significativa. Meses após o tratamento, retorna com tosse, febre vespertina, emagrecimento e episódios de escarro hemoptoico, com permanência das lesões no RX de tórax. Foi então submetida à nova tomografia, que demonstrou opacidades lineares com áreas de cavitação e espessamento das paredes, algumas com conteúdo em seu interior compatível com colonização intracavitária por fungos. Nova BFC com lavado brônquico (LB) foi realizada com isolamento *Aspergillus fumigatus*. Interpretado como colonização intracavitária por fun- J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

gos, e por serem as lesões bilaterais, foi optado por tratamento com Anfotericina B por instilação endoscópica. Nas aplicações de Anfotericina, realizava-se LB com pesquisas sistemáticas para fungos e micobactérias, obtendo-se cultura positiva para *Histoplasma capsulatum*, confirmada por sorologia também positiva. Mantido o tratamento endoscópico com Anfotericina B e introduzido Itraconazol 200mg/dia. Dois meses após esse tratamento, a paciente já se apresentava completamente afebril, sem tosse ou escarro hemoptoico, persistindo apenas com dispnéia aos moderados esforços. **Conclusão:** A Histoplasmoze pulmonar crônica tem sido pouco diagnosticada em nosso meio, provavelmente pela falta de uma investigação sistemática. Muitos casos devem ser tratados como Tuberculose com escarro negativo, seja pela falta de investigação do fungo, seja pela dificuldade de seu isolamento. Nesse caso, a associação com *Aspergillose* intracavitária foi uma peculiaridade demonstrando que ela pode estar presente em qualquer cavidade pulmonar preexistente. A investigação sistemática de fungos, seja através das pesquisas e culturas, seja através da sorologia, deve ser sempre realizada em pacientes com quadros clínico e radiológico sugestivos de Tuberculose sem isolamento da micobactéria e principalmente quando não ocorre resposta clínica a um teste terapêutico.

PO572 ASPERGILOSE PÓS-TUBERCULOSE: RELATO DE CASO

Lima Filho PW, Gonçalves Cardoso MJ, Martins VC, Thiers MM, Rosa AC, Barbosa DH, Medeiros MA, Lins HC

FMJ, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Palavras-chave: Aspergilloze; Pesquisa de BAAR; Tratamento multiresistente

Introdução: A aspergilloze pode se apresentar como uma reação alérgica em asmáticos, ou infecção invasiva com pneumonia, ou ainda uma colonização em uma antiga cicatriz de cavidade pulmonar em conseqüência de abscesso pulmonar ou tuberculose com produção de bola fúngica (aspergiloma). O aspergiloma constitui uma massa fúngica que se forma nas cavidades preexistentes no pulmão. É complicação em até 11% das antigas cavernas tuberculosas. A micose cursa de forma crônica, manifestando-se com hemoptise de repetição, uma bola de fungos (aspergillus), dispnéia, perda de peso, fadiga, dor torácica ou febre. A tríade histórica de tratamento para tuberculose, hemoptise e exames de escarro negativo para bacilo álcool-ácido resistente orienta o diagnóstico para colonização fúngica, como regra a lesão situa-se nos lobos superiores dos pulmões. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com aspergiloma pulmonar pós-tuberculose. **Métodos:** Revisão bibliográfica e estudo retrospectivo de prontuário do HMSVP. **Resultados:** JHS, masculino, 36 anos, electricista, natural e procedente de Juazeiro do Norte, não fumante, não etilista. Foi admitido no HMSVP, com hemoptise moderada, intensa dispnéia, tosse, relatando perda de peso. Ao exame físico apresentou sibilos, broncoespasmo importantes e sem febre. Paciente relata tuberculose há 12 anos com BK positivo, radiografia de tórax e clínica sugestiva, foi tratado com esquema tipo 1, resultando cura. Evoluiu nos próximos 12 anos com episódios de hemoptoicos, febre e radiografia sugestiva de Tb, fazendo tratamento com vários esquemas, inclusive o último de multiresistência, porém com BK sempre negativo. Foi realizado exames tomográfico, radiográfico e histopatológico. **Conclusão:** Diante do caso concluímos a importância do diagnóstico diferencial entre a aspergilloze e a tuberculose. A bola fúngica tem bom prognóstico quando o tratamento cirúrgico é a lobectomia. Em 10% dos casos a regressão é espontânea da colonização.

PO573 PARACOCIDIOMICOSE: RELATO DE CASO

Holanda Araújo D¹, Costa Filho JD², Leal GME³

1,2. Hospital Geral César Cals, Fortaleza, CE, Brasil; 3. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Relato; Caso

Introdução: A Paracoccidioidomicose (PCM) é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina. Também conhecida como Blastomicose Sul-Americana ou Moléstia de Lutz-Splendore-Almeida, foi descrita em 1908 por Adolpho Lutz. O maior número de casos se concentra no Brasil, regiões Sul e Sudeste. A infecção se dá por inalação do fungo e acomete principalmente adultos (30-50 anos), homens (supõe-se papel protetor do estrogênio) e agricultores. O fungo já foi isolado na terra, detritos vegetais e água. A doença, histopatologicamente, caracteriza-se por processo piogênico-granulomatoso, em sua maioria com evolução crônica, acometendo geralmente pulmões, mucosa da cavidade oral e das vias aéreas, pele e gânglios. O tratamento de escolha é com Itraconazol. **Objetivos:** Exemplificar caso de paciente portador de Paracoccidioidomicose do Serviço de Pneumologia do Hospital Geral César Cals em Fortaleza-CE. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** M.D.S., 51anos, masc., tabagista desde os 17anos (12 cig/d), iniciou em 1986 quadro de dispnéia aos médios esforços associada a gânglios cervicais supratóxicos. Submeteu-se a uma biópsia que evidenciou Paracoccidioides brasileiros, sendo então iniciado o tratamento com Cetoconazol durante 06 (seis) meses. Permaneceu 10 anos assintomático. Em 1997, o paciente voltou a apresentar dispnéia e foi reinternado. Fez uso de sintomáticos e recebeu alta hospitalar com discreta melhora. Em 2003, apresentou piora da dispnéia, sendo novamente internado, submetendo-se a TC Tórax que demonstrou "sinais de pleuropneumopatia crônica de componente fibrótico e nodular com processo agudo superposto sugestivo de processo inflamatório granulomatoso." Passou a fazer uso domiciliar intermitente de oxigênio e broncodilatadores. Há 07 meses da admissão, observou lesão em gengiva próxima aos incisivos inferiores. Submeteu-se à nova biópsia, que evidenciou processo inflamatório granulomatoso compatível com PCM. Foi, então, encaminhado para este serviço para tratamento. Antecedentes relevantes: trabalhou na construção de estradas e barragens, e como caminhoneiro por 4 anos na rota Norte-Nordeste. O exame físico da admissão era normal, exceto pelo achado da lesão ulcerada, de aspecto moriforme, sem conteúdo necrótico ou purulento, em gengiva, adjacente aos incisivos inferiores. Durante o internamento, foi iniciado tratamento com anfotericina B, na dose de 50mg/dia. Após 5 dias do início do tratamento, apresentou uma reação à droga, com calafrios e febre, o que ocasionou sua suspensão. Após 48 horas, foi reiniciada em dose menor (10mg/dia) e progressiva (aumento de 10mg/48h), assim como medidas para evitar ou minimizar para-efeitos. Totalizou 16 dias de tratamento, sem intercorrências, com cicatrização da lesão em cavidade oral. Recebeu alta hospitalar, com orientação de tratamento domiciliar com

itraconazol por 2 anos. **Conclusão:** Trata-se de um caso ilustrativo de uma micose sistêmica bastante prevalente em nosso País. A forma crônica do adulto, caracterizada pelo componente pulmonar fibrótico, se encaixa na descrição do caso acima. O uso de Anfotericina é justificado nas formas graves pulmonares em ambiente hospitalar. O itraconazol na dose de 100mg/d é o tratamento em nível ambulatorial de escolha e tem como maior limitante o seu custo.

PO574 PNEUMONIA COMUNITÁRIA ESTAFILOCÓCICA EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE – RELATO DE CASO

Araujo Filho JU, Lima JAB, Lins HC, Pinho Mendes CC
Universidade Federal do Ceará, Barbalha, CE, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia comunitária estafilocócica; Imunocompetente; Adultos

Introdução: A pneumonia estafilocócica não é doença do adulto sadio. Atingindo de preferência indivíduos com defesas locais ou sistêmicas comprometidas, que exigem tratamento hospitalar. Naqueles que a adquirem fora do hospital, a doença é de início súbito, com calafrios, febre, dor pleural, tosse produtiva, escarro purulento ou sanguinolento. Como a via hemática em adultos é a mais freqüente porta de entrada em um grande número de casos, esta é facilmente identificada como: lesões cutâneas, piodermite, furúnculos, abscessos, feridas cirúrgicas contaminadas. Sendo o foco de origem geralmente identificado. **Objetivos:** Relatar caso clínico de pneumonia estafilocócica, decorrente de infecção em foco secundário no paciente imunocompetente. **Métodos:** Estudo retrospectivo de caso clínico. **Resultados:** Paciente de 31 anos, internado em UTI devido a Insuficiência Respiratória Aguda, evoluindo com febre, tosse produtiva, hemoptóicos, taquipnéia, taquicardia, crepitações e sibilos disseminados em ambos os hemitórax. Durante internamento observou-se abscessos em face e região submandibular. Raio-x de tórax evidenciava condensações alveolares bibasais, com derrame pleural e cavitação em lobo superior esquerdo. Tomografia mostrou área de consolidação em lobo direito, sem linfonodomegalias, com múltiplos nódulos pulmonares. Hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*. Respondendo a terapêutica com vancomicina e piperacilina + tazobactam. **Conclusão:** De acordo com o quadro clínico, exames laboratoriais e exames de imagem, conclui-se tratar-se de um caso de pneumonia por estafilococos em paciente imunocompetente. Conclui-se a importância do diagnóstico desta entidade, devido a sua evolução aguda e grave.

PO575 TOSSE CRÔNICA E EVOLUÇÃO INSIDIOSA NA CRIPTOCOCOSE PULMONAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Tarso Guerrero Muller P, Patusco LA, Perez GB, Donatti MI, Tinós ALS
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

Palavras-chave: Criptococose; Infecções; Tosse

Introdução: A criptococose é uma patologia infecciosa causada por um fungo do gênero *Cryptococcus* sp. É adquirida por inalação, podendo restringir-se aos pulmões ou disseminar-se; sendo que, em indivíduos imunocompetentes, a infecção pulmonar tem tendência a resolução espontânea e, com freqüência, é assintomática. Nos pacientes sintomáticos a literatura descreve dor torácica em 40% dos casos e tosse em 20%. Costuma ser uma complicação comum em pacientes com diminuição da imunidade celular. **Objetivos:** Avaliar os casos de criptococose, enfatizando os dados que, quando analisados, permitam aumentar o grau de suspeição por parte do médico. **Métodos:** Estudo transversal, feito através da revisão de prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), indexados pelo CID 10: B45 (criptococose), no período de janeiro/1996 a janeiro/2006. **Resultados:** Foram revistos 7 (sete) casos de criptococose pulmonar, com idade variando entre 25 e 57 anos. Foram acometidas 6 pessoas do sexo masculino e 1 indivíduo do sexo feminino. Todos os pacientes apresentaram-se com uma história protraída (média de 2 meses – variando de 1 a 4 meses) de sintomas respiratórios, onde destaca-se clinicamente, a presença de: febre (85%), dor torácica (71%), perda ponderal (70%), tosse produtiva (57%), hiporexia (57%), tosse seca (28%), hemoptise (1%) e dispnéia (1%). Quanto às alterações encontradas ao exame físico, destaca-se a diminuição do murmúrio vesicular (71%) e presença de estertores (57%) à ausculta respiratória. Dois pacientes eram portadores do HIV. Um paciente era portador de neoplasia pulmonar maligna. Demais pacientes eram imunocompetentes. Em relação aos hábitos de vida, 57% relataram tabagismo importante e 43% relataram etilismo. As alterações radiológicas encontradas foram: presença de massas pulmonares (42%), infiltrado intersticial difuso (28,5%), opacidade parenquimatosa (preenchimento alveolar) (14%). O diagnóstico foi confirmado por lavado broncoalveolar em 67% e biópsia em 33% dos casos. O tratamento empregado em todos os pacientes foi com uso de anfotericina. Em 1 deles também foi administrado fluconazol e outro foi submetido a segmentectomia pulmonar. À exceção de um paciente que obito devido complicações de neoplasia pulmonar e outro que ainda está com tratamento em curso, todos os demais obtiveram alta com cura clínica. **Conclusão:** A amostra constituiu-se predominantemente de adultos, do sexo masculino, em grande parte tabagistas, e com apenas uma pequena parcela de imunocomprometidos. A terapia mundialmente preconizada foi instituída em nossos pacientes com elevado grau de sucesso. O diagnóstico em todos os casos foi tardio (1-4 meses), apesar da presença de evidências ao exame físico. A tosse, presente em 85%, contrasta com a literatura e alerta para o diagnóstico diferencial em tosse crônica, apesar do viés associado ao tabagismo na maioria.

PO576 CRIPTOCOCOSE PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO FINAL DE INVESTIGAÇÃO DE MASSA PULMONAR EM PACIENTE JOVEM, TABAGISTA, COM ESTADO CLÍNICO PRESERVADO: RELATO DE CASO

Batista LL¹, Lopes Teixeira RS², Campos BJ³, Da Silva ACC⁴, Sanomya AH⁵, Homsí L⁶, Racy NJ⁷, Da Costa Lima MRP⁸

1. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Criptococoma; Criptococose neofomans; Imunocompetente

Introdução: A criptococose humana geralmente está associada à imunossupressão ou exposição intensa a corticóides. A interação do hospedeiro com o *Cryptococcus neofomans*

tem amplo aspecto, variando da colonização, infecção assintomática ou oligossintomática até formas disseminadas, geralmente graves, levando ao óbito. Nos hospedeiros imunocompetentes, a infecção primária tem curso autolimitado, regressivo, e comumente subclínico. A forma pulmonar tem como manifestações mais freqüentes tosse produtiva, febre, dor pleurítica, dispnéia, sudorese e emagrecimento. **Objetivos:** Apresentar o relato de um caso clínico atendido e acompanhado no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Métodos:** Mulher de 36 anos, HIV negativo, tabagista (40 ano/maço), previamente hígida apresentando dor torácica, tosse seca e hipotransparência retrocardíaca com contornos definidos ao raio-X de tórax, com evolução há 3 meses. Após realizar tomografia computadorizada (TC) de tórax, a mesma foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação. O exame evidenciou coleção heterogênea apresentando área sólida, gás e área com atenuação próxima a de líquido, medindo cerca de 55mm x 47mm na topografia do segmento superior do lobo inferior esquerdo, com visualização de brônquio subsegmentar adentrando a massa. O quadro clínico mantinha-se estável até a data da primeira internação. **Resultados:** Biópsia transtorácica guiada por TC de tórax que revelou criptococose pulmonar. O quadro clínico resolveu após uso de fluconazol e a paciente permanece em tratamento. **Conclusão:** O criptococoma (toruloma) pode apresentar-se como grande tumoração solitária de distribuição lobar inferior, muito bem delimitada e, ocasionalmente com cavitação. As manifestações clínicas da criptococose são bastante polimórficas, portanto, faz-se necessária uma investigação diagnóstica abrangente. O diagnóstico geralmente é feito por método histopatológico após exérese da massa. O diagnóstico diferencial principal se faz com as malignidades pulmonares e outras doenças granulomatosas. Esse quadro insidioso sugere o alto índice de suspeição diagnóstica que cabe ao clínico, e a necessidade de valorização dos sintomas respiratórios apresentados na prática diária. Mesmo pacientes jovens devem ter suas queixas valorizadas e devidamente investigadas, independente do seu status clínico no momento.

PO577 PARACOCIDIOIDOMICOSE COM COMPROMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Mesquita CL¹, Neto LL², Coelho Filho JC³, De Oliveira RB⁴, Neves LL⁵, Matos ED⁶, Oliveira MM⁷, Lemos ACM⁸

1,6,7. Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil; 2. Hospital Calixto Midlej Filho, Itabuna, BA, Brasil; 3. Fundação José Silveira/Laboratório de Patologia, Salvador, BA, Brasil; 4,5,8. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; Paracoccidiodes brasiliensis; Neoparacoccidiodomicose

Introdução: Paracoccidiodomicose é uma infecção granulomatosa crônica sistêmica causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidiodes brasiliensis*. O sítio primário de infecção é o pulmão, podendo ocorrer disseminação para outros locais, inclusive sistema nervoso central. **Objetivos:** Descrever um caso de um paciente portador de Paracoccidiodomicose com comprometimento do Sistema Nervoso Central. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Masculino, 53 anos, vaqueiro, com história de tosse produtiva há 05 anos, com episódios de escarro hemoptoico. Há 07 meses passou a cursar com crises convulsivas quando procurou atendimento médico em outro hospital. Foi submetido a Tomografia Computadorizada de crânio que evidenciou presença de lesões expansivas cerebral e por isso foi submetido a duas craniotomias em outro serviço. Grande tabagista e etilista, história de promiscuidade sexual. Perda ponderal de 15Kg. O estudo radiológico de tórax mostrava infiltrado alveolar bilateral, simétrico, peri-hilar, acometendo predominantemente os terços médios. Foi submetido a broncoscopia, com biópsia de lesões nodulares da traquéia. O resultado da anatomia patológica mostrou Paracoccidiodomicose de traquéia. Como o paciente tinha comprometimento cerebral, decidiu-se pela introdução do Fluconazol considerando sua melhor penetração na barreira encefálica. Foi necessário também o uso de corticóide visto que o paciente vinha cursando com hipotensão e as glândulas suprarrenais poderiam estar comprometidas. **Conclusão:** Trata-se de um paciente com quadro de Paracoccidiodomicose com comprometimento no Sistema Nervoso Central, Imunocompetente. Os procedimentos neurocirúrgicos estão indicados apenas em circunstâncias específicas, como pacientes com granulomas que não respondem ao tratamento clínico, hipertensão intracraniana associada a hidrocefalia ou granulomas compressivos. O paciente em questão evoluiu com regressão das lesões pulmonares e cerebrais, fazendo uso de Fluconazol.

PO578 RELATO DE UM CASO DE CAVITAÇÃO PULMONAR POR ASPERGILOSE APÓS TRANSPLANTE RENAL

Benthien F¹, Campagnaro G², Kreibich MS³, Da Rosa DT⁴, José SFA⁵, Gomes LOS⁶, Rodrigues RP⁷

1,2. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 3,4,5,6,7. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Transplante; Aspergilose; Cavitação pulmonar

Introdução: A aspergilose invasiva é a mais freqüente e letal doença fúngica após transplante de órgãos sólidos. No entanto o acometimento em transplantados renais dá-se em torno de 0,7% e a apresentação como uma grande cavidade isolada de apresentação lenta é incomum. **Objetivos:** Relatar um caso de cavidade pulmonar por aspergilose em paciente transplantada renal. **Métodos:** Revisão de prontuário e da literatura através da base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente feminina de 42 anos com asma desde a infância, transplantada renal há 70 dias e em uso de imunossupressores adequadamente. Há 3 semanas iniciou com quadro de tosse seca evoluindo com expectoração rósea, dispnéia inicialmente aos grandes esforços, porém com piora progressiva nos últimos dias. Negava febre ou emagrecimento. Presenciava-se crepitações em bases e sibilos ocasionais difusos. O radiograma de tórax mostrava presença de cavidade em lobo superior direito com presença de nível hidroaéreo no seu interior. Iniciado tratamento para abcesso pulmonar com ceftioxone e clindamicina e para tuberculose com esquema triplice. Realizado broncoscopia que

mostrou abaulamento de parede de lobo superior direito (LSD) com pouca presença de secreção. Pesquisa de BAAR, Fungos e cultura bacterianas foram negativos. A paciente manteve-se em bom estado geral até o oitavo dia quando evoluiu com piora da insuficiência respiratória e foi levada a UTI. Realizada nova broncoscopia que evidenciou necrose de mucosa de LSD com saída de secreção piosanguinolenta. Resultado do LBA mostrou *aspergillus fumigatus*. Evoluiu para óbito após 24 horas de início da anfotericina. **Conclusão:** A aspergilose deve ser lembrada sempre como causa de infecção em pacientes transplantados mesmo com apresentação arrastada e como cavidade única na apresentação, diferentemente dos pacientes com a apresentação típica após transplante de medula óssea. A mortalidade nestes casos na literatura encontra-se em torno de 75%.

PO579 ACTINOMICOSE PULMONAR

Pinto LB¹, Pecini TP², Nicoli PA³, Lucas EA⁴

1,2,3. Santa Casa de Misericórdia, Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil; 4. Pat. Anatomia Patológica, Vitória, ES, Brasil.

Palavras-chave: Actinomicose; Atelectasia; Empiema

Introdução: Paciente 93 anos masculino, agricultor, natural de Presidente Kenedy. Há cerca de 01 ano evoluindo com quadro de febre, dor torácica, tosse produtiva e emagrecimento de 8kg. Refere várias internações hospitalares em seu município no último ano, para tratamento de pneumonia comunitária. Apesar do uso de vários esquemas antibióticos, não houve melhora do quadro clínico. Nega HAS, DM, cirurgias prévias ou uso de medicações. Nega tabagismo ou etilismo. Ao exame físico apresentava murmúrio vesicular abolido em base esquerda. Radiografia de tórax da admissão evidenciava opacidade em língua com nível hidroaéreo. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostra coleção líquida estendendo-se do segmento posterior do lobo superior ao lobo inferior esquerdo. Realizada toracocentese com biópsia pleural, sendo evidenciado líquido purulento, gram e culturas negativas, citopatológico e histopatológico negativos para malignidade. Procedida drenagem torácica e iniciado antibiótico. Iniciada revisão dos exames radiológicos do ano anterior, sendo observada na radiografia de tórax opacidade com redução volumétrica da língua. TC de tórax deste período evidenciava atelectasia total da língua por provável processo obstructivo proximal do brônquio deste segmento.

Objetivos: Caso de actinomicose com lesão endobrônquica. **Métodos:** Relato de caso.

Resultados: Indicada broncoscopia flexível que mostrou lesão esbranquiçada na entrada do lobo superior esquerdo impedindo a progressão do aparelho. Restante da árvore brônquica sem alterações. Coletado lavado brônquico e procedidas biópsias de mucosa. Citopatológico do lavado brônquico negativo para malignidade. Histopatológico: fragmentos de mucosa brônquica com acentuado exsudato inflamatório mononuclear e polimorfonuclear. Massas bacterianas filamentosas circundadas por exsudato predominantemente neutrofilico. Fungos não foram observados. Conclusão: Actinomicose. **Conclusão:** A Actinomicose pulmonar é uma doença indolente associada com a bactéria *Actinomyces israelii*. Os actinomicoses são Gram-positivos, não ácido resistentes, imóveis e anaeróbios obrigatórios ou facultativos. Os homens são mais afetados que as mulheres e a doença pode atingir qualquer faixa etária. Cárie dentária e doença periodontal predispoem a actinomicose cervicofacial e torácica. Apresenta início insidioso com tosse produtiva, febre e perda de peso. Na maioria dos casos é uma pneumonia envolvendo um ou mais lobos. Fistulas podem se desenvolver entre a lesão pulmonar e a parede torácica. Empiema pleural pode ocorrer com neste caso. A lesão patológica típica é um abscesso circundado por fibrose intensa. O pus usualmente é brando ou amarelo e não tem odor característico. Microscopicamente os abscessos são preenchidos por neutrófilos e alguns grânulos dispersos. A droga de escolha para o tratamento é a penicilina intravenosa por alguns dias seguida por penicilina oral por seis a 12 meses.

PO580 RELATO DE UM CASO DE SARA APÓS INFECÇÃO RESPIRATÓRIA POR MICOPLASMA PNEUMONAE

Benthien F¹, Waltrick R², Meyer MMC³, Olinger AF⁴, Tavares MM⁵, Colferai DR⁶, Meyer ME⁷, Rodrigues RP⁸

1,2,4,7. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 3,5,6. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil; 8. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Micoplasma; SARA

Introdução: A infecção por *Mycoplasma pneumoniae* é responsável por mais de 20% dos casos de pneumonia comunitária. A associação de SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda) associada a pneumonia por micoplasma é incomum e é evidenciada com poucos relatos de caso na literatura. **Objetivos:** Relatar um caso de SARA tardia em paciente jovem originada após pneumonia pelo *Mycoplasma pneumoniae*. **Métodos:** Revisão de prontuário e na literatura através da base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente feminina de 21 anos, sem comorbidades prévias e sem história de tabagismo ou uso de drogas iniciou com quadro de febre e dispnéia de duração de 12 dias sem melhora com uso de amoxicilina ambulatorialmente. Foi encaminhada ao hospital Santa Isabel após quadro de dor abdominal e mialgias. Exames da chegada mostravam leucocitose de 10 mil com 23% de bastões com radiografia de tórax mostrando tênue opacidade de caráter intersticial. Eletrólitos, função renal e hepática e cpk estavam normais. US de abdômen mostrou pequena quantidade de líquido em abdômen. Iniciou uso então de Ceftriaxone, Ciprofloxacina e SMX/TMP. Evoluiu no segundo dia de antibiótico com hipotensão e franca insuficiência respiratória sendo transferida a UTI. A radiografia de tórax evoluiu com piora importante das opacidades agora de padrão misto. Resultado de anti-HIV e sorologia para Leptospirose e Legionella foram negativos na evolução. Foi suspenso SMX/TMP. No quinto dia de internação foram suspensos os antibióticos pela ausência de melhora clínico-radiológica. O LBA mostrou um predomínio importante de linfócitos com ausência de crescimento bacteriano. Feito TC tórax então que evidenciou opacidades alveolares e infiltrado intersticial difuso com derrame pleural bilateral. A paciente foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto na UTI após 9 dias nesta unidade. O padrão

anatomopatológico mostrou tratar-se de pneumonia intersticial aguda com ausência de fungos e pesquisa de BAAR negativa. A sorologia para *Mycoplasma pneumoniae* mostrou-se positiva em títulos de IGM 1696ui/ml e IGG 889ui/ml no método de imunoensaio enzimático. A paciente vinha em uso de piperacilina-tazobactam, levofloxacina e anfotericina associado a 800mg de dose total de hidrocortisona. Mantinha-se sempre com ventilação com relação PaO₂/FIO₂ e complacências baixas e de difícil manejo. Faleceu no 12 dia de UTI após arritmia cardíaca. **Conclusão:** Embora pouco relatado na literatura a infecção por micoplasma pode ter uma evolução grave e levar ao óbito pacientes jovens com pneumonia adquirida na comunidade. A evolução para SARA parece ter fundamento em um processo inflamatório imune exacerbado do hospedeiro em resposta a infecção bacteriana em questão. Esta hipótese pode fundamentar o uso de corticóide em doses altas.

PO581 CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE. ASSOCIAÇÃO COM TUBERCULOSE

Oliveira MM¹, Mesquita CL², Matos ED³, Lemos ACM⁴

1,2. Hospital Otávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil; 3. Hospital Otávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil; 4. Hospital Otávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Criptococose; Tuberculose; Imunocompetente

Introdução: A meningite criptocócica é uma infecção oportunista comum em pacientes infectados pelo vírus HIV. Casos também ocorrem em pacientes com outras formas de imunossupressão e em indivíduos aparentemente imunocompetentes. **Objetivos:** Descrever um caso de criptococose disseminada em imunocompetente. **Métodos:** Relato de caso.

Resultados: FGS, 58 anos, lavrador Admissão: 03/03/2005 Alta: 03/08/2005 Reinternamento: 21/07/2006 Paciente previamente hígido, tabagista, com história de dor torácica, tosse seca, febre e perda ponderal há 30 dias. Ao ex físico, maceiz 1/3 médio HTD. Rx de Tórax (02/05 e 03/05) com progressiva opacidade homogênea ocupando 2/3 superiores do campo pulmonar direito. Leucograma: 14400 (BT 3%, SEG 62% LINF 28%), Hb 8,8g%, glicemia: 85. TC de Tórax: Massa heterogênea, opacificando os segmentos apical e posterior do LSD e LID, envolvendo brônquio fonte direito. Evoluiu com piora da tosse seca, e da dor torácica. FBC (7/03/05): Lesão tipo massa, obstruindo 100% do óstio do brônquio apical do LSD. Introduzido corticoterapia sistêmica. Apresentou melhora parcial, porém no 13º dia, cursou com rebaixamento do sensorio, rigidez de nuca, crise convulsiva e leucocitose (35100 BT 7% SEG 88%). Introduzido cefepime. Solicitado hemoculturas e uroculturas negativas, TC de Crânio com moderada dilatação do III ventrículo. BAAR, cult para BK, pesquisa e cultura para fungos do LBA negativos. AP de biópsia brônquica, infiltrados inflamatórios mistos e presença de frequentes formas fúngicas, que ao PAS e Grocott foram identificadas como Criptococcus. A cultura do líquido e urocultura foram positivas para Criptococcus. Cultura do escarro pós FBC: Criptococcus neoformans variante gatti. Antigenemia: Látex (+) título 1: 32768. Sorologia para HIV negativa. Boa evolução clínico radiológica (regressão parcial) com introdução de anfotericina B, seguida de fluconazol, que foi mantido por 6 meses. Controle do líquido com negatividade da cultura para fungos. Em 21/07/06, readmitido com queixa de tosse pouco produtiva, febre, perda ponderal e adinamia há 1 mês. BAAR do escarro ++, cultura para BK do escarro positiva e pesquisa de fungos no escarro com presença de leveduras envolvidas por cápsula característica de criptococcus neoformans. Solicitada nova sorologia para HIV que encontra-se em andamento. Introduzido Esquema I e reintroduzido fluconazol. Paciente manteve-se febril, com persistência da tosse, evoluindo para o óbito em 30/07/06 devido à insuficiência respiratória aguda. **Conclusão:** No presente caso, apesar de não ter sido dosado CD4, a história prévia do paciente, a não identificação de patologia associada e o cultivo de C. gatti fazem pensar tratar-se de paciente imunocompetente. É provável, que o uso de corticoterapia tenha contribuído para a forma disseminada da criptococose com envolvimento do SNC e possível reativação de tuberculose.

PO582 PNEUMONIA REDONDA: RELATO DE UM CASO

Moura GGR¹, Scornavacca G², E Silva Ribeiro IO³, Porto NS⁴, Palombini BC⁵

1,2,4,5. Pavilhão Pereira Filho Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Pavilhão Pereira Filho - Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Redonda; Pneumococo

Introdução: A pneumonia "redonda" causada pelo pneumococo é considerada uma forma de apresentação muito rara, sobretudo em pacientes imunocompetentes. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia por pneumococo de apresentação incomum em paciente imunocompetente, com o intuito de estimular o raciocínio clínico não só de estudantes de medicina como também de pneumologistas e radiologistas, uma vez que pode simular outras patologias, tais como micoses, neoplasias e tuberculose. **Métodos:** Paciente não tabagista de 58 anos, do lar, com adinamia, astenia há 02 meses. Um mês após, surgiram tosse improdutiva, febre alta (39°C), sudores noturna e aumento do apetite. Procurou médico clínico que lhe prescreveu ciprofloxacina, a qual usou por sete dias, sem melhora. Negava diabetes mellitus e pneumopatias prévias. Ao exame físico apresentava-se com estado geral regular, descorada (++/4+), acianótica, anictérica e afebril. Ausculta cardíaca: normal; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente e simétrico com estertores finos em terço inferior do hemitórax direito; abdômen e membros inferiores sem alterações. **Resultados:** Foram realizados os seguintes exames diagnósticos: Rx de tórax: opacidade nodular no lobo inferior do pulmão direito; TC de tórax: nódulo subpleural com espículas periféricas, medindo 2,2cm, no segmento basal anterior do lobo inferior direito, inflamatório-infeccioso ou neoplásico; Mantoux: não reator; Anti-HIV: negativo; Hemograma: normal; Glicemia: normal; Punção percutânea aspirativa: Streptococcus pneumoniae sensível a penicilina, sulfametoxazol-trimetoprim, vancomicina e oxacilina; Punção percutânea lancetada: pneumonia supurativa crônica. **Conclusão:** A paciente foi tratada com amoxicilina 1g de 8/8h por 15 dias, com resolução total dos sintomas e quase completa da alteração radiológica após 10 dias do término do tratamento.

PO583 TUBERCULOSE PULMONAR DIAGNOSTICADA NA URGÊNCIA DE PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE

Rodrigues Marques RE, Guedes MAB, Guimarães RCB, Guimarães ACR
Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia comunitária; Tuberculose; Associação

Introdução: A pneumonia comunitária pode se comportar de diversas formas clínicas podendo adquirir níveis de gravidade e evolução variáveis e, apresentar padrões radiológicos e resposta terapêutica atípicas independente do fato do hospedeiro ser ou não imunocompetente. Além disso, vale ressaltar a incidência da tuberculose pulmonar em nosso meio, impondo ao médico um exercício constante na tentativa de afastá-la. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia comunitária em jovem de 15 anos, de início agudo, quadro clínico característico, imagem radiológica de consolidação em pulmão direito, porém sem resposta satisfatória apesar do tratamento inicial com amoxicilina + clavulanato. Apresentava BAAR positivo do escarro no início da internação. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente 15 anos, sexo masculino, negro, admitido em nosso hospital com quadro de tosse produtiva, febre alta, dor torácica direita e dispnéia com evolução aguda. Apresentava-se emagrecido, toxêmico, taquicárdico em repouso, porém sem cianose. À ausculta pulmonar mostrava murmúrio vesicular reduzido no terço inferior do hemitórax direito com crepitações nessa mesma topografia. Havia feridas nos membros inferiores, já em fase de cicatrização. Os exames laboratoriais revelavam anemia, leucocitose com desvio para esquerda e, a radiografia de tórax evidenciava opacidade heterogênea em metade inferior do hemitórax direito, associada a velamento de seio costofrênico ipsilateral, sugerindo derrame pleural. Foi aventada a hipótese de pneumonia comunitária e, instituído tratamento empírico com amoxicilina + clavulanato. A Toracocentese diagnóstica foi realizada após evidência de líquido livre sem contribuição significativa para a conduta subsequente. Houve piora clínica e radiológica, apesar da antibioticoterapia instituída, o que nos fez ampliar a cobertura para germes atípicos, com a claritromicina, além de oxacilina, visando a possibilidade de infecção por estafilococos considerando as feridas dos membros inferiores como portas de entrada. Para diagnóstico etiológico foram solicitadas hemoculturas (3 amostras) com resultado negativo e; pesquisa de BAAR no escarro, em se tratando de paciente emagrecido (desnutrido) com acometimento pleuropulmonar comprovado por TC de tórax realizada. O resultado da baciloscopia pelo método de Ziehl Neelsen foi positivo em duas amostras consecutivas, o que nos fez dar início ao esquema RIP. Vale ressaltar a melhora clínica ocorrida previamente à associação do esquema RIP. O rastreamento para estafilococia foi realizado através de vários exames complementares sem nenhuma evidência relevante. O anti-HIV teve resultado negativo. Após um mês de internação, o paciente recebeu alta hospitalar. Não apresentou qualquer sinal de intolerância ao RIP. **Conclusão:** Os autores concluem que deve ser sempre lembrada a possibilidade de tuberculose pulmonar associada, considerando sua alta incidência em nosso meio.

PO584 ASPERGILOMA PULMONAR BILATERAL: RELATO DE CASO

Bagatin TM, Puchalski AK, De Souza RORR, Castilho CEA, Noceti OA, Soltoski PR, Boscardim PCB, Loures DRR

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Aspergiloma; Sequela; Tuberculose

Introdução: Aspergiloma ou bola fúngica é a forma saprofítica da infecção pulmonar em pacientes imunocompetentes. A história natural do aspergiloma é amplamente variável, pode variar de uma forma quiescente até a ocorrência de hemoptise de grande volume. Não há evidências de estudos clínicos controlados a respeito de decisão terapêutica. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente encaminhado ao serviço de cirurgia torácica por apresentar cavernas pulmonares com aspergilomas. **Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente masculino, de 46 anos, ex-tabagista. Teve diagnóstico de tuberculose em 2000, e foi tratado com esquema rip por 6 meses. Apresentava hemoptise ou tosse com escarro hemoptóico com intervalos variados, dispnéia e perda ponderal. Tomografia de tórax evidenciou focos de escavação em segmentos apical do lobo superior direito, ápico posterior do lobo superior esquerdo e superior do lobo inferior esquerdo, que apresentavam imagens ovaladas em seu interior. Realizada prova de função pulmonar, com VEF1 de 60% do previsto. O paciente foi submetido a ressecção de segmento inferior do lobo superior direito, com plano de intervenção no pulmão contralateral em outro procedimento. Evoluiu com infecção profunda de ferida operatória e cavidade pleural, foi mantido com pleurotomia tubular aberta até resolução do quadro infeccioso. **Conclusão:** A formação de aspergiloma em cavernas pulmonares pode ocorrer em pacientes portadores de seqüela de tuberculose ou de outras doenças, como a sarcoidose. A decisão terapêutica se baseia na morbidade e na análise do custo-benefício para o paciente, visto não haver diretrizes.

DOENÇAS PULMONARES OCUPACIONAIS**PO585 SILICOPROTEINOSE AGUDA**

De Moraes Faleiros PA, Araújo FB, Silveira CD, Mancuzo EV
Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Doenças ocupacionais; Silicoproteínose aguda; Exposição ocupacional

Introdução: A Silicoproteínose é uma variante rara da silicose, decorrente da exposição intensa à sílica, caracterizada pelo rápido estabelecimento dos sintomas, curso progressivo e elevada mortalidade. Relato de caso de paciente de 22 anos, sexo masculino, solteiro, previamente hígido, apresentando, há um ano, tosse oligoprodutiva, febre, emagrecimento progressivo (10kg), hiporexia e dispnéia grau II (MRC). Trabalhou por três anos como jateador de areia. Biópsia cirúrgica revelou silicoproteínose. Trata-se de paciente, 22 anos, sexo masculino, solteiro, previamente hígido, sem história de tabagismo prévio ou atual. Encaminhado ao Ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal

de Minas Gerais (UFMG) com quadro clínico de tosse oligoprodutiva, febre diária (38°C), emagrecimento progressivo (10kg), hiporexia e dispnéia grau II (MRC). Já tratado para pneumonia, encontrava-se em tratamento empírico para tuberculose pulmonar há 2 meses, apesar de extensa propedêutica negativa, porém, permanecendo sem resposta. Trabalhou por três anos como jateador de areia, afastado há três anos. Exame físico: emagrecido, taquicárdico (FC 110bpm), taquicárdico (FR 32rpm), apresentando crepitações mesoteleinspiratórias em dois terços inferiores de ambos os hemitórax. Saturação de oxigênio de 94%. Ausência de batimento digital. Ausência de linfadenomegalias supraclaviculares e cervicais. **Objetivos:** Relatar caso de Silicoproteínose Aguda diagnosticado no HC-UFMG em 2006. **Métodos:** Através dos dados clínicos, radiológico e tomográfico foram elaboradas hipóteses diagnósticas, sendo o diagnóstico de silicoproteínose estabelecido pela histopatologia, através de biópsia pulmonar. **Resultados:** Observado à radiografia de tórax opacidades pulmonares difusas bilaterais, mais intensas em regiões médio inferiores e tomografia computadorizada de tórax apresentando nódulos pulmonares difusos, alguns confluentes e linfadenomegalia mediastinal. BAAR de escarro negativos e broncoscopia com lavado broncoalveolar (pesquisa para fungos, GRAM, BAAR, citologia) sem alterações, além de biópsia transbrônquica também inconclusiva. Hemograma, função renal, coagulograma, gasometria arterial, íons e glicemia estavam dentro dos limites da normalidade. Foi indicada biópsia pulmonar cirúrgica. Relato dos cirurgões de pulmão inelástico, hepatizado e endurecido. Espirometria: CVF 1,76 (38% do previsto) e VEF1/CVF de 99,43. Teste de caminhada: dessaturação de 16%, distância percorrida de 588,8 metros em seis minutos, atingindo 85,2% da frequência cardíaca máxima prevista para a idade. Histopatologia revelou pulmão apresentando áreas com parênquima preservado associado a outras que mostram alvéolos preenchidos por material eosinofílico acelular (material lipoproteínico com diminutos cristais espiculados), interstício alargado contendo infiltrado inflamatório mononuclear rico em histiócitos e extensos depósitos de partículas minerais espessadas e birrefringentes. **Conclusão:** Silicoproteínose. **Conclusão:** Os achados acima estão em acordo com a literatura, que descreve a Silicose Aguda como entidade pouco frequente, associada a exposição relativamente curta à poeira da sílica, com rápido início de sintomas e progressivo declínio da função pulmonar, não influenciado por tratamento. O paciente está em acompanhamento no Ambulatório de Pneumologia e no Ambulatório de Medicina do Trabalho.

PO586 PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA (DIP) SECUNDÁRIA A EXPOSIÇÃO A POEIRA DE METAL DURO

Schweller M¹, Araujo Guerra Grangeia T², De Capitani EM³, Pereira MC⁴, De Cerqueira EMFP⁵, Metzke K⁶, Menezes Neto JR⁷, Menezes AS⁸

1,2,3,4,5,7,8. UNICAMP, Campinas, SP, Brasil; 6. UNICAMP/Pesquisador Senior CNPQ, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cobalto; Exposição ocupacional; Doenças pulmonares intersticiais

Introdução: Cobalto está associado a tungstênio e titânio em ligas de metal duro, largamente usadas em metalurgia. Embora o padrão histopatológico típico dessa forma de exposição seja a pneumonia de células gigantes, as pneumonias intersticiais usual e descamativa são descritas como também relacionadas a essa exposição. **Objetivos:** Relatar um caso de DIP em indivíduo exposto a poeira de metal duro contendo cobalto. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 40 anos, trabalhou durante 13 anos com afiação de ferramentas de torno e fresa de metal duro (liga contendo cobalto, titânio e tungstênio). **Resultados:** Apresentava queixa de dispnéia aos esforços há 10 anos, progressiva, associada à sibilância, sem outros sintomas respiratórios. Nunca fumou. Recebeu antibioticoterapia há 3 anos por piora das queixas, mas manteve alterações radiológicas, o que incitou investigação diagnóstica complementar. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, com crepitações finas em bases pulmonares. O radiograma de tórax mostrava redução volumétrica bilateral e opacidade de heterogênea reticular em campos inferiores. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax revelava a presença de opacidade difusa em vidro fosco. Realizada broncoscopia, com lavado brônquico negativo para fungos e bacilos álcool-ácido resistentes. A espirometria demonstrava VEF1 2,44L (69%), CVF 3,07L (72%) e VEF1/CVF 79%. Realizado teste da caminhada de 6 minutos, com SpO2 inicial de 93% e final de 78%, tendo percorrido 547 metros. O paciente foi submetido à biópsia pulmonar a céu aberto em maio de 2004, com achados de DIP. Orientado a afastar-se da exposição e a usar prednisona 60mg/d. Houve melhora clínica e radiológica, o que permitiu redução da dose de corticóide sistêmico. Após alguns meses de retorno à exposição ocupacional, houve piora da dispnéia e da espirometria, com VEF1 1,23L (32%), CVF 1,55L (34%) e VEF1/CVF 79%. Com aumento da dose de prednisona e novo afastamento da exposição ocupacional, apresentou melhora das queixas e das alterações tomográficas. **Conclusão:** Trata-se de caso de DIP em trabalhador exposto a poeira de metal duro, com evidente relação temporal de piora do quadro durante períodos de exposição ocupacional.

PO587 SÍNDROME DE CAPLAN – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Schweller M¹, Araujo Guerra Grangeia T², De Capitani EM³, De Rezende SM⁴, Pereira MC⁵, Metzke K⁶, Macedo RF⁷, Bragagnolo Junior LA⁸

1,2,3,4,5,7,8. UNICAMP, Campinas, SP, Brasil; 6. UNICAMP/Pesquisador Senior CNPQ, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome de Caplan; Artrite reumatóide; Sílica

Introdução: Caplan, em 1953, descreveu quadro radiológico característico que distinguia pacientes com artrite reumatóide (AR) entre os mineiros de carvão que apresentavam imagens compatíveis com Pneumoconiose. Em 1955, Gough descreveu as alterações histopatológicas desses trabalhadores com AR e Pneumoconiose mostrando que os nódulos descritos por Caplan ao radiograma simples eram nódulos reumatóides com variados graus de deposição de poeira, e não nódulos pneumoconióticos, definindo assim o que passou a ser chamado de Síndrome de Caplan. Desde então casos têm sido diagnosticados também em

expostos à sílica livre e asbestos. Revisão da literatura brasileira não mostra relatos de casos com características típicas radiológicas e histopatológicas da síndrome, até o momento. **Objetivos:** Descrever um caso clínico de Síndrome de Caplan em paciente exposto à sílica livre. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, ex-tabagista (25 anos-maço), trabalhou por 7 anos com acabamento de peças em cerâmica de porcelana, entre 1966 e 1972, sem exposição posterior a poeiras minerais. **Resultados:** Apresenta quadro clínico compatível com AR, tem fator reumatóide de 277UI/ml, FAN negativo e VHS = 13mm na 1ª hora. Não há sinais de artrite, mas tem discreto espessamento sinovial em articulações das mãos e desvio ulnar do carpo. Faz uso de cloroquina, prednisona, meloxicam e ranitidina. Foi atendida em nosso ambulatório com queixa de dispnéia aos esforços havia 4 meses, sem tosse, sem febre, e com história de tratamento antibiótico para pneumonia (sic). Ausculta pulmonar com raros sibilos, SpO2 94% em ar ambiente. Hemograma dentro da normalidade (Hb 12,4g/dL; leucócitos 10.100/mm3). Radiograma de tórax evidencia nódulos de tamanhos variados, entre 1 e 5cm de diâmetro, arredondados e bem delimitados, distribuídos na periferia de ambos os pulmões, e massas maiores nos dois ápices. Tomografia computadorizada do tórax (TC) confirma nódulos redondos, bem delimitados, de distribuição periférica, e nos ápices nódulos não maiores que 5cm com as mesmas características. Punção-biópsia transtorácica de um dos nódulos apicais, guiada por TC, forneceu material para exame histopatológico, que evidenciou nódulo tipo reumatóide, com colágeno frouxo em camadas concêntricas entremeadas por fibrócitos e macrófagos em paliçada, e depósitos de poeira mista. **Conclusão:** Caso clínico preenche os critérios radiológicos e histopatológicos estabelecidos para o diagnóstico de síndrome de Caplan.

PO588 PNEUMOCONIOSE POR METAIS DUROS - RELATO DE CASO

Gomes M, De Pádua CHS, Bernardi FDC, De Freitas JB, Morrone LC, Dalbelles LR, Kim KD, Ethel J

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pneumoconiose; Metais duros; Exposição ocupacional a metais duros

Introdução: A pneumoconiose por metais duros (PMD) é pneumopatia de acometimento agudo e subagudo, com desenvolvimento de fibrose em longo prazo, devido à inalação de poeira metálica proveniente de ligas de tungstênio ou outros metais duros como titânio, tântalo, nióbio, vanádio, associados ao cobalto na propriedade de ligante. **Objetivos:** relatar caso de pneumoconiose por metais duros. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** ESS, 27 anos, masculino, natural e procedente de Santo André - SP, "afiador de ferramentas", raça branca, com ensino médio completo. Apresentava tosse seca há 2 anos, com dispnéia aos grandes esforços, associada à perda ponderal de 3kg em 1 ano. Profissionalmente confeccionava ferramentas, envolvendo o processo de afiação destas no "rebolo". O ambiente de trabalho possuía ventilação deficiente e trabalhou sem máscara até começarem os sintomas respiratórios. O rebolo diamantado utilizado para a afiação tinha vida útil de aproximadamente sete meses. O exame físico não apresentava alterações dignas de nota. À prova de função pulmonar apresentava distúrbio ventilatório restritivo acentuado. A radiografia de tórax mostrou discreto infiltrado reticular difuso. À TCAR com linfonodos mediastinais menores que 1,0cm, alguns calcificados, infiltrado micronodular bilateral, nódulos de até 1,0cm e estrias parenquimatosas no seguimento medial do lobo médio. Realizada biópsia pulmonar a céu aberto cujo anatomopatológico revelou pneumonia intersticial de padrão bronco-cêntrico em atividade, folículos linfóides reativos peribrônquicos, antracose peribronquiolar com material birrefringente nos macrófagos. À análise através da Espectrometria Fluorescente de Raio-X Sequencial identificou-se a presença de silício, cobalto, tungstênio, ferro, caracterizando a PMD. Será apresentada documentação fotográfica do estudo radiológico, anatomopatológico e da investigação de campo realizada no ambiente de trabalho. **Conclusão:** Apesar da PMD ser pneumoconiose de ocorrência relativamente frequente na literatura mundial, é pouco relatada no Brasil. Acreditamos que a PMD não seja condição rara em nosso meio, sendo que a subnotificação deve relacionar-se ao desconhecimento da doença, à desvalorização da história ocupacional e ao pouco esforço investigativo do agente causal.

PO589 ESTUDO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMOCONIOSES NO BRASIL - PERÍODO 1993/2003

De Castro HA, Gonçalves KS

Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Pneumoconiose; Silicose; Asbestose

Introdução: Pneumoconiose reúne um conjunto de doenças respiratórias conhecidas pelo agente principal causador, como silicose, asbestose, talcose, berilose e outras. A incidência, possivelmente, deve ser elevada entre os expostos, mas não há informações epidemiológicas referentes a séries históricas sobre as internações hospitalares nas diversas regiões do país. **Objetivos:** Analisar as internações hospitalares por pneumoconioses. **Métodos:** Informações das internações por pneumoconiose foram recolhidas, descritas e analisadas a partir do Sistema de Internações Hospitalares do SUS, para população acima de 15 anos, período de 1993 a 2003, Brasil e Estados. Foram utilizadas listas do CID-9 (1993-1997) e CID-10 (1998-2003) para Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão (PTC) (códigos 500 e J60) Pneumoconiose devido a outras sílicas e silicatos (502 e J62.8), Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas (503 e J63.8). Pneumoconiose não especificada (505 e J64). Pneumopatias devido a inalação de outras poeiras (504). Pneumoconiose associada à tuberculose (J65). Utilizou-se como método de classificação dos coeficientes, os valores compreendidos nos intervalos de 0-5, 5-10 e > 10, sendo eles, nomeados respectivamente como baixo, médio e alto índice. Além disso, realizou-se uma padronização com a população de cada estado do ano de 2000. **Resultados:** Cid 500 e J60: alto índice nos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no período compreendido entre 1993 e 1997. Cid 502 e J62.8: baixo índice em todos os Estados e anos analisados. CID 503 e J63.8: Estado de alto índice foi o Mato Grosso no período de 1993 a 1997, com declínio no ano de 1998. CID 505 e J64: médio e alto índice em quase todos os Estados e anos estudados. CID 504: alto índice no Estado do Mato Grosso CID J65: baixo índice em todos os Estados e anos estudados. *J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392*

dos. Mais de 60% das internações por pneumoconiose foram acima dos 45 anos de idade. **Conclusão:** As análises permitiram identificar uma diferença entre os dados anteriores e após o ano de 1998 de acordo com a mudança do CID 9 para o CID 10. Observou-se uma predominância dos Estados do Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e da Região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro) de acordo com as pneumoconioses analisadas demonstrando uma correlação direta com o processo de trabalho, como no caso dos mineiros expostos ao carvão. Destaca-se a dificuldade de diagnóstico específico das pneumoconioses, evidenciado pelo diagnóstico de internação como pneumoconiose não especificada. O aumento das internações acima dos 45 anos de idade mostra uma tendência que pode ser explicada pelo período de latência da doença e pelo próprio processo de adoecimento, em geral mais grave nos idosos. Com esse estudo pretende-se contribuir para a construção de um panorama epidemiológico das pneumoconioses analisando uma parcela de trabalhadores doentes que internam na rede pública de assistência hospitalar, em função da gravidade da doença.

PO590 CÂNCER DE PULMÃO DE ETIOLOGIA OCUPACIONAL

Lopes EM, Vicente RN, Winter DH, Galvão Barboza CE, Dias BA, Medeiros Neto AH, Filho MT, Santos UP

Disciplina de Pneumologia do HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Sílica; Câncer ocupacional

Introdução: A partir de 1997 a exposição ocupacional a sílica passou a ser considerada, pela International Agency for Research on Cancer (IARC) como carcinogênica para humanos. Desde então inúmeros estudos vem sendo publicados, em sua maioria confirmando esta associação. Apesar deste fato não é simples a atribuição individual a um carcinógeno. **Objetivos:** Relatar um caso de câncer de pulmão associado à exposição à sílica. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e patologia de um paciente acompanhado no ambulatório de Pneumologia Ocupacional; revisão da literatura. **Resultados:** Paciente AGS, 55 anos, masculino, encaminhado ao Serviço em novembro de 2004, devido ao encontro de nódulo pulmonar em radiografia de tórax, durante exame de rotina. Na avaliação paciente apresentava-se assintomático. Antecedentes: Ex-tabagista fumou dos 11 aos 34 anos, 30 anos/maço (parou de fumar em 1984), sem comorbidades; Antecedentes Ocupacionais: trabalhou desde os 12 anos de idade quebrando e assentando pedras em calçadas. Posteriormente ingressou em marmoraria, onde trabalhava até o momento da avaliação. Neste ramo de atividade, cortava e assentava pedras no interior de residências e piscinas. Em ambas atividades tinha contato com poeiras minerais, com sílica cristalina, pois usou com frequência granito e outras pedras com reconhecido teor de sílica. Exames complementares: Radiografia do tórax: nódulo pulmonar em região superior do hemitórax direito; Tomografia de tórax (novembro de 2004): opacidade única em lobo superior do pulmão direito. PET scan de corpo inteiro: área hipercaptante na região da opacidade pulmonar. Função pulmonar dentro da normalidade. Paciente submetido à toracotomia com lobectomia superior direita, no início de 2005. Exame anatomopatológico da peça revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Margens cirúrgicas e linfonodos livres de comprometimento neoplásico. Região do parênquima pulmonar não neoplásico com presença de fibrose axial e de partículas birrefringentes à luz polarizada, também observadas nos linfonodos analisados. **Conclusão:** A presença de poeira e os sinais de fibrose reveladas pela análise do tecido pulmonar, são compatíveis com a história ocupacional. Considerando que parou de fumar, aos 34 anos de idade e há 20 anos do diagnóstico (risco de câncer de pulmão comparável ao de um indivíduo não fumante) e a história laborativa (43 anos de exposição à sílica, tempo de latência compatível) atribuiu-se a exposição à sílica como etiologia da neoplasia maligna do pulmão, apesar de eventual contribuição do tabagismo não pode ser completamente afastada. A inexistência de marcadores específicos impede um diagnóstico de certeza, mesmo para situações amplamente aceitas como o tabagismo.

PO591 MASSA PULMONAR E EXPOSIÇÃO À POEIRA MISTA

Lopes EM, Vicente RN, Winter DH, Galvão Barboza CE, Baldi BG, Medeiros Neto AH, Filho MT, Santos UP

Disciplina de Pneumologia do HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Silicose; Poeira mista; Massa pulmonar

Introdução: Nas atividades ocupacionais com exposição à sílica, é comum a exposição concomitante a outras poeiras. As manifestações radiológicas nesses casos podem ser atípicas. **Objetivos:** Discutir a ocorrência de massas pulmonares e achados radiológicos atípicos em pacientes silicóticos, a partir do relato de um caso. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e patologia de um paciente acompanhado no ambulatório de Pneumologia Ocupacional; revisão da literatura. **Resultados:** Paciente A.L.B. 80 anos, masculino, ex-tabagista (10 anos/maço). Iniciou investigação em março de 2002, por radiografia de tórax alterada. Assintomático, referia haver trabalhado em marmoraria (onde manipulava diversos tipos de pedras) de 1960 a 1987. Sem demais exposições significativas. Exame físico: sem achados anormais. Radiografia de tórax: opacidade linear 1/3 médio direito, obliteração ângulo costofrênico, espessamento pleural difuso e opacidade de contornos mal definidos na base esquerda. Tomografia de tórax: linfonodos mediastinais calcificados e micronódulos centrolobulares esparsos bilateralmente, presente em todos os lobos; massa de localização periférica no lobo inferior esquerdo em segmentos basais, medindo 6,0 x 6,0 x 3,0cm; opacidade lobo médio medindo 2,0 e 1,0cm; presença de nódulos subpleurais em LLSS e áreas de vidro fosco LIE. PET scan de corpo inteiro: captação na base do pulmão esquerdo. RNM do tórax: baixa intensidade em T2 na consolidação no LIE, com broncograma aéreo. Espirometria normal. Hipóteses diagnósticas: neoplasia pulmonar; silicose com apresentação atípica; pneumoconiose por poeira mista. Biópsia transtorácica: tecido pulmonar alveolar com áreas de fibrose, com pigmento antracótico e partículas espiculadas refringentes. Evolução: Após quatro anos de seguimento o paciente persiste assintomático e os exames radiológicos de controle demonstram estabilidade da doença. **Conclusão:** Nas marmorarias, há exposição, além da sílica, a outras poeiras menos ou não fibrogênicas (silicatos). A

pneumoconiose de poeira mista, daí decorrente, apresenta manifestações radiológicas diferentes da silicose, com maior incidência de opacidades reticulares ou reticulonodulares e menor tendência para o clássico padrão micronodular, com predomínio em LLSS e evolução para fibrose maciça progressiva, cursando com menor disfunção e incapacidade. No presente caso, as características radiológicas encontradas não são típicas de silicose nem de poeira mista. A indisponibilidade de método de avaliação mais preciso (difração de RX) e a falta de dados sobre tipo e concentração da poeira inalada no ambiente de trabalho impedem um diagnóstico preciso. Por outro lado, a hipótese de neoplasia de pulmão deve ser afastada num caso de massa pulmonar em paciente idoso e com antecedentes de tabagismo e exposição à sílica. Em pacientes de maior risco cirúrgico, pode-se evitar procedimentos mais invasivos valorizando-se de um lado a história ocupacional e de outro através de uma investigação complementar mais detalhada.

PO592 FIBROSE PULMONAR APÓS INGESTÃO DE PARAQUAT

Martins da Costa FA¹, Freitas RM², Filho NMF³, Araújo Pinto RM⁴

1. Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza, CE, Brasil; 2,3,4. Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Paraquat; Fibrose pulmonar; Insuficiência respiratória

Introdução: A ingestão do herbicida biperidínico Paraquat, comercialmente conhecido como Gramoxone, é potencialmente fatal sobretudo em quantidades acima de 35-45mg/kg. O acometimento pulmonar é a principal causa de óbito podendo variar de quadros agudos graves até fibrose pulmonar com hipóxia crônica. **Objetivos:** Descrever episódio de ingestão acidental de paraquat resultante em fibrose pulmonar e hipóxia. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 15 anos, agricultor, que ingeriu acidentalmente o herbicida paraquat em quantidade moderada após libação alcoólica. Evoluiu agudamente com mal estar, náuseas e vômitos. Foi atendido no hospital de sua cidade com adinamia, lesões ulceradas em orofaringe e insuficiência renal. Deu entrada nesta instituição após 7 dias do evento inicial, com infecção secundária das lesões orais, adinamia, e febre sem dispnéia. Encontrava-se em estado geral regular, orientado, com pressão arterial de 110 X 70mmHg., pulso de 90bpm, e sem taquidispnéia. Exames séricos demonstravam: uréia = 149mg/dl, creatinina = 2,1mg/dl, transaminases: ASO = 333 e AST = 510; leucócitos de 10.100/mm³ e gasometria arterial com pH = 7,50; PaCO₂ = 31mmHg; PaO₂ = 89,1mmHg, HCO₃⁻ = 25mEq/Lê SatO₂ = 97,8%. Foi iniciada antibióticoterapia e hemodiálise. Após medidas iniciais, evoluiu com melhora da função renal e redução das transaminases mas passou a apresentar dispnéia leve e hipóxia (PaO₂ = 61,7mmHg). Realizou tomografia de tórax que evidenciava alterações fibróticas em lobos superiores e lúngua e vidro despolido em cortical basal esquerda Foi submetido à pulsoterapia com metilprednisolona (1g por 3 dias) e após melhora dos sintomas recebeu alta no 30 dia de internação. **Conclusão:** A ingestão do Paraquat (dicloreto de 1,1-dimetil-4,4-biperidínio) é potencialmente fatal sobretudo em quantidades acima de 40mg/kg. Esta substância é utilizada em mais de 130 países sendo seu uso estimulado pelos baixos preços e pela facilidade de aplicação. Apenas 10-20% do produto ingerido é absorvido, mas os níveis pulmonares podem atingir valores 10-15 vezes maiores em relação às concentrações séricas. O quadro clínico depende da quantidade ingerida, e pode se iniciar com náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia. O acometimento pulmonar pode resultar em insuficiência respiratória aguda grave ou evoluir de forma insidiosa com fibrose pulmonar e óbito após semanas da exposição. A ingestão maciça pode resultar em lesão hepática grave com colestase e inflamação portal. Aparelho cardiovascular, sistema nervoso central e supra-renais também são atingidos. O tratamento consiste em: medidas para reduzir absorção (carvão ativado); (2) excreção do paraquat absorvido (hemodiálise, plamaferese) e (3) redução dos efeitos oxidativos teciduais do paraquat não excretado (n-acetil-cisteína, corticoterapia, anticorpos anti-paraquat). A mortalidade é influenciada substancialmente pela precocidade na instituição das medidas descritas.

PO593 RELATO DE CASO DE DOENÇA RELACIONADO AO ASBESTO

De Castro HA, Ribeiro TE

Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Asbestose; Pneumoconiose; Doença pleural

Introdução: O asbesto é uma fibra mineral com grande resistência ao fogo, a eletricidade e a abrasão mecânica e química, além da função de isolante térmico e acústico. A exposição a essas fibras tem levado a agravos a saúde, cujos principais comprometimentos são pleuropulmonares. **Objetivos:** Mostrar lesões características da exposição ocupacional ao asbesto evidenciadas pelos achados radiológicos, tomográficos e funcionais. **Métodos:** Masc, 43 anos, jardineiro, história de exposição intensa ao asbesto durante 5 anos em indústria de telhas e caixas d'água. Apresenta tosse seca persistente, dispnéia progressiva, atualmente aos pequenos esforços. Ausculta respiratória com estertores crepitantes bibasais. Prova de função respiratória evidencia distúrbio ventilatório restritivo moderado, caracterizado por redução da CPT e capacidade de difusão de CO moderadamente reduzida. Radiografia de tórax (leitura padrão OIT/80): 3/3 e t/t, pe, extensão 3, ax. TCAR de tórax com bandas parenquimatosas e alterações pleurais. Broncofibroscopia normal e lavado brônquico negativo para citologia, bactérias e fungos. **Resultados:** Os principais diagnósticos diferenciais neste caso são asbestose, edema pulmonar e linfangite carcinomatosa, sendo a chave diagnóstica a anamnese ocupacional com descrição de todas as atividades profissionais realizadas durante a vida do paciente. As alterações parenquimatosas de fibrose intersticial associadas às placas pleurais e comprovada a real exposição ao amianto levam a considerar asbestose como diagnóstico definitivo. **Conclusão:** Os primeiros relatos científicos relacionados a exposição às fibras de amianto com agravos à saúde foram publicados no início do século passado e que apesar das medidas de proteção e dos avanços médicos ainda permanece como uma doença de alta morbimortalidade. Sabemos hoje, que a substituição da fibra de amianto por outro material é a medida realmente eficaz como já acontece em mais de 48 países com o banimento do amianto do processo industrial.

PO594 A RESPOSTA FISIOTERÁPIA EM PACIENTES COM ASBESTOSE

De Castro HA, Derby FD, Ribeiro TE

Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Fisioterapia; Asbestose; Doença intersticial

Introdução: A asbestose é uma doença pulmonar caracterizada por uma fibrose intersticial difusa, tipo linear, localizada principalmente nas bases e conseqüente à exposição ao amianto. Os sintomas predominantes são: tosse, dispnéia e dor torácica inespecífica. **Objetivos:** Avaliar a resposta da fisioterapia respiratória em pacientes com asbestose, através da anamnese e do pico de fluxo expiratório. **Métodos:** Foram avaliados 2 pacientes portadores de asbestose que apresentam componentes obstrutivo, associado a resposta broncodilatadora positiva na prova função respiratória. Após a otimização medicamentosa (corticóide inalatório + beta 2 de longa ação) foram submetidos a fisioterapia respiratória e a mensuração prévia pico de fluxo expiratório foram realizadas 10 sessões para cada paciente com as técnicas de: 1 epap terapia c/ 10cm² e (3x10) repetições, 2 threshold c/ 36cm² e (3x10) repetições e 3 exercícios calistênicos com auxílio de bastão (3x10) repetições. **Resultados:** A avaliação clínica evidenciou o alívio das dores torácicas com melhora parcial da sensação de dispnéia, nos dois pacientes. Da mesma maneira, o pico de fluxo expiratório demonstrou um aumento médio de 20% em relação ao exame inicial. **Conclusão:** Os incentivos respiratórios tiveram como função o aumento da capacidade expiratória, principalmente através da resistência do O₂ para aumentar a capacidade pulmonar. Os exercícios calistênicos têm como função melhorar a capacidade de elasticidade da musculatura diafragmática e assim gerar um aumento da capacidade pulmonar e muscular.

PO595 PERFIL INFLAMATÓRIO NO SORO E NO ESCARRO INDUZIDO DE INDIVÍDUOS EXPOSTOS AO ASBESTO COM E SEM DIAGNÓSTICO DE ASBESTOSE: CORRELAÇÃO CLÍNICA, IMAGÉTICA E FUNCIONAL

Setta JH¹, Bagatin E², Neder JA³, Napolis L⁴, Amorim MM⁵, Dal Corso S⁶, Godoy Fernandes AL⁷, Nery LE⁸

1,3,4,5,6,7,8. UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2. UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asbestose; Escarro; Inflamação

Introdução: e IL-8. O escarro induzido tem sido uma ferramenta importante na investigação do processo inflamatório em doenças pulmonares através da dosagem dos níveis de citocinas e também na avaliação do perfil celular. IL-1 **Introdução:** A asbestose está geralmente associada a dispnéia e a um padrão ventilatório restritivo com redução da capacidade de difusão pulmonar para o monóxido de carbono. O macrófago alveolar é descrito como a principal célula envolvida na fibrogênese, sendo responsável pela produção de mediadores inflamatórios como TNF. **Objetivos:** Avaliar o perfil inflamatório no soro e escarro induzido de indivíduos expostos ao asbesto com e sem asbestose, comparado a controles não expostos; e relacionar este perfil à anormalidades clínicas, imagéticas e funcionais observadas nos pacientes com asbestose. **Métodos:**) no soro e escarro induzido (ELISA) e celularidade no escarro, foram obtidos nos indivíduos dos três grupos (Asbestose, Expostos sem asbestose e controles sem exposição ao asbesto). IL-6, IL-8 e TNF **Métodos:** Foram avaliados 58 indivíduos expostos ao asbesto, 39 com anormalidades intersticiais na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) sugestivas de asbestose e 19 sem estas alterações. Estes foram comparados a 21 indivíduos saudáveis e não expostos. A avaliação clínica (escala de dispnéia do Medical Research Council- MRC), testes de função pulmonar (espirometria, volumes pulmonares e DCO), mediadores inflamatórios (IL-1. **Resultados:** Pacientes com asbestose tiveram percentuais mais elevados de macrófagos- mediana (variação) 50 (4-94,3) vs 18 (2-64) p = 0,002 e menores de neutrófilos 37 (1-92) vs 74 (31,3-95) p = 0,001, em relação aos controles. A relação macrófago/neutrófilo também foi maior nos pacientes. A presença de dispnéia foi marginalmente associada a a porcentagem de macrófagos (p = 0,055) e a DCO foi negativamente correlacionada ao número absoluto de macrófagos no grupo com asbestose (r = 0,450; p = 0,013). Pacientes com asbestose, quando comparados com controles, apresentaram maiores níveis de IL-8 no escarro- mediana (variação)- 113,1pg/ml (78,6-120,8) vs 106,9pg/ml (85,4-114,6) p = 0,014 e no soro 14,9pg/ml (3-71,5) vs 10,5pg/ml (0-25,9) p = 0,008. A IL-8 sérica se correlacionou negativamente à capacidade pulmonar total (%prev) (r = 0,398 p = 0,04). Entre os indivíduos com asbestose, aqueles que apresentaram alterações intersticiais tomográficas compatíveis com fibrose mostraram níveis mais elevados de IL-8 no escarro do que aqueles com alterações intersticiais sem evidências de fibrose 115,3pg/ml (107,6-120,8) vs 112,9 (78,6-120,8) p = 0,03. **Conclusão:** Conclusões: Pacientes com asbestose mostraram perfil inflamatório compatível com doença crônica e este perfil esteve associado às anormalidades clínicas, imagéticas e funcionais encontradas nestes pacientes. Nossos dados sugerem que o escarro induzido pode ser uma ferramenta útil na caracterização do processo inflamatório da asbestose.

PO596 PNEUMOCONIOSE POR POEIRA MISTA: CASUÍSTICA DE 20 ANOS DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP, DE 1985 A 2005, EM CAMPINAS (SP)

Lido AV, Ericson E

UNICAMP, Campinas, SP, Canadá.

Palavras-chave: Pneumoconiose por poeira mista; Doença pulmonar ocupacional; Epidemiologia das pneumoconioses

Introdução: O processo de fabricação de material abrasivo proporciona a exposição ocupacional à poeira de alumina ou corindo (minério de alumínio com traços de outros elementos) e ao carborundo. Esses materiais abrasivos são produzidos a partir da fusão em altas temperaturas (2.200 a 2.400 °C); após o resfriamento, essas substâncias sofrem um processo de britagem, moagem e peneiramento, gerando grande concentração de partículas no ambiente, o que pode ocasionar pneumoconiose por poeira mista. A exposição à poeira mista ocorre também na fabricação de mós, rebolos, lixas de papel ou pano

e discos para máquinas de corte. Por causa de seu valor econômico, também existem no Brasil empresas especializadas na reciclagem de rebolos usados, para a produção de material abrasivo na forma de pó, através de moagem, peneiramento e seleção de grânulos segundo suas dimensões, que são utilizadas no polimento de lentes de precisão. **Objetivos:** Estudar a demanda ambulatorial desta pneumoconiose no Hospital das Clínicas da UNICAMP. **Métodos:** Realizamos um estudo descritivo baseado na análise de prontuários médicos. Os critérios básicos de inclusão foram: diagnóstico de pneumoconiose; histórico ocupacional compatível; e um radiograma do tórax. Através do banco de dados do ambulatório de medicina do trabalho e da análise dos prontuários, foram obtidas as informações necessárias para a consolidação deste estudo. **Resultados:** Detectamos um universo de 53 casos de pneumoconiose, diagnosticados no período de 1985 a 2005, sendo 49 (92,5%) do sexo masculino e 4 (7,5%) do sexo feminino, com média de idade foi de 56 ± 8 anos e tempo médio de exposição a poeira mista foi de 13 ± 6 anos. Em relação ao tabagismo, encontramos 38 fumantes (71,7%) com média e desvio padrão de 21 ± 15 anos-maço. Quanto às queixas respiratórias, a dispnéia foi o sintoma mais frequente (37 pacientes, ou 69,8%). Os radiogramas foram classificados quanto à qualidade; em 1, foram 20 (37,7%) e 2, foram 33 (62,3%). Quanto à profusão, em profusão 1 foram 38 (71,7%); 2, foram 12 (22,6%); 3, foram 3 (5,7%). Os radiogramas apresentavam diversas combinações de forma e tamanho; 7 deles foram classificados com grandes opacidades: A, 1; B, 4; C, 2. Dos 27 pacientes em seguimento ambulatorial foram observadas progressões radiológicas, com aumento da categoria de profusão radiológica, em 3 radiogramas (11,1%); da profusão 1 para 2 houve 1 (3,7%), da profusão 2 para 3 houve 2 (7,4%). Encontramos também progressões radiológicas com surgimento de grandes opacidades em 3 radiogramas: 1 (3,7%) do tipo A e 2 (7,4%) do tipo B. **Conclusão:** Os pacientes com pneumoconiose são predominantemente trabalhadores da indústria de abrasivos, nas atividades de moagem e seleção de grãos, procedentes dos municípios de Salto e São João da Boa Vista, ambos no estado de São Paulo. Encontramos uma maior frequência (39 pacientes, ou 73,6%) com tempo de exposição a poeiras maior que 9 anos, caracterizando a predominância da forma crônica da doença.

PO597 SILICOSE-RELATO DE CASO

Pinho AS, Leite ACB, Santos FMM

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Palavras-chave: Silicose; Pneumopatia ocupacional; Pneumoconiose

Introdução: Silicose é uma doença pulmonar fibronodular causada pela inalação de poeira contendo sílica cristalina, a qual pode estar associada à ocorrência de câncer de pulmão, insuficiência renal e aumento do risco de tuberculose pulmonar e de doenças do colágeno. A doença apresenta-se, clinicamente, com formas e graus de gravidade diferentes, dependendo da intensidade e duração da exposição, da natureza da partícula de sílica inalada, da presença ou não de materiais orgânicos ou inorgânicos na poeira, e da associação com a tuberculose. O diagnóstico de silicose requer a combinação de história de exposição à sílica e achados radiológicos característicos. Embora, de maneira geral, o estudo radiológico desses pacientes seja feito com radiografias convencionais, a tomografia computadorizada (TC), especialmente a de alta resolução (TCAR), pode dar informações adicionais importantes, tanto na detecção precoce de pequenas opacidades quanto no estadiamento da doença e na identificação de possíveis complicações. **Objetivos:** Atualização literária, aprimorar conhecimento médico e apresentar um caso clínico de silicose. **Objetivos:** Atualização literária, aprimorar conhecimento médico e apresentar um caso clínico de silicose. **Métodos:** Relato de caso clínico e revisão da literatura. **Resultados:** Os autores relatam caso de paciente de sexo masculino, 60 anos, pardo, minerador durante 20 anos, o qual há aproximadamente 10 anos iniciou quadro de dispnéia a grandes esforços, acompanhada de tosse e hemoptise. Foi tratado para tuberculose pulmonar seguindo o esquema I, com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida por 6 meses. Há 5 anos apresentou agravamento do quadro, estando dispnéico a médios e pequenos esforços. Exames complementares mostraram: PPD (Derivado Protéico Purificado) não reator, cultura para bacilo de Koch negativa. O exame direto do escarro mostrou presença de partículas de sílica, e a tomografia computadorizada apresentou imagens micronodulares e lineares difusas, com nódulos cavitados em terço médio do pulmão direito. **Conclusão:** Diversos tratamentos, utilizando corticosteróides, tetandrina e inalação de pó de alumínio, estão sendo testados, embora ainda não tenham sucesso reconhecido. O paciente acima relatado, encontra-se atualmente fazendo uso de corticosteroide inalatório, tendo apresentado pequena melhora funcional. No entanto, a silicose ainda é a principal doença pulmonar ocupacional incapacitante, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, em um estudo com 687 cavadores de poços no Ceará, encontrou-se uma prevalência de silicose de 27%, indicador que pode ser inferior em atividades profissionais que acarretem menor exposição. Quanto mais precoce for o diagnóstico e a interrupção da exposição, melhor será o prognóstico do paciente.

PO598 SINDROME DE CAPLAN - CASO CLÍNICO

Lido AV, Halpen K, Lopes LC, Oliveira JI, Kitamura S, Bagatin E

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome de Caplan; Pneumoconiose; Silicose

Introdução: A síndrome de Caplan foi descrita em 1953 em mineradores do carvão de Wales South, sendo caracterizada radiologicamente por múltiplas opacidades regulares de limites precisos, medindo de 0,5 a 5cm de diâmetro. Em contraste com o lento desenvolvimento da fibrose maciça em mineradores do carvão, essas lesões evoluem rapidamente e tendem a formar coalescências. Também pode estar relacionado a outros tipo de atividades ocupacionais com exposição à sílica. **Objetivos:** Estudo de um caso clínico de doença rara. **Métodos:** Avaliação clínica, radiológica, laboratorial de funcional de um paciente masculino, brasileiro, pardo, nascido em Guaraciaba do Norte - CE, procedente de Cabreúva -SP, com histórico ocupacional de exposição a poeira de sílica por 2 anos e 10 meses na moagem de pedras em J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

empresa beneficiadora de minérios, no período de 1993 a 1996, encaminhado ao ambulatório de medicina do trabalho do hospital das clínicas da UNICAMP para avaliação de possível doença pulmonar de origem ocupacional. O paciente tinha queixa de dispnéia progressiva, evoluindo para os médios esforços nos últimos 6 meses, sem outras queixas respiratórias e de artralгия em pés, tornozelos, joelhos, punhos e dedos das mãos associado a rigidez matinal há 5 anos. Ex-fumante 12,5 maços/ano, parou há 12 meses. Antecedentes de pneumonia tratada, aos 34 anos, bilateralmente e hipertensão arterial não tratada. Ao exame físico apresentava-se hipertensão com PA 160x100mmHg e com edema periarticular simétrico em interfalangianas proximais das mãos e dos joelhos, sem outras alterações. Para o diagnóstico foram solicitados Radiograma de Tórax (padrão OIT) e de articulações e Tomografia Computadorizada de Alta Resolução e exames laboratoriais (provas de atividade inflamatória). **Resultados:** Foram realizados exames radiológicos em 18/11/05, radiograma do tórax com técnica para pneumoconiose e interpretação no padrão OIT, apresentou qualidade 1 (ótima), profusão 2/2, forma e tamanho q/r, símbolos ax e pi; a Tomografia Computadorizada de Alta Resolução, apresenta opacidades centro lobulares em seguimentos posteriores em ambos hemitórax com formação de coalescências e nódulos subpleurais. Os resultados dos exames laboratoriais foram: FR de 65,5 (VR < 10UI/ml), VHS de 47 (VR até 10), Hb de 13, Ht de 42,2. Espirometria realizada em 12/09/05, dentro dos limites da normalidade. **Conclusão:** Quadro clínico, radiológico e funcional compatível com síndrome de Caplan.

PO599 ASPECTOS DIAGNÓSTICOS - ASBESTOSE CONTROVÉRSIAS

Lido AV¹, Halpen K², Lopes LC³, Oliveira JI⁴, Kitamura S⁵, Bagatin E⁶, Nenhum NN⁷

1,2,3,4,5,6. UNICAMP, Campinas, SP, Brasil; 7. Nenhum, Nenhum, Brasil.

Palavras-chave: Asbestose; Pneumoconiose; Diagnóstico

Introdução: Um caso asbestose pulmonar foi diagnosticado em 1989 apenas pela presença de corpos de asbesto em um exame histopatológico de um fragmento de pulmão biopsiado. As alterações do Radiograma do tórax não eram características. Devido a intenção do paciente de mover um processo judicial contra a empresa o caso foi revisado em nosso serviço. **Objetivos:** Investigação de asbestose pulmonar em paciente com alterações radiológicas e tomográficas incomparável dessa doença. **Métodos:** Avaliação clínica, radiológica, funcional e histopatológica. **Resultados:** Paciente de 55 anos, masculino, branco, procedente de Leme - SP, acompanhado no Ambulatório de Medicina do Trabalho no HC-UNICAMP desde 21/04/1989, encaminhado pelo Ambulatório de Pneumologia da mesma instituição, onde iniciou acompanhamento no mesmo ano, para investigação denexo causal por quadro de dispnéia aos pequenos esforços, tosse seca, chiado no peito, e crises de broncoespasmo, com piora noturna e nos dias frios e melhora com inalação com broncodilatadores, associado a alterações radiológicas e a exposição ao asbesto na fabricação de produtos de fibro-cimento por 13 anos e 7 meses nas funções de desinfectador, operador de ondulateira e molassa e prensista, na cidade de Leme - SP no período de 1970 a 1983. Apresenta antecedente de consumo tabágico 29 anos/maço, hábito abandonado há 10 anos e bronquite crônica. Ao exame físico, encontra-se eufnéico, acianótico, com MV diminuído globalmente e estertores crepitantes em base pulmonar esquerda, expansibilidade torácica normal e presença de cicatriz cirúrgica de toracotomia à esquerda. Em março de 2003, o paciente foi reavaliado apresentando Rx de tórax classificado como qualidade 1, profusão 1/1, p/q, com obliteração do seio costofrênico à esquerda e opacidade pleural em terço médio do hemitórax esquerdo e a Tomografia computadorizada de alta resolução do tórax de 15/04/2003 com alterações parenquimatosas sem sinais de fibrose e ausência de placas pleurais. A espirometria demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Realizou-se em 19/11/2003, revisão histopatológica de biópsia pulmonar realizada em setembro de 1989, com contagem de corpos de asbestos e do tipo e número de fibras que, entre outros achados revelou a presença de bronquiólite secundária a exposição ao asbesto (classificação grau II de Chung pelo Colégio Americano de Patologia). **Conclusão:** Foi confirmado hipótese diagnóstica de asbestose pulmonar.

PO600 EFICÁCIA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC APLICADO AOS PACIENTES PORTADORES DE PNEUMOCONIOSE ADMITIDOS NO ANO DE 2005

Ressler S¹, De Godoy DV², Costa CS³

1. Universidade Corporativa Mãe de Deus, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil; 3. UNESC, Criciúma, RS, Brasil.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; Doença ocupacional; Teste de endurance

Introdução: Grande número de trabalhadores encontra-se sob o risco de desenvolver pneumoconioses como resultado da exposição ocupacional às poeiras de origem mineral. Dentre as doenças respiratórias, as de maior prevalência e relevância, em razão da gravidade, em Criciúma e região, são as Pneumoconioses e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Objetivos:** Avaliar a eficácia do programa de reabilitação pulmonar da UNESC na melhora da capacidade funcional dos pacientes portadores de pneumoconiose. **Métodos:** Foram estudados retrospectivamente 18 indivíduos pneumoconióticos que realizaram o programa de reabilitação pulmonar durante o ano de 2005. Os dados foram analisados através de teste não paramétrico de Wilcoxon. **Resultados:** Todos os indivíduos estudados eram do sexo masculino, com uma média etária de $57,8 \pm 19,3$ anos. O tempo médio de trabalho como mineiro foi de $16,7 \pm 5,2$ anos. A média da relação VEF1/CVF foi de 56%. A comparação do teste de endurance em esteira ergométrica mostrou uma variação média de $2.302,8 \pm 1169,3$ metros na avaliação pré-realização do programa para $2822,2 \pm 926,6$ metros após a realização do programa ($p < 0,005$). **Conclusão:** O programa de reabilitação pulmonar proposto para pacientes portadores de pneumoconiose dos mineradores de carvão mostrou-se eficaz, conforme demonstrado pelo aumento da distância percorrida no teste de endurance realizado em esteira ergométrica.

PO601 SILICOTUBERCULOSE NA DPOC AVANÇADA DE DIFÍCIL CONTROLE CLÍNICO

Pinho Queiroga Júnior FJ, Nogueira CR, Pereira Albuquerque AL, Scuarcialupi ME, Oliveira M, Kirchenchtein C, FARO, S, Neder JA

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Silicotuberculose; DPOC; Caso clínico

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela limitação ao fluxo aéreo que não é totalmente reversível, sendo geralmente progressiva e associada ao hábito tabágico. A silicose, especialmente na forma de grandes opacidades, é uma pneumoconiose que predispõe a uma série de co-morbidades, incluindo a tuberculose e a limitação crônica ao fluxo aéreo. A presença concomitante de silicotuberculose e DPOC tem o papel potencial de acelerar o declínio funcional e dificultar o controle clínico dos sintomas relacionados à doença das vias aéreas. Entretanto, existem poucos relatos na literatura acerca desta associação de condições patológicas. **Objetivos:** Relatar um caso de silico-tuberculose. **Métodos:** Apresenta-se, portanto, o caso de um homem de 66 anos, natural de Pedreira-SP, com antecedentes de tabagismo (20 anos-maço) e silicose diagnosticada em 1975 após exposição na indústria cerâmica. Referia dispnéia, tosse e chiado no peito de caráter evolutivo, com piora progressiva há 4 anos. Relatava, ainda, despertares noturnos por falta de ar, sendo necessário o uso de broncodilatadores de curta duração por mais de 4x ao dia. Perda ponderal de 10 quilos no último ano, sem outros sintomas constitucionais. Neste período, apresentou diversas episódios de aumento da quantidade e purulência do escarro, com controle clínico insatisfatório apesar da maximização terapêutica, que incluiu broncodilatadores de longa-duração, esteróides inalatórios e teofilina. **Resultados:** Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, dispnéico ao falar, corado e afebril. Ausculta cardíaca normal e propedéutica respiratória revelando estertores crepitantes finos no 1/3 superior do HTD e MV diminuído no 1/3 inferior deste mesmo HT com sibilos de transmissão. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado (VEF1 pós broncodilatador = 0,86L, 29% do previsto) e redução da CVF. Exame radiográfico de tórax compatível com silicose na forma de grandes opacidades B e C. Tomografia computadorizada confirmando tais achados, demonstrando ainda consolidação em LSD, com broncograma aéreo e lesão cavitária de aproximadamente 3cm. Solicitado amostras seriadas de escarro para pesquisa de BAAR, com rendimento negativo. Após 3 meses de seguimento, com continuada piora clínica, a cultura de escarro finalmente confirmou a presença do M. tuberculosis. Iniciado quimioterapia com esquema 1, havendo melhora clínica evidente já no primeiro mês de tratamento, com rápida estabilização dos sintomas relacionados à DPOC. **Conclusão:** O presente caso relata as peculiaridades da associação entre silicotuberculose e DPOC, alertando acerca da necessidade de se afastar a hipótese de tuberculose ativa num paciente silicótico que apresente DPOC de difícil controle apesar da otimização terapêutica.

DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO**PO602 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A NOITE NA POLISSONOGRÁFIA**

Haggstram FM¹, Fam CF²

1. Hospital São Lucas - PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Polissonografia; Pós-sono; Avaliação

Introdução: A polissonografia é um exame que avalia os estágios do sono e variáveis respiratórias (permite o diagnóstico de apnéias do sono, bem como sua gravidade e etiologia - obstrutiva ou central), dessaturações e arritmias cardíacas noturnas e movimentos periódicos dos membros. Para isso utiliza-se o eletroencefalograma, o eletrocardiograma, o eletromiograma do mento e de membros inferiores é feita a avaliação da respiração pelo fluxo aéreo/movimento torácico abdominal, eletrocardiograma, oximetria de pulso, avaliação dos roncos e a posição corpórea. **Objetivos:** Avaliar a satisfação dos pacientes em relação à realização da polissonografia. **Métodos:** Estudo transversal, no qual 51 pacientes foram submetidos a uma polissonografia no Laboratório do Sono do Hospital São Lucas da PUCRS. Pela manhã, os pacientes completaram um questionário onde eram perguntados itens que visavam avaliar a satisfação dos pacientes quanto ao exame. Foram incluídos aqueles questionários preenchidos corretamente. **Resultados:** Da população de 51 pacientes, apenas 1 foi excluído devida a não resposta da maioria das perguntas. Amostra para análise = 50 pacientes. Começar a dormir foi relatado como fácil por 44% dos pacientes, enquanto que apenas 1 paciente relatou que foi muito difícil. A permanência dormindo foi considerada nada difícil para 52%, pouco difícil para 36%, muito difícil para 10% e 12% não responderam a essa questão. Sessenta e oito por cento dos pacientes relataram que não houve incômodo durante a noite. Entre os pacientes que sentiram um incômodo, 81,25% responderam que o mesmo ocorreu devido à aparelhagem empregada no exame, como fios, sensores e eletrodos. Dezesesseis por cento dos pacientes relataram dor durante o sono, dentre os motivos mais citados estavam cefaléia e dor lombar. Noventa e quatro por cento relataram que acordaram pelo menos uma vez durante a noite, sendo os motivos: usar o banheiro 42,5%, acordar sem motivo definido e/ou sem motivo sabido era fato normal no sono do paciente 17%, incômodo devido aos fios 12,7%, movimentação na cama 10,6% e apenas um paciente (2%) relatou acordar por dispnéia. A grande maioria dos pacientes (97,9%) relatou ter voltado a dormir, tendo 8,5% dos pacientes relatado demora em retornar a dormir e/ou sono inconstante pelo restante da noite. A qualidade do sono obtido foi satisfatória para 40%, pouco satisfatória para 38% e nada satisfatória para 16% dos pacientes. A dificuldade para despertar na manhã seguinte foi relatada com nada difícil por 84%. O cansaço pela manhã foi relatado como mínimo por 12%, médio por 50% e máximo por 36%. **Conclusão:** A polissonografia é um exame complexo onde o paciente tem que passar uma noite fora de casa com vários eletrodos conectados ao seu corpo. A maioria dos pacientes relataram pelo menos 1 incômodo durante a realização do exame, geralmente relacionada com os eletrodos ou cânula nasal. Entretanto o exame foi bem tolerado pela maioria dos pacientes.

PO603 ESTUDO POLISSONOGRÁFICO EM ADOLESCENTES PORTADORES DE ANEMIA FALCIFORME CLINICAMENTE ESTÁVEIS

Viegas CAA¹, Capoulade L²

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2. Hospital de Base de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Polissonografia; Adolescentes; Anemia falciforme

Introdução: Embora a exata prevalência de SAOS em crianças com anemia falciforme seja desconhecida, a prevalência de dessaturação noturna da hemoglobina em crianças e adolescentes é superior a 40%. **Objetivos:** Avaliar o sono de adolescentes portadores de anemia falciforme estáveis clinicamente. **Métodos:** Estudo transversal descritivo de 50 pacientes portadores de anemia falciforme (SS), acompanhados no Setor de Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília. Os pacientes foram submetidos à polissonografia noturna no Hospital Universitário de Brasília. Foram analisados dados antropométricos e polissonográficos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo a SpO2 ≤ 93% em sono REM. Realizada estatística descritiva, teste t de Student, e correlação de Pearson. Consideramos diferença estatisticamente significativa quando p ≤ 0,05. **Resultados:** Média de idade 13,9 + 2,5 anos. TTS 410 + 64 minutos e %REM 13 + 6% estavam diminuídos e latência de sono REM (182 + 100 minutos) aumentada, dois pacientes (4%) não apresentaram sono REM. Número de despertares (106 + 73), movimentação em sono (29 + 12), número de mudança de estágio (86 + 26), índice de distúrbios respiratórios (2 + 3/h) e índice de apnéia obstrutiva (0,2 + 0,8/h) estavam aumentados. Quando os grupos foram comparados em relação a todas as variáveis polissonográficas, houve diferença estatisticamente significativa em mais da metade dessas variáveis. Houve forte correlação positiva entre SpO2 em sono REM e SpO2 em vigília (r = 0,96, p < 0,001) e SpO2 em sono NREM (r = 0,97, p < 0,001), e forte correlação negativa em relação ao T90 (r = -0,60, p < 0,001). **Conclusão:** O sono fragmentado nos pacientes portadores de AF clinicamente estáveis se deve provavelmente a correlação deste com dessaturação da hemoglobina, apesar do maior número de distúrbios respiratórios ter ocorrido no grupo com dessaturação.

PO604 AVALIAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE SONO EM ADOLESCENTES PORTADORES DE ANEMIA FALCIFORME CLINICAMENTE ESTÁVEIS

Viegas CAA¹, Capoulade L²

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2. Hospital de Base de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Sono; Adolescentes; Anemia falciforme

Introdução: Sabe-se que portadores de anemia falciforme têm sono comprometido tanto em qualidade como em quantidade durante crises dolorosas. **Objetivos:** Avaliar presença de ronco em adolescentes portadores de anemia falciforme estáveis clinicamente por meio de questionário. **Métodos:** Estudo transversal descritivo de 50 pacientes portadores de anemia falciforme (SS), acompanhados no Setor de Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília. Os pacientes foram submetidos à aplicação de questionário de sono adaptado para a faixa etária e escala de sonolência de Epworth, que foi respondido pelo adolescente com a ajuda dos pais ou do responsável. Realizada estatística descritiva. **Resultados:** A média de idade foi de 13,9 + 2,5 anos. Presença de fumantes em domicílio em 38% dos pacientes, 40 pacientes (80%) referiu roncar e dentre estes 32% roncam raramente, 48% na maioria das noites, ficando os 20% restantes com frequência de 1-4 x/mês (10%) e > 1x/semana (10%). Somente 12% referiram pararem de respirar enquanto dormiam, presença de cianose em 4%, "chacoalhar" para voltar a respirar durante o sono em 7 pacientes (14%), 15 pacientes (30%) apresentava sufocação durante o sono e 56% tinham o sono agitado. Sonolência diurna excessiva estava presente em 24% dos pacientes. A cefaléia matinal acometeu 60% dos pacientes, sendo que quase todos os dias em 50% das vezes. **Conclusão:** No grupo estudado encontramos alta prevalência de ronco e de sonolência diurna excessiva correspondendo a presença de importante distúrbio do sono.

PO605 CLÍNICA DO CPAP E ADESÃO AO TRATAMENTO DA SAOS

Viegas CAA¹, Bittencourt L², Silva CAME³

1,2. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 3. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: CPAP; SAOS; Tratamento

Introdução: A adesão ao uso continuado da pressão positiva nas vias aéreas é determinante para o tratamento da síndrome da apnéia obstrutiva do sono, entretanto, a não utilização desta terapêutica ainda é um problema evidenciado nos ambulatórios de sono. **Objetivos:** Aumentar a adesão ao uso continuado do PAP em pacientes com SAOS moderada ou grave. **Métodos:** = 0,01. 77 pacientes estudados no Laboratório do Sono do Hospital Universitário da Universidade de Brasília - HUB, com indicação, pelo exame polissonográfico, para o uso do PAP foram estudados. Estes pacientes foram divididos em 2 grupos: (1) 48 que passaram pela clínica do CPAP e (2) 29 que não passaram. A clínica do CPAP consistia de 3 sessões semanais, com 2 horas de duração cada, onde as intervenções eram de cunho educativo, cognitivo e comportamental. Nestas sessões, eram trabalhados aspectos referentes à: (a) conceituação e consequências da SAOS, (b) adaptação e importância do PAP no tratamento da SAOS. Utilizamos o teste do qui-quadrado para testar a dependência entre adesão ao PAP e exposição à clínica do CPAP. Consideramos significativo. **Resultados:** Dos 48 pacientes submetidos à clínica, 45 aderiram ao CPAP, enquanto que no outro grupo, apenas 9 dos 29 pacientes aderiram ao tratamento (p-valor = 0,000). **Conclusão:** Pacientes com SAOS moderada ou grave, que participaram do programa de abordagem educativa, aumentaram a motivação pelo tratamento, apresentando maior taxa de adesão ao uso continuado do PAP.

PO606 CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO VERSUS ÍNDICE DE MASSA CORPORAL: QUAL O MELHOR INDICADOR DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM OBESOS?

Viegas CAA, Rodrigues SL, Silva CAME

Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: SAOS; Circunferência do pescoço; IMC

Introdução: A obesidade é um dos principais fatores fisiopatológicos associados a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) e pode ser classificada de acordo com o índice de massa corporal (IMC). Entretanto, a circunferência do pescoço (CP) também é correlacionada ao aumento de resistência na via aérea superior tanto quanto um alto valor do IMC. **Objetivos:** Analisar o sono de pacientes portadores de obesidade e definir, entre a CP e o IMC, o melhor indicador da SAOS. **Métodos:** Estudo transversal com 106 pacientes portadores de obesidade, analisados pela CP e IMC, submetidos a polissonografia noturna completa, para aferição das variáveis eletroencefalográficas e dos distúrbios respiratórios do sono. **Resultados:** Na população estudada foi observado um valor médio da circunferência de pescoço de $41,42 \pm 03$ cm e do índice de massa corporal de 39 ± 09 kg/cm² com índice apnéia/hiponéia de 16 ± 20 apnéia/hora. Foi encontrada correlação significativa e positiva ($r = 0,46$ e $p < 0,05$) entre a CP e o IAH, não houve associação significativa entre o IMC e o IAH. Em relação as fases do sono, foi observado um valor médio do estágio 1 de $08 \pm 08\%$, do estágio 2 de $58 \pm 18\%$, do sono delta de $11 \pm 08\%$ e do sono REM. **Conclusão:** Houveram alterações importantes na qualidade do sono com fragmentação e redução do sono delta. A CP correlacionou-se de forma significativa com o IAH e pode ser considerada um marcador importante da SAOS.

PO607 POLISSONOGRAFIA DOMICILIAR: UMA REALIDADE

Kissmann G, Nigri DH, Addor G, Martins RC, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: CPAP; Auto-CPAP; Pneumologista

Introdução: A polissonografia é um conjunto de exames utilizados no diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao sono, podendo ser realizada em laboratórios ou em residências com diferentes tipos de aparelhos. Geralmente nos laboratórios são usados polígrafos do tipo 1 (mínimo 7 canais, sensores de movimento de pernas e posição e o único com supervisão de técnico) e em residência tipo 2 (mínimo 7 canais), tipo 3 (mínimo 4 canais) e tipo 4 (mínimo 1 canal). **Objetivos:** Mostrar que a polissonografia tipo 1 domiciliar é viável tanto para diagnóstico como para titulação de CPAP. **Métodos:** Em 1 ano realizamos 32 exames em 31 pacientes (24 para diagnóstico e 7 para titulação). Utilizado polígrafo Brainnet 36°, notebook e o CPAP Respiroson®. Monitorados 4 canais de EEG, 2 de ECG, 2 de eletrooculograma, sensores de eletromiografia submentoneana, pernas, fluxo aéreo (termistor e pressão), movimento toracoabdominal, posição e roncos. Entrada de pressão para o CPAP e oxímetro de pulso. Havia de reserva um polígrafo tipo 3 (Stardust™) e todos os sensores. A equipe era composta de 4 pneumologistas e 5 fisioterapeutas. Cada exame era supervisionado inicialmente por um pneumologista e o fisioterapeuta permanecia durante toda a noite acompanhando o exame. Protocolo titulação manual. **Resultados:** 22 exames em homens (71%), média etária de 63 anos, índice de Epworth médio de 9,54. As principais doenças associadas foram: HAS (68%), refluxo gastroesofágico (55%), IAM prévio (19%) e ICC (13%). Alguns pacientes apresentavam mais de uma comorbidade. O IMC médio foi de 31,7 kg/cm². O menor tempo de sono foi de 3 h 40 m e o maior de 7 h 43 m. Para titulação foram 7 exames (22,5%) e 24 para diagnóstico (77,5%), sendo em 13 realizado *split test* (41,9%). Em 1 exame foi necessário usar o Stardust™ devido a problemas com o Brainet®, sendo possível realizar o diagnóstico. **Conclusão:** Não houve perdas de exames em nossa análise. Foi possível titular e realizar *split test* em mais de 40% dos exames. Em concordância com a literatura, esta prática poupa tempo e reduz custos, uma vez que não é necessário a realização de um novo procedimento para titulação do CPAP. Em um único exame utilizamos o equipamento reserva, sem prejuízo para o resultado final. Alguns estudos apontam desvantagens da realização da polissonografia em domicílio porém, referem-se aos exames feitos com aparelhos tipo 2, 3 e 4. Em nosso estudo pudemos mostrar que a polissonografia do tipo 1 pode ser realizada com sucesso em domicílio, desde de que conduzida por uma equipe de médicos e fisioterapeutas experientes.

PO608 COMPARAÇÃO DOS VALORES DE CPAP TITULADOS MANUAL E AUTOMATICAMENTE

Kissmann G, Nigri DH, Martins RC, Addor G, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome de apnéia do sono; Terapia; Pressão positiva contínua nas vias aéreas

Introdução: O tratamento da apnéia obstrutiva do sono através do uso do CPAP já está bem estabelecido. Entretanto, não existe ainda um protocolo padrão para titulação do CPAP adequado. **Objetivos:** Fazer uma análise comparativa entre o auto-CPAP e o CPAP com titulação manual e avaliar qual método é mais eficaz. **Métodos:** Realizado estudo retrospectivo dos pacientes com diagnóstico de apnéia obstrutiva do sono, acompanhados em clínica privada e submetidos à tratamento com CPAP, no período de janeiro de 2000 a junho de 2004. Para todos os pacientes foi calculado o CPAP estimado (fórmula de Hoffstein), titulado CPAP manual (durante a polissonografia) e automático utilizando o aparelho Taema Eclipse Sono. Consideramos significativas as variações de medidas maiores que 2 cmH₂O. **Resultados:** Foram selecionados 14 pacientes masculinos, com idade entre 45 e 86 anos. O IMC variou de 23 a 67,6, o IAH de 17 a 73/hora e a Escala de Epworth de 5 a 23 pontos. A diferença das medidas do CPAP estimado e do titulado manualmente variaram entre -1 e +4 cmH₂O, sendo que em apenas um paciente (7%) esta diferença foi maior do que 2 cmH₂O. Comparando o CPAP titulado manualmente e o encontrado pelo auto-CPAP encontramos uma variação entre -2 e +9 cmH₂O, sendo que em seis pacientes (42,9%) esta

diferença foi maior do que 2 cmH₂O. A análise estatística mostrou uma correlação significativa entre o CPAP titulado manualmente e o estimado, além de uma diferença significativa entre CPAP titulado manualmente e o automático. **Conclusão:** Observamos uma correlação importante entre os valores de CPAP estimado e aferido manualmente, o que não ocorreu quando comparamos CPAP aferido manualmente e o auto-CPAP. Na maioria dos casos o auto-CPAP superestimou a necessidade, o que pode ter implicações negativas na aderência ao tratamento.

PO609 CRISES CONVULSIVAS NOTURNAS DESENCADEADAS POR SÍNDROME DA APNÉIA-HIPONÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E HIPOVENTILAÇÃO CRÔNICA DA OBESIDADE

Aldegheri Paschoal FH, Medeiros Neto AH, Guanabara DM, Genta PR

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP - Disciplina de Pneumologia, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Apnéia do sono; Hipoventilação; Convulsões

Introdução: A síndrome da apnéia-hiponéia obstrutiva do sono (SAHOS) pode manifestar-se por queixas neurológicas, como sonolência diurna ou alterações cognitivas variáveis. No entanto, a ocorrência de convulsões noturnas relacionadas à SAHOS, em adultos, não foi relatada pela literatura até o presente. **Objetivos:** Relatar caso de convulsão noturna em paciente portador de hipoventilação da obesidade e SAHOS. **Métodos:** Revisão de prontuário de paciente internado para investigação diagnóstica. Monitorização do sono simplificada (oximetria contínua, sensor de movimentos respiratórios toracoabdominais e sensor de fluxo nasal de ar). Evolução gasométrica. Escala de sonolência diurna de Epworth. Revisão sistemática da literatura. **Resultados:** Paciente de 19 anos de idade com obesidade mórbida (IMC 66 kg/m²) e hipoventilação crônica associada à obesidade, sem diagnóstico ou tratamento prévio, admitido pelo pronto-socorro por quadro de convulsões durante o sono há quatro dias (quatro episódios em momentos diferentes). Sem uso prévio de qualquer medicação ou substância, sem febre ou qualquer sinal de infecção. Ao exame neurológico paciente lúcido, orientado e colaborativo; ausência de déficits focais, sinais meníngeos ou outras anormalidades. Durante o sono, em ar e pressão ambiente, o paciente apresentava saturação média de oxigênio de 60% e aproximadamente 50 eventos obstrutivos por hora de sono. Com o uso de CPAP (11 cmH₂O) exclusivo, houve melhora na saturação média (82%) e nos eventos obstrutivos (20 eventos/hora). Com a associação de CPAP e oxigenioterapia, a saturação média e o índice de eventos permaneceram em torno de 88% e 20 eventos obstrutivos/hora. A evolução gasométrica diurna e em ar ambiente, antes e após introdução do uso de CPAP e oxigenioterapia noturnos, mostrou reversão da hipercapnia: - inicial: pH 7,39, pO₂ 53,5 mmHg, pCO₂ 51,5 mmHg - décimo dia de tratamento: pH 7,42, pO₂ 48 mmHg, pCO₂ 40 mmHg. A escala de sonolência de Epworth também mostrou melhora importante durante esse curto período, variando de 19 para 6 pontos (num total de 24 pontos). Após a introdução da terapêutica para os distúrbios ventilatórios o paciente não apresentou novos episódios convulsivos. **Conclusão:** No caso apresentado a ocorrência de crises convulsivas noturnas estava relacionada aos distúrbios ventilatórios do paciente, intensificados durante o sono. A hipoxemia intensa decorrente da hipoventilação durante o sono, provavelmente foi o desencadeante das crises, embora uma possível contribuição da hipercapnia não possa ser descartada. Em consenso com o grupo de Neurologia do nosso serviço, optamos por abordar exclusivamente a patologia ventilatória do paciente, dispensando o uso de anticonvulsivantes. O sucesso terapêutico dessa conduta fortalece e ratifica o distúrbio ventilatório crônico como causa da manifestação neurológica.

PO610 AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Souza Nunes F¹, Danzi NJ², De Carvalho AC³, Drager L⁴, Cesar LAM⁵, Filho GL⁶

1. Laboratório do Sono do Instituto do Coração - Disciplina de Pneumologia do HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2.4. Instituto do Coração, São Paulo, SP, Brasil; 3. Laboratório do Sono do Instituto do Coração - Disciplina de Pneumologia do HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 5. Instituto do Coração DO HC DA FMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 6. Laboratório do Sono do Instituto do Coração DO HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Apnéia; Sono; Obstrutiva

Introdução: A síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) é frequente em pacientes com doença cardiovascular preestabelecida. Não existem estudos que avaliaram a prevalência de SAOS nos pacientes com indicação de revascularização miocárdica. **Objetivos:** - Estratificar pacientes entre alto e baixo risco para síndrome de apnéia obstrutiva do sono através de questionário clínico de Berlin. - Avaliação adicional da síndrome de apnéia obstrutiva do sono com polissonografia em subgrupo inicial dos pacientes. **Métodos:** Estudamos prospectivamente pacientes consecutivos avaliados para cirurgia de revascularização através do questionário clínico de Berlin que estratifica os pacientes em alto e baixo risco de SAOS de acordo com questões em 3 domínios: ronco, sonolência e obesidade e/ou hipertensão arterial sistêmica. Adicionalmente, foi feita polissonografia noturna completa (PSG) em uma subpopulação para validação interna do questionário de Berlin. **Resultados:** Foram estudados 53 pacientes, sendo 40 masculinos, idade $59,74 \pm 9,3$ anos, índice de massa corpórea $29,18 \pm 4,39$ kg/m². Do total 51% foram classificados como alto risco de apnéia de sono segundo o questionário de Berlin. Dez pacientes (oito de alto risco para SAOS) foram estudados por PSG (7 masculinos, idade, índice de massa corpórea), sendo que 8 apresentaram apnéia obstrutiva do sono, determinado por índice de apnéia e hiponéia > 5 eventos por hora de sono). O questionário mostrou sensibilidade de 85% e especificidade de 50% para diagnóstico de SAOS. **Conclusão:** Concluímos que a SAOS é frequente em pacientes avaliados para cirurgia de revascularização. Chama a atenção que a totalidade dos pacientes avaliados não tinham diagnóstico prévio de SAOS, demonstrando que a SAOS apesar de comum, é ignorada nessa população de pacientes.

PO611 APLICAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

N Guimarães GM, Da Silva HBG, Viegas CAA, Ladeira M
Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Diagnóstico clínico; Modelo; SAOS

Introdução: A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é a condição definida por paradas repetidas e temporárias da respiração durante o sono, frequentemente associada a roncos pois as paradas ocorrem por estreitamento ou colapso das vias aéreas superiores. A SAOS é uma doença crônica evolutiva com alta taxa de morbidade e mortalidade apresentando um conjunto sintomático múltiplo, caracterizada pela ocorrência de cinco ou mais episódios no total da soma de hipopnéias e apnéias por hora de sono. Essa síndrome já foi descrita como problema de saúde pública comparável ao tabagismo nos seus efeitos sobre a Sociedade, mas é pouco reconhecida e de diagnóstico difícil e caro. Nenhum diagnóstico clínico com boa acurácia foi validado para SAOS sendo que especialistas em sono referem que erram em 50% dos casos com história e exames físicos completos. A ausência de um diagnóstico clínico com boa acurácia é portanto um problema de saúde pública. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi gerar modelos de boa acurácia geral para o diagnóstico da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono usando modelos lineares como as regressões lineares múltiplas e logísticas múltiplas e modelos não lineares como as redes probabilísticas e as redes neurais em uma população brasileira. **Métodos:** Foram coletados dados clínicos e polissonográficos de 1000 pacientes de um centro de referência referentes a: índice de apnéia e hipopnéia, índice de massa corporal, circunferência do pescoço, idade, gênero, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, queixa de roncos e queixa de choque noturno, gerando os modelos de melhor acurácia que posteriormente foram validados também em 127 novos casos que não foram utilizados para a formação do modelo para poder avaliar existência de superajuste. O delineamento deste estudo foi de casos e controles. **Resultados:** A rede neural MLP evidenciou relação não linear entre o diagnóstico de SAOS e constituiu o melhor modelo de previsão, com sensibilidade de 100%, especificidade de 97% e acurácia global de 99%. **Conclusão:** O modelo gerado mostrou-se útil para a organização de filas para polissonografias e provavelmente é consistente devido à amplitude de sua base de dados (idade de 18 a 88 anos) e ao fato de basear-se em uma população brasileira. Devido a sua complexidade é necessário um programa de computador para aplicar este modelo, o que restringe seu uso, mas sua acurácia, a economia resultante e a priorização de pacientes mais graves justifica sua aplicação.

PO612 CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO VERSUS ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

N Guimarães GM, Da Silva HBG, Viegas CAA
Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Circunferência do pescoço; IMC; Brasileiros

Introdução: Além de poucos, os estudos existentes relacionando circunferência do pescoço (CP), índice de massa corpórea (IMC), Idade e índice de apnéia e hipopnéia (IAH) são antigos, realizados em populações restritas e não brasileiras. Sabidamente CP e IMC são fortemente correlacionados, o que também demanda uma análise multivariada. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi definir o melhor ponto de corte para CP, IMC e idade para o diagnóstico da síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) em brasileiros e definir qual variável entre IMC e CP é melhor preditora do IAH. **Métodos:** Foi realizado um estudo de casos e controles com 1127 pacientes de um centro de referência (60% com SAOS), coletando dados referentes a circunferência do pescoço (CP), índice de massa corporal (IMC), idade, gênero e índice de apnéia e hipopnéia (IAH). Os pontos de corte foram definidos com os pontos máximos de acurácia na curva ROC. A análise multivariada baseou-se em uma regressão linear múltipla com seleção stepwise sem intercepto. **Resultados:** A variável CP mostrou-se superior à variável IMC de acordo com a regressão linear a ponto de anular o efeito desta última sobre o IAH. O ponto de corte de maior acurácia para CP foi menor que a média mundial e surpreendentemente igual entre os dois gêneros: 39cm. Os pontos de corte para idade foram 22, 39 e 61 anos. Os pontos de corte para IMC foram 24, 31 e 60kg/m². A circunferência do pescoço isoladamente mostrou-se excelente preditor e com este ponto de corte teve sensibilidade de 65.4% e especificidade de 69.2%. **Conclusão:** A circunferência do pescoço é o melhor preditor do IAH e de SAOS que o IMC, e seu ponto de corte ótimo na população brasileira é o mesmo para homens e mulheres, 39cm. Ela mostrou-se como bom preditor isoladamente com sensibilidade de 65.4%, especificidade de 69.2% e acurácia para uma população com prevalência de SAOS de 5% de 69%, devendo ser aferida sempre que se suspeitar de SAOS.

PO613 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Bertolazi AN¹, Menna Barreto SS², Canani SF³, Drehmer M⁴

1,2,4. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Escala de sonolência de Epworth; Validação; Adaptação cultural

Introdução: Dos instrumentos para avaliação de sonolência excessiva, um dos mais utilizados é a Escala de Sonolência de Epworth (ESS), publicada em 1991 por Johns MW. Esta escala tem grande importância na distinção de grupos de pacientes por seus diferentes níveis de sonolência, podendo ser utilizada na prática médica. No entanto, esta escala foi originalmente formulada na língua inglesa e, para que possa ser aplicada em nosso meio, deve ser traduzida, adaptada culturalmente e então aplicada para a avaliação das suas propriedades. **Objetivos:** Traduzir para a língua portuguesa, adaptar para a cultura brasileira e validar a Escala de Sonolência de Epworth (ESS). **Métodos:** Foi realizado um estudo

transversal, prospectivo. Foram incluídos pacientes com idade entre 18 e 60 anos, encaminhados para a realização de polissonografia no Laboratório do Sono do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com hipótese diagnóstica de insônia, de ronco primário ou de SAHOS. A tradução em português e o texto original foram aplicados em 14 indivíduos bilíngües, para avaliação de equivalência. Dois tradutores realizaram as retro traduções do texto em português para o inglês. O autor do ESS, Dr. Murray Johns, avaliou as retro traduções quanto às equivalências semântica, idiomática e conceitual, obtendo-se uma retro tradução final. A comparação da versão original com a retro tradução final foi realizada seguindo as recomendações de Sperber, 2004. Ao final desta etapa, foi obtida a versão chamada de ESS-BR. O ESS-BR foi aplicado nos pacientes em lista de espera para o exame de polissonografia, por um período de oito meses. Após o resultado final desta avaliação diagnóstica, foram selecionados os pacientes com diagnóstico de SAHOS, ronco primário ou insônia psicofisiológica ou idiopática para serem comparados. **Resultados:** Um total de 48 pacientes foram incluídos no estudo até o presente momento. Destes, 33 (68,8%) pertencem ao grupo com SAHOS, 8 (16,6%) ao grupo de insônia e 7 (14,6%) ao grupo de ronco primário. Os pacientes não apresentaram dificuldade no entendimento ou no preenchimento da escala, que foi avaliada pelos mesmos como simples e rápida. As médias do escore total do ESS foram de 13 ± 6,61 (DP) para os pacientes com SAHOS; 7,14 ± 0,89 (DP) para ronco primário e 5,87 ± 2,58 para insônia. Nos pacientes com insônia e ronco primário, não foram observados escores maiores que 10 e escores maiores que 16, indicativos de alto nível de sonolência diurna, foram encontrados principalmente nos pacientes com SAHOS moderada e grave. Como o trabalho está em andamento, aguardamos a inclusão de um grupo de indivíduos, que será o controle, para novas comparações, conforme descrito no artigo original. **Conclusão:** Os resultados preliminares deste trabalho correspondem, até o presente momento, ao encontrado no trabalho original. A ESS mostra-se um instrumento de fácil aplicação, que fornece uma medida do nível geral de sonolência diurna e pode ser utilizado nos mais diversos grupos de pacientes e em diferentes populações.

PO614 USO DE QUESTIONÁRIOS E OXIMETRIA NOTURNA NA SELEÇÃO DE PACIENTES PARA POLISSONOGRAMIA

Valença LM¹, Zembrzuzki MMS², Garay APG³, Neves MAM⁴, Glass H⁵

1,2. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 3,4,5. Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Distúrbios do sono; Questionários; Oximetria noturna

Introdução: A polissonografia é o padrão ouro para diagnóstico dos distúrbios do sono, mas muito cara e pouco disponível nos serviços públicos. Questionários tem sido usados, bem como oximetria noturna, para selecionar melhor os pacientes a serem encaminhados a polissonografia. **Objetivos:** Avaliar quais os parâmetros que melhor distinguem os pacientes normais daqueles com doenças associadas ao sono e que necessitam de exame polissonográfico. **Métodos:** Polissonografia and Oximetria noturna (dessaturações, pulso máximo, pulso mínimo, distribuição de frequência do pulso, e desvio padrão da frequência de pulso; tempo de SatO₂ < 90%) foram realizadas simultaneamente em 95 pacientes. Alguns formulários foram usados: 1) Escala de Epworth; 2) questionário sobre o sono (roncos e intensidade, pausas respiratórias, sensação de sufocamento, sonolência diurna, sono agitado, pesadelos, ranger de dentes, sonambulismo, insônia e 3) questionário geral; 4) dados antropométricos – peso, altura, IMC, idade, circunferência do pescoço. As polissonografias foram classificadas em 4 grupos: normal, fragmentação do sono, SAOS e outros diagnósticos. **Resultados:** Testes de Kruskal-Wallis foram utilizados. 1) A questão do EPWORTH - se dorme ao ver TV - teve um menor índice para os pacientes com outros diagnósticos (p = 0,014), mas não distinguiu SAOS dos normais. Nem os pontos totais do questionário, ou qualquer outra pergunta apresentou diferença entre os grupos. 2) No questionário do sono, a presença (p < 0,001) e intensidade dos roncos foi bastante significativa no grupo de SAOS, sendo que os roncos que incomodam o parceiro (p < 0,001) e os roncos que são ouvidos no outro quarto (p = 0,004), distinguem melhor os pacientes com apnéia dos outros pacientes. Também a observação de pausas respiratórias foi mais frequente nos pacientes com SAOS (p = 0,025). Curiosamente a presença de sonambulismo foi menor nos pacientes com SAOS e fragmentação do sono (p = 0,035) que nos demais grupos. 3) No questionário geral, o etilismo foi mais frequente nos pacientes com SAOS (p = 0,014). 4) De todos os dados antropométricos colhidos somente idade foi significativamente diferente (p = 0,014), maior nos pacientes com SAOS (51,55 anos), que nos com outras patologias (41,75), nos com fragmentação do sono (39,07) e nos normais (36,88). Quanto à oximetria, a os índices de dessaturações foram maiores na SAOS (p < 0,001); e o tempo de SatO₂ < 90% (valores absolutos e porcentagem do tempo total, p < 0,001) foram significativamente maiores nos pacientes com SAOS e nos com hipoventilação. **Conclusão:** A anamnese deve ser rotineiramente realizada para selecionar pacientes para a polissonografia. Além disso, a oximetria noturna pode ajudar a selecionar pacientes para a polissonografia, desde que utilizados parâmetros adicionais para seleção dos pacientes, além do índice de dessaturações.

PO615 UTILIZAÇÃO DE ACHADOS CLÍNICOS PARA PREDIZER HIPOXEMIA DURANTE O SONO NA ACROMEGALIA

Viegas CAA¹, Rodrigues MP², Naves LA³, Casulari LA⁴, Silva CAME⁵, Araújo RR⁶

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3,4,5,6. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Hipoxemia; Sono; Acromegalia

Introdução: A hipoxemia secundária a apnéia do sono é comumente encontrada na acromegalia e parece ser a alteração sobre a qual se estabelece considerável morbimortalidade. **Objetivos:** Reconhecer a presença de hipoxemia a partir de dados clínicos. **Métodos:** Foram estudados transversalmente 34 pacientes, que foram submetidos à oximetria noturna, medi-

da do índice de massa corporal (IMC), circunferência do pescoço, sonolência pela escala de Epworth e avaliados quanto a presença de roncos. **Resultados:** A sensibilidade e especificidade para predizer hipoxemia, definida como mais de 5 episódios de dessaturação por hora durante a oximetria noturna, foram respectivamente: IMC > 28,5kg/m² (71,4% e 60%); circunferência do pescoço > 44cm (28,6% e 95%); Epworth > 10 pontos (42,9% e 70%); roncos (92,9% e 35%). Caso a circunferência do pescoço seja maior que 44cm, a probabilidade de hipoxemia aumenta de 41% (pré-teste) para 80% (pós-teste). Se ausente este dado, a presença de dois ou três dos demais (ronco, Epworth > 10, IMC > 28,5kg/m²) eleva a probabilidade pós-teste para 62%, enquanto a presença de no máximo um deles é capaz de reduzir para 8%. **Conclusão:** Os achados clínicos avaliados permitem com alta probabilidade de predizer ou não hipoxemia durante o sono na acromegalia.

PO616 HIPERSONOLÊNCIA E ACIDENTES EM MOTORISTAS PROFISSIONAIS DE CAMINHÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

De Bruin PF, Pinho RSN, Silva Jr FP, Maia WS, Bastos JPC, Bruin VMS
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Hipersonolência; Acidentes; Apnéia do sono

Introdução: Hipersonolência é um problema grave, cujas conseqüências incluem alterações cognitivas, redução do estado de alerta e acidentes de trânsito e do trabalho. Motoristas de caminhão constituem um grupo sujeito a maior risco de lesão grave e morte por acidentes em decorrência das características de sua atividade. **Objetivos:** Determinar a prevalência e os preditores de hipersonolência em motoristas profissionais de caminhão de longa distância. **Métodos:** O desenho do estudo foi do tipo transversal. Os motoristas avaliados estavam em repouso há pelo menos 12 horas. Definiu-se hipersonolência como pontuação acima de 10 na escala de sonolência de Epworth. A qualidade do sono foi avaliada subjetivamente pelo índice de qualidade de sono de Pittsburgh. Foi aplicado um questionário estruturado sobre condições de saúde, incluindo presença de roncos, hábitos, condições de trabalho e histórico de acidentes. A associação de variáveis demográficas, clínicas e ocupacionais foi testada através de análise multivariada. **Resultados:** Foram estudados 300 motoristas do sexo masculino. A duração média do sono foi de 5,6 ± 1,3 horas. Baixa qualidade de sono foi detectada em 46,3% dos indivíduos. Observou-se uma associação entre hipersonolência e roncos, idade mais precoce e jornadas de trabalho prolongadas (> 10 horas ininterruptas). Foi demonstrada uma correlação positiva entre hipersonolência e acidentes (p = 0,005). **Conclusão:** Privação de sono e hipersonolência são comuns em motoristas de caminhão. Diagnosticar e tratar distúrbios respiratórios do sono e implementar programas educativos, visando particularmente motoristas mais jovens, para conscientizar sobre os efeitos deletérios da privação de sono e excesso de horas de trabalho, podem reduzir a hipersonolência e os acidentes nessa categoria profissional.

PO617 ESTUDO COMPARATIVO DA SÍNDROME DA APNÉIA-HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM CRIANÇAS COM HIPERPLASIA ADENOTONSILAR

De Bruin PF, Sales de Bruin VM, Noronha AC, Nobre e Sousa MA, Do Vale Moreira NC, De Pontes Neto OL, Machado MO, Cavalcanti DC

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono; Refluxo gastroesofágico; Hiperplasia adenotonsilar

Introdução: A síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) é comum na infância afetando entre 2 a 4% das crianças e associando-se a alterações do sono, endócrinas, cognitivas e psicofisiológicas. Embora a hiperplasia adenotonsilar seja a causa mais comum, sabe-se que fatores neuromusculares e ortodônticos podem contribuir em um padrão complexo. Ronco, obstrução nasal, respiração bucal, rinorréia e disfnia são alguns dos sintomas associados. Alterações do sono potencialmente levam à disfunção diurna e queda do rendimento escolar. A doença do refluxo gastroesofágico consiste no movimento retrógrado do conteúdo gástrico para o estômago e sua patogênese é complexa. Relatos anteriores conflituosos indicam uma relação entre DRGE e SAHOS. **Objetivos:** Avaliar SAHOS, DRGE e os fatores relacionados em crianças com hiperplasia adenotonsilar. **Métodos:** Inicialmente, as crianças foram avaliadas através de questionário clínico estruturado que incluía um sobre qualidade de vida denominado OSA-18 e estudo laringoscópico. Uma polissonografia (PSG) noturna (duração média de 8 horas) foi realizada e a Pmetria esofágica de 24 horas foi iniciada 6 horas antes da PSG até o dia seguinte. **Resultados:** Nós estudamos crianças com hiperplasia linfática do anel de Waldeyer e indicação cirúrgica através de avaliação sintomática e clínica, avaliação da qualidade de vida (OSA-18), polissonografia noturna e Pmetria esofágica durante 24 horas. Crianças (N = 22), 13 do sexo masculino, entre 6 e 12 anos (8,1 ± 1,7) foram estudadas. Dois casos tinham somente hiperplasia adenoideana, 11 tinham hipertrofia de tonsilas palatinas e quatro tinham hiperplasia adenotonsilar. Dez crianças (45,5%) apresentavam redução da qualidade de vida (OSA-18 > 80). Os principais sintomas relacionados a refluxo foram halitose, dor de garganta, dor abdominal e vômitos. O exame laringoscópico revelou edema e hiperemia de aritenóides em torno de 50% dos casos. A polissonografia revelou SAHOS de intensidade variável em 19 crianças (95%). Doze (60%) apresentavam um índice de apnéia-hipopnéia (IAH) superior a 5 eventos/hora e um caso apresentou IAH = 39ev/h com dessaturação acentuada. As alterações de sono foram leves e as mais comuns foram redução do conteúdo de sono REM e de sono profundo (3 e 4 NREM) e redução leve da SaO₂. A pmetria revelou grande número de refluxo gastroesofágico (RGE) e aqueles com duração maior ocorreram na posição em decúbito. Não se observou relação entre a gravidade, duração ou número de episódios de RGE e a gravidade da SAHOS. **Conclusão:** Crianças com hiperplasia adenotonsilar apresentam redução da qualidade de vida, SAHOS e DRGE com frequência. Esse estudo não mostrou uma relação entre a gravidade da SAHOS e da DRGE.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

PO618 FATORES DETERMINANTES DA GRAVIDADE DAS COMORBIDADES ASSOCIADAS NA SÍNDROME DA APNÉIA DO SONO

De Bruin PF, Sales de Bruin VM, Maia de Farias PA, Do Vale Moreira NC, De Pontes Neto OL, Machado MO, Cavalcanti DC

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome da apnéia do sono; Comorbidades; Distúrbios do sono

Introdução: Os transtornos respiratórios do sono são comuns e acometem aproximadamente 4% dos adultos. Podem manifestar-se como roncos, síndrome da resistência aumentada das vias aéreas e síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS). A SAHOS é comum e é definida por episódios frequentes de eventos respiratórios obstrutivos durante o sono. Há evidências definitivas que associam a SAHOS à hipertensão arterial sistêmica e a aumento das comorbidades cardiovasculares. Alterações comportamentais incluem sonolência excessiva diurna, disfunção cognitiva, problemas psicofisiológicos e acidentes de trânsito. Outras comorbidades como insônia, enurese, transtorno de ansiedade e depressão, obesidade e diabetes também já foram descritas. Relatos anteriores sugerem que a gravidade das comorbidades e mortalidade associadas depende da gravidade da apnéia, do grau de adesão ao tratamento e da presença de outras comorbidades associadas. **Objetivos:** Determinar a gravidade das comorbidades em uma população portadora de síndrome da apnéia do sono. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de 143 indivíduos avaliados através de polissonografia e com suspeita clínica de SAHOS. Todos os pacientes foram avaliados na noite anterior à polissonografia através de questionário estruturado com atenção particular para o uso de medicamentos, ingestão de álcool e fumo. Eles foram avaliados sobre sonolência excessiva diurna através da escala de sonolência de Epworth (ESSE > 10), índice de massa corpórea e diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial. O índice cumulativo de comorbidades foi aplicado. Após polissonografia eles foram identificados como portadores de ronco primário (< 5 eventos/h), SAHOS leve (< 15 eventos/h), SAHOS moderada (< 30 eventos/h) ou SAHOS grave (> 30 eventos/h). Todos os pacientes foram submetidos a entrevistas na noite anterior à polissonografia. **Resultados:** Nós estudamos 143 indivíduos, 93 do sexo masculino (64%) com idades entre 19 e 88 anos (45 ± 14,7). Catorze tinham ronco primário, 41 apnéia leve, 39 apnéia moderada e 49 apnéia grave. Hipertensão foi a comorbidade mais frequente (36,4%), seguida de osteopenia/osteoporose (4,9%), hipotireoidismo (3,5%) e diabetes (2,1%). IMC entre 25 e 29,9, foram considerados sobrepeso e aqueles com IMC > 30 como obesos (n = 50; 34,97%). Os medicamentos mais comumente utilizados foram anti-hipertensivos (n = 43; 30,1%), sedativos (n = 17; 11,9%), antiácidos (n = 15; 10,4%), broncodilatadores (n = 5; 3,5%), e drogas antiinflamatórias não esteroidais (n = 6; 4,2%). O índice de severidade das comorbidades foram associados à hipertensão (p = 0,000), a sintomas depressivos (p = 0,000) e à idade (p = 0,000). **Conclusão:** A severidade das comorbidades na síndrome da apnéia do sono é influenciada pela presença de hipertensão, sintomas depressivos e idade.

PO619 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

De Bruin PF, Sales de Bruin VM, Maia de Farias PA, Do Vale Moreira NC, De Pontes Neto OL, Machado MO, Cavalcanti DC

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Apnéia do sono; Ansiedade; Depressão

Introdução: A desordem respiratória no sono é um achado comum e pode ser secundário a roncos, à síndrome do aumento de resistência das vias aéreas superiores e à apnéia obstrutiva do sono (OSA). Apnéia é definida como uma completa cessação do fluxo de ar através do nariz e da boca por um período maior ou igual a 10 segundos. Existem muitas condições que podem ser associadas à apnéia obstrutiva do sono, como, por exemplo, ansiedade e depressão. Frequentemente há um largo espectro de apresentações clínicas e, não raramente, os pacientes recebem tratamentos de outras doenças, antes de a OSA ser suspeitada. Alguns artigos indicam que sintomas de ansiedade e depressão são comuns nestes pacientes, podendo piorar potencialmente durante o dia. **Objetivos:** Determinar a ocorrência de ansiedade e depressão em uma população com Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono. **Métodos:** Avaliamos 143 pacientes com SDB utilizando a polissonografia durante a noite toda. Os pacientes foram classificados como roncoadores, ou como tendo uma fraca, moderada ou severa OSA de acordo com o índice de apnéia-hipopnéia (AHI). Os sintomas clínicos foram coletados através de um questionário. Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados com a escala de Hamilton para sintomas depressivos. Um corte de 10 foi usado para definir a presença de sintomas de ansiedade e depressão. A preferência noturna ou diurna foi avaliada pelo questionário de Horne & de Östberg Morningness/Eveningness (MEQ). Trata-se de um questionário auto-aplicável que identifica as preferências circadianas. A pontuação de MEQ identifica cinco classificações, que são: tipo diurno definitivo (70-86), tipo diurno moderado (59-69), indiferente (42-58), tipo moderadamente noturno (31-41) e tipo noturno definitivo (16-30). Dois indivíduos foram previamente treinados para a utilização das escalas de avaliação específicas. Todos os pacientes foram entrevistados na noite anterior a PSG por esses dois indivíduos previamente treinados. **Resultados:** Após os PSG, 143 pacientes foram diagnosticados como roncoadores (n = 4), ou tendo uma fraca OSA (AHI > 5; n = 41), moderada OSA (AHI > 15; n = 39) ou severa OSA (AHI > 30; n = 49). Nesta população, foi observada uma predominância no tipo diurno moderado, e no indiferente. De acordo com o comportamento geral, pacientes mais novos mostraram preferência noturna (p = 0,000). Sintomas de ansiedade e depressão encontraram-se presentes em 30,1% (n = 43) dos casos. Os fatores associados com a depressão mais frequentemente encontrados foram sexo feminino (p = 0,003) e índice de massa corpórea aumentado (p = 0,02). Sintomas de ansiedade e depressão foram marginalmente associados com a preferência noturna (p = 0,05). **Conclusão:** Sintomas de ansiedade e depressão são comuns em SDB, sendo mais comuns em mulheres e em pessoas com índice de massa corpórea aumentado. Tipos noturnos tendem a mostrar mais sintomas depressivos.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) E HIPERTENSÃO PULMONAR

PO620 ADEQUAÇÃO DE TROMBOPROFILAXIA VENOSA EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS

Rocha AT, Lopes AA

Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo; Profilaxia; Pacientes clínicos

Introdução: O risco de tromboembolismo venoso (TEV) é alto em pacientes internados mas pode ser reduzido com a utilização adequada de profilaxia. **Objetivos:** Avaliar a utilização e adequação de profilaxia para TEV em pacientes clínicos internados. **Métodos:** Estudo de corte transversal durante um dia em pacientes internados por doenças clínicas em 4 hospitais de Salvador. **Resultados:** Foram avaliados 226 pacientes: 15,5% em UTIs clínicas, 79% tinham idade > 40 anos e 48% eram homens. A maioria (98%) apresentava pelo menos um fator de risco (FR) para TEV: mobilidade reduzida em 79% e diagnóstico principal como FR em 68%. Dos 208 candidatos à profilaxia, 54,1% receberam alguma forma: heparina não fracionada (HNF) em 46%, heparina de baixo peso molecular (HBPM) em 54% e métodos mecânicos em 2 pacientes. A taxa de utilização foi semelhante entre hospitais privados e públicos (51% vs. 49%), mas HBPM predominou em privados (91,5%) e sem residência médica e HNF em públicos (96%). HBPM foi usada mais frequentemente que HNF em pacientes > 40 anos, em brancos que em negros ou mulatos, e, menos frequentemente em pacientes com contra-indicações para heparina. Dos 109 pacientes com profilaxia, 59% receberam dosagem adequada: HBPM em 86,4% e HNF em 20,4%. Profilaxia para TEV foi adequada em apenas 30,8% (64/208) dos pacientes. **Conclusão:** FR para TEV são frequentes em pacientes clínicos. Existe ampla variabilidade da profilaxia prescrita em hospitais públicos e privados. HBPM é utilizada mais adequadamente que HNF, entretanto, apenas a minoria dos pacientes clínicos hospitalizados e candidatos para profilaxia recebem dosagem adequada de acordo com a I Diretriz Brasileira para Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Clínicos Hospitalizados.

PO621 FATORES DE RISCO DE TROMBOEMBOLIA VENOSA EM HOSPITAIS DA CIDADE DE MANAUS

Andrade EO¹, Bindá FA², Silva AMM³, Fernandes MC⁴, Fernandes MC⁵, Ditolvo TA⁶, Andrade Jr E⁷, Carvalho RS⁸

1,2,3,4,5. UEA, Manaus, AM, Brasil; 6,7. Uniniltonlins, Manaus, AM, Brasil; 8. UFAM, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo; Trombose venosa profunda; Profilaxia

Introdução: Doença tromboembólica venosa [DTEV] é um fenômeno clínico frequente e pouco valorizado. A sua principal complicação, o tromboembolismo pulmonar, é um evento clínico grave, potencialmente letal, porém diagnosticado em apenas 50% dos casos. **Objetivos:** Em relação as internações estudadas, buscou-se: a) Identificar e classificar os fatores de riscos para DTEV. b) Identificar os diversos tipos de profilaxia farmacológica e não farmacológica para DTEV. c) Identificar a prática de profilaxia empregada pela equipe médica. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal em que foram avaliados diariamente, no período de Janeiro a Março de 2006, os pacientes maiores de 18 anos, internados nas clínicas médicas e cirúrgicas num total de 1036 pacientes. Foram excluídos 30 paciente com doenças que impediam o uso de terapia anticoagulante e as gestantes. A estratificação do risco para doença tromboembólica venosa foi feita com base nos critérios da Soc. Bras. de Angiologia e Cir. Vascul. [SBACV] e da International Union of Angiology (2002). Os dados foram analisados no SPSS 13.0, adotando-se um alfa de 5% e um IC de 95%. Os dados qualitativos foram analisados pelo teste do qui-quadrado e os quantitativos pelo teste T de Student e ANOVA. **Resultados:** Foram estudados 1.036 pacientes num total de 1051 internações, sendo 515 (49,7%) homens e 521 (50,3%) mulheres. As internações foram distribuídas entre os hospitais na seguinte proporção: HAJ = 864 (82,2%); FCECON = 162 (15,5%) e HMU = 25 (2,4%). Foram encontrados, entre maiores e menores, 2228 fatores de risco para DTEV entre os pacientes estudados. O risco estratificado para DTEV teve a seguinte distribuição: RISCO ALTO = 532 (50,6%); risco MODERADO = 195 (18,6%) e RISCO BAIXO = 324 (30,8%). A FCECON foi o hospital com maior proporção de pacientes com risco alto (72,2% - p < 0,0001). Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição do tipo de risco entre a clínica médica e a cirúrgica. Porém os clínicos fizeram uso de profilaxia medicamentosa com maior frequência que os cirurgiões (p < 0,0001) e os cirurgiões utilizaram meios profiláticos não medicamentosos mais intensamente que os clínicos (p < 0,0001). Em 770 (73,3%) internações não foram adotadas nenhuma medida profilática não medicamentosa e em 538 (74%) internações que apresentavam risco alto ou moderado não foram adotadas qualquer medida terapêutica medicamentosa. **Conclusão:** 1) A prevalência de fatores de risco na população estudada foi muito elevada. 2) A prevalência de fatores de risco estratificados em alto e moderado foi de 69,2% (727 internações). 3) Medidas profiláticas não medicamentosas deixaram de ser usadas em quase ¾ dos pacientes. 4) Somente 26% dos pacientes que necessitavam de uma proteção medicamentosa para DTEV receberam o tratamento específico.

PO622 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA AO HIV - RELATO DE CASO

Rabelo LM, Faoro C, Martynychen MG, Shiokawa L, Araújo JS, Frare e Silva RL

Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar; HIV; Investigação

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma doença rara, que acomete cerca de 1 a 2 indivíduos/milhão de habitantes. Quando associada ao HIV, torna-se mais inciden-

te, ocorrendo em cerca de 0,5%. A fisiopatologia não está completamente estabelecida, tem sido relacionada à má adesão ao tratamento. O diagnóstico faz-se no paciente HIV, cujas demais causas de HAP tenham sido excluídas. **Objetivos:** Relatar um caso de HAP associada ao HIV com revisão da investigação diagnóstica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Relatamos o caso de uma paciente feminina de 32 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV há 8 anos com tratamento irregular, a qual iniciou com dispnéia aos esforços com piora progressiva e emagrecimento há 6 meses. Apresentava-se taquicárdica (FC = 117), taquipnéica (FR = 30), dessaturada (SatO₂ = 83%), com jugulares ingurgitadas, ausculta respiratória sem alterações, demais sistemas sem alterações. Apresentava CD4 = 87 e Carga Viral = 21.100. Aos exames de imagem (RX e Tomografia de tórax) foram contatados apenas sinais de HAP, ao Ecocardiograma, constatou-se sinais de aumento de câmaras cardíacas direitas e refluxo tricúspide importante, com Pressão Sistólica de Arteria Pulmonar (PSAP) de 72mmHg. Exames de função renal, hepática e tireoideana normais, sorologia para hepatite B e C negativas, provas de atividade inflamatória e reumática normais, ultra-som de abdome sem alterações significativas e angiogramografia de tórax sem sinais de êmbolos crônicos, confirmando o diagnóstico de HAP associada ao HIV. Foi iniciado tratamento com anticoagulação oral (Femprocumona), oxigenioterapia contínua e sildenafil 20mg 3X/dia, além do tratamento regular do HIV. **Conclusão:** A HAP associada ao HIV tem uma incidência maior que na população geral, devido, provavelmente, à irregularidade do tratamento do HIV, embora não esteja completamente estabelecido. O diagnóstico desta condição é realizado apenas ao se excluir todas as possíveis causas de HAP em um paciente soropositivo para o vírus HIV.

PO623 PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES PNEUMOPATAS

De Luca FA¹, Gun C², Baruzzi ACDA³, Pavanello R⁴, Guidoni M⁵

1. UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 2. Hospital Dante Pazzanese, São Paulo, SP, Brasil; 3. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil; 4. Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil; 5. Prefeitura de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo; Profilaxia; Pneumopatia

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV), complicação relacionada à co-morbidades de pacientes clínicos, mostra atualmente importante interesse da comunidade médica principalmente devido sua alta morbimortalidade e real possibilidade de prevenção. Destaca-se neste contexto, a indicação de profilaxia em pacientes internados por pneumopatia, por tratarem-se de patologias relacionadas à imobilização por restrição ao leito. O registro internacional e multicêntrico IMPROVE (Impairment of Prophylaxis on Venous Embolism) promove a estratificação e análise de pacientes clínicos internados em 56 centros, do total de 11 países. **Objetivos:** Analisar a relação do diagnóstico de admissão hospitalar, com enfoque para patologias pulmonares, e a indicação de profilaxia para TEV. **Métodos:** Foram avaliados 12.515 pacientes, incluídos no período de fevereiro de 2003 à fevereiro de 2006. Os critérios de inclusão foram: idade maior que 18 anos, doença clínica aguda e imobilização igual ou superior a 3 dias. Os critérios de exclusão foram: uso de terapia anticoagulante ou trombolítica, cirurgia de grande porte ou trauma, participação concomitante em outro estudo e admissão com tratamento de trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP). **Resultados:** A amostra foi constituída de 50% do sexo feminino e idade média de 68. A admissão por patologia pulmonar foi de 23%, cardiopatia 16%, neuropatia 12% e doenças oncológicas em 6%. Entre os fatores de risco mais prevalentes destacam-se: imobilização por mais de 3 dias (29%), obesidade (13%), internação na unidade de terapia intensiva (8%) e utilização de cateter venoso central (8%). As médias de utilização de profilaxia foram de 50% na população geral. No entanto, de acordo com a admissão foi observado profilaxia em 60% dos pacientes cardiológicos, 56% nos neurológicos, 55% nos pneumopatas e 38% nos oncológicos. Em sub-análise da amostra de pacientes do Brasil essa relação e respectivamente de: 50, 45, 41 e 50%. Análise estatística com teste do Qui-quadrado (p ≤ 0,05). **Conclusão:** pesar da complexidade relacionada as patologias pulmonares e as evidências de necessidade de prevenção de TEV nestes pacientes observa-se baixos índices de prescrição de profilaxia. Foi encontrada diferença estatisticamente significante quanto à profilaxia em pneumopatas (p < 0,001), onde no Brasil, a proporção de pacientes pneumopatas com profilaxia (41%) foi significativamente menor do que no Mundo (56%), indicando a necessidade de medidas para incorporação clínica. A relação entre admissão hospitalar por pneumopatia e indicação de profilaxia para TEV é significativamente menor do que em pacientes internados por cardiopatia e a profilaxia no Brasil e menor em relação aos dados mundiais.

PO624 AVALIAÇÃO DA PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES CLÍNICOS

De Luca FA¹, Gun C², Baruzzi ACDA³, Pavanello R⁴, Guidoni M⁵

1. UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 2. Hospital Dante Pazzanese, São Paulo, SP, Brasil; 3. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil; 4. Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil; 5. Prefeitura de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Profilaxia; Tromboembolismo; IMPROVE

Introdução: O aumento de pacientes clínicos internados com risco para tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda determina a necessidade de estudos com ênfase para sua profilaxia. O registro internacional e multicêntrico IMPROVE (International Medical Prevention Registry of Venous Thromboembolism) atualmente com 12.515 pacientes incluídos, proporciona o detalhamento epidemiológico e terapêutico dos diversos centros. **Objetivos:** Avaliar o perfil demográfico, clínico e terapêutico de pacientes incluídos no estudo Improve, com risco tromboembolismo venoso com ênfase para os dados do Brasil. **Métodos:** Foram avaliados 12.515 pacientes, sendo 605 incluídos no Brasil, todos incluídos no período de fevereiro de 2003 à fevereiro de 2006. Critérios de inclusão: maior 18 anos, doença clínica aguda e imobilização igual ou superior a 3 dias. Critérios de exclusão: uso de terapia

anticoagulante ou trombolítica, cirurgia de grande porte ou trauma, participação concomitante em outro estudo e admissão com tratamento de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. **Resultados:** A amostra demográfica da população mundial e o subgrupo de pacientes do Brasil apresentaram 50% dos registros do sexo feminino e respectivamente: idade média de 68 e 59 anos; admissão por patologia pulmonar, cardíaca e neurológica de 23, 16 e 12% versus 24,26 e 12%. Entre os fatores de risco mais prevalentes na população mundial e brasileira destacam-se: imobilização por mais de 3 dias (29 e 24%), obesidade (13 e 11%), internação na unidade de terapia intensiva (8 e 12%) e utilização de cateter venoso central (8 e 7%). A estratificação dos pacientes foi realizada através do número de fatores de risco somados: Grupo I - nenhum (7 e 14%), Grupo II - 1 e 2 (61 e 65%), Grupo III - 3 e 4 (29 e 20%) e Grupo IV - 5 ou mais (3 e 1%). As complicações tromboembólicas no seguimento de 3 meses foram semelhantes com 1% em ambos os grupos e taxas de sangramento de 2 e 3% respectivamente. O número de fatores de risco ($p < 0,001$), onde no Brasil foi encontrada proporção de pacientes com 3 ou 4 fatores de risco (20%) significativamente menor do que no Mundo (29%), no Brasil a proporção de pacientes sem fator de risco (14%) significativamente maior do que no Mundo (7%) $p < 0,001$, onde no Brasil a proporção de pacientes com uso de profilaxia (36%) foi significativamente menor do que no Mundo (51%). **Conclusão:** Avaliações prévias, como a do estudo Medenox, demonstram a necessidade do uso de profilaxia para eventos tromboembólicos principalmente em pacientes com mais de dois fatores considerados de risco para tromboembolismo venoso. Os dados analisados com base no registro IMPROVE corroboram para o entendimento da necessidade de medidas para estratificação e padronização do uso de profilaxia nestes pacientes. Apesar de poucas diferenças demográficas e clínicas, observa-se aplicação de profilaxia para trombose venosa significativamente maior na população mundial em relação ao Brasil.

PO625 RELATO DE CASO – EMBOLIA PULMONAR SIMULANDO PNEUMONIA

Pereira EDB¹, Camara P², Ferreira Pinheiro VG³, Cezar L⁴, Ponte E⁵
1,2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 3. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 4,5. Universidade Federal, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Embolia; Pneumonia; Dor

Introdução: Embolia pulmonar ocorre devido a um trombo que obstrui artéria pulmonar ou seus ramos. É uma entidade clínica comum que resulta em morbidade e mortalidade em grande número de pacientes. Seu diagnóstico é muitas vezes difícil de ser estabelecido, uma vez que tem um amplo espectro clínico, podendo ser confundido inclusive com pneumonia. Por isso, é necessária avaliação por métodos específicos de imagem. **Objetivos:** Relatar um caso de paciente que apresentou embolia pulmonar simulando uma pneumonia. **Métodos:** Estudo retrospectivo do caso de paciente internado na enfermaria da pneumologia do Hospital das Clínicas Walter Cantídio. **Resultados:** Paciente com 33 anos, portadora de leucemia mielóide crônica há 1 ano, em uso de hidroxiúria, com controle do quadro hematológico. Há 15 dias da admissão, apresentando dor pleurítica em bases pulmonares posteriores bilateral, inicialmente à esquerda, que piorava à inspiração forçada e cedia com paracetamol. Referia episódios de febre sem calafrios e dois episódios de hemoptise discreta. Procurou posto de saúde e foi tratada para infecção do trato respiratório inferior por duas vezes, sem resolução do quadro. Negava tosse, expectoração purulenta, dor em membros inferiores e dispnéia súbita desde o início do quadro. Nega tabagismo. Refere fazer uso de anti-concepcional oral há 11 anos. Encontrava-se em bom estado geral, FR = 28rpm, FC = 96bpm, PA = 110x60mmHg e T = 38,2°C. Ausculta pulmonar apresentava ruídos diminuídos em base direita e atrito pleural em ambas as bases, sendo mais intenso à direita. Ausculta cardíaca apresentava sopro sistólico (+2/+6) pancardiaco. Abdomen era plano, com RHA +, esplenomegalia 4cm abaixo do RCE e indolor a palpação. Extremidades bem perfundidas e sem edema. Exames laboratoriais mostraram anemia (Ht: 9,2g/dL) normocrômica e normocítica, sem leucocitose, com hemácias em rouleaux. Gasometria arterial: pH = 7,43; PaO₂ = 85,3 e PaCO₂ = 37,1 SatO₂ = 96,7 HCO₃ = 24,1. D-dímero positivo. Ultra-sonografia com doppler de membros inferiores normal. Ecocardiograma normal. Radiografia de tórax apresentando imagem de padrão consolidativo em base pulmonar esquerda. Tomografia computadorizada de alta resolução é compatível com infartos pulmonares basais, mas não podendo descartar a possibilidade de processo infeccioso. Na cintilografia de perfusão, observa-se distribuição heterogênea do radioindicador nos pulmões. Notam-se áreas subsegmentares de hipoperfusão nos segmentos látero basal e pósterior basal do pulmão direito e segmentos ântero-medial basal e lingular inferior do pulmão esquerdo. Foi instituída terapia de anticoagulação com heparina de baixo peso e warfarin. A paciente evoluiu com diminuição progressiva da dor e do atrito pleural. Teve alta hospitalar em uso de warfarin. Retornou ao ambulatório 15 dias depois, quando foi realizado radiografia de tórax, com desaparecimento da consolidação. **Conclusão:** Esse caso enfatiza a importância do diagnóstico precoce da embolia pulmonar, pois é importante para o prognóstico do paciente.

PO626 DOENÇA VENOCLUSIVA PULMONAR: ALTERNATIVAS NÃO-INVASIVAS PARA O DIAGNÓSTICO

Galvão Barboza CE, Dias BA, Lopes EM, Medeiros Neto AH, Fernandes CJC, Jardim C, Filho MT, Souza R

Grupo de Hipertensão Pulmonar; Disciplina de Pneumologia INCOR HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença venoclusiva pulmonar; Lavado broncoalveolar; Tomografia computadorizada

Introdução: Dentre as diversas formas de hipertensão arterial pulmonar, incluiu-se recentemente a doença venoclusiva (DVOP). Seu diagnóstico final é feito através de exame anatomo-patológico; entretanto, a potencial morbimortalidade da biópsia nessa população de pacientes, e seu impacto limitado no tratamento, tem levantado a discussão sobre a possibilidade de diagnóstico baseado em procedimentos menos invasivos. **Objetivos:** Destacar

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

opções de diagnóstico não-invasivo em DVOP. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente de 58 anos, previamente hígida, iniciou com dispnéia aos grandes esforços e cianose de extremidades há 4 anos. Evoluiu com progressão da dispnéia. Negava edema em membros inferiores, dor torácica e síncope. Referia antecedente de tabagismo, 24 anos.maço, tendo parado há 26 anos. Exame físico mostrava cianose, hiperfonese de 2a bulha, ausculta respiratória normal, SatO₂: 84%, ar ambiente. Radiografia de tórax com abaulamento de arco médio. Tomografia de tórax: dilatação de ramos arteriais, com relação artéria: brônquio > 1, espessamento septal e micronódulos difusos. Função pulmonar: fluxos normais e difusão diminuída (30% do previsto). Ecocardiograma: aumento de câmaras direitas e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 84mm Hg. A investigação para doenças do tecido conectivo, hipertensão portal, embolia pulmonar crônica resultou negativa. Cateterismo de câmaras cardíacas: pressão venosa central = 6mmHg, p. da artéria pulmonar (S x D x M) = 94 x 30 x 48mmHg, p. de oclusão da artéria pulmonar = 8mm Hg, resistência vascular pulmonar = 15,3 wood; resposta limitrofe ao óxido nítrico. Em virtude do quadro tomográfico característico, optou-se pela realização de lavado broncoalveolar (LBA) que evidenciou predomínio de macrófagos (89%); 50% destes com hemossiderina) reforçando o diagnóstico presuntivo de DVOP. **Conclusão:** A DVOP é uma causa rara de hipertensão pulmonar. Sua etiologia é desconhecida e as principais características patológicas são fibrose da íntima, hipertrofia da média e trombos em vênulas e veias pulmonares. A maioria dos pacientes evolui a óbito em 2 anos. O diagnóstico é suspeitado com base nas alterações tomográficas como espessamento septal, micronódulos difusos, opacidades em vidro fosco e derrame pleural. Ao cateterismo observa-se aumento das pressões em artéria pulmonar com pressão de oclusão normal. O padrão ouro é a biópsia pulmonar. Devido ao componente predominantemente pós-capilar, considera-se que a hemorragia alveolar oculta seja uma característica desta doença. Recentemente, demonstrou-se que a pesquisa de macrófagos com hemossiderina no LBA pode diferenciar pacientes com DVOP daqueles com hipertensão pulmonar idiopática. Considerando a limitação funcional destes pacientes e a morbimortalidade do procedimento, acreditamos que a presença de LBA compatível com hemorragia alveolar oculta, associado a achados tomográficos característicos seja suficiente para o diagnóstico presuntivo.

PO627 CORIOCARCINOMA INTRAVENTRICULAR COM EMBOLIZAÇÃO PULMONAR

Baldi BG, Carvalho DRR, Hovnanian ALD, Dias BA, Takagaki TY

Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Coriocarcinoma; Tromboembolismo pulmonar; Diagnóstico diferencial

Introdução: Coriocarcinoma é uma neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) originada geralmente no útero a partir de tecido fetal, com potencial de invasão local e metástases. O envolvimento cardíaco é raro, com poucos relatos na literatura. Na maioria das vezes não é diagnosticado em vida e geralmente há evidência prévia do tumor primário. **Objetivos:** Descrição de paciente com coriocarcinoma em ventrículo direito, que evoluiu com embolizações pulmonares. A principal importância do caso é de se tratar de uma rara situação, incluída no diagnóstico diferencial de tromboembolismo pulmonar. **Métodos:** Revisão do prontuário, de exames de imagem e da anatomia patológica relativos à paciente, além de revisão da literatura. **Resultados:** Paciente feminino, 43 anos, natural e procedente de Itajubá - MG, professora. Apresentava antecedente de três eventos tromboembólicos pulmonares no último ano (acometendo artéria pulmonar esquerda e artérias segmentares direitas), com evidência ao ecocardiograma de massa sugestiva de trombo em VD. Após o terceiro evento evoluiu com hipertensão pulmonar (PSVD = 55mmHg) e necessidade de oxigenioterapia suplementar. Mantida em anticoagulação contínua, com INR abaixo da faixa terapêutica em algumas ocasiões. Negava tabagismo e outras doenças, com história de duas gestações completas a termo e um abortamento espontâneo. Usou contraceptivo oral por seis meses antes do primeiro evento. Avaliação reumatológica e pesquisa de trombofilia eram negativas. Voltou a apresentar dispnéia aos mínimos esforços e dor pleurítica bilateral há três semanas, com taquipnéia, taquicardia e edema em membros inferiores ao exame físico. A saturação periférica de oxigênio era 91% (sob oxigênio suplementar). Radiografia de tórax evidenciava abaulamento do tronco de artéria pulmonar e oligemia à esquerda. Angiotomografia computadorizada de tórax: dilatação do tronco da artéria pulmonar e falha de enchimento em artérias pulmonares esquerda e segmentares direitas; opacidades justapleurais em LSD e LSE. Novo ecocardiograma: PSVD de 75mmHg e massa em VD. Ressonância magnética cardíaca: massa aderida à parede livre de VD. A paciente foi submetida a anticoagulação plena e suporte clínico, sem melhora. Evoluiu com choque refratário, progredindo para óbito. Autopsia revelou massa brancacenta em VD, cuja avaliação histopatológica demonstrou coriocarcinoma metastático, e êmbolos neoplásicos em artérias pulmonares direita e esquerda. Não se identificou a origem primária do tumor. **Conclusão:** Deve-se suspeitar de envolvimento cardíaco por coriocarcinoma quando se identifica massa intracavitária em mulher em idade reprodutiva e com história sugestiva de NTG, principalmente sangramento vaginal irregular, aumento do volume uterino e eliminação vaginal de vesículas. Além disso, existe a possibilidade de embolizações pulmonares nessa situação. Trombo, sarcoma e mixoma são os principais diagnósticos diferenciais.

PO628 DPOC AGUDIZADO POR TROMBOEMBOLIA PULMONAR, RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Beneti R, Feitosa GF, Gonçalves RM, Romano MLP, Lourenz GZ

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC agudizado; Tromboembolia pulmonar; Insuficiência respiratória aguda

Introdução: A Tromboembolia Pulmonar (TEP) é uma afecção grave, subestimada, e de difícil suspeição diagnóstica, especialmente quando associada à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), devido à sobreposição de suas características clínicas. **Objetivos:** Relatamos o caso de uma paciente portadora de DPOC grave, que deu entrada na Emergência do

Hospital Universitário Dr. Domingos Leonardo Cerávolo com exacerbação da doença de base por um episódio de TEP. Apresentamos breve revisão da literatura sobre esta associação. **Métodos:** Paciente com história de DPOC, ex-tabagista 56 maços/ano (parou há 5 anos), apresentando exacerbação da dispnéia, sibilância, há 2 semanas, com intensa piora há 4 horas. Negava febre, expectoração ou dor torácica. Ao exame físico apresentava dispnéia ao repouso, cianótica, com oximetria de pulso (SatO₂) = 86%. À ausculta pulmonar, apresentava sibilos disseminados. A inspeção de membros inferiores demonstrou edema assimétrico, com predomínio em membro inferior direito. A paciente apresentou rápida piora clínica, sendo submetida a intubação orotraqueal e ventilação mecânica, e transferida para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Resultados:** Foram solicitados exames complementares: ECG: Ritmo sinusal com eixo elétrico em torno de 120 graus. Rx Tórax: discreto velamento do seio costofrênico à esquerda, com aumento global leve da área cardíaca. USG doppler de mmiid: presença de TVP em mmiid direito. TC de tórax: Falha de enchimento de contraste em artéria pulmonar direita. Presença de discreto derrame pleural à esquerda, além de enfisema bilateral severo. A paciente foi submetida a anticoagulação plena com heparina, e posteriormente marevan, além de medidas para DPOC, como corticoterapia sistêmica e broncodilatadores inalados. Evoluiu com melhor clínica progressiva, sendo extubada 6 dias após a entrada na UTI, recebendo alta para domicílio em uso de oxigenioterapia 28 dias após a hospitalização. **Conclusão:** Descrevemos caso de paciente portadora de DPOC, apresentando agudização por tromboembolia pulmonar, com Insuficiência Respiratória Aguda grave, mas com sucesso terapêutico. O diagnóstico da TEP nos paciente portadores de DPOC agudizado é de difícil suspeição, devido à sobreposição dos sintomas clínicos. Porém, a presença de hipoxemia refratária, ou a piora do padrão gasométrico preexistente do paciente, devem obrigatoriamente levar à investigação deste diagnóstico diferencial. A Angiotomografia de tórax tem boa sensibilidade para êmbolos localizados até segunda segmentação da artéria pulmonar, conforme demonstramos neste caso. O adequado diagnóstico e tratamento destes pacientes tem comprovado impacto na sua mortalidade a curto prazo.

PO629 TROMBOEMBOLISMO PARADOXAL

Pereira M, Spilimbergo FB, Chaves MSS, Issa F, Pereira JD, Moreira JS, Moreira ALS
Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: TEP; Tromboembolismo paradoxal; Forame oval patente

Introdução: O forame oval patente é um vestígio da circulação fetal que está presente em 27% dos adultos de uma amostra aleatória. Resulta da falha da fusão entre o septo atrial primário e secundário no período pós-natal. Esta alteração permite a passagem de fluxo sanguíneo da direita para esquerda e, conseqüentemente, um êmbolo proveniente da circulação direita pode passar para a circulação esquerda provocando resultados clínicos graves como acidente vascular encefálico e obstrução arterial aguda. **Objetivos:** Descrever um caso de tromboembolismo paradoxal atendido na Santa Casa de Porto Alegre. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** P.S.O.V., 51 anos, branco, natural e procedente de Porto Alegre, casado, supervisor de logística, tabagista desde os 15 anos 20 cigarros/dia. Dia 20/03 paciente chega à Emergência com queixa de dispnéia aos mínimos esforços, negava tosse, expectoração, febre ou dor torácica. Até esse episódio estava hígido negava comorbidades ou uso de medicações. Ao exame apresentava: temperatura 38°C, taquipnéico, Ta 130/80mmHg, AP com sibilância discreta sem outros achados relevantes Gasometria D-Dímero = 31,28 pH = 7,51 SaO₂ = 91% pCO₂ = 24,1 pO₂ = 55,4 HCO₃ = 19,3 CO₂ t = 20 Dia 22/3 iniciou com dor súbita de forte intensidade em membro inferior esquerdo com ausência de pulso, cianose e diminuição de sensibilidade do membro. A Cirurgia Vasculard diagnosticou Obstrução arterial aguda sendo submetido prontamente à trombectomia (território Ileo-femoral). Cintilografia Pulmonar com alta probabilidade de Tromboembolismo. Ecodoppler de membros inferiores Mb inferior direito com extensa trombose da veia femoral superficial em sua metade inferior, que se continua pela veia poplítea. Ecocardiografia Transesofágica Presença de forame oval patente com shunt basal esquerda-direita. **Conclusão:** O paciente desenvolveu tromboembolismo pulmonar por provável êmbolo proveniente do sistema venoso profundo dos membros inferiores e a patência do forame oval permitiu a passagem de êmbolo para a circulação sistêmica provocando uma obstrução arterial aguda em membro inferior esquerdo.

PO630 JANELA AORTO-PULMONAR: CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO PULMONAR

Hovnanian ALD¹, Dias BA², Costa AN³, Jardim C⁴, Souza R⁵

1,2,3,5. HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 4. HCMFUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Janela aorto-pulmonar; Síndrome de Eisenmenger; Hipertensão pulmonar

Introdução: A janela aorto-pulmonar (JAO-P) refere-se a um defeito na formação do tronco arterioso, resultando na comunicação entre aorta e artéria pulmonar. Das cardiopatias congênitas é a mais rara, representando apenas 1% do total. **Objetivos:** Descrição de causa rara de hipertensão pulmonar. **Métodos:** Revisão de prontuário, exames de imagem e revisão da literatura. **Resultados:** Relatamos os caso de paciente de 20 anos com história de dispnéia leve e cianose desde a infância com discreta piora nos últimos 4 anos. Ao exame físico, o paciente apresentava cianose e saturação arterial de 88%. A radiografia de tórax mostrou abaulamento do arco médio. O ecocardiograma identificou ventrículo direito dilatado e disfuncional com pressão sistólica de 96mm Hg. Ao teste de caminhada de 6 minutos, apesar da significativa redução da saturação arterial de 88% para 49%, ao final do exercício, o paciente percorreu 505 m. A cintilografia de perfusão quantitativa apontou para presença de shunt (29% do radioisótopo para a circulação sistêmica). O achado mais surpreendente foi o da presença de JAO-P tipo III medindo 4,0cm à angiogramografia. A reconstrução 3-D caracterizou o defeito bem como a desproporção entre aorta e tronco da artéria pulmonar (35mm). Ao cateterismo: shunt direita-esquerda de 1,5L/min, esquerda-direita de 0,5L/min e pressão sistólica da artéria pulmonar de 124mm Hg. **Conclusão:** A queda progressiva na complacência da vasculatura pulmonar, secundária ao regime de alto fluxo sanguíneo, leva a hipertensão pulmonar persistente, revertendo o sentido do shunt (de bidirecional para

direita-esquerda). O resultado é a síndrome de Eisenmenger. A correção cirúrgica é o tratamento de escolha, mas apenas na doença precoce. Na condição do nosso paciente, o tratamento deve ser eminentemente clínico. Depois de 18 meses de seguimento e após 6 semanas de uso de bosentan 250mg/dia em 2 doses, o paciente apresenta-se em classe funcional (WHO) I-II. O presente caso ilustra a desproporção clínico-hemodinâmica característica de pacientes com hipertensão pulmonar associada a cardiopatia congênita, em particular a JAO-P, a causa mais incomum de hipertensão pulmonar.

PO631 INCIDÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO BRASIL

Gazzana MB, Knorst MM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Incidência; Suspeita

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes hospitalizados. A incidência no nosso meio é desconhecida. **Objetivos:** Determinar a incidência de TEP no HCPA (hospital universitário de 728 leitos). **Métodos:** Estudo observacional, coorte-histórica. Foram revisados todos os prontuários dos pacientes que tiveram suspeita de TEP por solicitação de cintilografia pulmonar perfusional, arteriografia pulmonar, ou CID da alta CID-9 I415/CID-10 I26. Os prontuários incompletos foram excluídos. TEP foi diagnosticado através da cintilografia pulmonar de alta probabilidade, cintilografia pulmonar perfusional anormal de baixa ou intermediária probabilidade associada a ecoDoppler de membros inferiores com identificação de trombose venosa profunda. Comparação com dados de incidência obtidos na literatura médica (MEDLINE 1966-2005; unitermos: pulmonary embolism, incidence). **Resultados:** No período do estudo, 41.946 pacientes foram hospitalizados em enfermarias clínicas e cirúrgicas. TEP foi diagnosticado em 76 pacientes, configurando uma incidência de 0,18% (18 TEP por 10.000 admissões). Houve 17 TEP fatais (letalidade de 22,3%). **Conclusão:** A incidência de TEP foi similar aos dados da literatura médica. A letalidade dos episódios de TEP é significativa apesar das medidas diagnósticas e terapêuticas empregadas.

PO632 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES COM SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Gazzana MB, Knorst MM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Mortalidade; Incidência

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma freqüente causa de mortalidade hospitalar. A mortalidade dos pacientes com suspeita de TEP no nosso meio é desconhecida. **Objetivos:** Determinar a mortalidade intra-hospitalar de pacientes com suspeita de TEP no HCPA (hospital universitário com 728 leitos). **Métodos:** Estudo observacional, coorte histórica. Foram revisados todos os prontuários de pacientes com suspeita de TEP de 1996 a 1998. Casos com documentação incompleta foram excluídos. TEP foi diagnosticado através da cintilografia pulmonar de alta probabilidade, cintilografia pulmonar perfusional anormal de baixa ou intermediária probabilidade associada a ecoDoppler de membros inferiores com identificação de trombose venosa profunda. TEP foi considerado a causa de morte (principal ou contributória) se os critérios anteriores fossem preenchidos ou TEP fora encontrado na autopsia. **Resultados:** No período do estudo, 491 pacientes realizaram cintilografia pulmonar perfusional por suspeita de TEP. Houve 94 óbitos hospitalares nestes pacientes (19,1%). TEP foi causa do óbito em ao menos 22 casos (23,4%). Nos demais casos (n = 72; 76,6%), a mortalidade foi relacionada a doença de base, principalmente câncer, doenças cardiopulmonares ou sepse. **Conclusão:** Pacientes com suspeita de TEP tem significativa mortalidade intra-hospitalar, relacionada a TEP propriamente dita ou a doença de subjacente.

PO633 DIFERENTES TIPOS DE EMBOLISMO PULMONAR EM AUTÓPSIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1966-2000

Gazzana MB, Knorst MM, Cerski M, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; Necropsia; Metástase pulmonar

Introdução: O diagnóstico de embolismo pulmonar (i.e. tromboembólico, neoplásico, outros) é muito difícil na prática clínica. Muitos pacientes morrem sem diagnóstico desta condição. **Objetivos:** Relatar as características dos pacientes com qualquer tipo de embolia pulmonar detectada em autopsias. **Métodos:** Estudo de casos retrospectivo, de todas as necropsias de 1996 a 2000 realizadas no HCPA, onde foram detectado qualquer tipo de embolia pulmonar. Os prontuários dos pacientes foram revisados. **Resultados:** No período do estudo, 166 autopsias foram realizadas. Embolia pulmonar foi encontrada em 16 casos (9,6%). A média da idade foi de 58,5 anos (DP 36,06), 9 eram mulheres (56,2%). Os tipos de embolia pulmonar foram tromboembólica em 10 (62,5%) e neoplásica em 6 (37,5%). O tumor primário foi estômago em 2, pulmão em 2, cólon em 1 e fígado em 1. Somente em 2 casos (12,5%) houve suspeita de embolia pulmonar antes do óbito. **Conclusão:** Embolia pulmonar não é um achado raro em autopsias, sendo o tromboembolismo o tipo mais freqüente. A maioria dos casos onde foi realizada autopsia não tinha suspeita prévia desta doença.

PO634 USO DE PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTES CLÍNICOS INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL

Macedo AG

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: TEP; Risco; Profilaxia

Introdução: O tromboembolismo Pulmonar tem fatores de risco bem determinados em pacientes cirúrgicos. A literatura ainda é pobre em relação a avaliação do risco de TEP em pacientes com doenças clínicas internados em enfermaria. A utilização de profilaxia destes pacientes ainda não é realizada a contento. **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes inter-

nados na enfermaria de clínica médica do Hospital Guilherme Álvaro quanto aos riscos para evolução de TEV - Avaliar se os pacientes Risco alto e moderado para TEV estão recebendo alguma medida profilática para tal evento. **Métodos:** Questionários nos 2 primeiros dias de internação quanto a estratificação de risco e avaliar se algum método de profilaxia estava sendo utilizado ou não. **Resultados:** Os pacientes foram analisados no período de Abril à Novembro de 2005 na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Guilherme Álvaro, hospital terciário, do SUS, com atendimento de uma macro região de cerca de 1.200.000 habitantes. Os dados foram coletados no período de Abril à Novembro de 2005 com preenchimento periódico de fichas de análise de fatores de risco com verificação nas prescrições se havia medidas de profilaxia para TVP/TEP. Todos os pacientes eram avaliados na internação e com 48h após esta. Todos os resultados forma pareados em três grandes grupos que foram: os pacientes com Risco Alto e Moderado sem uso de profilaxia, o mesmo grupo com uso de medidas e um terceiro grupos com baixo risco de TVP/TEP. Em relação à distribuição dos grupos por sexo não houve diferença, sendo os mesmos homogêneos, com 140 homens e 133 mulheres. Já em relação a variável idade, esta apresentou uma grande diferença já esperada entre os grupos Observamos que o paciente de Alto Risco e Risco Moderado para TVP/TEP corresponderam a 200 pacientes, sendo 73,3% do total, e neste 102 (51%) pacientes não recebiam nenhuma profilaxia. Do total de pacientes analisados, os pacientes de Baixo risco somaram 73 pacientes sendo a parcela de 26,7%. Dentro da análise dos múltiplos fatores de risco, os pacientes de Alto e Moderado Risco forma analisados, sendo que o grupo sem profilaxia apresentava maior quantidade de pacientes com mais de um fator de risco com 73 pacientes (72% do total de 102) e o grupo com profilaxia foram 56 pacientes (57% do total de 98). O gráfico abaixo discrimina os principais fatores de risco avaliados. A idade como fator de risco isolado foi o predominante correspondendo 54% dos pacientes acima de 60 anos. Um número expressivo de pacientes neoplásicos com total de 34%, sendo o restante da distribuição em 20,4% dos pacientes com ICC, imobilidade em 27,4%, AVC com 12% e com mais de um fator de risco somaram-se 47%. Devemos lembrar que estes fatores são os mais importantes, pois foram analisadas umas séries de outros fatores já citados previamente. **Conclusão:** Apesar do conhecimento dos fatores de risco, ainda muitos pacientes com fatores de risco moderado e alto não usam profilaxia.

PO635 RELATO DE CASO: HIPERTENSÃO PULMONAR SEVERA EM PACIENTE COM SÍNDROME HUGHES-STOVIN TRATADA COM ILOPROST E SILDENAFILA

Bohns Meyer GM, Chaves MSS, Spilimbergo FB, Issa F, Pereira JD, Souza FJFB
Complexo Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; Aneurisma; Trombose venosa profunda

Introdução: A síndrome de Hughes-Stovin constitui-se em uma rara desordem de causa desconhecida caracterizada pela combinação de múltiplos aneurismas nas artérias pulmonares associada a trombose venosa profunda. Essa síndrome possui três estágios: o primeiro envolve a formação de tromboflebitis, o segundo consiste na formação de aneurismas, e o terceiro consiste na ruptura destes aneurismas que confere potencialmente maior morbidade. **Objetivos:** Apresentar o caso de uma paciente feminina, 42 anos, branca, com dispnéia a mínimo esforços, tosse seca e taquicardia desde 2002. Classe funcional de WHO IV, com síndrome de Hughes-Stovin e hipertensão pulmonar severa (consequente a TEP de repetição). História prévia de malformação vascular no membro inferior esquerdo sendo submetida na infância-adolescência a várias intervenções cirúrgicas. **Métodos:** Paciente iniciou acompanhamento com o serviço, sendo solicitados os exames abaixo: Cateterismo cardíaco direito com teste de vasoreatividade negativo Doppler dos Msls: ausência de doença tromboembólica aguda, presença de lesões vasculares que sugerem hemangiomas; Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta ao broncodilatador. DCO com moderada redução Cintilografia pulmonar Vent/Perf: múltiplos defeitos na difusão segmentar e subsegmentar envolvendo ambos os pulmões PE 45% PD 55% e estudo ventilatório com alta probabilidade de doença tromboembólica pulmonar. Ecocardiograma: FE 72%, PSAP 121, PMAP 60, diâmetro do VD 43mm Teste da caminhada do 6 min: dessaturação importante 94% => 75%, caminhada 390 m Angiotomografia de tórax e abdômen: sinais compatíveis com HAP severa, com dilatação aneurismática de ramos intra-parenquimatosos da artéria pulmonar, áreas de aprisionamento de ar podendo ser decorrentes de bronquiólite, lesões císticas esplênicas. **Resultados:** Paciente recebeu inicialmente tratamento com anticoagulante oral, diurético, sildenafil e oxigenioterapia, obteve boa evolução com queda das pressões pulmonares e melhora da classe funcional WHO de IV para II, mantendo-se assim até outubro de 2003 quando houve piora da classe funcional e das pressões pulmonares sendo então associado iloprost inalatório. **Conclusão:** Paciente apresenta boa evolução com terapia associada (iloprost + sildenafil), atualmente em classe funcional WHO I e diminuição dos parâmetros ecográficos.

PO636 PESQUISA DE HIPERTENSÃO PULMONAR ATRAVÉS DE MEDIDAS ECO-CARDIOGRÁFICAS EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME

Gazzana MB, John AB, Canani SF, Svartman FM, Silva DR, Albaneze R, Bittar CM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Anemia falciforme; Hipertensão pulmonar; Ecocardiografia

Introdução: A hipertensão pulmonar em pacientes com anemia falciforme está diretamente relacionada à hemólise. Esse fenômeno intravascular leva a uma redução da biodisponibilidade de óxido nítrico, sendo a arginase plasmática responsável por uma das vias. A detecção precoce de hipertensão pulmonar nessa população é importante, uma vez que tal patologia está relacionada com menor sobrevida. **Objetivos:** Descrever os achados ecocardiográficos em uma série de casos de pacientes com anemia falciforme. **Métodos:** Foram analisadas retrospectivamente, através de dados do prontuário eletrônico, as principais variáveis ecocardiográficas de 16 pacientes com anemia falciforme que foram encaminhados para

avaliação no Ambulatório de Circulação Pulmonar da nossa instituição entre Jan/2005 e Julho/2006. **Resultados:** Foi realizada avaliação, através de ecocardiografia com Doppler transtorácica, em 16 pacientes com o diagnóstico de anemia falciforme. Seis homens e dez mulheres, com média de idade (média \pm desvio-padrão) de 30,2 + 13,96 anos. Média do diâmetro VD de 2,14cm. A prevalência de hipertensão pulmonar, definida como PSAP estimada > 40mmHg, encontrada em nossa amostra foi de 18,75%. Átrio esquerdo e fração de ejeção com médias de 3,66cm e 67,18%, respectivamente. Alterações em ventrículo esquerdo (VE) foram observadas em 6/16 pacientes, sendo déficit de relaxamento em 2 e aumento da massa de VE em 5 pacientes. As anormalidades valvulares encontradas foram prolapso mitral e insuficiência aórtica leve. **Conclusão:** A prevalência de hipertensão pulmonar, avaliada por ecocardiografia, em pacientes com anemia falciforme nessa série de casos foi de 18,75%, valor menor do que o encontrado em outras séries. Tal resultado pode dever-se ao reduzido tamanho da amostra e/ou a menor média de idade dos pacientes avaliados.

PO637 DISSECÇÃO DE ARTÉRIA PULMONAR EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR SEVERA - SEGUIMENTO A LONGO PRAZO COM TRATAMENTO COM BOSENTANA E SILDENAFILA

Bohns Meyer GM, Souza FJFB, Puchalski M, Chaves MSS
Complexo Hospitalar Santa Casa, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar; Dissecção da artéria pulmonar; Bosentana e sildenafil

Introdução: A Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida como grupo de doenças caracterizado pelo aumento progressivo da resistência vascular pulmonar, levando a falência ventricular direita e morte prematura. A presença de dissecção da artéria pulmonar é uma complicação rara e extremamente grave com alta mortalidade, sendo, na maioria dos casos, o diagnóstico feito pós morte. Apresentamos o caso de uma paciente feminina, mulata, 48 anos, que foi encaminhada para avaliação em nosso serviço em junho de 2003 com histórico de comunicação inter atrial e hipertensão arterial pulmonar severa que piorou nos últimos dois meses a tal ponto de estar em classe funcional IV de WHO necessitando 15l de O2 por máscara de Venturi para e sem condições de deambular devido ao cansaço. **Objetivos:** Apresentar a evolução favorável a longo prazo de um caso de dissecção de artéria pulmonar em paciente com HAP severa tratado com bosentana e sildenafil. **Métodos:** Ecocardiograma: ventrículo esquerdo com função sistólica preservada, dilatação de cavidades direitas e hipocinesia de VD, hipertensão arterial pulmonar severa, insuficiência tricúspide severa, insuficiência pulmonar moderada, dilatação aneurismática do troncopulmonar e ramo pulmonar direito. Ectasia de ramo pulmonar esquerdo. Presença lâmina móvel na parede do tronco (dissecção). Ausência no presente exame de trombo no interior do tronco pulmonar. Efeito de contraste espontâneo (fluxo lento). Comunicação interatrial ostium secundum grande. Angiotomografia de tórax com sinais de hipertensão arterial pulmonar severa e dissecção da artéria pulmonar. **Resultados:** Paciente optou por tratamento clínico, tendo-se iniciado a administração de sildenafil à qual obteve-se boa resposta clínica. A paciente passou à classe funcional III e não necessitou mais de oxigenioterapia suplementar com saturação em ar ambiente de 92%. Tal benefício perdurou por cerca de doze meses, quando por piora progressiva acrescentamos bosentana ao esquema terapêutico, o que fez com que a paciente retorne-se à classe III e tal melhora perdura até o presente. **Conclusão:** A HAP é uma doença com alta morbimortalidade e, quando acompanhada de complicações como a dissecção da artéria pulmonar esta é ainda maior. Terapia medicamentosa como bosentana e sildenafil alteraram favoravelmente o curso da evolução da doença nesta paciente.

PO638 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CIRCULAÇÃO PULMONAR DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Gazzana MB¹, John AB², El Ammar JS³, Canani SF⁴, Svartman FM⁵, Silva DR⁶, Albaneze R⁷, Menna Barreto SS⁸

1,2,4,5,6,7,8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. FAMED/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Circulação pulmonar; Cirrose hepática; Hipertensão pulmonar

Introdução: Dentre as patologias que afetam a circulação pulmonar, destacam-se as tromboembólicas, as hipertensivas, em todas as suas formas, e aquelas que correspondem à manifestação de doenças sistêmicas na circulação do pulmão. Não apenas o diagnóstico, mas também a instituição e monitorização do tratamento requerem atendimento específico. No Serviço de Pneumologia/HCPA, funciona o ambulatório direcionado para o estudo das doenças da circulação pulmonar. **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar do Serviço de Pneumologia/HCPA no ano de 2004. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através da revisão dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar em 2004. Foram coletados dados demográficos e epidemiológicos e informações relevantes no processo de investigação até o estabelecimento do diagnóstico final. **Resultados:** Dos pacientes atendidos e com dados disponíveis, foram totalizados 68, sendo que 37 (54,4%) eram homens, com média de idade de 51,9 anos. Quarenta pacientes (58,8%) foram encaminhados para avaliação pulmonar pré transplante hepático, 16 (23,5%) para investigação da etiologia da hipertensão pulmonar, 6 (8,8%) para acompanhamento de anticoagulação, 3 (4,4%) para avaliação de dispnéia e 3 (4,4%) por outros motivos. Dentre os pacientes sem cirrose hepática, os principais diagnósticos estabelecidos foram: hipertensão pulmonar (17 casos), sendo destes 4 tromboembólica crônica, 3 idiopática, 4 relacionados à colagenose, 2 secundários à cardiopatia, 1 relacionado ao HIV, 1 associado a distúrbio do sono e outro a anemia falciforme, sendo que apenas 1 caso não teve a etiologia definida no período avaliado; tromboembolia pulmonar (6 casos); síndrome de Rendu-Osler-Weber (1) e mal formação arteriovenosa (1). Foram registrados 16 óbitos no período, sendo 14 no grupo de indivíduos com hepatopatia crôni-

ca. **Conclusão:** A maioria dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar foi de indivíduos com cirrose hepática em avaliação pré transplante. Dentre o grupo sem patologia hepática, o principal diagnóstico encontrado na nossa amostra foi de hipertensão pulmonar.

PO639 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO EVOLUINDO COM RE-CANALIZAÇÃO

Garcia Barbosa ML¹, Barbosa MLG², Barbosa FP³, Fonseca TB⁴, Cardoso DTF⁵, Nunes AS⁶, Cipriano FG⁷

1. Instituto do Pulmão - Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina - Universidade de Ribeirão Preto - SP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7. Instituto do Pulmão e UNAERP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Embolia; Hipertensão pulmonar; Arteriografia

Introdução: O tromboembolismo pulmonar é uma entidade de alta prevalência na prática clínica, potencialmente letal, que, com frequência, pode gerar dificuldades diagnósticas. Quando tratado de maneira adequada, a mortalidade estimada é de 8%, cifra que pode atingir até 40% quando o diagnóstico é retardado. Define-se tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (TEPC) como o quadro de hipertensão pulmonar observado após um período mínimo de três meses depois de pelo menos um episódio de embolia de pulmão desde que excluídas outras causas de hipertensão pulmonar. Aproximadamente 4% dos casos de tromboembolismo pulmonar agudo evoluem com hipertensão pulmonar secundária. Pela técnica tomográfica podemos observar algumas características que permitem a separação do fenômeno tromboembólico agudo do TEPC. A perfusão em mosaico, isto é, regiões de hipertransparência entremeadas com áreas de maior densidade radiológica, presença de trombos excêntricos e o alargamento do tronco da artéria pulmonar, sugerindo hipertensão, são no seu conjunto bem característicos de TEPC. A arteriografia pulmonar é o exame definitivo para o diagnóstico de TEP. No TEPC observa-se falhas de preenchimento vascular pelo contraste não tão bem definidas, que refletem os diferentes e complexos padrões de organização e recanalização parcial dos trombos. Este método até hoje continua como a referência para o diagnóstico de qualquer episódio tromboembólico agudo ou crônico. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente feminina, 45 anos, branca, faxineira, natural do interior de São Paulo. Tabagista importante, em seguimento clínico por DPOC há 10 anos, encaminhada para nosso serviço por descompensação clínica aguda e piora importante da dispnéia. Angiotomografia pulmonar mostrou-se compatível com tromboembolismo pulmonar agudo com comprometimento principal dos lobos inferiores, evolução com hipertensão pulmonar com ecocardiograma mostrando aumento do diâmetro ventricular direito (32mm), aumento moderado de câmaras cardíacas direita, disfunção diastólica de grau discreto tipo alteração do relaxamento do ventrículo esquerdo (fração de ejeção = 73%) e hipertensão pulmonar de grau moderado (pressão sistólica de artéria pulmonar = 63mmHg). Após 8 meses, nova angiotomografia pulmonar mostrava manutenção dos sinais de tromboembolismo pulmonar crônico e ecocardiograma mostrava persistência da hipertensão pulmonar (pressão sistólica de artéria pulmonar = 63mmHg). Após 14 meses do episódio agudo foi realizada arteriografia pulmonar mostrando recanalização com ausência de sinais de embolia pulmonar crônica e redução da hipertensão pulmonar (pressão sistólica de artéria pulmonar = 44mmHg). **Conclusão:** Descrevemos um caso de tromboembolismo pulmonar crônico com hipertensão pulmonar que apresentou recanalização comprovada pela arteriografia pulmonar.

PO640 DOSAGEM DE D-DÍMEROS NO ACOMPANHAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTES COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Ramos Feitosa PH, Feitosa RC, Dos Santos AA

Hospital Regional do Gama/Clinica de Doenças Respiratórias e Reabilitação Pulmonar, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; D-dímeros; Anticoagulação

Introdução: A pesquisa de D-dímeros ainda é controversa no diagnóstico de TEP, porém tem sido bastante pesquisada na literatura. Neste nosso trabalho modificamos o foco de diagnóstico para acompanhamento da anticoagulação. **Objetivos:** Verificar se o D-dímero servir como marcador para acompanhamento da anticoagulação, certificando-se que houve redução do efeito trombótico. **Métodos:** Foram selecionados pacientes que tinham diagnóstico de TEP (alta probabilidade clínica com cintilografia pulmonar de alta probabilidade ou angio TC mostrando trombo em artéria pulmonar). Todos os pacientes tinham D-dímeros acima de 500ng/ml. Três dosagens de D-dímeros eram realizadas: 1- no momento do diagnóstico; 2- entre 10 e 15 dias de tratamento; 3- 30 a 40 dias de tratamento. O método utilizado para dosagem do D-dímero foi o ELFA. **Resultados:** Os resultados de D-dímeros variaram de 865 a 7800ng/ml, inicialmente. Na segunda verificação houve queda do D-dímero em 100% dos paciente e 23 (37%) já tinham normalizado suas taxas (abaixo de 500ng/ml). Na terceira verificação, 59 (95%) pacientes já tinham seus resultados dentro da normalidade. Houve melhora clínica, da cintilografia pulmonar ou angioTC em todos os pacientes. **Conclusão:** Os resultados indicam que a dosagem de D-dímeros pode ser um bom marcador para certeza da dissolução do trombo.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA

PO641 VALORES TEÓRICOS DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA

S Beraldo PS, Horan TA

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação - Sarah Centro, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Lesão medular; Pressões respiratórias máximas; Função pulmonar

Introdução: A síndrome restritiva exibida por pacientes com lesão medular é bem conhecida. Faz parte da caracterização desses pacientes a determinação das pressões respiratórias

máximas. Quanto a esse último parâmetro inexistem estudos determinando quais seriam as variáveis preditoras de valores esperados. **Objetivos:** Avaliar as pressões respiratórias máximas em pacientes com lesão medular traumática com vistas a estabelecer equações de previsão. **Métodos:** Foram 131 pacientes, 52 tetraplégicos (39.7%); subgrupos de C3-C5 e C6-C8) e 79 paraplégicos (60.3%); subgrupos de T1-T6 e T7-L3). A maioria era composta de homens (90,69%), com idade de 30,8 ± 11,6 anos, tempo de lesão de 25,0 ± 36,8 meses, 99 (76%) dos quais com lesão motora completa. Os tabagistas (atual ou no passado) corresponderam a 42 indivíduos (32%). Foram conduzidas espirometria e medida das pressões respiratórias máximas em sessões únicas. Foram quatro tomadas para cada uma das pressões de interesse, inspiratória (PIMáx) e expiratória (PEMáx). O tempo de oclusão do sistema e o intervalo entre as medidas foi de, no mínimo, respectivamente, 1 segundo e 1 minuto. O registro da pressão foi realizado com oclusão do sistema na CPT, para PEMáx e no volume residual, para PIMáx. Além das variáveis relacionadas ao indivíduo e condições clínicas, consideramos os grupos, subgrupos e níveis motores específicos. Empregou-se análise de regressão múltipla stepwise (SPSS 13,0), cujo critério para manutenção das variáveis no modelo foi o teste F (P < 0,10) e o maior coeficiente de determinação (r²). **Resultados:** A CVF foi diferente entre os subgrupos (p < 0,001), com uma nítida tendência de incremento a partir da lesão cervical alta (49% ± 25 do previsto) até os níveis mais baixos (84% ± 15). A relação VEF1/CVF% mostrou-se normal (> 80%) em todos. As pressões respiratórias médias incrementaram da lesão cervical alta para a toracolombar baixa. Assim, a PIMáx média variou, respectivamente, de 55,7 ± 28,4 para 100,9 ± 33,5cmH2O, enquanto a PEMáx de 39,4 ± 29,4 para 102,9 ± 32,3cmH2O. As equações obtidas foram: PIMáx (cm H2O) = 20,168 - (24,514 x gênero) + (2,273 x nível da lesão) + (0,665 x peso) + (13,40 x tabagista), r² = 0,40 (limite inferior de 50cmH2O); PEMáx (cm H2O) = 6,035 + (3,642 x nível da lesão) - (20,594 x gênero) + (0,465 x peso), r² = 0,46 (limite inferior de 36cmH2O). Considerar para gênero, 0 = masculino e 1 = feminino; expressar peso em Kg; e atribuir aos níveis C1, C2, C3, ... L1, L2 e L3, respectivamente, os valores 1, 2, 3, ..., 21, 22, 23 e tabagista, 0 = nunca fumou e 1 = atual ou ex-tabagista. **Conclusão:** Além do gênero e peso, o nível da lesão é uma variável explanatória para as pressões respiratórias máximas, que não pode ser negligenciada. As equações de previsão obtidas foram baseadas numa casuística considerável em se tratando de pacientes com lesão medular traumática. A próxima etapa dessa investigação será sua validação numa população diferente.

PO642 PADRÕES BACTERIOLÓGICOS DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS NO INPA COMO PORTADORES DE TUBERCULOSE

Mattoso PP¹

1. Bolsista CNPQ/PIBIC-INPA - Laboratório de Micobacteriologia - INPA - priscilamedicina@hotmail.com

Palavras-Chave: Tuberculose; Diagnóstico; Bacteriológico

Introdução: No diagnóstico e tratamento da Tuberculose (Tb) na região Amazônica, além de outras inúmeras, acrescentam-se duas principais complicações: as diversas infecções pneumônicas produzidas por inúmeros microrganismos próprios da região e a existência de grande variedade de Micobactérias Ambientais que só se diferenciam da *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) através do isolamento "in vitro" e podem induzir exames baciloscópicos falso-positivos (Salem et al., 1989b, Salem et al., 1990). Por estes motivos, o diagnóstico definitivo da doença depende quase que exclusivamente das técnicas laboratoriais que possam confirmar o agente etiológico causal. Como serviço especializado para o diagnóstico da Tuberculose no Amazonas tem-se o laboratório de Micobacteriologia do INPA, que realiza os exames de escarro pelas técnicas de baciloscopia direta, baciloscopia após-concentração e cultivo visando o isolamento do agente etiológico. A baciloscopia após-concentração é realizada apenas no INPA (Salem et al., 1990) e o cultivo é realizado no INPA e no Laboratório Central de Saúde Pública. Por esse motivo, o INPA recebe um número expressivo de pacientes em busca de elucidação da suspeita clínica de Tb. Entretanto, quantos pacientes necessitavam serem encaminhados ao INPA para obterem seus diagnósticos? Essa resposta foi o motivo de realização do presente trabalho. **Metodologia:** Para atingir o objetivo, os dados dos exames de baciloscopia direta, baciloscopia após-concentração e cultivo dos pacientes que forneceram pelo menos duas amostras de escarro nos anos de 1995 a 2005 ao Laboratório de Micobacteriologia do INPA, foram coletados das fichas de registros de pacientes, tabulados e analisados. No período mencionado foram realizadas as análises de secreções de 1.125 pacientes. Destes, 740 (66%) não apresentaram indicativo bacilosκόpicos ou de isolamento do Mtb. Apenas 123 (11%) apresentaram baciloscopia direta positiva para bacilo ácido-álcool resistente (BAAR) e 262 pacientes (23%) tiveram resultados de baciloscopia após-concentração e/ou cultivo positivos para Mtb. **Resultados:** Os 740 pacientes que não apresentaram indicativo bacilosκόpicos ou de isolamento do Mtb, deveriam ser encaminhados ao INPA para elucidação de seus diagnósticos, através de técnicas mais sensíveis como a baciloscopia após-concentração, excluindo assim, a suspeita clínica de Tuberculose. Os 123 pacientes que apresentaram baciloscopia direta positiva para bacilo ácido-álcool resistente (BAAR) não deveriam ser encaminhados ao Laboratório de Micobacteriologia para esclarecimento de seus diagnósticos, pois, a rede básica de saúde realiza este exame e poderia proporcionar essa elucidação. E os 262 pacientes que tiveram resultados de baciloscopia após-concentração e/ou cultivo positivos para Mtb, certamente deveriam ter sido encaminhados ao INPA para esclarecimento de seus diagnósticos através de técnicas mais sensíveis, pois, provavelmente são pacientes paucibacilares e de difícil diagnóstico. **Conclusões:** Observando o objetivo aludido, verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos no Laboratório de Micobacteriologia deveria realmente procurar seus serviços de baciloscopia e cultivo, a fim de obterem elucidação de seus diagnósticos de Tb, pois não lograriam êxito se utilizassem somente aqueles serviços oferecidos pela rede básica de saúde do Estado. Fica nítida a importância da agregação do serviço especializado em diagnóstico de Tb, que o Laboratório de Micobacteriologia do INPA realiza, em colaboração à rede básica de saúde. O Laboratório é um serviço de utilidade pública voltado à saúde da população amazônica, e muito mais do que isso é um veículo de ação social de extrema importân-

cia. Ao realizar técnicas laboratoriais mais sensíveis para a elucidação diagnóstica de Tb, absorve a demanda de pacientes clinicamente suspeitos, e às vezes realmente contaminados pelo Mtb, mas que não conseguem obter confirmação ou exclusão da hipótese do diagnóstico e acabam se tornando "evasivos suspeitos", contribuindo assim para a manutenção da cadeia epidemiológica ou ainda, caso não sejam portadores do Mtb, recebem tratamento medicamentoso desnecessário. **Instituição de Fomento:** Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA) – Coordenação de Pesquisas em Saúde (CPCS) – Laboratório de Micobacteriologia. **Trabalho de Iniciação Científica:** Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica-PBIC/INPA/CNPq. **Referências Bibliográficas:** SALEM, J.I.; MARÓJA, M.F.; CARVALHO, F.F.; LIMA, M.O.; FEUILLET, A. 1989b. Mycobacteria other than tubercle bacilli in sputum specimens from patients in Manaus, Amazônia - Brasil. Acta Amazônica (19): 349-354. SALEM, J.I.; MAROJA, M.F.; CARDOSO, F.F.; LIMA, M.O.; LITAIFF, L.R.L.; BRIGLIA, M.F.S.; DAVID, H.L. 1990. Valor relativo do exame direto, após concentração e por cultivo de escarro no diagnóstico bacteriológico da Tuberculose pulmonar no Amazonas – Brasil. *Jornal de Pneumologia*, (16): 133-136.

PO643 FORÇA INSPIRATÓRIA NASAL EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA: APLICAÇÃO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

S Beraldo PS, Mateus SRM

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação - Sarah Centro, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Lesão medular; SNIP; Pressões respiratórias máximas

Introdução: A lesão medular traumática, na dependência do nível e extensão, pode causar fraqueza e paralisia da musculatura respiratória, com alteração na função pulmonar. Dentro do espectro de opções de avaliação pulmonar desses pacientes as medidas das pressões respiratórias máximas estáticas, expiratória (PE_{máx}) e inspiratória (PI_{máx}), também têm sido empregadas, porém com interferências de diversas origens. Embora nunca tenha sido avaliada no paciente com lesão medular, recentemente tem sido utilizada a medida da pressão inspiratória nasal ao fungar (SNIP, do inglês sniff nasal inspiratory pressure), com a vantagem de ser mais prática e reprodutível. **Objetivos:** Verificar o comportamento da SNIP e demais parâmetros de pressões respiratórias máximas entre indivíduos com lesão medular traumática. Também investigar a correlação entre esses parâmetros e o nível da lesão. **Métodos:** Foram avaliados 26 homens com lesão medular traumática completa (10 tetraplégicos, C4-C8; 16 paraplélicos, T1-T12), idade mediana de 24 anos (17 a 45) e tempo mediano de lesão de 12,8 meses (2 meses a 9,7 anos). O protocolo consistiu na avaliação espirométrica e medidas das pressões respiratórias estáticas máximas (PI_{máx} e PE_{máx}, mensuradas, respectivamente, no volume residual e capacidade pulmonar total), além da SNIP (mensurada no CRF). Para efeito da análise correlativa, atribuiu-se aos níveis medulares C1, C2, C3, ... T10, T11 e T12, respectivamente, os valores 1, 2, 3, ... 18, 19 e 20. **Resultados:** Em termos médios, o grupo de pacientes tetraplégicos exibiu uma capacidade vital lenta (CV) de 52% ± 13 do previsto (extremos de 36% a 82%), enquanto os paraplélicos de 77% ± 21 (38% a 116%). Dos componentes da CV, a capacidade inspiratória encontrou-se afetada tanto entre os tetra (57% ± 11) como paraplélicos (73% ± 20), enquanto o volume de reserva expiratória encontrava-se diminuído somente no primeiro grupo (44% ± 36). Nenhum distúrbio ventilatório obstrutivo foi detectado. Os valores médios de PE_{máx} foram superiores entre os paraplélicos em relação aos tetraplégicos, respectivamente, 97,9cmH₂O (51,8 ± 25,8% previsto) e 68,2cmH₂O (35,9 ± 13,1% previsto) (P < 0,05). Os valores médios de PI_{máx} foram semelhantes entre os grupos tetra e paraplélicos, respectivamente, 71,7cmH₂O (70,8 ± 26,9% previsto) e 92,9cmH₂O (88,0 ± 28,9% previsto). Porém, a SNIP foi capaz de diferenciar os grupos, com valores médios superiores entre os paraplélicos em relação aos tetraplégicos, respectivamente, 98,4cmH₂O (85,2 ± 29,5% previsto) e 68,5cmH₂O (60,0 ± 20,1% previsto) (P < 0,05). A análise correlativa com o nível da lesão refletiu esses resultados, mostrando correlações fortes somente com os percentuais do previsto para PE_{máx} e SNIP, respectivamente, r = 0,6614 (P = 0,0002; IC95% 0,3684 a 0,8349) e r = 0,5787 (P = 0,0020; IC95% 0,2467 a 0,7892). **Conclusão:** SNIP foi capaz de detectar diferenças entre tetra e paraplélicos, o que não aconteceu com PI_{máx}. O impacto dessa maior sensibilidade precisa ser investigado do ponto de vista de diagnóstico funcional e prognóstico.

PO644 MANOBRA EXPIRATÓRIA FORÇADA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES SAUDÁVEIS: ACETABILIDADE E REPRODUTIBILIDADE

Burity EF¹, Pereira CAC², Rizzo JA³, Sarinho ESC⁴

1,3,4. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil; 2. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Pré-escolar; Espirometria; Reprodutibilidade

Introdução: Estudos em pré-escolares têm mostrado que 40-90% conseguem realizar a manobra expiratória forçada (MEF) de forma adequada, variando com a idade e com o rigor dos critérios de aceitação. Persistem ainda pontos discordantes quanto aos critérios de aceitação e reprodutibilidade. A padronização atual recomenda, para crianças com capacidade vital forçada (CVF) < ou = 1L, o critério de reprodutibilidade para CVF e VEF1 (volume expiratório forçado em um segundo), de diferença < ou = 0,1L. **Objetivos:** Avaliar a aceitação e reprodutibilidade da MEF em crianças pré-escolares, em relação aos atuais critérios padronizados pela *American Thoracic Society* e *European Respiratory Society* (ATS/ERS, atualização 2005), e o efeito de modificações a estes critérios, aceitando curvas com expiração incompleta; testar a reprodutibilidade da CVF, VEF1 e VEF0,5 (volume expiratório forçado na metade do primeiro segundo). **Métodos:** Estudo transversal, com dados coletados prospectivamente e amostra calculada de 225 crianças. Realizado MEF em 240 crianças pré-escolares (três a cinco anos) de escolas e creches, da cidade do Recife, Brasil, selecionadas por amostragem aleatória simples. Os critérios de aceitação das curvas foram divididos em três grupos: ATS/ERS – de acordo com os atuais critérios padronizados; PARCIAL LEVE – grupo com expiração incompleta, com término da expiração quando o fluxo era < ou = 0,3L/s ou < ou = 10% do pico de fluxo expiratório (PFE), o que for maior; PARCIAL MODERADO – grupo com expiração incompleta, com término da expiração quando o fluxo era > 0,3L/s ou > 10% do PFE, o que for maior

(consideradas neste, apenas medidas do PFE e do VEF0,5). Foram testadas a validade destas modificações e a reprodutibilidade da CVF, VEF1 e VEF0,5 aos critérios: < ou = 10%, < ou = 0,1L (já testados em estudos prévios) e a um novo critério, < ou = 8%, avaliado nesta pesquisa. **Resultados:** A distribuição, por grupos, foi: ATS/ERS (37,1%); Parcial Leve (13,7%) e Parcial Moderado (30,8%). As modificações aplicadas ao grupo Parcial Leve foram válidas para medidas de PFE, VEF1, VEF0,5 e FEF25-75, porém não o foram, para medidas de CVF. As modificações aplicadas ao grupo Parcial Moderado foram válidas para medidas de PFE e de VEF0,5. A reprodutibilidade da CVF, VEF1 e VEF0,5 aos critérios < ou = 0,1L, < ou = 10% e < ou = 8% foi maior que 89%, dentre as crianças que realizaram três ou mais curvas aceitáveis, dos três grupos. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos, em relação à aceitabilidade e à reprodutibilidade. **Conclusão:** São necessárias modificações nos critérios de aceitação (aceitando curvas incompletas) e adequações nos programas de espirometria, para atender à maior percentual de crianças pré-escolares. De acordo com o teste kappa, recomendamos a utilização do critério de diferença < ou = 0,10 L ou < ou = 8%, o que for maior, como o mais indicado, na avaliação da reprodutibilidade da CVF e VEF1 em pré-escolares e, para o VEF0,5, o critério de diferença < ou = 10%.

PO645 10.000 ENDOSCOPIAS RESPIRATÓRIAS: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DA FCECON

Andrade EO, Souza JS, Pina Jr JM, Andrade Jr E

FCECON, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Broncoscopia; Laringoscopia; Rinoscopia

Introdução: Desde os trabalhos pioneiros de Chevalier Jackson a endoscopia respiratória tem demonstrado a sua grande importância como meio diagnóstico e terapêutico. Em um hospital especializado em oncologia, a endoscopia respiratória possibilita o diagnóstico, com a realização de biópsias, o estadiamento e o tratamento com uso do laser ou da braquiterapia de alta dose. **Objetivos:** Relatar a experiência do serviço de endoscopia da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) nos 10000 exames de endoscopia respiratória realizados, destacando: a) A distribuição da frequência dos exames entre os diversos subtipos b) As alterações mais frequentes encontradas. **Métodos:** Estudo retrospectivo que analisou 10.000 exames de endoscopia respiratória realizados na FCECON no período de 1994 a 2005 (até junho). **Resultados:** Frequência dos exames realizados no período de 1994 a 2005 Rinoscopia: 656 Laringoscopia: 6808 Broncoscopia: 2536. Os três diagnósticos mais frequentes, excetuando exame normal RINOSCOPIA: Hipertrofia dos cornetos (142); Desvio de septo (78) e Hipertrofia de adenóides (31) LARINGOSCOPIA: Nódulos, cistos e pólipos de CV (1017); Fenda glótica (606) e Paralisia de CV (220). BRONCOSCOPIA: Câncer brônquico (663); Supuração brônquica (114) e Sangramento endobrônquico (42). **Conclusão:** A endoscopia respiratória é parte importante do arsenal propedêutico da FCECON, sendo mais frequente a realização de laringoscopias, broncoscopias e rinoscopias, respectivamente. Permitiu o diagnóstico de neoplasias e de outras lesões importantes.

PO646 ASMA NA NATAÇÃO: PREVALÊNCIA E ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS EM CRIANÇAS DE 5 A 17 ANOS

Fiks IN¹, Pereira Albuquerque AL², Dias LC³, Carvalho CRF⁴

1,3. Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil; 2. UNIFESP, São Paulo, SP, Bélgica; 4. Fisioterapia USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Natação; Espirometria

Introdução: A prevalência de asma e de broncoespasmo induzido pelo exercício (BIE) é alta entre atletas profissionais. No Brasil, muitas crianças são encaminhadas para a natação com o objetivo de tratar a doença. Entretanto, pouco se sabe sobre a prevalência de asma entre atletas amadores e como é feito o diagnóstico e o tratamento da doença nesta população. **Objetivos:** Verificar a prevalência de sintomas de asma e alterações funcionais na espirometria, como também identificar características relacionadas à prática da natação em atletas amadores de 5 a 17 anos. **Métodos:** Aplicou-se um questionário escrito com questões do ISAAC e outras relacionadas ao esporte, além da espirometria de repouso. Adicionalmente, formaram-se dois grupos de acordo com os valores de espirometria (Grupo I: VEF1/CVF < 0,80; Grupo II: VEF1/CVF ≥ 0,80), para comparação entre sintomas e alteração funcional. **Resultados:** Foram coletados 1811 questionários, com prevalência de sintomas de asma de 10,6%. Dentre as razões para início da natação, os problemas respiratórios totalizaram 14,7%, sendo que este subgrupo realmente apresentava alterações funcionais e mais sintomas do que os restantes. Em relação às formas de tratamento, a natação foi a mais frequente (36,4%), seguida por homeopatia e broncodilatador inalatório. Na comparação entre espirometria e relato de sintomas, menos de 20% dos atletas com obstrução de vias aéreas ao (Grupo I) referiam sintomas de asma. **Conclusão:** Apesar da prevalência de sintomas de asma relatados espontaneamente ser a mesma da população geral de mesma idade, muito atletas buscam a natação por terem problemas respiratórios, refletindo um grau de desinformação dos próprios atletas e dos pais sobre o tratamento ideal para a asma. Adicionalmente, muitos dos atletas apresentam alteração funcional obstrutiva ao repouso e ausência de sintomas, sugerindo assim a necessidade de uma investigação diagnóstica mais cuidadosa e completa para esses casos. É de primordial importância, uma maior conscientização dos pais, atletas e técnicos sobre asma e esporte, assim como difundir no meio esportivo a pesquisa de asma na avaliação inicial e acompanhamento dos atletas, visando tanto a melhora da performance esportiva quanto proteção de crises severas.

PO647 PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA COM AGULHA DE WANG

Lannes DC¹, Biasi Cordeiro P², Toscano E³, Nascimento M⁴, Cavalcanti A⁵, Monteiro AS⁶, Zamboni M⁷

1,3,5,6,7. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 2. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 4. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Câncer do pulmão; Biópsia transbrônquica; Broncoscopia

Introdução: A punção aspirativa transbrônquica por agulha de Wang (PATA) tem papel importante na broncofibroscopia diagnóstica. É benéfica no estadiamento do câncer de

pulmão e aumenta o rendimento diagnóstico nas lesões periféricas pulmonares. **Objetivos:** Apresentar nossa experiência inicial com o método no período de 1998 a 2005. **Material e métodos:** Em 8 anos realizamos a PATA com agulha de Wang em 69 pacientes: 44 homens (64%); 25 mulheres (36%); idade de 28 a 83 anos (mediana 59 a). Sendo que em três pacientes, foram realizadas 2 broncoscopias, conseqüentemente, 3 PATAs, a mais. Todos os pacientes tiveram o diagnóstico confirmado por algum método diagnóstico: doenças malignas: adenocarcinoma 20 (27,7%); carcinoma escamoso 13 (18,3%); carcinoma de não pequenas células 12 (16,6%); carcinoma de grandes células 2 (2,8%); carcinoma de pequenas células 14 (19,4%); linfoma não Hodgkin 1 (1,4%); adenocarcinoma metastático 1 (1,4%); carcinoma de células claras metastático 1 (1,4%); doenças benignas: tuberculose 7 (9,6%); histoplasmose 1 (1,4%). Alterações radiológicas: massas hilares e/ou pulmonares 26 (37,6%), massas mediastinais 43 (62,4%). Alterações endoscópicas: alargamento de carina principal 40 (58%); alargamento de carina secundária 6 (8,6%); abaulamento da parede posterior da traquéia 7 (10,2%); abaulamento de parede de brônquio segmentar ou lobar 5 (7,2%); infiltração de mucosa 2 (2,9%), normal 9 (13,1%). **Resultados:** a PATA com agulha de Wang foi realizada no local de anormalidade endoscópica e/ou radiológica. Nosso material foi positivo em 46% dos casos. Somente um dos casos positivos foi de doença inflamatória (histoplasmose), nos demais casos todos foram de neoplasia. Na literatura, a positividade com o método varia de 15 a 83%. Em 58% dos nossos casos a PATA foi realizada na carina principal. Não tivemos complicações. **Conclusão:** A PATA com agulha de Wang é um procedimento seguro e eficaz. Está indicada nos casos de adenopatia hilar ou mediastinal; de doença peribronquica e submucosa; nos casos de doença endobronquica visível. O treinamento contínuo melhora o rendimento do método e também seu papel no diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão.

PO648 SENSIBILIDADE(S) E ESPECIFICIDADE(S) DA RELAÇÃO VEF1/CVF E FEF 25-75% NO DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÃO AO FLUXO AÉREO POR DIVERSOS PREVISTOS

Oliveira Duarte AA¹, Pereira CAC²

1. Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil; 2. Hospital do Servidor Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Obstrução ao fluxo aéreo; Valores referência

Introdução: Diversas equações de previstos são disponíveis nos espirômetros no Brasil. A escolha dos valores para caracterizar obstrução ao fluxo aéreo pode resultar em testes com S e E variáveis. **Objetivos:** Comparar a S e E da relação VEF1/CVF e FEF 25-75% por diversos previstos no diagnóstico de obstrução ao fluxo aéreo. **Métodos:** Indivíduos normais, não fumantes e sem doenças cardiorespiratórias (questionário ATS- DLD 78), n = 144, f = 65, m = 79, e asmáticos (n = 128 f77 m51), foram submetidos à espirometria, nos asmáticos antes e após Bd (salb 400mcg). Foram considerados obstruídos os asmáticos com eleição de VEF1 após Bd > = 7% do previsto. A relação VEF1/CVF foi = 71 ± 6%. Foram obtidos os valores previstos de VEF1/CVF e FEF25-75% pelos seguintes autores: ECCS 83, Crapo 81 (C81), Knudson 83 (K83), Hankinson brancos 99 (Hbr99), Hankinson mexicanos 99 (Hm99), Pereira 92 (P92) e Pereira 2006 (P06) e da equação FEF 25-75%/CVF pela atual equação de Pereira (P06). Foram calculadas a S e E da relação VEF1/CVF e FEF 25-75% pelos diversos previstos e da relação FEF 25-75%/CVF pelo previsto atual. **Resultados:**

	S VEF1/CVF	E FEF 25-75%	S VEF1/CVF	E FEF 25-75%
K83	59%	27%	99%	100%
C81	75%	54%	97%	100%
P92	77%	64%	94%	99%
P06	84%	81%	94%	99%
Hbr99	37%	35%	100%	100%
Hm99	54%	43%	99%	100%
ECCS83	55%	74%	99%	100%

A relação FEF 25-75%/CVF teve S = 60% e E = 96%.

Conclusão: A especificidade é boa tanto para VEF1/CVF como para FEF 25-75% pelos diversos previstos, porém, a sensibilidade é variável. A S do VEF1/CVF variou entre 37 e 84% e do FEF 25-75% entre 27 a 81%. As equações de Hbr, Hm, Q e K têm baixa sensibilidade, enquanto as demais tem boa sensibilidade em detectar obstrução ao fluxo aéreo, sendo a P06 a mais sensível. A relação FEF 25-75%/CVF teve sensibilidade menor que o FEF 25-75% de acordo com o previsto atual.

PO649 BRONCOSCÓPIA NA TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA

Rabahi MF, Rassi AB, Caetano LVN, Barreto PG, Nobrega MDA, Pinto SA
Faculdade de Medicina, Goiânia, GO, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose endobronquica; Broncoscopia; Diagnóstico

Introdução: A tuberculose endobronquica (TBEB) isolada é apresentação infrequente da tuberculose (TB), porém pode ser relativamente comum na presença da tuberculose pulmonar. O seu diagnóstico é dificultado pela baixa suspeita clínica e conseqüente não realização de broncoscopia, o que impede a adoção de medidas profiláticas para a broncoestenose, seqüela temida da TBEB. Além disso, o diagnóstico diferencial com asma brônquica e neoplasias pulmonares é de grande importância nos casos em que a TBEB aparece de forma isolada. **Objetivos:** Descrever uma série de casos de TBEB, ressaltando os achados e a importância da broncoscopia para o diagnóstico e avaliação da extensão da doença. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo a partir dos laudos de broncoscopias realizadas no Hospital São Salvador de Goiânia, no intervalo de março de 2004 a março de 2006. Foram incluídos e avaliados todos os 13 casos de TBEB. **Resultados:** Do total, havia 7 (53,8%) do sexo feminino e 6 (46,2%) do sexo masculino, a faixa etária entre 21 e 74 anos. Os pacientes foram encaminhados para investigação de pneumopatia. A queixa de tosse estava presente em todos os casos. As pesquisas de BAAR no escarro foram negativas. Os achados broncoscópicos foram classificados em lesões: caseosas, hiperêmicas-edematosas, fibroestenóticas, tumorais, granulares, ulcerativas e bronquites inespecíficas. Quanto à localização das lesões à broncoscopia, foram encontradas lesões nas cordas vocais, traquéia,

brônquio principal esquerdo, brônquio principal direito, brônquio lobar superior esquerdo, brônquio lobar superior direito e brônquio lobar médio. Foi realizado estudo histopatológico das amostras de tecidos biopsiados durante as broncoscopias. As alterações mais frequentes foram: infiltrado inflamatório linfomononuclear, áreas de agregado nodular de células histiocitárias esboçando granuloma e espessamento fibroso. **Conclusão:** A importância do diagnóstico diferencial com outras patologias e do diagnóstico precoce da TBEB reside no risco potencial de estenose brônquica, que pode ocorrer na doença ativa por edema e infiltrado inflamatório, ou no processo de cura com morfologia fibrótica e irreversível. A broncoscopia é uma importante ferramenta para o diagnóstico precoce do envolvimento brônquico na TB e, conseqüentemente, é relevante para a introdução de terapia precoce. Além da antibioticoterapia, a utilização de corticóide pode estar indicada. Isto, devido a sua capacidade de reduzir a resposta inflamatória, diminuindo o risco de aparecimento de tecido fibroso e conseqüente broncoestenose. A corticoterapia é iniciada no primeiro mês de tratamento sendo retirada gradualmente, nos casos de broncoestenose dos segmentos brônquicos proximais. Sugerimos uma maior indicação de broncoscopia para os casos de tuberculose em que haja suspeição clínica de TBEB, a fim de prevenir seqüelas graves.

PO650 COMPARAÇÃO DE PREVISTOS ESTRANGEIROS E NACIONAIS APLICADOS A UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS NORMAIS

Oliveira Duarte AA¹, Pereira CAC²

1. Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil; 2. Hospital do Servidor Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Valores referência; Normais

Introdução: Diversas equações de previstos são disponíveis nos espirômetros no Brasil, mas nem todos disponibilizam equações derivadas para a população brasileira. Recentemente, novos valores previstos foram derivados no Brasil e diferem dos anteriormente descritos. **Objetivos:** Comparar diversas equações de previstos em uma amostra de indivíduos normais, tentando-se identificar se a(s) equação(ões) atualmente derivada e outras estrangeiras se ajustam aos dados de normais. **Métodos:** 144 indivíduos normais (F = 65, M = 79), não fumantes e sem doenças respiratórias (questionário ATS-DLD 78), foram submetidos à espirometria de acordo com os critérios sugeridos pela SBPT. Os valores encontrados para VEF1, CVF foram comparados por teste de t aos valores previstos de diversos autores: Crapo 81 (C81), Knudson 83 (K83), Pereira 92 (P92), Pereira 2006 (P06), Hankinson brancos 99 (Hbr99), Hankinson mexicanos 99 (Hm99) e ECCS 83. As médias das diferenças e sua variação (expressa pelo IC95%), bem como os limites inferiores foram avaliadas. **Resultados:** A partir da análise das diferenças (resíduos) entre os valores encontrados na amostra e os previstos dos autores, não houve diferença (d) estatística significativa em qualquer dos valores analisados, seguindo respectivamente a média e o IC95% com: C81: $\delta \Delta$ CVF(L): 0,02 (-0,10 a 0,14) e Δ VEF1(L): 0,00 (-0,10 a 0,10), $\delta \Delta$ CVF(L): 0,09 (-0,03 a 0,21) e Δ VEF1(L): 0,03 (-0,06 a 0,12); Hm99: $\delta \Delta$ CVF(L): 0,00 (-0,12 a 0,11) e Δ VEF1(L): 0,01 (-0,08 a 0,11), $\delta \Delta$ CVF(L): 0,09 (-0,03 a 0,21) e Δ CVF: 0,02 (-0,07 a 0,10); P06: $\delta \Delta$ CVF: -0,02 (0,14 a 0,10) e Δ VEF1: 0,04 (-0,14 a 0,06), $\delta \Delta$ CVF: 0,03 (-0,09 a 0,14) e Δ VEF1: 0,02 (-0,07 a 0,10). Nas demais equações houve diferença estatística significativa (p \leq 0,05). Os valores previstos e os limites inferiores pela equação brasileira 2006 foram regredidas contra os valores de Crapo e Hankinson mexicano. A média das diferenças encontradas em relação aos previstos e o 5^o/95^o respectivamente foram as seguintes: CVF C81: 0,05 (-0,15/0,22); CVF Hm99: 0,04 (-0,22/0,23); VEF1 C81: 0,03 (-0,12/0,23) e VEF1 Hm 99: 0,04 (-0,17/0,29). A média das diferenças encontradas em relação aos limites inferiores e o 5^o/95^o respectivamente foram: CVF C81: 0,18 (0,014/0,43); CVF Hm 99: 0,03 (-0,21/0,20); VEF1 C81: 0,08 (-0,07/0,26) e VEF1 Hm 99: 0,04 (-0,016/0,37). **Conclusão:** A equação proposta em 2006 tem excelente ajuste com as menores diferenças e menor IC95%. Seguem-se as equações de Crapo e Hankinson para mexicanos. As demais resultam em diferenças grandes. Quando comparadas às equações de Crapo e Hankinson para mexicanos com a brasileira atual, os limites inferiores podem diferir significativamente.

PO651 SEPARAÇÃO DE ASMA E DPOC PELA RESPOSTA BRONCODILADADA NA ESPIROMETRIA

Silvestri IC, Pereira CAC

IAMSPE/HSPE-SP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Broncodilatador; Asma; DPOC

Introdução: A magnitude da resposta a broncodilatador na espirometria é maior na asma em comparação ao DPOC. Contudo, o papel da espirometria nessa separação é controverso. **Objetivos:** Estabelecer pontos de corte para os parâmetros espirométricos para separar a asma do DPOC, definindo suas respectivas sensibilidade e especificidade. **Métodos:** Foram estudados 103 pacientes asmáticos, não fumantes, com idade acima de 40 anos e 108 pacientes portadores de DPOC, com idade acima de 40 anos e fumantes acima de 10 maços-ano. Os diagnósticos foram feitos por especialistas não envolvidos no estudo. Os testes preencheram os critérios sugeridos pela SBPT, e foram repetidos após administração de 400mcg de salbutamol spray. Os valores de referência utilizados foram os derivados para a população brasileira, 2006. **Resultados:** Os grupos de asma e DPOC foram semelhantes quanto à gravidade da limitação ao fluxo aéreo (VEF1 pré-bd de 51% em ambos os grupos). Os grupos diferiram quanto ao sexo (73% dos pacientes asmáticos foram do sexo feminino e 77% dos pacientes com DPOC foram do sexo masculino) e quanto à idade (asma = 59 ± 11 anos, DPOC = 66 ± 9 anos - p < 0,001). A variação absoluta de VEF1 mostrou-se inversamente proporcional à idade dos pacientes (coeficiente de correlação de Spearman = - 0,375; p < 0,001). A média de tabagismo entre os portadores de DPOC foi de 59 maços-ano (entre 15 a 234 maços-ano). A variação absoluta de VEF1 foi de 0,25L (-0,09 a 1,13) na asma e de 0,09L (-0,1 a 0,73) na DPOC, p < 0,001. A frequência das diversas respostas é mostrada na tabela em anexo. A variação

absoluta de VEF1 foi $\geq 0,2L$ em 56% dos pacientes asmáticos e 25% dos portadores de DPOC ($p < 0,001$). A variação absoluta de VEF1 foi $\geq 0,3L$ em 40% dos asmáticos e 8% dos portadores de DPOC ($p < 0,001$). A variação percentual de VEF1 em relação ao previsto foi $\geq 7\%$ em 63% dos asmáticos e 31% dos portadores de DPOC ($p < 0,001$). A variação percentual de VEF1 em relação ao previsto foi $\geq 10\%$ em 55% dos asmáticos e 9% dos portadores de DPOC ($p < 0,001$). Apenas 56% dos asmáticos e 18% dos portadores de DPOC tiveram uma variação absoluta de VEF1 $\geq 0,2L$ associada a uma variação percentual de VEF1 em relação ao basal $\geq 12\%$ ($p < 0,001$). A variação absoluta de CVF foi $\geq 0,2L$ em 59% dos asmáticos e 43% dos portadores de DPOC ($p = 0,016$). A variação absoluta de CVF foi $\geq 0,35L$ em 40% dos asmáticos e 24% dos portadores de DPOC ($p = 0,014$). A variação absoluta da relação VEF1/CVF foi $\geq 3\%$ em 55% dos asmáticos e 32% dos portadores de DPOC ($p = 0,001$).

VARIAÇÕES	ASMA	DPOC	p
Δ VEF1 $\geq 0,2L$	56%	25%	$< 0,001$
Δ VEF1 $\geq 0,3L$	40%	8%	$< 0,001$
Δ VEF1 $\geq 7\%$	63%	31%	$< 0,001$
Δ VEF1 $\geq 10\%$	55%	9%	$< 0,001$
Δ VEF1 $\geq 0,2L$ e $\geq 12\%$	56%	18%	$< 0,001$
Δ CVF $\geq 0,2L$	59%	43%	0,016
Δ CVF $\geq 0,35L$	40%	24%	0,014
Δ IT $\geq 3\%$	55%	32%	0,001

Conclusão: O estudo demonstra que em portadores de doença obstrutiva, a variação acima de 10% do VEF1 em relação ao previsto constitui o melhor parâmetro espirométrico para diferenciação de DPOC, tendo sensibilidade de 55% e especificidade de 91% para o diagnóstico de asma.

PO652 ESTUDO CAPNOGRÁFICO DURANTE TRATAMENTO DE UMA PACIENTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR CRÔNICA AGUDIZADA POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Araujo Guerra Grangeia T, Moreira MM, Schweller M, Paschoal IA, Terzi RGG, Ramos CD, Camargo EE, Macedo RF

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; Capnografia; Diagnóstico

Introdução: Um método fácil, de rápida execução, não-invasivo e que pode ser realizado à beira do leito tem sido proposto para diagnosticar tromboembolismo pulmonar (TEP). **Objetivos:** Demonstrar a utilização da capnografia volumétrica e de suas variáveis, como método não-invasivo e à beira do leito, visando auxiliar no diagnóstico diferencial de uma paciente com hipertensão pulmonar crônica agudizada por TEP. **Métodos:** Trata-se de uma paciente de 27 anos, portadora de esquistossomose, no 35º dia de puerpério, que apresentava dispnéia intensa, hipotensão, e ao ecocardiograma transtorácico apresentou uma PSAP estimada em 157mmHg. Teve diagnóstico de TEP por cintilografia pulmonar e tomografia computadorizada helicoidal (TCH). Ela foi avaliada pela capnografia volumétrica (CO2SMO PLUS DX 8100 Dixtal/Novamatrix) e gasometria arterial no 1º, no 35º (pré-alta) e, no 52º dia pós-internação. Foram utilizados os valores de corte da fração tardia do espaço morto (fDlate = PaCO2 - Pet(15%CVF)/CO2/PaCO2) e da fração do espaço morto alveolar end-tidal (AVDSf = PaCO2-PetCO2/PaCO2), conforme publicações. A paciente teve tratamento clínico intensivo, apresentando resposta moderada durante a internação. Teve alta no 36º dia, sendo reinternada no 52º dia por queixa de dor torácica. **Resultados:** O aumento do espaço morto alveolar no 1º dia de internação pode ser observado pelo aumento significativo da fDlate e da AVDSf. No 35º dia, com a melhora clínica houve melhora nas variáveis capnográficas, embora sem normalização das mesmas. No 52º dia a cintilografia pulmonar melhorou, acompanhada de melhora capnográfica, que pode ser vista pela normalização da fDlate e da quase normalização da AVDSf. **Conclusão:** Os valores da fDlate e da AVDSf apresentaram correlação com os achados dos exames por imagem. Os valores da capnografia volumétrica confirmam a validade deste método que, juntamente com outros métodos não-invasivos, pode ser capaz de diagnosticar e indicar o eventual tratamento.

PO653 CAPNOGRAFIA VOLUMÉTRICA PRÉ E PÓS EMBOLIOTOMIA CIRÚRGICA, E USO CONTÍNUO DE ANTICOAGULANTE ORAL

Schweller M, Moreira MM, Paschoal IA, Terzi RGG, Araujo Guerra Grangeia T, De Cerqueira EMFP, Macedo RF, Cortelazzi LC

UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Capnografia; Embolia pulmonar; Diagnóstico

Introdução: Métodos não-invasivos e à beira do leito são desejáveis na suspeita clínica de embolia pulmonar (EP). Logo, a capnografia volumétrica surge como ferramenta, associada ao d-dímero (DD), para afastar ou não a presença da doença. **Objetivos:** Associado ao DD, foi calculada uma medida a partir da capnografia volumétrica (fDlate) antes e após tratamento de EP em quatro pacientes submetidos a diferentes procedimentos terapêuticos, a fim de avaliar a eficácia do método em procedimentos terapêuticos diferentes. **Métodos:** Os quatro pacientes estavam em ventilação espontânea e tiveram o diagnóstico de EP confirmado por cintilografia pulmonar e/ou tomografia computadorizada helicoidal e/ou angiografia pulmonar. Os pacientes também foram avaliados pela capnografia volumétrica (CO2SMO PLUS DX 8100 Dixtal/Novamatrix) antes e após o tratamento. O paciente 1 foi submetido a emboliectomia cirúrgica. As pacientes 2 e 3 foram submetidas a trombolise química por estreptoquinase (STK), sendo que a paciente 2 fez exame por imagem após 48 horas e a 3, fez 7 meses após. O paciente 4 foi tratado com dicumarínico oral, tendo sido reavaliado oito meses após alta hospitalar. Foi realizada nova cintilografia pulmonar de controle nos quatro pacientes. O valor de corte (0,12) para a fDlate

[fDlate = PaCO2 - Pet(15%CVF)/CO2/PaCO2] foi o estabelecido por Eriksson et al. **Resultados:** Após o tratamento, houve redução significativa da fDlate, excetuando-se o Paciente 4. Embora os exames convencionais pós-tratamento não tivessem exibido normalização nas imagens (com exceção à paciente 3), nos pacientes 1 e 3 a fDlate se normalizou. Entretanto, nos pacientes 2 e 4, a capnografia volumétrica continuou alterada e correlacionada com estes exames. **Conclusão:** A fDlate correlacionou-se positivamente para EP antes do tratamento a com os exames por imagem. O uso de variáveis derivadas da capnografia volumétrica sugere a validade deste método que, juntamente com outros métodos não-invasivos, podem ser capazes de diagnosticar a EP e qualificar a efetividade do tratamento.

PO654 O PAPEL DO ÍNDICE FEF75/CVF NO DIAGNÓSTICO DA LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO

Fiterman J¹, Menna Barreto LW², Menna Barreto SS³, Fiterman J⁴, Pereira CAC⁵

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 4. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 5. Hospital Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: DPOC; Limitação ao fluxo aéreo; FEF75

Introdução: Em pacientes com obstrução inicial das vias aéreas, os fluxos instantâneos a baixos volumes pulmonares podem ser anormais mesmo quando a razão VEF1/CV ainda é mantida dentro dos limites previstos. **Objetivos:** Estudar o comportamento do fluxo aéreo a baixos volumes pulmonares, representados pelo FEF75 corrigido pela CVF (índice FEF75/CVF) no diagnóstico da limitação ao fluxo aéreo (LFA) em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, com análise dos testes de função pulmonar realizados na Unidade de Fisiologia Pulmonar do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre onde os testes são feitos seguindo os critérios recomendados pelas Diretrizes da SBPT. As curvas consideradas como inadequadas foram excluídas da análise. Os valores obtidos foram comparados entre os grupos e com valores previstos para a população segundo a tabela de referência de Crapo, com valores de limite inferior e superior do previsto e expressos em valores absolutos e percentagem do previsto. Os pacientes foram divididos em grupos, GOLD zero, GOLD 1, GOLD 2, GOLD 3 e GOLD 4. O índice FEF75/CVF de cada paciente foi calculado e as médias dos grupos foram comparadas com dados de pacientes normais em busca de diferenças e valores de corte para diagnóstico e da gravidade. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** A média de idade dos grupos foi semelhante. O índice FEF75/CVF dos pacientes masculinos normais foi significativamente maior do que dos outros grupos. O GOLD zero foi diferente do GOLD 2, 3 e 4. O GOLD 1 foi diferente do GOLD 3 e 4 ($p = 0,000$). Nas pacientes do sexo feminino não foi observada diferença entre os normais e GOLD zero. **Conclusão:** O índice FEF75/CVF pode ser usado para diagnóstico precoce de LFA em homens com suspeita de DPOC. Estudos com maior número de pacientes são necessários para avaliar o papel deste índice em mulheres.

PO655 DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE PARA ESPIROMETRIA: EQUAÇÕES PARA PREVISTOS NACIONAIS, INTERPRETAÇÃO E RELATÓRIO FINAL

Nacif SR¹, Sousa Rodrigues SC², Leite CEC³, Silva GC⁴, Silveira LA⁵, Pereira CAC⁶

1.5. IP&D - UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil; 2. HSPE-SP, São Paulo, SP, Brasil;

3.4. UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil; 6. HSPE-SP e UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Espirometria; Software; Interpretação

Introdução: A utilização de equações para cálculo dos valores previstos nacionais e os algoritmos de interpretação da espirometria da SBPT 2002 são importantes para a adequada avaliação do exame. A espirometria é subutilizada em nosso meio, talvez por causa de sua aparente complexidade. Um bom teste deve seguir as normas estabelecidas. Um software adequado, validado em um centro de referência, pode tornar a interpretação da espirometria mais simples. **Objetivos:** Desenvolvimento de um software de espirometria para cálculo dos valores previstos nacionais, infância, adolescência e adultos, de ambos os sexos e interpretação dos diversos distúrbios ventilatórios e impressão do relatório final, de acordo com as equações e algoritmos da SBPT 2002. **Métodos:** Foi utilizada a linguagem Microsoft Visual Basic 6, para o sistema operacional Windows, banco de dados Microsoft Access. Espirometrias externas foram simuladas, variando idade, estatura, peso e sexo. O software calculou os valores de CV(F), VEF1, VEF1/CVF, FEF25-75% e FEF25-75%/CV(F), segundo as equações para os previstos nacionais, e interpretou os valores obtidos de acordo com os algoritmos da SBPT 2002. Os dados foram introduzidos no software através da simulação de espirometrias externas, 20 exemplos de laudos, que consistiram de um caso de espirometria normal e os demais casos de distúrbios ventilatórios. Utilizamos como base um indivíduo adulto masculino com espirometria normal. A partir desse padrão, foram criados exemplos de laudos espirométricos anormais. Os dados foram introduzidos no software, seguindo os diversos algoritmos de interpretação da Espirometria - SBPT 2002, que obteve 20 relatórios finais, impressos como resultados. Os distúrbios foram classificados em leve, moderado ou acentuado. A variação ou resposta de fluxo e volume também foi avaliada. O software permite visualização do algoritmo de interpretação, de acordo com cada distúrbio encontrado, interagindo com o laudo médico final. **Resultados:** O software foi capaz de calcular os valores previstos nacionais nas diversas faixas etárias e em ambos os sexos e conseguiu interpretar os vinte laudos simulados, de acordo com os algoritmos de interpretação da espirometria da SBPT 2002. A variação ou resposta de fluxo e volume após broncodilatador também foi avaliada. Os relatórios finais ou laudos foram impressos como resultados. **Conclusão:** Um software de espirometria foi desenvolvido, apresentando perfeita acurácia para cálculo dos valores previstos para a população brasileira e adequada interpretação dos valores obtidos na espirometria. Embora alguns algoritmos possam ser controversos e alterados por novos estudos, o software permite atualização e desenvolvimento.

PO656 DIAGNÓSTICO TARDIO DE CORPO ESTRANHO EM VIA AÉREA DE CRIANÇA

Lobo Nagy AL, Figueiredo VR, Abe NS, Minamoto H, Rodrigues AJ, Antunes CM, Ferreira AL, Scordamaglio PR

Serviço de Broncoscopia HC FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Corpo estranho; Criança; Via aérea

Introdução: Corpo estranho em via aérea é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças. Complicações tardias incluem atelectasia, bronquiectasia, abscesso pulmonar. Tosse crônica e sibilos podem simular asma. **Objetivos:** Apresentamos 2 casos de aspiração de corpo estranho em criança nos quais o diagnóstico foi tardio. **Métodos:** Caso 1: menino, 2 anos, engasgou com mortadela há 6 meses; no dia imediato apareceram febre e tosse, tendo sido tratado como portador de pneumonia. Não apresentou melhora após antibioticoterapia. A radiografia e TC do tórax demonstraram opacidade alveolar extensa à direita. Broncoscopia: lesão friável, ocluindo toda a luz do brônquio fonte D, semelhante a tumor endobrônquico, não sendo possível realizar biópsia. Quatro meses após o evento inicial, o paciente foi atendido em nosso Serviço, onde foi realizada broncoscopia rígida, observando-se lesão arredondada, superfície irregular, com áreas friáveis, ocluindo totalmente a luz do brônquio fonte direito na sua origem. Foi retirado material de consistência amolecida, de coloração vinhosa, sem fragmentação e aspirado moderada quantidade de secreção purulenta. À revisão, foi visto brônquio fonte e lobares com sinais inflamatório. A microscopia revelou material não biológico, birefringente, poligonal e permeado por colônias bacterianas. Caso 2: menino, 8 anos, sem antecedentes pneumológicos, apresentava tosse e falta de ar há 3 meses. Radiografia de tórax revelou atelectasia do lobo inferior esquerdo. Foi tratado com antibióticos, sem melhora. Após 3 meses, foi atendido em nosso Serviço, onde foi realizada broncoscopia, que revelou secreção purulenta ocluindo parcialmente o brônquio fonte esquerdo. Após aspiração, foi visto corpo estranho, de consistência elástica e branca, ocluindo o brônquio lobar inferior, sendo removido. A mãe, interrogada especificamente, relatou que a criança tinha o costume de dormir mascarando chiclete. **Resultados:** O diagnóstico de aspiração de corpo de estranho em crianças é frequentemente tardio, tendo sido relatados atrasos maiores que 3 dias em 30% e mais que 30 dias em 19%. Ausência de sintomas e anormalidades radiológicas retardam o diagnóstico em muitos casos, podendo simular outras pneumopatias. Manifestações iniciais frequentes são tosse súbita e sufocamento. O quadro clínico dependerá do tipo, localização, tamanho do corpo estranho, duração e grau de obstrução. O sintoma tardio mais frequente é a tosse e ao exame físico pode haver diminuição ou ausência do murmúrio vesicular e sibilos localizados. O valor da radiografia de tórax no diagnóstico de aspiração de corpo estranho é controverso, podendo ser normal entre 3 a 49,7%. **Conclusão:** Aspiração de corpo estranho deve ser pesquisada em crianças com doença pulmonar de semanas ou meses e mesmo que não haja história precisa de aspiração. Alterações radiológicas torácicas e no exame físico podem ser úteis para orientar a pesquisa, mas ausência de anormalidades radiológicas não afasta a suspeita.

PO657 ASMA E DPOC: VALOR DISCRIMINATIVO DO ESCARRO INDUZIDO

Kleveston T, Jaques Steidle LJ, Moritz P, Perraro MC, Stahelin L, Ferreira S, Pizzichini E, Pizzichini MM

UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Asma; DPOC; Escarro induzido

Introdução: A inflamação das vias aéreas (bronquite) é reconhecida como a causa principal das manifestações clínicas e fisiológicas da asma e da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Existem poucos estudos descrevendo a celularidade do escarro induzido (EI) nestes pacientes em nosso meio. **Objetivos:** Analisar a celularidade do EI de pacientes portadores de asma ou de DPOC. **Métodos:** Neste estudo transversal incluímos 39 participantes. Quatorze asmáticos e 9 pacientes com DPOC sem tratamento antiinflamatório foram comparados com 16 indivíduos hígidos. Todos participantes responderam a um questionário sobre suas características clínicas, realizaram espirometria pré e pós inalação de salbutamol 200mcg através de aerocâmara, teste cutâneo para 16 alérgenos respiratórios comuns e indução do escarro para exame citológico. Além disso, os participantes saudáveis realizaram teste de broncoprovocação com metacolina. O EI foi obtido e processado de acordo Pizzichini et al¹. **Resultados:** Os resultados estão apresentados nas tabelas abaixo. Características clínicas e fisiológicas (percentual ou média e desvio padrão) n Homens, % Idade, anos Atopia, % Asmáticos 14 22.2 33.1 (12.9) 92.9 DPOC 9 77.8 61.6 (8.3) 66.7 Hígidos 16 50.0 32.0 (12.1) 31.0 VEF1 %* VEF1/CVF* REVERSIB. BD, L Asmáticos 77.2 (18.0) 77.2 (18.0) 68.2 (11.6) DPOC 41.1 (12.4) 41.2 (12.4) 43.0 (13.6) Hígidos 95.4 (12.5) 95.4 (12.5) 86.2 (5.0) Características clínicas e fisiológicas (mediana e intervalo do interquartil) Viabilidade, % CCT x 106/g Neutr. % Eos, % Asmáticos 77.5 (24.7) 3.0 (3.6) 8.0 (28.0) 5.5 (19.0) DPOC 90.2 (5.7) 8.5 (4.6) 58.5 (27.0) 2.0 (3.7) Hígidos 78.0 (14.9) 3.6 (3.3) 22.5 (24.7) 0 (0.4) Macr. % Linf. % Asmáticos 58.5 (29.4) 2.5 (5.1) DPOC 35.0 (27.0) 2.5 (2.5) Hígidos 66.5 (29.1) 2.2 (2.6) * valor pré-broncodilatador VEF1 = volume expiratório forçado no 1º segundo, CVF = Capacidade vital forçada, REVERS. BD = resposta broncodilatadora. CCT = contagem celular total, Neutr = neutrófilo, eos = eosinófilo, macr = macrófago, linf = linfócito. **Conclusão:** Os resultados deste estudo confirmam que o EI tem valor discriminativo nas bronquites presentes em pacientes com asma (bronquite eosinofílica) ou DPOC (bronquite neutrofílica). 1. Pizzichini E, Pizzichini MM, Efthimiadis A, Evans S, Morris MM, Squillace D, et al. Indices of airway inflammation in induced sputum: reproducibility and validity of cell and fluid-phase measurements. Am J Respir Crit Care Med. 1996;154(2 Pt 1):308-17.

PO658 TRAQUEBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA: DIAGNÓSTICO VIA BRONCOFIBROSCOPIA

Kissmann G, Martins RC, Addor G, Nigri DH, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica; Broncoscopia; Diagnóstico

Introdução: Traqueobroncopatia Osteocondroplástica é uma doença benigna, de etiologia desconhecida, caracterizada pelo depósito de tecido osteo-cartilaginosa na região submu-

cosa do trato respiratório inferior, resultando na redução da luz das vias aéreas. **Objetivos:** Apresentação de dois casos de Traqueobroncopatia Osteocondroplástica e revisão da literatura. **Métodos:** 1) Masculino, 78A, com queixa de tosse crônica, não produtiva. Durante a investigação diagnóstica realizou TC de tórax, sendo evidenciado nódulo traqueal que se projetava para a luz, sem obstrução. Submetido a broncoscopia, visualizados diversos nódulos endurecidos, submucosos, junto aos anéis cartilagosos, mucosa íntegra. 2) Feminino, 79A, durante investigação de infiltrado pulmonar, lavado broncoalveolar evidenciou adenocarcinoma. A broncoscopia foram identificados diversos nódulos endurecidos, submucosos, sobrepostos aos anéis cartilagosos. **Resultados:** A Traqueobroncopatia Osteocondroplástica é uma doença benigna, de etiologia desconhecida, caracterizada por múltiplos nódulos cartilagosos ou ósseos, submucosos que se projetam na luz traqueobronquial. Costuma poupar a parede membranosa das vias aéreas. Podem haver tosse crônica e chiado, por vezes levando ao diagnóstico equivocado de asma. Pode cursar com dispnéia, hemoptise e infecções respiratórias de repetição. Não guarda relação com tabagismo, nem alterações sistêmicas. É mais comum em homens e o diagnóstico ocorre entre a 4ª e 6ª décadas de vida. Seu diagnóstico pode ser sugerido por imagens radiológicas (nódulos cartilagosos calcificados, atelectasias, consolidações, bronquiectasias e estreitamento traqueal), sendo a visualização direta, via broncoscopia, diagnóstica, em geral prescindindo de biópsia. São vistos múltiplos nódulos isolados ou confluentes, ósseos e cartilagosos, que medem de 1 a 6mm de diâmetro. Provas de função pulmonar demonstram padrão obstrutivo em pacientes moderadamente sintomáticos. Biópsias são de difícil realização dado a dureza das lesões. Histologicamente há proliferação anormal de tecido ósseo e cartilaginosa, dentro da submucosa traqueal. Não há tratamento específico, podendo ser utilizados de broncodilatadores até dilatação broncoscópica. **Conclusão:** Traqueobroncopatia Osteocondroplástica é uma doença benigna, de etiologia desconhecida caracterizada pelo depósito de tecido osteo-cartilaginosa na região submucosa do trato respiratório inferior, passível de diagnóstico pela visualização direta via broncofibroscopia.

PO659 LESÕES TRAQUEAIS ASSOCIADAS A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Kissmann G, Martins RC, Addor G, Nigri DH, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Lesão traqueal; Enfisema subcutâneo; Intubação

Introdução: A presença de enfisema mediastinal ou subcutâneo pós-intubação deve levar à hipótese de lesão traqueal. A visualização direta por broncoscopia é essencial à confirmação do diagnóstico e avaliação da extensão da lesão. **Objetivos:** Apresentação de quatro casos de lesão traqueal e revisão da literatura. **Métodos:** A) Feminino, 71A, enfisema subcutâneo 24 horas pós-extubação de cirurgia ortopédica em coluna cervical. TC tórax: enfisema subcutâneo extenso e provável laceração traqueal. Broncoscopia: laceração linear 3,5cm na parede posterior. Tratamento conservador. B) Masculino, 22A, politraumatismo e afogamento dado acidente automobilístico. Intubação orotraqueal difícil. Enfisema subcutâneo após ventilação mecânica. Broncoscopia: laceração longitudinal de 3cm. Realizados drenagem torácica, redução da PEEP e antibiótico. Tratamento conservador. C) Feminino, 62A, no pós-operatório imediato de colestectomia teve episódio de tosse, levando a enfisema subcutâneo. TC tórax: enfisema mediastinal extenso e provável lesão traqueal. Broncoscopia: laceração longitudinal de 4cm e flap mucoso. Tratamento conservador. D) Feminino, 91A, Alzheimer avançado, intubação orotraqueal difícil após endoscopia digestiva alta. Seguiu-se grande enfisema mediastinal e pneumomediastino. Broncoscopia: laceração da parede membranosa, extensão de mais de 7 anéis cartilagosos, exposição de estruturas mediastinais. Preservação apenas de 2cm da parede membranosa junto à carina e cordas vocais. Devido prognóstico reservado, conduta clínica. Após 10 dias, revisão broncoscópica: pseudodivertículo gigante da traquéia, recoberto com tecido fibroso. Óbito 3 semanas após, por diáscrasia sanguínea e insuficiência renal aguda. **Resultados:** Lesões severas de traquéia costumam ocorrer longitudinalmente, na parede membranosa ou em sua junção com os anéis cartilagosos. Causadas por pressão excessiva de cuff e uso inadequado de guias para intubação, em intubações de difícil execução. Em geral ocorrem em: mulheres, baixa estatura, mais de 60 anos, no terço distal da traquéia. Pressão de cuff acima de 25mmHg pode levar a necrose ou rompimento tecidual em intubações prolongadas. Deve-se pesquisar lesões traqueais em casos de enfisema subcutâneo após intubação. A visualização direta via broncoscopia é essencial à confirmação diagnóstica e avaliação da extensão da lesão. A conduta nem sempre é cirúrgica, devendo ser observados: estabilidade dos sinais vitais; ausência de dificuldade na ventilação sob intubação ou alterações respiratórias pós-extubação; ausência de lesões esofágicas evidentes; mínima coleção líquida no mediastino; pneumomediastino ou enfisema subcutâneo não progressivos; ausência de sepse. **Conclusão:** Lesão traqueal associada à intubação de vias aéreas superiores deve ser pesquisada quando há enfisema mediastinal ou subcutâneo. Para confirmação do diagnóstico e avaliação da lesão, a visualização direta por broncoscopia é essencial, podendo junto com critérios clínicos definir a conduta.

PO660 AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES INDUZIDAS PELO LAVADO BRONCOALVEOLAR SOBRE O TRANSPORTE DE OXIGÊNIO E GÁS CARBÔNICO

Westphal FL¹, De Lima LC², Neto JC³, Menezes AQ⁴, Fonseca MS⁵, Gomes R⁶, Filho SQ⁷, Muerza AC⁸

1,3,4,5,6,8. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 2. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; 7. Universidade do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Broncoscopia; Diagnóstico; Lavado broncoalveolar

Introdução: O lavado broncoalveolar (LBA) é um método diagnóstico invasivo realizado nos pulmões através da broncoscopia e consiste na injeção de aliquotas de soro fisiológico nos segmentos brônquicos. Desta forma, possíveis modificações na relação ventilação-perfusão podem estar presentes. **Objetivos:** Avaliação das alterações induzidas pelo lavado broncoalveolar sobre o transporte de oxigênio e gás carbônico através da análise dos dados da gasometria arterial. **Métodos:** Estudo prospectivo no período de dezembro de 2004 a no-

vembro de 2005. Foram estudados 28 pacientes, a partir de 18 anos de idade, triados pelo ambulatório Araújo Lima, com indicação de broncoscopia com lavado broncoalveolar. Cada paciente submetido ao exame realizou 7 gasometrias arteriais: antes do exame (1), após pré-oxigenação com máscara facial (2) e após o início do lavado com intervalo de um minuto com oxigênio por cateter nasal (3 a 7). A suplementação de oxigênio realizou-se da seguinte forma: (1) Pré-oxigenação nos pacientes por 5 minutos com máscara facial em circuito circular com absorção de CO₂, em FiO₂ de 1,0. (2) Após a pré-oxigenação a manutenção será feita com O₂ nasal a 4,0L/min, até o final do exame. O volume total de líquido utilizado no lavado foi de 120ml de soro fisiológico. **Resultados:** Participaram do estudo 28 pacientes com média de idade de 51,4 anos. 69% do sexo masculino (n = 20) e 31% do sexo feminino (n = 8). A indicação mais freqüente para a realização do lavado foi infiltrado pulmonar em 12 pacientes (42,85%). A média da pressão arterial de oxigênio (PaO₂) foi 84mmHg no tempo 1, aumentando para 129mmHg no tempo 2 e entre 82 e 86mmHg nos demais tempos, não havendo queda progressiva. A média da pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂) foi 38mmHg no tempo 1, diminuindo para 37mmHg no tempo 2 e entre 44 e 45mmHg nos demais tempos, não havendo aumento progressivo. A avaliação das médias das gasometrias arteriais não demonstrou alterações significativas dos gases sanguíneos, PaO₂ menor que 60mmHg e PaCO₂ maior que 45mmHg. **Conclusão:** Deste modo, considera-se o lavado broncoalveolar um método diagnóstico seguro quanto a relação ventilação-perfusão desde que haja adequada suplementação de oxigênio.

PO661 O CONTRIBUIÇÃO DO FEF50 NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS

Rodrigues MT¹, Menna Barreto SS², Fiterman J³
1, 3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Distúrbio ventilatório obstrutivo; Curva fluxo-volume; Distúrbio ventilatório restritivo

Introdução: Os TFP são interpretados levando-se em conta o propósito da solicitação. Quando realizados em pacientes com doença conhecida, deveria ser possível responder questões específicas de quem fez a solicitação. Na maior parte das vezes, a espirometria simples fornece informações suficientes para o diagnóstico dos distúrbios ventilatórios. Entretanto, a diferenciação desses distúrbios apenas pela abordagem convencional pode não ser possível em alguns casos, e recursos mais sofisticados são necessários, não sendo sempre disponíveis. **Objetivos:** a) avaliar a contribuição de um novo coeficiente, o CEF50 (FEF50/0,5CVF), medido através da curva fluxo-volume, no diagnóstico dos distúrbios ventilatórios; b) testar o CEF50 na diferenciação dos grupos Normais, DVO, DVR; c) estabelecer pontos de corte para cada um dos diagnósticos funcionais e valores de probabilidade para cada diagnóstico a partir de valores individuais. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, com análise de testes de função pulmonar realizados no HCPA no período de janeiro a dezembro de 2003. Foram coletados dados demográficos e analisados CVF, VEF1, VEF1/CVF, VEF1/CV, CV, VR, CPT, FEF50, FEF75 e DCO. Os pacientes foram divididos conforme o diagnóstico funcional em Normais, DVO e DVR. Foi calculado o CEF50 (FEF50/0,5CVF) nos grupos e as médias foram comparadas. Para correlacionar o CEF50 com o CEF1, utilizou-se a correlação de Pearson. Os pacientes foram, então, redivididos em obstrutivos (Dobst) e não-obstrutivos (dnobst) e foram calculadas as razões de verossimilhança (RV) para diferentes pontos de corte. **Resultados:** Foram estudados 621 pacientes com idade média de 55,8 ± 14,7 anos. O CEF50 foi diferente nos grupos Normal (2,10 ± 0,82), DVR (2,55 ± 1,47) e DVO (0,56 ± 0,29) (p < 0,001). O CEF50 mostrou uma correlação positiva com o CEF1 nos pacientes obstrutivos (r = 0,83). O cálculo das RV mostrou que valores abaixo de 0,79 mostraram-se fortes indicadores de DVO e valores acima de 1,33 praticamente afastam esse diagnóstico. **Conclusão:** O CEF50 (FEF50/0,5CVF) é um parâmetro útil no diagnóstico diferencial dos distúrbios ventilatórios, correlacionando-se positivamente com o CEF1.

PO662 CORRELAÇÃO DOS ACHADOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO DO TÓRAX COM TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA NO ESTADO DA BAHIA

Neves CA¹, Lemos ACM², Carneiro ACC³, Santana MA⁴
1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; 3, 4. Hospital Otávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Tomografia; Função pulmonar

Introdução: A doença pulmonar é a principal causa de morbidade da Fibrose Cística (FC). A gravidade do comprometimento pulmonar é avaliada através da clínica, função pulmonar e exames de imagem, notadamente pela radiografia convencional e tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR). A superioridade da TCAR sobre os demais métodos já foi sugerida em muitos trabalhos, contudo a maioria deles realizados em caucasianos, onde a FC é considerada a doença hereditária que mais comumente limita a expectativa de vida na população branca. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo, avaliar pacientes com FC numa população miscigenada, de maioria não-branca, correlacionando os achados tomográficos com testes de função pulmonar. **Métodos:** Foram estudados 35 pacientes (26H; 9M; idade = 11,34 ± 5,60 anos), sendo 26 não-brancos (74,3%), com diagnóstico de FC, acompanhados no Centro de referência em FC do Estado da Bahia cediado No Hospital Otávio Mangabeira, no período de 20 de Novembro de 2003 a 25 de Novembro de 2005. Exames realizados: TCAR e Espirometria. Excluídos do trabalho aqueles com instabilidade clínica na ocasião do estudo. Os exames de TCAR foram avaliados por 02 radiologistas que classificaram os achados (Bronquiectasias, espessamento peribrônquico, impações mucóides, perfusão em mosaico e colapso/consolidação) em subescores cuja somatória corresponderia a um escore total de gravidade para tomografia. Esses escores e subescores foram relacionados com o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro minuto), CVF (capacidade vital forçada) e FEF25-75% (fluxo expiratório médio forçado entre 25 e 75% da capaci-

dade vital forçada). **Resultados:** O escore de gravidade total para tomografia apresentou boas correlações com o VEF1 (r = 0,781; p = 0,001) e com o FEF25-75% (r = 0,698; p = 0,001), e moderada com a CVF (r = 0,511; p = 0,002). Todos os aspectos avaliados à TCAR (subescores), mostraram, isoladamente, correlações moderadas e boas, significativas, com o escore de gravidade total para tomografia. Bronquiectasias (r = -0,706; p = 0,001), impações mucóides (r = -0,721; p = 0,001), perfusão em mosaico (r = -736; p = 0,001) e colapso/consolidação (r = -0,624; p = 0,001) relacionaram-se bem com o VEF1. Já as impações mucóides (r = -0,619; p = 0,001) e bronquiectasias (r = -0,618; p = 0,001) mostram uma boa relação com o FEF25-75%. Nenhum parâmetro isolado mostrou boas correlações com a CVF. **Conclusão:** Este trabalho demonstrou que o escore de gravidade para TCAR se relaciona bem com os testes de função pulmonar, como já descrito na literatura. Contudo observou-se, na nossa população, que alguns aspectos específicos à TCAR se correlacionam bem com o VEF1 (Bronquiectasias, impações mucóides e perfusão em mosaico) e com o FEF25-75% (Bronquiectasias e impações mucóides). Entretanto, a despeito destes achados, a TCAR ainda é o melhor método para acompanhamento destes pacientes.

PO663 AMILOIDOSE TRAQUEAL: RELATO DE CASO

Aneli ED¹, Aguiar FM², Caymmi AL³, Montal GC⁴

1, 4. UFBA, Salvador, BA, Brasil; 2. Hospital São Rafael, Salvador, BA, Brasil; 3. Hospital São Rafael, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Amiloidose; Traquéia; Estenose

Introdução: Amiloidose é um termo que engloba um largo grupo de doenças que apresentam em comum depósito anormal de proteína extracelular fibrilar. O acometimento respiratório é incomum, quando presente envolve principalmente a laringe, em pregas vestibulares. **Objetivos:** Relatar um caso de amiloidose levando a estenose traqueal importante, que motivou uma traqueostomia de urgência. **Métodos:** Relato de caso a partir da revisão de prontuário médico. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, de 47 anos de idade, cursando há 2 anos com odinofagia, dispnéia progressiva aos esforços e perda ponderal. Evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando ser traqueostomizada em caráter de urgência. Realizada broncoscopia que evidenciou estenose subglótica de 98%, onde o material biopsiado foi compatível com amiloidose. **Conclusão:** A amiloidose traqueal é condição de extrema raridade, porém devendo constar no diagnóstico diferencial das estenoses de traquéia. A broncoscopia se mostra preponderante na abordagem diagnóstica desta patologia.

PO664 ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS EM FUMANTES INGRESSANTES EM PROGRAMAS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Coelho LS, Pagliaci BE, Rampinelli EA, Tanni SE, Godoy I

Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Radiografia de tórax; Neoplasia pulmonar; Tabagismo

Introdução: O tabagismo é o principal fator de risco para neoplasia pulmonar e o diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento da doença. O radiograma de tórax é ferramenta importante para a investigação diagnóstica inicial e deve ser realizado em pacientes tabagistas e sintomáticos respiratórios que procuram serviços de saúde. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar as alterações radiológicas dos pacientes ingressantes no programa de cessação de tabagismo. **Métodos:** No programa de cessação de tabagismo da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp o radiograma de tórax faz parte da rotina de avaliação inicial dos pacientes. Foram avaliados 197 tabagistas com idade média de 49,3 ± 12,2 anos; 67% eram do gênero feminino. **Resultados:** Os exames radiológicos foram avaliados e em 68% dos casos foram considerados normais. Trinta e três fumantes (17%) apresentavam sinais de hiperinsuflação pulmonar e em 25 (15%) as alterações indicaram a necessidade de investigação complementar que inclui a tomografia computadorizada de tórax. Os resultados das tomografias foram normais ou compatíveis com alterações benignas sem necessidade de investigação adicional em 23 casos. Um caso foi caracterizado como "nódulo indeterminado" e continua em acompanhamento tomográfico trimestral, em outro caso foi feito diagnóstico de neoplasia pulmonar (oat cell com metástase intratorácica) e atualmente o paciente está em tratamento com radio e quimioterapia. Em um caso o diagnóstico final foi de tuberculose pulmonar em atividade. **Conclusão:** A avaliação radiológica é importante nos ingressantes em programas de cessação do tabagismo e permite o diagnóstico de doenças pulmonares associadas ou não à dependência.

PO665 A BRONCSCOPIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS

Silva e Alves CM

Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Broncoscopia; Estenose subglótica; Obstrução laringotraqueal

Introdução: A endoscopia respiratória (ER) na criança é um exame importante para se estabelecer diagnóstico e, algumas vezes, tratamento de várias doenças da via aérea. Mesmo com os avanços dos métodos diagnósticos, o diagnóstico preciso de qualquer anormalidade da via aérea ainda necessita observação direta da anatomia e da dinâmica da via respiratória. **Objetivos:** Nesta revisão, estudei as crianças que foram submetidas a endoscopia respiratória e que estavam internadas em unidades de cuidados intensivos ou intermediários ou tinham passado por internação nestas unidades. **Métodos:** Foram incluídas crianças de 0 a 8 anos no período de janeiro de 2004 a março de 2006. O estudo foi a conclusão histórica dos dados arquivados ao longo do tempo. Todos os exames foram realizados pela autora, com aparelho rígido e sob anestesia geral. As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, história de intubação prévia, indicação, diagnóstico endoscópico, procedimento realizado e complicações do exame. **Resultados:** Foram realizados 151 exames em 90 crianças. Noventa para diagnóstico e 41 para diagnóstico e tratamento. A maioria dos pacientes foi submetida a um exame. O restante tinha alterações obstrutivas que motivaram nova intervenção para dilatação ou controle para alta. A indicação mais freqüente foi a suspeita de obstrução laringotraqueal. Das 90 crianças submetidas a ER, quarenta e uma tinham obstrução da via aérea e dessas, mais de 90% tinham relato de intubação. Os 4 casos

restantes eram: hemangioma subglótica, estenose traqueobrônquica congênita, membrana glótica e cisto subglótico. Dos 41 casos de estenose laringotraqueal, dezesseis foram tratados pela broncoscopia sem a realização de traqueostomia e 14 já chegaram traqueostomizados. Não ocorreram complicações fatais. Em um exame houve necessidade de intubação traqueal. Discussão: A endoscopia respiratória em crianças pode ser realizada com endoscópio rígido ou flexível. O aparelho rígido permite maior visibilidade e melhor controle sobre a via aérea, sendo usado preferencialmente em procedimentos que necessitem instrumentação. As suas desvantagens são a necessidade de anestesia geral e o traumatismo provocado pelo aparelho, sobretudo na região subglótica. A suspeita de obstrução foi a indicação mais freqüente com sinais clínicos: estridor e falência de extubação. Houve predominância das lesões localizadas na subglote em relação às traqueais. Quando foi realizado o estudo das seqüelas da intubação em relação a fatores de risco, observei que nem o número de intubações ou o tempo de intubação ou o tamanho do tubo utilizado estiveram associados significativamente com complicação pós-intubação. **Conclusão:** A broncoscopia é um procedimento seguro para ser realizado em crianças e permite avaliar e tratar alterações laringo-tráqueo-brônquicas, às vezes dispensando a realização de traqueostomia. Ela é uma aliada no suporte às unidades de terapia intensiva.

PO666 O RENDIMENTO DA BIÓPSIA TRANBRÔNQUICA 'ÀS CEGAS' EM CASOS DE MASSA OU NÓDULO PULMONAR

Silva e Alves CM¹, Vilhena AF², Rodrigues LB³, Brito BBA⁴, Pimenta AB⁵, Amaral NF⁶

1. Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil; 2,3,4,5. Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil; 6. Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Palavras-chave: Biópsia transbrônquica; Broncoscopia; Fibrobroncoscopia

Introdução: A literatura preconiza que, em casos de lesão pulmonar cuja broncoscopia não mostre alteração, seja realizada biópsia transbrônquica guiada por fluoroscopia ou biópsia percutânea. Porém, esses são recursos nem sempre disponíveis. Na nossa observação, o médico que executa o exame deve se empenhar em realizar a biópsia transbrônquica, a despeito da ausência da radioscopia, principalmente em casos de massa ou nódulos múltiplos. **Objetivos:** Análise dos casos submetidos a broncoscopia com biópsia transbrônquica no Serviço nos quais a indicação do exame foi propedêutica de nódulo ou massa pulmonar e os achados endoscópicos foram normais. **Materiais e métodos:** Revisamos os arquivos do Serviço, os prontuários e fizemos contato telefônico com os pacientes. Catalogamos dados como: indicação, achados endoscópicos, procedimentos realizados e seus resultados, tempo de seguimento e evolução da lesão. O período incluído foi de janeiro de 2002 a dezembro de 2005. Em um total de 2876 fibrobroncoscopias, foram 117 exames com as características acima em 110 pacientes. Correlacionamos o resultado da biópsia à experiência do executor, ao tamanho da lesão e ao diagnóstico final do caso. Destacamos que a orientação para a biópsia foi apenas a radiografia simples ou tomografia computadorizada do tórax. Nenhum outro método foi utilizado para guiá-la. **Resultados:** Como resultado tivemos que o diagnóstico histopatológico específico foi possível em 27,3% e, excluídos os casos cujas lesões regrediram espontaneamente, subiu para 31,9% na dependência da experiência do executor da broncoscopia. A biópsia foi realizada, em sua maioria, nos casos de massas e foi mais esclarecedora nesses casos em comparação aos nódulos. O diagnóstico mais freqüente foi o adenocarcinoma. Do total de casos cujas biópsias foram inconclusivas, em 23 a lesão regrediu, em 3 a lesão permaneceu estável por mais de dois anos e 29 tiveram o diagnóstico de neoplasia em outros métodos propedêuticos. A média de idade foi 62 anos. **Conclusão:** Apesar da ausência de lesão identificável à broncoscopia flexível, o médico que executa o exame deve se empenhar em realizar a biópsia transbrônquica, a despeito da ausência da radioscopia, principalmente em casos de massa. No nosso Serviço, esta tática permitiu a conclusão diagnóstica em cerca de 30%, colaborando de forma decisiva para o desfecho do caso.

PO667 CELULARIDADE DO ESCARRO INDUZIDO: UTILIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

Moritz P, Felisbino MB, Jaques Steidle LJ, Nazário NO, Zimmerman C, Stahelin L, Pizzichini MMM, Pizzichini E

NUPAIVA - Hospital Universitário - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Inflamação das vias aéreas; Escarro induzido; Asma

Introdução: Além de um importante instrumento de pesquisa, a celularidade do escarro induzido (EI) vem sendo utilizada de forma crescente na prática clínica para o diagnóstico e monitoramento de doenças inflamatórias das vias aéreas. **Objetivos:** Avaliar as indicações, resultados e conduta terapêutica relacionadas à utilização do método na prática clínica de um serviço terciário de pneumologia. **Métodos:** Análise descritiva transversal de 55 amostras de EI em 52 pacientes consecutivos (34% homens), entre maio e julho de 2006. As indicações e a conduta em relação ao resultado foram analisadas através de questionário preenchido pelo médico que solicitou o EI. Este foi obtido e processado de acordo com Pizzichini et al.1 Os resultados estão apresentados como média e desvio padrão (DP). **Resultados:** A idade média dos participantes foi 47 (18) anos com um volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) de 73 (27%) do valor previsto. O tempo de indução foi de 12 (5) minutos e a queda do VEF1 pós indução de 7.0 (8.0)%. As principais indicações do exame foram titulação da dose do corticóide inalatório na asma (54,5%), investigação de tosse crônica (32,7%) e monitoração da inflamação em DPOC/bronquiectasias (9,1%). Observou-se bronquite eosinofílica (eosinófilos > 3%) sem asma em 4 (22%) dos 18 pacientes que realizaram o exame para investigação de tosse crônica. Dos 30 pacientes com asma, 17 (57%) apresentaram bronquite eosinofílica e 1 bronquite neutrofílica. Bronquite neutrofílica com provável infecção foi diagnosticada em 1 paciente com tosse crônica e 1 com bronquiectasias. O exame orientou na modificação da dose do corticóide inalatório em 18 (60%) pacientes com asma, assim como antibióticoterapia em 4 (7%) do total de pacientes. Dos 18 pacientes com tosse crônica, 13 (72%) apresentaram celularidade normal no EI. **Conclusão:** A celularidade do EI demonstrou ser útil nas decisões terapêuticas da prática clínica diária, com especial impacto no que se refere à titulação da dose ideal do corticóide inalatório na asma e no diagnóstico da bronquite eosinofílica sem asma.

PO668 INDUÇÃO DE ESCARRO EM ADULTOS JOVENS HÍGIDOS EM FLORIANÓPOLIS: TAXA DE SUCESSO E CARACTERÍSTICAS CELULARES

Felisbino MB, Moritz P, Reiser R, Jaques Steidle LJ, Rocha CC, Ferreira S, Pizzichini MMM, Pizzichini E

NUPAIVA - Hospital Universitário - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: Escarro induzido; Inflamação das vias aéreas; Valores de referência

Introdução: A indução de escarro é um importante método para avaliação da inflamação das vias aéreas. **Objetivos:** Investigar a taxa de sucesso na indução do escarro e identificar a celularidade do escarro em indivíduos hígidos com idade entre 18 e 40 anos. **Métodos:** Foi realizada uma análise descritiva transversal dos achados de 32 pacientes hígidos, com volume expiratório no primeiro segundo (VEF1) > 80% do previsto, VEF1/capacidade vital forçada (CVF) > 0.75, concentração de metacolina para produzir uma queda do VEF1 maior ou igual a 20% (PC20) > 8mg/ml, não fumantes, residentes em Florianópolis. O escarro induzido (EI) foi obtido e processado de acordo com o método descrito por Pizzichini et al.1. A celularidade total e diferencial está expressa em mediana e 5-95% percentil. **Resultados:** Obteve-se uma amostra adequada para análise de EI em 26 (81,3%) indivíduos. A celularidade total foi de 2.7 (0.5-6000)x10⁶/mg. A contagem diferencial revelou que 14 (3.5-63.2%) das células eram neutrófilos, 0 (0-1.0%) eosinófilos, 73.0 (27.6-93.3%) macrófagos e 3.0 (0.2-11.1%) linfócitos. **Conclusão:** A indução do escarro em indivíduos hígidos, com idade entre 20 e 40 anos tem uma alta taxa de sucesso, caracterizando-se por altos percentuais de macrófagos com ausência de eosinofilia.

PO669 USO DA CINTILOGRAFIA PULMONAR PERFUSIONAL PARA OUTRAS DOENÇAS QUE NÃO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: EXPERIÊNCIA DO HCPA

Gazzana MB, Knorst MM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Cintilografia pulmonar; Bronquiolite; Avaliação pré-operatória

Introdução: A cintilografia pulmonar perfusional é frequentemente utilizada na suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo. Entretanto, há outras utilidades clínicas deste método diagnóstico. **Objetivos:** Relatar a experiência do HCPA no uso da cintilografia pulmonar perfusional para outras doenças além da TEP aguda. **Métodos:** Série de casos de todas as cintilografias pulmonares perfusionais realizadas no Serviço de Medicina Nuclear do HCPA de 1996 a 2000. Revisão do prontuário. Análise descritiva dos achados e teste do qui-quadrado (p < 0,05). **Resultados:** No período do estudo foram realizadas 587 cintilografias pulmonares perfusionais. As indicações para o exame foram suspeita de bronquiolite (n = 283, 48,2%), avaliação pré-operatória para função pulmonar relativa (n = 146; 24,8%), avaliação para hepatopatias e/ou transplante hepático e/ou suspeita de shunt (n = 125; 21,2%) e outras indicações (n = 33; 5,8%). Exceto no ano de 1996, o padrão de uso da cintilografia pulmonar perfusional não variou significativamente ao longo do período estudado. **Conclusão:** No HCPA, o principal uso da cintilografia pulmonar perfusional, além da suspeita de TEP, é para avaliação de bronquiolite respiratória.

PO670 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TROMBO INTRACARDÍACO MIMETIZANDO MIXOMA

Cavalcanti Fernandes AC, Travassos Junior RR, Câmara GF, De Lima DP, Pereira Dias Chaves MA, Holanda VM, Câmara LAS

Memorial São Francisco, João Pessoa, PB, Brasil.

Palavras-chave: Cateter; Trombo; Dispneia

Introdução: A formação de trombos em pontas de cateteres de Hickman, apesar de rara, sempre é possível, porém, o seguinte caso demonstra comportamento clínico absolutamente imprevisível e que dificultou sobremaneira o diagnóstico de trombose, já que mimetizava um mixoma por estar preso à ponta do cateter, dando à impressão de estar ligado à parede do átrio. **Objetivos:** Relatar um caso em que a valorização de uma queixa de dispneia, bem como a insistência na sua investigação diagnóstica em paciente portadora de cateter de Hickman demonstrou a formação de um enorme trombo em seu átrio direito. **Métodos:** A paciente M.G.V., feminino, 67 anos, com diagnóstico de neoplasia avançada de mama, feito a 6 meses do quadro clínico atual, em seguimento de tratamento quimioterápico, iniciou quadro de dispneia progressiva. **Resultados:** Relato de caso: M.G.V., feminino, 67 anos, após submeter-se a mastectomia radical para retirada de neoplasia de mama, programou quimioterapia por lesão em gânglios linfáticos. Optou-se pela colocação de um cateter de Hickman para facilitar a aplicação dos quimioterápicos. Após o primeiro ciclo de quimioterapia evoluiu bem, até que começou quadro inexplicado de dispneia progressiva. Tinha ecocardiograma com resultado normal, realizado na avaliação pré-segundo ciclo da quimioterapia. Foram excluídas causas cardiológicas mas não foi repetido o ecocardiograma, por ter sido realizado pouco tempo antes. Foi feita investigação de tromboembolismo pulmonar com ecodoppler de membros inferiores e angiotomografia, que levantou a hipótese de linfangite carcinomatosa, porém os achados não pareceram conclusivos. A paciente evoluiu com melhora clínica ao deitar-se e piora importante ao realizar mínimos esforços. Neste período, os exames gasmétricos era absolutamente normais. A paciente foi, inclusive, avaliada por psiquiatra, achando tratar-se de distúrbio psicossomático, hipótese prontamente descartada. Evoluía com hipotensão postural evidente e decidiu-se repetir o ecocardiograma, que mostrou imagem em átrio direito, a qual se movimentava, porém parecia presa à parede do átrio, sugerindo tratar-se de mixoma. Entretanto, como esta imagem não estava presente no exame anterior tal hipótese ficava difícil de ser confirmada. Os sintomas surgiam, pois, ao deitar-se a paciente, o fluxo átrio-ventricular era normal, mas quando em pé, a massa obstruía a passagem de sangue. Indicou-se a cirurgia e desfez-se o mistério: era um grande trombo aderido à ponta do cateter de Hickman, mimetizando um mixoma. Após a cirurgia, os sintomas desapareceram. **Conclusão:** O relato deste caso mostra a importância do médico, mesmo diante de exames complementares com resultados normais, insistir na investigação das queixas clínicas do paciente.

PO671 RENDIMENTO DA BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PULMÃO. ANÁLISE DE 212 EXAMES

De Menezes Duarte RL, Murta MS, Paschoal MEM

Instituto de Doenças do Tórax, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Broncofibroscopia; Câncer de pulmão; Diagnóstico

Introdução: A broncofibroscopia (BFC) é o principal método diagnóstico do câncer de pulmão (CP), principalmente quando a inspeção endoscópica está alterada. **Objetivos:** Avaliar o rendimento da BFC no diagnóstico de CP e de seus procedimentos correlatos. **Métodos:** Estudo transversal de 212 pacientes, com diagnóstico de CP, submetidos à BFC para elucidação diagnóstica. Os procedimentos analisados foram o lavado (brônquico mais broncoalveolar), escovado (brônquico mais lavado da escova) e biópsia (brônquica e transbrônquica). O aspecto endoscópico foi dividido em alterado (lesão visível [infiltração e lesão vegetante] mais aspectos indiretos [hiperemia, edema, compressão extrínseca]) e exame endoscópico normal. A análise estatística foi com o teste qui-quadrado, sendo que o p valor bicaudal < 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Foram avaliados 212 pacientes com mediana de idade = 63,5 anos. 77,4% (164/212) eram do sexo masculino. A carga tabágica mediana foi de 59,5 maços/ano. 70,8% (150/212) eram tabagistas e 22,6% (48/212) eram ex-tabagistas. O rendimento global da BFC para o CP foi de 75,9% (161/212). O lavado foi positivo em 58,6% (79/112), o escovado em 57,3% (63/110) e a biópsia em 78,9% (127/161). Dos 212 exames houve inspeção endoscópica alterada em 82,1% (174/212) e exame normal em 17,9% (38/212). O rendimento da BFC quando a inspeção foi alterada foi de 88,5% (154/174) e foi de 18,4% (7/38) quando o exame endoscópico foi normal (p < 0,001). O tipo histológico mais encontrado, na nossa amostra, foi de 38,7% (82/212). **Conclusão:** A BFC continua sendo o principal método no diagnóstico do CP, sendo que a biópsia apresentou o melhor rendimento diagnóstico (principalmente às custas da biópsia brônquica). O lavado e o escovado apresentaram rendimento similares. Esses resultados são condizentes com os encontrados na literatura. O tipo histológico de células escamosas foi o mais comumente encontrado na nossa amostra.

PO672 RELATO DE UM CASO DE HEMOPTISE MACIÇA POR MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV) PULMONAR

Benthien F¹, Waltrick R², Floriani G³, Olinger AF⁴, Tavares MM⁵, Colferai DR⁶, Meyer ME⁷, Rodrigues RP⁸

1,2,3,4,7. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 5,6. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil; 8. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Malformação arteriovenosa; Bloqueio brônquico

Introdução: A MAV pulmonar pode ser originada de causas adquiridas ou congênitas. As congênitas, que são a maioria, estão representadas pela telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) em 70% dos casos. Costumam acometer lobos inferiores e permanecer entre 5-10cm de tamanho. A hemoptise que está entre os três sintomas mais comuns, raramente se apresenta de forma maciça e fatal. **Objetivos:** Relatar o manejo de um paciente com hemoptise maciça causada por MAV congênita acometendo toda a extensão do lobo superior esquerdo. **Métodos:** Revisão de prontuário e revisão da literatura na base de dados do pubmed. **Resultados:** Feminina de 43 anos encaminhada e admitida no Pronto Socorro do Hospital Santa Isabel. A paciente relatava queixas de tosse contínua e expectoração sanguinolenta em grande volume de início há 4 dias, acompanhadas de náuseas e vômitos com presença de sangue sem conteúdo alimentar. Hipertensa em tratamento dietético, sem uso de medicamentos. Fez endoscopia digestiva na cidade de origem com resultado normal. Chega com mucosas descordadas e normotensa. Taquipnéica (FR 28), com gasometria arterial mostrando hipoxemia (PaO₂ 56) e hiperventilação (PCO₂ 30). O radiograma de tórax da entrada apresentava-se normal. Realizado videobroncoscopia com presença de grande coágulo obstruindo brônquio fonte esquerdo. Retirado coágulo não mostrando lesão endobrônquica ou sangramento ativo. Vinte e quatro horas após a broncoscopia evoluiu com hemoptise maciça e insuficiência respiratória aguda sendo levada a UTI onde novamente com auxílio do broncoscópio foi visto sangramento em hemitórax esquerdo de difícil localização. Neste momento foi colocado cateter bloqueador brônquico. TC tórax mostrou atelectasia de hemitórax esquerdo sem evidência de lesão em parênquima pulmonar. Evoluiu com melhora do quadro após parada do sangramento mas permanecendo com atelectasia de lobo inferior esquerdo. Três dias após a alta da UTI teve novo episódio de hemoptise maciça. Após evidenciado sangramento em lobo superior esquerdo com o broncoscópio foi submetida a lobectomia superior com boa evolução. Laudo anatomopatológico mostrou tratar-se de uma malformação arteriovenosa com extensão para todo o lobo superior esquerdo e dilatação dos vasos até a periferia pulmonar. Recebe alta hospitalar com melhora importante e sem novos episódios de sangramento. **Conclusão:** A tuberculose representa a causa mais comum de hemoptise maciça em nosso meio. A apresentação de um caso com MAV congênita sem a presença da síndrome da THH, acometendo lobo superior e na extensão vista no caso é extremamente rara. Tais diagnósticos podem ser obtidos com um adequado suporte broncoscópico e interação com a equipe cirúrgica para a prontidão terapêutica, quando surge risco de vida iminente.

PO673 FORMAS PULMONARES DE ASPERGILOSE – ENSAIO PICTORIAL

Cabral Junior BF¹, Cabral MH², De Paula WD³

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2,3. Radiologia Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Aspergilose; Tomografia; Sinal do halo

Introdução: A aspergilose é uma doença pulmonar grave, causada pelo fungo *Aspergillus fumigatus*, cuja manifestação depende da virulência da cepa e da quantidade de fungo a qual o indivíduo foi exposto, além da resposta imune do paciente. Esta doença está subdividida, de acordo com sua apresentação clínica, em cinco categorias: saprofítica, reação de hipersensibilidade, semi-invasiva, broncopulmonar e angioinvasiva. A tomografia computa-

torizada é o método de escolha para o diagnóstico desta patologia e, apesar dos achados não serem específicos, quando associados a história clínica adequada, pode determinar o diagnóstico. **Objetivos:** Descrever a apresentação clínico-radiológica de três formas de aspergilose pulmonar salientando a importância da TCAR para o seu diagnóstico. **Métodos:** Relato de caso de três formas de aspergilose pulmonar em pacientes que realizaram tomografia computadorizada no Hospital Universitário de Brasília. **Resultados:** Caso 1: A aspergilose saprofítica é caracterizada por infecção sem invasão tecidual. Consiste de um aglomerado de hifas fúngicas e material mucoso e celular em uma cavidade preexistente. A clínica é caracterizada por hemoptise. Os achados tomográficos são de uma massa de partes moles no interior de uma cavidade, móvel com o decúbito e separada da cavidade por um halo de ar (sinal do crescente). Caso 2: A aspergilose broncopulmonar alérgica é caracterizada da reação de hipersensibilidade gerada pela presença endoluminar dos fungos, levando a dano brônquico e bronquiectasias. Acomete principalmente pacientes asmáticos. Os principais achados na TC são: bronquiectasias, bronquioloectasias com impactação mucóide e aprisionamento aéreo. Caso 3: A aspergilose angioinvasiva é uma entidade relativamente comum em pacientes imunocomprometidos, principalmente os granulocitopenicos após tratamento de longa data para leucemia aguda. É caracterizada pela invasão de médias e pequenas artérias pulmonares pelas hifas, levando a oclusão, infarto e necrose. O quadro clínico consiste em febre, tosse e imunossupressão. Os achados tomográficos são: áreas de consolidação segmentar e subsegmentar (infarto), halo de vidro fosco circundando nódulos densos e presença de ar entre o pulmão infartado e retraído e o pulmão normal (ar em crescente). **Conclusão:** A aspergilose é uma condição patológica importante, frequentemente vista em pacientes imunocomprometidos, cabendo ao radiologista papel fundamental no diagnóstico precoce para a adequada intervenção.

PO674 SERÁ O PET-CT ÚTIL PARA GUIAR A BIÓPSIA POR BRONCOFIBROSCOPIA?

Kissmann G, Martins RC, Nigri DH, Addor G, Barros Franco CA

PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Broncoscopia; Biópsia; PET-CT

Introdução: O uso de métodos de imagem como US endoscópico e TC de tórax e PET-CT para orientar o local da biópsia por broncoscopia, pode aumentar substancialmente o rendimento do procedimento. Entretanto algumas vezes não se consegue êxito no diagnóstico, sendo necessária a biópsia pulmonar cirúrgica. **Objetivos:** Avaliar o PET-CT como método de imagem para direcionar a biópsia por broncofibroscopia e analisar se sua utilização na melhora do rendimento diagnóstico. **Métodos:** Relato de caso. Homem, 64 anos, ex tabagista, submetido a lobectomia superior esquerda há 3 anos, devido adenocarcinoma de pulmão. Foi tratado com quimioterapia e radioterapia. Internado com tosse seca e dispnéia. TC tórax com extenso infiltrado intersticial no LSD e lesão cavitada de paredes espessas no LID. PET-CT com intensa captação da lesão escavada e nos brônquios do lobo médio. Paciente foi submetido a vídeo-broncofibroscopia, que mostrou mucosa do lobo médio infiltrada e pálida, sendo realizada biópsia brônquica neste local. Congelamento do fragmento da biópsia, foi positiva para malignidade. **Resultados:** Foi confirmado o diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de pulmão. O local da biópsia foi onde houve captação ao PET-CT, não havendo necessidade de serem realizados outros procedimentos diagnósticos. **Conclusão:** No caso apresentado, o PET-CT foi de grande auxílio para orientar o local da biópsia, aumentando assim o rendimento da biópsia por broncoscopia. O uso do PET-CT como orientador para biópsias ainda é incipiente, porém, como une as características de topografia (TC) com intensidade da captação de contraste (PET), há campo para expansão deste método de imagem para direcionamento de obtenção de material para análise histopatológica.

PO675 LINFOMA DE HODGKIN COMO MASSA PULMONAR

Ventura MA, Pilla ES

Fundação Ruben Berta, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Massa; Pulmonar; Hodgkin

Introdução: Relato de caso de linfoma de Hodgkin apresentando-se como massa pulmonar isolada, além de adenopatia mediastinal e cervical. Esta forma é pouco usual, sendo mais comum no Hodgkin primário de pulmão. A tomografia computadorizada de tórax vem demonstrando maior detalhamento das doenças pulmonares, se consolidando como poderosa ferramenta diagnóstica. **Objetivos:** Trazer uma apresentação pouco usual de linfoma de Hodgkin - massa pulmonar à tomografia computadorizada. **Métodos:** R.V.R. 19 anos, masculino, branco. Q.P. "Caroços no pescoço" Evolução de 10 dias linfonodomegalias cervicais, principalmente à esquerda, dolorosos e prurido cutâneo generalizado. Nega febre, queixas respiratórias ou perda de peso. Nega pneumopatias e neoplasias na família. Sinais vitais e ecotografia normais. Adenopatia cervical póstero-medial E, de 5cm, endurecida, indolor, móveis e sem flogose. Também em cervical inferior e anterior E. MVUA, sem RA. RCR 2T, s/ massas ou VMG abdominais. Espaço de traube livre. Evoluiu após 2 semanas com tosse seca, febre baixa e sudorese vespertina. PPD foi não reator. BAAR e cultura de MTb e escarro induzido foram negativos. Discreta leucocitose. VHS 45/PCR 3,9/LDH 617. HIV, e sorologias para hepatites, CMV e toxoplasmose não reagentes. Rx tórax - alargamento mediastino superior, aumento de hilo D, além de imagem de hipotransparência arredondada em LSE, de contornos mal definidos. TC tórax - nódulo e massa grosseiros, limites mal definidos, densidade de "partes moles", 23 X 22mm e 46 X 19mm, em LSD. Linfonodos pré-vascular, para-aórticos, paratraqueal alto e subcarinal. **Resultados:** Realizada biópsia de linfonodo póstero-medial E, após 3 semanas do início do quadro. Diagnóstico: linfoma de Hodgkin. **Conclusão:** Envolvimento intratorácico de Doença de Hodgkin é muito frequente, principalmente como linfonodomegalia mediastinal. Uma série de 659 pacientes demonstrou que 61% apresentavam linfonodomegalia mediastinal, 21% apresentavam envolvimento hilar e 10% apresentavam lesões pleuropulmonares no início ou no decorrer do quadro e 3% apresentavam somente lesões intratorácicas. As alterações pleuropulmonares mais co-

muns são infiltração do espaço peribroncovascular (manifestando-se no Rx de tórax como infiltrado retículo-nodular a partir do hilos) e consolidação do parênquima pulmonar. Podem ocorrer ainda nódulos pleurais ou subpleurais, efusão pleural e disseminação de aspecto miliar (mais raro). Nódulos/massas cercados por parênquima pulmonar normal, também são menos comuns. Já a apresentação de Linfoma de Hodgkin como massa pulmonar é pouco comum, sendo mais encontrada em linfoma de Hodgkin primário pulmonar. A tomografia computadorizada de tórax vem demonstrando maior detalhamento das doenças pulmonares, e com isso surgem novas formas de apresentação, ou aparecem em maior proporção do que na radiologia convencional.

TERAPIA INTENSIVA

PO676 UMA VIA AÉREA DUPLAMENTE DIFÍCIL – UM CASO DE HEMANGIOMA CERVICAL CONGÊNITO

Pontes Teixeira FC, Bezerra H, Feijó CAR, Júnior AHF, De Meneses FA
UTI Hospital Universitário Walter Cantídio-HUWC, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Intubação difícil; Comunicação; UTI

Introdução: O acesso translaringeo à via aérea se faz necessário em contextos diversos (cirúrgico ou não), de forma eletiva ou urgente/emergente. Em cerca de 3% das ocasiões, documenta-se uma intubação traqueal difícil (ITD). Embora inexistindo uma definição consensual de ITD, esta representa uma interação complexa entre fatores inerentes ao paciente, ao quadro clínico e as habilidades do operador. A esta se associam, freqüentemente, eventos adversos tais como trauma da via aérea e dentário, lesão cerebral, parada cardiopulmonar e morte. **Guidelines** para o seu manejo têm sido publicados por diferentes entidades – nacionais e internacionais. A despeito das evidências incertas do grau de benefício de qualquer estratégia específica, há uma concordância de que uma estratégia pré-planejada pode levar a um melhor desfecho. **Objetivos:** Enfatizar a importância do manejo da via aérea duplamente (translaringea e traqueostomia) difícil, ressaltando o planejamento do profissional e o substancial valor da comunicação inter-profissional no seguimento dos pacientes. **Métodos:** Relato de Caso da UTI do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). **Resultados:** MSM, 58 anos, artesã, natural e procedente de Fortaleza, Ceará, portadora de hemangioma cervical congênito com invasão da laringe. Desde junho/2005, vinha apresentando quadro de apnéia obstrutiva de grau acentuado que interferia em suas atividades diárias. Em junho/2006, após episódio de sonolência diurna, sofreu queda da própria altura com trauma cervical fechado e sangramento do hemangioma para a orofaringe. Submetida a atendimento médico de emergência, foi intubada para proteção de vias aéreas e admitida na UTI de um hospital particular. Após 24 horas foi transferida para a UTI do HUWC sem relato preciso das condições nas quais se procedera aquela intubação. Cerca de 36 horas após a admissão, face a estabilidade da paciente, decidiu-se extubá-la. Imediatamente após a extubação, a paciente evoluiu com intenso desconforto respiratório, estridor laringeo, cianose central e dessaturação. Foi prontamente re-intubada, apesar de o procedimento ter sido realizado às cegas, posto que a invasão da região supraglótica pelo hemangioma dificultava a boa visualização. Consigne-se que a intubação inicial fora difícil sem a devida comunicação no ato da transferência. Consultados o serviço de cirurgia especializada, a paciente foi então submetida a exames de imagem para definição da extensão da neoplasia e realizado traqueostomia cirúrgica sem intercorrências. Transferida para enfermaria, teve alta hospitalar 03 dias após, com programação de, a posteriori, realizar arteriografia e tentativa de embolização da lesão. **Conclusão:** (1) o caso ilustra dificuldades na intubação, quer no acesso translaringeo, quer quanto ao acesso direto a traquéia; (2) a falta de comunicação poderia ter culminado com perdas agudas; (3) a garantia prévia de patência das vias aéreas poderia ter poupado a doente de perdas potenciais (funcionais, trauma) decorrentes da apnéia.

PO677 OS EFEITOS DA PRESSÃO POSITIVA EXPIRATÓRIA FINAL NO RECRUTAMENTO ALVEOLAR DURANTE A VENTILAÇÃO MECÂNICA EM SUÍNOS

Guerreiro Cardoso PF¹, Sanchez PG², Andrade CF³, Forgiarini Junior LA⁴, Kretzmann Filho N⁵, Foernges RB⁶, Marroni NP⁷

1,2,3,6. Laboratório Cirurgia Experimental-FFC/MPA, Porto Alegre, RS, Brasil; 4,5,7. Laboratório Fisiologia Digestiva, Depto. de Fisiologia, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; Pressão positiva expiratória final; Recrutamento alveolar

Introdução: Diferentes estratégias ventilatórias baseadas na pressão positiva expiratória final (PEEP) têm sido descritas e utilizadas para a obtenção de um recrutamento alveolar ideal, porém sempre utilizando dados da curva de pressão-volume, os quais são por vezes difíceis de serem obtidos na prática clínica diária. Faz-se necessária a investigação experimental de novos métodos de recrutamento. Tal procura justifica-se a partir da necessidade permanente de melhora da eficácia da ventilação mecânica em situações críticas, tais como após o transplante pulmonar na vigência de lesão de repêrfusão severa. **Objetivos:** Avaliar em modelo experimental suíno o uso do PEEP ajustado conforme valores da pressão média das vias aéreas (Pméd) para o recrutamento alveolar durante ventilação mecânica. **Métodos:** Foram utilizados 6 porcos machos pesando em média 25Kg. Após indução anestésica, os animais foram ventilados controlados a volume (*Servo 900C-Siemens), com FiO₂ = 1.0, volume corrente = 10ml/kg/min, FR = 16 cpm, relação I:E = 1:2 e PEEP 5mmHg. Os animais foram randomizados em dois grupos, um controle sem intervenção cirúrgica (1) e outro submetido à toracotomia lateral esquerda (2). Os valores de PEEP em cada grupo foram aumentados a cada 15 minutos para atingir valores de Pméd de 15, 20 e 25cmH₂O, respectivamente, sendo coletados dados hemodinâmicos, gasometria arterial e de mecânica respiratória imediatamente antes de cada acréscimo do PEEP. **Resultados:** Houve uma melhora gradual da gasometria arterial conforme o aumento do PEEP até ser atingido Pméd

= 25cmH₂O, quando se identificou piora da oximetria (NS) e aumento da pCO₂, estatisticamente significativo no grupo 2 em relação aos dados basais (p = 0.03). Com valores de Pméd = 25cmH₂O houve uma queda da pressão arterial média (PAM) e aumento da pressão da artéria pulmonar (PAP) em relação aos dados basais (PEEP = 5), porém sem significância estatística. A pressão de pico e de platô foi significativamente maior quando Pméd = 25 em relação aos valores iniciais. **Conclusão:** Com o aumento dos valores de PEEP ocorre uma melhora da gasometria arterial até que se obtenha valores de Pméd = 20cmH₂O. A partir deste valor, o aumento adicional do PEEP ocasiona um comprometimento hemodinâmico e piora dos parâmetros de troca gasosa.

PO678 GASTO ENERGÉTICO DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

Hoher JA¹, Hertz FT², Zimmermann Teixeira PJ³

1. Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; Gasto energético; Calorimetria indireta

Introdução: A desnutrição compromete a resposta imunológica, promove fraqueza muscular respiratória, favorece as infecções graves e está associada a disfunções orgânicas, sendo esta a principal causa de morte nas UTI(s). Com a estimativa exata do gasto energético em cada modo de ventilação mecânica, seria possível ajustar com precisão o aporte calórico diário dos pacientes, minimizando as complicações decorrentes da subnutrição ou do excesso alimentar. Este estudo compara através da (CI), o gasto energético nos dois modos de ventilação mecânica, correlacionando com a equação de (H-B). **Objetivos:** Comparar o gasto energético total dos pacientes ventilados mecanicamente nos modos controlado e assistido, através da calorimetria indireta (CI), verificando a necessidade de ajuste no aporte calórico em cada modo, correlacionando-os com a equação de Harris-Benedict (H-B) com e sem os fatores de atividade (FA) e estresse (FE). **Métodos:** Em 100 pacientes (52 masculinos e 48 femininos) ventilados mecanicamente, os gases exalados (CO₂ e O₂) foram medidos durante 20 minutos em cada modo e o gasto energético calculado pela fórmula de Weir, determinando o Gasto Energético Total (GET) em 24 horas e comparados com o GET estimado pela equação de H-B. **Resultados:** A média dos valores estimados pela equação de H-B foi de 1858,87Kcal/24h considerando os FA e FS. Os valores médios obtidos pela CI foram 1712,76Kcal/24h para o modo controlado e de 1867,33Kcal/24h para o assistido. A média do GET no modo assistido foi de 10,71% maior do que no modo controlado (p < 0,001). A comparação das médias dos GET obtidos por CI com a equação de H-B ajustados para FA e FS demonstraram que a equação superestimou em 141,03Kcal/25 h (8,2%) quando no modo controlado. Retirando-se os FA, observou-se tendência a subestimar em 44,29Kcal/24h (2,6%). Quando no modo assistido, a comparação com H-B sem o FA, a medida por CI tende a subestimar em 198,84Kcal/24h (10,7%) (p = 0,005), enquanto que com o FA também subestimam, mas em 13,46Kcal/24h (0,75%) sem significância estatística (p = 0,859). **Conclusão:** Os dados sugerem que devemos considerar o Fator de Atividade de 10% somente para pacientes que estão em Ventilação Mecânica Assistida, uma vez que este FA determina hiperalimentação quando no modo controlado.

PO679 PERFIL DOS PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA

Feijó CAR, Dias de Carvalho LA, Chaves FF, Da Silva Lopes PS, Pereira França FM, Lima NA, De Meneses FA

Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; UTI; Ventilação mecânica

Introdução: Entre as modalidades suportivas, a ventilação mecânica se destaca pelas demandas crescentes – quer à admissão, quer durante a internação. Como um imperativo de qualidade, ao lado dos recursos per se, convém reconhecer-se a população demandante, ensejando medidas proativas. **Objetivos:** Descrever as características e a evolução dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica durante o internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário. **Métodos:** Cento e sete pacientes foram admitidos à UTI no período de janeiro a maio de 2006; 63 (58,9%) careceram de VM, os quais foram analisados no presente estudo de caráter retrospectivo. Os pacientes foram caracterizados quanto à demografia, dia da admissão (semana x fim-de-semana), turno da admissão (manhã x tarde x noite), disfunções orgânicas à admissão e após, utilização da VM, suportes e medicações usadas, tempo de permanência na UTI e desfecho (óbito em menos de 48 horas de UTI, óbito após 48 horas na UTI ou transferência). Foram calculados, ainda, o escore APACHE II da admissão, a mortalidade prevista por este e a razão de mortalidade padronizada. **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino (61,9%), com a idade média de 54 ± 20,18 anos. Quase 60% foram provenientes de Fortaleza, sendo que 82,3% vieram do próprio hospital universitário. Os pacientes clínicos constituíram 81,7% da amostra. Quanto ao serviço de origem, houve predomínio dos pacientes oriundos da Hematologia (17,5%), da Gastroenterologia (15,9%) e da Clínica Médica (14,3%). Houve preponderância dos pacientes admitidos durante a semana e à tarde. As disfunções mais prevalentes à admissão foram: respiratória (73%), cardiológica (47,6%), neurológica (39,7%) e renal (36,5%). O tempo médio de VM foi 8,52 ± 8,78 dias (variação: 1-46). Quatorze pacientes (22,2%) foram traqueostomizados. O tempo médio de permanência na UTI foi 8,75 ± 7,12 dias. A média de APACHE II foi 22,32 ± 7,71, com uma mortalidade prevista de 41,1%, sendo que 31,7% foram transferidos da UTI, 34,9% evoluíram para o óbito com menos de 48 horas e 33,4% após as primeiras 48 horas. A razão de mortalidade padronizada foi 1,66. **Conclusão:** (1) três quartos dos doentes foram admitidos já com disfunção respiratória; (2) registrou-se uma grande demanda por ventilação mecânica; (3) prevaleceram os pacientes não-cirúrgicos; e (4) a mortalidade acontece, mormente, nas primeiras 48 horas.

P0680 PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA: FREQUÊNCIA, CARACTERÍSTICAS, MORTALIDADE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À MORTALIDADE

Fialkow L, Cardoso RP, Wolmeister AS, Sehn L, Milani AR, Sens RR, Güntzel AM, Bozzetti MC

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; Mortalidade; Fatores de risco

Introdução: A Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) é uma causa frequente de internações em Centros de Terapia Intensiva (CTI) e de necessidade de Ventilação Mecânica (VM). É fundamental conhecer a frequência e os fatores de risco associados à mortalidade em pacientes que necessitam de VM, a fim de melhorar abordagens terapêuticas. **Objetivos:** Determinar as características, a frequência, as taxas de mortalidade geral e específica e os fatores associados à mortalidade nos pacientes com IRA em VM internados no CTI de um hospital universitário geral. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, em andamento, realizado no CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Foram arrolados 757 pacientes que necessitaram de VM por um período maior que 24 horas entre março de 2004 e junho de 2006. Dados foram coletados diariamente, durante o curso da VM por até 28 dias. **Resultados:** A frequência de VM foi de 30% e as taxas de mortalidade geral e específica, 15% e 50%, respectivamente. A idade média (\pm dp) foi de 57 ± 21 anos; 52% eram do sexo masculino; o escore APACHE II médio foi de $22,2 \pm 8,2$; 69% dos pacientes eram clínicos; 93% estavam em VM Invasiva; a duração média da VM foi de $11 \pm 7,9$ dias e a falha no desmame foi de 24%. Uma análise multivariada foi realizada para identificar as variáveis independentemente associadas à mortalidade. Essas incluíram: duração da VM ($p = 0,005$), insuficiência renal prévia à VM ($p = 0,009$) e as seguintes alterações ocorridas durante a VM: Sepses ($p = 0,03$), Lesão Pulmonar Aguda/Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (LPA/SARA) ($p < 0,0001$), insuficiência renal ($p < 0,0001$), traqueostomia ($p = 0,002$), insuficiência cardiovascular ($p = 0,03$) e uso de drogas vasoativas ($p = 0,001$). **Conclusão:** Os resultados parciais sugerem uma frequência de pacientes em VM de 30% e uma mortalidade específica de 50%. Duração da VM, insuficiência renal prévia à VM, e Sepses, LPA/SARA, insuficiência renal e cardiovascular, uso de drogas vasoativas e traqueostomia durante a VM foram fatores de risco para óbito em até 28 dias. A identificação desses fatores poderá sugerir intervenções precoces visando a otimização de estratégias terapêuticas e consequente redução na mortalidade desses pacientes. Apoio: PIBIC/CNPq/UFRGS; BIC/UFRGS.

P0681 PERFIL DE SENSIBILIDADE DOS MICRORGANISMOS ISOLADOS DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Agostinho Rolim JR¹, Agostinho Rolim G², Camilo da Silva AL³, Da Paz AC⁴, Lustosa de Queiroz MC⁵

1,3,4. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 2. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil; 5. Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, Teresina, PI, Brasil.

Palavras-chave: Infecção; Resistência; UTI

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde o uso de antimicrobianos potentes e de largo espectro é frequente, apresentam índices de Infecção Hospitalar (IH) de significativa importância dentro de um hospital. A infecção respiratória é de extrema importância e alta frequência nessas unidades, onde, geralmente, os microrganismos mais prevalentes são bactérias Gram-negativas (principalmente *P. aeruginosa*), seguidas das Gram-positivas, com destaque o *S. aureus*. **Objetivos:** Avaliar o perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados de IH respiratória em UTI de hospital de referência em doenças infecto-contagiosas no ano de 2005. **Métodos:** Foi realizado teste de sensibilidade de 29 isolados de microrganismos de variados materiais clínicos, sendo 14 deles de secreções traqueais, de pacientes internados na UTI no ano de 2005, seguindo-se a metodologia de Kirby-Bauer padronizada pelo CLSI; NCCLS. As informações foram adquiridas no banco de dados da CCIH do referido hospital. **Resultados:** A grande maioria dos materiais foi isolada de secreções traqueais (48,27%), seguidas de infecções de lesões cutâneas (34,48%). Daquelas, os microrganismos mais isolados, em ordem decrescente, foram: *Klebsiella* sp. (42,85%), *Pseudomonas aeruginosa* (28,57%), *Staphylococcus aureus* (21,42%) e *Acinetobacter* sp. (7,16%). Na análise do perfil de sensibilidade, observou-se resistência de 33,33% de *Klebsiella* sp. a cefalosporinas e aminoglicosídeos; 33,33% de *S. aureus* resistentes a oxacilina e; 25% de *P. aeruginosa* resistente a gentamicina, amicacina e quinolonas. Dos pacientes com infecção respiratória, 71,42% foram homens e 28,58% mulheres. Do total, 57,14% foram a óbito, enquanto 42,86% receberam alta hospitalar. **Conclusão:** A análise dos dados colhidos junto à CCIH do nosso serviço mostrou uma importante e assustadora prevalência de resistência de *S. aureus* a antimicrobiano reconhecidamente de alta potência e largo espectro, além da relativa alta percentagem de resistência de outros Gram-positivos e negativos em UTI, onde são feitos procedimentos invasivos com bastante frequência.

P0682 EFEITOS DE TRATAMENTO ANTIMICROBIANO PRÉVIO E TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE MULTIRRESISTÊNCIA EM PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Seligman R¹, Zimmermann Teixeira PJ², Hertz FT³, Lisboa TC⁴, Seligman BGS⁵

1,3,4,5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 2. FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: Aspirado traqueal quantitativo; Pneumonia associada à ventilação mecânica; Antibióticoterapia

Introdução: Infecção por bactérias multirresistentes é um fator de risco para desfecho desfavorável em pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Exposição prévia a tratamento antimicrobiano (TAB) pode promover o desenvolvimento de resistência bacteriana.

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

Permanência prolongada em unidade de terapia intensiva (UTI) expõe os pacientes aos germes nosocomiais. **Objetivos:** Comparar o impacto de tratamento antimicrobiano prévio por pelo menos 24 horas nos últimos 10 dias antes da PAV (TAB10) e permanência prolongada em UTI como fatores de risco para o desenvolvimento de germes multirresistentes como etiologia em PAV. **Métodos:** Foram realizados antibiogramas dos germes identificados em aspirado traqueal quantitativo (ATQ) em 52 pacientes com PAV com diagnóstico clínico estabelecido através de escore clínico de infecção pulmonar (CAV) ≥ 7 . Resultados de ATQ ≥ 100.000 UFC/mL foram considerados positivos. **Resultados:** Bactérias multirresistentes foram encontradas em 65.8% dos pacientes TAB10 e em 28.6% dos pacientes não expostos a TAB ($p = 0,03$). Pacientes com bactérias multirresistentes tiveram uma média de 14,52 (DP 9,74) dias de internação em UTI, enquanto os não-multirresistentes tiveram uma média de 7,61 (DP 6,55) dias de UTI ($p = 0,005$). O modelo de regressão logística incluindo ambas as variáveis mostrou RC = 7,31 (IC95% 1,31-40,9) para o desenvolvimento de multirresistência nos pacientes TAB10 enquanto RC = 0,86 (IC95% 0,77-0,96) para tempo de permanência em UTI. **Conclusão:** Tratamento antimicrobiano prévio mostrou-se um preditor de multirresistência mais forte que o tempo de permanência em UTI na nossa amostra.

P0683 EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DA CPAP SOBRE O PARÊNQUIMA PULMONAR DE VOLUNTÁRIOS SADIOS NAS POSIÇÕES SUPINA E PRONA: ALTERAÇÕES NA TCAR

Paiva Winkeler GF, Branco Fortaleza SC, Reis RC, Cabral GB, Lins CMM, Holanda MA

Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: CPAP; Pulmões normais; TCAR

Introdução: A importância do conhecimento das repercussões da CPAP sobre o parênquima pulmonar de voluntários sadios recai sobre a sua crescente utilidade na prática clínica principalmente no manejo da insuficiência respiratória aguda (IRpA). Além disso, as patologias que podem evoluir para IRpA não apresentam necessariamente um componente pulmonar na sua patogênese, tornando-se assim crucial o estudo desta modalidade de VNI em pulmões normais. Também torna-se importante o estudo da CPAP na posição prona, uma vez que esta constitui um dos recursos disponíveis para melhora da oxigenação em pacientes gravemente hipoxêmicos. **Objetivos:** Avaliar o efeito da aplicação da CPAP por máscara em voluntários sadios sobre as densidades pulmonares e o percentual de áreas hiperaeradas em diferentes níveis de pressão (5, 10 e 15cmH₂O) na posição supina e com CPAP de 10cmH₂O na posição prona, comparando-as com o basal, além de comparar o efeito da CPAP de 10cmH₂O entre as posições supina e prona. **Métodos:** Imagens de TCAR foram obtidas em CRF sem CPAP e com CPAP de 5, 10 e 15cmH₂O com cortes em ápice, hilo e base na posição supina e sem CPAP e com CPAP de 10cmH₂O em base na posição prona. As imagens foram avaliadas utilizando-se um software Osiris® com cálculo da média das densidades pulmonares e do percentual de áreas hiperaeradas para cada nível de pressão. Foi ainda realizada uma subdivisão de cada corte tomográfico em segmentos ventral, medial e dorsal, sendo calculados os mesmos parâmetros. **Resultados:** Foram estudados 8 voluntários sadios, sem história de doença cardiopulmonar. Através da ANOVA, observamos que não houve diferença entre ápice, hilo e base em relação à densidade pulmonar média (DPM). Houve uma diminuição da DPM com níveis crescentes de pressão ($p < 0,001$). O mesmo ocorrendo para as regiões ventral, medial e dorsal nas posições supina e prona. Observamos um gradiente ventro-dorsal das densidades pulmonares na posição supina e uma inversão do mesmo na posição prona. Houve um aumento do percentual de áreas hiperaeradas a medida em que se aumentava o nível de CPAP em ambas as posições. Quando comparamos as regiões supina e prona, observamos que não houve diferença entre a média das densidades pulmonares sem CPAP e com CPAP de 10cmH₂O, mas ao compararmos os segmentos ventral e dorsal houve uma diferença de aeração, que não foi observada no segmento medial. O percentual de áreas hiperaeradas foi menor com CPAP de 10cmH₂O na posição prona em relação à supina. **Conclusão:** A CPAP ocasiona um aumento progressivo da aeração com níveis crescentes de pressão nas posições supina e prona, bem como um aumento do percentual de áreas hiperaeradas. A aplicação da CPAP na posição prona ocasiona menos hiperaeração do que na posição supina com uma distribuição mais homogênea da aeração.

P0684 SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO DO ADULTO POR EMBOLIA GORDUROSA PÓS LIPOASPIRAÇÃO

Costa AN, Mendes DM, Junior CT, Caruso P, Carvalho DRR

HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Síndrome desconforto respiratório adulto; Embolia gordurosa; Lipoaspiração

Introdução: A "Embolia Gordurosa" (EG) é definida como a ocorrência de bloqueio mecânico da luz vascular por gotículas circulantes de gordura. O pulmão é o principal órgão acometido, porém os êmbolos podem atingir a circulação arterial e afetar outros locais como sistema nervoso central, retina e pele. A "Síndrome da Embolia Gordurosa" (SEG) é disfunção desses órgãos causada pelos êmbolos gordurosos. As causas mais comuns de EG e SEG são fraturas de ossos longos e artroplastias de quadril, mas há relatos de EG e SEG em procedimentos estéticos como a lipoaspiração e a lipoenxertia. **Objetivos:** Relatar um caso de Síndrome da Embolia Gordurosa após Lipoaspiração. **Métodos:** Revisão de prontuário, radiologia e cirurgia de paciente internada na UTI Respiratória do HC-FMUSP; revisão da literatura. **Resultados:** Paciente D.S.L, 53 anos, feminina, branca, natural e procedente de São Paulo, do lar. Paciente previamente hígida submetida a mastopexia e lipoaspiração abdominal, apresentou no 3º pós-operatório dispnéia progressiva e tosse seca, sem outros sintomas, e foi reinternada na enfermaria onde teve piora da dispnéia e hipoxemia. Submetida a tomografia de tórax com alta resolução com protocolo para TEP, observou-se presença de infiltrado em vidro fosco bilateral difuso sem a presença de trombos nos ramos da artéria pulmonar. A paciente evoluiu com insuficiência respiratória hipoxêmica no 2º dia de internação hospitalar, necessitando intubação orotraqueal e ventilação mecânica e transferência à UTI. Na entrada apresentava relação PaO₂/FIO₂ = 32, reunindo então critérios para

Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto (SDRA) secundária a SEG. A paciente foi tratada segundo os preceitos da estratégia protetora, utilizando-se o modo pressão controlada com volume corrente 6mL/kg e recrutamento alveolar com titulação da PEEP para a melhor complacência do sistema respiratório. Iniciada também antibióticoterapia empírica inclusive para vírus respiratórios. Realizou fundo de olho que mostrou sinais de embolia retiniana (Manchas de Roth), além de lavado broncoalveolar sem crescimento bacteriano e culturas periféricas negativas. Como complicação, apresentou insuficiência renal aguda sendo iniciada hemodiálise no 3º dia internação. A paciente teve boa evolução, com melhora progressiva da relação PaO₂/FiO₂, sendo extubada no 8º dia de UTI e com alta hospitalar em 60 dias. **Conclusão:** A Síndrome da Embolia Gordurosa é complicação rara porém potencialmente fatal de procedimentos estéticos, principalmente a lipoaspiração e lipoenxertia, e se apresenta tipicamente com a tríade de insuficiência respiratória progressiva, alterações do nível de consciência e petéquias. O diagnóstico da SEG é clínico, e ainda não há tratamento específico. No caso relatado, a paciente apresentou SDRA secundária a SEG, respondendo bem às manobras de recrutamento alveolar e ventilação mecânica protetora.

PO685 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Gazzana MB, Damian FB, Svartman FM, De Oliveira HG, Silva DR, Albanese R, John AB, Xavier RG

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Fibrobroncoscopia; Unidade de Terapia Intensiva; Acurácia

Introdução: A fibrobroncoscopia tem sido amplamente utilizada nas Unidades de Terapia Intensiva. Entretanto, estudos realizados em nosso meio são escassos. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados da experiência do Unidade de Endoscopia Respiratória do HCPA na utilização da broncoscopia flexível em pacientes internados na UTI. **Métodos:** Delineamento: coorte histórica, não controlada, de janeiro/2002 a março/2006. Análise descritiva e comparação entre as variáveis categóricas pelo teste do qui-quadrado e exato de Fisher ($p < 0,05$). **Resultados:** 16,78, com predomínio de homens (54,1%). A principal indicação foi para diagnóstico em 87,8% (n = 138). Sintomas mais relatados: tosse (30,5%, n = 48), dispnéia (31,2%, n = 49) e emagrecimento (5,7%, n = 9). A via de introdução do fibrobroncóscopo foi mais frequentemente o TOT 65,6% (n = 103), e o regime sedativo fentanil (66,8%, n = 105) e midazolam (48,4%, n = 76). Os principais achados endoscópicos foram secreção (50,3%, n = 79), hiperemia (16,5%, n = 26), sangramento/coágulos (18,4%, n = 29), edema (10,8%, n = 17) e obstrução (3,8%, n = 6). Procedimentos diagnósticos adicionais foram realizados: biópsia endobrônquica (10,1%, n = 16), LBA (64,3%, n = 101), LB (7,6%, n = 12) e biópsia brônquica/transbrônquica (3,8%, n = 6). As complicações descritas foram hipoxemia grave (3,18%, n = 5), sangramento (4,45%, n = 7), arritmia cardíaca (0,63%, n = 1) e hipotensão (1,27%, n = 2). Houve apenas um pneumotórax e não houveram óbitos relacionados ao procedimento. Houve associação estatisticamente significativa entre hemoptise e achados na FBC de sangramento/coágulos. No período do estudo, foram realizadas 157 fibrobroncoscopia na UTI A média de idade dos pacientes foi de 48,29 anos (DP). **Conclusão:** A broncoscopia flexível é um exame seguro, tendo utilidade diagnóstica em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

PO686 TRATAMENTO DA PARALISIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL COM VPPNI (VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA NÃO INVASIVA). RELATO DE CASO

Maia IS¹, Grumann ACB², Pincelli M³

1. Hospital SOS Cardio, Fpolis, SC, Brasil; 2,3. Hospital Nereu Ramos, Fpolis, SC, Brasil.

Palavras-chave: BIPAP; Paralisia diafragma; Cirurgia cardíaca

Introdução: A lesão do nervo frênico após cirurgia cardíaca ocorre devido à injúria causada pela solução cardioplégica fria ou por lesão direta naqueles pacientes que utilizaram a artéria mamária interna. Esta complicação tem aumentado de incidência em todas as idades. Os adultos toleram melhor a paralisia porque geralmente conseguem compensar a mecânica respiratória ineficiente. Muitos estudos mostram que a maior parte dos casos são clinicamente irrelevantes, contudo, alguns adultos necessitam de Ventilação Mecânica. Por isso, estamos relatando um caso de paralisia diafragmática severa em paciente adulta submetida à troca de prótese valvar mitral tratada com VPPNI. **Objetivos:** Relatar um caso de paralisia diafragmática severa em paciente submetida à troca de prótese valvar mitral em junho de 2005 tratada com BiPAP. **Métodos:** Paciente de 46 anos, sem antecedentes de doenças pulmonares, submetida à troca de válvula mitral em junho de 2005. Evoluiu com dificuldade de desmame da ventilação mecânica após 24 horas do procedimento cirúrgico. A paciente não suportava o modo de Pressão de Suporte (PS), ocorrendo taquipnéia, ansiedade, dessaturação à oximetria de pulso, taquicardia e desconforto respiratório importante. O Rx mostrava elevação das cúpulas diafragmáticas bilaterais e sinais de hipoventilação em bases pulmonares. Não tinha febre, secreção traqueal ou leucocitose com desvio à esquerda ao hemograma. A gasometria mostrava hipoxemia e hipercapnia. Realizado então fluoroscopia que confirmou a paralisia diafragmática bilateral. Foi tentado o desmame ventilatório várias vezes sem sucesso e após 15 dias foi realizado traqueostomia. Adaptamos então um BiPAP Respironics Synchrony com PS de 10cmH₂O, EPAP 6 e IPAP 16 com boa aceitação. Isso foi usado inicialmente em todas as posições e depois realizado o desmame para utilizar apenas em decúbito dorsal e lateral, posições as quais não suportava permanecer um minuto sem a prótese ventilatória. **Resultados:** Recebeu alta da UTI em 30 dias com traqueostomia e utilização do BiPAP em decúbito dorsal. Como houve melhora respiratória em posição sentada ou em pé, conseguimos adaptar a paciente na máscara nasal, retirar a traqueostomia e manter a ventilação não invasiva noturna via máscara, pois mantinha muito desconforto respiratório em posição supina. Evoluiu muito bem, com alta para ambiente domiciliar, com o BIPAP, em 30 dias. Foi realizada espirometria em pé e deitada com 4 meses de pós operatório que mostrava CVF de 1,23 (42%) sentada e 0,62 (21%) em decúbito dorsal.

Como mantinha as queixas e o desconforto respiratório, o BIPAP foi mantido até 8 meses após a cirurgia, quando foi retirado a Ventilação Não Invasiva. Repetido espirometria cuja CVF foi de 1,51 (49%) sentada e 1,26 (41%) deitada. **Conclusão:** A ventilação não invasiva com dois níveis de pressão foi um tratamento de sucesso na paralisia diafragmática severa após cirurgia cardíaca, eliminando o desconforto respiratório relacionado ao decúbito e garantindo uma ventilação adequada.

PO687 HEMOPTISE AMEAÇADORA A VIDA SECUNDÁRIA A SEQÜELA DE PNEUMONIA: RELATO DE CASO

Gazzana MB, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Svartman FM, Xavier RG, Menna Barreto SS, Guimaraes M

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Insuficiência respiratória; Embolização brônquica

Introdução: Hemoptise é um sintoma bastante freqüente na prática clínica, com um bom prognóstico na maioria dos casos. Os episódios de sangramento maciço podem levar à falência respiratória e circulatória configurando uma situação ameaçadora a vida. **Objetivos:** Descrever um caso de hemoptise maciça com necessidade de suporte ventilatório e circulatório. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (unitermos: massive hemoptysis; life threatening hemoptysis). **Resultados:** 17%. Realizado fibrobroncoscopia que revelou sangramento na árvore brônquica esquerda sem localização precisa do ponto sangrante, com impressão de ser proveniente de árvore brônquica esquerda. Submetida à arteriografia 8 horas após o evento, a qual demonstrou ramos patológicos da artéria brônquica e mamária interna esquerdas, ambas submetidas a embolização com PVA e GELFOAN®. Realizada angioTC de tórax sem evidência de lesões suspeitas. Não apresentou novos episódios de hemoptise, evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar 8 dias após a admissão, com plano de avaliar tratamento cirúrgico ambulatorialmente. pte feminina, 38 anos, não tabagista, com 3 pneumonias prévias (última há 6 anos), há 6 horas da hospitalização iniciou com tosse e eliminação de sangue vivo sem outros sintomas precedentes. Apresentava-se lúcida, taquicárdica (FC: 110), hipotensa (PA: 80/50mmHg), SpO₂ 93% e ausculta pulmonar com crepitações bibasais. Após 24 horas apresentou novo episódio de hemoptise maciça (+500ml), evoluindo com insuficiência respiratória (SpO₂ 50%) e choque hemorrágico (hematócrito 32%). **Conclusão:** Hemoptise ameaçadora da vida pode ocorrer por seqüelas vasculares de pneumonias prévias, sendo a embolização brônquica uma alternativa terapêutica eficaz e segura.

PO688 HEMORRAGIA ALVEOLAR ISOLADA NA LEPTOSPIROSE ANICTÉRICA: RESPOSTA FAVORÁVEL DA PULSOTERAPIA COM CORTICÓIDE

Gazzana MB, Albanese R, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Boniatti MMA, Svartman FM, Tarso Roth Dalcin P

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Leptospirose; Hemorragia alveolar; Metilprednisolona

Introdução: A leptospirose é uma doença endêmica dos países em desenvolvimento e importante diagnóstico diferencial nas síndromes febris agudas com hemoptise. **Objetivos:** Descrever um caso de hemorragia alveolar grave secundária a leptospirose anictérica. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: leptospirose, alveolar haemorrhage). **Resultados:** 23%, mas sem disfunção hepática ou renal. Necessitou ventilação mecânica, uso de vasopressor apesar da reposição volêmica e transferência para CTI. Realizado pulsoterapia com corticóide e iniciado tratamento empírico para leptospirose após coleta de sorologia, a qual foi inicialmente negativa. Devido à história epidemiológica positiva e melhora clínica optou-se por manter tratamento e realizar biópsia pulmonar a céu aberto, além de coleta de nova sorologia. Histologia demonstrou parênquima pulmonar com hemorragia intra-alveolar pte masculino, 16 anos, veio à emergência após 4 dias de cefaleia, febre e tosse com escarro amarelado. Exame físico inicial demonstrava taquipnéia (FR: 36), febre (40°C), hipoxemia (SpO₂ 86%) e crepitações proto-inspiratórias difusas. RX de tórax demonstrava infiltrado alveolar difuso. Após 12 horas evoluiu com hemoptise maciça, choque circulatório, insuficiência respiratória (SpO₂ 56%), anemia aguda (hematócrito 33% ar. e imunohistoquímica com deposição de IgG em padrão linear na parede alveolar. ANCA e anti-MBG séricos negativos. Segunda sorologia foi positiva para leptospirose. Evoluiu com melhora clínica e suspensão do antibiótico após 8 dias de tratamento, e alta hospitalar 27 dias após a internação. **Conclusão:** A leptospirose faz parte do diagnóstico diferencial de hemorragia alveolar em regiões endêmicas apesar de o acometimento pulmonar exclusivo ser raro.

PO689 POSSÍVEIS MARCADORES HISTOLÓGICOS DAS CAUSAS DE ÓBITO EM HEMORRAGIA ALVEOLAR FATAL

Valente Barbás CS¹, Capelozzi VL², Ab'Saber AM³, Parra ER⁴, Da Cruz Santana AN⁵, Antunes T⁶, Monteiro J⁷, Borges ER⁸

1,3,4,5,6,7,8. HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar; Causas; Histologia

Introdução: A hemorragia fatal representa o evento final de um grande número de doenças que podem ser classificadas em quatro síndromes principais de acordo com a fisiopatologia do sangramento: infecciosa, inflamatória, congestiva e por distúrbios da coagulação. **Objetivos:** Avaliar a possível associação entre os quatro principais mecanismos de hemorragia fatal e achados histológicos de necropsias de pacientes que faleceram por sangramento pulmonar grave. **Métodos:** Foram revisadas 36 necropsias especiais de pacientes que faleceram de sangramento pulmonar fatal. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de acordo com o mecanismo fisiopatológico da hemorragia alveolar fatal. As lâminas das necropsias foram avaliadas e classificadas em 1. hemorragia recente e recorrente, 2. hemorragia difusa e focal, 3. hemorragia alveolar, intersticial ou mista, 4. presença de capilarite, 5. presença de sinais de infecção, 6. presença de trombos intravasculares, 7. presença de membrana hialina, 8. presença de fibrina, 9. presença de acometimento intersticial. Utilizamos a correlação de Spearman para avaliar as possíveis associações entre as causas de óbito e os

marcadores histológicos. **Resultados:** O modelo estatístico mostrou que os quatro mecanismos fisiopatológicos representam quatro causas distintas de hemorragia alveolar fatal. Os distúrbios de coagulação estiveram associados a hemorragia recente ($p = 0,02$). A presença de membrana hialina teve correlação negativa com as síndromes congestivas ($p = 0,014$) e positiva com as síndromes inflamatórias ($p = 0,016$). A presença de fibrina esteve relacionada às síndromes infecciosas ($p < 0,005$). **Conclusão:** Os mecanismos fisiopatológicos da hemorragia alveolar fatal podem ser classificados em quatro mecanismos distintos. Hemorragia recente, presença de membrana hialina e presença de fibrina são marcadores histológicos de distúrbios da coagulação, inflamação e infecção respectivamente.

PO690 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS DIFERENTES FORMAS DE MENSURAÇÃO DA PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÁXIMA (PIMÁX) EM PACIENTES COM VIA AÉREA ARTIFICIAL EM UNIDADES DE TERAPIA

Evangelista Gonçalves AC, Brandão DC, Lima VM, Tenorio de França EE
Hospital Agamenon Magalhães – Unidade de Terapia Intensiva, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Pressão inspiratória máxima; Via aérea artificial; Músculos inspiratórios
Introdução: Sobre as diferentes formas de obtenção da Pimáx em pacientes críticos, observando-se variações tanto em relação ao tempo de oclusão da válvula quanto em relação ao volume pulmonar nos quais essas manobras são iniciadas. **Objetivos:** Comparar diferentes formas de mensuração da Pimáx. Sujeitos 27 pacientes traqueostomizados ou entubados em uso de ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** A manovacuometria foi realizada randomicamente de quatro formas para cada paciente, variando o volume pulmonar inicial, próximo a VR e na capacidade residual funcional CRF, e/ou variando o tempo de oclusão da válvula unidirecional, por vinte segundos e tempo indeterminado. **Resultados:** Os valores obtidos com oclusão da válvula unidirecional por 20 segundos próximo a VR e na CRF não tiveram diferença ($p = 0,41$). Os valores obtidos próximos a VR com tempo indeterminado foram maiores quando comparados com os observados na CRF com tempo indeterminado ($p = 0,03$), assim como comparados aos valores observados próximos a VR com tempo de oclusão da válvula de vinte segundos ($p = 0,01$). Foi observado que o tempo médio de oclusão da válvula mensurado próximo a VR foi de 42,17 segundos, enquanto que na CRF foi de 35,34 segundos ($p = 0,03$). **Conclusão:** De acordo com nossos resultados, a melhor maneira de mensuração da Pimáx em pacientes com de via aérea artificial é com volume inicial próximo a VR com duração da técnica de aproximadamente 42 segundos. Entretanto, tais resultados não podem ser extrapolados para o restante da população, visto que se trata de uma amostra limitada, sendo necessários novos estudos para elucidar a melhor forma de mensuração da Pimáx.

PO691 INCIDÊNCIA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA UTI DE UMA UNIDADE DE URGÊNCIA PÚBLICA

Socorro de Lucena Cardoso MD, De Albuquerque VC, Martins RO, Raad SS
Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Palavras-chave: Insuficiência respiratória; Epidemiologia; Terapia intensiva
Introdução: A insuficiência respiratória aguda (IRpA) pode ser definida como a incapacidade do sistema respiratório de manter a ventilação e/ou a oxigenação do paciente, que se instala rapidamente ($PaO_2 < 60\text{mmHg}$ e/ou $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$). Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos da IRpA, a sua incidência e resultados ainda não está bem definida no Brasil. **Objetivos:** Analisar os aspectos epidemiológicos dos pacientes que desenvolveram IRpA numa UTI pública da cidade de Manaus no ano de 2005. **Métodos:** Avaliou-se retrospectivamente os prontuários dos 757 pacientes admitidos na UTI do PS 28 de Agosto em Manaus-AM em 2005. **Resultados:** No ano de 2005 foram internados 757 pacientes na UTI do Pronto Socorro 28 de Agosto em Manaus. Destes, 138 (18,2%) foram diagnosticados portadores de IRpA. Eram do sexo masculino 80 (58%) pacientes, e 58 (42%) do sexo feminino. Distribuíram-se entre 16 e 95 anos, sendo a idade média de $58,9 + 19,3$ anos, e a faixa etária mais prevalente foi entre 60 e 70 anos (20,3%); o grupo sem IRpA teve uma média de idade de $53,4 + 19,2$. O grupo com IRpA apresentou um tempo médio de internação de $11,5 + 16,0$ dias, contra $8,1 + 10,2$ dias do grupo sem IRpA. A taxa de mortalidade dos pacientes com IRpA (60,1%) foi superior ao do grupo sem IRpA (33,8%). As principais causas de IRpA nessa UTI foram: pneumonia (21,0%), DPOC descompensada (15,2%), aspiração secundária a AVC (13,0%), sepsis (11,6%), edema agudo de pulmão (6,5%), asma grave (2,9%), intoxicação por drogas (2,2%), neoplasias (2,2%) e outras (25,4%). Aqueles pacientes que ficaram internados por um período menor do que 11,5 dias apresentaram uma taxa de mortalidade (43,5%) inferior ao grupo internado por mais de 11,5 dias (56,5%). **Conclusão:** A insuficiência respiratória aguda (IRpA) mostrou-se frequente na UTI de um pronto-socorro da cidade de Manaus, apresentando uma incidência semelhante a de outros centros (em torno de 15%). Embora o conhecimento diagnóstico e terapêutico da IRpA já tenha avançado bastante, a sua mortalidade permanece elevada, confirmando a gravidade desta doença.

DOENÇAS PULMONARES EM PEDIATRIA

PO692 MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA CONGÊNITA - CASUÍSTICA DO HC - FMB - UNESP

Cataneo DC¹, Dini RB², Cataneo AJM³

1,3. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Malformação adenomatóide cística congênita do pulmão; Doenças pulmonares; Congênito

Introdução: A Malformação Adenomatóide Cística Congênita (MACC) tem origem no período canalicular do desenvolvimento embrionário pulmonar. Conceitualmente é a proliferação J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

anormal de bronquíolos terminais com supressão do crescimento alveolar e formação de cistos. Classifica-se, segundo Stocker, em tipo I, aquelas com cistos de 0,5 a 7cm de diâmetro, tipo II, com cistos de 0,5 a 2cm e tipo III, com cistos diminutos, de 0,5 a 1,5mm. Clinicamente é uma das doenças que causa a angústia respiratória do recém-nascido. Deve-se pensar no diagnóstico sempre quando há poliidrânio materno e hidropsia fetal. Apresenta associação com outras malformações mais frequentemente no tipo II. O diagnóstico é feito por ultra-sonografia fetal (US) e no caso da não realização de pré-natal, após o nascimento, por radiografia simples de tórax (Rx). O tratamento indicado é o cirúrgico, pela sintomatologia relacionada ao desconforto respiratório e infecções de repetição, além do risco aumentado de neoplasia. **Objetivos:** Analisar os casos de MACC operados no Serviço de Cirurgia Torácica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Métodos:** Foram revistos todos os casos de MACC operados em nosso serviço, de 1992 a 2005, com ênfase no sexo, sintomas, idade de diagnóstico, exame que levou ao diagnóstico, lobos comprometidos, tempo decorrido até a cirurgia, cirurgia realizada, e achado anatomopatológico. **Resultados:** Oito crianças tiveram o diagnóstico de MACC, sendo 04 de cada sexo, com idade variando de 6 horas a 6 anos. Metade dos pacientes apresentaram sintoma de desconforto respiratório. O tempo decorrido do aparecimento dos sintomas até o diagnóstico foi de 6 horas a 55 meses. A suspeita diagnóstica foi feita por US pré-natal em 4 casos, em 4 por Rx e tomografia de tórax. O lobo mais comumente afetado foi o médio, juntamente com o inferior direito, em 3 pacientes cada. Em 6 pacientes foram realizadas lobectomias dos lobos comprometidos, em 1 lingulectomia e em outro segmentectomia anatômica do segmento posterior do lobo superior direito. O anatomopatológico confirmou 6 casos de MACC do tipo I e 2 do tipo II. Em 2 dos casos do tipo I houve associação com outras malformações como meningomielocele, hidrocefalia e pé torto congênito e o outro com comunicação inter-ventricular e persistência do canal arterioso. **Conclusão:** A MACC é uma doença pulmonar congênita de pequena incidência. O tratamento cirúrgico foi indicado em todos os casos, com evolução favorável. Talvez, pela sua baixa incidência, exista dificuldade do pediatra encaminhar a criança já com hipótese diagnóstica de MACC.

PO693 ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO - CASUÍSTICA DO HC - FMB - UNESP

Cataneo DC¹, Hasimoto EN², Cataneo AJM³

1,3. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Enfisema pulmonar; Congênito; Enfisema

Introdução: O enfisema lobar congênito é a hiperinsuflação de um ou mais lobos pulmonares resultantes de anormalidades brônquicas ou alveolares, sendo difícil sua diferenciação com hiperinsuflações adquiridas, resultantes de obstruções brônquicas valvulares. Alguns autores referem que esta patologia é decorrente de alterações cartilaginosas nos brônquios do lobo enfisematoso (Stovin 1959), e outros referem ser devido ao aumento do número de alvéolos do lobo afetado (Histop & Reid 1970). O enfisema do lobo superior esquerdo costuma ser o mais frequente, seguido do lobo médio. Pode causar angústia respiratória aguda no recém-nascido, pelo aprisionamento de ar localizado que comprime o pulmão normal ipsilateral e contralateral. O tratamento indicado é a ressecção do lobo hiperinsuflado para que haja decompressão do restante do pulmão. **Objetivos:** Avaliar os casos de enfisema lobar congênito operados no Serviço de Cirurgia Torácica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Métodos:** Foram revistos todos os casos de enfisema lobar congênito operados no nosso serviço, de 1996 a 2004, com ênfase na idade do aparecimento da sintomatologia, tempo decorrido até a cirurgia, exame que levou ao diagnóstico, lobos comprometidos, cirurgia realizada, e achado anatomopatológico. **Resultados:** Dez crianças de 1 mês a 2 anos apresentaram enfisema lobar. Todas tiveram sintomas, com o aparecimento desde o nascimento até 3 meses de idade, caracterizados por desconforto respiratório ou pneumonia. O tempo decorrido do aparecimento dos sintomas até a cirurgia foi de 12 dias a 22 meses e o exame que levou a suspeita diagnóstica foi a radiografia simples de tórax em todos os casos, com confirmação pela tomografia em 9 deles. O lobo mais comumente atingido foi o médio, em 6 pacientes. Foram realizadas lobectomias dos lobos comprometidos e exérese de cisto broncogênico mais bilobectomia em um caso. O achado anatomopatológico foi muito pobre, não foram encontradas alterações cartilaginosas em nenhum dos casos, tampouco confirmada polialveolar. Todos os pacientes evoluíram bem, saindo do ventilador logo após a cirurgia. **Conclusão:** A demora para chegar ao diagnóstico sugere que o médico não está pensando nesta doença, e talvez, pela sua baixa incidência, muitos nem a tenham visto ainda.

PO694 PSEUDOANEURISMA VERTEBRAL COMPRESSIVO DE PULMÃO ESQUERDO EM CRIANÇA

Cataneo DC¹, Harimoto CN², Baida RL³, Ruiz Jr RL⁴, Moura R⁵, Cataneo AJM⁶

1,4,6. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 2. Residência em Cirurgia Geral do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 3. Residência em Cirurgia Torácica do HC - FMB - UNESP, Botucatu, SP, Brasil; 5. Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Palavras-chave: Falso aneurisma; Dissecção da artéria vertebral; Aneurisma

Introdução: Cateteres venosos centrais, apesar de aparentemente seguros e amplamente divulgados pela possibilidade de colocação por qualquer profissional, podem causar diversas complicações, sendo algumas bastante graves. Inúmeros trabalhos mostram que a literatura é vasta no que diz respeito a essas complicações, desde as mais comuns, como o pneumo e o hidrotórax, até trombozes, perfuração de vasos e formação de pseudoaneurismas. Em crianças pequenas, a melhor técnica preconizada é a de Seldinger, com baixos índices de complicação pela detecção do vaso por meio de ultra-sonografia. O tratamento das complicações de acesso venoso central é complexo, podendo variar desde a retirada do mesmo, no caso de infecção ou hidrotórax, até a necessidade de abordagem cirúrgica para

correção de perfurações arteriais e pseudoaneurismas. **Objetivos:** Relatar um caso de pseudoaneurisma após introdução de catéter de duplo-lúmen. **Métodos:** Avaliação da história prévia, diagnóstico, cirurgia e evolução através de prontuário. **Resultados:** Criação de 4 anos, com Síndrome hemolítico-urêmica e insuficiência renal crônica, em hemodiálise há 1 ano, através de catéter de duplo-lúmen, locado atualmente em subclávia direita. Deu entrada no Pronto Socorro infantil de nosso serviço e foi internada com suspeita de pneumonia à esquerda. No dia da internação foi feita uma tomografia de tórax, que mostrava o lobo superior esquerdo opacificado e comprimido por uma massa arredondada, de 5cm de diâmetro, localizada próxima ao cado da aorta, tronco da artéria subclávia e veia inominada, com intenso realce após injeção de contraste. Solicitada nossa avaliação, foi sugerida arteriografia, por parecer tratar-se de um aneurisma da artéria subclávia. Foi realizado inicialmente um duplex da artéria que visibilizou uma massa pulsátil, com fluxo arterial e imagens hiperecogênicas em seu interior, compatível com um pseudoaneurisma, na emergência da artéria vertebral, de 2,35x2,04cm. A arteriografia de artéria subclávia esquerda evidenciou extravasamento de contraste pela artéria vertebral, caracterizando um pseudoaneurisma da mesma. Foi submetida a cervicosternotomia esquerda e ressecção do pseudoaneurisma, juntamente com os trombos, com boa expansão pulmonar. **Conclusão:** Apesar de introduzido uma única vez à esquerda, pela técnica de Seldinger, o cateter de duplo-lúmen propiciou a formação de um pseudoaneurisma da artéria vertebral, que é ramo da subclávia esquerda. Nesse caso, a complicação foi grave, pois além das múltiplas comorbidades da criança, apresentou compressão e infecção pulmonar, além de insuficiência respiratória. A problemática da abordagem cirúrgica ocorreu no sentido de tentar realizar algum procedimento endovascular que possibilitasse a sua correção, no entanto, o efeito de massa não seria corrigido. A localização do pseudoaneurisma tornou a ressecção delicada, mas houve a possibilidade de descompressão pulmonar e reestabelecimento da mecânica ventilatória normal.

PO695 PNEUMONIA LIPÓIDICA EM UM PACIENTE COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA

Magalhães EF, Almeida GR, Kanebley JA, Beraldo CL
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Lipóidica; Encefalopatia

Introdução: A pneumonia aspirativa se aplica à doença pulmonar resultando da entrada anormal de secreção exógena ou endógena em direção ao trato respiratório inferior. A forma mais comum da pneumonia aspirativa é a pneumonite química causada por leite, ácido gástrico e óleo mineral, dentre outros. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia lipóidica em um paciente, já adolescente, associada ao uso crônico de óleo mineral. **Métodos:** Relato de caso. Relatamos o caso de um adolescente de 14 anos, do sexo masculino, com diagnóstico prévio de encefalopatia hipóxico-iscêmica, devido à anóxia neonatal. No ano de 2005 passou a apresentar constipação intestinal crônica onde foi indicado o uso de óleo mineral por um período de 30 dias. Após este período passou a apresentar febre associado à tosse produtiva e peito cheio. Recebeu atendimento sendo observado na ausculta respiratória estertores bilaterais. Foi feita uma radiografia de tórax evidenciando pneumonia. Paciente foi internado recebendo sulfametoxazol + trimetoprim permanecendo em ambiente hospitalar por 17 dias. Neste período foram realizadas sorologias para Blastomicose e Histoplasose que se apresentaram negativas. Houve melhora clínica, persistindo, porém imagem radiológica com condensação pulmonar bilateral, do tipo alveolar. Recebeu alta. Após alguns dias reiniciou com quadro de febre associado a vômitos sendo novamente internado. Feito nova radiografia de tórax com persistência da imagem anterior. Realizada então Tomografia de Tórax: imagem de condensação do tipo "vídrio fosco" em ambos os pulmões. Sugerido então diagnóstico de Pneumonia Fúngica recebendo cetoconazol. Encaminhado a este serviço para avaliação onde o paciente se apresentava em bom estado geral, sem sinais ou sintomas de infecção, porém com emagrecimento de 9 quilos. Ausculta pulmonar fisiológica. Para investigação de incoerência de deglutição foi feita uma cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico que se apresentava normal. Na biópsia pulmonar transbrônquica via broncoscópio, observou-se parênquima pulmonar com preenchimento alveolar difuso, de intensidade variada, representada por grande quantidade de macrófagos volumosos, com citoplasma amplo e grosseiramente vacuolizado, por vezes globuloso, definindo o diagnóstico como Pneumonia Lipóidica. **Resultados/discussão:** O quadro clínico da pneumonia aspirativa constitui em febre, taquipnéia e chiado. O diagnóstico definitivo da pneumonia aspirativa é difícil, necessitando da realização de uma broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia. Esta última tem a finalidade de diagnosticar o agente envolvido, através dos achados patológicos do material obtido. O tratamento é de suporte, incluindo oxigenação, hidratação e corticoterapia. **Conclusão:** Pela possibilidade desta complicação, recomenda-se que pacientes com risco de broncoaspiração evitem utilizar-se do óleo mineral e que o mesmo seja utilizado por períodos curtos, pois com o uso crônico, o risco de aspiração torna-se maior.

PO696 HIPERTROFIA DE TIMO

Magalhães EF¹, Beraldo CL², Coutinho DS³

1. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil; 2. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil; 3. Hospital Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hipertrofia; Timo; Timoma

Introdução: A principal estrutura do mediastino anterior, o timo, é uma fonte freqüente de confusão na interpretação da radiografia de tórax, principalmente nos diagnósticos diferenciais de massas mediastinais, cardiomegalia e pneumonias. **Objetivos:** O objetivo do trabalho é relatar um caso de hipertrofia de timo em um lactente, que havia recebido diagnóstico de pneumonia. **Métodos:** Relato de Caso: Lactente com 48 dias de vida apresentou há 20 dias quadro clínico de choro intenso associado à congestão nasal, rinorréia espessa e esverdeada além de peito cheio. Propedêutica pulmonar normal. Passou no posto de saúde

sendo feita uma radiografia de tórax evidenciando condensação no lobo superior direito sugerindo um quadro de pneumonia. Tratado com ceftriaxone e posteriormente amoxicilina. Após 10 dias, já assintomático, fez uma consulta de retorno onde foi feita uma nova radiografia de tórax persistindo a imagem radiológica anterior. Recebeu novo esquema antimicrobiano - cefalexina - e foi encaminhado a este serviço. Ao exame se apresentava em bom estado geral, sem febre ou sinais de desconforto respiratório. Optamos pela realização de uma tomografia de tórax que evidenciou um aumento de volume em mediastino anterior sugerindo hipertrofia de timo. **Resultados:** Discussão Embora o crescimento do timo persista durante a infância até a fase pré-puberal, ele é relativamente mais proeminente nos lactentes e crianças pequenas. Infelizmente não existe uma metodologia específica que possa diferenciar o timo de uma massa linfomatosa, já que ambas estão no mediastino anterior. Mesmo os exames radiológicos de tórax não são fidedignos. O sinal radiológico clássico da hipertrofia de timo é o "sinal da vela", já que o timo projeta-se lateralmente (usualmente para a direita) para o mediastino superior, e sua forma remanescente se assemelha a uma vela de navio. A ausência de broncogramas aéreos ajuda na distinção de consolidação do lobo superior. **Conclusão:** Concluímos que, principalmente em lactentes e crianças pequenas, o diagnóstico de hipertrofia de timo (Timoma) deverá sempre estar presente dentre as massas que acometem o mediastino anterior.

PO697 ESTUDO MULTICÊNTRICO DE UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Rozov T¹. Grupo de Estudo Multicêntrico

1. Estudo Multicêntrico, São Paulo, SP, Brasil; 2. Instituto da Criança-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Estudo multicêntrico; Pneumologia pediátrica

Introdução: A fibrose cística (FC), doença genética autossômica recessiva, é conhecida por doença pulmonar obstrutiva supurativa crônica, insuficiência pancreática e níveis elevados de suor. A elevada morbidade e mortalidade são importantes motivos de sua caracterização e pesquisa. **Objetivos:** Avaliar a morbidade no período de 6 meses de uma população de FC estáveis, num estudo multicêntrico do Brasil. **Métodos:** Levantamento dos aspectos demográficos de pacientes FC de ficha clínica padrão, preenchida por seus médicos. **Resultados:** Foram avaliadas as fichas de 86 FC (36F: 50M), de 6 a 65,4 anos, divididos em 3 grupos (6-11 a -53%, 12-13 a -9%, acima de 14 a -38%), nos 14 Centros FC. A média de idade ao diagnóstico nos 3 grupos foi de 3,9 anos, 6 e 19,9 anos. Os sintomas iniciais mais comuns foram: infecções pulmonares (86%), má nutrição (41%) e insuficiência pancreática (46%). As médias do VEF 1 (% do previsto) e de SpO₂, segundo as 3 faixas etárias, foram 77%, 67,7% e 65,9% e 96,3%, 97,3% e 95,1%, respectivamente. Dos 62 pacientes com estudo bacteriológico, 32% têm colonização crônica por P. aeruginosa e 16,4% por S. aureus; a colonização é intermitente por esses germes, em 41,9% e 55,8%. O escore de Shwachman de 65 FC é moderado em 27,7% e normal ou leve em 72,3%. De rotina, nos últimos 6 meses, 69% realizam fisioterapia respiratória, 65,9% recebem medicação broncodilatadora, 61% recebem enzima pancreáticas e suplementos orais, 62% utilizam antibióticos (sendo 16,5% azitromicina) e 40% fazem uso de corticosteróides. Ainda 9% usam O₂ domiciliar, nas crises e/ou noturno. No último semestre, 54% procuraram o Centro FC por reagudização pulmonar, 38% (IC95%: 28,1-49,5%) dos pacientes FC foram-1 a 2 vezes-internados, sendo 85% por exacerbação pulmonar, e 22% foram atendidos até 3 vezes no Pronto Atendimento. **Conclusão:** Pelos resultados, os autores concluem que a morbidade relacionada à doença é muito elevada e a qualidade de vida dos pacientes com FC é muito baixa. *NOTA-Por ser um estudo multicêntrico, não tivemos espaço para a inclusão de todos os autores no campo (autores). A seqüência foi o número de pacientes incluídos. Os autores do presente estudo são: Paulo Dalcin (HC-Porto Alegre), Sônia Chiba (UNIFESP), Cláudia Castro (H.A. SABIN-Fortaleza), Laurinda Higa (IFFIGUEIRA-RJ), Francisco Reis (CGPEDIATRIA-BH), Paulo Camargo (HC-UFMG), Antonio Fernando Ribeiro (UNICAMP-PEDIATRIA), Giesela Ferrari (UNESP Botucatu), Lidia Torres (USP-RIBEIRÃO), Neiva Damaceno (Santa Casa de SP), Cláudia L.B. da Costa (UFUBERLÂNDIA-MG), Maristela Cunha. *Os autores agradecem produtos Roche pelo apoio logístico e estatístico.

PO698 EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Magalhães EF¹, Teles JC², Teixeira RC³, Beraldo CL⁴

1. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil; 2,3,4. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Palavras-chave: Eventração; Diafragmática; Frênico

Introdução: Eventração de toda ou uma porção de um ou ambos diafragmas seguem-se ao mal desenvolvimento do músculo diafragmático ou, mais comumente, a interrupção do nervo frênico no nascimento e também por trauma cirúrgico. Eventração total usualmente é mais freqüente no diafragma esquerdo ao passo que uma eventração parcial localiza-se no diafragma direito. **Objetivos:** O objetivo do trabalho é relatar um caso de eventração diafragmática direita em um paciente com histórico de pneumonia persistente na radiografia de tórax. **Métodos:** Relato de caso: Paciente de 6 anos, sexo masculino, apresentou há 5 dias quadro de tosse produtiva diuturna associado a coriza hialina e obstrução nasal. Passou no pronto atendimento onde não se observou alterações ao exame físico, apresentando propedêutica pulmonar normal. Vacinações em dia. Paciente não tinha histórico de patologias anteriores. Foi solicitada uma radiografia de tórax onde foi evidenciada uma área radiopaca, com limites definidos, em região supradiafragmática direita. Realizada tomografia de tórax observando elevação da cúpula diafragmática direita sugerindo o diagnóstico de eventração. **Resultados/discussão:** O quadro clínico é variável. Nas eventrações parciais o paciente usualmente se apresenta assintomático e o diagnóstico é casual. Não é infreqüente desconforto respiratório como visto na hêmia de Bochdaleck - com dispnéia, taquipnéia e cianose. O exame físico pode demonstrar desvio da traquéia e do coração, com diminuição e ausência dos sons respiratórios no tórax envolvido. Fluoroscopia e radiografia de tórax são essenciais para o diagnóstico. O grau da elevação diafragmática é documentado pela visualização de um arco fino, com limites definidos sobre as vísceras abdominais. O diagnóstico diferencial inclui paralisia do

nervo frênico, tumores, cistos, hérnia de Morgagni, pneumonia e às vezes, efusão pleural. **Conclusão:** Nosso objetivo foi demonstrar as imagens radiológicas e o quadro clínico de uma eventração diafragmática parcial direita, onde o paciente se apresentava assintomático. O diagnóstico foi casual, após uma radiografia de tórax. Devemos dar importância aos diagnósticos diferenciais desta patologia, lembrando sempre da associação clínica característica.

PO699 PREVALÊNCIA DE PNEUMONIA POR MYCOPLASMA NA ENFERMARIA/AMBULATÓRIO DE PNEUMO-PEDIATRIA DO HRT/SES/DF

GF Lima DM¹, Carlos Filho RA², Mendes AB³

1. HRT, Brasília, DF, Brasil; 2,3. ESCS/FEPECS-DF, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Mycoplasma; Pneumonia; Pediatria

Introdução: Os Mycoplasmas, bactérias do grupo dos atípicos, são considerados os menores microorganismos vivos cuja transmissão ocorre de pessoa a pessoa por meio de gotículas eliminadas pela tosse de indivíduos infectados. O quadro clínico é caracterizado com tosse seca progredindo a produtiva, estado de hiperreatividade brônquica, coriza e dispnéia, febre, cefaléia, exantema, artralgia, mialgia, diarreia, otite, miringite, e queda do estado geral. A prevalência do *M. pneumoniae* é bastante variável na literatura. Descrita como rara ou incomum abaixo dos 5 anos de idade e com alta prevalência em escolares e adultos jovens, a pneumonia por Mycoplasma representa de 10 a 30% das pneumonias comunitárias agudas na faixa etária de crianças e adultos jovens. **Objetivos:** Estabelecer a prevalência de pneumonia causada por Mycoplasma em pacientes internados na enfermaria/ambulatório de pneumologia pediátrica do Hospital Regional de Taguatinga – DF (HRT), bem como a prevalência desta nas diversas faixas etárias pediátricas e sua distribuição ao longo dos meses do ano, no período de junho de 2005 a maio de 2006. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo no qual foi medida a prevalência de pneumonia por Mycoplasma na enfermaria de pneumologia pediátrica do HRT. Paralelo à descrição do estudo de prevalência na enfermaria foram colocados dados comparativos do ambulatório de pneumologia pediátrica do mesmo hospital de forma a estabelecer uma maior significância ao estudo. **Resultados:** Durante o período de junho de 2005 a maio de 2006 estiveram internados 1991 pacientes na unidade de pediatria do HRT sendo que destas, 340 corresponderam a pacientes acometidos por pneumonia e estiveram internados na pneumo-pediatria do mesmo hospital. Destes, pensou-se no Mycoplasma como agente etiológico em 98 casos (28,82%). No ambulatório foram obtidos 18 crianças com confirmação sorológica. A quantidade de crianças entre 2 e 5 anos incompletos é semelhante ao descrito em crianças maiores de 10 anos, resultado este que vem sendo relatado com cada vez mais frequência na literatura. A faixa etária de maior prevalência, em se tratando de enfermaria, foi a de crianças entre 5 e 10 anos incompletos com um total de 21 crianças. Evidencia-se que o pico de incidência do Mycoplasma se dá nos meses mais frios (maio a agosto), sendo observados neste período 27 dos 44 casos confirmados na enfermaria (61,36%), sendo o mês de junho o pico com 11 casos (25%). **Conclusão:** O Mycoplasma mostrou-se um agente frequente de pneumonias da comunidade. Em nosso estudo foi possível quantificar o número de casos de Pneumonia no período de um ano e, em especial, as causadas por Mycoplasma na enfermaria de pneumo-pediatria do HRT. Ratificam-se, desta forma, dados encontrados na literatura nacional, sendo cada vez mais frequente a descrição da proximidade do número de casos nas faixas etárias entre dois e cinco anos relacionados aos maiores de dez anos. Este trabalho apresenta-se ainda em acordo com a sazonalidade descrita no país para a doença ao longo do ano.

PO700 DETECÇÃO DE AMIDO NO LAVADO BRONCOALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ASPIRATIVA NA INFÂNCIA

Menna Barreto LW, Chakr VCG, Dias ACO, Spolidoro JV, Stein RT, Jones MH, Pitrez PMC PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Amido; Lavado broncoalveolar síndrome aspirativa

Introdução: A síndrome aspirativa (SA) é uma causa comum de doença respiratória crônica na infância, estando frequentemente associada a refluxo gastroesofágico ou distúrbio da deglutição. O diagnóstico de SA é difícil de ser realizado devido a baixa sensibilidade e especificidade de dos testes diagnósticos disponíveis. Em um modelo experimental, a detecção de amido no lavado broncoalveolar (LBA) demonstrou ser fácil e de baixo custo para diagnóstico de SA. **Objetivos:** Descrever um novo método diagnóstico da SA em crianças, através da detecção de amido no LBA nesse grupo de pacientes. **Métodos:** Foram estudados 11 crianças, de 3 a 22 meses de idade, com suspeita clínica de SA. Os pacientes foram submetidos a LBA com pesquisa de grânulos de amido e lipídios em macrófagos alveolares. As amostras foram coradas com iodo a 1% e Oil Red O para pesquisa de amido e lipídios em macrófagos respectivamente. Previamente ao procedimento, cada criança recebeu uma dieta enriquecida com amido a 3%, por cinco dias. **Resultados:** O LBA foi realizado com sucesso em todos os pacientes, sem complicações. Dos 11 pacientes estudados, 9 apresentaram pesquisa de amido positiva. Foi possível identificar grânulos de amido tanto dentro da célula como livres no LBA. A pesquisa de lipídios foi positiva em 8 amostras. Em dois pacientes não foram pesquisados lipídios. **Conclusão:** A pesquisa de amido no LBA é um teste de fácil realização, tanto pela boa adesão à dieta pelos lactentes, quanto pelo procedimento técnico de identificação dos grânulos. O método pode ser potencialmente útil na investigação de SA em crianças, apresentando baixo custo, alta especificidade e reduzido risco aos pacientes.

PO701 SÍNDROME DE CIMITARRA ASSOCIADA A COMUNICAÇÃO INTERATRIAL (CIA): RELATO DE CASO

Coutinho DS, Neto FA, Divan LA

Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Cimitarra; CIA; Hipoplasia pulmonar

Introdução: A Síndrome de Cimitarra é uma anomalia congênita rara, caracterizada por defeito parcial da drenagem venosa do pulmão direito para veia cava inferior, acompanhada J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

de hipoplasia pulmonar direita, anormalidades brônquicas, dextrocardia e suprimento arterial sistêmico para o pulmão direito. A sintomatologia é pobre mas, podem ocorrer desde leve dispnéia, astenia, baixo desenvolvimento pândero-estatural até falência cardíaca congestiva. **Objetivos:** Relatar caso de Sínd. de Cimitarra associada a CIA. **Métodos:** Relato de caso: Lactente, 7 meses, previamente hígida, internada por quadro de taquidispnéia. Ao exame clínico apresentava-se em regular estado geral, acianótica, taquipnéica, perfusão periférica adequada com ausculta respiratória de murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito e cardíaca com sopro sistólico ejetivo melhor audível em borda esternal esquerda baixa sem outras anormalidades. Exames: Radiografia de tórax com velamento pulmonar parcial à direita e desvio homolateral da traquéia. Ecocardiograma com comunicação interatrial tipo ostium secundum de 12mm com importante repercussão hemodinâmica. Considerado diagnóstico de pneumonia associada a CIA e realizada antibioticoterapia com boa evolução clínica. Encaminhada para cirurgia cardíaca, após 6 meses de seguimento ambulatorial, tendo diagnóstico intra-operatório de Sínd. de Cimitarra com drenagem anômala da veia pulmonar, CIA e hipoplasia de pulmão direito. Atualmente em acompanhamento ambulatorial após 2 anos da cirurgia tendo desenvolvimento satisfatório. **Resultados/discussão:** No caso apresentado o diagnóstico de Sínd. de Cimitarra ocorreu inesperadamente durante a cirurgia de má formação cardíaca tendo em vista o diagnóstico inicial de pneumonia associada a CIA. Na suspeita diagnóstica: radiografia de tórax com pulmão direito pequeno, desvio de mediastino homolateral e imagem radiológica de uma curva descendente vertical com banda paralela ao diafragma à direita do coração; é essencial a confirmação diagnóstica por angiografia para posterior tratamento. **Conclusão:** Embora entidade rara, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com imagem radiológica hipotransparente e persistente em hemitórax direito associada a alterações cardíacas com ou sem repercussão clínica.

PO702 POBREZA COMO FATOR DE PROTEÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE ASMA EM RECIFE. ESTUDO PRELIMINAR DE CASO-CONTROLE

De Britto MA¹, Freire EF², Couceiro LM³

1,2. IMIP, Recife, PE, Brasil; 3. UFPE, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Pobreza; Criança

Introdução: No Nordeste do Brasil, tanto a asma quanto a pobreza são problemas frequentes. Apesar da relevância desses fatores e de uma base teórica (a teoria da higiene) há poucos estudos sobre a relação entre pobreza e desenvolvimento de asma. **Objetivos:** Determinar se a pobreza é fator de proteção para o desenvolvimento de asma em crianças e adolescentes do Nordeste do Brasil e determinar a associação entre asma e outros fatores de risco: aleitamento materno exclusivo e alergia familiar. **Métodos:** O estudo foi do tipo caso-controle prospectivo e teve como amostra crianças e adolescentes atendidos em ambulatório de pediatria do Sistema Único de Saúde de Recife (IMIP), com idade entre seis e quatorze anos, entre 02/03/2006 e 21/03/2006, avaliadas por questionário. Foram considerados casos participantes com pelo menos três episódios prévios de sibilância/dispnéia ou com diagnóstico de asma e controles sem estes requisitos. Foram recrutados dos ambulatórios de pediatria geral, neuropediatria, ortopedia e oftalmologia pediátricas do IMIP. Para este estudo preliminar, utilizou-se uma sub-amostra de 90 participantes. **Resultados:** Os valores de renda per capita variaram de R\$ 18,00 a 1100,00, com média de R\$ 140,90. Foram muito pobres 23 participantes (25,6%), 36 (40%) foram pobres e 31 (34,4%) não-pobres. Não foi encontrada associação entre asma e pobreza (qui-quadrado de associação de Pearson = 0,18 e p = 0,91). História familiar de alergia esteve presente em 68 (75,6%) e foi desconhecida em um deles. Foi significativamente mais comum nos casos (qui-quadrado de associação de Pearson = 4,9614; p = 0,0259). Com relação ao aleitamento materno exclusivo, oito (8,9%) nunca foram amamentados e 49 (54,5%) foram amamentados por menos de três meses. Apenas oito (8,9%) foram amamentados exclusivamente por mais de seis meses. Os dados obtidos não sugerem haver associação entre asma e pobreza. Todavia, a continuação desta pesquisa, com controle de fatores de confundimento inclusive, além de estudos subsequentes, poderão responder esta questão de forma mais acurada.

PO703 USO DE AEROSOL DOSIMETRADO ASSOCIADO A ESPAÇADOR NO TRATAMENTO DA CRISE ASMÁTICA

Becker Lotufo JP¹, Sabino HM², Pilla ES³

1,2. Hospital Universitário da USP, São Paulo, SP, Brasil; 3. Universitário da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Espaçador; Custo

Introdução: O uso de aerosol dosimetrado com espaçador para administração de broncodilatadores na crise asmática está consagrado na literatura. Nos últimos anos vários centros têm substituído a nebulização pelo uso de aerosol dosimetrado com espaçador. Há 6 meses o Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Universitário da FMUSP optou pela introdução desta técnica no tratamento da crise asmática, abandonando o uso da nebulização. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é descrever o impacto da mudança na técnica inalatória no custo do tratamento da crise asmática e no tempo de permanência da criança no hospital. **Métodos:** No custo na nebulização já estão computados os gastos com oxigênio e solução fisiológica. Para o cálculo do custo do aerosol dosimetrado foi realizado uma pesquisa de mercado e recalculado o preço por jato tanto do fenoterol quanto do salbutamol, comparado com a medicação inalatória tradicional. **Resultados:** Para que a nova técnica fosse empregada adequadamente o hospital adquiriu 40 espaçadores (com máscara ou bucal e válvula expiratória, ELEFANTAIR™), sendo este custo inicial de 600 dólares americanos. A comparação do custo na administração das drogas por nebulização versus aerosol dosimetrado com espaçador encontra-se nas tabelas abaixo: SALBUTAMOL: NEBULIZAÇÃO (600mcg) AEROSOL/ESPAÇADOR (200mcg) 0,45 reais ou 1,82 reais ou 0,22 dólares americanos 0,90 dólares americanos FENOTEROL: NEBULIZAÇÃO (600mcg) AEROSOL/ESPAÇADOR (200mcg)

0,24 reais ou 0,06 reais ou 0,12 dólares americanos 0,03 dólares americanos O tempo gasto na administração das primeiras três nebulizações foi em média de 90 minutos por paciente. Já o tempo gasto na administração dos três primeiros aerossóis foi de 50 minutos por paciente. No tempo de administração está computado os 15 a 20 minutos necessários para a reavaliação do paciente após o uso da droga. **Conclusão:** Apenas o FENOTEROL demonstrou trazer vantagens de custo para o hospital quando administrado por aerosol. A diferença de preço entre SALBUTAMOL e FENOTEROL é muito grande e é necessário estabelecer em estudos posteriores se realmente há vantagens na administração do primeiro para o paciente. O tempo de permanência na Emergência é menor no grupo que recebeu a medicação pela técnica de aerosol dosimetrado com espaçador.

PO704 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA DE MORGAGNI: RELATO DE CASO

Vaz AC, Pinto PH, Pereira LF, Teixeira JM
Santa Casa de Misericórdia - Pará, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Hérnia; Congênita; Diafragmática

Introdução: A hérnia diafragmática congênita (HDC) se caracteriza por um defeito embriológico na formação do diafragma com conseqüente entrada de vísceras abdominais na cavidade torácica. Sua ocorrência é rara, apresentando uma incidência de 1:4000 partos. O defeito ocorre do lado esquerdo em 80% dos casos, em conseqüência da persistência do canal pleuro-peritoneal. As hérnias bilaterais representam 1% dos casos e, geralmente, são fatais. A HDC, ainda, pode ser dividida em anterior ou de Morgagni e posterior ou de Bochdalek. A de Morgagni é mais rara e tende a não apresentar sintomatologia no período neonatal. Esta se unilateral, ocorre com maior freqüência do lado direito. A principal complicação é a hipoplasia pulmonar que ocorre devido a entrada precoce das vísceras abdominais na cavidade pleural, criando uma compressão do parênquima pulmonar em desenvolvimento. O diagnóstico pode ser sugerido pela ultra-sonografia intra-útero e raio x toracoabdominal pós-natal, e confirmado por exames contrastados. O manejo da HDC consiste inicialmente em estabilizar a criança a fim de otimizar a função respiratória. O retardo cirúrgico tem se tomado mais aceito, com diminuição da taxa de mortalidade. **Objetivos:** Relato de caso de lactente com diagnóstico de hérnia diafragmática direita atendido na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA). **Métodos:** Acompanhamento do paciente durante sua internação hospitalar na FSCM-PA no período de maio a junho de 2006 e revisão de prontuário médico. **Resultados:** Lactente GMS, 6 meses de idade, sexo masculino, proveniente da região metropolitana de Belém-PA, nascido de parto normal hospitalar, prematuro (35 semanas), sem intercorrências intra-parto, com história de pneumonias recorrentes e internações hospitalares devido insuficiência respiratória aguda até o momento do diagnóstico, que foi presumido pela tomografia computadorizada de tórax. Foi submetido à correção cirúrgica através de laparotomia subcostal direita, herniorrafia diafragmática, correção de má rotação intestinal, apendicectomia e drenagem torácica. Recebeu alta hospitalar no 12º pós-operatório em bom estado geral, porém com freqüência respiratória de 52ipm e presença de sibilos à ausculta pulmonar. **Conclusão:** A HDC deve ser sempre lembrada em lactentes que apresentem sintomatologia respiratória de repetição e raio x de tórax evidenciando borramento do contorno diafragmático ou lesão cística intratorácica, pois os índices gerais de sobrevida estão, ainda hoje, em torno de 50%.

PO705 PREVALÊNCIA DE ASMA E SINTOMAS ASMÁTICOS EM ESCOLARES DE 13 E 14 ANOS NA ÁREA URBANA DE BOA VISTA, RORAIMA

Figueiredo MA, Ferreira RL, Araújo JV
Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Adolescentes; Epidemiologia

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns da infância e da adolescência; e apesar dos avanços no conhecimento de sua fisiopatologia e de novas formas de tratamento, sua prevalência e gravidade vêm aumentando em diversas regiões do mundo, nas últimas décadas, constituindo um importante problema de saúde pública. No Estado de Roraima faltam dados sobre a prevalência de asma, bem como um programa de acompanhamento dos pacientes asmáticos. **Objetivos:** Analisar a prevalência de asma e sintomas asmáticos em escolares de 13 e 14 anos de idade no município de Boa Vista, utilizando o questionário escrito (QE) do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC). **Métodos:** Foi realizado estudo transversal de base populacional, com a participação de 3039 escolares de 13 e 14 anos, distribuídos em 39 escolas da área urbana de Boa Vista, selecionadas por amostragem aleatória sistemática, de acordo com o estudo ISAAC. Ao QE do ISAAC acrescentou-se quatro perguntas relativas a exposições de interesse (tabagismo passivo, exposição a animais domésticos, história familiar de asma e exposição à fumaça de queimadas). O questionário foi aplicado nas salas de aula, sob supervisão dos pesquisadores, durante o período de fevereiro a maio de 2006. **Resultados:** O número de questionários válidos devolvidos foi de 3039, destes 28,1% referiram sibilos alguma vez na vida, 15,3% sibilos nos últimos doze meses; 2,4% tiveram quatro crises ou mais de sibilos no último ano; 7,8% prejuízo do sono em uma ou mais noites por semana; 4,1% apresentaram prejuízo da fala; 15,6% referiram asma diagnosticada; 26,5% asma induzida por exercício; e 26,9% tosse seca noturna sem infecção. A prevalência dos sintomas foi significativamente maior nos escolares de 13 anos e no sexo feminino. Foram considerados como prováveis asmáticos os adolescentes com 4 ou mais crises de sibilos no último ano, ou com 1 a 3 crises associadas à interrupção do sono por sibilos ou tosse noturna e asma induzida por exercício. Considerando-se esses critérios, obteve-se a prevalência de asma em 11%, ficando entre a média nacional e internacional. No que se refere a exposições de interesse, apenas história familiar de asma (OR - 2,01; IC 95% - 1,59 - 2,52) e exposição a fumaça de queimadas (OR - 1,54; IC 95% - 1,19 - 2,00) foram consideradas fator de risco entre os prováveis asmáticos. Sendo a exposição a fumaça de queimadas um fator característico de nossa região. **Conclusão:** A prevalência de sintomas relacionados à asma entre os adoles-

centes da área urbana de Boa Vista foi elevada o que demonstra a importância de se desenvolver um programa de controle dos pacientes asmáticos, bem como a necessidade de realizar o estudo também entre as crianças de 6 e 7 anos de idade, como sugerido pelo protocolo ISAAC.

PO706 HIPOPLASIA PULMONAR

Coutinho DS¹, Magalhães EF², Beraldo CL³, Oliveira LHS⁴

1. Hospital Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil; 2. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil; 3,4. Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Palavras-chave: Hipoplasia; Pulmonar; Pneumonia

Introdução: A hipoplasia pulmonar é a anomalia congênita do desenvolvimento pulmonar caracterizada por diminuição no tamanho e número de brônquios, alvéolos e estruturas vasculares pulmonares. É patologia pouco freqüente com alta taxa de morbimortalidade, sendo diagnosticada em 10% das necrópsias pós-natais. Pode ocorrer em qualquer estágio da formação pulmonar fetal. **Objetivos:** O objetivo do trabalho é relatar um caso de hipoplasia pulmonar. **Métodos:** Relato de caso: Lactente de 2 meses de idade, previamente hígido, apresentou há 30 dias quadro de engasgo após aleitamento materno. Procurou atendimento médico sendo feita radiografia de tórax e considerada hipótese de pneumonia aspirativa. Foi internado recebendo antibioticoterapia endovenosa durante 10 dias. Alta em bom estado geral. Após alguns dias passou a apresentar dispnéia leve sem piora com esforços ou aleitamento. Devido a este sintoma procurou novamente atendimento médico. Ao exame apresentava-se em bom estado geral, dispnéico leve, acianótico, com ausculta cardiorrespiratória de diminuição de murmúrio vesicular no hemitórax direito e presença de bulhas cardíacas melhor audíveis do mesmo lado. Feita radiografia de tórax que evidenciou radiopacidade em todo o hemitórax direito e dextrocardia. Ao ecocardiograma observou-se presença de bulhas cardíacas audíveis na linha axilar anterior do hemitórax direito sem outras alterações. Realizada tomografia de tórax que sugeriu o diagnóstico de hipoplasia pulmonar direita. Atualmente em acompanhamento ambulatorial com suporte imunopreventivo e boa evolução clínica. **Resultados/discussão:** A hipoplasia pulmonar usualmente vem acompanhada de outras malformações como agenesia renal, hérnia diafragmática, cifoescoliose, anomalia de Ebstein dentre outras. O diagnóstico pré-natal tem sido sugerido na literatura, porém nenhum dos métodos diagnósticos propostos tem mostrado sensibilidade e especificidade suficientes. Os sintomas mais freqüentes são taquidispnéia e cianose. A nível laboratorial observa-se hipercapnia cuja intensidade depende do grau de tecido pulmonar funcionante. Em geral, a hipótese inicial é de uma pneumonia, refratária ao tratamento antimicrobiano como apresentado no caso. O diagnóstico pode ser determinado por tomografia de tórax na ausência de cintilografia pulmonar. O tratamento é de suporte incluindo imunoprevenção e drenagem de secreções através de fisioterapia. O prognóstico depende das complicações infecciosas e da existência de outras malformações concomitantes. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da hipoplasia pulmonar é de extrema importância na prevenção das infecções respiratórias, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida destes pacientes.

PO707 ESTUDO DA FUNÇÃO PULMONAR EM ADOLESCENTES PORTADORES DE ANEMIA FALCIFORME CLINICAMENTE ESTÁVEIS

Viegas CAA¹, Capoulade L²

1. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil; 2. Hospital de Base de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Função pulmonar; Adolescentes; Anemia falciforme

Introdução: A função pulmonar em portadores de anemia falciforme pode apresentar padrões bastante diversificados, desde restrição volumétrica até quadro obstrutivo. **Objetivos:** Avaliar a função pulmonar em adolescentes portadores de anemia falciforme estáveis clinicamente. **Métodos:** Estudo transversal descritivo de 50 pacientes portadores de anemia falciforme (SS), acompanhados no Setor de Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília. Os pacientes foram submetidos à espirometria e medida de volumes pulmonares pelo método de diluição de gás hélio no Hospital Universitário de Brasília. Foram analisados dados de exposição à fumaça de cigarro domiciliar e de função pulmonar por estatística descritiva e teste qui-quadrado. Consideramos diferença estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** Média de idade 13,9 + 2,5 anos. Exposição passiva à fumaça de cigarro em 38% dos pacientes. Valores médios das variáveis espirométricas: CVF = 80 + 10% (variando de 60 a 101%), VEF1 = 81 + 10% (variando de 61 a 105%), VEF1/CVF = 88 + 6% (variando de 75 a 100%), FEF25-75% = 84 + 21% (variando de 46 a 133), CPT = 103 + 16% (variando de 65 a 144%), VR = 162 + 49% (variando de 62 a 275%), VR/CPT = 33 + 9% (variando de 10 a 51%) e CRF = 130 + 38% (variando de 61 a 223), encontravam-se dentro da normalidade para a faixa-etária, com exceção do VR, da relação VR/CPT e da CRF que estavam aumentados. O VR encontrava-se aumentado no grupo exposto à fumaça de cigarro no domicílio ($p < 0,016$). **Conclusão:** Embora a maioria dos adolescentes apresente função pulmonar dentro da normalidade, é possível que o aumento do VR seja devido à obstrução ao fluxo aéreo secundária a hiperreatividade da via aérea.

PO708 INVESTIGAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS POLIMORFISMOS DO GENE TGFB1 E CD14 COM A GRAVIDADE DO QUADRO PULMONAR NA FIBROSE CÍSTICA

Bertuzzo CS

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Genótipo; Polimorfismo

Introdução: A fibrose cística é uma doença genética que cursa principalmente com manifestações pulmonares e pancreáticas. A correlação genótipo-fenótipo da fibrose cística é motivo de árduos estudos. Somente a correlação das mutações CFTR com o quadro de

insuficiência pancreática foi estabelecida. Estudos demonstraram que o curso e a gravidade da manifestação pulmonar não estariam correlacionados com o genótipo CFTR. Portanto a expressividade variável apresentada pelos pacientes devem ser devida a fatores ambientais e genes modificadores. **Objetivos:** Verificar a possibilidade dos genes CD14 e TGF- β 1 serem genes modificadores do quadro pulmonar da fibrose cística através da análise da correlação entre variações polimórficas nos genes e o escore de Shwachman (ES). **Métodos:** A análise de polimorfismos no gene TGF- β 1 na posição +869 (T-C), onde ocasiona a mudança do aminoácido leucina pela prolina; ocasionando uma diminuição significativa na produção do TGF- β , foi realizada através da técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR) alelo específica. A genotipagem do polimorfismo CD14 (C-159T), onde ocorre a transição de um C para T na posição -159, foi realizada através da PCR e digestão enzimática. **Resultados:** 1 na posição +869, até o momento foram 78 pacientes analisados. Destes, 63 indivíduos apresentaram o genótipo TC (80,7%), 5 CC (6,4%) e 10 com o genótipo TT (12,8%). No polimorfismo do gene CD14-159, foram analisados 55 pacientes. Sendo 29 indivíduos com o genótipo CT (52,7%), 14 indivíduos com o genótipo CC (25,4%) e 12 indivíduos apresentaram o genótipo TT (21,8%). Com relação ao ES, não foi encontrada correlação com os genótipos dos polimorfismos dos genes TGF β 1 (28 pacientes analisados) e CD14, (17 pacientes). **Resultados** - Para o polimorfismo no gene TGF-. **Conclusão:** Não houve correlação que confirme a hipótese dos genes CD14 e TGF β 1 serem moduladores de gravidade da fibrose cística. A identificação desses genes modificadores permitirá um melhor entendimento da patogenia, tratamentos mais adequados e no desenvolvimento de novas drogas para os pacientes com fibrose cística. Portanto estudos multicêntricos são necessários para o esclarecimento desta questão.

PO709 INVESTIGAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS POLIMORFISMOS DOS GENES: TGF β 1, CD14, IL-4, ADAM33 COM A GRAVIDADE DA ASMA ATÓPICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Bertuzzo CS

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Polimorfismo; Genótipo

Introdução: A asma é uma doença genética complexa e multifatorial que não acompanha os padrões monogênicos de hereditariedade. Estudos de ligação sugerem que múltiplos genes estão envolvidos na patogenia dessa doença. **Objetivos:** Verificar se existe associação entre a gravidade da asma com os polimorfismos dos genes TGF- β 1, CD14, IL-4, IL-4Ra, ADAM33. **Métodos:** A análise do polimorfismo T869C do gene TGF- β 1 foi realizada pela técnica de ARMS. Os polimorfismos C-509T do gene TGF- β 1, C-159T do gene CD14, C-590T da IL-4, Ile50Val da IL-4Ra, S2, T1, F+1 do gene ADAM33 foram detectados por PCR + enzima de restrição. **Resultados:** (2/2 = 9,36 (P = 0,009) e Chi quadrado = 12,33 (P = 0,002). Com relação ao gene TGF β 1 constatou-se um aumento significativo do genótipo CT entre asmáticos leves (chi quadrado = 8,78 (P = 0,003)), com um aumento do fenótipo CC entre asmáticos graves (chi quadrado = 5,76 (P = 0,01)). Com relação ao gene IL4R, há um predomínio do genótipo VAL/VAL entre asmáticos leves (chi quadrado = 7,48 (P = 0,002) e predomínio do genótipo ILE/ILE entre asmáticos graves chi quadrado = 3,76 (P = 0,005).

Resultados: Analisaram-se 89 pacientes asmáticos para o polimorfismo +869 do gene TGF β 1. Quinze apresentaram o genótipo CC (16,8%), 56 o genótipo TC (62,9%), e 18 o genótipo TT (20,2%). De 165 controles sem asma, 23 (13,9%), apresentavam o genótipo CC; 109 (66%) o TC e 33 (20%) o TT. Para o polimorfismo C-159T do gene CD14, foram analisados 84 pacientes. Sendo 27 com o genótipo CC (32,1%), 38 com TC (45,2%) e 19 com TT (22,6%). Para o polimorfismo Ile50Val da IL-4Ra foram analisados até o momento 49 pacientes sendo 11 com o genótipo Val/Val (22,4%), 27 com o genótipo Ile/Val (55,1%) e 11 com o genótipo Ile/Ile (22,4%). Não se observou correlação entre a gravidade da asma e a presença dos polimorfismos do gene CD14. Verificou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição dos genótipos dos genes TGF β 1 e IL4R entre pacientes com asma leve e grave, respectivamente. **Conclusão:** Os dados até agora analisados falam a favor de uma associação entre o genótipo dos genes TGF β 1 e IL4R com a gravidade da asma.

PO710 MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA - RELATO DE DOIS CASOS

Leite Pinheiro GC, Campos de Araújo IA, Cavalcante AA, Araújo FS, Rodrigues WO, De Oliveira Valdek MC, De Medeiros GA

Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

Palavras-chave: Malformação adenóide cística; Relato de caso; Diagnóstico precoce

Introdução: A malformação adenomatóide cística representa uma proliferação hamartomatosa anormal de bronquíolos terminais. Existem 3 tipos histológicos: tipo I - espaços císticos amplos no mesmo lobo pulmonar; tipo II - compostos por pequenos cistos e tipo III - representando uma massa sólida sem cistos no seu interior. **Objetivos:** Revelar a experiência de um Serviço de Cirurgia Torácica com 2 casos de uma entidade rara, cujo diagnóstico intra-uterino ou neonatal definiram um prognóstico melhor. **Métodos:** Foram analisados prontuários e exames de Radiografia e Tomografia Computadorizada de dois pacientes atendidos em Serviço de Cirurgia Torácica. **Resultados:** Relato de Casos: 1 - Recém-nascido, 8 dias de vida, masculino, branco, com quadro de desconforto respiratório desde o nascimento. Evoluiu com insuficiência respiratória tendo sido procedida a intubação orotraqueal e instituído regime de ventilação mecânica. Murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito. Raios-X de tórax em PA mostrou múltiplas imagens císticas no hemitórax direito e desvio de mediastino para o lado contralateral. Tomografia computadorizada do tórax: hiperinsuflação das imagens císticas previamente observadas. Foi encaminhado ao centro cirúrgico e realizada toracotomia póstero-lateral direita. Durante a abertura pleural apresentou bradicardia, tendo sido efetuado manobra imediata de luxação do lobo superior direito constituído de cistos hiperinsuflados que comprimiam as veias cavas, diminuindo o retorno venoso e procedida lobectomia superior direita. Permaneceu sob ventilação mecânica por 12 dias

J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

com infecção respiratória. Recebeu alta hospitalar no vigésimo quarto dia de pós-operatório assintomático. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou malformação adenomatóide cística tipo I. 2 - Feminino, negro, 40 dias de vida, com diagnóstico ultra-sonográfico prévio intrauterino de malformação adenomatóide cística. Após episódio de insuficiência respiratória e antibioticoterapia foi encaminhada ao centro cirúrgico e procedida toracotomia póstero-lateral esquerda com lobectomia inferior esquerda. Pós-operatório sem complicações. Recebeu alta hospitalar no 5o dia de pós-operatório. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou malformação adenomatóide cística tipo II. **Conclusão:** O conhecimento desta entidade e o alto grau de suspeição em casos de distúrbios respiratórios neonatais pode melhorar substancialmente a acurácia diagnóstica e o sucesso terapêutico. Enfatizamos a importância do diagnóstico pré-natal e neonatal e ressecções pulmonares imediatas, principalmente naqueles casos em que as lesões císticas hiperinsuflam ou apresentam exacerbação infecciosa, para que tenhamos um prognóstico melhor.

PO711 PNEUMONIA POR MICOPLASMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM TUBERCULOSE

GF Lima DM, Rodrigues D, De M do Nascimento CW

Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga, DF, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia; Micoplasma; Tuberculose

Introdução: Há muitos anos os micoplasmas são reconhecidos patógenos respiratórios de interesse médico. Praticamente qualquer órgão pode ser acometido pelo *Mycoplasma pneumoniae*, porém o principal sítio de infecção é a via respiratória. A pneumonia é a manifestação clínica mais importante devido sua gravidade. Os achados clínicos apresentam grande diversidade e pouca especificidade. Um grande número de patologias deve ser incluído no diagnóstico diferencial, entre elas: infecções virais (Adenovirus, Influenza e Parainfluenza), bacterianas (*S. pneumoniae*, *Haemophilus* spp., *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*, *M. tuberculosis*) e fúngicas (*Histoplasma capsulatum*). Todas podem determinar quadros clínicos semelhantes, portanto, devem ser consideradas. Desta forma, os exames laboratoriais tornam-se fundamentais para o diagnóstico. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia por micoplasma, inicialmente abordado como tuberculose. **Métodos:** Revisão de prontuário e entrevista com o paciente e seu responsável. **Resultados:** Relato do Caso - M. L. P., sexo masculino, 11 anos de idade, 56kg, deu entrada em 20/07/2006 com história de tosse seca há três semanas, evoluindo para produtiva, com emagrecimento importante, fraqueza e anorexia. Negava episódios febris. Apresentava radiografia de tórax com infiltrado em lobo superior direito, sugestivo de tuberculose em atividade, conforme laudo radiológico. Foi encaminhado do serviço de Tisiologia para o de Pneumologia Pediátrica, sendo dado seguimento da investigação diagnóstica. Apresentou Derivado Proteico Purificado (PPD) de 0mm e baciloscopias, pois a criança tinha condições de produzir escarros, em três amostras, negativas. Não possuía história epidemiológica para tuberculose. Foi encaminhado amostra para cultura de bacilo de Koch (BK), que encontra-se em andamento. Houve a suspeita de pneumonia por micoplasma, sendo solicitado sorologias pelo método Elisa por radioimunoensaio, e iniciado o tratamento com Eritromicina, 30mg/kg/dia, 6/6h, durante 14 dias, com melhora importante. Os resultados das sorologias revelaram IgG de 1.60U/ml e IgM de 1,53U/ml, confirmando o diagnóstico. **Conclusão:** Observa-se neste caso a importância da história clínica e os dados laboratoriais específicos para a confirmação de uma suspeita diagnóstica. Pelos dados de tosse prolongada, astenia, emagrecimento e anorexia, o diferencial com tuberculose se impõe, mas a resposta rápida e eficiente ao tratamento mostra que o *Mycoplasma pneumoniae* deve ser um agente sugerido nos casos de evolução insidiosa nos diagnósticos de pneumopatias pediátricas.

PO712 HIPOPLASIA PULMONAR - RELATO DE CASO

Leite Pinheiro GC, Campos de Araújo IA, Cavalcante AA, Araújo FS, Rodrigues WO, De Oliveira Valdek MC, De Medeiros GA

Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

Palavras-chave: Hipoplasia pulmonar; Relato de caso; Apresentação isolada

Introdução: Hipoplasia pulmonar é uma entidade pouco freqüente, está presente em aproximadamente um em cada mil humanos nascidos vivos. É mais comum quando associada a outras patologias congênitas, porém rara quando isolada. Caracterizada por uma retenção no desenvolvimento pulmonar que leva a um pior desenvolvimento estrutural deste órgão. Está associada a muitas condições predisponentes, incluindo oligodrânmo crônico, massas intratorácicas e movimentos respiratórios fetais diminuídos. A apresentação clínica é altamente variável. É habitualmente diagnosticada e manejada antes do nascimento, no período neonatal ou na infância, sendo raramente diagnosticada em adultos. **Objetivos:** Relato de um caso de hipoplasia pulmonar isolada, infreqüente malformação pulmonar congênita. **Métodos:** Foram utilizados recursos clínicos e exames complementares para o diagnóstico da doença. **Resultados:** P.H.L.F., lactente de um ano, masculino, foi admitido no serviço de pediatria do HUAC com quadro de febre, tosse e dispnéia desde o nascimento. Ao exame físico, apresentava-se dispnéico (3+/4+), hipotivo, febril, com palidez cutâneo-mucosa, cianose de extremidades e com aspecto toxemiado. A ausculta pulmonar revelava um murmúrio vesicular diminuído nos dois terços superiores do hemitórax direito e presença de ronos no lobo inferior direito e em todo hemitórax esquerdo. A ausculta cardíaca demonstrava um ictus cordis audível ao nível da região axilar direita. Tem, em seus antecedentes, história de dispnéia desde o nascimento, infecções respiratórias de repetição e quadros freqüentes de tosse produtiva. Na avaliação laboratorial, apresentava hemograma com leucocitose sem desvio à esquerda (16000 leucócitos totais, 2 bastonetes). Na avaliação radiológica, apresentava raios-X de tórax em PA: uma imagem de hipotransparência no hemitórax direito, estreitamento do brônquio fonte direito e desvio mediastinal para o lado direito. Tomografia computadorizada do tórax: presença exclusiva do lobo inferior do pulmão direito, infiltrado pulmonar esquerdo e lobar inferior direito, grande desvio mediastinal para o lado direito com distorção da arquitetura traqueobrônquica. A broncofibroscopia revelou ausência da abertura dos brônquios do lobo superior direito e lobo médio, e estreitamento

do brônquio intermediário. Existia somente a abertura dos brônquios da pirâmide basal e segmento seis. Durante o internamento, foi diagnosticado pneumonia e realizado o tratamento com antibioticoterapia específica. **Conclusão:** A hipoplasia pulmonar é um preditor de desordens respiratórias severas e permanece como uma das maiores causas de mortalidade e morbidade neonatal, requerendo uma investigação diagnóstica adequada e intervenção imediata.

PO713 CORRELAÇÃO ENTRE VALORES DE PICO DE FLUXO E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS ESCOLARES ENTRE 07 E 14 ANOS

De Castro HA¹, Da Cunha MF²

1. *Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;* 2. *HRPS, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

Palavras-chave: Pico de fluxo; Asma; Escolares

Introdução: O perfil respiratório de crianças têm sido avaliadas através de estudos de prevalência de asma em crianças desenvolvidos em várias partes do mundo, baseado no questionário denominado ISAAC, do inglês (International study of asthma and allergy in childhood). As prevalências têm variado, nos 53 países já aplicados, de 5% até 20%. Outra forma de avaliação respiratória é a realização de teste de função pulmonar em crianças ou medida seriada de pico de fluxo. Diversos fatores podem influenciar as mudanças diárias nos padrões de pico de fluxo, dentre eles pode-se citar a hiperresponsividade brônquica, a asma e poluentes aéreo. **Objetivos:** Investigar a relação da medida seriada do pico de fluxo e sintomas respiratórios de escolares. **Métodos:** Estudo longitudinal com medidas diárias de pico de fluxo expiratório de crianças escolares na faixa etária entre 7 e 14 anos. Foi selecionada uma amostra de 118 crianças, aleatoriamente em uma escola pública do Rio de Janeiro. As informações foram obtidas através da aplicação de questionário (ISAAC) e da realização de exame de pico de fluxo expiratório. As crianças se submeteram a esse exame diariamente por 6 semanas consecutivas, no primeiro e no segundo semestre do mesmo ano e contaram com o auxílio de um médico pneumologista e de um técnico em espirometria. Para a análise do conjunto de medidas de pico de fluxo de cada criança foi utilizado o cálculo do coeficiente de variação como forma de possibilitar a correlação entre duas medidas diferentes. Coeficiente de variação acima de 10 foi considerado uma dispersão forte, ou seja, o desvio padrão da medida seriada de pico de fluxo medida em cada criança foi grande. **Resultados:** 50% dos escolares eram do sexo feminino. De acordo com o questionário do ISAAC 21% das crianças tinham pontuação para o critério de asma e 44% das crianças apresentaram coeficiente de variação da medida seriada do pico de fluxo acima de 10. A análise do qui-quadrado entre os dados do coeficiente de variação do pico de fluxo diário de cada criança e presença ou ausência de asma através do questionário aplicado foi de 4,25 ($p = 0,039$). **Conclusão:** A correlação estatisticamente significativa entre a dispersão da medida seriada de pico de fluxo e a expressão de asma, pelo questionário ISAAC, mostra que provavelmente existe uma variabilidade maior no pico de fluxo de crianças asmáticas. Diversos fatores podem influenciar a medida de pico de fluxo ao longo do ano, como por exemplo poluentes aéreos e tabagismo passivo. O fato é que crianças que atendem ao critério de asma pelo ISAAC tendem a ter uma maior dispersão na medida seriada de pico de fluxo.

PO714 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NA COMUNIDADE DE PARAISÓPOLIS

De Carvalho Ferreira Bussamra MH¹, Rodrigues ET², Veiga CS³, Santos E⁴

1, 2, 4. *Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, São Paulo, SP, Brasil;* 3. *Instituto da Criança-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

Palavras-chave: Tuberculose; Crianças; Diagnóstico

Introdução: O Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis atende 10000 crianças de até 10 anos moradoras de favela. **Objetivos:** Descrever os dados de investigação, diagnóstico e tratamento de tuberculose nesta população, no período de julho de 2002 a julho de 2006. **Métodos:** Como parte de um programa de controle de doenças respiratórias nesta população, foi elaborado um protocolo padronizado de atendimento, questionando-se sobre a exposição à tuberculose e investigando sistematicamente, inicialmente com RX de tórax e PPD, os pacientes com sintomas respiratórios crônicos e de repetição ou outro sintoma que pudesse sugerir tuberculose. Para diagnóstico e conduta foram adotadas as normas propostas pela FUNASA. **Resultados:** Foram cadastrados 329 pacientes com idade média de 4,63 anos (DP = 10,76 meses), sendo que 69 foram considerados doentes, 49 com indicação de quimioprofilaxia e 1 caso de BCGite. Foi afastada a hipótese de tuberculose em 178 pacientes e 32 permaneceram em investigação. Houve exposição à tuberculose em 65,3% dos casos. Cerca de metade dos pacientes (51,5%) estava assintomática, 24,2% apresentavam sintomas de asma; 9,7% pneumonia aguda ou de repetição; 5,9% foram investigados por desnutrição; 4,8% por tosse crônica e 2,25% eram bebês chadores. Foram realizados 268 Rx de tórax e 31,7% estavam alterados. Foram feitas 39 TC de tórax, sendo apenas 9 exames considerados normais. Os achados mais frequentes foram atelectasia em 10 casos e linfonodomegalia em 8 casos. Foram colhidas 455 amostras de suco gástrico para pesquisa de BAAR e 9 resultaram positivas (1,97%). Foram realizadas 408 culturas para BAAR a partir deste material e 26 resultaram positivas (6,37%). Foram realizados 277 testes tuberculinicos: 13 pacientes não compareceram para leitura, 1 resultou em flictena, 122 com leitura igual a zero mm. Dos 141 pacientes com alguma reação à tuberculina (média 14,97mm), 115 apresentaram valores maiores ou iguais a 10mm (reatores fortes). Todos os pacientes receberam BCG e o intervalo entre a aplicação da vacina e a realização do teste foi de 4,02 anos em média (DP = 6,6meses). A partir de abril de 2004 o serviço foi cadastrado e passou a dispensar drogas para tratamento. Apenas 1 caso evoluiu desfavoravelmente, com suspeita de resistência ao esquema I e foi referenciado para tratamento. No restante houve cura e não houve abandono com a adoção de DOTS 5 vezes por semana. Os familiares dos pacientes, não matriculados no serviço, foram encaminhados para seguimento na UBS da região. **Conclusão:** A implantação de um programa de controle de doenças respiratórias

em populações de risco deve contemplar a busca ativa de casos de tuberculose. A adoção de medidas simples como a história detalhada, alerta da equipe médica para o diagnóstico e realização de uma investigação laboratorial mais completa tornou o serviço exemplar na condução de um programa de controle da tuberculose nos moldes propostos pela FUNASA.

PO715 TUBERCULOSE GANGLIONAR COM COMPROMETIMENTO PULMONAR – RELATO DE CASO

Gonçalves Cardoso MJ, Martins VC, Thiers MM, Lima Filho PW, Barbosa DH, Medeiros MA, Rosa AC, Souza CM

Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose ganglionar; Biópsia da lesão; Pneumonia infiltrativa

Introdução: A tuberculose ganglionar é a apresentação mais comum de tuberculose extrapulmonar, e é particularmente frequente entre os pacientes imunossuprimidos. Crianças e mulheres parecem ser também especialmente susceptíveis. A tuberculose linfonodal se apresenta como tumefação indolor de linfonodos, mais comumente cervicais e supraclaviculares (frequentemente chamada de escrófula). Os linfonodos geralmente são separados na doença inicial, mas podem estar inflamados e ter um trato fistuloso drenando material caseoso. O diagnóstico é realizado por aspirado ou biópsia cirúrgica, e o exame histopatológico mostra lesões granulomatosas. **Objetivos:** Relatar caso de Tuberculose ganglionar com comprometimento pulmonar. **Métodos:** Revisão bibliográfica e estudo retrospectivo de prontuário do Hospital e Maternidade São Lucas. **Resultados:** JESS, DN: 03/10/04, DA: 20/07/06, masculino, procedente de Juazeiro do Norte. Paciente apresentava-se com adenomegalia cervical, que persistia há um mês. Foi relatado que o paciente já havia sido internado em outro serviço de saúde por 13 dias, onde recebeu antibioticoterapia havendo uma discreta melhora. Ao atendimento na emergência do HMSL, apresentava tumoração cervical esquerda com volume aumentado, hiperemia local e mobilidade do linfonodo. Paciente foi internado e realizou-se drenagem e biópsia da lesão, que apresentava reação granulomatosa, o material biopsiado foi encaminhado para pesquisa de BAAR. Concomitantemente, paciente apresentou um quadro de pneumonia infiltrativa, diagnosticado através da radiografia. Realizou-se também pesquisa de citomegalovírus e toxoplasma gondii. **Conclusão:** Adenopatias cervicais tuberculosas podem ocorrer concomitantemente com abscessos, com ou sem envolvimento de qualquer outro órgão ou sistema. O diagnóstico precoce permite um acompanhamento adequado com maior benefício terapêutico.

PO716 ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS EM CRIANÇAS COM FIBROSE CÍSTICA NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA BAHIA

Bittencourt CN, Santana MA, Matos ED, Cestro RP, Lemos ACM

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Bélgica.

Palavras-chave: Fibrose cística; TCAR; Tomografia

Introdução: A progressão da doença pulmonar é o fator determinante da morbimortalidade dos pacientes com fibrose cística (FC). O uso da tomografia computadorizada em alta resolução (TCAR) do tórax é bem aceito como um método acurado para avaliação do parênquima pulmonar na FC, sendo uma técnica sensível para a visualização precoce de lesões pulmonares, e também para demonstrar reversibilidade das lesões. **Objetivos:** Descrever as anormalidades tomográficas em pacientes com FC menores de 16 anos de idade, do Centro de Referência em FC da Bahia. **Métodos:** Estudo de corte transversal. Foram analisadas TCAR do tórax de 52 crianças com diagnóstico confirmado de FC, acompanhadas no Centro de Referência de FC da Bahia, durante o período de 2004 a 2006. Os pacientes tinham entre 2 a 16 anos. A técnica aplicada foi de alta resolução com dose de radiação preconizada e colimação de 1,0mm, além de espaçamento de 5 a 10mm entre as secções, respeitando a faixa etária do paciente. **Resultados:** Das 52 TCAR analisadas, onze eram normais e 41 eram alteradas (78,8%). Dentre as anormalidades encontradas, as mais prevalentes foram: impaction mucóide (90,2%), espessamento peribrônquico (83%), perfusão em mosaico (41,2%) e bronquiectasias (34,1%). Em menor quantidade foram encontradas: atelectasia e atenuação em vidro-fosco (ambas com 12,2%), aprisionamento aéreo (7,3%) e nódulos acinares (7,3%). Vinte e dois pacientes (53,6%) apresentaram entre 2 ou 3 alterações, destes 11 tinham menos de 6 anos. Mais de 4 alterações tomográficas só foram observadas em pacientes com mais de 6 anos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo confirmam a grande contribuição da TCAR em detectar as anormalidades precoces da doença pulmonar na FC. Para efetivo manejo clínico da doença pulmonar na FC, é importante monitorizar de perto o início e a progressão do dano pulmonar na TCAR do tórax.

PO717 PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EM CRIANÇAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA BAHIA

Bittencourt CN, Lemos ACM, Rocha GM, Santana MA

Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Microbiologia; Fibrose cística; Pseudomonas

Introdução: A infecção crônica por *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) constitui uma dificuldade no tratamento e prognóstico dos pacientes fibrocísticos. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi determinar a prevalência da Pa e o grau de susceptibilidade aos antibióticos na população de pacientes com fibrose cística (FC), com idade igual ou inferior a 16 anos, do Centro de Referência da Bahia. Para a definição de multirresistência (MR) foi utilizado os critérios da American Cystic Fibrosis Foundation, que define PaMR como a que apresenta resistência a todos antibióticos de duas ou mais classes de antibióticos anti-pseudomonas (betalactâmicos, aminoglicosídeos e quinolonas). **Métodos:** Foram analisadas 641 culturas (swab n = 19, escarro n = 618 e LBA n = 4) de 146 pacientes durante o período de 2002 a 2005. Nas culturas positivas para Pa foi determinado o perfil de sensibilidade aos antibióticos. **Resultados:** Pa foi isolada na primeira espécime analisado em 29 pacientes (19,9%) ou seja, no momento do diagnóstico da FC. Os cultivos subsequentes mostraram que a Pa foi isolada em 105 amostras. Em 10 pacientes foi identificado, pelo menos, um cultivo com Pa multi-

resistente, sendo que em três pacientes a MR foi mantida e em sete não foi confirmada em cultivos subsequentes. Seis pacientes com PaMR foram do tipo mucóide. O grau de resistência para as três classes de antibióticos anti-pseudomonas foi detectado em oito pacientes e em dois para duas classes. **Conclusão:** Alta taxa de Pa foi identificada no momento do diagnóstico de FC, nesta população de paciente. Este estudo contribui para uma política adequada de tratamento, estratégias de prevenção e controle de infecção por Pa.

PO718 TUBERCULOSE EM LACTENTE DE 3 MESES DE VIDA

Meyer R, Mariani AP, Kohls FT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Lactente sibilante; Hiperinsuflação pulmonar

Introdução: A Tuberculose (Tbc) é uma doença de elevada prevalência em nosso meio, inclusive na faixa etária pediátrica. No entanto, não é comum realizar diagnóstico em lactentes muito jovens. Este caso é interessante pela apresentação inicial da doença e por tratar-se de um lactente de 3 meses de vida. **Objetivos:** Descrever um caso de apresentação não usual de Tbc em lactente de 3 meses de idade. Reforçar a necessidade de suspeição diagnóstica de Tbc em doença respiratória com evolução não usual. **Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Masc, pardo, 3 meses, veio à emergência do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) trazido pela mãe, com quadro de disfunção respiratória. HDA: gemência, taquipnéia e esforço respiratório desde o dia anterior sem relato de febre, previamente hígido. Revisão de Sistemas: Hábitos intestinal e urinário preservados. Aceitando bem o leite materno. A. Obstétricos: Parto vaginal no HMIPV; gestação a termo; pré-natal completo e sem intercorrências (sic); PN: 3210g; C: 47cm; PC: 35cm; Apgar 09/10; AIG. A. Imunológicos: Vacinas em dia. A. alimentares: LM exclusivo. A. Mórbitos: nega história de patologias e/ou internações hospitalares prévias. A. Familiares: Nega. Exame Físico da Chegada ao Hospital: BEG, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, ativo. Peso: 5,3Kg; FR: 52rpm; FC: 142bpm; Tax: 36,6°C Oto e oroscopia: sem alterações. AR: MVUD, sem ruídos adventícios, tiragem inter e subcostal. AC: RR: 2T, BNF, sem sopros. ABD: RHA +, globoso e depressível, sem megalias palpáveis. Extremidades: pulsos cheios e simétricos. RX DE TÓRAX: hiperinsuflação importante do pulmão esquerdo. HD: Bronquiolite Tratamento inicial: Sintomáticos, oxigênio por CEN 2l/min e nebulização com broncodilatador. Evolução: persistência de taqui-dispnéia e sibilância. Rx de tórax com hiperinsuflação marcada à esquerda. Rx penetrado de mediastino sugeriu obstrução em brônquio fonte E e massa em LSE (adenomegalia???) TC de tórax realizada evidenciou adenomegalias mediastinais e compressão de brônquio fonte esquerdo. Ecografia abdominal total sem alterações. Após levantada hipótese diagnóstica de Tuberculose pulmonar foi pesquisada detalhadamente história familiar de TBC confirmada com Rx de tórax da mãe com áreas de cavitação e 3 amostras de escarro para BAAR positivas. PPD do lactente = 15mm. Confirmação do diagnóstico de Tuberculose, foi iniciado esquema RZH. A mãe do lactente foi encaminhada à UBS para início do tratamento. Após melhora clínica e adaptação às medicações, o lactente recebeu alta hospitalar sendo encaminhado ao ambulatório especializado para seguimento do tratamento. **Conclusão:** Face à alta prevalência de Tbc é necessária a investigação desta patologia em todos os casos de doença respiratória que têm uma apresentação inicial não usual ou não evoluem de maneira satisfatória.

PO719 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR SPRP

Neto FA, Coutinho DS, Damaceno N

Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: PAC complicada; S. pneumoniae resistente a penicilina; Pneumonia adquirida na comunidade

Introdução: A literatura documenta aumento na incidência do SPRP, entretanto, a evolução clínica dos pacientes com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) por cepas suscetíveis e resistentes não parece diferir. **Objetivos:** Apresentar um caso de PAC por SPRP com evolução complicada e a abordagem terapêutica. **Métodos:** Relato de caso: Pré-escolar, masc., 3 anos, previamente hígido, admitido no hospital com história de febre (38,5°C), anorexia, astenia há 4 dias e dor abdominal. Não frequentador de creche, sem uso recente de antibioticoterapia, vacinação conforme calendário do Ministério da Saúde. Apresentava Reg, descorado ++/4+, hidratado, acianótico, anictérico, taquidispnéia. FC: 108bpm, FR: 52ipm, peso e estatura: p 75-90%, PA 70X90mmHg, satur. 90% em ar ambiente, T.38,5°C; BRNF 2T S/S; MV presente diminuído em HTD, estertores crepitantes difusos, som claro pulmonar, abdômen e extremidades normais. Exames iniciais: (Hb 8,0 g Ht 23,8%) e leucoc. 12600 15% B 54% Seg. 1% Eos. 20% Li. tip 3%Li. Atip. 7% Mo), PCR ≥ 19,2mg/dl. RX de tórax com consolidação em LSD e língua. Recebeu inicialmente oxacilina 200mg/kg/d e conc. de hemácias. No 2º dia, houve piora da dispnéia e do comprometimento pneumônico com derrame pleural mínimo ao RX, sendo associado amicacina 15mg/kg/d. No 3º dia, velamento de todo hemitórax direito com discreto desvio de mediastino, realizado punção torácica com retirada de 30ml de líquido turvo (exsudato com cultura negativa) sendo substituído oxacilina por ceftriaxona 150mg/kg/d e suspenso Amicacina. No 7º dia o resultado da hemocultura evidenciou Streptococcus pneumoniae resistente a penicilina, MIC ≥ 2mcg/ml, (resistente a oxacilina, sensível a cloranfenicol e vancomicina). Substituído Ceftriaxona por vancomicina 40mg/Kg/d. Evoluiu com pneumatoceles extensas no oitavo dia, insuflação progressiva e hipertensão máxima no décimo sexto dia. Manteve febre diária e taquidispnéia intensa por 30 dias, com regressão gradual a partir do 21º primeiro dia. Com 43 dias de internação foi suspenso a vancomicina (D28) e introduzido cloranfenicol oral 75mg/kg/dia por 14 dias. Alta no 44º dia. **Resultados:** Resolução completa das pneumatoceles com normalização radiológica ocorreu após 5 meses. **Conclusão:** PAC bacteriana em crianças hígidas são comumente causadas por Streptococcus pneumoniae sendo que, atualmente, cerca de 40% das cepas isoladas no Brasil são resistentes a penicilina. A intervenção terapêutica adequada preconizada deve ser a prescrição inicial de Penicilina cristalina na dose de 200.000U/K/dia e se houver resistência plena ou falha terapêutica, substituir por cefalosporina de 3º G geração, tendo em vista que a farmacocinética da vancomicina acarreta J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

baixa concentração no tecido pulmonar. Este caso apresentou complicações vistas em PAC por SPSP, porém o período febril e de resolução radiológica foram praticamente o dobro da média verificada em empiemas pneumocócicos. É possível que a terapia antimicrobiana inadequada tenha contribuído para pior evolução.

PO720 FATORES DO NASCIMENTO EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE ATOPIA

Ferraz E¹, Meyer CA², Bettoli H³, Barbieri MA⁴, Cardoso VC⁵, Caldeira RD⁶, Vianna EO⁷
1,6,7. Divisão de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5. Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Atopia; Epidemiologia; Nascimento

Introdução: Estudos epidemiológicos recentes têm mostrado o aumento da prevalência das doenças alérgicas em todo o mundo. Sugere-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de atopia iniciam-se durante a gestação e infância. A análise dos fatores de risco e dos determinantes da associação entre as características do nascimento e a atopia deve ser explorada com a finalidade de melhorar a compreensão dos mecanismos envolvidos nesta associação. **Objetivos:** Estudar a associação entre a atopia e parâmetros ao nascimento: peso, comprimento e nível social. **Métodos:** Indivíduos (n = 1916) pertencentes a uma coorte seguida desde o nascimento foram examinados aos 24/25 anos de idade. Realizamos o teste cutâneo de puntura com 8 alérgenos comuns. Consideramos atópicos os indivíduos que apresentaram teste positivo para 3 ou mais alérgenos. **Resultados:** A prevalência de atopia nesta coorte foi 14,7%. Pesquisamos a associação entre as variáveis ao nascimento (peso, comprimento e escolaridade da mãe) e a atopia utilizando o modelo log-binomial, que não demonstrou associação entre peso e comprimento ao nascer com o desenvolvimento de atopia. A baixa escolaridade da mãe medida por número de anos de estudo associou-se a menor risco para atopia. RR = Risco relativo; IC = Intervalo de confiança; * Categoria de referência

	Peso ao nascer (g)	Comprimento ao nascer (cm)	Escolaridade da mãe (anos de estudo)							
	<2999	3000-3499	≥3500	<48,9	49 a 50,9	≥51	0 a 4	5 a 8	9 a 11	≥12
RR	0,99	1,03	1*	1,03	0,91	1*	0,63	0,75	0,86	1*
IC	0,75;1,33	0,80;1,32		0,78;1,36	0,69;1,21		0,45;0,89	0,53;1,07	0,59;1,23	

Conclusão: Condições sociais desfavoráveis, representadas pela baixa escolaridade são protetoras para o desenvolvimento de atopia. Esses achados suportam a teoria da higiene.

PO721 REDUÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇA RESPIRATÓRIA EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DE PARAISÓPOLIS

Santos E¹, Souza AC², Marques APL³, De Carvalho Ferreira Bussamra MH⁴, Zukerman E⁵, Lisboa LF⁶, Schwartsman C⁷

1,3,4. Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, São Paulo, SP, Brasil; 2,5,6,7. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Doença respiratória; Hospitalização; Criança

Introdução: A população pediátrica de zero a dez anos matriculada no Ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP) é moradora de favela e tem como características: baixo nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade de seus responsáveis e está submetida a condições precárias de moradia e higiene, além de deficiente condição de saneamento básico. **Objetivos:** Reduzir o número de hospitalizações por doença respiratória nas 10000 crianças matriculadas no Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Métodos:** Foram monitoradas todas as hospitalizações da população pediátrica nos anos de 2002 a 2004. Foi implantado um programa de controle de controle de doenças respiratórias baseado em quatro estratégias para reduzir morbidade e com possível impacto nas hospitalizações: assistência médica por especialista na área respiratória, grupos de educativos para pais e vacinação contra pneumococo e influenza. **Resultados:** Foram realizados 3497 atendimentos médicos, 1216 pessoas frequentaram os grupos educativos, foram aplicadas 6127 doses de vacina contra pneumococo e 4357 contra influenza. No ano de 2002 houve 1025 hospitalizações por todas as causas, após a implementação do programa ocorreu redução significativa para 862 hospitalizações em 2004, o que representa uma redução de 15,9% (p < 0,0001). Em relação às doenças respiratórias, houve uma diminuição de 23,37% (p < 0,02), e para os casos de BCE ocorreu uma redução de 51,61% (p < 0,001). No mesmo período, na cidade de São Paulo, houve um aumento de aproximadamente 20% no número de hospitalizações por doença respiratória. **Conclusão:** As estratégias escolhidas e implantadas no ambulatório do Programa Einstein na Comunidade ao longo do primeiro semestre de 2003 foram eficazes em reduzir o número de internações de crianças por doença respiratória.

PO722 DOENÇA PULMONAR CRÔNICA SEMELHANTE À BRONQUIOLITE OBLITERANTE PRODUZIDA PELO ADENOVÍRUS NA INFÂNCIA - RELATO DE 4 CASOS

Schwan PJ, Folescu TW, Sad IR, Gomes M, Boechat MC, Domiciano A, Azevedo ZM, Higa LY Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; Adenovírus; Obliterante

Introdução: Na infância, a maioria dos casos de bronquiolite obliterante está relacionada à infecção viral, no entanto há limitado conhecimento sobre esta entidade. **Objetivos:** Relatar 4 casos de doença pulmonar crônica (DPC), como lesão residual que se seguiu à pneumonia aguda grave produzida por vírus. **Métodos:** Foram incluídos pacientes em seguimento no S. de Pneumologia, egressos das unidades de pacientes hospitalizados do Instituto, entre 1996-1998. **Resultados:** Relatam-se 4 casos, que na ocasião da doença aguda, apresentavam

média de idade de 11 e mediana de 14 meses (min 2; máx 26), masculino 2, nascidos e residentes no Rio de Janeiro (4). Ao contrair infecção respiratória aguda, evoluíram com piora, exigindo hospitalização (4), sendo três na Unidade de Pacientes Graves. Ao exame físico, todos apresentavam taquidispnéia, sibilância e estertoração, associados à hipoxemia. Na fase aguda, a radiografia revelou padrão de hiperaeração pulmonar em 2/4, espessamento peribroncovascular em 3/4 e consolidação em 2/4. Com base nesses dados, foram considerados os diagnósticos de pneumonia em 4, bronquiólite em 1/4, insuficiência respiratória aguda em 3/4, sepsse em 1/4. Na pesquisa etiológica, além dos agentes bacterianos isolados, identificou-se o adenovírus nos aspirados nasofaríngeos, ao utilizar pelo menos uma técnica: imunofluorescência indireta em 3/4, cultura em linhagem Hep2 em 2/2 e títulos de anticorpos anti-adenovírus, IgM e IgG, em 1/1 dos pacientes. A abordagem terapêutica consistiu da oferta de O₂ em todos, sendo por ventilação mecânica invasiva em 3/4, antibióticos, broncodilatadores, corticosteróides, suporte nutricional, entre outras. Receberam alta após uma mediana de 71,5 dias (min 20; max 1305) do tempo de permanência hospitalar. Nas avaliações subsequentes, verificou-se a presença de sintomas e sinais respiratórios, em intensidade variável. A exceção de um, haviam apresentado frequentes episódios de agudização e hiperresponsividade da via aérea. Aos achados clínicos, associou-se a persistência de alterações na TC de tórax de alta resolução, tais como padrão em mosaico em 4/4, espessamento peribronquial em 2/4, colapso e bronquiectasia em 3/4 dos pacientes. Um paciente apresentou distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo, grau III. Foram descartados diagnósticos de imunodeficiência, fibrose cística, deficiência de alfa-1 antitripsina. Na data atual, com média de seguimento de 6,8 anos, todos vem necessitando de cuidado multiprofissional, sendo que um deles encontra-se em uso de O₂ contínuo domiciliar. **Conclusão:** A investigação da etiologia viral das pneumonias agudas não é um procedimento usual. Este fato tem dificultado estabelecer uma relação de causa e efeito, de forma consistente, diante de uma DPC, como seqüela de pneumonia aguda grave. Nossos casos preenchem os critérios de definição da doença pulmonar crônica pós-infecciosa, semelhante à bronquiólite obliterante, produzida pelo adenovírus.

PO723 SÍNDROME DE WILLIAMS-CAMPBELL – RELATO DE CASO

Schwan PJ¹, Almeida SC², Folescu TW³, Boechat MC⁴, Portari EA⁵, Pone SM⁶, Boechat PR⁷, Higa LY⁸

1,2,4,5,6,7,8. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Williams-Campbell; Bronquiectasia; Primária

Introdução: Williams e Campbell (1960) descreveram uma forma incomum de bronquiectasia em crianças com infecções respiratórias recorrentes e deficiência de cartilagem brônquica no exame de necrópsia. **Objetivos:** Descrever um caso de síndrome (SD) de Williams-Campbell. **Métodos:** Adolescente com 13 anos, feminina, branca, natural do Rio de Janeiro, foi referida à UTI por pneumonia, refratária ao tratamento após 30 dias hospitalização. Tendo início aos 2 anos, os episódios de pneumonia se repetiram, o que motivou três hospitalizações nos últimos 5 anos. Ao exame físico, apresentava-se febril, com tosse úmida, dispnéia acentuada, palidez cutânea, deformidade torácica, desnutrição (A/I e P/I p < 5) e edema de membros inferiores. FR 40irpm, entrada de ar muito reduzida no hemitórax esquerdo (HE), estertores em 2/3 inferiores. À imagem, RX e US, de tórax havia hipotransparência do pulmão esquerdo (PE) e condensação no LSD e derrame pleural pequeno. Ao ecocardiograma, HAP grave. Apresentou melhora, ao receber cuidados intensivos, O₂ sob VM, antibióticos, aporte nutricional etc. Superada a fase crítica, na investigação, a TC tórax revelou PE com volume reduzido, aumento de atenuação do PD, bronquiectasias, hiperaeração nos LSs, LM e LID. À endoscopia, brônquios pervingos; na PFP, distúrbio ventilatório obstrutivo, grau IV. Através de DLCO e cintilografia pulmonar perfusional, exclusão funcional do PE. Ao processar aspirados, traqueal e brônquico, e escarros isolou-se *Pseudomonas aeruginosa* em três ocasiões e foram negativos para micobactérias, fungos e *Pneumocystis carinii*. Não preencheu critérios diagnósticos de corpo estranho, seqüestro pulmonar, imunodeficiência primária e pelo HIV, deficiência de alfa-1 tripsina, fibrose cística e ABPA. Devido à progressão da DP, à dificuldade no manuseio terapêutico clínico aliadas à piora funcional, foi submetida à pneumectomia. Após a ressecção apresentou melhora, possibilitando tanto a suspensão da oferta de O₂, como a alta hospitalar. No exame histopatológico, evidenciou-se brônquios dilatados, ausência de placas de cartilagem, nos segmentos de brônquios médios a bronquíolos, achados esses compatíveis com a SD de Williams-Campbell e bronquiectasias. Em seguimento há 9 meses sob tratamento, encontra-se com razoável controle da doença localizada no pulmão direito. **Resultados:** Síndrome de Williams-Campbell diagnosticada através de exame histopatológico. **Conclusão:** Os estudos iniciais desta sd envolviam material de autópsia. Descreve-se um caso de adolescente, cujo diagnóstico foi feito no exame histopatológico, proveniente de pneumectomia. Ressalta-se a importância da inclusão desta doença no diagnóstico diferencial das bronquiectasias.

PO724 CONTRIBUIÇÃO DA BRONCOSCÓPIA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA

Azevedo Sias SM¹, Souza AM², Chaves GAM³, De Mello Junior SJ⁴

1. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 2,3. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 4. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Broncoscopia; Lavado brônquico

Introdução: A tuberculose é uma doença com incidência e prevalência ainda preocupantes. Na criança o diagnóstico definitivo raramente é realizado tendo em vista a dificuldade na obtenção de escarro especialmente nas menores. A broncoscopia pode contribuir no diagnóstico através das alterações endoscópicas sugestivas da doença e também pode fornecer o diagnóstico etiológico através do exame direto e cultura do lavado brônquico. **Objetivos:** Estudar cinco casos suspeitos de tuberculose pulmonar com cultura do lavado brônquico positiva para BK. **Métodos:** Através do resultado positivo das culturas dos lavados brônqui-

cos solicitados de broncoscopias realizadas em crianças de 0-13anos com suspeita de tuberculose pulmonar, no período de 2000 a 2005, realizou-se revisão dos laudos endoscópicos. **Resultados:** Estudou-se 5 crianças com idade média de 12,8 meses (2meses a 2 anos), 2 do sexo masculino e três do sexo feminino. Todos apresentaram processo inflamatório difuso na árvore traqueobrônquica e 4 casos apresentaram compressão extrínseca (2 com alargamento de carina principal e compressão brônquica e 2 apenas com compressão brônquica). **Conclusão:** Apesar do pequeno número de casos estudados observamos que a broncoscopia pode realmente contribuir no diagnóstico de tuberculose quando são encontradas alterações endoscópicas sugestivas como a compressão extrínseca e o alargamento de carina principal, podendo ser útil na decisão terapêutica antes da confirmação pela cultura. Sugerimos que este estudo seja ampliado com posterior avaliação e talvez inclusão nos critérios diagnósticos do MS.

PO725 PERFIL DE INFORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) DE CAMPINA GRANDE-PB: UM ESTUDO LONGITUDINAL PROSPECTIVO SOBRE PNEUMONIA NA INFÂNCIA

Leite Pinheiro GC, Damasceno KS, Férrer LF, Carvalho MV, Castelo Branco MC, Pereira M.M, Feitosa PT, Nunes MM

UFCC, Campina Grande, PB, Brasil.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Pneumonia; Pediatria

Introdução: Pneumonia (PNM) é a reação inflamatória dos pulmões, causada por uma variedade de agentes patogênicos. Em criança abaixo de 05 anos de idade, a PNM responde por 80 a 85% das mortes por infecções respiratórias agudas. **Objetivos:** Analisar o perfil estatístico de informação dos ACS acerca PNM na criança e demonstrar a necessidade de capacitação e educação continuada. **Métodos:** Após aprovação pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande, foi realizado um estudo longitudinal com 46 agentes de saúde de quatro Unidades de Saúde da Família, sem critérios de exclusão, através da aplicação de questionário, antes e após palestra. O questionário e a palestra foram baseados nas recomendações da estratégia AIDPI (Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância), incluindo: sinais gerais de perigo; sinais precoces; sinais/sintomas de PNM e PNM grave; e acompanhamento ambulatorial. Foram comparadas a quantidade e a qualidade de informação sobre a doença no início e no final da pesquisa. **Resultados:** A média de idade dos ACS e desvio-padrão foi de 35,8 ± 7,57 anos. A maioria dos agentes era do sexo feminino (85%) e não fez cursos de capacitação (75%). Na aplicação do pré-teste, evidenciou-se 76% dos ACS afirmando erroneamente que febre é sinal geral de perigo, enquanto que 52% o fizeram no pós-teste. Os sinais gerais de perigo (dificuldade para beber ou mamar, vômitos após refeições, convulsão não-febril e letargia) foram corretamente assinalados, respectivamente, por 59%, 43%, 22% e 17% dos agentes no pré-teste e; por 94%, 91%, 85% e 67% no pós-teste. A pergunta se há relação entre diagnóstico de PNM e as diversas faixas etárias foi corretamente respondida por 65% dos ACS no pré-teste e 87% no pós-teste. No pré-teste, os entrevistados admitiram que sibilo (80%), tosse (78%) e dificuldade de respirar (48%) fazem parte dos sinais precoces de PNM. Após as palestras, estas cifras alteraram-se, respectivamente, para 17%, 89% e 100%. Quando interrogados sobre sinal definidor de PNM, 78% afirmaram tosse e 24% taquipnéia. No pós-teste estes percentuais foram 4,3% e 81% respectivamente. Na realização do pré-teste apenas 20% reconheceram retração subcostal como sinal de PNM grave; enquanto que, no pós-teste, 83% reconheceram tal sinal corretamente. Quando perguntados sobre a melhor conduta na suspeita de PNM, aproximadamente 7% dos ACS sugeriram observar a criança, enquanto que 94% encaminharam para Unidade de Saúde da Família. Após as palestras, 6,5% ainda acreditavam que a melhor conduta seria a observação. **Conclusão:** Os dados obtidos no pré-teste demonstraram certo grau de desinformação dos agentes de saúde acerca da PNM na infância, principalmente relacionando a presença de febre com o diagnóstico e sinal de perigo. Após a realização das palestras, observou-se melhora no nível de conhecimento. Conclui-se, portanto, que há necessidade de realização de programas de capacitação sobre PNM na infância.

PO726 BACTERIOLOGIA DA SECREÇÃO RESPIRATÓRIA NA OCASIÃO DO DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA

Schwan PJ¹, Sad IR², Folescu TW³, Almeida SC⁴, Moura J⁵, Mello A⁶, Higa LY⁷, Marques E⁸ 1,2,3,4,6. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 5,8. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 7. Instituto Fernandes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Fibrose cística; Infecção respiratória; Bacteriologia

Introdução: De acordo com a literatura, os agentes patogênicos mais frequentemente encontrados na Fibrose Cística (FC) são *H. influenzae*, *S. aureus*, *P. aeruginosa* e Complexo *B. cepacia*, nesta ordem. Estando o grau de acometimento e prognóstico relacionado ao perfil microbiológico da secreção respiratória. **Objetivos:** Analisar a bacteriologia da secreção respiratória na ocasião do diagnóstico de fibrose cística, por meio de cultura de escarro. **Métodos:** Utilizou-se a primeira amostra de secreção respiratória colhida de 47 pacientes, vinculados ao serviço de Pneumologia Pediátrica de um centro de referência para FC, com diagnóstico entre janeiro de 2001 e dezembro de 2005. O material coletado foi processado no laboratório de bacteriologia de um Hospital Universitário. Analisou-se: 1) positividade das culturas, 2) caráter único ou misto das culturas positivas, 3) positividade para as principais bactérias relacionadas à FC, 4) distribuição segundo a faixa etária (FE) dos pacientes (1ª FE: 0-12m, 2ª FE: 13-60m, 3ª FE: 61-120m e 4ª FE: > 120meses). **Resultados:** A mediana de idade foi de 19,5 meses (min 1; máx 165), com predomínio do sexo feminino (27/47). A maioria das 47 crianças envolvidas (74,5%) teve cultura positiva, com flora mista em 65,7% (23/35). Na secreção respiratória de 12 dos 35 pacientes com cultura positiva (34,3%) o *S.aureus* (S.a) foi identificado, enquanto a *P.aeruginosa* (P.a) esteve presente em 26/35 (74,3%) e o complexo *B.cepacia* (CbC) em 2/35 (5,7%). Os dois pacientes com cultura posi-

tiva para CBc no momento do diagnóstico tinham 9 e 4 meses de idade. A primeira faixa etária foi a que apresentou menor frequência de flora saprófita (10,2%). A frequência de pacientes com S.a foi crescente e teve relação direta com a idade dos pacientes dos 3 primeiros grupos etários (23,5%; 40% e 66,6%, respectivamente). Em todas as faixas etárias, 50% ou mais das crianças apresentaram P.a no escarro (70,5%;70%;83,3% e 50%, respectivamente). **Conclusão:** Observou-se colonização bacteriana precoce das vias aéreas, mesmo abaixo de 1 ano de idade, inclusive polimicrobiana. Os pacientes do estudo apresentaram alta frequência de positividade para P.a na secreção respiratória, já no primeiro exame. Fator esse preocupante, visto que a infecção bacteriana está diretamente relacionada com a gravidade do acometimento pulmonar e longevidade dos pacientes. Os resultados evidenciam a relevância da monitorização de bacteriologia do escarro na FC.

PO727 SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - ANÁLISE DE 2001 A 2005

Azevedo Sias SM¹, Capela RC², Comarella JD³, Souza AM⁴, De Mello Junior SJ⁵, Couto Martins MCA⁶

1. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 2,3. Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF, Niterói, RJ, Brasil; 4,5,6. Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Broncoscopia; Fibrobroncoscopia; Endoscopia respiratória

Introdução: A broncoscopia pode contribuir tanto no diagnóstico quanto na terapêutica das diversas doenças respiratórias. Atualmente a demanda deste procedimento tem sido crescente na população infantil e o advento do fibrobroncoscópio pediátrico tem possibilitado o diagnóstico mesmo em recém nascidos, com taxas mínimas de complicações. **Objetivos:** Estudar a demanda do serviço de endoscopia respiratória do Hospital Universitário Antônio Pedro quanto à população infantil. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado no período de 2001 a 2005, utilizando-se o livro de registros das endoscopias respiratórias e seus respectivos laudos, em crianças de 0 a 13 anos, anotando-se os dados referentes à população atendida (idade, sexo, procedência), técnica utilizada (aparelho, anestesia), indicação do exame, diagnóstico endoscópico e complicações. Os dados foram analisados no programa Excell através da ferramenta relatório de tabela dinâmica. **Resultados:** Foram analisados 449 exames de endoscopia respiratória, sendo 299 (66,6%) laringotraqueobroncoscopias, 98 (21,8%) rinolaringoscopias, 36 (8%) laringoscopias, 14 (3,1%) laringotraqueoscopias, 2 (0,4%) traqueobroncoscopias. Quanto ao sexo 205 (45,7%) eram feminino e 244 (54,3%) masculino. A idade média foi 4 anos. Quanto à procedência 237 (52,8%) eram provenientes de serviço ambulatorial e 110 (24,5%) eram internados. A anestesia utilizada foi tópica contensiva em 328 (73,1%) casos, geral em 83 (18,5%) casos e sedação em 38 (8,5%). As indicações mais encontradas foram: 77 (17,1%) por estridor, 60 (13,4%) por obstrução alta, 37 (8,2%) por suspeita de tuberculose, 31 (6,9%) por pneumonia, 28 (6,2%) por atelectasia, 22 (4,9%) por dislalia, 20 (4,5%) para revisão de laringomalácia, 16 (3,6%) por disfonía, 16 (3,6%) para terapêutica de pneumonia lipóide, 13 (2,9%) por pneumonia de repetição e 129 (28,7%) outras indicações menos frequentes. Os laudos mais frequentes foram: processo inflamatório difuso em 90 (20,1%) exames, laringomalácia em 61(13,6%), 43 (9,6%) normais, 31 (6,9%) hipertrofia de vegetações adenóides, 21 (4,7%) hipertrofia de vegetações adenóides + hipertrofia de amígdalas, 17 (3,8%) nódulo em cordas vocais e outros menos frequentes 186 (41,4%). **Conclusão:** Anualmente tem-se observado no Serviço de Endoscopia Respiratória Pediátrica do HUAP uma demanda crescente na indicação de broncoscopia para diagnóstico e/ou tratamento. O procedimento mais realizado foi a laringotraqueobroncoscopia (66,6%), geralmente com anestesia tópica contensiva (73,1%). Assim como relatado na literatura o estridor foi a principal indicação. Outras mais frequentes foram obstrução alta, suspeita de tuberculose, pneumonia e atelectasia. Apenas 43 (9,6%) exames foram normais. Desta forma, a broncoscopia apesar de ser considerado exame invasivo, contribuiu no diagnóstico da maioria das solicitações.

PO728 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E ETIOLÓGICA DE BRONQUIOLITE EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR, BAHIA. DADOS PRELIMINARES

Santos de Souza EL¹, Ramos JGR², Diniz AB³, Lima FSM⁴, Carvalho GS⁵, Ciuffo IMA⁶, Silva LR⁷ 1,2,3,4,5,7. UFBA, Salvador, BA, Brasil; 6. LACEN, Salvador, BA, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite; VSR; Lactentes

Introdução: Bronquiolite é a doença do trato respiratório inferior mais comum em lactentes. Cerca de 3% de todas as crianças são hospitalizadas por bronquiolite no primeiro ano de vida. O vírus sincicial respiratório é o principal agente etiológico. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e laboratoriais dos pacientes internados com bronquiolite e determinar a frequência de infecção viral, identificando os vírus presentes na secreção respiratória das crianças estudadas. **Métodos:** para pesquisa dos seguintes vírus: adenovírus, vírus sincicial respiratório (VSR), influenza A e B, parainfluenza 1, 2, 3. Foi realizado, um estudo de corte transversal, entre 31/03/06 e 22/05/06. Foram incluídas todas as crianças menores de 7 meses, internadas por bronquiolite, no Centro Pediátrico Prof. Hosannah de Oliveira (CPPHO), da Universidade Federal da Bahia. Realizou-se avaliação clínica, laboratorial e radiológica de todos os casos selecionados. Após a admissão no estudo, foram coletados 1-2mL de secreção nasofaríngea de todas as crianças envolvidas na pesquisa, através de técnica de aspiração, utilizando-se sonda plástica uretral 06 e seringa plástica de 20mL, inserindo-se através da narina até atingir a região da nasofaringe. A identificação de vírus na secreção respiratória foi realizada pela técnica de Imunofluorescência Indireta (IFI), utilizando-se "Kit" comercial Chemicon. **Resultados:** No período do estudo, 37 crianças foram internadas no CPPHO com diagnóstico de bronquiolite. Dessas, 14 tiveram confirmação etiológica. Em 13 (92,9%) crianças foi identificado o vírus sincicial respiratório, sendo que uma delas tinha associação com adenovírus, em uma criança foi identificado apenas o adenovírus. Entre as crianças com confirmação etiológica, a média de idade foi de 93,8 dias J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

(SD + 59), variando de 15 a 191 dias; 7 (50%) foram do sexo masculino e 7 (50%) do sexo feminino; 7 pacientes foram a termo (53,8%), 5 foram pré-termo (38,5%) e 1 foi pós-termo (7,1%) de 13 com a infomção; a média do peso ao nascer foi de 3002,8kg (SD +768), variando de 1740 a 4200kg. O Intervalo médio entre início de sintomas e internamento foi de 4,9 dias, variando de 0 a 25 dias. Os principais achados clínicos foram: obstrução nasal, tosse e desconforto respiratório. A Frequência respiratória média na admissão foi de 56,2ipm, variando entre 33 e 80ipm. O Intervalo médio entre início de sintomas e coleta de secreção foi de 9,5 dias. A duração média do internamento foi de 8,1 dias, variando entre 3 e 16 dias. Nenhum paciente necessitou de tratamento em UTI. Todos os pacientes tiveram alta sem complicações. **Conclusão:** A bronquiolite foi uma causa frequente de internação nessa faixa etária, no período do estudo. O VSR foi o principal agente etiológico, concordando com os dados da literatura. A evolução foi satisfatória em todos os casos.

PO729 PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA GRAVE COM DERRAME PLEURAL BILATERAL EM LACTENTE - RELATO DE CASO

Morato Filho GB, GF Lima DM

Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga Norte, DF, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia pneumocócica; Derrame pleural; Métodos diagnósticos

Introdução: As infecções graves do aparelho respiratório inferior são as maiores causadoras da mortalidade infantil abaixo dos 5 anos e no Brasil responsáveis por 11% das mortes abaixo de 1 ano e 13% entre 1 e 4 anos. O tratamento das pneumonias é empírico, baseado na faixa etária, história clínica e prevalência dos microorganismos na comunidade. O diagnóstico etiológico pode ser feito por métodos microbiológicos, imunológicos e detecção do DNA do patógeno. **Objetivos:** Apresentar caso de pneumonia pneumocócica grave com derrame pleural em lactente e ressaltar a importância do diagnóstico etiológico no tratamento específico. **Métodos:** Relato de caso: JLRS, masculino, 1 ano e 8 meses, natural de Ceilândia-DF, com história de febre baixa há 3 semanas, associado a tosse produtiva, evoluindo em 2 semanas com dispnéia moderada e gemência, sem tratamento prévio com antimicrobianos. **Resultados:** Lactente na admissão apresentava-se em estado geral regular, toxemiado, hipocorado, acianótico, hidratado, taquicárdico, febril, irritado ao manuseio e gemente. No aparelho respiratório, apresentava tiragem subcostal e de fúrcula. À ausculta, apresentava murmúrio diminuído nos terços infero-posteriores de ambos os hemitórax, com estertores crepitantes bilaterais e sopro tubário. Apresentava fígado palpável a 6cm do rebordo costal direito. Nascido à termo, com 2.300g, sem história de internações prévias. Vacinação em dia. Hemograma na admissão com 10.100 leucócitos, com 72 neutrófilos, sendo 8 bastões e Htco = 30,6%, hemoglobina de 10g/dl, microcitose, hipocromia e anisocitose. Raio-X de tórax com condensações nos 2/3 inferiores de ambos os pulmões com derrame pleural bilateral. Colhidas 2 amostras de sangue para hemocultura, com intervalo de 30 minutos entre cada coleta, em braços diferentes, antes do uso de antibiótico. Pelo estado séptico e pela anemia, na suspeita de pneumonia estafilocócica, iniciado oxacilina 200mg/kg/dia e ampicilina 15mg/kg/dia. Com 24 horas feita drenagem pleural à esquerda, por aumento do derrame pleural, com saída de secreção sero-hemática e enviada para cultura. Lactente evoluiu com melhora discreta no estado geral, porém apresentando febre diária. Realizado novo leucograma no 7º dia de internação hospitalar (DIH), com 27.100 leuco, 75 neutro, sendo 5 bastões e 24 linfo e VHS = 60mm. Foi identificado na hemocultura e na cultura do líquido pleural S. pneumoniae, porém sem perfil de resistência a antimicrobianos por falta de material para antibiograma. Iniciado cefotaxima 200mg/kg/dia de 6/6h. Criança evoluiu com melhora do estado geral, com fim da febre no 4º dia de tratamento com o novo esquema, hemograma normal no 5º DIH e no 8º DIH, raio-x com espessamento pleural. **Conclusão:** Através deste caso reafirmamos a importância da etiologia das pneumonias graves, para o tratamento específico. A coleta de hemocultura e cultura de secreções, apesar da baixa positividade, se comparado aos métodos imunológicos, é valiosa para o diagnóstico etiológico, quando há falha no tratamento empírico.

PO730 METÁSTASE PLEUROPULMONAR DE SARCOMA DE EWING/PNET SIMULANDO DERRAME PARAPNEUMÔNICO NA ADOLESCÊNCIA - RELATO DE CASO

De Paiva Júnior BR¹, Chaves Gomes VC², Filho JHM³, De Azevedo JRB⁴, Silva MCC⁵, Rietra Romero FC⁶

1,2,3,4,5. Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Metástase pleuropulmonar; Sarcoma de Ewing/PNET; Adolescência

Introdução: Os tumores primários do pulmão são raros na faixa etária pediátrica, sendo mais frequente a doença metastática de outros sítios. A família do Sarcoma de Ewing é composta pelo sarcoma de Ewing ósseo (87%), sarcoma de Ewing extra ósseo (8%), e Tumor neuroendócrino primitivo (5%). A maioria dos pacientes são crianças ou adultos jovens. Cerca de 25% dos pacientes apresentam metástases ao diagnóstico, e destes, 50% têm acometimento pleuropulmonar. **Objetivos:** Relatar um caso de adolescente com metástase pleuropulmonar de Sarcoma de Ewing/PNET com apresentação atípica simulando derrame pleural parapneumônico. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Feminino, 13 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, com história de dor torácica há aproximadamente um mês, além de tosse seca e perda de peso. Neste período foi internada em outro hospital onde se submeteu a drenagem pleural fechada por três dias devido apresentar extenso derrame pleural à D (saída de 1,8L de líquido serosanguinolento e bioquímica de exsudato). Evoluiu com febre baixa vespertina três dias após a retirada do dreno. Permaneceu internada por 12 dias, sendo transferida para o nosso hospital por apresentar recorrência do derrame pleural, confirmada pelo RX e ultra-sonografia (USG) de tórax. Exame físico: regular estado geral, eupnéica, emagrecida, pálida, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em todo hemitórax direito. Exames complementares; PPD não reator; tomografia computadorizada (TC) de tórax que evidenciou nódulos pleurais sugestivos de doença neoplásica. Foi

indicada videopleuroscopia para esclarecimento de diagnóstico durante a qual se evidenciou implantes tumorais na pleura e necrose tumoral no lobo inferior direito. Decidiu toracotomia para realização de biópsia. A USG e TC abdominais revelaram hepatomegalia com nódulos hipocogênicos, sugestivos de metástases. O achado histopatológico revelou neoplasia indiferenciada de células redondas e azuis da infância, com imunohistoquímica definindo o diagnóstico de Sarcoma de Ewing/PNET. A adolescente foi submetida à quimioterapia sem melhora do quadro. Evoluiu com recorrência do derrame pleural e sepse fúngica indo a óbito no 67º dia da internação. **Conclusão:** O referido caso confirma os dados da literatura de mau prognóstico nos pacientes com Sarcoma de Ewing/PNET que já apresentam metástases no momento do diagnóstico.

PO731 CAUSA RARA DE PNEUMONIA DE REPETIÇÃO NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA - TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO

De Paiva Júnior BR¹, Chaves Gomes VC², Silva MCC³, Rieta Romero FC⁴, Neto AG⁵, Araújo RFV⁶

1,2,3. Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil; 4. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; 5,6. Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Tumor carcinóide; Pneumonia de repetição; Adolescência

Introdução: Os tumores primários brônquicos são extremamente raros na faixa etária pediátrica. O mais frequente é o tumor carcinóide, classificado como típico ou atípico. Localiza-se na maioria dos casos em grandes brônquios apresentando-se como lesões polipóides ou nodulares da mucosa brônquica. A maioria das crianças é sintomática (80%), e predominam os sinais de irritação brônquica ou obstrução, tais como tosse (80%), pneumonia (60%), hemoptise (33%) e atelectasia. Rash cutâneo e prurido intermitente caracterizando a síndrome carcinóide é manifestação clínica rara. **Objetivos:** Relatar um caso de tumor carcinóide brônquico que cursou com pneumonia de repetição, atelectasia e síndrome carcinóide e alertar a importância de uma história clínica detalhada na suspeição diagnóstica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Feminino, 15 anos, natural do interior do estado do Ceará. Internou-se no HIAS para investigação de pneumonia de repetição e consolidação pulmonar em 1/3 inferior do hemitórax direito (HTD). Era saudável até os 11 anos, quando passou a apresentar pneumonias de repetição, necessitando de internação hospitalar aos 11, 13 e 14 anos. Evoluiu com epistaxe e episódios frequentes de escarro piosanguinolento nos últimos dois anos. Teve também várias internações no último ano por com rash cutâneo pruriginoso generalizado, febre, edema periorbitário e de membros inferiores. Ao exame físico, bom estado geral, eutrófica, eufênica, acianótica e com murmúrio vesicular abolido em base do HTD na ausculta pulmonar. O RX e a tomografia computadorizada de tórax evidenciaram atelectasia em lobo médio e inferior direito. A broncoscopia revelou lesão polipóide friável e sangrante obstruindo todo o brônquio intermédio, suspeitando-se de tumor carcinóide brônquico. Foi submetida a bilobectomia média e inferior direita por toracotomia lateral com preservação muscular, recebendo alta uma semana depois sem complicações. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de tumor carcinóide típico. **Conclusão:** A paciente apresentou-se com pneumonia de repetição e sinais clínicos compatíveis com síndrome carcinóide. Esses achados devem alertar ao médico para o diagnóstico precoce de tumor carcinóide brônquico e, assim, indicar o tratamento cirúrgico que, geralmente, leva a cura do paciente.

PO732 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE BRONQUIOLITE OBLITERANTE (BO) ACOMPANHADAS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN (HIAS)

Chaves Gomes VC¹, Silva MCC², Dias MA³, De Paiva Júnior BR⁴, Rieta Romero FC⁵, Filho JHM⁶, E Silva CC⁷

1,2,3,4,6,7. Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil; 5. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite obliterante; Perfil clínico-epidemiológico; Prospectivo

Introdução: A BO é uma obstrução crônica das vias aéreas inferiores resultante de uma inflamação dos bronquíolos levando à destruição de sua arquitetura e à substituição por tecido fibroso. A evolução e o prognóstico são variáveis e a grande maioria das crianças cursa com sintomas de hiperreatividade brônquica durante o seguimento clínico. **Objetivos:** Verificar as características clínicas e epidemiológicas de 26 crianças portadoras de bronquiolite obliterante. **Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo de 26 crianças portadoras de BO que foram diagnosticadas e acompanhadas de outubro de 2004 a setembro de 2005 no serviço de pneumologia do HIAS. O diagnóstico de BO foi baseado em critérios clínicos e tomográficos, excluindo-se doenças que simulam BO. As variáveis analisadas por ocasião do diagnóstico foram as seguintes: procedência, sexo, estado nutricional, idade, sinais e sintomas, hospitalização, uso de ventilação mecânica (VM), diagnósticos prévios ao de BO, achados radiológicos e tomográficos. **Resultados:** Dos 26 pacientes, 22 eram procedentes de Fortaleza (84,7%) sendo o restante do interior do estado. Vinte e um (71%) eram do sexo masculino. A maioria era desnutrida (80%) e a média de idade por ocasião do diagnóstico foi de 9,3 meses variando de 1 a 29 meses. Os sinais e sintomas apresentados foram tosse (80,9%), regurgitação (7,6%), cianose (30,7%), hipocratismo digital (23%), aumento do diâmetro antero-posterior do tórax (34,6%), taquidispnéia (96,2%), sibilância (88,6%), estertores (25,9%) e expiração prolongada (73,2%). Os pacientes tiveram os seguintes diagnósticos prévios: bronquiolite viral aguda (65,5%), pneumonias de repetição (57,6%), lactente chiador (50%) e asma (50%). A taxa de hospitalização prévia foi de 81,5% e 42,4% submeteram-se à VM antes do diagnóstico. Os achados do radiograma de tórax foram hiperinflação pulmonar (69,3%), espessamento peribrônquico (65,5%) e imagens sugestivas de bronquiectasias (BQT) (19,2%). A TCAR de tórax mostrou atelectasia (50,1%), BQT (46,2%), espessamento peribrônquico (65,5%), padrão em mosaico (77%), impactação mucóide (11,5%) e aprisionamento aéreo (15,4%). **Conclusão:** A maioria das crianças com BO eram do sexo masculino, desnutridas e apresentavam história prévia de infecção respira-

tória grave levando a hospitalização e uso de VM. Há necessidade do pediatra pensar em BO diante de crianças com sintomas respiratórios perenes, principalmente sibilância e tosse, com o intuito de evitar diagnósticos alternativos, direcionar a terapêutica e prevenir complicações.

PO733 AMBULATÓRIO DE ASMA: ADEÇÃO AO TRATAMENTO, UM DESAFIO

Faria da Silva Martins CL, Turra V, C Fernandes EV, P Almeida MC, Da Silva IB, Pires JS

Hospital Universitário de Brasília-UNB, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Adesão; Estratégias de tratamento

Introdução: A asma é doença crônica que exige o engajamento a longo prazo para controle e manejo dos sintomas. A adesão ao tratamento inclui, dessa forma, estratégias de enfrentamento pessoais, modificações na rotina familiar e manejo de condições ambientais. **Objetivos:** O objetivo do trabalho é verificar os resultados alcançados pelo Ambulatório de Asma e os desafios de pesquisas futuras. **Métodos:** Projeto Piloto que utilizou protocolo contendo tempo de tratamento, medicamento em uso, idas ao PS e internação e dificuldades de adesão ao tratamento. Foi selecionado um paciente em cada três pacientes registrados consecutivamente no cadastro do Serviço. O protocolo foi preenchido por meio de informação fornecida pelos responsáveis dos pacientes por telefone por um funcionário do ambulatório de asma. Levantamento bibliográfico crítico sobre adesão ao tratamento de asma. **Resultados:** Foram realizadas 122 ligações telefônicas, porém 18 delas não corresponderam a residência ou outro contato do paciente, sendo consideradas como perdas. Dos 104 pacientes restantes os resultados foram: Quanto ao tempo de tratamento: 76(73%) e 20 (19,2%) maior que um ano, e de 6 meses a um ano, respectivamente. Quanto às idas ao pronto-socorro após o tratamento iniciado foi relatado nenhuma vez por 53 (51%), e uma a três vezes por 27 (26%) dos pacientes, respectivamente. Quanto às internações no período do tratamento, 80 (77%) pacientes responderam não. No item dificuldade de realizar o tratamento 10(9,6%) pacientes responderam sim. **Conclusão:** A literatura mostra pesquisas e estratégias de tratamento em países desenvolvidos que contam com uma rede de instituições de apoio social que em muito se diferenciam da realidade do ambulatório Os desafios de pesquisa e atendimento do referido Ambulatório de Asma têm como pano de fundo uma realidade sócio-cultural específica. Qualquer instrumento ou estratégia de engajamento precisa levar em conta essa realidade, uma vez que a adesão ao tratamento inclui vários eixos (comportamento, ambiente, cognições, família, escola) de manejo.

PO734 PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL LAURO REUS – CAMPO BOM – RS

Jockymann F¹, Chou TS²

1. Hospital Lauro Reus, Campo Bom, RS, Brasil; 2. PMPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Inaloterapia; Capacitação

Introdução: O HLR pertence à rede Mãe de Deus e atende a uma população estimada de 60 mil pessoas. Fica localizado em uma região em que doenças respiratórias tais como a asma e DPOC são muito prevalentes, principalmente nos meses de inverno ocasionando grande aumento na procura por serviços hospitalares. **Objetivos:** Tal programa visou a treinar técnicos e enfermeiros com um fim de implantar inaloterapia no setor de emergência e internação do hospital. **Métodos:** Foram treinados por um pneumopediatra 40 funcionários sendo explicados o histórico, as vantagens, o funcionamento dos dispositivos inalatórios (inalador dosimetrado, inalador automático, turbo-inalador e Accuhaler Discus) espaçadores de vários volumes, suas indicações conforme a faixa etária e higienização. Os funcionários foram divididos em grupos de três a quatro pessoas onde eram demonstrados e comparados todos os tipos de inaladores, assim como as técnicas usadas. **Resultados:** A capacitação baseou-se no fato de existirem muitos dispositivos que devem ser conhecidos pelo pessoal da enfermagem, ajudando os pacientes a usa-los corretamente. Estes dispositivos tem a vantagem de serem baratos, rápidos de usar e não estarem sujeitos a problemas com calor e umidade. **Conclusão:** A desvantagem dos inaladores dosimetrados é que somente 50% dos pacientes consegue usa-los corretamente. Assim, é importante ter funcionários capacitados para o seu uso, com a exigência adicional de se verificar a técnica de uso para se ter certeza de que o paciente não perdeu a habilidade de usá-lo.

PO735 EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE ASMA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Faria da Silva Martins CL, Turra V, C Fernandes EV, P Almeida MC, Da Silva IB, Pires JS

Hospital Universitário de Brasília-UNB, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Tratamento ambulatorial; Epidemiologia

Introdução: A asma é doença crônica que exige o engajamento a longo prazo para controle e manejo dos sintomas. O Ambulatório de Asma do Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília (HUB), desde maio de 2003, presta assistência a crianças e adolescentes com suspeita diagnóstica de asma isolada ou associada à rinite alérgica. Os pacientes são encaminhados por demanda espontânea ou referenciados, provenientes das regiões administrativas do Distrito Federal e do Entorno. O HUB é um pólo integrante do Programa de Asma do Distrito Federal, que permite o cadastramento e recebimento da medicação para o tratamento de sua doença. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi definir características epidemiológicas dos pacientes atendidos no ambulatório de asma do Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo e descritivo, tendo sido coletados dados referentes à idade, gênero, procedência e queixa principal dos pacientes admitidos no ambulatório de asma do Centro de Clínicas Pediátricas do HUB, entre maio de 2003 a julho de 2006. **Resultados:** Foram analisados 323 pacientes com idade entre 1 e 18 distribuídos nas faixas etárias: lactente (n = 20/6,2%), pré-escolar (n = 123/38%), escolar (n = 115/35,6%) e adolescente (n = 65/20%). Quanto ao gênero foram encontrados: 182 (56,4%) do sexo masculino e 141 (43,6%) do sexo feminino. A maior parte dos pacientes era proveniente das cidades satélites do DF (n = 181/56%), dentre elas Ceilândia-48 pacientes (14,8%), e Santa

Maria: 23 (7%). Havia pacientes do Plano Piloto (n = 13/4%) e do Entorno (n = 25/7,7%). A queixa principal de maior prevalência entre os pacientes foi rinite alérgica associada à asma (n = 86/26, 6,2%). Outras queixas frequentes foram: rinite alérgica isolada (n = 70/21,7%) e asma isolada (n = 46/14,2%). A dermatite atópica foi uma queixa de menor prevalência entre os pacientes analisados (n = 9/2,8%). **Conclusão:** O pré-escolar e o escolar representaram a faixa de maior adoecimento desta doença, dados corroborados pela literatura. Observou-se que a cidade satélite de Ceilândia continua com a maior prevalência de atendimentos, e um fato novo é que a cidade de Santa Maria aparece em segundo lugar apresentando 1/3 a mais de atendimentos em relação à Samambaia que aparece em terceiro lugar. O fato da queixa principal mais prevalente ter sido a associação de rinite e asma está de acordo com estudos da literatura de "via aérea unida", ou que rinite e asma sejam parte de uma mesma doença. Este trabalho possibilitou definir o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de asma do Centro de Clínicas Pediátricas do HUB.

PO736 ALTERNATIVA DE TRATAMENTO À INFECÇÃO PELO COMPLEXO MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC)

Santussi WM¹, Augustin AE²

1. Serviço de Pneumologia Pediátrica do Departamento de Pediatria FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2. Serviço de Pneumologia Pediátrica - Departamento de Pediatria - FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Mycobacterium avium; Pulmão; Tratamento

Introdução: Micobactérias não tuberculosas (MNT) do Complexo Mycobacterium avium (MAC), não causam habitualmente doença invasiva em hospedeiros imunocompetentes. Tem sido descrito um aumento da incidência dessa doença em crianças com pneumopatias crônicas e sem deficiência imunológica. Não há um consenso em esquemas terapêuticos, implicando em dificuldades no tratamento. **Objetivos:** Mostrar uma alternativa ao tratamento do MAC resistente à terapêutica inicial. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** MCLZ, feminino, 2a 6m, portador de cardiopatia complexa, com três abordagens cirúrgicas e evolução satisfatória dos procedimentos. Após o segundo, aos 8 meses, iniciou picos febris intercalando com hipotermia, astenia, tosse com sibilância e baixo ganho ponderal. Das alterações laboratoriais, só apresentava VHS aumentado. Evoluiu com quadros de piora respiratória e do estado geral, progressivamente. Foram usados diversos esquemas antimicrobianos, sem melhora significativa do quadro e sem isolamento de bactérias. Testes imunológicos de função celular e humoral normais. Sorologias para HIV, CMV e herpes virus negativas. A partir de 1 a e 8m, os sintomas se agravaram (dispnéia e necessidade de suplementação de O₂). A TCART mostrou imagens compatíveis com Bronquiolite Obliterante (BO), iniciado tratamento adequado houve melhora da dispnéia mas manutenção da febre e hipotermia. A biópsia pulmonar confirmou a BO e isolou M. avium no tecido. Iniciado tratamento com três drogas (Etambutol, amicacina, claritromicina) por dois meses, mas sem adesão à amicacina. Manteve os sintomas com piora progressiva, sendo iniciado novo esquema com 4 drogas (Rifampicina, Amicacina, Claritromicina, Etambutol). Após 1 mês houve remissão completa da sintomatologia, com ganho adequado de peso e normalização do VHS. **Conclusão:** Tem ocorrido um aumento nos isolamentos de MNT. Sua ocorrência em crianças imunocompetentes continua rara. A associação de BO e infecção pulmonar pelo MAC vem de encontro ao aumento desta doença em crianças com pneumopatias crônicas. Outro aspecto é a pobreza de alterações laboratoriais e radiológicas específicas do MAC, sendo o diagnóstico firmado apenas na biópsia pulmonar, como neste caso. Embora a recomendação brasileira seja uso de três drogas, há dificuldade de administração da amicacina por ser injetável. Assim a não administração correta do esquema configurou falência terapêutica. Demonstra-se que a não associação do macrolídeo ou aminoglicosídeo no esquema constitui uma causa de resistência bacteriana. A criança teve o tratamento reiniciado com Rifampicina, Amicacina, Etambutol e Claritromicina e controle da adesão ao tratamento, obtendo boa resposta terapêutica. Na literatura há grande diversidade de drogas para tratamento do MAC. Como opção, na falha das primeiras drogas alguns autores descrevem associação do ciprofloxacino com bons resultados. Assim sugere-se a proposta de uma alternativa terapêutica mais segura e adequada para crianças, com disponibilidade na rede pública e menor custo.

PO737 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL NA INFÂNCIA: ESTUDO DE 11 CASOS

Coelho Silva MC¹, Chaves Gomes VC², De Paiva Júnior BR³, Rietra Romero FC⁴, Filho JHM⁵, De Azevedo JRB⁶, E Silva CC⁷, Coelho MMD⁸

1,2,3,5,6,7,8. Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil; 4. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia intersticial; Infância; Desconforto respiratório

Introdução: A doença pulmonar intersticial (DPI) faz parte de um grupo heterogêneo de doenças respiratórias caracterizadas por apresentar infiltrado pulmonar difuso, de causas conhecidas e idiopáticas, levando a um distúrbio respiratório de padrão restritivo com prejuízo das trocas gasosas. **Objetivos:** Definir o perfil clínico, radiológico e histopatológico e a evolução clínica dos pacientes portadores de DPI na infância. **Métodos:** Foram estudadas uma série de casos de 11 crianças portadoras de DPI, diagnosticadas no HIAS no período de janeiro de 2000 a julho de 2006 com um período de seguimento que variou de 14 a 60 meses, com média de 32,7 ± 14 meses. Foram incluídas crianças cuja suspeita clínica e radiológica foi confirmada por TCAR de tórax e biópsia pulmonar e excluídas as com outras patologias de base. Variáveis analisadas: idade; sexo; idade do início dos sintomas e tempo decorrido até o diagnóstico; manifestações clínicas; diagnósticos prévios; achados tomográficos e histopatológicos; tipo e duração do tratamento; evolução clínica. **Resultados:** A idade das crianças variou de 4 meses a 9 anos e 7 eram do sexo feminino. O início dos sintomas variou do período neonatal aos 5 anos. O tempo dos primeiros sintomas até o

diagnóstico variou de 3 a 48 meses. Os sinais e sintomas foram os seguintes: tosse (11), taquidispnéia (11), perda de peso (11), engasgos (2), anemia (1), aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax (4). A ausculta pulmonar foi fisiológica em 4 casos. Os diagnósticos prévios foram pneumonia de repetição, lactente sibilante, doença do RGE, cardiopatia congênita, bronquiolite obliterante e tosse variante asma. Os achados de TCAR do tórax foram padrão em vidro fosco, alveolar, micronodular e espessamento septal. Os achados histopatológicos confirmaram os seguintes diagnósticos: pneumonia de hipersensibilidade (2), hemossiderose pulmonar (1), pneumonia intersticial descamativa familiar (2), doença de depósito (1), BOOP (1) e pneumonia intersticial inespecífica (4). Todas as crianças foram submetidas a tratamento clínico com corticoterapia sistêmica tendo a maioria apresentado uma boa resposta clínica. Uma criança fez uso de hidroxiquinona; e outra, LBAT por apresentar pneumonia lipídica endógena. Todas as crianças eram dependentes de oxigênio por ocasião do diagnóstico. A evolução clínica foi satisfatória na maioria da população estudada. Três evoluíram para a cura, 8 mantêm intolerância ao exercício e 2 ainda apresentam dependência de oxigênio. Na amostra estudada, todas as crianças mantêm-se vivas até o momento. **Conclusão:** A DPI na infância apresenta causa e evolução clínica variadas. A maioria das crianças teve diagnóstico precoce e bom prognóstico. É preciso padronizar a classificação das DIP na infância com o intuito de estabelecer prognóstico, otimizar tratamento e reduzir morbimortalidade.

PO738 TUBERCULOSE GANGLIONAR E PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA SÍNDROME DE HIPER IGE NA INFÂNCIA - RELATO DE CASO

Barreto Machado Costa PF, Machado FD, Mello Pimentel AF, Sad IR, Mesquita AP, Terra FA, Silva JH

Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Imunodeficiência primária; Síndrome de hiper IGE; Pneumonia estafilocócica

Introdução: A Síndrome de Hiper IgE e uma imunodeficiência primária rara caracterizada por infecções de repetição, principalmente pelo Staphylococcus aureus e altas dosagens séricas de imunoglobulina E. As infecções afetam a pele, pulmões, articulações e outros órgãos. Há tendência de formar pneumatoceles após pneumonia estafilocócica, havendo também formação de fistulas broncopleurais e cistos pulmonares. Outros achados são a dermatite eczematóide ou pruriginosa, candidíase mucocutânea, alterações dentárias, ósseas e craniofaciais e retardo do crescimento. A infecção tuberculosa e relacionada, porém rara. **Objetivos:** Relatar um caso de síndrome de Hiper IgE apresentando-se com tuberculose ganglionar em paciente com história passada recente de pneumonia estafilocócica grave com pneumatoceles recidivantes. **Métodos:** Realizada pesquisa em prontuário e documentado os exames radiológicos após consentimento por escrito e aprovação no Comitê de Ética da Instituição. **Resultados:** Relato do caso: Menino de 1 ano e 7 meses, branco, apresentando tumor axilar direita de 10cm de diâmetro, associada a linfadenomegalia cervical anterior e supra-axilar homolateral indolores e hiperemiadas. Não havia febre ou emagrecimento. Refere 4 internações prévias: aos 4 meses por diarreia e desidratação, aos 6 meses por infecção urinária, com 9 meses por Pneumonia bacteriana estafilocócica complicada com derrame pleural e pneumotórax e com 1 ano e 4 meses com pneumonia bacteriana estafilocócica grave evoluindo com pneumatoceles necessitando de lobectomia superior direita e lobo médio. Relata ainda alergia a Oxacilina, dermatite atópica e episódios de sibilância anteriores a cirurgia. Realizada punção do tumor com saída de secreção purulenta com pesquisa de BAAR positiva (+++). Radiografia simples de tórax com retorno das imagens de pneumatoceles à direita. Imunoglobulina E sérica total de 4000UI, eosinófilos séricos de 20-30%. Pesquisa de tuberculose pulmonar negativa. Investigação imunológica confirmou a Síndrome de Hiper IgE. Recebeu tratamento para tuberculose ganglionar com melhora da lesão axilar. **Conclusão:** As imunodeficiências primárias constituem um diagnóstico importante na investigação de pacientes pediátricos com quadro pulmonar grave ou de repetição. As formas de apresentação mais raras como o caso relatado requer um alto índice de suspeição e realização específicos.

PO739 BRONQUIOLITE OBLITERANTE (BO) EM CRIANÇA PÓS-SÍNDROME DE STEVENS-JONHSON: RELATO DE CASO

Coelho Silva MC¹, Chaves Gomes VC², De Paiva Júnior BR³, Souza Costa RC⁴, De Azevedo JRB⁵, Rietra Romero FC⁶, Dias MA⁷

1,2,3,4,5,7. Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil; 6. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Bronquiolite obliterante; Síndrome de Stevens-Johnson; Infância

Introdução: A BO é uma doença crônica das vias aéreas inferiores, caracterizada pela deposição de tecido de granulação ou fibrose de bronquíolos e ductos alveolares. Em crianças, na maioria das vezes, é precedida por infecções virais, mas também pode estar associada a outras patologias, como: doenças do colágeno, inalação de substâncias irritantes, pós-transplante, idiopática, pós-infecções bacterianas e mais raramente à Síndrome de Stevens-Johnson. **Objetivos:** Relatar um caso de BO pós-Síndrome de Stevens-Johnson com seus aspectos clínicos, radiológicos e seguimento em 5 anos. **Métodos:** Relatar um caso de BO pós-Síndrome de Stevens-Johnson. **Resultados:** Criança, 9 anos e 3 meses, masculino, encaminhado ao Serviço de Pneumologia do HIAS com quadro de tosse produtiva, dispnéia e sibilância perene há aproximadamente 6 anos. De história progressiva, referia que aos 2 anos e 5 meses foi internado em UTI, por Síndrome de Stevens-Johnson, por uso de fenobarbital. Após este período, passou a apresentar múltiplos internamentos por infecções respiratórias recorrentes e desconforto respiratório, sendo tratado como asma e pneumonias de repetição. Fazia uso frequente de broncodilatador e corticóide, sem resposta clínica satisfatória. Ao exame físico apresentava estado geral regular, distrófico, acianótico, afebril, anictérico, hipocorado (+++/4+) e com significativo aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax.

ACV: fisiológica, FC = 100bpm. AP: MV rude com sibilos expiratórios, FR 28ipm. Extremidades: sem alterações. Exames complementares: teste do sódio e cloro no suor negativo; gordura fecal negativa; baciloscopia e cultura para BK negativas; anti-HIV negativo; dosagem de imunoglobulinas normais, exceto IgE aumentada (1732ng/ml); Raio-X de tórax com hiperinsuflação bilateral; Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) do tórax com espessamento peribronquico, bronquiectasias em lobos inferiores e perfusão em mosaico; espirometria (VEF1 = 27,4%; CVF = 70,82%; VEF1/CVF = 38%). Foi instituído fisioterapia respiratória, broncodilatadores, corticoterapia sistêmica e inalatória. Criança em acompanhamento ambulatorial há 5 anos evoluindo sem necessidade de hospitalizações. Persiste com tosse diária, agudizações frequentes tratadas a nível ambulatorial, limitação importante da atividade física e espirometria mostrando ainda componente obstructivo grave (VEF1 = 28,74%; CVF = 73,71%; VEF1/CVF = 39%). **Conclusão:** A BO, na pediatria, quase sempre é secundária a uma infecção do trato respiratório inferior, mas deve ser lembrada em outras patologias que lese, também, a mucosa do trato respiratório inferior como na Síndrome de Stevens-Johnson e evolua com sintomas respiratórios perenes. Sua evolução é extremamente variável e há necessidade de um seguimento para definir melhor seu prognóstico.

PO740 GANGLIONEUROMA DE MEDIASTINO POSTERIOR NA INFÂNCIA-RELATO DE CASO

Barreto Machado Costa PF, Machado FD, Mello Pimentel AF, Sad IR, Mesquita AP, Terra FA, Silva JH

Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Neurofibroma; Tumores de mediastino; Infância

Introdução: As imagens radiológicas persistentes em crianças reúnem um amplo espectro de possibilidades etiológicas, podendo raramente serem causadas por lesões tumorais, normalmente mediastinais. A maioria das massas mediastínicas posteriores são tumores neurogênicos derivados da cadeia simpática paravertebral. O neuroblastoma e o ganglioneuroblastoma ocorrem na primeira década de vida, enquanto o ganglioneuroma, mais benigno, é observado em crianças mais em adolescentes, sendo radiologicamente indistinguível do neuroblastoma. A anatomia patológica do tumor é imprescindível para confirmação etiológica. **Objetivos:** Relatar um caso de ganglioneuroma de mediastino posterior em um paciente de 3 anos encaminhado para investigação de imagem radiológica persistente. **Métodos:** Realizada pesquisa em prontuário e documentado exames radiológicos após consentimento por escrito e aprovação no Comitê de Ética da Instituição. **Resultados:** Relato do caso: Menino, três anos, encaminhado ao setor de pneumologia pediátrica para investigação de imagem pulmonar persistente após tratamento para pneumonia bacteriana aguda. Exame físico: bom estado geral, eupnéico e com murmúrio vesicular auditivo bilateralmente porém diminuído em base de hemitórax esquerdo. Radiografia simples de tórax evidenciava imagem de hipotransparência homogênea em região retrocardíaca esquerda, também observada em radiografias anteriores. Realizada tomografia computadorizada de tórax com imagem de massa tumoral sólida, arredondada, com contornos bem delimitados, ocupando mediastino posterior esquerdo, sem calcificações e não captante de contraste. Ressonância nuclear magnética mostrou imagem de 8,3 x 4,5 x 5,5cm, ovalar, com contornos regulares, bem delimitados, com hiposinal em seqüência de T1 e hipersinal em T2 com realce pós contraste. Não havia sinais de invasão dos forames neurais. Foi submetido a toracotomia pósterolateral esquerda com ressecção completa do tumor. O diagnóstico anatomopatológico definitivo foi de ganglioneuroma. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com recuperação clínica completa. **Conclusão:** Os tumores de tórax na infância são em sua maioria de localização mediastinal. No mediastino posterior os tumores de origem neurogênica são frequentes, sendo o neuroblastoma o mais grave. Nos casos de imagem radiológica persistente sugestiva de tumor mediastinal, a ressonância nuclear magnética auxilia não só o diagnóstico final mas também e estadiamento da lesão.

PO741 TRATAMENTO DA PNEUMONIA LIPÓIDE COM LAVADO BRONCOALVEOLAR SEQUENCIAL

Azevedo Sias SM¹, Nascimento Daltro PA², Comarella JD³, Souza AM⁴, André MRF⁵, Chaves GAM⁶, Caetano R⁷, Quirico-Santos T⁸

1.7. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 2. Centro de Diagnóstico por Imagem (CDPI), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3.5. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil; 4. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, PR, Brasil; 6.8. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Lavado broncoalveolar pneumonia lipóide; Tratamento

Introdução: O tratamento da Pneumonia Lipóide requer a suspensão imediata do óleo mineral e o tratamento das condições subjacentes como hipoxemia e infecção associada. A utilização de corticosteroide ainda é controversa especialmente nos quadros assintomáticos, embora haja indicação nos casos mais graves. Atualmente têm-se proposto como estratégia terapêutica, a broncoscopia com lavado pulmonar total, visando a retirada mecânica do agente agressor. **Objetivos:** Relatar a utilização do lavado broncoalveolar seqüencial como estratégia terapêutica eficiente na Pneumonia Lipóide. **Métodos:** A citocimica com Sudam apresentando predomínio de macrófagos alveolares com acúmulo de gordura no citoplasma e gotículas de gordura livres no LBA confirmou o diagnóstico de PL. Foi então proposto a fibrobroncoscopia com LBA seqüencial semanal. Após consentimento escrito do responsável foram utilizadas 3 a 5 aliquotas de 1mL/Kg de peso de soro fisiológico a 0,9% previamente aquecido para lavar os segmentos acometidos identificados por Tomografia Computadorizada de Alta Resolução de tórax. Nos lactentes utilizou-se sedação endovenosa e nas crianças maiores anestesia inalatória e broncoscopia flexível Olympus 3C40 introduzido através da narina ou máscara laríngea com monitorização da frequência cardíaca e oximetria de pulso. Foi realizada TCAR de tórax antes e após o último LBA, considerado último quando o aspecto do líquido era quase transparente. **Resultados:** As crianças com idades desde 2 meses, 2 anos e 9 anos haviam utilizado óleo mineral devido à falsa consti-

pação intestinal, suboclusão intestinal por áscaris e constipação intestinal por encefalopatia crônica, respectivamente casos 1, 2 e 3. A broncoscopia foi solicitada para diagnóstico de pneumonia crônica em 2 casos e com suspeita de tuberculose em 1. Foram realizados um total de 7, 5 e 4 LBA respectivamente nos casos 1, 2 e 3. A TCAR de controle após o tratamento mostrou melhora significativa em relação à tomografia quando do diagnóstico especialmente nos casos 2 e 3. **Conclusão:** Provavelmente o aspecto do líquido obtido do LBA não possa ser considerado critério de cura nos casos de PL tendo em vista a não completa normalização do parênquima pulmonar na TCAR de tórax. Talvez o procedimento no lactente não tenha tido a mesma resolução dos outros 2 casos devido à dificuldade técnica pela própria idade e menor diâmetro das vias aéreas.

PO742 ESTUDO DO PROCESSO INFLAMATÓRIO NA PNEUMONIA LIPÓIDE AGUDA

Azevedo Sias SM¹, Nascimento Daltro PA², Comarella JD³, Silami Lopes VG⁴, Caetano R⁵, Quirico-Santos T⁶, Couto Martins MCA⁷, Moreira JS⁸

1.4. Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Niterói, RJ, Brasil; 2. Centro de Diagnóstico por Imagem (CDPI), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 3. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; 5.6. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil; 7. Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil; 8. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Pneumonia lipóide; Lavado broncoalveolar; Inflamação

Introdução: Pneumonia Lipóide (PL) é uma inflamação intersticial crônica do pulmão devido ao acúmulo de materiais endógenos ou exógenos e, na criança a forma mais comum é a exógena, causada por aspiração de óleo mineral. Uma vez na via aérea, o óleo mineral é fagocitado pelos macrófagos alveolares causando uma reação tipo corpo estranho que pode culminar com fibrose proliferativa. Este processo inflamatório pode ser detectado através do lavado broncoalveolar (LBA). A expressão clínica pode ser através da febre e leucocitose com neutrofilia que alguns pacientes com PL apresentam. Midulla et al. observaram inicialmente alveolite linfocítica evoluindo para alveolite neutrofílica num caso crônico de PL. Não temos conhecimento de estudos do processo inflamatório na fase aguda da doença. **Objetivos:** Estudar o processo inflamatório da PL na fase aguda. **Métodos:** Estudo prospectivo e analítico de 3 casos de PL diagnosticados por Sudam positivo no LBA e história de ingestão de óleo mineral, com alteração radiológica de condensações com broncogramas aéreos sem resolução após cursos de tratamento com antimicrobianos. O estudo constou de análise da citologia global e específica do LBA e quantificação de marcadores inflamatórios (TNF α) no LBA e no soro dos pacientes. Foi realizado hemograma e VHS. **Resultados:** Uma criança apresentou hemograma normal e duas tinham leucocitose (uma com neutrofilia). Aumento de VHS em 2. A celularidade no LBA estava aumentada pelo menos duas vezes o valor considerado normal nos 3 casos e observou-se redução gradativa até a normalização, conforme o seguimento dos exames (broncoscopia com LBA). Houve predomínio de macrófagos e aumento de linfócitos nos 3 casos e aumento de eosinófilos em 1. Observou-se produção acentuada de TNF α , no sangue e no LBA. **Conclusão:** Conforme a literatura, o hemograma e o VHS não são parâmetros confiáveis para distinguir infecção bacteriana e inflamação pelo óleo mineral. Foi possível comprovar o processo inflamatório dos casos de PL aguda pela produção acentuada da citocina TNF α e celularidade no LBA.

PO743 EXPERIÊNCIA DE ABORDAGEM PSICOLÓGICA EM UM SERVIÇO DE ASMA NA INFÂNCIA

Graca de Oliveira M, Ogata IS, De Melo FF

Instituto Clemente Ferreira São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Asma; Abordagem psicológica; Asma infantil

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e a sua prevalência tem aumentado, notadamente na infância. As exacerbações podem ser precipitadas por diversos fatores, inclusive emocionais. O programa de asma na infância do serviço de pneumologia infantil do Instituto Clemente Ferreira atende grande número de crianças com esta patologia. Observa-se na rotina do atendimento ambulatorial, casos em que a aderência ao tratamento e controle clínico é prejudicado por problemas emocionais. **Objetivos:** Relatar e avaliar a experiência da abordagem multiprofissional com a inclusão do serviço de psicologia ao atendimento à criança portadora de asma. **Métodos:** Os pacientes com asma são acompanhados ambulatorialmente com retornos periódicos. Nos casos em que o médico assistente identifica problemas na esfera emocional como ansiedade, medos, distúrbio de comportamento, é feito encaminhamento para avaliação pelo Serviço de Psicologia. Avalia-se o perfil psicológico da criança e atitudes inadequadas que possam existir na dinâmica familiar. A abordagem visa principalmente realizar o acolhimento da criança e seus familiares, realizar ação educativa em saúde, particularmente no que se refere à adesão ao tratamento, orientação sobre tabus, superstições e integração social. **Resultados:** Analisados a intervenção psicológica integrada em 23 casos pediátricos de asma brônquica registrados no Serviço, sendo que 15 além do acompanhamento com pediatra, genitor e filho também foram acompanhados por psicóloga. Dos 15 incluídos, todos com melhora clínica medicamentosa, 9 apresentaram melhores resultados e maior adesão às consultas e ao uso de medicamentos. **Conclusão:** Pelo seu caráter crônico e por apresentar crises intermitentes, imprevisíveis e reversíveis, a doença pode constituir-se em fator de stress e de redução da qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Vários estudos demonstraram que crianças e adolescentes com asma têm maior risco de desenvolver problemas psicológicos como depressão e angústia, bem como problemas de ajustamento. Avaliando a incorporação de atenção psicológica, pode ser observado uma melhoria nos resultados dos casos analisados. Os autores concluem que o suporte psicológico tem grande importância no controle da asma na infância, particularmente nos casos em que não se obtém controle dos sintomas apesar.

PO744 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO TRATO RESPIRATÓRIO – ESTUDO DE CASOS DO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO (UFF)

Azevedo Sias SM, Conceição, P.O, Souza AM, Comarella JD, Cardoso Felix AA, Bezerra de Menezes NM, Malheiros AFA, Capela RC

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Malformações congênicas; Trato respiratório; Diagnóstico

Introdução: As malformações congênicas do trato respiratório incluem diversas patologias das vias aéreas superiores e inferiores como: deformidades das vias aéreas superiores, anomalias da parede torácica, do diafragma, traquéia e esôfago, brônquios e pulmões. Podem clinicamente se manifestar logo ao nascer com insuficiência respiratória aguda sendo imperativo o diagnóstico precoce pelo risco de morte. Por outro lado, outras patologias podem se manifestar clinicamente mais tarde simulando pneumonia, tuberculose, tumor, dentre outros. Portanto, é muito importante o conhecimento destas patologias bem como o seu diagnóstico. **Objetivos:** Estudar os casos de malformações congênicas do trato respiratório do ambulatório de Pneumologia Pediátrica. **Métodos:** Estudo retrospectivo com análise dos prontuários de crianças entre 0 e 13 anos atendidas no Setor de Pneumologia Pediátrica do Hospital Universitário Antonio Pedro no período de 1999 a 2005. **Resultados:** Estudou-se 21 casos sendo 13 (61,9%) do sexo masculino e 8 (38,1%) feminino, com idade média de

3,4 anos (1 mês a 13 anos). Os encaminhamentos foram devidos a pneumonia crônica em 8 (38,1%) casos, bebê chiador em 3 (14,2%), pectus excavatum em 3 (14,2%), tosse crônica em 2 (9,5%), tuberculose em 2 (9,5%), pneumotórax em 2 (9,5%) e atelectasia em 1 (4,8%). Os exames utilizados no diagnóstico foram radiografia de tórax em todos os casos, broncoscopia em 12 (57,1%), seriografia esofagogastroduodenal em 10 (47,6%), tomografia computadorizada de alta resolução de tórax em 7 (33,3%), cintilografia em 6 (28,5%), angiogramografia em 5 (23,8%), prova de função respiratória em 6 (28,5%) e cateterismo cardíaco em 4 (19,0%). Os diagnósticos foram: 5 (23,8%) casos de pectus excavatum, 3 (14,2%) de hérnia diafragmática, 2 (9,5%) de cisto broncogênico, 2 (9,5%) de anel vascular, 2 (9,5%) de malformação adenomatóide cística do pulmão e respectivamente 1 (4,8%) caso de enfisema lobar congênito; hipoplasia pulmonar; agenesia peitoral; estenose de traquéia; agenesia de artéria pulmonar; síndrome de cimitarra e disgenesia pulmonar. Hipoplasia pulmonar, hipoplasia da musculatura peitoral, fusão de vértebras cervicais, traqueomalácia, defeito de rotação intestinal, agenesia de lobo superior foram as anomalias encontradas. Não houve anomalias associadas em 14 (66,6%) casos. **Conclusão:** Observou-se que, na maioria dos casos (81%) não houve suspeita clínica de malformação antes do diagnóstico. Houve predomínio do sexo masculino e a idade média ao diagnóstico foi elevada. Os resultados demonstram também a necessidade de outros exames complementares para definição diagnóstica. Ressalta-se a importância do conhecimento entre os pediatras e neonatologistas na suspeita de malformações do trato respiratório.